

INFORME DE LA SITUACION DE LA ANTICONCEPCION, SSyRR, e IVE EN ESPAÑA. 2019.

CUESTIONARIO PARA ELABORACION DE UN INFORME SEC SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DE LA IVE, EN LAS CCAA

Las respuestas ponen de manifiesto una variabilidad grande en el cumplimiento de la ley de SSyRR por Comunidades en muchos aspectos. Cuando ha transcurrido más de una década desde su publicación oficial, el desarrollo de los aspectos prácticos de esta Ley como, accesibilidad, financiación, formación tanto de profesionales como de usuarias/os, análisis y publicación de lo conseguido y de las áreas de mejora, ponen de manifiesto las distintas sensibilidades que despiertan estos temas.

El desarrollo de estos aspectos prácticos no solo depende del compromiso de los responsables políticos que articulan “el plan” en cada Comunidad y le adjudican partidas más o menos generosas en los presupuestos. También es responsabilidad de las sociedades científicas como la SEC, cuya función es participar activamente en todos aquellos foros en los que se debate, planifica, y se ponen en marcha, actuaciones pensadas para mejorar cualquier aspecto de la aplicación de una ley en la que creemos abiertamente. Ese ha sido el motivo que nos ha llevado a promover esta encuesta.

Para que el compromiso se ajuste a la realidad, hay que conocerla.

Este es el primer informe SEC sobre cumplimiento de la Ley de SSyRR e IVE de 2010, y casualmente, su publicación coincide con elecciones autonómicas en muchas comunidades, y con un posible cambio de dirección en el gobierno estatal. El compromiso del consejo interterritorial SEC, es el de volver a comprobar los avances en la aplicación de la **Ley cada 5 años**, lo que nos permitirá ver que políticas son más favorables, y cuales no funcionan.

Estos datos también vamos a poder cruzarlos con otras encuestas promovidas por la SEC como la que nos informa cada 2 años de los métodos utilizados por las mujeres españolas. Esto nos va a ayudar a entender las diferencias por territorios entre datos estadísticos de asesoramiento recibido, conocimiento de los distintos métodos, embarazos no deseados, tasa de IVE, satisfacción con el método elegido, y otros aspectos.

DATOS TERRITORIALES 2019

1ª Pregunta

¿Dispone tu ámbito de actuación de una normativa o programa propio de anticoncepción que permita el desarrollo de planes específicos para el acceso a los métodos? ¿Cómo se gestionan las demandas de anticoncepción?

Andalucía:

Existe la Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva, de la Consejería de Igualdad, Desarrollo y Políticas Sociales (SSPA). La anticoncepción está incluida en la Cartera de servicios de Atención Primaria. Los médicos de AP deben responder a la demanda de anticoncepción de las usuarias incluidas en su cupo. Su aplicación en la práctica clínica diaria es desigual, no equidad entre las provincias andaluzas, ni dentro de una misma ciudad, ni incluso dentro de un área sanitaria. Existe un programa de educación sexual para jóvenes, “Forma Joven”.

Aragón:

“Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón”, mayo 2016. La demanda de anticoncepción se gestiona de inicio en Atención Primaria (matrona, médico de familia), siendo reforzada como segundo nivel por las consultas de anticoncepción dependientes de los hospitales de las tres provincias.

Asturias:

Se acaba de publicar la "guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018". En ella se definen las competencias y cartera de servicios en anticoncepción tanto en atención primaria y especializada como en las 5 unidades de salud sexual y reproductiva (antes COF) en la comunidad autónoma.

Canarias:

Tenerife NO dispone de un plan específico.
Las Palmas resuelve el 99% de las demandas en la privada.

Cantabria:

No hay una normativa ni un programa global de anticoncepción, por lo que cada área sanitaria lo gestiona de forma diferente.

Castilla la Mancha:

No; Se derivan desde Atención Primaria a la consulta de Ginecología y en la mayoría de los casos, dependiendo de la anticoncepción elegida, de esta consulta a la consulta específica de Planificación Familiar.

