LA ANTICONCEPCIÓN Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) EN CyL

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

I. Marco legal:

La referencia legislativa en materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en nuestro país es la Ley 2/2010 sobre Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE que define:

1. **Salud sexual**: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
2. **Salud reproductiva**: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Dicha ley establece la necesidad de desarrollar medidas concretas en los terrenos educativo y sanitario. Dentro del ámbito sanitario se concretan los derechos de los/as usuarios/as y las obligaciones de los poderes públicos en esta materia:

1. **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.

2. **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.
3. **Artículo 7**. **Atención a la salud sexual y reproductiva**, determina que 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.
c. La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.
d. La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

4. Artículo 8. **Formación de profesionales de la salud**. La formación de profesionales de la salud se abordara 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 (IVE).
b. La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida **la práctica de la interrupción del embarazo.**
c. c) La salud sexual y reproductiva en los programas de **formación continuada** a lo largo del desempeño de la carrera profesional.
d. En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de **los grupos o sectores sociales más vulnerables**, como el de las personas con discapacidad.

Así mismo la Ley de SSR establece en el artículo 11 la necesidad de elaborará, con criterios de calidad y equidad y con énfasis en jóvenes y adolescentes y de colectivos con especiales necesidades, una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR). Es aprobada en 2011 estableciéndose una duración de 5años y evaluación bienal. En dicha ENSSR se marcan las líneas estratégicas:

a. **En salud sexual:** Promoción de la salud, Atención sanitaria, Formación de profesionales e Investigación, innovación y buenas prácticas

b. **En salud reproductiva:** Promoción de la salud en el embarazo, Atención sanitaria en el embarazo, Atención al parto (hace referencia a la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS), Cuidados del nacimiento a la primera semana de vida, Promoción de la lactancia materna, Cuidados del recién nacido hospitalizado, Cuidados propios del puerperio, Atención sanitaria en el puerperio, Formación de profesionales, Participación de las mujeres y las parejas, Coordinación institucional, Investigación, innovación y buenas prácticas

II. Normativas y programas en CyL. Desarrollo de la ENSSR:

Decir, en primer lugar, que 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.

La **Junta de Castilla y León no ha desarrollado medidas específicas encaminadas a aplicar la ENSSR**. No dispone de normativas y programas propios que contemplen de forma específica la atención a la anticoncepción. (1) (El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ESTATAL (FPFE). 2016

Finalmente decir que "El IV Plan de Salud (2012-2020)" de la Junta de Castilla y León no contempla ***ningún objetivo de salud específicamente orientado a la SSR***. La única referencia indirecta aparece en el "área 3 de intervención" de dicho plan, concretamente en el "objetivo general número 12"

> Objetivo general 12.Promover estilos de vida saludables y conductas seguras en la población infantil y juvenil (0-18 años).
>
> > Medida 80. Reforzar la formación de los profesionales de la educación en alimentación saludable, práctica regular de actividad física y ***salud afectivo-sexual*** para fomentar la educación para la salud, adaptada a los distintos niveles educativos
> > Medida 83. Promover el desarrollo de ***cualidades positivas y fortalezas de las niñas y los niños*** referidos a los valores de respeto y buen trato, especialmente en las relaciones de igualdad y en la ***prevención de la violencia***.

III. Formación de profesionales del sistema público de salud en SSR

Otro aspecto considerado fundamental en la ENSSR para garantizar la calidad en la atención y la equidad de las prestaciones es la formación de los/as profesionales sanitarios/as en salud sexual y reproductiva. Esto significa:

1. Desarrollo de GUÍAS/PROTOCOLOS actualizados con las mejores evidencias disponibles y que ayuden a mejorar la prescripción y seguimiento de los diferentes métodos anticonceptivos y a la detección y tratamiento de problemas en SSR.
2. Desarrollo de PROGRAMAS FORMATIVOS: formación continuada en estas materias, incluyendo la IVE.

En nuestra Comunidad no hay protocolos/guías sobre consejo contraceptivo y lo que hay está obsoleto. Tampoco existen planes de formación específicos en anticoncepción y en salud sexual y reproductiva e IVE (tabla 1).

