El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas

FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ESTATAL (FPFE)

El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas

FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ESTATAL (FPFE)

Patrocina: **Bayer Hispania, S.L.**

Este trabajo refleja las opiniones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Bayer Hispania.

ÍNDICE

Presentación 5

Introducción y metodología 6

La salud y los derechos sexuales y reproductivos 8

Marco general 8

Marco legislativo 9

Marco social 10

RESULTADOS DEL ESTUDIO 15

Capítulo 1: Normativa, estrategias y programas en anticoncepción 17

1.1. Comunidades autónomas, normativas y programas 17

1.2. Partida presupuestaria 20

1.3. Evaluación de las políticas en salud sexual y salud reproductiva 20

Capítulo 2: Campañas de sensibilización 21

2.1. Campañas de sensibilización por comunidad autónoma 21

2.2. Evaluación del impacto de las campañas 23

Capítulo 3: Formación de profesionales del sistema público de salud en salud sexual y reproductiva 24

3.1. Protocolos y recomendaciones 24

3.1.1.. Protocolos por comunidad autónoma 24

3.2. Programas formativos 25

3.2.1. Contenido de la formación 26

3.2.2. Currículum académico y prácticum profesional 26

Capítulo 4: Servicios en salud sexual y salud reproductiva 28

4.1. Evolución histórica de la asistencia anticonceptiva 28

4.2. Modelos actuales de atención en anticoncepción 29

4.3. Actividades de los profesionales 31

4.4. Registro de actividades 31

4.5. Tiempo de espera para la atención 31

4.6. Calidad de la información que facilitan los profesionales ... 32
4.7. Profesionales que realizan el consejo asistido ... 33
4.8. Porcentaje de mujeres atendidas ... 33

Capítulo 5: Financiación en las comunidades autónomas ... 34
5.1. Diferencias entre áreas sanitarias en una misma comunidad autónoma ... 35
5.2. Financiación específica de anticoncepción para jóvenes ... 36

CONCLUSIONES, COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES ... 37

Conclusiones y comentarios ... 39
1. Normativa, estrategias y programas en anticoncepción ... 39
2. Campañas de sensibilización ... 41
3. Formación de profesionales en salud sexual y reproductiva ... 41
4. Servicios en salud sexual y reproductiva ... 42
5. Financiación en las comunidades autónomas ... 43
6. Obstáculos identificados ... 44

Recomendaciones ... 45
1. Recomendaciones generales ... 45
2. Recomendaciones específicas ... 46
Campañas ... 46
Formación de profesionales ... 46
Consejo asistido ... 46
Otras recomendaciones de interés ... 46

ANEXOS ... 47
Anexo I: Cuestionario a informantes clave ... 49
Anexo II: Legislación ... 56
Anexo III: Tablas y figuras ... 58
Anexo IV: Índice de abreviaturas ... 59
Anexo V: Notas bibliográficas ... 60

Presentación

Tengo la satisfacción de presentar los resultados del estudio sobre el acceso de las mujeres a la anticoncepción, realizado por la Federación de Planificación Familiar Estatal, con el apoyo y patrocinio de Bayer España. Este estudio ofrece una visión general de la situación en las distintas comunidades autónomas, en cinco áreas: normativas y programas, campañas de sensibilización, formación de profesionales, servicios en salud sexual y salud reproductiva y financiación de la anticoncepción.

Como saben, la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) es una organización no gubernamental formada por asociaciones de planificación y educación sexual, de profesionales sanitarios, así como sociales, de Extremadura, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid y Comunidad Autónoma del País Vasco, que desarrollan su actividad en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La FPFE tiene como objetivo impulsar y defender los derechos y la salud sexual y reproductiva de toda la población, y con ello garantizar a todas las mujeres la información y el acceso a todos los métodos anticonceptivos seguros y eficaces, para que así puedan adoptar sus propias decisiones sobre su vida reproductiva.

Guiada por este interés, la FPFE formó parte del equipo que, bajo la dirección y coordinación de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y con el apoyo de Bayer, elaboró el "Barómetro europeo del acceso de las mujeres a la libre elección de la moderna contracepción" en sus ediciones de 2012 y 20141.

Este barómetro ofrece una visión general -y comparativa- sobre el acceso de las mujeres a la anticoncepción en 16 países de la Unión Europea: Alemania, Bulgaria, España, Francia, Italia, Lituania, Polonia, República Checa, Suecia, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Letonia, Holanda, Rumania. En sus conclusiones señala la existencia de marcadas diferencias y desigualdades, así como la necesidad de que la prevención de embarazos no planificados sea una prioridad para garantizar la salud, empoderamiento y bienestar de las mujeres y del conjunto de la sociedad. Por ello, se insiste en que el acceso a la anticoncepción debe constituir un componente clave en las políticas de salud sexual y reproductiva, igualdad de género, empleo y educación. En sus recomendaciones se hace un llamamiento a la formulación y aplicación de políticas coherentes sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

El informe sobre la situación en España, presentado por la FPFE como parte de dicho estudio, abordó las líneas generales de la situación introduciendo, sólo puntualmente, las especificidades de las comunidades autónomas, ya que así se requería para establecer el análisis comparativo por países.

Ofrecer un panorama general de la situación en el Estado español precisa tener en cuenta que las competencias en materia de sanidad están transferidas a las comunidades autónomas. Por tanto, es necesario realizar análisis comparativos de la situación en dichas comunidades que permitan una aproximación homogénea a los indicadores en salud sexual y reproductiva, entre los que se encuentran todos los relativos al acceso de las mujeres a la anticoncepción moderna.

Por todo ello, y tomando como punto de partida el citado barómetro europeo, se formuló y realizó el estudio que ahora presentamos y que ofrece un mapa del estado de la asistencia en anticoncepción en el sistema público de salud en las diferentes comunidades autónomas. Confiamos en que la información que se facilita y las conclusiones y recomendaciones que se plantean sean una herramienta útil para las Administraciones y gobiernos, para los profesionales de la sanidad pública y, en definitiva, para el empoderamiento de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

LUIS ENRIQUE SÁNCHEZ ACERO

PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ESTATAL
Madrid, octubre 2016

Introducción y metodología

El estudio sobre el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos modernos en las distintas comunidades autónomas (CC.AA.), tiene como objetivo ofrecer una visión descriptiva que permita identificar las buenas prácticas así como las dificultades y obstáculos con los que se encuentran las mujeres para acceder a la anticoncepción y poder elegir el método que prefieren.

Con este estudio se quiere contribuir a situar la salud reproductiva como una de las prioridades en las políticas sanitarias, incorporando la garantía de elección de métodos anticonceptivos como un componente clave de dichas políticas. De esta manera se estará contribuyendo a prevenir los embarazos no planificados y a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Se establecieron como objetivos concretos del estudio:

1. Evaluar las necesidades de la población en este ámbito.

2. Identificar los obstáculos técnicos, burocráticos y económicos de acceso a la anticoncepción:

   - Oferta de provisión de servicios: descripción, funcionamiento.
   - Circuito que realiza la persona que demanda un método anticonceptivo; profesional que informa, prescribe y realiza la inserción; sistema de derivación; listas de espera.
   - Conocimiento de los métodos.
   - Protocolos y requisitos para administración de anticoncepción oral, implante, DIU, LT.
   - Financiación.

3. Ofrecer recomendaciones.

El informe consta de cuatro partes: en primer lugar se realiza un análisis de contexto del marco normativo general así como de las necesidades en materia de prevención de embarazos no deseados y de la vivencia de la sexualidad de la población; en segundo lugar se presentan los resultados del estudio en cada comunidad autónoma, agrupados en cada una de las cinco áreas analizadas: normativas y programas, campañas de sensibilización, formación de profesionales, servicios y financiación. En tercer lugar se plantean las conclusiones, y en el último capítulo se formulan las recomendaciones dirigidas a los gobiernos y Administraciones así como a la sociedad en general. En los anexos que acompañan al documento se encuentran el modelo de cuestionario facilitado a los informantes clave, la legislación en materia de salud sexual y reproductiva y la bibliografía consultada.

Para obtener los datos antes señalados de cada comunidad autónoma (C.A.), se elaboró un cuestionario (Anexo I), que fue cumplimentado por profesionales de cada una de las CC.AA., a los que se ha llamado informantes-clave. Estos informantes han sido seleccionados por el equipo que ha llevado a cabo el proyecto con base en el criterio del alto nivel de conocimiento de la realidad de su comunidad autónoma por su perfil profesional en la Administración o sistema público de salud.

Los datos recogidos en los cuestionarios han sido analizados, verificados y evaluados por las responsables del estudio.

El documento final, con los datos y las recomendaciones, se presentará a la sociedad civil y a los gobiernos y Administraciones públicas.

Límites del estudio

Los datos recogidos en este informe reflejan la situación en las comunidades autónomas a enero de 2016.

Durante el proceso de elaboración del informe, en la Comunidad Autónoma de Aragón se ha aprobado en mayo de 2016 un nuevo "Programa para la organización de la atención anticonceptiva en Aragón", y en la Comunidad Foral de Navarra un "Decreto Foral en salud sexual y reproductiva". Esto se recoge en el capítulo 1, de "Normativa, estrategias y programas". Sin embargo, los datos que se reflejan en los siguientes capítulos del informe hacen referencia a los resultados de las normativas y políticas existentes con anterioridad.

Se han recogido los datos de todas las comunidades autónomas salvo la del País Vasco ya que, pese a los distintos contactos realizados, no ha sido posible recabar dichos datos, así como los de Ceuta y Melilla. Por lo tanto, los porcentajes que se reflejan en el estudio se han establecido sobre las 16 CC.AA. que facilitaron los datos.

Equipo del proyecto

- Concepción Martín Perpiñán. Doctora en medicina y cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia.
- Justa Montero Corominas. Responsable del área de formación y estudios de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE).

Edición del texto:

- Justa Montero y Mª. Eugenia García Raya. Federación de Planificación Familiar Estatal.
- Artext producción gráfica.

Agradecimientos especiales a:

- María Antonia García. Comadrona. Dirección General de Salud Pública y Participación. Baleares.
- María de Vierna. Enfermera. Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga. Cantabria.
- Ezequiel Francisco Pérez Campos. Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Requena (Valencia). Patrono de la Fundación Española de Contracepción.
- Los demás informantes que han colaborado en la elaboración de este informe.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos

Marco general

La sexualidad y la reproducción son dos esferas de la condición humana que están íntimamente vinculadas a la dignidad y al libre desarrollo de las personas, determinan el estado de salud y el grado de bienestar individual y social de mujeres y hombres, y son objeto de protección a través de los derechos humanos fundamentales reconocidos por la comunidad internacional. De este modo, los derechos sexuales y reproductivos representan una garantía para el desarrollo de una vida sexual y una vida reproductiva satisfactorias, basadas en el respeto a la dignidad, libertad y autonomía de las personas. La salud sexual y la salud reproductiva son componentes centrales de la salud y bienestar de las personas.

Se considera la salud reproductiva un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de simple ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo así como sus funciones y procesos. Esto incluye aspectos como la prevención y control de los riesgos y complicaciones del embarazo, parto y postparto, las técnicas de reproducción, la prevención de embarazos no deseados y la interrupción voluntaria del embarazo.

Disfrutar de salud reproductiva implica la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria, placentera y segura, sin riesgos de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual o violencia sexual. Requiere también condiciones y garantías sanitarias y el acceso a recursos y servicios públicos de calidad.

Los derechos reproductivos se basan 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, el número que se desea tener, el momento y su frecuencia. Incluye el derecho a la información, la educación sexual, la salud y el acceso a los medios y recursos necesarios para llevar a efecto sus opciones reproductivas. Es decir, a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles, a la interrupción voluntaria del embarazo y a las técnicas de reproducción asistida. Supone, por tanto, el derecho a acceder a los servicios de información, asesoramiento y atención adecuada que contribuyan al bienestar reproductivo de las personas.

Los derechos sexuales incluyen el derecho de toda persona a una vida sexual satisfactoria, segura y libre de temores, coerción o discriminación; el reconocimiento a todos los efectos de las distintas opciones sexuales e identidades de género; a disponer de información relacionada con la sexualidad, a la educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos sexistas y adaptada a las necesidades de las distintas etapas del desarrollo evolutivo de la persona; al respeto a la capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre su vida sexual; significa también vivir la sexualidad sin los riesgos que para la salud y bienestar representan los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual.

La atención a la salud en este ámbito requiere el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar de las personas.

En este marco se inscribe el tratamiento de los métodos anticonceptivos. La prestación en anticoncepción tiene como objetivo facilitar información y ofrecer los medios que permitan decidir a las personas, con relaciones heterosexuales, el momento y el número de hijos que desean tener, al tiempo que disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias sin temor a embarazos no deseados. El acceso factible e informado a las distintas opciones anticonceptivas es un elemento clave para hacer efectivo el derecho de cada persona a tomar decisiones respecto a su vida reproductiva.

Para la prevención eficaz de embarazos no deseados se debe suponer el ejercicio de estos derechos y el consiguiente disfrute de la salud sexual y la salud reproductiva, lo cual requiere:

- Relaciones igualitarias entre mujeres y hombres, basadas en el respeto, el consentimiento mutuo y la responsabilidad compartida del comportamiento sexual y sus consecuencias.
- Facilitar que las personas tomen una decisión sobre el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades y, para ello, ofrecer información completa y actualizada que les permita elegir entre las alternativas existentes.
- Una educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos sexistas, no moralizante, basada en conocimientos científicos e incorporada al currículo escolar.
- Una apropiada información, asesoramiento y acceso a los métodos anticonceptivos.
- Unas prestaciones y servicios socio-sanitarios públicos, adecuados a las características, necesidades y expectativas de la población, en los que se preste una atención integral en salud sexual y reproductiva, que cubra los criterios de universalidad en el acceso y de calidad de los servicios.

Marco legislativo

El marco legislativo de ámbito nacional lo forma un conjunto de leyes y normativas (Anexo II), entre las que es necesario destacar la que de forma específica hace referencia a la salud sexual y reproductiva. Se trata de La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo[2] y su correspondiente Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva[3].

La Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de IVE, parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo-sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, incluyendo los anticonceptivos de última generación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, junto con la actualización de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, son el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

En relación con las áreas que aborda el presente estudio, la ley del 2010 recoge los siguientes objetivos y medidas:

> **Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.**
>
> Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:
>
> a) La información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
> b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
> c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
> d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
> e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
> f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.
>
> **Artículo 6. Acciones informativas y de sensibilización.**
>
> Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
>
> **Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.**
>
> Los servicios públicos de salud garantizarán:
>
> a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.

> b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
>
> **Artículo 8. Formación de profesionales de la salud.**
>
> La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá:
>
> a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.
> b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.
> c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva recoge las recomendaciones y medidas que garantizan la puesta en práctica de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) en octubre de 2010, establece, como el resto de estrategias del SNS, que se evaluará y revisará a los dos años de su aprobación y que tendrá una duración de cuatro años.

El objetivo general de esta estrategia era ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el SNS.