Castilla-León:

No hay en Castilla y León programas ni planes específicos. No ha habido ningún desarrollo ni medidas encaminadas a aplicar la Estrategia Nacional en SSyR.
La gestión se basa en Atención Primaria y derivación a consultas de ginecología para métodos LARC.

Cataluña:

Sí. Existe una cartera de Servicios publicada por el "Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el 2008". Se establece un programa en Salud Sexual y Reproductiva donde se contempla la demanda a la atención y consejo contraceptivo.

Baleares:

Si, se cuenta con una UAM

Galicia:

-Existe una Guía Técnica de Atención a la Anticoncepción, del año 2008. El problema es que en pocos centros hay profesionales involucrados en el programa. A efectos prácticos existe una atención desigual. Depende de la actitud favorable a la anticoncepción y a la coordinación con los Centros de Orientación Familiar.

- Los Centros de Orientación Familiar tienen una Cartera de Servicios de los Centros de Planificación Familiar negociada con las Gerencias de los Complejos Hospitalarios. Son Unidades con independencia física de la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria. El equipo de profesionales cubre todas las demandas reproductivas actuales, y dispone de equipos administrativos propios que gestionan personalmente y por teléfono las demandas de los usuarios. Existen en las siete ciudades gallegas (A Coruña, Santiago de Compostela, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra, Vigo), y en villas como Monforte, O Barco de Valdeorras, Burela, Carballiño y Ribadavia.

La Rioja:

No tiene programa específico.

Murcia:

En el 2018 se ha realizado una actualización del PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN DEL PIAM. (Programa Integral de Atención a la Mujer).

Navarra:

Toda la anticoncepción del sector público se gestiona en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR) de Osasunbidea. Son centros ambulatorios periféricos, pero dependen de los Servicios de Ginecología de los 3 hospitales Públicos.

País Vasco:

Se gestionan mediante Organizaciones de Servicios Integrados, que se llaman comúnmente (OSIs). Cada OSI es un pequeño mundo. Hay OSIs con planes más o menos integrados, otras sin plan alguno, en otras hay financiación para según qué métodos, en otras no... No existe un plan general en la CAPV.

Valencia:

- Se gestionan en base a un decreto de 1986 que se ha ido adaptando y regula el personal interdisciplinar y los medios materiales de los centros de SSyR.
- Plan de sectorización territorial de la Red de Centros de SSyR (54 equipos que atienden en 85 puntos distribuidos por el territorio de la comunidad Valenciana).
- Existen Protocolos asistenciales de la Consellería que organiza las prestaciones y otorga el papel de cada profesional (médicos, sexólogos, enfermería y auxiliares). También hay protocolos específicos de actuación en cada Departamento de Salud para SSyR.
- ESTRATEGIA en Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana de 2017.

2ª Pregunta

¿Qué profesionales sanitarios están implicados en anticoncepción y cuáles son sus funciones (asesoramiento, revisión, indicación, colocación)?

	Asesoramiento	Indicación	Prescripción	Inserción Implante	Inserción DIU	Extracción Implante	Extracción DIU	Seguimiento
Ginecólogo	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico de Familia	x	x	x	x	x	x	x	x
Matrona	x	x						
Enfermera	x	x						

La asistencia se estructura en 3 niveles:

- **Nivel primario:** Médicos de AP y Matronas. Hacen asesoramiento e indicación, Los médicos de AP también prescriben métodos combinados.
- **Nivel Secundario:** Asesoramiento y prescripción de métodos combinados, Inserción y extracción de implantes y todo tipo de DIU. Derivación para quirúrgica a Hospital. También diagnóstico y ttº de ITS, estudio de infertilidad, Derivación de IVES, Pre-concepcional, sexología.
- **Nivel Terciario(Hospitalario):** Anticoncepción quirúrgica y tratamiento de la Esterilidad.

