



Cátedra extraordinaria de
SALUD, CRECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD

Think Tank Salud de la Mujer
El Paradigma en Contracepción
2016



Índice

1. Introducción	3
2. Contexto actual de la contracepción en España	3
2.1. Patrón de uso de métodos anticonceptivos en España	3
2.2. Embarazos no deseados e interrupción voluntaria del mismo (IVE) en España	3
3. Políticas sobre salud sexual y reproductiva	5
3.1. Leyes que regulan la salud sexual y reproductiva en España	5
3.2. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	6
3.3. Otras Estrategias relacionadas	6
4. Equidad en el acceso a la contracepción	7
4.1. Visión global del uso de anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC)	7
4.2. Encuesta LARC de la Sociedad Española de Contracepción	8
4.3. Propuestas de mejora en el acceso a los LARC	8
5. Retos y oportunidades en el abordaje de la anticoncepción	8
5.1. Situación actual demográfica y de salud sexual y reproductiva en España	8
5.2. Problemas en la práctica de la prestación contraceptiva	9
5.3. Casos especiales de los métodos contraceptivos hormonales de gestágenos de larga duración	10
6. Debates	10
6.1. Sobre el contexto actual de la contracepción en España y las políticas sobre salud sexual y reproductiva	10
6.2. Sobre la equidad en el acceso a la contracepción	11
6.3. Sobre los retos y oportunidades en el abordaje de la anticoncepción	12
7. Conclusiones	13
8. Recomendaciones	14
Abreviaturas:	14
Referencias:	15
- Ponentes	15
- Participantes	16



1. Introducción

El pasado día 2 de marzo de 2016 se celebró el Foro de Reflexión sobre Salud de la Mujer en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Dicho encuentro, integrado en las actividades de la Cátedra Extraordinaria UIMP-MSD Salud, Crecimiento y Sostenibilidad, tuvo como anfitriones a D. Pedro Gómez Pajuelo, Secretario General Adjunto en el Instituto de Salud Carlos III, y a Dña. Natividad Calvente, *Associate Director Policy & Government Affairs* en MSD España.

D. Pedro Gómez Pajuelo inauguró la jornada dando la bienvenida a los asistentes y explicando brevemente que el objetivo de estos foros o *Think Tank* entre MSD y la UIMP es el de reunir a una serie de expertos en un tema sanitario específico para que, a través del diálogo, identifiquen los problemas prioritarios actuales y se propongan soluciones innovadoras destinadas a los agentes responsables de la toma de decisiones. Por tanto, los *Think Tank* facilitan a los gestores públicos el diseño de estrategias basadas en la evaluación y análisis de los problemas, la identificación de soluciones y la elaboración de planes de acción para el cambio.

Dña. Natividad Calvente agradeció la asistencia a los participantes y pasó a exponer la dinámica de la jornada y los temas fundamentales a tratar en el foro de discusión.

El foro consistió en exposiciones seguidas de debates entre todos los participantes, de los que fueron surgiendo una serie de conclusiones y recomendaciones. Se hizo una reflexión inicial sobre el contexto actual de la contracepción en España y su situación a nivel global. Tras ella, se abordaron los siguientes temas en torno a la salud de la mujer:

- Políticas sobre salud sexual y reproductiva.
- Equidad en el acceso a la contracepción.
- Retos y oportunidades en el abordaje de la anticoncepción.

2. Contexto actual de la contracepción en España

2.1. Patrón de uso de métodos anticonceptivos en España

El análisis sobre los métodos anticonceptivos más utilizados en España realizado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2014 señala al preservativo como el método de elección por las parejas españolas (31,3 %), seguido por los tratamientos hormonales orales (16,5 %), por el anillo (3,2 %) y por el parche (1,3 %)¹. Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) siguen siendo poco utilizados por la población; un 6,1 % de usuarias utiliza el dispositivo intrauterino (DIU), un 0,5 % el implante y un 0,1 % se decanta por inyecciones trimestrales. Cabe señalar que el 12,7 % opta por métodos irreversibles (ligadura de trompa o vasectomía de la pareja), mientras que un 27,3 % no utiliza ningún tipo de método o recurre al coitus interruptus (0,8 %)¹.



Hay que destacar que este patrón de uso de anticoncepción no guarda relación con la efectividad del método. La tasa de fallo anual del más utilizado, el preservativo, es del 18 %, la de los anticonceptivos hormonales orales, parche y anillo: 9 %, la de los inyectables: 6 %, DIU de cobre: 0,8 %, DIU hormonal: 0,2 % y la del implante: 0,05 %¹.