Entre las recomendaciones para la promoción de la salud sexual, cabe destacar:

> "1. Se emprenderán acciones para promover una sexualidad saludable, placentera e igualitaria, a lo largo de la vida, considerando las diferentes circunstancias vitales de mujeres y hombres.
>
> 2. Se tendrán en cuenta en las acciones de promoción de la salud sexual los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales: grupos etáreos, discapacidades, opciones y orientaciones sexuales, identidades de género (transexualidad), personas VIH positivas, migración, violencia sexual.
>
> 3. Se diseñarán acciones que fomenten la corresponsabilidad y la igualdad en las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, cualquiera que sea la opción y orientación sexual.
>
> (…)
>
> 7. Se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad.
>
> 8. Se diseñarán acciones encaminadas a la prevención de los embarazos no deseados y a la prevención de ITS, considerando los distintos contextos de vulnerabilidad.

En lo relativo a las recomendaciones para la atención a la salud sexual, destacamos:

> 3. Se mejorará la accesibilidad universal a las prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del SNS (Ley Orgánica 2/2010)".

Marco social

La edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa, en España, entre los 16-17 años en el caso de los chicos y los 17-18 años en el de las chicas, observándose un acercamiento entre la edad de inicio de unos y otras con respecto a años anteriores. (Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS), 2009[4].

La edad media de la maternidad de las mujeres autóctonas es de 32,3 años, mientras que la de las mujeres inmigrantes, si bien subió ligeramente respecto a años anteriores, se mantiene inferior a ésta, situándose en 29,3 años (INE, 2014)[5].

El número de nacimientos en el año 2014 fue de 427.595 (Tabla 1), una cifra ligeramente superior a la de 2013 (425.715). De éstos, 331.106 corresponden a hijos e hijas de mujeres autóctonas (77%), y 96.489 de mujeres extranjeras (23%).

La tasa de fecundidad tiene una notable oscilación por comunidad autónoma, pasando de los 57,75 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva de La Rioja, a los 29,03 de Asturias. La media nacional, situada en 38,4, se ve superada en Andalucía, Aragón, Cataluña, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco (Tabla 1).

TABLA 1

TASAS DE FECUNDIDAD Y DE INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

	Nacimientos	Tasa fecundidad 15/49 (2014)	IVEs	Tasa IVE 15/44 (2014)
Andalucía	82.195	39,91	18.032	10,62
Aragón	11.602	39,34	2.083	8,58
Asturias	6.600	29,03	2.311	12,7
Baleares	10.673	38,25	2.916	12,26
Canarias	16.398	30,17	5.372	11,87
Cantabria	4.565	34,38	924	8,6
Castilla y León	17.886	33,76	2.615	6,14
Castilla-La Mancha	18.392	37,54	3.226	8
Cataluña	71.589	40,37	18.181	12,59
Comunidad Valenciana	44.343	37,73	8.273	8,67
Extremadura	9.167	36,14	1.286	6,22
Galicia	19.630	34,25	3.351	6,78
Madrid	65.505	40,29	16.537	12,58
Murcia	16.308	45,22	3.394	11,32
Navarra	6.183	42,21	901	7,53
P.Vasco	19.379	40,38	3.390	8,88
Rioja	2.834	57,75	363	6,19
Ceuta	1.202	77,51	13	3,53
Melilla	1.625		111	
Extranjero	1.519		1.517	
TOTAL	**427.595**	38,40	**94.796**	10,46

Fuente: elaboración propia a partir de: Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[6]; INE, 2016[7].

El tramo de edad utilizado para el cálculo de la tasa de IVE es de 15 a 44 años, mientras que para el cálculo de la tasa de fecundidad el tramo de edad considerado es de 15 a 49 años.

Las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo han ido bajando en los últimos años en todos los grupos de edad y en todas las CC.AA., pasando de 11,71 en 2011 a 10,46 en 2014 (94.796 IVE). Las tasas de IVE que se sitúan por encima de la tasa media se encuentran en: Asturias, Cataluña, Madrid, Baleares, Canarias, Murcia y Andalucía; mientras que las tasas más bajas son las de La Rioja, Extremadura y Galicia (Tabla 1).

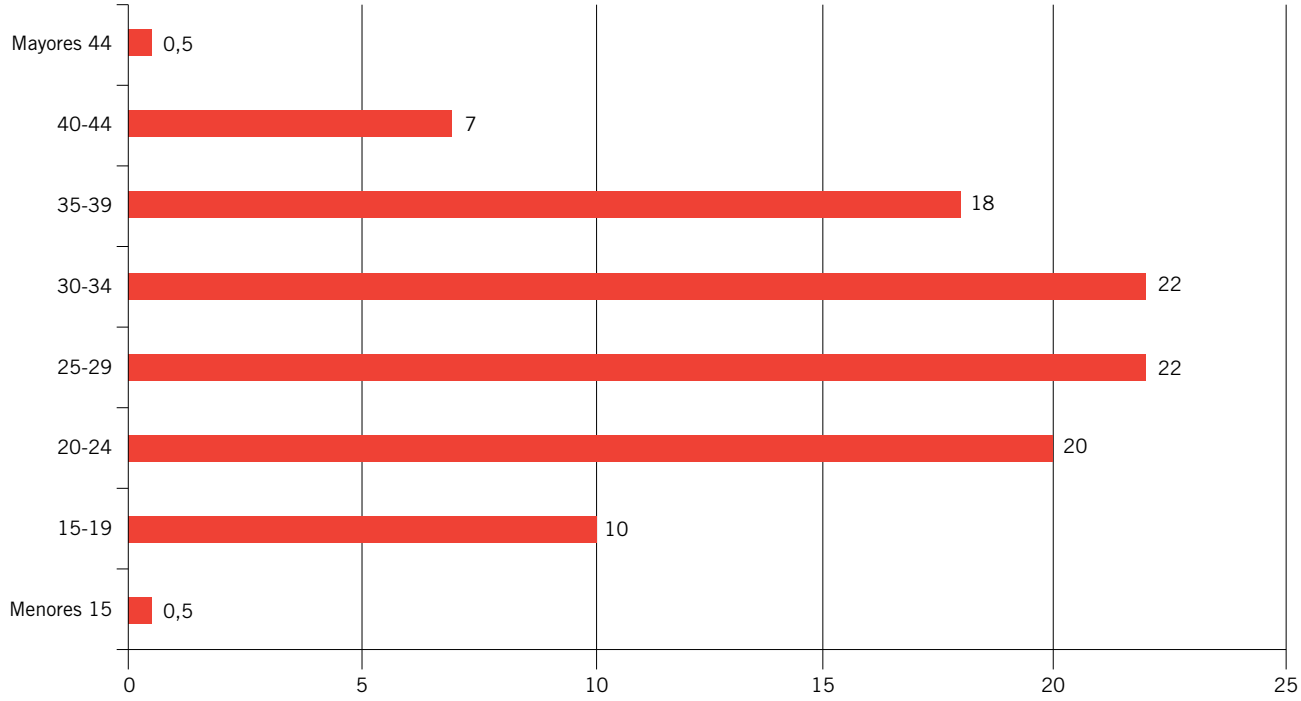
Los embarazos no deseados constituyen un importante problema para la salud y para el ejercicio de los derechos reproductivos, que adquiere particular relevancia entre mujeres que presentan una mayor vulnerabilidad por su situación económica y/o social, como es el caso de las mujeres jóvenes y las mujeres inmigrantes.

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[8], el 30,5% de las IVE corresponden a mujeres menores de 24 años, siendo el tramo de edad de 25 a 34 años el que concentra el 44% de las IVE (Figura 1). La

distribución porcentual del número de IVE realizadas por mujeres extranjeras residentes sobre el total nacional es del 26%, porcentaje que sube más de un punto, hasta el 27,42%, si se consideran solo las IVE de las mujeres inmigrantes en la franja de edad de 30 a 39 años.

FIGURA 1

IVE POR EDAD (%)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Los datos reflejan un alto porcentaje de embarazos no deseados o no planificados en estos grupos, lo que probablemente indica falta de información, de acceso y/o utilización de métodos anticonceptivos seguros y eficaces de forma regular, o un mal uso de los mismos.

Existen diversas estimaciones que tratan de cuantificar los embarazos no deseados, pero la medición de una variable en la que el componente subjetivo del deseo interviene de forma tan determinante resulta compleja y no cuenta con herramientas adecuadas para una estimación precisa. A efectos del presente estudio consideramos embarazo no deseado el correspondiente al número de IVE, en la medida en que responde a una decisión clara y expresa de la mujer. Sin embargo estos datos no reflejan una realidad mucho más compleja que incluye, entre otras, la de quienes llevan a término embarazos aunque no los hubieran planificado o deseado.

Según el criterio adoptado, en el año 2014 se produjeron 94.796 embarazos no deseados.

De acuerdo con los estudios consultados, uno de los factores que explican las cifras de embarazos no deseados es precisamente el inicio más temprano de las relaciones sexuales como consecuencia de los cambios sociales y culturales que se han producido en las últimas décadas, sin que éstos hayan ido acompañados de una información y educación sexual adecuada.

Como señala el estudio sobre las IVE en población adolescente y juventud temprana del Instituto de Investigación "Comunicación, Imagen, Opinión Pública" (CIMOP)[9], un aspecto particularmente relevante, no sólo entre jóvenes, sino también entre mujeres con bajo nivel social y/o cultural, es la "falta de capacidades para la negociación del uso de anticonceptivos con sus parejas sexuales, dentro de un marco de muchas carencias de competencias de género para la interacción sexual".

Otros factores que determinan esa realidad son las dificultades de acceso a la anticoncepción; la infravaloración de los riesgos relacionados con las vivencias de la sexualidad, y la existencia de mitos negativos con relación al uso de anticonceptivos, en particular el preservativo y los métodos hormonales.

El estudio sobre los hábitos anticonceptivos y el aborto, denominado estudio HAYA[10], incide en el uso insuficiente o inadecuado de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, ya que en el caso del 69% de las mujeres entrevistadas que habían tenido una IVE, el embarazo se produjo a pesar de haber utilizado algún método anticonceptivo.

También hay que considerar los obstáculos con los que se encuentran las mujeres para acceder a los centros y servicios sanitarios, dificultades derivadas, en ocasiones, del propio funcionamiento y organización del sistema sanitario, uno de cuyos ejemplos es el de las prolongadas listas de espera.

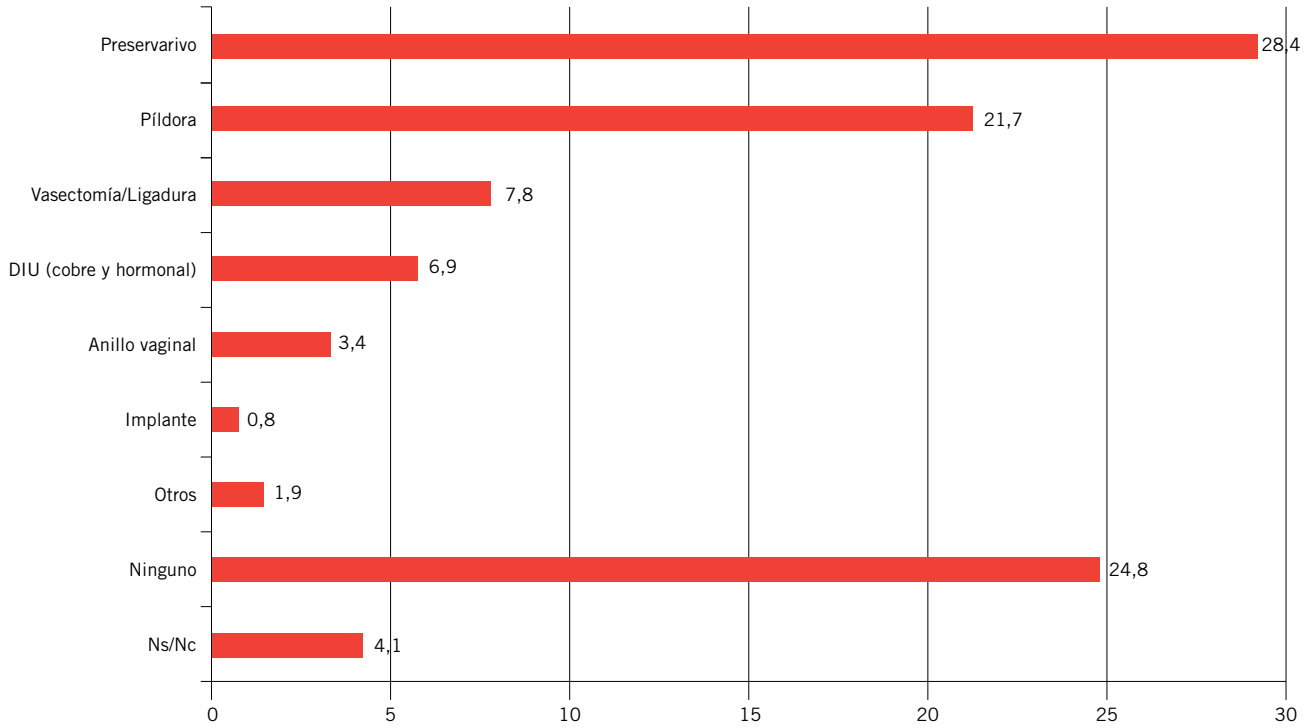
Utilización de métodos anticonceptivos en la población general

No existen estudios recientes por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre utilización de métodos anticonceptivos. Los últimos datos disponibles responden al estudio sobre el uso y opinión sobre los métodos anticonceptivos de la Sociedad Española de Contracepción (SEC), 2016[11].

En este estudio el 24,7% de las personas encuestadas no utiliza ningún método anticonceptivo. Al incluir en este porcentaje a las mujeres que no mantienen relaciones sexuales o están embarazadas, podría establecerse, según indica dicho estudio, que son el 11% de las mujeres encuestadas quienes no utilizan métodos anticonceptivos y tienen riesgo de quedarse embarazadas sin planificarlo. De las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo las menores de 19 años representan el 49,1% y las mujeres entre 35 y 39 años el 26,7%.

FIGURA 2.

USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MÉTODO (%)



Fuente: Encuesta de anticoncepción en España, 2016. Sociedad Española de Contracepción.

Respecto a la elección de método, el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado (28,4%), siendo la franja de edad de mujeres entre 15 y 29 años la de mayor porcentaje de uso (65,7%). Le sigue la píldora (21,7%), que alcanza los valores más elevados en mujeres entre 20 y 39 años (71%); y la vasectomía y ligadura de trompas (7,8%) (Figura 2).

Si se ciñe la muestra a las mujeres que han interrumpido un embarazo no deseado, según datos del MSSSI[12], el porcentaje de personas que no utilizan un método anticonceptivo aumenta hasta el 34% (32.302). Siguiendo esta muestra, el 25,23% utiliza métodos barrera y el 13,7% hormonales, situándose el resto de métodos en unos porcentajes de uso por debajo del 5%.

Siguiendo las conclusiones de los estudios cualitativos (CIMPO[13] y FPFE[14]), los resultados en cuanto al conocimiento y las creencias sobre los anticonceptivos son muy heterogéneos: las jóvenes mayores de 20 años parecen conocer más métodos y tener una mayor experiencia en varios de ellos. El preservativo es el método más conocido y utilizado y éste, junto con los métodos hormonales, sigue cargando con una percepción negativa, que abunda en los mitos y falsas creencias.

La falta de capacidad de negociación del uso del preservativo, el miedo a la exposición a un rechazo por parte de la pareja sexual, o situaciones de vulnerabilidad determinadas por la edad o el estatus migratorio, constituyen un elemento de gran importancia en el comportamiento anticonceptivo.