COMENTARIO

La respuesta a esta 2ª pregunta, es también distinta en cada comunidad. Hay regiones en las que las matronas tienen poco protagonismo, salvo en el asesoramiento, y otras donde colocan implantes. Igual ocurre con los médicos de Atención Primaria y Familia.

La diferencia viene dada por el nivel de definición de los roles en donde hay programa específico, y la variabilidad donde no existe un programa, que hace que, en estos el buen funcionamiento dependa del interés y el compromiso de profesionales muy concretos, independientemente de su titulación.

3ª Pregunta

¿Qué iniciativas de formación en anticoncepción, SSyRR, e IVE (Congresos, talleres, cursos, protocolos) se organizan en tu ámbito, quien los promueve, y con qué periodicidad?

Andalucía:

Sociedad Andaluza de Contracepción (SAC): Congreso bianual

Colaboración SAC-Industria Farmacéutica: Cursos/ Talleres a Profesionales de AP y Ginecólogos.

Red de Salud Sexual y Reproductiva (Escuela Andaluza de Salud Pública): Curso anual de formación en Salud Sexual y Reproductiva

Aragón:

Tras la instauración del programa se realizaron cursos de atención continuada y puesta al día, patrocinados por el departamento de Sanidad, e impartidos fundamentalmente por miembros de la la Sociedad Aragonesa de Anticoncepción, y a los que asistieron "todas las matronas" del sistema público y al menos un médico de familia de "todos los centros de salud".

Posteriormente se han realizado cursos de rescate para el personal que se ha incorporado a la actividad anticonceptiva o no pudo asistir a la primera edición.

Congreso, bienal, de la Sociedad Aragonesa Anticoncepción (próximo en nov 2019).

En las sesiones de la Academia de la Asociación Ginecología y Obstetricia de Aragón (AGOA) se han venido realizando charlas de actualización, llevadas a cabo por miembros de la SAA. (3 en 2018).

Asturias:

En el último semestre de 2018 se ha organizado un curso repetido en las 8 áreas de salud sobre consejo contraceptivo en atención primaria a iniciativa de la Dirección General de Salud Pública.

Canarias:

Tenerife:

Congreso de la Sociedad Canaria de Contracepción cada 2 años.

HUC de Tenerife organiza cada año/2años un curso de formación en anticoncepción para residentes.

Gran Canaria:

Lo que organice la industria y algún curso en algún COF sin especificar contenido.

Cantabria:

Lo que organice la industria.

Congreso de la SNC bianual.

Castilla La Mancha:

En los últimos tiempos el Congreso de Contracepción de noviembre de 2017 y los talleres de formadores de inserción / extracción de implante subcutáneo organizados por la SEC.

Castilla y León:

Se han desarrollado cursos de formación en Centros de Salud (promovidos por laboratorios) para MAP y matronas.

Cada dos años se celebra el Congreso de la SNC.

La Junta no dispone de protocolos sobre SSR y AC. Se está elaborando una GUÍA completa por parte de tres SSCC (SOCALEMFyC, ASCALEMA, matronas, y SNC, promovida por la SNC que está cerca de finalizar el trabajo y parece ser que la Junta los publicará en su página.

Cataluña:

- La Sociedad Catalana de Contracepción (SCC) hace la formación para las enfermeras internas residentes de la especialidad obstétrico-ginecológica (matrona).
- La SCC colabora con la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología en la formación teórica en anticoncepción de los residentes de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología de R1, R2 y R3.
- La SCC organiza bianualmente el curso "La anticoncepción y su práctica" dirigido a todos los profesionales sanitarios interesados.
- La SCC organiza un curso anual de casos prácticos para residentes de Ginecología y Obstetricia de 3er y 4º año.
- La SCC organiza bianualmente un Simposio (Anticoncepción y SSyR, IVE...)
- En los centros ASSIR hay sesiones clínicas, formación continuada para los profesionales.
- En cada región sanitaria se adaptan los protocolos relacionados con la anticoncepción y salud sexual y reproductiva publicados por Departament de Salut.
- Una parte de la formación (40%) de las residentes de matrona se realiza en los centros ASSIR y se forman en la práctica de la atención a la demanda contraceptiva o del IVE.
- Un porcentaje bajo de los residentes de Ginecología y Obstetricia rotan por las unidades ASSIR.

