



# Programa de Atención Anticonceptiva en Aragón

Repollés Lasheras S, Cisneros Izquierdo A, Muñoz Ruiz A,  
Yagüe H, Lafuente Martínez P  
*Programa de Anticoncepción de Aragón. Zaragoza.*  
*e-mail: sirarepolles@gmail.com*



*Sira Repollés Lasheras.*

---

## Resumen

El acceso a la asistencia en materia de anticoncepción es a la vez un derecho de la mujer y una obligación para el Sistema Nacional de Salud plenamente recogido en la cartera de servicios y en las estrategias de salud del plan de atención a la salud sexual y reproductiva.

El fin último de la atención anticonceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil que desee evitar o distanciar un embarazo pueda disponer del método anticonceptivo que más se ajusta a sus características y necesidades.

Actualmente la oferta anticonceptiva se ha incrementado de manera importante con la incorporación de nuevos preparados con diferentes componentes y diferentes vías de administración, lo que permite no solo evitar el embarazo no deseado, sino también que la mujer se beneficie de una serie de efectos “no anticonceptivos” para su salud.

La variabilidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, así como la lentitud en la provisión de algunos métodos anticonceptivos en nuestra comunidad autónoma, ha dado lugar a situaciones de inequidad en la provisión de esta prestación, lo que ha generado la necesidad de su reorganización.

El objetivo de este programa es unificar la asistencia anticonceptiva de manera que todas las mujeres residentes en Aragón reciban la misma atención con independencia de su lugar de residencia.

Punto de partida:

- Desigualdad geográfica prestación, incluso dentro de la misma ciudad.
  - Demoras en ocasiones inaceptables (18 meses).
  - Inequidad en la provisión de algunos métodos.
  - Dificultad de acceso a algunas prestaciones.
  - Desigual financiación de métodos LARC.
  - Indefinición en competencias.
- 

### **Objetivos del proyecto o experiencia**

Objetivos generales:

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

Objetivos específicos:

- Homogeneizar la ruta de acceso de usuaria a la prestación en anticoncepción: crear circuitos.
- Definir las competencias y responsabilidades de los Profesionales de Atención Primaria y Especializada.
- Proporcionar herramientas para agilizar la prestación.
- Establecer las pautas de colaboración entre niveles Atención Primaria/Especializada.
- Solucionar las demoras más urgentes. Planificar agendas.

- Plan de Formación reglada de los profesionales.
- Elaboración de guías y protocolos.
- Elaborar programa definitivo, difusión e implantación.

### **Método**

- Punto de partida: encuestas a coordinadores de Atención Primaria y a jefes de Servicio por Áreas Sanitarias. Estado actual.
- Designación de un grupo de trabajo con representación de todas las áreas sanitarias, con especial interés por la anticoncepción.
- Reuniones y reparto de trabajo en subgrupos con diferentes actividades.
- Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
- Atención a los dos grandes bloques: circuitos normalizados de pacientes, adecuándolos a las nuevas competencias, y formación.
- Diseño del plan de formación, tanto en su contenido como en su oferta.
- Designación de docentes por áreas sanitarias.

### ***Desarrollo de la estrategia. Acciones que realizar para objetivos específicos***

Homogeneizar la ruta de acceso de la usuaria a la prestación en anticoncepción: crear circuitos.

- Establecimiento de flujo de atención anticonceptiva. Puerta de entrada a la prestación:
  - Matrona del centro de salud.
  - Médico de Atención Primaria (en el curso de otra consulta sanitaria).
  - Enfermera especializada (áreas rurales, centros sin matrona).
- Derivación directa en su caso:
  - Médico de Atención Primaria (prescriptor).
  - Ginecólogo.

Control de método: siempre en matrona de Atención Primaria (cierre del circuito).

Designación concreta del centro de referencia al que se realizará la derivación según el área sanitaria.

Asegurarse de atender áreas rurales: teléfono de consulta rápida en caso de dificultad geográfica de acceso.

### **Puntos fuertes**

- Redistribución de competencias de médicos y matronas de Atención Primaria: inserción y retirada de implantes anticonceptivos.
- Disminución de la lista de espera de Especializada.
- Financiación pública y completa de todos los LARC.
- Formación reglada y acreditada.

### **Resultados obtenidos**

Reducción de la lista de espera de Especializada:

- Demora inexistente en dos de los centros.
- Demora menor de tres meses en el resto.
- Reducción de 18 meses a 3 meses en la zona más conflictiva gracias a plan específico (mayo de 2017).
- Octubre 2017: habilitación consulta anticoncepción en el hospital provincial que atiende el Área I, con periodicidad al menos semanal.
- Demora máxima en todas las consultas de anticoncepción: 30 días.

Implantes insertados en Atención Primaria:

- Multiplicado por 12 el número de Implantes colocados en la comunidad autónoma (1718 implantes).
- Un 63% de ellos se han colocado en Atención Primaria.
- Se ha multiplicado por tres el uso de los LARC en la comunidad autónoma 4153 (implantes + DIU).

Derivaciones de Atención Primaria a Especializada:

- El 74% de las demandas de anticoncepción se solucionan en Atención Primaria.
- El 26% se derivan a Atención Especializada (colocación de los DIU) y solo 364 pacientes para consejo por anticoncepción hormonal.
- Más del 57% de las pacientes acuden al control de DIU a su matrona de Atención Primaria.

- Se han atendido 241 solicitudes de PAU en los centros de salud.

Cursos de formación:

- Se han realizado nueve cursos completos para personal de Atención Primaria.
- Se han formado 168 profesionales (hay 123 centros de salud en la comunidad):
  - Matronas: 69 (95% del total de matronas de Atención Primaria).
  - Médicos de familia: 70.
  - Enfermeros: 9.
  - Coordinadores de enfermería: 1.
  - Coordinadores de Equipos de Atención Primaria: 19.