Estos datos corroboran las importantes carencias en materia de información y de consejo asistido ya que, si bien muchas personas consideran que tienen suficiente información para prevenir un embarazo no deseado, afirman "no disponer de toda la información o una información de calidad sobre anticonceptivos" y "sienten que su uso no ha sido fruto de una elección meditada ni acompañada por personal profesional".

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual[15] la demanda de información de las mujeres está relacionada primeramente con la anticoncepción (55,5%) y la prevención de ITS (46,4%) en todos los grupos de edad. Mientras, los varones hubieran deseado tener información acerca de los métodos de prevención de ITS y VIH en primer lugar (50,7%), seguida de los métodos anticonceptivos (47,7%).

Se puede concluir que sigue habiendo un alto porcentaje de mujeres que no utiliza métodos anticonceptivos (por lo menos de forma regular), o que cuando los utilizan, éstos no son los más eficaces o no se utilizan adecuadamente.

Resultados del estudio

CAPITULO 1

Normativa, estrategias y programas en anticoncepción

1.1. Comunidades autónomas, normativas y programas

TABLA 1.1.

NORMATIVAS Y PROGRAMAS POR CC.AA.

CCAA	Dispone de normativa	Normativas y programas propios
Andalucía	Sí	Se desarrollan programas específicos[16].
Aragón	Sí (en proceso)	Hasta mayo de 2016 se regía por lo establecido en el *Plan de Atención a la Mujer*[17]. En mayo de 2016 se aprueba el *Programa para la organización de la atención anticonceptiva en Aragón*[18].
Asturias	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Baleares	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Canarias	Sí	*Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva* (P.A.S.A.R.). Servicio Canario de Salud, 2009[19].
Cantabria	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Castilla-La Mancha	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Castilla y León	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Cataluña	Sí	*Pla Estratègic d'Ordenació de Serveis de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva* (2007)[20]. *Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Suport a l'Atenció Primària* (2007)[21].
Comunidad Valenciana	Sí	*Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Plan Director de desarrollo de la ley de salud pública.* Conselleria de Sanitat[22].
Extremadura	Sí	*Plan de Salud de Extremadura* (2013-2020). Dirección General de Salud Pública, Subdirección de Atención Primaria[23]. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura[24].
Galicia	Sí	Estrategia del SERGAS 2014[25]. *Plan Integral de Apoio a Muller Embarazada* (2012-2014)[26]. *Plan Galego de Política Familiar* (2015-2020)[27].
La Rioja	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Madrid	No	No dispone de normativa y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción.
Murcia	Sí	*Programa Integral de Atención a la Mujer.* PIAM, (2012)[28].
Navarra	Sí (en proceso)	Decreto Foral 259/1997 de 22 de septiembre[29]. *Decreto foral de salud sexual y reproductiva, 2016*[30]. Pendiente de aprobación.
País Vasco	-	-

El 56% de las comunidades autónomas (9 CC.AA.) dispone de normativa o programas propios en anticoncepción, en cuyo marco se han desarrollado planes específicos o se han revisado y actualizado los antiguos "planes de atención a la mujer".

El 44% de las comunidades autónomas (7 CC.AA.) no dispone de normativa o programas propios sobre anticoncepción. Estas comunidades se rigen por lo establecido en la Cartera de Servicios del antiguo INSALUD y su correspondiente *Plan de atención a la mujer* que data de los años 80.

En algunas de estas CC.AA. se desarrollan programas parciales de educación afectivo-sexual o de atención a personas afectadas por VIH/SIDA, en los que se incluye la anticoncepción, como es el caso de Asturias.

Andalucía

En Andalucía se cuenta con diversos programas propios y específicos relacionados con la promoción de la salud sexual, entre los que cabe destacar: el programa *Forma Joven,* una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven y *que se desarrolla en los Puntos Forma Joven*; *programa de Anticoncepción de urgencia, anticoncepción, Prevención de ITS y VIH/SIDA, Atención a la IVE,* que abordan la anticoncepción, con protocolos de actuación en anticoncepción de urgencia; la prevención de ITS y VIH/SIDA o la atención a la interrupción voluntaria del embarazo.

Todo ello constituye el marco de la estrategia andaluza de salud sexual y reproductiva de la Consejería de Salud. Junto a ello funciona la *red de salud sexual y reproductiva en Andalucía"*[31] como espacio de apoyo y de comunicación para profesionales que trabajan en este ámbito, que se centra en la sexualidad saludable, anticonceptivos, IVE e ITS desde un enfoque de derechos, género y atención a la diversidad.

Aragón

En el presente estudio se refleja la situación a enero de 2016, resultado de la aplicación del *"*Plan de Atención a la Mujer*"* que ha regido la atención en anticoncepción hasta la muy reciente aplicación de la nueva normativa. En mayo de 2016 se ha aprobado el *Programa para la organización de la anticoncepción en Aragón,* elaborado por el Grupo Técnico de Trabajo de anticoncepción, del Departamento de Sanidad del gobierno de Aragón, en el marco de la estrategia de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Entre sus objetivos figuran organizar la atención en anticoncepción, unificar la asistencia anticonceptiva para garantizar una atención universal y equitativa, homogeneizar la ruta de acceso de las usuarias a la anticoncepción, establecer los criterios y circuitos de derivación entre los distintos niveles de asistencia anticonceptiva, promover la utilización de guías y protocolos y establecer un plan de formación continuado. También se contempla la redistribución de las competencias de los profesionales implicados en anticoncepción, potenciando el papel de la Atención Primaria, tanto como puerta de entrada como en la provisión de anticonceptivos para mujeres de bajo riesgo.

Canarias

El Servicio Canario de la Salud, desde la Dirección General de Programas Asistenciales, revisó y actualizó en 2009 el antiguo *Programa de la Mujer*, que pasó a denominarse *Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva* (P.A.S.A.R.).

Este programa contempla no sólo los cambios en la práctica clínica, sino también las nuevas necesidades de la población, las nuevas tecnologías que se han ido incorporando a la práctica asistencial y otros aspectos relevantes que no se incluyeron en la primera edición del programa.

Cataluña

El *Plan Estratégico de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya dota a los equipos de Atención Primaria de toda Cataluña, una estructura de apoyo asistencial en salud sexual y reproductiva: las unidades de *Atención a la Salud Sexual y Reproductiva* (ASSIR).

Las unidades ASSIR son de gestión pública dependiente del Institut Catalá de la Salut (ICS), aunque también hay algunos ASSIR que tienen una gestión concertada.

Actualmente existen 42 unidades de ASSIR en funcionamiento. Cada una de ellas puede tener entre 1 y 27 puntos de atención en el territorio de su competencia, dependiendo del volumen de población y de la distribución geográfica de la misma. También hay 46 hospitales de referencia: 42 en obstetricia y ginecología y 4 en ginecología únicamente.

Comunidad Valenciana

En el marco de la cartera de servicios de salud pública de la Comunitat Valenciana, se desarrolla el *Plan Director de desarrollo de la ley de salud pública*, que, en su capítulo sobre "Promoción y educación para la salud", aborda, como parte de la promoción de estilos de vida saludables, la salud sexual y reproductiva.

Durante los años 80 y 90 se realizó una normativización de la actividad de los entonces llamados centros de planificación familiar. La falta de actualización de los últimos años ha dejado obsoletas muchas de estas normas.

Extremadura

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (art. 41, 42, 48), y el *Plan de Salud de Extremadura (2013-2020)* contemplan la orientación y planificación familiar tanto en el ámbito de la promoción y la protección de la salud como en la atención y su desarrollo, enmarcándola en la Atención Primaria y con los *Centros de Orientación y Planificación Familiar* como unidades de apoyo.

Galicia

La *Estrategia SERGAS 2014* contempla la "atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas: ancianos, mujer, niños y salud mental". En la atención a la mujer se establece que se crearán unidades de atención integral a la mujer (UAIM) que garantizarán el desarrollo de programas específicos en este ámbito, entre las que se incluyen la planificación familiar y la educación sexual.

En el *Plan Integral de Apoio á Muller Embarazada (2012-2014),* que desarrolla la Ley 5/2010 por la que se establece y regula la red de apoyo a la mujer embarazada, se incluyen medidas concretas sólo de apoyo a la maternidad, sin que haya mención a la anticoncepción.

El *Plan Galego de Política Familiar* (2015-2020) contempla el desarrollo de programas formativos, de sensibilización y formación sobre aspectos vinculados con la sexualidad y dirigidos a familias, jóvenes y profesionales.

Murcia

En Murcia se ha realizado una actualización del *Programa integral de atención a la mujer* (PIAM 2012), cuyo desarrollo está pendiente.

El PIAM consta de seis subprogramas que van dirigidos a todas las mujeres a partir de los 14 años de edad. En el tercer subprograma, "Promoción de la salud sexual. Anticoncepción: información y seguimiento de métodos anticonceptivos", se recogen recomendaciones de la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* e información sobre métodos anticonceptivos para ayudar a la mujer a evitar enfermedades de transmisión sexual, disminuir los embarazos no deseados o tener un control médico cuando utilizan algún método anticonceptivo.

Navarra

El presente estudio refleja la situación a enero de 2016, regida por el Decreto Foral 259/1997 de 22 de septiembre por el que se establecía la ordenación de las prestaciones sanitarias en toco-ginecología y en planificación familiar.

Se encuentra pendiente de aprobación un nuevo *Decreto foral de salud sexual y reproductiva, 2016,* que, entre otros aspectos establece una nueva denominación de los Centros de Atención a la Mujer, que pasarán a denominarse Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

Entre las CC.AA. que, en el cuestionario, han indicado no contar con normativas y/o programas específicos sobre anticoncepción, se encuentran algunas que, como Asturias o La Rioja, han manifestado que existen programas educativos dirigidos a la educación afectivo-sexual de jóvenes en los que se incluye información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos tanto en el ámbito educativo como comunitario.

1.2. Partida presupuestaria

De las 9 CC.AA. que disponen de normativa o programas específicos, sólo Cataluña y Galicia refieren contar con partida presupuestaria para desarrollarlos.

En el caso de Cataluña se señala la dificultad de detallarlo al tratarse de un presupuesto integrado en el coste total de la Atención Primaria (en el paquete de compra de servicios a los proveedores del SISCAT). Esta observación podría ser extensible a otras comunidades autónomas como Andalucía, Canarias o la Comunidad Valenciana, con las diversas particularidades que se derivan de las distintas estructuras sanitarias, aunque no se ha especificado así en los cuestionarios respondidos.

En el caso de Galicia, refieren que sólo se dispone del dato presupuestario estimado para la anticoncepción de urgencia.

1.3. Evaluación de las políticas en salud sexual y salud reproductiva

– De las 9 CC.AA. que tienen normativa o programas propios, solo en 3 de ellas se evalúan dichos programas. Son Cataluña, la Comunidad Valenciana y Extremadura. Los criterios de evaluación que estas comunidades aplican son heterogéneos:

  En Extremadura se aplican los contemplados como criterios generales de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud de Atención Primaria.

  En el caso de Cataluña se evalúa de acuerdo con indicadores enfocados a la actividad de la red ASSIR:

  - Número de solicitudes de IVE.
  - Número de interrupciones farmacológicas de embarazo hasta las 9 semanas realizadas en el ASSIR.
  - Número de jóvenes atendidos. Programa “Tarde joven” en las unidades de ASSIR.
  - Evaluación de la página web *sexejoves.*
  - Métodos anticonceptivos utilizados.
  - Número de actividades en centros escolares sobre métodos anticonceptivos e ITS.
  - Número de actividades en centros juveniles y medios de comunicación sobre salud sexual y reproductiva.

  En la Comunidad Valenciana se recogen los datos de actividad de los centros de salud sexual y reproductiva que sirven de indicadores. Aunque los datos recogidos permiten extraer indicadores de actividad, no logran una adecuada valoración de la uniformidad en el desempeño de las funciones de los centros. Se encuentran en proceso de remodelación con la creación de la nueva estrategia en salud sexual y reproductiva.

– No contestan a esta pregunta: Andalucía y Canarias.

CAPÍTULO 2

Campañas de sensibilización

En el presente estudio se consideran campañas de sensibilización las que tienen por objetivo la información sobre la utilización de todos los métodos anticonceptivos, y se realizan o financian desde las Consejerías de Sanidad de las CC.AA.

No se incluyen por tanto las campañas centradas exclusivamente en la utilización de métodos para la prevención de ITS, ni la campaña realizada en diciembre de 2010 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad *"El embarazo es cosa de dos"*[32] sobre prevención de embarazos no deseados, dirigida a jóvenes de 16 a 25 años y muy centrada en el preservativo.

2.1. Campañas de sensibilización por comunidad autónoma

La siguiente tabla (2.1) recoge tanto las CC.AA. en las que se han realizado campañas de sensibilización en los últimos cinco años, como aquellas en las que no ha habido ninguna campaña durante dicho periodo.

TABLA 2.1

CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN POR CC.AA

CC.AA.	SÍ han realizado campaña en los últimos 5 años	No han realizado campaña en los últimos 5 años
Andalucía	x	
Aragón		x
Asturias	x	
Baleares		x
Canarias		x
Cantabria		x
Castilla-La Mancha	x	
Castilla y León		x
Cataluña	x	
Comunidad Valenciana		x
Galicia	x	
Extremadura		x
La Rioja	x	
Madrid		x
Murcia		x
Navarra		x

Andalucía

Se han llevado a cabo campañas dirigidas a población general, población inmigrante y profesionales sanitarios[33].

- Población general: edición de un "folleto de métodos anticonceptivos" del que se distribuyeron 10.000 ejemplares.
- Población inmigrante: realización de una campaña dirigida a la prevención de embarazos no deseados. Esta campaña se llevó a cabo tras los resultados del "Estudio sobre el uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia de la población inmigrante residente en Andalucía"[34]. En ésta se reflejó que a pesar de haberse reducido la tasa de IVE en mujeres inmigrantes desde 2014 (34,21% en 2009, frente a 23,79% en 2014), ésta seguía siendo bastante elevada.

  En el marco de esta campaña se distribuyeron, en lugares frecuentados por las y los inmigrantes, una serie de materiales: un folleto de anticoncepción de urgencia editado en distintos idiomas para apoyar la educación a la ciudadanía, carteles o una postal-free. Asimismo se editaron "cuadernillos para agentes de salud" dirigidos a la captación activa de población inmigrante.
- Profesionales sanitarios en anticoncepción: Edición y distribución de 10.000 ejemplares de "Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de la anticoncepción" de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[35].

Asturias

- Tras la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, la Dirección General de Salud Pública y Participación, junto con el Instituto de la Juventud y el Consejo de la Mujer, realizaron una campaña informativa mediante la edición de un folleto sobre la aplicación de la *Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo*[36], en el que se incide en la recomendación recogida en dicha ley sobre las acciones informativas y de sensibilización para la prevención de embarazos no deseados. Esta campaña, llevada a cabo en 2011 y 2016, se dirigió a las mujeres y al personal sanitario.
- También se realizan campañas anuales de sensibilización desarrolladas junto con el Consejo de la Juventud, asociaciones de mujeres y ONGs.

Castilla-La Mancha

- Campañas informativas desde las Direcciones Generales de Salud Pública, Juventud, Familia, y SESCAM, dirigidas a jóvenes a través de redes sociales y del "Portal Salud Jóven"[37]. Estas campañas se inscriben en el Programa de Educación para la Salud de la Dirección General de Salud, Juventud y Familia, y cuenta con una guía sobre métodos anticonceptivos.
- Igualmente se realizan intervenciones de educación sanitaria dirigidas a mujeres que ejercen la prostitución, a través de talleres, folletos y entrega de preservativos.