Islas Baleares:

Se organizan formaciones en anticoncepción por parte del servicio de Ginecología del Hospital.

Galicia:

La Sociedade Galega de Contracepción (SOGAC) realiza congresos de actualización cada 2 años. El año pasado la SOGAC realizó un Curso de Actualización en Anticoncepción para Profesionales Sanitarios, en colaboración con el Colegio Médico de Ourense. En varias ocasiones la SOGAC le propuso al Servizo Galego de Saúde realizar este curso a nivel de toda Galicia, mostrando su disponibilidad, pero no tuvieron respuesta por parte de la administración.

La Rioja:

No organizan congresos ni cursos específicos.

Murcia:

Hasta ahora sólo se realiza formación a demanda de cada Área Sanitaria.

Durante el año 2019 se va a implementar un PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN, que se va a realizar en dos fases:

En una primera se realizará Formación de Formadores, dirigido a responsables de anticoncepción en cada centro de salud (médico/a de familia y/o matrona) y los ginecólogos de UGA, y estos responsables serán los encargados de realizar la siguiente formación, en los propios centros de salud, dividido en dos sesiones clínicas, la primera más teórica y de difusión de los principales aspectos y novedades de anticoncepción y una segunda más práctica, a los tres meses de la primera, para resolución de dudas y análisis de casos clínicos de anticoncepción.

Toda esta formación está promovida por el Servicio Murciano de Salud y organizado por el grupo de trabajo de anticoncepción del PIAM.

También hay prevista formación específica en anticoncepción para residentes de familia, ginecología y matronas.

Navarra:

Curso de actualización para todos los CASSYR, último en 2015,

Sesiones clínicas sobre LARC 2017 y 2018

Congresos anuales de la SVC

País Vasco:

Cada OSI, en función de sus necesidades y peticiones crea cursos de formación continuada.

Cursos o jornadas de AC de la SVC (excepcionales) o congresos (anuales).

Valencia

- Jornadas bianuales de la Sociedad Valenciana de contracepción y SSyR.
- Talleres de implantes de la SEC impartidos por profesionales de la comunidad.
- Cursos de formación en la Escuela Valenciana de estudios de Salud en materias de SSyR.
- Formación de los Residentes de Ginecología, Familia y Matronas que hacen rotatorio de 1 o 2 meses por los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, integrado en los planes de formación MIR, con objetivos del programa y valoración del rotatorio.
- La Sociedad Valenciana en colaboración con la industria realiza varias actividades cada año de formación y actualización en : contracepción, ITS, patología de cérvix, etc...

COMENTARIO

En las respuestas a esta 3ª pregunta se puede comprobar que hay una relación directa entre la formación más estructurada y los lugares en los que existen sociedades de contracepción autonómicas activas. También es notoria, la diferencia en la implicación de la administración en la formación de los profesionales, con matices ideológicos bastante claros.

4ªPregunta:

¿Cómo se gestionan las demandas de IVE en tu ámbito?

Andalucía:

En los Centros de Salud de AP, en los centros de especialidades o bien en UGC de Ginecología de los hospitales puede ser demandada la IVE, rellenar y entregar una petición protocolizada, a través de la Atención al Ciudadano, quien contacta con las clínicas privadas concertadas, acordando lugar, fecha y hora para la IVE.

Aragón:

Las IVEs son realizadas en su totalidad en centros concertados.

La usuaria que solicita una IVE es remitida a las unidades de atención al paciente de los centros de salud o de los hospitales, donde se les entrega la información pertinente y se gestiona su remisión a la clínica.