El patrón de uso actual es similar al que existía en el año 1997: el preservativo sigue siendo el método más utilizado. Apenas se han producido cambios en el uso de los métodos hormonales orales: se detecta un ligero aumento en los métodos hormonales no orales, de los que no se disponía en 1997, y ha disminuido el uso de los métodos quirúrgicos.

Siendo los LARC los métodos más efectivos, un primer punto de debate fueron las posibles causas de su bajo uso (6,7 %). Se reflexionó sobre si las usuarias de anticonceptivos conocen las diferencias entre eficacia o resultado de un método en condiciones ideales de uso y efectividad o su resultado en condiciones de uso habitual, y si saben además las tasas de efectividad de los distintos métodos anticonceptivos.

2.2. Embarazos no deseados e interrupción voluntaria del mismo (IVE) en España

Datos y posibles causas

Según una estimación realizada por el Dr. Lete *et al.*, en un estudio farmacoeconómico sobre los embarazos no deseados en España, el 35 % de los embarazos son embarazos no deseados (estimación en torno a 190.000 en 2014), de los cuales un 50 % derivan a una IVE². En 2014 se produjeron 94.796 abortos, siendo un 37,5 % de los mismos de repetición. La tasa de abortos por 1.000 mujeres ha pasado del 11,74 en el año 2013 al 10,46 en el 2014³, por lo que todavía el número de IVE en nuestro país es elevado.

El estudio HAYA analizó las posibles causas de embarazos no deseados en mujeres que solicitaron un IVE, determinando que, en un 64 % de los casos, el embarazo se produjo a pesar de haberse utilizado un método anticonceptivo. En este estudio, de las mujeres que habían optado por un IVE, un 39,5 % había usado el preservativo, un 11,6 % había utilizado contraceptivos orales, un 9,1 % había utilizado métodos naturales y un 36 % no había utilizado método alguno⁴. Además, un 16 % del total de las mujeres de este estudio había utilizado la anticoncepción de urgencia.

Según estos datos, las causas principales de embarazo no deseado en España son el mal uso de anticoncepción eficaz, el uso de anticoncepción poco eficaz o el no uso de anticoncepción por lo que los LARC pueden ser una opción muy efectiva que resuelve este problema.

Costes económicos

Los embarazos no deseados en España suponen una carga económica muy relevante para el sistema sanitario. Este tema fue diseccionado en profundidad en el estudio de Farmacoeconomía realizado por el Dr. Lete *et al.*, publicado en 2015². En dicho estudio, el coste directo de los más de 224.000 embarazos no deseados al año en España fue de 293 millones de €. Asimismo se estimó que el 69 % de los embarazos no deseados se deben a una falta de adherencia al método anticonceptivo; por tanto, el coste total de los embarazos no deseados asociados con una falta de adherencia ascendería a unos 201 millones de € según dicho estudio².



Además, se calculó el coste anual para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de los diferentes métodos anticonceptivos, resultando los inyectables hormonales trimestrales los que generaban un coste más elevado: 410 €/mujer-año, seguidos de los anticonceptivos orales financiados: 155 €/mujer-año, parche transdérmico: 113 €/mujer-año, anillo vaginal: 113 €/mujer-año, y los métodos reversibles de larga duración como el implante: 105,59 €/mujer-año y el DIU:31,84 €/año y el DIU hormonal: 63,69 €/año². Estos últimos métodos supondrían a priori un coste más alto comparado con otros como el preservativo pero, a largo plazo, podrían generar un ahorro para el sistema sanitario al reducirse el número de embarazos no deseados.

Este estudio concluye que el coste de los embarazos no deseados en España es alto y que la causa principal del mismo es la falta de adherencia². Todas las medidas orientadas a mejorar la adherencia podrían reducir el coste asociado a los embarazos no deseados, y entre ellas los LARC podrían jugar un papel fundamental.

3. Políticas sobre salud sexual y reproductiva

El marco internacional de Naciones Unidas es el más influyente en las políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva. En él destacan la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer (1995). No obstante, los acuerdos internacionales tienen el carácter de recomendaciones y sólo son de obligado cumplimiento cuando se incorporan en la normativa propia de cada país.

3.1. Leyes que regulan la salud sexual y reproductiva en España

La **Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo** es fundamental en relación a la salud sexual y reproductiva. Su objetivo es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Las siguientes leyes sirvieron de base a la anterior ley:

- La **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente**, que establece el principio de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones de los ciudadanos en materia de información y documentación sanitaria.
- La **Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, que garantiza la prestación de servicios a los usuarios del SNS en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

La **Ley de Salud Sexual y Reproductiva** permite asegurar una educación afectivo-sexual y reproductiva adecuada, la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva como modo más efectivo de prevenir las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos, y el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación en la cartera de servicios comunes, en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública, facilitando la accesibilidad especialmente a colectivos específicos.