Cataluña

- Campaña sobre métodos anticonceptivos dirigida a jóvenes, a través de folletos informativos, web y redes sociales.
- Cápsulas de video para consultas de Atención Primaria.
- Kits de educación sanitaria y de promoción de la salud que contienen díptico informativo, preservativo y el fármaco para la anticoncepción de urgencia.

Galicia

- Campaña de difusión en 2010 a través de folletos informativos sobre métodos anticonceptivos[38].
- Difusión de material técnico sobre todos los métodos anticonceptivos "Guía técnica do proceso de anticoncepción" (SERGAS-2008)[39].

La Rioja

- Guía sobre métodos anticonceptivos, actualizada en 2014 y diseñada para su difusión a través de plataformas digitales, por lo que es accesible desde móvil, tableta y web[40].

  En el marco de esta campaña se elaboraron 500 carteles con la leyenda "la información que va contigo" y código QR con enlace a la guía, que fueron distribuidos en centros sanitarios, de enseñanza secundaria, universidad, centros juveniles y zonas de bares y discotecas.

- En el marco del "Programa para la educación afectivo-sexual"[41] que se imparte de 1º a 4º de la ESO y en Formación Profesional Básica (FPB), se informa específicamente sobre anticoncepción.

2.2. Evaluación del impacto de las campañas

De las 6 CC.AA. en las que se han realizado campañas de información y sensibilización sobre anticonceptivos, solo en Andalucía y Galicia se realizaron evaluaciones de su impacto. Y en concreto Andalucía fue la única que relacionó el impacto tanto de las campañas como de la dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia en todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) con la disminución en un 10% del número de IVE entre 2010 y 2014 (22.116 vs. 18.032 respectivamente).

En las 4 CC.AA. restantes que refieren haber realizado alguna campaña no se ha evaluado su impacto ni se ha comunicado la amplitud de dichas campañas.

CAPÍTULO 3

Formación de profesionales del sistema público de salud en salud sexual y reproductiva

La formación de los profesionales en salud sexual y reproductiva es decisiva para garantizar la calidad de la atención y el acceso a todos los métodos anticonceptivos, ello requiere de la existencia de protocolos que orienten a los profesionales de la salud en la prescripción y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos.

3.1. Protocolos y recomendaciones

1. En 7 CC.AA. existen protocolos o recomendaciones sobre cómo debe ser el consejo asistido en anticoncepción para garantizar la elección informada del método, su correcto empleo, la continuidad en el tiempo y por tanto la disminución del riesgo de embarazo no planificado/deseado: Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia.

   Entre las CC.AA. que contestan disponer de protocolos, en algunos casos no se refieren a protocolos propios sino a las recomendaciones establecidas por la OMS (por ejemplo en "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos"[42], "Planificación familiar. Un manual para proveedores"[43], o "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos"[44]. En otros casos se trata de protocolos de sociedades científicas como SEGO, SEMFYC o SEC.

2. En 7 CC.AA. no existen protocolos específicos. Nos referimos a Aragón y Baleares (que sólo cuentan con protocolos de anticoncepción de urgencia), Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León y La Rioja.

   Los motivos que se recogen en el cuestionario como explicación a la inexistencia de protocolos son: el desinterés de la Administración y de algunos profesionales, al no considerar la prevención de embarazos no deseados y la planificación familiar como problemas de salud.

No contestan: Madrid y Navarra.

3.1.1. Protocolos por comunidad autónoma

Andalucía

Profesionales sanitarios en anticoncepción: "Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de la anticoncepción" de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[45]. Se editan y distribuyen 10.000 ejemplares para los profesionales sanitarios que realizan anticoncepción.

Aragón

"Guía de la Prescripción de la Píldora Postcoital". Gobierno de Aragón (2005)[46].

Baleares

"Guía de actuación en la anticoncepción de urgencia". Consellería de Salut i Consum. Direcció General de Planificació i finançament. Govern de les Illes Balears (2008)[478].

Canarias

En el marco del "Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva" (P.A.S.A.R.) del Gobierno de Canarias (2009)[48] se difunde una guía sobre "Anticoncepción"[49], con el objetivo de favorecer el acceso a los servicios de anticoncepción.

Cataluña

"Guia Atenció Contracepció d'Emergència. Guías de Práctica Clínica i Material Docent". Institut Catalá de la Salut (2004)[50].

Comunidad Valenciana

"Protocolos de actuación en los centros de salud sexual y reproductiva". Consellería de Sanitat. Generalitat valenciana (2008)[51].

Este protocolo aborda las funciones y actividades que deben realizar los centros, tratando de potenciar "las herramientas clínicas que ayuden al profesional a tomar una decisión correcta. Estando apoyados en la mejor evidencia posible, lo que permite garantizar unos resultados asistenciales más rigurosos".

Galicia

"Guía Técnica do Proceso de Anticoncepción", SERGAS 2008[52]. Se trata de un protocolo de anticoncepción dirigido a facilitar la labor de profesionales, en el que se abordan los siguientes métodos: DIU cobre, hormonal, anillo, parche, píldora, inyección hormonal combinada, inyección progestágeno solo, minipíldora, Essure®.

"Protocolo de Actuación en Anticoncepción de Emerxencia". SERGAS, Subdirección Xeral de Programas Asistenciais, investigación e calidade (2010)[53].

3.2. Programas formativos

En este apartado se refleja la información recabada sobre la oferta formativa de los tres últimos años en las Consejerías de Sanidad.

En 7 CC.AA. desde las Consejerías de Sanidad se han ofrecido cursos de formación a profesionales en materia de anticoncepción: Andalucía, Asturias (sólo en Centros de Orientación Familiar - COF), Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Madrid.

En otras 8 CC.AA. no ha habido oferta formativa en anticoncepción por parte de la Consejería de Sanidad. Son los casos de Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja y Navarra.

No contestan: Murcia.

Según las respuestas recogidas de informantes de 5 CC.AA., los motivos que explicarían esa falta de formación tienen que ver con:

- La inexistencia de demanda por parte de los profesionales.
- Los efectos de los recortes en personal y servicios.
- Su falta de consideración como prioridad.
- Inexistencia de un plan estratégico al que se remita esta línea de actuación.
- En el caso de Galicia, el hecho de que las políticas estén centradas únicamente en el fomento de la maternidad, sin el componente de prevención de los embarazos no deseados, lo cual tiene un efecto directo en los objetivos marcados para la formación de las y los profesionales.

3.2.1. Contenido de la formación

Andalucía

- Dentro del "Curso de formación para formar a formadores de AP en salud sexual y reproductiva" de la "Red de formación en salud sexual y reproductiva", se incluyen contenidos sobre "Manejo de la anticoncepción en la consulta de Atención Primaria" y "Casos prácticos para mejorar la salud sexual y reproductiva en Andalucía".

  De 2012 a 2014 se han realizado cinco ediciones del curso de formación en salud sexual y reproductiva para preparar a formadores en el ámbito de la Atención Primaria, con un total de 93 profesionales formados. Tras recibir los cursos, estos profesionales han replicado la formación en sus distritos y áreas de gestión sanitaria, realizando más de 60 cursos de formación básica. Con estos cursos se ha logrado que más de 1.000 profesionales de AP de Andalucía se formen en el análisis de situación de la salud sexual y reproductiva en el centro/distrito, en conceptos fundamentales del marco de derechos, género y diversidad, en el manejo de la anticoncepción en las consultas de AP, entre otros.

Cataluña

En las unidades ASSIR hay programas de formación continuada sobre "Actualización de anticoncepción, su manejo y asesoramiento". Institut Català de la Salut.

Extremadura

- "Papel de la matrona en la salud sexual y reproductiva de la mujer".
- Curso de "Actualización en anticoncepción", en el marco del Programa de Formación en Ciencias de la Salud y de la Atención Socio Sanitaria que se recoge en la Resolución 23 de febrero de 2015 de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo.

Madrid

- Cursos presenciales sobre anticoncepción y abordaje de la historia clínica sexual en Atención Primaria.

No precisan el contenido formativo: Asturias, Aragón, Castilla-La Mancha.

3.2.2. Currículum académico y prácticum profesional

Son varias las CC.AA. donde los programas de formación en materia de anticoncepción forman parte del curriculum y prácticum de los profesionales.

- Solo en 6 CC.AA. se contemplan programas formativos en materia de anticoncepción que implican a todos los profesionales. Son los casos de Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Navarra.
- Hay programas dirigidos a ginecólogos/as en 9 CC.AA.: Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Navarra.
- En 11 CC.AA. se desarrollan programas dirigidos a médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (médicos de AP). Son los casos de Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja y Navarra.
- 11 CC.AA. cuentan con programas dirigidos a personal de enfermería: Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja y Navarra.
- 8 CC.AA. cuentan con programas dirigidos a profesionales de la psicología, aunque en la mayoría de los casos se trata de una oferta formativa más puntual y no sistemática: Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Navarra.

De las comunidades autónomas que responden a las preguntas sobre la existencia de programas formativos a profesionales en anticoncepción, Castilla y León y la Comunidad Valenciana refieren no disponer de formación en el currículum y prácticum profesional.

No contesta: Madrid.

CAPÍTULO 4

Servicios en salud sexual y salud reproductiva

La estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud en materia de anticoncepción presenta un mapa enormemente diverso y heterogéneo a nivel autonómico.

Las desigualdades son significativas debido principalmente a:

- El diferente modelo y funcionamiento asistencial: la ordenación de las prestaciones en esta materia, realizadas en formas y plazos muy variables y con resultados diversos.
- La ausencia de protocolos y normativas o la falta de desarrollo y/o aplicación de las existentes.
- Las distintas políticas de financiación de los métodos anticonceptivos adoptadas por los servicios de salud de las comunidades autónomas para costear algunos de los métodos no incluidos en el SNS.

4.1. Evolución histórica de la asistencia anticonceptiva

La estructura asistencial en materia de salud sexual y salud reproductiva, y particularmente en lo relativo a la atención en anticoncepción, se ha desarrollado de forma muy diferente en las distintas comunidades autónomas.

En algunas de ellas se ha organizado de forma paralela a la realización de las transferencias del INSALUD, mientras que en otras se ha estructurado con anterioridad o posterioridad a dicho proceso.

En algunos casos los centros de planificación familiar, creados en los años 80 por ayuntamientos o en el marco de planes ministeriales, se han mantenido o se han reconvertido en unidades de atención en salud sexual y reproductiva, mientras que en otras comunidades autónomas han ido desapareciendo.

Por un lado están las 7 CC.AA. que ya contaban con los servicios y funciones del INSALUD transferidos antes de finalizar el año 2.000 y que durante esos años fueron adaptando y reorganizando los servicios. Son los casos de Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Comunidad Autónoma del País Vasco.

Las 10 CC.AA. restantes que consiguieron las transferencias de la gestión sanitaria del antiguo INSALUD después del 2000, mantienen, en su mayoría y en líneas generales, el marco establecido por la Cartera de Servicios y el consiguiente Plan de Atención a la Mujer. Se trata de las siguientes CC.AA.: Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja y Madrid. El caso de Aragón requiere una mención particular al estar en proceso de aplicación del nuevo *programa para la organización de la atención anticonceptiva*.

4.2. Modelos actuales de atención en anticoncepción

Teniendo en cuenta la situación actual, y para hacer más comprensible la diversa organización de la asistencia, en el presente informe se establece la siguiente clasificación según modelos asistenciales:

4.2.1. Integración completa en la red asistencial de Atención Primaria de los antiguos Centros de Orientación Familiar (COF), que desaparecen como tales.

En estas CC.AA., los centros o consultas de planificación familiar que dependían de las Administraciones locales, del Ministerio de Sanidad u otras instituciones públicas, se han integrado completamente en los centros de salud de Atención Primaria, estando por tanto la anticoncepción en la cartera de servicios de AP.

En los centros de salud se centraliza toda la asistencia en anticoncepción, con la excepción de las derivaciones a atención especializada u hospitalaria para los métodos que lo precisan.

En esta situación se encuentran: Andalucía y Canarias.

4.2.2. Reconversión y/o creación de nuevos servicios como centros o unidades de salud sexual y reproductiva.

Estos centros o servicios funcionan como unidades de apoyo a la Atención Primaria, y en ellos se realiza la atención en anticoncepción y sexualidad. Es la situación de la Comunidad Valenciana. En el caso de Cataluña existe un programa específico de atención en salud sexual y reproductiva que se constituye en servicio de apoyo a Atención Primaria y especializada.

En el caso de Cantabria, además del centro de salud sexual y reproductiva en algunos casos también se atiende en anticoncepción desde AP y desde los hospitales comarcales.

4.2.3. Modelo convencional de Atención Primaria con "Centros de Orientación Familiar" (COF) o "Unidades de Atención a la Mujer" (UAM).

Se trata de centros específicos (no solo consultas) con muy distintas denominaciones (Tabla 4.1.), que coexisten junto con los centros de salud de Atención Primaria y prestan asistencia en anticoncepción. Los médicos de Atención Primaria, en la mayoría de los casos, derivan a estos centros. Se encuentran ubicados en edificios propios o en los centros de salud y, en algunos casos, en hospitales, aunque su funcionamiento es autónomo.

Las distintas modalidades se agrupan de la siguiente forma:

a) COF: Centros de Orientación Familiar o planificación familiar que atienden preferentemente anticoncepción (Aragón, Asturias, Castilla-la Mancha, Extremadura, Galicia y La Rioja).

b) UAM: Unidades de Atención a la Mujer que atienden planificación familiar entre otras prestaciones (Baleares, Castilla y León y Navarra).

c) Unidades ginecológicas (Murcia).

La cobertura de estos centros y su número y distribución zonal difiere mucho en las distintas comunidades autónomas. Así, son muy residuales en CC.AA. como Aragón, Castilla y León, y Castilla-La Mancha, y tienen una importante implantación territorial en Navarra y Baleares.

En algunas ciudades existen todavía centros que realizan algunas prestaciones en materia de anticoncepción y son dependientes de la Administración local, manteniéndose como red paralela al servicio autonómico de salud. Son los casos de Madrid-Ciudad; los pueblos de Alcobendas, San Sebastián de los Reyes, Coslada y San Fernando de Henares en la Comunidad de Madrid, y la ciudad de Zaragoza.

En todos los casos se mantiene el nivel de atención en los centros de especialidades y en los hospitales.

La tabla 4.1. recoge de manera resumida los modelos asistenciales actuales descritos anteriormente:

TABLA 4.1.