Asturias:

Existen tres clínicas privadas a las que se derivan los casos de IVE por debajo de las 14 semanas.

En el Hospital de Cabueñes se atienden las interrupciones de embarazo por supuestos de malformación fetal o riesgo para la vida de la madre más allá de las 14 semanas.

En el resto de las áreas o bien se atiende en el hospital cabecera de área (comarcales) o bien se deriva a la paciente al hospital de referencia.

Canarias:

En Tenerife solo existe una clínica privada concertada para atender las demandas de IVE canalizadas a través de la dirección de cada área.

En Gran Canaria se gestionan a través de SCS. Petición en el Área de Dirección de Salud. Se comunica resolución a la paciente y se deriva a 2 centros concertados autorizados para las IVEs hasta las 12 semanas. Para gestaciones de > semanas se derivan al HMIC.

Cantabria:

Se gestionan todas en «La Cagiga», en ocasiones llegan las mujeres directamente o derivadas desde Atención Primaria y Hospitalaria.

Se están haciendo IVE farmacológicos en el hospital Valdecilla coordinados por «La Cagiga».

Castilla y León:

Las demandas las reciben trabajadoras sociales y las envían al servicio de Ginecología donde se comprueba la gestación, y desde ahí, se derivan a los centros concertados (2 en la Comunidad: Valladolid y León), a excepción de un hospital público (Comarcal de Miranda de Ebro que hace IVEs). Los controles post-IVE los hace el Servicio de Ginecología correspondiente. En esta Comunidad no se realiza IVE farmacológica.

Cataluña

Según https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1517/protocol_ive_63_dies_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y protocolo

1ª visita: Atención inmediata urgente informativa por parte de la matrona en la unidad ASSIR. Historia clínica, información, asesoramiento, entrega de documentación legal, y explicación de las distintas opciones de interrupción del embarazo (farmacológico/quirúrgico) y decisión libre de la mujer.

2ª visita: Si la mujer decide IVE farmacológico, después de 3 días de reflexión requeridos por la ley, se programa visita con el ginecólogo que pauta el tratamiento farmacológico según protocolo.

3ª visita: Realizada por la matrona/ginecólogo. Se confirma finalización de la gestación y se realiza consejo contraceptivo.

Si la mujer decide IVE quirúrgico y/o no es posible realizar IVE farmacológico, se realiza derivación a Clínicas Acreditadas/Hospital para la interrupción quirúrgica del embarazo.

Baleares:

Existe un Protocolo en el cual se establece el circuito (atención primaria y especializada) para información y tratamiento, control pos iver e instauración de método anticonceptivo.

Galicia:

A través de la trabajadora social de los Centros de Orientación Familiar. Las IVEs por malformación fetal se gestionan en coordinación con las Unidades de Diagnóstico Prenatal.

Las IVEs de < 14 semanas, se suelen derivar a clínicas concertadas. Sólo se realizan por el sistema público las IVEs farmacológicas de hasta 9 semanas en Ourense, Santiago, Lugo y Pontevedra. Vigo es la única ciudad que realiza aborto quirúrgico en el sistema público.

Las IVEs de entre 14-22 semanas se están empezando a hacer en algunos hospitales gallegos, como Vigo, Ourense, o Santiago. De todas formas, algunas áreas como Coruña siguen derivando a una clínica concertada a Madrid.

Los IVEs de >22 semanas sólo se realizan en el Hospital de Vigo, que desde hace un año se erigió en el centro de referencia para Galicia.

La Rioja:

El médico de atención primaria realiza una interconsulta y las pacientes son citadas a la consulta para la tramitación de IVE. Tras la interrupción, el mismo médico de atención primaria, remite a la paciente de nuevo a consultas para un control post-IVE según lo indicado por el centro.

Murcia:

Son derivadas por los médicos/as de familia a los trabajadores sociales y éstos a las clínicas de IVE, en general.