Tabla 1. DESARROLLO NORMATIVO, PROGRAMAS Y PROTOCOLOS SANITARIOS EN CyL. 2016	
Área de intervención	Normativas, programas, protocolos
SALUD REPRODUCTIVA	1. Convenio para desarrollar la Estrategia de atención al parto normal en Castilla y León de 2007 2. Guía para profesionales de Lactancia Materna (2) 3. Guía de Anticoncepción de emergencia. 2005. 4. Programa de Diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero 5. Programa de VACUNACIÓN DEL VPH. 6. Programa de Diagnóstico precoz del cáncer de mama
SALUD SEXUAL	Protocolo atención sanitaria de identidad de género. 2016.
VIOLENCIA DE GÉNERO	Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Genero de Castilla y León. 2013-2018 GUÍAS asistenciales en Violencia de Género. MedoraCyL. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. 2010

No podemos, por tanto, sino concluir que en nuestra Comunidad el desarrollo normativo, de programas de salud y formación de los/as profesionales es muy insuficiente e incumple notoriamente las obligaciones que la Ley establece para los poderes públicos.

IV. Accesibilidad a los servicios de anticoncepción y salud sexual y reproductiva.

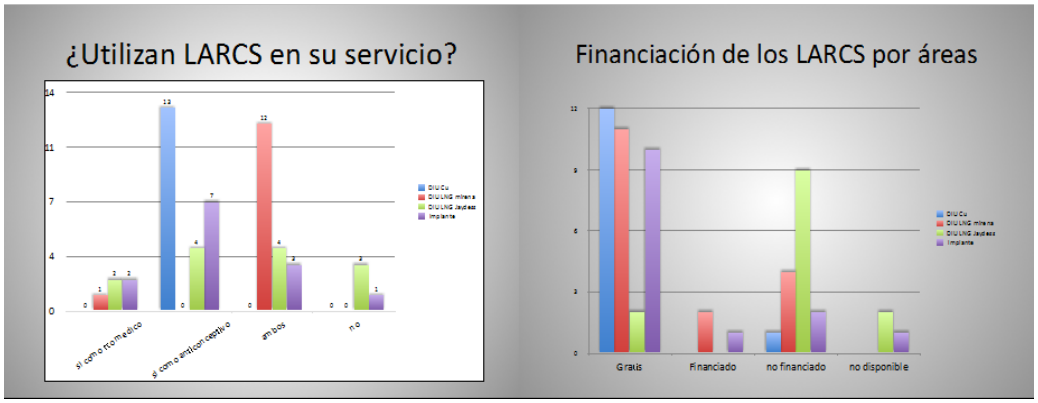
En nuestra Comunidad la mayoría de los Centros de Salud (93%) realizan consejo contraceptivo básico (2) (SCLC, 2015), participando en el 63% todos los facultativos del centro.
En un 88% de los centros no hay Protocolos específicos y un 71% no realizan sesiones clínicas ni cursos de formación en anticoncepción si bien los consideran necesarios o muy necesarios el 92%.
Cuando surgen dudas en Atención Primaria solo el 29% puede consultarlas directamente a Atención Especializada. El 71% restante tiene que acudir a la derivación de las usuarias con demoras que oscilan entre 30-90 días en la mayoría de los hospitales.

V. Prestaciones en anticoncepción y salud sexual y reproductiva.

1. *Consultas sobre dificultades sexuales.*
   No existen, en el sistema sanitario público de CyL, consultas específicas para atender los problemas relacionados con la salud sexual. En general son derivados a las consultas de ginecología donde no existen profesionales con formación adecuada.

2. *Acceso a la anticoncepción segura y eficaz.*
   En 2011 se dejaron de financiar por el sistema Nacional de Salud una serie de métodos anticonceptivos (especialmente los anticonceptivos hormonales más modernos), respondiendo más a criterios económicos que de eficacia y seguridad de dichos métodos.
   En cuanto a las prestaciones de los LARCs (anticonceptivos reversibles de larga duración) la situación en nuestra Comunidad es de una tremenda variabilidad como se refleja en la tabla 2.