MODELOS DE ATENCIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

Modelo/comunidad autónoma	Nº de centros específicos	Tipo de centros y denominación
Modelo Atención Primaria		
Andalucía		
Canarias		Consultas de planificación familiar
Centros o unidades de salud sexual y reproductiva		
Cataluña	39	Unidades d'Atenció a la salut sexual reproductiva
Comunidad Valenciana	35	Centros de salud sexual y reproductiva
Cantabria	1	Centro de salud sexual y reproductiva La Cagiga
Modelo convencional con COF o Unidades de Atención a la Mujer		
Asturias	5	Centros de Orientación Familiar
Aragón	3	Centros de Orientación Familiar (desaparecen en mayo de 2016)
Baleares	14	Unidades de Atención a la Mujer
Castilla y León	1	Centro de Atención a la Mujer
Castilla-La Mancha	3	Centros de Orientación Familiar
Comunidad de Madrid	20	16 dependientes del Ayuntamiento de Madrid. 1 en San Fernando de Henares, Coslada, Alcobendas, San Sebastián de los Reyes.
Extremadura	31	Centros de Orientación Familiar en 8 áreas sanitarias
Galicia	9	Centros de Orientación Familiar
La Rioja	1	Centro de Planificación Familiar
Murcia	27	Unidades ginecológicas (UGA)
Navarra	13	Centros de Atención a la Mujer que pasarán a denominarse Centros de Salud Sexual y Reproductiva
Comunidad Autónoma País Vasco	63	Módulos de asistencia psico-social y consultas de planificación familiar

Como se puede observar en la tabla 4.1, el nivel de implantación territorial, el modelo asistencial, y por tanto la cobertura, varían de unas comunidades a otras.

- En algunas comunidades autónomas los centros específicos tienen arraigo y una amplia, aunque no siempre suficiente, cobertura asistencial, como son los casos de Baleares, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra.

  En Navarra, los COFES (Centros de Orientación Familiar y Educación Sexual) se convirtieron en Centros de Atención a la Mujer. A partir de la aprobación del Decreto, pasarán a denominarse Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

- Las CC.AA. que cuentan con centros o unidades de salud sexual y reproductiva, como la Comunidad Valenciana y Cataluña, disponen de una amplia red de centros.

  En el caso de la Comunidad Valenciana, los actuales centros tienen su origen en los COF que se transfirieron, y que en la actualidad constituyen los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

  En el caso de Cataluña, son 39 las unidades de ASSIR, que cuentan con un total de 220 ginecólogos y 370 matronas.

Hay que señalar que en prácticamente todas las CC.AA. ha habido una reducción del número de centros respecto a años anteriores.

4.3. Actividades de los profesionales

Aunque en el cuestionario facilitado a los informantes no se incluían explícitamente preguntas sobre las actividades y funciones de los profesionales, de las respuestas facilitadas se pueden constatar los siguientes aspectos:

1. Los médicos de Atención Primaria atienden, informan y hacen seguimiento de la anticoncepción en aquellas comunidades autónomas donde está integrado el servicio. Sin embargo, en las áreas sanitarias donde existen centros específicos, desde Atención Primaria se deriva a estos centros la demanda de anticoncepción, incluida la informativa. Muchos profesionales de los centros de Atención Primaria se limitan, en el mejor de los casos, a extender la receta de los anticonceptivos.

   Obviamente existen buenas prácticas en algunos centros de salud con equipos profesionales comprometidos que prestan una atención de calidad y atienden la información, consejo, dispensación y seguimiento de todos los métodos anticonceptivos.

   Hay que destacar que en algunos centros de Atención Primaria parte de la atención recae sobre el personal de enfermería, que es la 'puerta de entrada' a dicha atención y quienes realizan la mayoría de las actividades de información y consejo asistido.

   Desde Atención Primaria se deriva para la exploración ginecológica, la prescripción y dispensación de la mayoría de métodos, la realización de algunas pruebas (por la falta de infraestructura) y el tratamiento de patologías.
2. En los centros específicos se realiza el consejo asistido sobre anticoncepción, así como la aplicación y seguimiento de los diferentes métodos, incluida la anticoncepción de urgencia. La vasectomía y ligadura de trompas se derivan, en la mayoría de los casos, a la atención hospitalaria.
3. En los centros de especialidades se atienden las derivaciones de Atención Primaria para la inserción de DIU y, a su vez, se derivan a los centros específicos, allí donde existen, la anticoncepción hormonal.
4. En la atención hospitalaria se atienden exclusivamente, salvo excepciones, las demandas de anticonceptivos quirúrgicos y la patología ginecológica que lo precise.

4.4. Registro de actividades

En todas las CC.AA. se cuenta con un apartado en la historia clínica informatizada de Atención Primaria que recoge algunos aspectos de la anticoncepción, pero no existe un sistema de registro específico de las actividades relacionadas con ella. Datos como, por ejemplo, cuántos y qué métodos anticonceptivos usan las mujeres, o cuáles son sus preferencias, no suelen estar explotados ni sus resultados son evaluados, y en aquellos sitios donde se explotan tampoco suelen estar disponibles.

No obstante, todas las comunidades autónomas tienen registros de IVE e ITS, al ser procesos de declaración obligatoria, que se comunican al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las comunidades autónomas que refieren tener un sistema de registros propio en anticoncepción son: Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja y Madrid. En Andalucía se refiere la existencia de algunos registros a nivel provincial o de área sanitaria.

4.5. Tiempo de espera para la atención

1. Las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, Castilla-la Mancha, Castilla y León, Extremadura y La Rioja refieren que el asesoramiento y la prescripción de métodos anticonceptivos se realiza en la consulta de Atención Primaria y por tanto se supone que no hay demora en la atención a la demanda, o que ésta es como mucho de un día (en cualquier caso siempre está supeditada a la implicación de los médicos de Atención Primaria y a las listas de espera generales).

   En comunidades donde existen los COF, actúan con cita previa sin largas esperas.

2. Según los datos recogidos en el cuestionario, la demora es de entre 2 y 7 días en Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña y Navarra, pudiendo llegar a ser de un mes (Cantabria) o de hasta 6 meses (Aragón).
3. Las CC.AA. de La Rioja y Cantabria refieren que en Atención Especializada se demora entre 15 días y 6 meses respectivamente la atención en anticoncepción. El resto de comunidades autónomas no precisan de espera en Atención Especializada.
4. El tiempo de demora en los centros de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana varía entre los distintos centros, debido a las diferencias en el volumen de población a atender y en el número del personal integrante de los equipos en dichos centros.

No contestan: Madrid y Galicia.

4.6. Calidad de la información que facilitan los profesionales

Atendiendo a las respuestas recogidas en relación con la calidad de la información que se facilita, y que indagan en si se informa acerca de todos los métodos disponibles, así como de las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, responden afirmativamente:

- Las CC.AA. donde la prestación de anticonceptivos está totalmente integrada en Atención Primaria, como son los casos de Andalucía y Canarias.
- Las CC.AA. que tienen unidades de salud sexual y reproductiva, como Cataluña, Comunidad Valenciana y Cantabria; en estos casos se especifica que la información de calidad se ofrece en estos centros.
- Las CC.AA. que cuentan con COF o Unidades de Atención a la Mujer arraigadas, como Extremadura, Navarra, Galicia y Baleares. En estos casos se especifica que la información de calidad se ofrece en estos centros.

En muchos casos se señalan diferencias entre la información más completa y con mayor dedicación de tiempo que realiza el personal de enfermería y la que facilitan los y las médicas de Atención Primaria. Esta diferencia tiene que ver con cómo esté organizado el servicio y con las competencias de los distintos profesionales.

Respecto a las comunidades autónomas que responden que la información sobre métodos anticonceptivos es limitada y/o insuficiente, los motivos que refieren tienen que ver con:

- La falta de tiempo en la consulta.
- El nivel de conocimiento de los profesionales sobre todos los métodos anticonceptivos (en la mayoría de las CC.AA. no se facilita información completa sobre los LARC).
- El criterio de cada profesional.
- La reducción de recursos y personal.

Contestan 6 comunidades autónomas.

4.7. Profesionales que realizan el consejo asistido

En la mayoría de las CC.AA. son el médico de familia, las matronas y personal de enfermería quienes mayoritariamente realizan el consejo asistido, y en menos de la mitad de las CC.AA. lo realiza también el ginecólogo.

- Ginecólogos/as de Atención Primaria en 6 CC.AA.: Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Navarra.
- Ginecólogos/as de hospital en 7 CC.AA.: Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia y La Rioja.
- Médico/a de familia en 15 CC.AA.: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y Navarra.
- Matronas en 15 CC.AA.: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y Navarra.
- Enfermeras en 12 CC.AA.: Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y Navarra.

4.8. Porcentaje de mujeres atendidas

De las 16 CC.AA. que contestaron el cuestionario sólo han facilitado este dato Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana y La Rioja. El resto o no disponen del dato o no contestan.

En el Centro de Atención en Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga de Cantabria, se atendió en un año a 555 adolescentes menores de 20 años, que son el 5% de la población de referencia aproximada (11.000 chicas).

En Cataluña, en un año se atendió a 591.629 personas, de las que 514.741 son mayoritariamente mujeres jóvenes que acuden por un proceso relacionado con actividades de prevención: ITS, cáncer de cuello de útero, consejo reproductivo, atención sobre métodos anticonceptivos, patología ginecológica.

En la Comunidad Valenciana, se cifra en un 5% el porcentaje de mujeres atendidas en hospitales.

En La Rioja el número de mujeres en edad fértil atendidas en un año fue de 71.091, siendo el 1% las mujeres que acuden a consulta ginecológica y el 0,4% las que acuden a un Centro de Planificación Familiar.

CAPÍTULO 5

Financiación en las comunidades autónomas

En la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud se establece la necesidad de que todos los métodos anticonceptivos sean accesibles a toda la población, pero esta afirmación no se corresponde con la realidad, ya que sólo están financiados una parte de los anticonceptivos hormonales orales.

Los anticonceptivos que NO cuentan con financiación del SNS son los siguientes:

- Los que contienen el principio activo "drospirenona", cuya financiación fue retirada en 2013 por desacuerdos económicos. La drospirenona es un progestágeno con efectos antiandrogénicos y anti-mineralcorticoide, lo que la hace distinta de otras formulaciones.
- Los anticonceptivos hormonales no orales, transdérmico (parche anticonceptivo) y transvaginal (anillo anticonceptivo).
- El implante subdérmico de sólo gestágenos se financia sólo si la receta está sellada por la inspección médica y por tanto debe acompañarse de un informe del servicio de ginecología de la zona. Esto implica un trámite burocrático que disuade a las usuarias y, por tanto, supone un obstáculo para su utilización.

  Además, después de realizados dichos trámites, el coste del implante para la mujer es de 60€, lo que se constituye en otro obstáculo para su uso. Hay que señalar aquí la excepción de Cataluña, donde la receta se valida con tarjeta electrónica sin precisar el sello de la inspección. En algunos departamentos de la Comunidad Valenciana se financia en su totalidad.

- El DIU de cobre. 11 comunidades autónomas lo financian con recursos propios. Sin embargo, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y Murcia no lo financian.
- El DIU de levonorgestrel. Algunos servicios hospitalarios lo colocan de forma gratuita en casos de problemas ginecológicos. Al igual que el DIU de cobre, en algunos casos las propias comunidades autónomas lo financian.
- Los preservativos masculinos y femeninos, que además tienen un coste alto para la población joven, sólo se reparten gratuitamente en 4 CC.AA (Asturias,Cataluña, Extremadura y Navarra); y en algunos programas de algunas comunidades autónomas se reparten gratuitamente de forma ocasional para prevención de VIH (Andalucía, Galicia, Madrid).
- El diafragma.
- Los óvulos y cremas espermicidas.
- La anticoncepción postcoital, pese a que está considerada como uno de los medicamentos esenciales por la OMS. Sólo 9 comunidades autónomas la distribuyen gratuitamente, como sucede en el caso de los DIU, con recursos propios. Son los casos de Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Navarra.

Las dificultades económicas para el acceso a ciertos métodos anticonceptivos han llevado a algunas comunidades autónomas a financiar los anticonceptivos con presupuestos propios, lo que ha producido disparidades entre las

diferentes CC.AA., diversidad de modelos de financiación y un grado importante de inequidad y desigualdad que las mujeres sufren dependiendo de su lugar de residencia, tal como se aprecia en la tabla nº 5.1. Estas diferencias llevan, en algunos casos, a disparidades dentro de una misma comunidad autónoma, en la que se puede financiar un método anticonceptivo en un área sanitaria y en otra no, debido a la autonomía de gasto.

TABLA 5.1.

FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Comunidad autónoma	Parche	Anillo Vaginal	Preservativo	DIU cobre	Píldora del día después (AU)	Implante
Andalucía	-	-	-	Sí	Sí	Si
Asturias	-	-	Sí	Sí	-	Sí
Aragón	-	-	-	Si	Sí	-
Baleares	-	-	-	-	Sí	-
Canarias				Sí	-	-
Cantabria	-	-	-	Sí	Sí	Si
Castilla-La Mancha	-	-	-	Sí	-	-
Castilla y León	-	-	-	Sí	-	-
Cataluña	-	-	Si	-	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	-	-	-	Sí	Sí	Si
Extremadura	-	-	Si	Sí	Sí	-
Galicia	-	-	-	Para AU	Sí	-
La Rioja	-	-	-	Sí	-	Sí
Madrid	-	-	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-	-	-
Navarra	-	-	Sí	Sí	Sí	Si

Como se puede observar, Navarra es la comunidad autónoma que más métodos anticonceptivos financia con presupuesto autonómico, cuatro de ellos, mientras que Madrid y Murcia no financian ningún método con presupuesto autonómico.

El método que más CC.AA. financian es el DIU de cobre, seguido de la píldora del día después.

5.1. Diferencias entre áreas sanitarias en una misma comunidad autónoma

Con base en las respuestas aportadas por los informantes, 7 CC.AA. presentan diferencias entre áreas sanitarias. Son los casos de Andalucía, Asturias (donde se señala la existencia de reticencias con los implantes en algunas áreas), Baleares, Castilla y León (donde la financiación de Essure® e implantes depende de la decisión de la dirección de hospitales), Comunidad Valenciana y Madrid. En Aragón hay diferente financiación del DIU-LNG y del implante según el área sanitaria.

De acuerdo con los cuestionarios, los motivos que explicarían las desigualdades en el acceso a la anticoncepción gratuita en una misma comunidad autónoma son dos. Por un lado, las decisiones de las gerencias, que llevan a que sólo en algunos casos se llegue a acuerdos para financiar, por ejemplo, los DIUs o implantes. Por otro lado, la dejadez administrativa para conseguir financiación.

Por otra parte, 7 CC.AA. no refieren diferencias entre áreas sanitarias. Son los casos de Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Navarra; también de Cantabria y La Rioja por tener una única área sanitaria.

No contestan: Galicia y Murcia.

5.2. Financiación específica de anticoncepción para jóvenes

Sólo en las comunidades autónomas de Cataluña, Extremadura y Navarra se refiere la existencia de financiación específica de anticoncepción dirigida a jóvenes, en concreto, los preservativos.

En el caso de Asturias se señala la distribución de condones a través de las consultas y del Consejo de la Juventud, lo que podría ser ampliable a otras comunidades autónomas, siempre considerando esta financiación como puntual y limitada.

La situación varía si se analizan las respuestas a la pregunta sobre la financiación específica de preservativos en programas de prevención de VIH dirigidos a jóvenes. En este caso muchas más comunidades autónomas, en concreto 6, refieren tener financiación específica, aunque sigue siendo puntual: Andalucía, Asturias, Cataluña, Galicia, Madrid y Navarra.

No contestan: Canarias, Castilla y León, Extremadura y La Rioja.