Existen otras normativas de relevancia que tocan aspectos específicos en materia de salud sexual y reproductiva tales como **Ley orgánica 11/2015** que refuerza la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la IVE, por la que se exige el consentimiento expreso de los representantes legales cuando se trata de menores de edad y la **Ley 14/2006**, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Además de lo anterior, la **Ley de Salud Sexual y Reproductiva** tiene una gran trascendencia desde un punto de vista social por la configuración tan amplia que realiza de la libertad sexual y reproductiva, al establecer que en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las leyes.

3.2. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

La Ley de Salud Sexual y Reproductiva estableció la elaboración de una **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR)** para dar cumplimiento a su objetivo de ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el SNS. Publicada en 2011 y elaborada conjuntamente con las comunidades autónomas (CCAA), sociedades científicas y organizaciones sociales, la ENSSyR aborda la salud sexual con criterios de calidad, equidad y perspectiva de género, poniendo énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades.

En el área de salud sexual de la ENSSyR, se establecen cuatro líneas de trabajo para desarrollar e implantar a nivel autonómico:

1. Promoción de la salud sexual, pivotando sobre acciones fundamentales de información, educación sexual y participación de la población usuaria.
2. Atención sanitaria a la salud sexual, promoviendo una atención de calidad en los distintos ámbitos asistenciales y diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad, y mejorando la accesibilidad a la anticoncepción en las mismas condiciones que la prestación farmacéutica con financiación pública.
3. Formación del conjunto de profesionales, como agentes indispensables para la promoción y atención de la salud sexual de un modo integral.
4. Investigación, innovación y buenas prácticas para generar conocimiento que contribuya a mejorar la calidad de la atención a la salud sexual.

3.3. Otras Estrategias relacionadas

Cabe destacar la **Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud** y el **II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia** (2013-2016). Por otra parte, hay que mencionar la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS**, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2013, en la que se aborda la prevención de las principales enfermedades, pero no así la salud sexual y reproductiva.

Además, en 2009 se adoptó una medida política que ha representado un avance muy significativo en el ámbito de la salud sexual: la aprobación de la dispensación de la anticoncepción de urgencia sin necesidad de prescripción médica. Esta medida ha dado resultados muy interesantes al marcar una tendencia descendente en el número de embarazos no deseados.



4. Equidad en el acceso a la contracepción

4.1. Visión global del uso de anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC)

Los patrones de utilización de los distintos métodos anticonceptivos por continente según el World Contraceptive Patterns 2013 publicado por Naciones Unidas muestran una muy amplia variabilidad geográfica, siendo la píldora anticonceptiva el método que tiene una distribución más homogénea, mientras que el DIU es más utilizado en Europa y Asia⁵. El uso del implante es muy irregular. En general, en todos los continentes, las mujeres confían cada vez más en métodos modernos frente a los tradicionales.

Se ha analizado también la equidad en el acceso a la contracepción mediante los LARC, métodos reversibles de larga duración. Según los datos de la Encuesta Nacional de Anticoncepción de la SEC realizada en 2014, el uso de LARC en España fue sólo del 6,6 %. El DIU de cobre lo utilizó el 3,6 % de las usuarias; el DIU hormonal, el 2,5 %; el implante subcutáneo, el 0,5 % y el inyectable trimestral un 0,1 %¹.

Los LARC son métodos seguros, coste-efectivos y satisfactorios para sus usuarias. Estos métodos requieren asesoramiento a la usuaria sobre cambios en el patrón de sangrado, sobre todo para asegurar la continuidad del tratamiento y sobre el uso adicional de preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual (ETS) si se considera adecuado, así como un aprendizaje específico del profesional para su inserción/extracción.

En general, todas las mujeres que demanden asesoramiento anticonceptivo deben recibir información sobre LARC, muy especialmente si desean mantener su estatus anticonceptivo por periodos superiores a un año porque se podrían beneficiar en gran medida si optan por ellos. No obstante, en la actualidad la accesibilidad a un DIU o a un implante es “una carrera de obstáculos”, siendo un área de mejora de la asistencia sanitaria.

Analizando la situación específica de los LARC y, concretamente de los implantes, uno de los motivos fundamentales que se han detectado y que justifican su infrautilización es la complejidad en su acceso debida a las condiciones iniciales de su prescripción (por un especialista) y dispensación con visado de inspección obligatorio. En la mayoría de las ocasiones, la usuaria debe acudir varias veces al profesional sanitario antes de su implantación con el consiguiente riesgo de desistimiento.