Navarra:

La solicitud se hace a través de las educadoras de los CASSyR. Ellas derivan a centros privados y desde nov 2017 en algunos CASSyR del Área de Pamplona donde no hay objetores se ofertan IVE farmacológica por debajo de 7 semanas.

País Vasco:

La matrona es quien recoge la petición y gestiona el trámite. Estos procedimientos se derivan posteriormente a centros concertados.

Valencia

Hasta las 14 semanas: La demanda es recogida por el CSSR(se informa de los dos métodos para que la mujer pueda elegir, Farmacológico hasta la semana 8/ quirúrgico) y la mayoría se derivan las mujeres a clínicas privadas concertadas por la Conselleria. Se cita para anticoncepción urgente pos-IVE en el Centro de SSYR.

Hay tres hospitales públicos que realizan hasta las 14 semanas y además por método farmacológico(Hospital Dr. Pesset, H. de Requena y H. de Onteniente). Estos 3 hospitales atienden las IVEs de sus respectivos departamentos.

A partir de las 14 semanas (casos de patología fetal o materna) se realizan en todos los hospitales públicos.

Está ya previsto el programa de IVE farmacológica en los Centros de Salud sexual y reproductiva. Ya se ha realizado el protocolo clínico y la formación a los profesionales.

En fecha inminente comenzarán unos centros piloto en varios Departamentos Sanitarios para iniciar la asistencia pública.

COMENTARIO

En la mayoría de los casos las IVEs son financiadas por las autonomías, pero se realizan en clínicas privadas concertadas. Solo hay unos cuantos hospitales públicos en todo el Estado que hagan interrupciones. El hecho de sacar de los centros públicos las intervenciones no contribuye, desde mi punto de vista, a normalizar el proceso, ya que es percibido como una prestación "casi clandestina", cuando se trata de un derecho perfectamente legislado.

Otra cuestión relacionada con la IVE que me parece reseñable, y que habrá que analizar es la escasa utilización del método farmacológico.

5ª Pregunta:

¿Se evalúan periódicamente los resultados de la gestión de las demandas de anticoncepción e IVE?

COMENTARIO

Hay una gran diferencia entre comunidades en cuanto al análisis de los datos de anticoncepción e IVE. Hay comunidades que publican estadísticas con distintas cadencias, generalmente anuales. Otras no recogen estos datos, pero lo que no se hace en ninguna es, evaluarlos y publicar esas evaluaciones.

6ª Pregunta:

¿Cómo se financian los métodos anticonceptivos, y las demandas de IVE?

COMENTARIO

En las respuestas a esta pregunta es donde más variantes se dan entre las comunidades. Incluso hay comunidades con diferencias en la financiación de los métodos en las distintas provincias, y provincias con diferencias según los distritos sanitarios. La falta de equidad es absolutamente incuestionable.

Por comunidades:

Andalucía

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	x			x		X
No financiado		x	x		x	

El implante solo está financiado en casos de mujeres en riesgo de exclusión social, lo que se acredita mediante un informe de los/as trabajadores sociales. Existen otras excepciones en las que se puede conseguir este método siempre que un profesional acredite esa circunstancia.



SECC

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CONTRACEPCIÓN

Aragón

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	X			X	X	X
No financiado		X	X			

Asturias

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	x				(x)	(x)
No financiado		x	x	x	(x)	(x)

Canarias:

Tenerife

Solo está financiado 100% el DIU-CU, y al 50% el implante. En la isla de La Palma el implante está financiado 100% en casos de exclusión social, e indicación psiquiátrica acompañado de informe.

Gran Canaria

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado				x	x	x
No financiado	x	x	x			

Cantabria

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	x			x	x	x
No financiado		x	x			

Castilla La Mancha

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	x	x	x	x	x	x
No financiado						

Castilla y León

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	Algunas			¿?	¿?	¿?
No financiado		X	X	¿?	¿?	¿?