Conclusiones, comentarios y recomendaciones

Conclusiones y comentarios

1. Normativa, estrategias y programas en anticoncepción

1. Normativa

La *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva*, aprobada en 2011, se debía desarrollar a lo largo de los cuatro años siguientes y debía ser evaluada cada dos años después de su aprobación; el cumplimiento del desarrollo de dicha estrategia debía garantizarse a través de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud, según consta en su promulgación. Sin embargo, solo se han implementado las líneas de salud reproductiva referentes al embarazo, parto y puerperio, mientras que los aspectos relacionados con la prevención de embarazos no deseados, la anticoncepción y todos los relacionados con la salud sexual no han sido desarrollados por el gobierno tras las elecciones generales del 2011.

Por tanto, el periodo de vigencia de dicha estrategia se ha cerrado sin desarrollo a nivel estatal, y solo algunas comunidades autónomas lo han llevado a cabo, en la mayoría de los casos parcialmente, con normativas o programas específicos.

Esta falta de cumplimiento de los compromisos gubernamentales ha tenido importantes consecuencias en el desarrollo de la atención en materia de anticoncepción, tal y como se refleja en el presente documento.

2. Diferencias

Se constatan grandes diferencias en la atención a la salud sexual y reproductiva entre comunidades autónomas, en particular en la prestación anticonceptiva, tanto en lo que se refiere a la organización de los servicios como a la financiación de la prestación. Este hecho supone, como ya se ha señalado, una gran desigualdad que sufren las ciudadanas de los diversos territorios del país.

Esto es debido, entre otros motivos, a la falta de desarrollo de la estrategia nacional en algunas CC.AA., y de los diferentes desarrollos de la misma en las CC.AA. donde se ha abordado.

Cerca de la mitad de las comunidades autónomas, el 44%, no contemplan la *Estrategia de salud sexual y reproductiva* como un área prioritaria de intervención en sus respectivos planes de salud, lo que implica que no se ha traducido en políticas públicas que mejoren el acceso a la anticoncepción.

En estos casos se constata que el hecho de que la anticoncepción conste en la Cartera de Servicios no garantiza la aplicación de una medida sanitaria. Son necesarias, por un lado, políticas concretas de promoción e impulso del acceso a la anticoncepción, que no existen; y por otro lado, normas protocolizadas que garanticen la aplicación y seguimiento de los métodos anticonceptivos de los que se dispone, que tampoco existen.

También se constata la existencia de importantes diferencias entre áreas sanitarias en una misma CC.AA.

3. Protocolos

En las comunidades autónomas donde existen protocolos específicos se siguen produciendo disfunciones derivadas de:

a. La alta presión asistencial, y por tanto el reducido tiempo de consulta del que disponen los médicos de Atención Primaria.

b. Prejuicios personales y déficit de formación de algunos profesionales en esta materia, sobre todo en lo que se refiere al consejo asistido, lo que dificulta el correcto enfoque y atención a la anticoncepción.

En algunos casos en los que sí se cuenta con normas concretas, éstas son muy antiguas, no han sido actualizadas, y muchos profesionales de Atención Primaria no las conocen. En otros casos se trata de programas muy amplios de atención a las mujeres que incluyen desde atención a la menopausia hasta atención al cáncer de útero, y en los que se diluye la atención a la salud sexual y reproductiva.

4. Dependencia

Sea cual sea el modelo de organización de los servicios y prestaciones, se puede establecer una relación directa entre la integración de la anticoncepción en Atención Primaria (o con servicios de apoyo integrados), y una mayor accesibilidad. La extensión territorial de los servicios de Atención Primaria y por tanto la mayor cercanía de los mismos para las mujeres facilita su acceso a la prestación de la anticoncepción.

5. Competencias

Las Consejerías de sanidad se organizan, generalmente, en dos núcleos de actividad diferenciados: las direcciones que tienen las competencias derivadas de salud pública y las direcciones asistenciales que se encargan de la gestión concreta de las actividades asistenciales, en este caso, de la anticoncepción.

Los programas que abordan de forma específica la prestación en anticoncepción, generalmente dependen institucionalmente de las Direcciones Generales de Salud Pública. Estas Direcciones Generales carecen de competencias en la atención directa, por lo que los programas en materia de anticoncepción tienen un menor impacto que si dependieran de las direcciones asistenciales.

6. Indicadores y evaluación

En la mayoría de las comunidades autónomas (67% de las que cuentan con normativa específica) no existen sistemas de indicadores en anticoncepción, ni planes de evaluación de los programas que están establecidos. Esto implica que se carece de criterios de eficacia, necesidades y demanda, así como de datos actualizados de la cobertura, tanto a nivel local como autonómico.

En aquellas CC.AA. que sí disponen de estos indicadores o evaluaciones (33%), la información es de difícil acceso y por tanto en la mayoría de las ocasiones no se encuentra fácilmente.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tampoco dispone de estadísticas propias sobre porcentaje de mujeres atendidas, utilización de métodos anticonceptivos, lista de espera para los distintos métodos y otros datos de interés, y tampoco existe un plan para la recogida de estos datos.

Los últimos datos ministeriales disponibles son los de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009) y los de encuestas que realizan entidades privadas; la última disponible es la *Encuesta de anticoncepción* realizada por la SEC en 2016 sobre utilización de los distintos métodos.

7. Prioridades

Se puede concluir que, en la mayoría de los casos, el acceso a la anticoncepción no está contemplado como un ámbito importante de la asistencia ni a nivel estatal ni a nivel autonómico. Por tanto, este acceso es susceptible de variaciones en función de los planteamientos ideológicos de los distintos gobiernos, viéndose limitado en unos casos o ampliado en otros, lo que acentúa las inequidades entre las distintas comunidades autónomas.

2. Campañas de sensibilización

1. A pesar de que la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, establece la importancia de la realización de campañas de prevención de los embarazos no deseados, más de la mitad de las comunidades autónomas (62%) no han realizado ninguna campaña de sensibilización sobre la anticoncepción. Esto significa que más de 5 millones de mujeres en edad fértil no han recibido, en los últimos 5 años, ninguna información ni mensaje positivo, desde las instituciones, sobre la importancia del uso de anticonceptivos eficaces para la prevención de embarazos no deseados.
2. Dada la existencia de numerosos mitos y falsas creencias instaladas en el imaginario social sobre los efectos de los métodos anticonceptivos, particularmente de la anticoncepción hormonal y los DIU, se necesitan campañas dirigidas a población diana en materia de anticoncepción.
3. Los contenidos de las campañas, allí donde se han realizado, no siempre incluyen información completa sobre todos los métodos anticonceptivos.
4. Las campañas realizadas tienen una comprobada falta de continuidad que merma su eficacia.
5. Hay que destacar como buenas prácticas las campañas dirigidas a jóvenes que emplean nuevos formatos y particularmente las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).
6. En algunas comunidades autónomas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de mujeres y juveniles realizan campañas para la prevención de embarazos no deseados con información sobre métodos anticonceptivos. En estos casos se incluye la información de todos los métodos. Son campañas que cuentan con apoyo de alguna Administración pero son ocasionales, aisladas, sin continuidad y con un impacto muy reducido.
7. En las 6 comunidades autónomas donde se han realizado campañas, el 71% no cuentan con sistemas de seguimiento y evaluación, lo que significa que no se puede medir su impacto y por tanto no existen criterios para introducir cambios que permitan una mayor eficacia de dichas campañas.

3. Formación de profesionales en salud sexual y reproductiva

1. Solo el 37,5% de las comunidades autónomas dispone de programas formativos que implican a todos los estamentos profesionales sanitarios.

   Sólo en Cataluña y Andalucía se dispone de un plan específico de formación, con definición de objetivos, herramientas (materiales propios) y formación continuada. En otras CC.AA. se realizan cursos puntuales de actualización en anticoncepción que, ciertamente, no tienen el mismo impacto. Por lo tanto, se puede afirmar que, salvo en estas dos comunidades autónomas, no existe una oferta formativa continuada en anticoncepción por parte de las Administraciones sanitarias, ni este contenido se incorpora en los cursos generales que se imparten.

   En algunos casos la formación se centra en el personal de enfermería y/o matronas, lo que es fundamental dado que estos profesionales son la *puerta de entrada* a la anticoncepción. Sin embargo, esta formación no se complementa con formación continuada al personal médico de Atención Primaria que es el que, en última instancia, prescribe y aplica el método elegido por la mujer.

   La mayoría de los cursos que se ofrecen no son obligatorios y los realizan de forma voluntaria quienes ya tienen un interés profesional en la anticoncepción, por lo que resulta difícil evaluar sus repercusiones en la práctica profesional.
2. La anticoncepción es un asunto cotidiano de salud que interesa a todas las mujeres en edad fértil; sin embargo, el apoyo de los gobiernos y Administraciones al desarrollo e implementación de programas de educación y formación sobre la anticoncepción es claramente insuficiente. Llama la atención la diferencia, salvando las distancias, con la frecuencia de los cursos impartidos sobre la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes.
3. La ausencia de formación reglada para los profesionales en materia de anticoncepción supone que estos podrían carecer de pautas cualitativas fiables y actualizadas sobre la prestación de anticoncepción, lo que tendría un impacto negativo sobre todo en la calidad del consejo asistido.

4. La insuficiencia de formación aparece por tanto como un claro obstáculo para el acceso a una atención de calidad. La ausencia de dicha actualización en materia anticonceptiva resulta particularmente relevante ante los nuevos métodos que se van incorporando y para atender necesidades y realidades de colectivos de población que, como los jóvenes, inmigrantes o personas con diversidad funcional, presentan particularidades en sus hábitos y costumbres en materia de salud reproductiva.

5. Las sociedades científicas y asociaciones de profesionales son quienes realizan el mayor esfuerzo formativo, siendo las sociedades científicas quienes han elaborado ciertas pautas a nivel nacional sobre planificación familiar y anticoncepción, dirigidas a las y los profesionales de la salud. Sin embargo carecen de apoyo formal del MSSSI.

6. El 37,5% de las comunidades autónomas disponen de protocolos o recomendaciones sobre consejo asistido en anticoncepción.

4. Servicios en salud sexual y reproductiva

1. La ausencia de desarrollo del marco normativo, la heterogeneidad en las estructuras sanitarias, en su funcionamiento y en la prestación de la anticoncepción, no solo ha producido disparidades entre comunidades autónomas sino también entre ciudades de una misma Comunidad y entre áreas sanitarias y centros de una misma ciudad. A ello hay que añadir que los Ayuntamientos de algunas poblaciones disponen, en sus programas de salud, de actividades relacionadas con la atención en anticoncepción dirigidas al conjunto de la población, o a grupos específicos (jóvenes, mujeres que ejercen la prostitución, inmigrantes).

2. Las desigualdades por comunidades autónomas, derivadas de las disparidades de las normativas, afectan gravemente al principio de equidad y universalidad en el acceso a los recursos y servicios de calidad.

3. La prestación en anticoncepción desde Atención Primaria facilita, en principio, el acceso de toda la población a la anticoncepción, al disponer de centros de salud distribuidos geográficamente en todo el territorio incluyendo las zonas urbanas y rurales. Por tanto se podría afirmar que la mayor accesibilidad va asociada a la integración de la prestación de la anticoncepción en Atención Primaria, con la consiguiente inclusión en la Cartera de Servicios.

4. En términos generales, se puede establecer que la falta de respaldo institucional repercute negativamente en la integración de la anticoncepción en Atención Primaria. Que la Administración no impulse dicha integración contribuye a la inhibición de las y los médicos, bien porque no cuentan con formación suficiente para atender la demanda, bien porque la atención en anticoncepción no entra entre sus prioridades profesionales, bien por la presión asistencial. Todo ello aumenta las derivaciones y los obstáculos a los que tienen que hacer frente las mujeres.

5. En las comunidades autónomas en las que existe una red de unidades de apoyo a Atención Primaria amplia y bien implantada territorialmente, y desde la que se realiza la atención en anticoncepción, se constata también una atención de mayor calidad.

6. La ausencia de programas específicos genera tanto buenas como malas prácticas. Se identifican buenas prácticas sustentadas en la voluntad y compromiso individual de profesionales, y malas prácticas derivadas de la institucionalización de la inhibición y el abuso de la derivación a otros servicios desde Atención Primaria.

7. Es de destacar el papel del personal de enfermería de los centros de Atención Primaria, considerado como la *puerta de entrada* a los centros de salud, ya que realiza buena parte de las actividades y facilita así una atención de calidad. Ello tiene efectos beneficiosos para las mujeres, pues permite el inicio rápido o "quick start"[54] del uso del método y mejora el cumplimiento, ya que reduce el tiempo que transcurre entre el momento de recepción de la información y el de administración del método anticonceptivo, disminuye las listas de espera y facilita el inicio rápido de la anticoncepción, mejorando así el cumplimiento. Sin embargo no se puede considerar que ésta sea una situación generalizada.

8. La implementación del consejo asistido varía entre comunidades autónomas e incluso entre ciudades. El consejo asistido es una práctica clínica fundamental que capacita a las mujeres para tomar decisiones in-

formadas sobre sus opciones anticonceptivas, adecuadas a sus características de salud y psicosociales; la decisión sobre si se ofrece o no este servicio queda en manos de cada profesional de la salud.

9. El consejo asistido se suele ver limitado por la falta de tiempo y, en algunos casos, por la falta de actualización de los profesionales sobre la gama completa de métodos anticonceptivos, particularmente los anticonceptivos modernos.

5. Financiación en las comunidades autónomas

1. El Sistema Nacional de Salud no proporciona la financiación de todos los métodos anticonceptivos, lo que supone que las mujeres no pueden realizar una libre elección y que en caso de elegir un método no financiado deben pagarlo en su totalidad.

2. Todos los estudios realizados han demostrado ampliamente que uno de los obstáculos más importantes para que las mujeres utilicen anticonceptivos modernos y eficaces es el económico. La gratuidad de los métodos anticonceptivos mejora el acceso y la utilización de los mismos. Por ello se debe incluir la totalidad de los métodos anticonceptivos en la financiación del Sistema Sanitario Público.

3. Dejar a la financiación autonómica algunos métodos genera importantes desigualdades territoriales e inequidades en el acceso a la anticoncepción, y abunda en la falta de normalización de esta prestación.

4. La compra y distribución de métodos anticonceptivos por parte de las Consejerías de sanidad de las CC.AA., aunque mejore el acceso de las mujeres a la anticoncepción en una comunidad autónoma en concreto, no garantiza estabilidad ni continuidad en la gratuidad de la prestación para las mujeres.

Esta financiación puede depender de variables tan diversas como el presupuesto disponible en cada momento, el establecimiento de prioridades asistenciales, planteamientos ideológicos o religiosos de los gobernantes que determinan las políticas públicas, o prioridades políticas que se plasman en los objetivos sanitarios y que están sujetas a cambios gubernamentales.

Se produce la paradoja de que en una misma comunidad autónoma la financiación puede variar en el tiempo, con periodos en los que sí se accede de forma gratuita a un método y otros en los que no.

5. También se producen desigualdades en cuanto a la cobertura. La distribución de los métodos adquiridos por las comunidades autónomas se realiza de acuerdo con las necesidades establecidas por áreas sanitarias, y no siempre llega en todo momento y a todas las áreas sanitarias, ni de una ciudad ni tan siquiera de todos los centros de la misma área sanitaria.

6. Es especialmente importante la financiación completa de los métodos reversibles de larga duración, al ser los que mejor garantizan el cumplimiento y eficacia de la anticoncepción.

7. En el caso del preservativo, solo se financia en programas directamente focalizados a la prevención del embarazo no deseado en dos comunidades autónomas. En la mayoría de las CC.AA. en las que se financia, tiene como objetivo la prevención del VIH/SIDA.