4.2. Encuesta LARC de la Sociedad Española de Contracepción

En 2015, la SEC realizó una encuesta específica para conocer la situación sobre la financiación, adquisición e inserción/extracción de los LARC⁶. Según sus datos, existe una alta variabilidad, no sólo entre CCAA, sino incluso dentro de una misma ciudad, en cuanto a:

- Financiación con fondos públicos: existen distintos niveles de financiación y de aportación de la usuaria, ofreciéndose de forma gratuita en algunos centros y con copagos variables en otros.
- Forma de adquisición: lo puede hacer el servicio regional de salud de forma centralizada o la farmacia hospitalaria. También otras entidades como ayuntamientos o la usuaria en la oficina de farmacia.



- Centro donde se realiza la inserción/extracción: puede realizarse en el hospital, centro de salud o centro de planificación familiar.
- Profesional que realiza la inserción/extracción del implante: puede ser el ginecólogo, médico de Atención Primaria (AP) o la matrona/enfermero de AP.

Estas diferencias en circunstancias y procedimientos determinan diferencias en los niveles de acceso a los LARC y, en definitiva, una importante falta de equidad a nivel nacional, lo que contraviene los postulados de la Ley y de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a este respecto.

Una de las conclusiones obtenidas por la encuesta fue la necesidad de integrar a los LARC en el consejo contraceptivo habitual, informar a las autoridades sanitarias sobre la situación de inequidad existente, instar a las sociedades de contracepción autonómicas a tomar iniciativas al respecto, facilitar el acceso a los LARC en los centros de interrupción voluntaria del embarazo, y financiar los LARC para poblaciones de alto riesgo de embarazo no deseado.

4.3. Propuestas de mejora en el acceso a los LARC

La SEC ha desarrollado propuestas de mejora del acceso a los LARC mediante una dinámica de prescripción y dispensación del anticonceptivo en un acto único, es decir, realizar ambas en una sola visita. Este acto único contribuiría a la disminución de las listas de espera, de la renuncia de las usuarias a usar un método y a la mejora del acceso. Además, el acto único facilitaría el acceso de los grupos poblacionales más vulnerables a los embarazos no deseados, que son los más afectados por la complejidad del proceso de prescripción y dispensación utilizado en algunas CCAA.

La SEC propuso medidas adicionales para mejorar el acceso y complementar la propuesta de acto único, como optar por la compra centralizada favoreciendo la disponibilidad del LARC en la consulta, reducir los trámites administrativos asociados al visado, capacitar a los profesionales sanitarios incluyendo a la AP, y registrar y recoger datos de vida real tras la aplicación de las estrategias.

Se comentó la necesidad de la elaboración de una guía nacional de consenso entre todos los implicados para unificar criterios e integrar los LARC en la atención sanitaria, de forma que la usuaria pueda hacer una elección voluntaria, informada y equitativa de su método anticonceptivo.

5. Retos y oportunidades en el abordaje de la anticoncepción

5.1. Situación actual demográfica y de salud sexual y reproductiva en España

España presenta uno de los índices demográficos más bajos de Europa Occidental, con tasas de natalidad por debajo del 2,01 %, considerada la de reposición generacional. Los factores implicados son complejos, destacando fundamentalmente los profundos cambios sociales y de estilo de vida de la población, con un rol más activo de la mujer y la situación económica desfavorable actual, con sus múltiples efectos que resultan decisivos en el planteamiento de embarazos.



En los últimos años, el SNS ha incluido programas de atención a la mujer y de atención sexual que suponen un valor añadido importante. Sin embargo, entre el 20 y el 25 % de las mujeres en edad fértil se exponen a un embarazo no deseado, siendo este porcentaje mayor entre la población joven, que utiliza los anticonceptivos de forma irregular y, en el caso de anticonceptivos hormonales, con menor adherencia.

Aunque en los últimos 3 años las tasas de interrupción voluntaria del embarazo muestran una tendencia descendente, posicionando a España en la media de tasas de Europa Occidental, es importante mejorar los servicios de asesoramiento anticonceptivo y eliminar otras barreras que inciden en el embarazo no planificado. Existen colectivos que merecen una especial consideración como son los adolescentes, los colectivos socialmente desfavorecidos y las mujeres residentes nacidas fuera de España, quienes presentan unas altas cifras de IVE por sus limitaciones en el acceso a los servicios de planificación familiar, así como por falsas creencias sobre los métodos anticonceptivos.

En 2013, la Federación de Planificación Familiar Estatal ha participado junto a sus homólogos europeos en la segunda edición del **Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países de la UE⁷**, que ha sido presentado al Parlamento Europeo. El resultado de España es una nota media ligeramente inferior al aprobado, si bien posee una buena valoración en la educación y formación de profesionales, y una ligera mejoría en los sistemas de reembolso frente a la edición anterior del barómetro de 2013.