Comentarios explicativos del autor del cuestionario:

Si pongo las interrogaciones es porque la variabilidad es enorme, desde:

- Hospitales (uno) en el que no se colocan IMPLANTES, aunque los pague la usuaria
- Hospitales de una misma ciudad en la que la financiación es diferente de los DIUs de cobre y LNG.
- Sitios donde la financiación es completa de todos los métodos ACs (los AHC se financian algunos), en un centro de atención a la mujer (Burgos).

Cataluña

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	Parcialmente la mayoría			Algunos ASSIR disponen de pequeño stock para casos sociales.	Dispensación hospitalaria y colocación en ASSIR. Mirena: Criterios médicos Kyleena: criterios médicos /sociales	Parcialmente financiado
No financiado		X	X			

Baleares

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	si	no	no	si	si	si

Galicia

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	x			x	X (sangrado abundante)	x
No financiado		x	x			

La Rioja

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	Depende	Parcialmente		x	x	Parcialmente
No financiado			x			

Murcia

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	algunas			x	x	En proceso
No financiado		x	x			

Navarra

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	Copago los AOC que están en SS	no	no	100%	Por indicación médica si dismenorrea o sangrados y en menores	A menores de 18 años
No financiado	El resto	si	si	0	Si no concurre lo anterior	Resto de supuestos copago

País Vasco

Método	Píldora	Anillo	Parche	DIU cobre	DIU LNG	Implante
Financiado	X (Dienogest LNG)			X	SMA	Parcialmente entre 18 – 40 años
No financiado	X (Resto)	X	X		X	En resto de supuestos

Comentarios explicativos del autor del cuestionario:

Cada OSI puede variar los criterios de financiación de algún MAC con fondos propios (Implantes, DIUs...).

VALENCIA:

Financiados: Píldora como en toda España ya que esta financiación viene de SNS del Ministerio y en función de si es pensionista o no: (EE/ Levonorgestrel, EE/ Dienogest, EE/Norgestimato, Píldora de Desogestrel

Implante, DIU-CU, Mirena y Kyleena financiado al 100% en los Centros de SSyR.(Coste cero en toda la Comunidad).

7º pregunta

¿Está financiada la anticoncepción post IVE?

La AC ya se asesora el día de la demanda de la IVE y la usuaria se va con una cita programada en su centro de SSyR, de forma urgente en los días posteriores a la IVE para Anticoncepción gratuita .

En todas las comunidades se financia la anticoncepción post IVE igual que la que no lo es. Los canales para solicitar un método son los mismos, y por tanto no se contempla en general que la mujer pueda irse a casa tras la IVE con un LARC colocado, salvo que lo compre ella y pague su colocación.

Este es el mapa general de la anticoncepción, la SSyR, y la IVE en España en el momento actual. Hemos querido disponer de esta referencia para situarnos en el punto real a partir del cual trabajar en los próximos años en los aspectos fundamentales: Formación, tanto de profesionales como de la población general, accesibilidad, propiciando consultas de “alta resolución”, financiación de los métodos, sobre todo los LARC por su efectividad y su alta satisfacción entre las usuarias, asesoramiento que permita elegir libremente a cada mujer que hacer con su fertilidad en cada momento de su vida reproductiva. También parece necesario crear un sistema de registro de datos relacionados con la SSyR, anticoncepción e IVE, que favorezca el análisis y publicación de los datos, para identificar las áreas de progreso y mejora.

Quiero agradecer en mi nombre y el de toda la Junta Directiva de la SEC a los presidentes de las sociedades autonómicas de contracepción, y a las-os referentes en donde no tenemos esa posibilidad, la información recibida de unas y de otros. En ambos casos ha sido igual de exhaustiva y provechosa. La implicación de todas-os ha hecho posible que este documento exista. De nuevo gracias. Espero que esta información os resulte útil a todas-os aquellos que la consultéis.

José Gutiérrez Alés.