8. En general, no existen medidas consolidadas para superar las barreras sociales, culturales y económicas a las que se enfrentan los grupos más vulnerables como las mujeres jóvenes y migrantes, y cuando existen resultan claramente insuficientes.

6. Obstáculos identificados

Se han identificado una serie de obstáculos, de carácter económico, social y sanitario, para el acceso rápido y eficaz a la anticoncepción:

1. Dificultades propias del sistema sanitario

- La falta de apoyo institucional.
- La ausencia de normativa para la ordenación de la prestación y la consiguiente variabilidad de los servicios.
- La ausencia de protocolos que establezcan criterios comunes para la prestación de la anticoncepción y las vías de acceso eficaz a la misma.
- El porcentaje de anticonceptivos sin financiación por el Sistema Nacional de Salud y el coste económico que representa su compra en farmacia, lo que supone un obstáculo para el acceso de las mujeres a anticonceptivos como el DIU, el anillo, el parche y el implante (este último parcialmente) y la anticoncepción de urgencia.
- La presión asistencial y el recurso a las derivaciones que ello conlleva.
- La demora de la atención, que en ocasiones llega a ser muy alta, tal y como se ha señalado.

2. Dificultades atribuibles a los profesionales del sistema sanitario público

- La falta de formación reglada y continuada que permita la actualización de los conocimientos en materia anticonceptiva.
- El tiempo limitado por consulta y la carga de trabajo de los profesionales.
- La actitud del profesional respecto a la anticoncepción: la inhibición de algunos profesionales con el consiguiente incremento de derivaciones.

3. Dificultades propias de las usuarias

- Los mitos y falsas creencias sobre los efectos secundarios de algunos métodos.
- La falta de información sobre algunos anticonceptivos y su uso, lo que supone un importante obstáculo, particularmente para la población con mayores tasas de interrupciones voluntarias del embarazo (jóvenes e inmigrantes).
- Las particulares prácticas anticonceptivas adquiridas de algunas mujeres y jóvenes, como puede ser el uso inconsistente y no continuado del anticonceptivo.

Recomendaciones

Recomendaciones generales

1. Establecer criterios para el desarrollo de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, y la elaboración de una nueva estrategia integral que garantice, con criterios de calidad y equidad, el acceso de todas las mujeres a la anticoncepción moderna en el Sistema Nacional de Salud.

2. Establecer la prestación de la anticoncepción como una actividad fundamental dentro del sistema público de salud, garantizando que sea una prestación de calidad y accesible, con independencia de los cambios gubernamentales que se produzcan.

3. Elaborar de forma consensuada algunos indicadores comunes para todas las comunidades autónomas, y establecer y garantizar sistemas de evaluación periódicos.

4. Disponer de un sistema de registro, público y accesible, que facilite una visión global sobre el estado de la prestación en anticoncepción, tanto por comunidades autónomas como a nivel estatal, cumpliendo así el principio de transparencia.

5. Implicar a las sociedades científicas, asociaciones profesionales y de la sociedad civil en el desarrollo e implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva.

6. Procurar que los programas o estrategias en atención a la anticoncepción dependan, en su gestión y aplicación, de las direcciones sanitarias que tienen competencias asistenciales.

7. Garantizar que el Sistema Nacional de Salud proporcione financiación de todos los métodos anticonceptivos, incluyéndolos en la cartera de servicios. Asegurar la disponibilidad y el acceso equitativo a toda la gama de métodos anticonceptivos modernos en todas las comunidades autónomas.

8. Garantizar el acceso de todas las mujeres a la prestación de anticoncepción, asegurando que todas las consultas de Atención Primaria atienden, informan y hacen seguimiento.

9. Establecer criterios para que la organización de las prestaciones facilite al máximo el acceso a la anticoncepción en Atención Primaria. Para ello se recomienda definir las competencias de los profesionales que pertenecen a este ámbito, para así mejorar la cobertura de la prestación y el consejo asistido.

10. Asegurar que el personal de enfermería pueda aplicar y facilitar los métodos anticonceptivos siguiendo el protocolo pertinente y mejorando así el acceso a la prestación.

11. Establecer unidades de apoyo para Atención Primaria específicas de salud sexual y reproductiva, que tendrían como objetivo el refuerzo para las consultas y/o casos más complejos.

12. Garantizar el cumplimiento de la recomendación establecida por la OMS sobre la creación de un centro específico para la atención en sexualidad y anticoncepción por cada 100.000 jóvenes entre 13 y 24 años. Servicios amigables y accesibles, que deben asegurar una atención integral y confidencial por parte de profesionales capacitados para la atención a jóvenes.

Recomendaciones específicas

Campañas

1. Impulsar y diseñar campañas de información y sensibilización en salud y derechos sexuales y reproductivos de forma regular y continuada, para ampliar el número de personas a las que llegan. Estas campañas deben incluir información sobre la gama completa de métodos anticonceptivos de última generación (que además contribuya a eliminar mitos y prejuicios sobre ellos), y sobre la anticoncepción de urgencia.
2. Sensibilizar a las mujeres y a la población en general sobre la vivencia de una sexualidad placentera, así como sobre la importancia de la prevención de los embarazos no deseados.
3. Desarrollar campañas dirigidas de forma específica a jóvenes (con aplicaciones prácticas, vías de información), inmigrantes o personas con diversidad funcional, utilizando los formatos y medios que tienen mayor impacto, entre ellos la radio, la televisión y plataformas digitales.
4. Establecer sistemas de evaluación de las campañas que permitan conocer el impacto y extensión de las mismas, con el fin de ir ajustando sus objetivos y población diana.

Formación de profesionales

1. Desarrollar y aplicar pautas para los profesionales de la salud sobre la libre elección de anticonceptivos modernos, basadas en la evidencia científica y en los estándares establecidos por la OMS, de manera que sean aplicadas y adaptadas a las diversas necesidades y realidades de las comunidades autónomas.
2. Desarrollar y aplicar programas de formación en anticoncepción de forma reglada, acreditada, obligatoria y continuada a profesionales de Atención Primaria. Garantizar la formación de postgrado y la inclusión de la anticoncepción en los programas de formación MIR, Psicólogos Internos y Residentes (PIR), enfermería y matronas.
3. Garantizar una formación actualizada, con enfoque de género e intercultural, que capacite para atender necesidades y realidades de colectivos de población que, como los jóvenes y los inmigrantes, presentan particularidades en sus hábitos y costumbres en materia de salud reproductiva.
4. Realizar guías de buenas prácticas o similares sobre anticoncepción, con protocolos actualizados, desde los respectivos ministerios y Consejerías de las CC.AA., para informar de las últimas evidencias científicas.

Consejo asistido

1. Desarrollar y aplicar unos mínimos estándares de calidad y promover la accesibilidad para asegurar que el consejo asistido sea un componente clave de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Garantizar espacios de comunicación adecuados, la elección informada del método, su empleo correcto y la educación en anticoncepción como parte de la educación en salud sexual y en sexualidad.
2. Desarrollar y actualizar regularmente las directrices sobre el asesoramiento individualizado, como objetivo fundamental en el currículum médico y en el prácticum.

Otras recomendaciones de interés

1. Aplicar las recomendaciones que el Comité de la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" (CEDAW) ha dirigido al gobierno español, para que "se imparta a niñas y niños, como parte del plan de estudios escolar ordinario, enseñanza obligatoria, integral y adaptada a su edad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular sobre el comportamiento sexual responsable y la prevención de los embarazos precoces".
2. Incorporar la salud sexual y reproductiva, incluyendo la anticoncepción, en los planes de igualdad estatal, autonómicos y locales.

Anexos

ANEXO I. Cuestionario a informantes clave

En primer lugar nos gustaría agradecerle su colaboración. Sus respuestas serán de gran ayuda en la consecución de este proyecto.

El objetivo principal de este estudio es identificar cómo es la realidad de la anticoncepción, de la salud sexual y reproductiva en su comunidad autónoma (C.A.), siempre considerando la perspectiva del sistema sanitario público de su C.A.

Su participación como experta o experto consistirá en responder el presente cuestionario, con el fin de conocer cómo es la asistencia en anticoncepción en su comunidad autónoma.

El cuestionario está dividido en 6 apartados:

1. Políticas y estrategias en salud sexual y reproductiva
2. Campañas de sensibilización
3. Educación y formación de profesionales sanitarios
4. Calidad asistencial en anticoncepción
5. Cobertura/financiación de métodos anticonceptivos
6. Embarazos no deseados e interrupciones voluntaria del embarazo

Nombre y Apellidos: .....

Cargo actual: .....

Años en el cargo: .....

Comunidad autónoma: .....

Teléfono de contacto: .....

Email de contacto: .....

A continuación, se realizarán una serie de preguntas para identificar cómo es la realidad de la anticoncepción y de la salud sexual y reproductiva en su comunidad autónoma (C.A.), siempre considerando la perspectiva del sistema sanitario público de su C.A.

1. Políticas y estrategias en salud sexual y reproductiva

1.1. ¿Existe un plan específico de atención a la salud sexual y reproductiva/planificación familiar en su comunidad autónoma?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, por favor, cite el plan y el organismo responsable de la elaboración y seguimiento del mismo.

.....

1.2. En caso afirmativo, por favor, indique si existe una partida presupuestaria específica asignada a este plan.

- SÍ
- NO

¿Cuál ha sido el importe destinado a este plan en 2015?:

.....

En caso de que exista ¿cuál es la previsión presupuestaria para 2016?:

.....

1.3. En su C.A., y en caso de que existan ¿se evalúan y se revisan las políticas en anticoncepción y salud sexual y reproductiva?

- SÍ
- NO

1.4. En caso de que las políticas en anticoncepción y salud sexual y reproductiva se evalúen, por favor, indique cuáles son los criterios de evaluación.

.....

2. Campañas de sensibilización

2.1. En su comunidad autónoma, en los últimos 5 años ¿se ha llevado a cabo alguna campaña de sensibilización sobre la disponibilidad de diferentes métodos anticonceptivos (excluyendo la promoción del preservativo para prevención de infecciones de transmisión sexual)?

- SÍ
- NO

En su comunidad autónoma, en los últimos 5 años ¿se ha llevado a cabo alguna campaña de sensibilización sobre la prevención de embarazos no deseados?

- SÍ
- NO

2.2. En caso afirmativo, por favor, ¿podría explicar en qué ha consistido esta campaña de sensibilización (temática), cuál ha sido el medio de comunicación utilizado para hacer la difusión (radio, tv, prensa escrita, redes sociales…), a qué población iba dirigida esta campaña (jóvenes, mujeres, colectivos inmigrantes, u otros)?

.....

2.3. ¿Considera que se realiza una evaluación del impacto de estas campañas de sensibilización?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, por favor, ¿podría explicar brevemente cuál ha sido el impacto de esta campaña de sensibilización?

.....

3. Educación y formación de profesionales de la salud

3.1. En su C.A., ¿existen protocolos o recomendaciones sobre cómo debe ser el asesoramiento anticonceptivo y el consejo asistido en la elección del método anticonceptivo por parte de la mujer?

- SÍ
- NO

En caso negativo, ¿podría indicar cuáles son los motivos que explican la ausencia de recomendaciones sobre cómo debe ser el asesoramiento anticonceptivo?

.....

En caso positivo ¿podría indicar qué protocolos o recomendaciones existen?

.....

3.2. En su C.A., ¿forma parte del currículum y del prácticum de las y los profesionales sanitarios la realización de programas de formación en materia de anticoncepción y planificación familiar?

Ginecólogos/as	Sí	No
Médicos de familia	Sí	No
Enfermeras/matronas	Sí	No
Psicólogos/as	Sí	No

3.3. En los últimos 3 años, ¿la Consejería de Sanidad de su comunidad autónoma ha ofrecido formación a las y los profesionales sanitarios en materia de anticoncepción/planificación familiar?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, por favor ¿podría explicar brevemente en qué ha consistido esta formación?

.....

4. Calidad asistencial en anticoncepción

4.1. En su C.A., ¿cuál es el tiempo medio de espera para recibir asesoramiento anticonceptivo?

.....

4.2. ¿Cuál es el tiempo medio de espera para recibir asesoramiento en materia de salud sexual y reproductiva?

.....

4.3. En su C.A., ¿existe algún registro de las actividades relacionadas con la planificación familiar/anticoncepción/educación sexual y reproductiva?

- SÍ
- NO

En caso negativo, ¿podría indicar si existe algún registro que recoja toda la actividad asistencial en materia de planificación familiar/anticoncepción/educación sexual y reproductiva a nivel provincial o de área sanitaria?

- SÍ
- NO

4.4. En su C.A., ¿se implementan de manera periódica programas de formación a las y los profesionales sanitarios (médicos de familia, ginecólogos, matronas y enfermeras) en materia de planificación familiar/anticoncepción/educación sexual y reproductiva?

- SÍ
- NO

En caso negativo, ¿podría indicar el motivo/s por los que considera que no se imparten programas de formación a las y los profesionales sanitarios (médicos de familia, ginecólogosmatronas y enfermeras) en materia de planificación familiar/anticoncepción/educación sexual y reproductiva?

.....

4.5. ¿Cree que la mayoría de clínicos del sistema público de su comunidad autónoma informan de todos los métodos anticonceptivos actualmente disponibles, así como de las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, o informan únicamente de ciertos métodos anticonceptivos?

.....

4.6. Indique, por favor, el % de mujeres en edad fértil (15-49 años) de su C.A. que son atendidas en un centro de planificación familiar (CPF), en un servicio de ginecología de un hospital/clínica/centro, ambulatorio con el objetivo de recibir asesoramiento anticonceptivo o asesoramiento en materia de educación sexual y reproductiva, considerando un periodo de 1 año.

.....

4.7. En su C.A., ¿qué profesional sanitario realiza el asesoramiento anticonceptivo?

- Médico de Familia
- Ginecólogo de Primaria
- Ginecólogo de hospital
- Matrona
- Enfermero/a

4.8. ¿Considera que en su comunidad autónoma el asesoramiento anticonceptivo es insuficiente, es decir, que el profesional sanitario no dedica el tiempo suficiente a realizar un consejo anticonceptivo adaptado a la edad, paridad y perfil de la mujer?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, ¿podría indicar los motivos que usted cree más relevantes por los que considera que el asesoramiento anticonceptivo es insuficiente?

- Falta de conocimiento de las y los profesionales sanitarios sobre los métodos anticonceptivos actualmente disponibles.
- El acceso a los servicios de asesoramiento anticonceptivo se ha visto negativamente afectado por los recortes presupuestarios, con reducciones de centro de planificación familiar, personal y horas de consejo anticonceptivo.
- Otro (especifique):
- Otro (especifique):

4.9. En su C.A., ¿existen consultas o centros específicos que abordan temas relacionados con la anticoncepción/planificación familiar dentro de la red asistencial pública?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, ¿podría indicarnos aproximadamente cuantos centros hay y dónde están situados?

.....

4.10. ¿Podría describir cómo es el proceso desde que la mujer solicita al profesional sanitario uno de los siguientes métodos anticonceptivos hasta que finalmente la mujer tiene acceso a dicho método, y dónde lo obtiene?

Implante:

.....

DIU de cobre:

.....

DIU hormonal:

.....

Anticonceptivo oral/parche/anillo vaginal:

.....