Tabla 2. Disponibilidad y financiación de los LARCs. SCLC. 2015

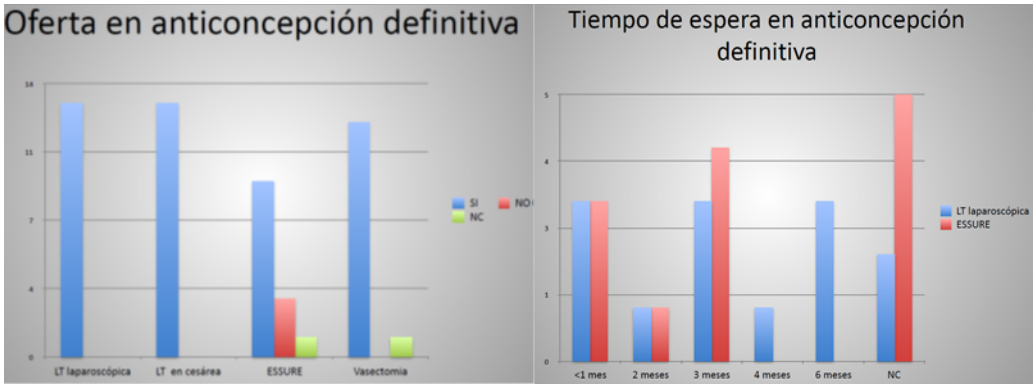


Esta variabilidad afecta tanto a la financiación como a la disponibilidad:

a. DIU-LNG (Mirena): hospitales donde es gratuito (11), otros donde solo está financiado (2)
b. IMPLANTE: hospitales donde es gratis (10), en uno financiado y otros (2) no financiados. En un hospital no está disponible
c. El último LARC incorporado (DIU de baja carga para 3 años) presenta una mayor disparidad: gratuito en un hospital, no financiado en 9 y no disponible en dos hospitales

Si hacemos referencia a los métodos anticonceptivos definitivos, la variabilidad en cuanto a disponibilidad también es notable, a lo que hay que sumar tiempos de espera muy largos en general, como se muestra en la tabla.3

TABLA 3. Anticoncepción definitiva. Disponibilidad. Tiempo de espera. SCLC. 2015



La anticoncepción de urgencia (AU) presenta también variabilidad en cuanto a financiación, no disponibilidad en la mayoría de los centros sanitarios públicos y en algunas oficinas de farmacia (en este caso por objeción de conciencia), tiene como mayor problema para su accesibilidad el elevado pecio.

VI. Atención a la I.V.E.

En cuatro Comunidades: Aragón, **Castilla y León,** Castilla La Mancha y Murcia **no se realizan abortos dentro de su sistema público** siendo todos derivados a centros privados acreditados y concertados. En nuestra Comunidad existen 2 centros acreditados, uno en Valladolid y otro en Salamanca, obligando a la mayoría de las mujeres que deciden la IVE a desplazarse fuera de su ciudad o, incluso, fuera de la Comunidad.

En Castilla y León no se realizan abortos farmacológicos a pesar de que el 75% de las IVEs tiene lugar a las 9 s. de gestación o menos, edad gestacional en la que el tratamiento farmacológico ha mostrado alta eficacia y seguridad para las mujeres, facilitando la IVE en centros públicos.

La objeción de conciencia de los/as profesionales sanitarios no debe estar condicionada por una posible sobrecarga asistencial (que un área pueda recibir IVEs de otras áreas sin la adecuada dotación) ni por presiones ideológicas de las direcciones de los centros o jefaturas de servicio.

VII. SIDA en CyL:

Como admite el propio Plan Nacional sobre el Sida, "la infección por VIH es una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias"

VIII. Modelos actuales de atención en anticoncepción

En nuestra Comunidad el Consejo Contraceptivo y la prescripción anticonceptiva básica forma parte de la cartera de servicios de atención primaria (AP). Se ha producido la integración en la red asistencial de atención primaria de la mayoría de los antiguos Centros de Orientación Familiar (COF).

La información sobre anticoncepción en los Centros de salud la realizan, sobre todo, las matronas y la prescripción de métodos no invasivos los médicos de atención primaria.

Desde Atención Primaria se deriva a consultas hospitalarias de ginecología o Unidades especiales (UAM/COF) para la exploración ginecológica, la prescripción y dispensación de la mayoría de métodos (especialmente LARCs y métodos definitivos) y el consejo contraceptivo ante ciertas patologías.