En proceso: acceso a los servicios de información sobre IVE. Oferta inmediata de LARC a estos colectivos de riesgo.

### **Innovación. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o experiencia que se presenta?**

Garantizar una atención anticonceptiva a las mujeres aragonesas de calidad, con equidad y accesibilidad, eliminando las barreras de acceso tanto por su situación geográfica, como por la disponibilidad de métodos concretos, como por la formación de los profesionales que las atienden.

Se establece la puerta de entrada en Atención Primaria, ya que el primer contacto con la sanidad pública se realiza a este nivel. Para ello contamos con profesionales especialmente formadas en atención a la mujer: las matronas. Esto favorece la accesibilidad a la anticoncepción para que la mujer sea informada y elija método con libertad. En este mismo escalón, se debería poder proveer ya de algunos métodos anticonceptivos en aquellas mujeres de bajo riesgo. Para ello se capacitó especialmente a las matronas para la inserción y retirada de implantes anticonceptivos. Con esta actuación, el número de derivaciones de pacientes a los servicios de especializada para inserción de DIU, métodos definitivos o de alta complejidad, se redujo drásticamente, lo cual facilitó la disminución rápida de la lista de espera en este escalón y la atención casi inmediata de las pacientes también en este nivel.

Para conseguir que la atención sea homogénea y de calidad, se estableció un ambicioso plan de formación reglada y acreditada, obligatorio y ligado a la productividad para todo el personal implicado en anticoncepción en Atención Primaria. Se realizó en tiempo récord y se estableció una estructura piramidal en toda la región, que permitió extender esta formación por todo el territorio.

Una vez eliminados los dos principales obstáculos de la mujer a la anticoncepción, formación y acceso, quedaba el tercero: el coste económico.

Mediante un estudio económico completo, se estableció con claridad el costo-efectividad de los métodos LARC, no solo en términos de evitar embarazos no deseados, sino especialmente aquellos que acaban en IVE: se consiguió mediante la financiación pública y completa de todos los LARC.

### **Calidad. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o experiencia?**

- Acceso rápido a anticoncepción a todas las mujeres que lo deseen, independientemente de su lugar de residencia.
- Provisión del método deseado de modo inmediato previo consejo cualificado, o en su caso derivación directa sin demoras.
- Modificación de las agendas de consulta especializada, gracias a la disminución de las derivaciones, convirtiendo esta en una consulta de Alta Resolución.
- Remisión de las pacientes para control de su método a su centro de referencia. Modificación de la herramienta informática (OMI) que permite controlar las pacientes y su método, así como evaluar incidencias y valorar satisfacción.
- Establecimiento de facultativos de referencia expertos en anticoncepción en todos los centros de salud. Implicación de médicos y matronas en la provisión de métodos y en la actualización de conocimientos para asistencia de calidad.
- Atención a los colectivos más desfavorecidos por su dificultad de acceso.
- Reducción del número de IVE en nuestra comunidad, mediante la disponibilidad inmediata de métodos LARC en las clínicas de interrupción.

### **Mejora de la gestión o evaluación en salud. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión o la evaluación de resultados en salud?**

Creación de circuitos claros de acceso de las pacientes.

Establecimiento de pautas claras de colaboración entre niveles de asistencia.

Control de pacientes en sus centros de referencia, y al mejorar el contacto, poder realizar otras labores de prevención de salud.

Disminución de los embarazos no deseados, sobre todo aquellos debidos a la falta de adherencia al método anticonceptivo, mediante la provisión de forma gratuita de métodos LARC (que son los más eficaces, sin índice de fallos) a todas las mujeres que lo deseen.

En el año 2017, y tras la publicación de los datos de IVE, queda constatado que el gasto anual estimado de la financiación completa de los LARC para todo Aragón es mucho menor (65%) del coste de los IVE que se producen anualmente en nuestra

comunidad. Asimismo, también comprobamos que el gasto anual estimado de la financiación completa de los LARC para toda Aragón es mucho menor (65%) del coste de los IVE que se producen anualmente en nuestra comunidad.

**Aplicabilidad y facilidad de extensión a otras organizaciones del sector salud. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?**

Este modelo, que fue especialmente diseñado para la comunidad autónoma de Aragón, es fácilmente exportable a otras comunidades, con sus peculiaridades según cada región.

El modelo se basa en analizar el punto de partida y diseñar unos objetivos realistas que, aprovechando las estructuras existentes y buscando la colaboración de los proveedores de salud implicados, consigan los objetivos con la mínima provisión de recursos, tanto humanos como materiales.

Esta es una de las fortalezas del proyecto. La implicación de los profesionales y la redistribución de competencias y capacidades ha conseguido una mejora importantísima en la atención a nuestras mujeres, con escasísimos recursos materiales y prácticamente sin incrementar los recursos humanos.

Se han realizado encuestas de satisfacción desde la implantación del nuevo programa y la calificación ha sido excelente por parte de las usuarias y muy satisfactoria por parte de los profesionales, a pesar de admitir que se ha incrementado su carga de trabajo, especialmente la de las matronas. Esto se ha visto compensado por el reconocimiento de las actitudes y capacidades de estos colectivos y de su alta cualificación para atender a esta prestación, gracias a los conocimientos adquiridos, tanto en su formación en periodo de especialización como en la formación reglada que se les ofertó previa a la puesta en marcha.

En el momento actual, nos consta que al menos tres comunidades autónomas están elaborando sus programas basándose en este proyecto.