El resultado inferior a su potencial sitúa a España ante el reto de reforzar las políticas en materia de salud sexual y reproductiva, concretamente en:

- El desarrollo e implementación de la ENSSyR a nivel de cada CCAA.
- La sensibilización social sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- La educación en materia afectivo-sexual y anticoncepción en escuelas de primaria y secundaria.
- La educación y formación de profesionales de la salud y proveedores de servicios.
- La mejora de los sistemas de financiación.
- La reordenación de los dispositivos asistenciales para mejorar la cobertura para una atención de calidad y personalizada.
- El aumento de poder y libertad personal de las mujeres a través de la libre elección de anticonceptivos modernos.

5.2. Problemas en la práctica de la prestación contraceptiva

Se analizaron las principales dificultades que afectan a los centros sanitarios en relación a la salud sexual y reproductiva:

- En AP existe una alta carga asistencial para el personal sanitario y administrativo. Este hecho puede poner en riesgo a los colectivos más vulnerables y a los jóvenes, distanciándolos del consejo contraceptivo y de un adecuado seguimiento para favorecer la adhesión anticonceptiva. También existe una infrautilización y menor formación del personal de Enfermería y matronas en salud sexual y reproductiva.



- En Ginecología y otras especialidades, además de demoras en el acceso, existe una alta carga asistencial para el diagnóstico y tratamiento de patología, lo que relega a la sexualidad y contracepción a una situación secundaria, arriesgando la posibilidad de la utilización efectiva de anticonceptivos.

5.3. Casos especiales de los métodos contraceptivos hormonales de gestágenos de larga duración

Los métodos contraceptivos hormonales a base sólo de gestágenos de larga duración presentan una alta efectividad anticonceptiva, mayor posibilidad de utilización por personas que no pueden utilizar métodos hormonales combinados, tasas menores de abandonos y mejor calidad de vida para las mujeres que optan por usarlos. No obstante, el uso de estos métodos en España es muy reducido.

Los DIU, tanto de cobre como con levonorgestrel, no financiados por el sistema sanitario en esta indicación, tienen una tasa de utilización inferior a la de países de nuestro entorno, situándose en el 6,1 %. Esto se debe fundamentalmente a la baja disponibilidad de personal sanitario capacitado para su inserción/extracción, a que la información disponible es escasa o inadecuada, y al coste económico.

El implante subdérmico, de uso también muy bajo en España comparado con otros países, aunque está financiado parcialmente por las CCAA, presenta dificultades administrativas importantes y falta de información a las potenciales usuarias, lo que dificulta el acceso al mismo. Además, existen enormes diferencias entre CCAA o en el seno de una misma ciudad, lo que puede suponer retrasos en su colocación con el riesgo de desistimiento o embarazo no deseado.

6. Debates

6.1. Sobre el contexto actual de la contracepción en España y las políticas sobre salud sexual y reproductiva

La búsqueda de soluciones para mejorar la situación actual de la anticoncepción en España generó un intenso debate entre los expertos que participaron en el *Think Tank*, aunque hubo un alto nivel de coincidencia en cuanto al diagnóstico y formulación de soluciones, en especial sobre las políticas de información, mejora de acceso, financiación y equidad.

Los expertos ahondaron en la falta de información de la población sobre la diferencia entre eficacia y efectividad, un aspecto de gran impacto en la elección del método anticonceptivo y, por tanto, manifestaron la necesidad de proporcionar esta información a la población general y, de forma específica, a la población joven y potencialmente usuaria de métodos anticonceptivos. Asimismo, incidieron en la necesidad de información sobre la efectividad en la práctica de cada método anticonceptivo. En el caso concreto del preservativo, se puso de manifiesto la necesidad de informar a las usuarias sobre su baja efectividad como método anticonceptivo, si bien, se advirtió de su papel protector frente a las ETS. En el extremo opuesto, los LARC aportan una alta efectividad, al no depender de la adherencia de la usuaria. Estos aspectos deberían formar parte de las políticas de información y sensibilización sobre anticoncepción.



Otro aspecto importante abordado fue la distancia existente entre el sistema legal de garantías y su cumplimiento, es decir, lo que establece la ley y la realidad de su desarrollo. Los expertos coincidieron en que tanto la Ley como la Estrategia Nacional de SSyR vigentes son satisfactorias en cuanto al enunciado de derechos y previsiones en materia de prevención y anticoncepción, pero en la práctica no se han desarrollado e implantado, por lo que esos derechos y garantías no están siendo efectivos. Se insistió en la necesidad de implementar los postulados recogidos en la normativa por parte de las CCAA, que son quienes tienen la responsabilidad competencial.

Un aspecto que suscitó gran interés y participación de los expertos fue el de las grandes diferencias que existen entre las CCAA al tener transferido el gobierno de la sanidad. Al ser la aplicación de las leyes muy diferente en cada CCAA, se generan importantes diferencias de equidad en el acceso a los métodos anticonceptivos, incluyendo aspectos asistenciales y de financiación. Hubo un alto nivel de acuerdo en que era deseable la unificación de las políticas de desarrollo autonómico para disminuir la variabilidad mediante políticas unificadas que incidan y decidan sobre temas de dominio público, como la información sobre los métodos anticonceptivos seguros, y políticas de consenso entre las administraciones y demás agentes sanitarios sobre fórmulas para eliminar las barreras de acceso (financiación, procesos administrativos).

Otro aspecto relevante que se debatió es la necesidad de disponer de indicadores comunes que ayuden a analizar la situación concreta de cada CCAA y que sirvan como guía para aunar las políticas autonómicas en esta materia, ayudando a evaluar su grado de cumplimiento.

6.2. Sobre la equidad en el acceso a la contracepción

En este segundo debate, los participantes expusieron los problemas fundamentales que existen en cada una de sus CCAA en el acceso a los métodos anticonceptivos LARC en particular, al implante. De este modo, quedó de manifiesto no sólo la problemática general entorno a la anticoncepción, sino las grandes diferencias existentes entre las CCAA, e incluso dentro de las mismas.

Un tema de intenso debate fue la variabilidad en relación al profesional sanitario encargado de colocar el implante en la usuaria. Mientras que en algunas comunidades es el ginecólogo el único que puede poner el anticonceptivo, en otras, tanto el médico de familia como las matronas, previa formación y adiestramiento, están habilitados para ello. Respecto a este tema, la opinión unánime de los participantes fue que, al tratarse de una técnica sencilla, mejoraría mucho el acceso si, tanto los médicos de familia como las matronas, estuvieran implicados en su colocación.

También se puso de manifiesto la disparidad de criterios sobre el circuito asistencial para la inserción/extracción del implante. Trámites múltiples y sucesivos pueden dar lugar a retrasos en su colocación con el consiguiente riesgo de embarazo no deseado. Se propuso identificar y valorar las experiencias más adecuadas sobre instauración de circuitos y protocolos de inserción/extracción del implante, tanto desde Primaria como Especializada, que pudieran servir a modo de buenas prácticas. En el caso de AP, tanto el médico como la matrona o el personal de Enfermería pueden realizar la inserción/extracción y retirada del implante con el entrenamiento adecuado, al tratarse de una sencilla cirugía menor de duración breve.



Otro punto de discusión fue la burocracia administrativa que rodea a la adquisición del implante. En la mayoría de las CCAA, la usuaria lo adquiere en la farmacia previa prescripción médica por parte del ginecólogo y un visado de inspección, lo que ocasiona múltiples trámites de bajo valor. Hubo consenso dentro del grupo sobre la propuesta de la SEC sobre la idoneidad de implantar un acto único para la prescripción y dispensación del implante. Otro de los aspectos que resaltaron para la mejora en el acceso sería facilitar la posibilidad de realizar una compra centralizada, la cual permitiría que el método anticonceptivo estuviera disponible en los centros agilizando enormemente el acceso equitativo al mismo.

Los aspectos de eficiencia también fueron motivo de interés y debate entre los expertos. Desde el punto de vista económico, el coste anualizado del implante es menor que el coste anual de la anticoncepción oral. Y aunque se produjera un aumento en el número de usuarias, dada su mayor eficacia, disminuiría el número de embarazos no deseados, lo que supondría un ahorro en IVE.

6.3. Sobre los retos y oportunidades en el abordaje de la anticoncepción

En este último debate del *Think Tank*, los expertos valoraron los retos inmediatos que deberían afrontarse para mejorar la salud sexual y reproductiva, y las oportunidades que existen para llevarlos a cabo.

La opinión general en relación a la interrupción voluntaria de embarazo fue que España presenta un posicionamiento equiparable a la media de otros países europeos. No obstante, las tasas de IVE son muy diferentes dentro del territorio español, de nuevo quedando en evidencia la gran variabilidad y, por tanto, las oportunidades de mejora existentes.

La mejora del acceso a los métodos anticonceptivos seguros y efectivos por parte de las usuarias fue considerada un reto que requiere de una acción inmediata. A este respecto, se discutió la necesidad de formación continuada de los profesionales sanitarios sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles. Éste es un aspecto importante porque significaría un aumento en el número de usuarias bien asesoradas, mejorándose así la adherencia al tratamiento.

También se señaló la importancia de aumentar la oferta de profesionales sanitarios capacitados en la colocación de anticonceptivos como el DIU y el implante. De esta forma, las usuarias dispondrían de más centros donde poder elegir y no quedaría restringido sólo a la atención especializada, como ocurre en algunas CCAA. Esto probablemente facilitaría el acceso a grupos más vulnerables de la población, como son las mujeres más jóvenes, los colectivos socialmente desfavorecidos y mujeres residentes nacidas fuera de España, y reduciría las listas de espera.

Respecto a los circuitos asistenciales en las diferentes CCAA, fue planteada la urgencia de disminuir barreras administrativas ya que suponen costes de transacción elevados.

Finalmente, se insistió en la importancia de activar las tareas de coordinación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, promoviendo grupos de trabajo para el consenso y difusión de recomendaciones en este ámbito de la salud.



7. Conclusiones

De las contribuciones de los expertos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El actual marco legislativo y normativo se considera adecuado, pero está implementado de manera parcial y desigual, generándose situaciones de diferentes grados y velocidades de acceso a la atención contraceptiva. Se precisan medidas a nivel regional que hagan efectivos los derechos y garantías en materia de salud sexual y reproductiva recogidos en la legislación.
2. Se precisa mejorar la información a la población susceptible de usar contracepción sobre la diferencia entre la eficacia y la efectividad de los distintos métodos anticonceptivos y sobre los distintos niveles de efectividad de cada método, siendo los LARC los anticonceptivos más efectivos.
3. Aunque el número de IVE se está reduciendo de forma paulatina en la mayoría de las CCAA, existe un margen de mejora importante en las de mayor tasa y en determinados colectivos, especialmente en mujeres más vulnerables y en los IVE de repetición.
4. El implante anticonceptivo, a pesar de su alta efectividad, tiene un uso marginal en nuestro país por falta de información entre las usuarias potenciales, por las barreras de acceso y por la complejidad de los circuitos asistenciales para su prescripción, dispensación e inserción/extracción.
5. Hay una alta variabilidad en el acceso al implante entre las distintas CCAA e incluso dentro de una misma CCAA o de una misma ciudad sin que existan razones clínicas para ello.
6. Existe variabilidad en cuanto al profesional sanitario que realiza la inserción del implante. Pero al tratarse de un sencillo procedimiento de cirugía menor, ginecólogos, médicos, matronas y enfermeros de AP están capacitados para su inserción/extracción previa formación. Una mayor disponibilidad de profesionales mejoraría el acceso al implante y disminuiría el riesgo de embarazos no deseados, especialmente entre los colectivos más vulnerables.
7. Es preciso identificar buenas prácticas sobre circuitos asistenciales que disminuyan las barreras de acceso a los LARC, facilitando su prescripción, validación e inserción/extracción en un acto único. Del mismo modo, se debe plantear la reordenación de los circuitos asistenciales para mejorar el acceso al implante. Se puede potenciar su adquisición directa mediante compra centralizada, lo que facilitaría la disponibilidad física del implante en las consultas.
8. El implante, como estrategia anticonceptiva financiada por el SNS, es una opción coste-efectiva frente a otras alternativas disponibles. La utilidad de éstos es aún mayor en colectivos de alto riesgo de embarazo no deseado al no depender de la adherencia de la mujer al método anticonceptivo. Se considera un método especialmente idóneo para estos colectivos.
9. Se precisa mejorar la formación continuada de los profesionales sobre todos los métodos anticonceptivos y sobre su efectividad, en especial, sobre los métodos infrautilizados a pesar de su alta efectividad, como es el implante.



8. Recomendaciones

Con el fin de mejorar la situación actual de España en salud sexual y reproductiva, así como de disminuir el número de IVE y de embarazos no deseados, los participantes del *Think Tank* propusieron recomendar las siguientes medidas:

1. Desarrollar la estrategia de salud sexual y reproductiva por parte de cada comunidad autónoma basándose en sus competencias, pero teniendo en cuenta criterios comunes para evitar desigualdades en el acceso, prestando una atención preferente a colectivos sociales de alto riesgo de embarazo no deseado y propiciando un mayor uso de anticonceptivos efectivos.
2. Mejorar la información sobre todos los métodos anticonceptivos identificando los más seguros y los de mayor efectividad para la población potencialmente usuaria, y especialmente para los colectivos de riesgo de embarazo no deseado, como jóvenes, adolescentes, colectivos socialmente desfavorecidos y mujeres residentes nacidas fuera de España. Ofrecer además información sobre las vías de acceso a métodos seguros.
3. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios en la actualización del conocimiento de los anticonceptivos seguros, la prevención y el diagnóstico precoz de ETS/VIH, y la información sobre orientación sexual.
4. Aumentar el uso de métodos anticonceptivos efectivos, que no dependan del cumplimiento de las usuarias y de la anticoncepción de urgencia, para disminuir tanto el número de embarazos no deseados como el de IVE.
5. Simplificar los circuitos asistenciales y eliminar las barreras administrativas en el uso del implante, ofreciendo a las usuarias la opción de realizar la prescripción, validación, dispensación e inserción/extracción en un acto único, de forma que se eviten demoras y desistimiento de las mismas y disminuya la carga asistencial en los centros sanitarios.
6. Capacitar a profesionales como matronas, médicos y enfermeros de AP en la técnica de inserción/extracción del implante.
7. Elaborar una guía nacional de consenso entre todos los implicados para unificar criterios e integrar los LARC en la atención sanitaria, de forma que la usuaria pueda hacer una elección voluntaria, informada y equitativa de su método anticonceptivo.
8. Mejorar la financiación pública de los anticonceptivos seguros de forma que se facilite su acceso equitativo.

Abreviaturas:

- AC: anticoncepción, Anticonceptivo
- AP: Atención Primaria
- CCAA: comunidades autónomas
- DIU: dispositivo intrauterino
- ENSSyR: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- ETS: enfermedades de transmisión sexual



- IVE: interrupción Voluntaria del Embarazo
- LARC (*long acting reversible contraceptive*): anticonceptivo reversible de larga duración
- SEC: Sociedad Española de Contracepción
- SNS: Sistema Nacional de Salud

Referencias:

- ¹ Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de métodos anticonceptivos en España. Observatorio de la SEC. marzo 2014. http://sec.es/descargas/EN_Resumida_DMA_2014.pdf
- ² Lete I, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D, et al. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015; 20(4): 308-18.
- ³ Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2014. Sanidad 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf.
- ⁴ Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, et al. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: A cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012; 17(3): 205-11 (Estudio HAYA)
- ⁵ World Contraceptive Patterns. 2013. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
- ⁶ Encuesta LARC de la Sociedad Española de Contracepción. 2015
- ⁷ Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países de la UE. Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf

Autoría:

Ponentes:

- Luis Ignacio Lete Lasa. Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Araba.
- Sagrario Mateu Sanchís. Jefa del Área de Salud de la Mujer y de la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Luis Enrique Sánchez Acero. Ginecólogo. Centro de Salud Municipal. San Fernando de Henares. Presidente de la Federación de Planificación Familiar Estatal.
- José Ramón Serrano Navarro. Ginecólogo. OSI Alto Deba. Mondragón. Presidente de la Sociedad Española de Contracepción.



Participantes:

- Fernando Abellán-García Sánchez. Derecho Sanitario Asesores. Asesor externo en Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.
- José Luis Doval Conde. Jefe de Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense.
- María José Espinaco Garrido. Matrona. C.S. Pino Montano B. Sevilla.
- Rosario González Candelas. C.S. Salvador Pau y Ambulatorio Chile. Valencia. Grupo de la mujer de la SVMFIC.
- Cristina González Fernández. Médico de Atención Primaria. C.S. Puerta Bonita. Madrid. Grupo de la Mujer Somamfyc.
- Concepción Martín Perpiñán. Ginecóloga. Federación de Planificación Familiar Estatal.
- Mercedes Martínez Benavides. Ginecóloga. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Miembro SEC.
- Cristina Martínez Bueno. Matrona. Responsable ASSIR Àmbit d'AP Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut.
- Inmaculada Mediavilla Herrera. Dirección Técnica de procesos y calidad. Gerencia asistencial de Atención Primaria. SERMAS.
- Elvira Méndez Méndez. Directora General. Associació Salut i Família. Barcelona.
- Marisa Merino Hernández. Directora-Gerente. OSI Tolosaldea.
- Justa Montero Corominas. Responsable del área de formación e investigación. Federación de Planificación Familiar Estatal.
- Tirso Pérez Medina. Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. Vicepresidente ejecutivo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
- Sira Repollés Lasheras. Ginecóloga. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
- María Isabel Serrano Fuster. Ginecóloga. Centro Municipal de Salud Arganzuela. Madrid.

The research in this publication was supported by funding from MSD, through its University Chair MSD-UIMP of health, sustainability and growth.

MSD had no role in the design, collection, analysis and interpretation of data, in writing of the manuscript, or in the decision to submit the manuscript for publication. The content of this publication is solely the responsibility of the authors and does not represent the official views of MSD.