En nuestra Comunidad hay 3 centros (Unidades de Atención a la Mujer y/o Centros de Orientación Familiar o similares) dedicados de manera más específica a la anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva:

1. Salamanca: Unidad de Atención a la Mujer (UAM). Las instalaciones, material y el personal de enfermería dependen de Atención Primaria. La ginecóloga (antes había dos especialistas) depende de Atención Especializada. Desarrollan su actividad en dos centros de salud: Alamedilla y Ciudad Rodrigo. En el primero se atiende población urbana y en segundo periurbana y rural. Estos centros atienden toda la planificación familiar y otros aspectos relacionados con a SSR de Salamanca salvo Béjar y Ciudad Rodrigo donde es atendida por los/as ginecólogos/as que se desplazan para la consulta de toco-ginecología.

2. Burgos: Unidad de Atención a la Mujer (UAM). Las instalaciones, material y el personal de enfermería dependen de Atención Primaria. Las ginecólogas depende de Atención Especializada. La consulta está ubicada en dependencias de la Junta de Castilla y León, fuera del Hospital y atiende la anticoncepción y otros aspectos relacionados con la SSR del área sanitaria de Burgos.
3. León: existe un centro de Planificación Familiar ubicado en las dependencias del Ayuntamiento aunque la atención depende de la Junta de Castilla y León. Hay consulta diaria a cargo de una ginecóloga (ocasionalmente pueden ser dos consultas dependiendo de las necesidades y disponibilidad del Servicio de Ginecología).

En tres hospitales existen consultas en las que se hace anticoncepción de manera más específica: Soria, Segovia y Ávila, si bien no son exclusivas.
En el resto no existe ninguna consulta específica dedicada a la anticoncepción y a la SSR.

CONCLUSIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SSR EN CyL:

1. ***Falta de desarrollo*** de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e IVE y de la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR). La SSR no forma parte de las prioridades sanitarias en nuestra Comunidad como muestra la falta completa de referencia a la misma en el IV Plan de Salud de la Junta de CyL.

2. ***Enorme e inaceptable variabilidad en accesibilidad y prestaciones*** que deviene de la falta de desarrollo en nuestra Comunidad de la ENSSR, provocando una ***gran desigualdad*** entre usuarios/as, a veces, dentro de la misma ciudad y afectando a la ***calidad de la asistencia*** en SSR. Se quiebra el principio de igualdad de derechos recogido en nuestra legislación y que es básico para la cohesión del sistema sanitario.

3. ***Ausencia***, en el sistema sanitario público de CyL, ***de consultas específicas*** para atender los problemas relacionados con ***la salud sexual.***

4. ***Insuficiente formación en SSR*** de los profesionales, especialmente de AP, pero también de AE, dificultando el adecuado consejo contraceptivo.

5. ***Ausencia de Protocolos/guías asistenciales en SSR*** en nuestra Comunidad que ayuden a unificar la atención a la anticoncepción y a la SSR.

6. ***Ausencia de planes de formación continuada*** en SSR.

7. **IVE:** dificultad en la accesibilidad a la IVE al realizarse solo en 2 centros concertados. Ausencia de IVE farmacológica en nuestra Comunidad. Objeciones de conciencia derivadas, en algunas ocasiones, por cuestiones más organizativas y de presiones que por cuestiones de conciencia individuales.

8. **Modelo asistencial poco definido en SSR:** tanto en el circuito asistencial como en las funciones de los/as diferentes profesionales. Esta falta de definición afecta a la calidad asistencial, a los tiempos de asistencia, y dificulta la derivación entre profesionales y niveles asistenciales.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN Y A LA SSR EN CyL

1. **IMPLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN** en la anticoncepción y la SSR mediante el desarrollo de la ENSSR. Entender la SSR como un tema prioritario de salud (embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, desarrollo psicoafectivo, violencia de género…)con importantes implicaciones económicas, sociales y personales.