4.11. Por favor, ¿podría indicar el tiempo medio que transcurre desde que la mujer visita al profesional sanitario (médico de familia, ginecólogo, matrona…) para solicitar la inserción de un método anticonceptivo (Implante, DIU de cobre o DIU hormonal) hasta que finalmente el profesional sanitario inserta el método?

.....

4.12. Por favor, indique quién es en su C.A. la figura responsable de la inserción de los siguientes métodos anticonceptivos:

Método anticonceptivo	Médico de Atención Primaria	Ginecólogo de Primaria	Ginecólogo de hospital	Ginecólogo de un CPF	Enfermero	Matrona
DIU de cobre						
Implante						
DIU hormonal						

CPF: Centro de Planificación Familiar

4.13. En su C.A., ¿existen guías de práctica clínica o protocolos de actuación relacionados con la anticoncepción (anticoncepción hormonal, DIU de cobre, esterilización permanente)?

.....

5. Cobertura/financiación de métodos anticonceptivos

5.1. En su C.A., ¿existe una partida presupuestaria de la Consejería de Sanidad destinada a financiar ciertos métodos anticonceptivos?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, por favor, especifique cuáles son los métodos anticonceptivos que están financiados en su C.A.

Método anticonceptivo	Anticonceptivos orales	Parche	Anillo vaginal	Preservativo	DIU de cobre	Píldora del día después

5.2. En su C.A., ¿existen áreas sanitarias que financian unos métodos anticonceptivos, mientras que en otras áreas sanitarias estos métodos no están financiados (ejemplo, en alguna área sanitaria el DIU de cobre está financiado, sin ningún coste para la mujer)?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, por favor, especifique qué método/s anticonceptivo/s son financiados en algunas áreas sanitarias y el motivo/s para decidir financiarlos. ¿Cuáles cree que son los motivos que explican la desigualdad intracomunitaria en el acceso gratuito a ciertos métodos anticonceptivos?

.....

5.3. En su C.A., ¿existe financiación específica para facilitar a las y los jóvenes la gratuidad del método anticonceptivo?

- SÍ
- NO

En caso afirmativo, por favor, especifique los métodos anticonceptivos.

.....

5.4. En su C.A., ¿los preservativos están financiados en el marco de los programas dirigidos a las y los jóvenes para la prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual?

- SÍ
- NO

5.5. Por favor, ¿nos podría indicar cuál es la frecuencia anual de inserción o de realización de los siguientes métodos anticonceptivos?

- DIU de cobre insertado/año
- Implante insertado/año
- DIU hormonal insertado/año
- Vasectomías realizadas/año
- Ligaduras tubárica realizadas/año

6. Embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo

6.1. Por favor, ¿podría indicarnos cuál es el número anual de embarazos no deseados y la tasa de embarazos no deseados por 1.000 mujeres que tienen lugar en su comunidad autónoma? Por favor, cite la fuente a partir de la cual ha obtenido este dato.

.....

6.2. Por favor, ¿podría indicarnos cuál es el número anual de IVE (interrupción voluntaria del embarazo) o la tasa de IVE por 1.000 mujeres que tienen lugar en su C.A.? Por favor, cite la fuente a partir del cual ha obtenido este dato.

.....

6.3. Por favor, ¿podría indicarnos qué % de los partos en adolescentes (mujeres < 19 años) se debe a un embarazo no deseado? Por favor, cite la fuente a partir del cual ha obtenido este dato.

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO II. Legislación

Nacional

1. Ley 45/1978 del 7 de octubre. Se modifican los artículos 43 bis y 416 del Código por lo que se despenaliza la divulgación de los métodos anticonceptivos.
2. Ley Orgánica 8/1983, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal. Se despenaliza la esterilización voluntaria.
3. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Se introduce el artículo 417 bis por el que se despenaliza del aborto en determinados supuestos.
4. Ley General de Sanidad cuyo objetivo era la universalización de la asistencia sanitaria, la garantía de igualdad de acceso a toda la población a las prestaciones sanitarias y la coordinación de los recursos sanitarios públicos para hacer efectivas estas prestaciones. En 1995, mediante el Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud se definen y regulan, entre otras, las prestaciones relacionadas con salud materno infantil y planificación familiar con cargo a la Seguridad Social. Este decreto asigna a Atención Primaria "la indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos" y a la atención especializada los ámbitos de "planificación familiar, consejo genético en grupos de riesgo, vasectomías y ligaduras de trompas, y la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos establecidos por la Ley Orgánica 9/1985".
5. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, que establece los derechos y obligaciones de las y los ciudadanos en materia de información y documentación clínica.
6. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Determina las actividades de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias y garantiza la prestación de servicios a las usuarias del SNS. El Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) y la Alta Inspección velarán por el cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de dicho Consejo.
7. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Reconoce que en la violencia de género se incluyen aspectos que tienen que ver con las agresiones sexuales y con el acoso sexual. Incluye en la definición las agresiones que impiden la libertad sexual.
8. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, por la que se tipifican los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, en concreto las agresiones sexuales, los abusos sexuales y el acoso sexual.
9. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Regula la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas.
10. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el anexo II dedicado a Atención Primaria, punto 6.2 de servicios de atención a la adolescencia, se hace referencia a la promoción de conductas saludables con relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
11. Ley 3/2007, de 15 de marzo, Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Regula los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Reconoce a su vez el derecho de las lesbianas a poder registrarse como madres siempre que estén casadas y hayan accedido a la maternidad por las técnicas de reproducción asistida.
12. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en la que a través del artículo 27 se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias.

13. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Se promulga para garantizar derechos fundamentales en salud sexual y reproductiva y regular la interrupción voluntaria del embarazo. Establece la necesidad de una estrategia de atención a la salud sexual y reproductiva. Recoge la necesidad de desarrollar la educación afectivo-sexual, la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso universal a la anticoncepción.
14. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), en la que se recogen las recomendaciones y medidas que garantizan la puesta en práctica de la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
15. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013.
16. II Plan Integral de Acción de Mujeres con Discapacidad 2013-2016 aprobado por el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad).

Internacional

1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, que establece en su artículo 12 que «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar».
2. Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995. Reconoce que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia».
3. Resolución 2001/2128(INI) del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los gobiernos de los Estados Miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.
4. Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, que establece la obligación de los Estados Partes de respetar «el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener […] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás».

ANEXO III. Tablas y figuras

Tabla 1: Tasas de fecundidad y de interrupciones voluntarias del embarazo.
Figura 1: IVE por edad (%).
Figura 2: Uso de anticonceptivos según método (%).
Tabla 1.1: Normativas y programas por CC.AA.
Tabla 2.1. Campañas de sensibilización sobre anticoncepción por CC.AA.
Tabla 4.1: Modelos de atención en anticoncepción.
Tabla 5.1: Financiación autonómica de métodos anticonceptivos.

ANEXO IV. Índice de abreviaturas

AP: Atención Primaria

ASSIR: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

C.A.: Comunidad autónoma

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CIMOP: Instituto de investigación “Comunicación, Imagen, Opinión Pública”

COF: Centros de Orientación Familiar

DIU: Dispositivo intrauterino

FPFE: Federación de Planificación Familiar Estatal

IPPF: International Planned Parenthood Federation

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

LARC: Anticonceptivos reversibles de larga duración (siglas en inglés)

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MIR: Médico Interno Residente

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIR: Psicólogo Interno Residente

SEC: Sociedad Española de Contracepción

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

UAM: Unidades de Atención a la Mujer

ANEXO V. Notas bibliográficas

[1] IPPF. International Planned Parenthood Federation-European Network. *Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países de la UE*. Enero 2015.
Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf

[2] Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514

[3] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.* 2011.
Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf

[4] Ministerio de Sanidad y Política social. *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual.* Madrid, 2009.
Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf

[5] INE. Movimiento natural de población. Enero 2016
Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase

[6] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2014*. Sanidad 2015.
Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf

[7] INE. Op.cit.

[8] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2014.* Sanidad 2015.
Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf

[9] CIMOP. *Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana.* Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.
Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+del+observatorio+de+salud+de+la+mujer.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220444502898&ssbinary=true

[10] Equipo Daphne. "Hábitos anticonceptivos y aborto". Estudio HAYA, 2010.
Disponible en:
http://www.geysecoformacion.com/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2010_10CongresoSEC/PostersXSEC/PosterXSE-CP-P001.jpg

[11] Sociedad Española de Contracepción (SEC). *Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España.* 2016.
Disponible en: http://sec.es/descargas/OBS_EncuestaAncticoncepcion2016.pdf

[12] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2014*. Sanidad 2015.
Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf

[13] CIMOP. Op.cit.

[14] Federación de Planificación Familiar Estatal. *Factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes. Aprendiendo de las experiencias de las jóvenes.* Proyecto europeo SAFE II. Madrid. 2012.

[15] Ministerio de Sanidad y Política social. *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual.* Madrid, 2009.
Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf

[16] http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_2_6

[17] Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. *Primer Plan de Atención a la Salud de la Mujer.* 2010.
Disponible en:

www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/10861/Plan__mujer_14_enero_2010-OK.pdf/1ff12671-1848-4d6c-9d5a-be71ba000470

[18] Departamento de Sanidad, gobierno de Aragón. *Programa para la organización de la anticoncepción en Aragón.* Mayo 2016.
Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Documentos/docs2/Profesionales/Salud%20publica/Programa_Anticoncepcion_Aragon_11052016.pdf

[19] Servicio Canario de Salud. *Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva, (P.A.S.A.R.), 2009.*
Disponible en:

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c

[20] Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. *Plá Estratègic d'Ordenació de Serveis de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva,* 2007.
Disponible en:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/model_i_cartera_de_serveis/Anexo-2_Cartera-servicios-ASSIR-cast1.pdf

[21] Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. *Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Supòrt a l'Atenció Primària.*
Disponible en:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/marc_de_treball/documents/placarte.pdf

[22] Consellería de Sanitat. Comunidad Valenciana. *Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Valenciana.*
Disponible en: http://cuidatecv.es/wp-content/uploads/2013/12/CARTERA_SERVICIOS_SP_2009_issuu.pdf

[23] Dirección General de Salud Pública. Plan de Salud de Extremadura (2013-2020).
Disponible en:
http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=f44d486b-c253-4807-bc37-ade1b464b155&groupId=19231

[24] BOE nº 177. Ley 10/2001 de 28 de junio. Junta de Extremadura
Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2001/07/25/pdfs/A27021-27039.pdf

[25] Servicio Galego de Saude. Xunta de Galicia. *Estrategia SERGAS. 2014.*
Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf

[26] Xunta de Galicia. *Plan Integral de Apoio á Muller Embarazada (2013-2020).*
Disponible en:
https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Plan+integral+de+apoio+a+muller+embarazada+2012-2014

[27] Xunta de Galicia. *Plan Galego de Política Familiar (2015-2020).*
Disponible en:
https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Plan+galego+de+politica+familiar+2015-2020

[28] Servicio murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. *Programa Integral de Atención a la Mujer.* 2012
Disponible en: www.um.es/estructura/unidades/u-igualdad/recursos/piam-rm-2013.pdf

[29] Gobierno de Navarra. Decreto Foral 259/1997 de 22 de septiembre. Decreto de ordenación delas prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar.
Disponible en: www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=28178

[30] Gobierno de Navarra. Decreto foral de salud sexual y reproductiva, 2016.
Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2016/09/07/decreto+salud+sexual+en+fase+final+para+aprobar.htm

[31] Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública. *Red de Salud Sexual y Reproductiva de Andalucía.*
Disponible en: http://www.easp.es/redssyr/

[32] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *El embarazo es cosa de dos.* 2010
Disponible en: http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas10/embarazoescosade2/es-cosa-2.jsp

[33] Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sexualidad humana. 2007.
Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/sexualidad/folleto_sex_anticoncept.pdf

[34] Bertin, H; Gomez Gueno, E. Consejería de Salud. Servicio de promoción de la salud y planes integrales. Junta de Andalucía. *Estudio sobre el uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia de la población inmigrante residente en Andalucía.* 2009.
Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/sexualidad/uso_pildoras_inmigranates.pdf

[35] Organización Mundial de la Salud. *Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de la anticoncepción.* 2008.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44157/1/9789243547718_spa.pdf

[36] Consejería de Sanidad de Asturias. Astur Salud, Portal de Salud.
Disponible en:
https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=94d3ee37a0d89210VgnVCM10000097030a0aRCRD

[37] Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. *Salud Sexual. Guía de métodos anticonceptivos.* 2014.
Disponible en: http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf

[38] Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. *Métodos anticonceptivos.* 2010.
Disponible en: http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Métodos-anticonceptivos?idioma=es

[39] Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. *Guías técnicas do proceso de Anticoncepción. Guías técnicas do Plan de Atención Integral à Saude da Muller.* Xuño 2008.
Disponible en: http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/36/PMG01es.pdf

[40] La Rioja. Programa para la educación afectivo-sexual.

[41] Rioja Salud. Gobierno de La Rioja. *Guía de los métodos anticonceptivos.* 2014.
Disponible en: http://metodosanticonceptivos.riojasalud.es/

[42] Organización Mundial de la Salud. Op.cit.

[43] OMS. *Planificación familiar. Un manual para proveedores.* 2011.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1

[44] OMS. *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.* Segunda edición 2005. Actualización 2008.
Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/es/
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43152/1/9243562843_spa.pdf
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69993/1/WHO_RHR_08.17_spa.pdf (Actualización a 2008)

[45] Organización Mundial de la Salud. *Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de la anticoncepción.* 2008.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44157/1/9789243547718_spa.pdf

[46] Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. *Guía de prescripción de la píldora postcoital.* 2005.
Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/Instituto%20Aragon%C3%A9s%20de%20la%20Mujer/Documentos/GU%C3%8DA+PRESCRIPCI%C3%93N+P%C3%8DLDORA+POSTCOITAL.PDF

[47] Consellería de Salut i Consum. Direcció General de Planificació i finançament. Govern de les Illes Balears. *Guía de actuación en la anticoncepción de urgencia.* 2008.
Disponible en: ***www.caib.es/govern/rest/arxiu/302019***

[48] Servicio Canario de Salud. *Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva,* 2009.
Disponible en:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c

[49] Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud. *Anticoncepción.* Enero 2005.
Disponible en:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c

[50] Institut Catalá de la Salut. "Guía d'Atenció Contracepció d'Emergència". *Guías de Práctica Clínica i Material Docent.* 2004
Disponible en: https://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_contracepcio.pdf

[51] Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. *Protocolos de actuación en los centros de salud sexual y reproductiva.* 2004.

Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5051-2004.pdf

[52] Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. "Guías técnicas do proceso de Anticoncepción". *Guías técnicas do Plan de Atención Integral à Saude da Muller.* Xuño 2008.
Disponible en: http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/36/PMG01es.pdf

[53] Subdirección Xeral de Programas Asistenciais, Investigación e Calidade. Consellería de Sanidade. Sergas. *Protocolo de actuación en Anticoncepción de emerxencia.*
Disponible en: https://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-121.pdf

[54] http://file.zums.ac.ir/ebook/183-Contraception%20Today%20-%20A%20Pocketbook%20for%20General%20Practitioners%20and%20Practice%20Nurses,%207th%20Edition.pdf

Notas

FPFE
Federación
de Planificación
Familiar Estatal

C/ San Vicente Ferrer, 86, bajo
28015 Madrid
Tel.: 915913449
www.fpfe.org

BAYER