2. **ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA/PROTOCOLOS:**
    a. En anticoncepción, asumidos por la Junta de CyL, basados en las mejores evidencias disponibles y con criterios de calidad. Supondrán una gran ayuda para los/as profesionales a la hora de hacer un Consejo Contraceptivo adecuado, coherente y basado en criterios científicos.
    b. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
    c. Despistaje y atención a las dificultades sexuales.
    d. Elaboración del Protocolo de "Atención sanitaria relacionada con la identidad de género en Castilla y León"

3. **MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y UNIFICAR LAS PRESTACIONES EN ANTICONCEPCIÓN.**
    a. Es fundamental acabar con la inequidad que supone la varibilidad en la disponibilidad y financiación de métodos anticonceptivos entre unas ususarias y otras en función del lugar de residencia.
    b. Consideramos un derecho de las mujeres el acceso a todos los métodos anticonceptivos eficaces y seguros y que este acceso no se vea limitado por cuestiones económicas sino simplemente por cuestiones científicas y de elección de la usuaria.
    c. Nos parece especialmente importante facilitar el acceso rápido y gratutito a los métodos LARC (implantes y DIUs de todo tipo y duración) al ser los métodos que, por su alta efectividad, han demostrado disminuir las IVEs de repetición. Es preciso destarrar los mitos relacionados con estos métodos (edad de las usuarias, riesgos de infección…)

4. **ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA A LA ANTICONCEPCIÓN Y A LA SSR**. Para ello será necesario:
    a. Mejorar la organización (funciones y coordinación de los diferentes niveles asistenciales) de la atención a la anticoncepción y a la SSR.
    b. Definir claramente las funciones de los/as diferentes profesionales implicados/as.
    c. Impulsar la creación de unidades multidisciplinares (Centros o Unidades de Salud Sexual y Reproductiva) en todas las áreas asistenciales con profesionales expertos, de fácil acceso, sirviendo de referencia a AP y AE (ginecologías y otras especialidades).

5. **PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA** en CyL estimulando la participación de los/as profesionales por la anticoncepción ya que se percibe un bajo interés por parte de éstos y por parte de la administración.
    a. Programa de formación específico dirigido a adquirir conocimientos y habilidades que permitan al personal de atención primaria realizar un consejo anticonceptivo adecuado, así como el manejo de los anticonceptivos hormonales en la población femenina de bajo riesgo
    b. Promover la realización de sesiones clínicas de anticoncepción y SSR en horarios de trabajo con reconocimiento de la actividad formativa.
    c. Facilitar la participación en cursos y congresos relacionados con la anticoncepción y la SSR.

6. **MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A LA IVE**
    a. Estimula el desarrollo de esta prestación en los servicio públicos de nuestra Comunidad sin que suponga una sobrecarga asistencial.
    b. Potenciación y formación en IVE farmacológico, eficaz, seguro y de más fácil desarrollo en los centros públicos.

7. **ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL:**
    a. Incorporar a los programas educativos la educación afectivo-sexual y la educación para la salud sexual y reproductiva (embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual…) que fecilite una sexualidad placentera, integradora y responsable, teniendo en cuenta:
        - ✓ enfoque de género,
        - ✓ atención, respeto y cultivo de la diversidad (identidad y orientación sexuales)
        - ✓ favoreciendo valores de igualdad, respeto y responsabilidad.
    b. Estudiar la creación de las Unidades de Identidad de Género (Centros, Servicios, Unidades de Referencia, según borrador de Protocolo de atención(CESUR)) en el contexto del Protocolo de "Atención sanitaria relacionada con la identidad de género"

8. **VIOLENCIA DE GÉNERO:**
    a. Potenciar la sensibilización y formación en Violencia de Género en Atención Especializada, especialmente de las especialidades relacionadas con la SSR.
    b. Estudiar la creación de un comité multidisciplinar de violencia de género intersectorial primaria-especializada por provincia/área sanitaria. Entre sus funciones estarían:
        - ✓ Coordinación de casos de violencia de género
        - ✓ Reuniones periódicas para el tratamiento de casos individuales (sesiones clínicas)
        - ✓ Formación de personal sanitario en violencia de género

SOCIEDAD NORTE DE CONTRACEPCIÓN (SNC)

ASOCIACIÓN CASTELLANO-LEONESA DE MATRONAS (ASCALEMA)

SOCIEDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA DE CASTILLA Y LEÓN (SOCALEMFYC)

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN)