

PLAN INTEGRAL DE ABORDAJE DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS 2017-2020

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.
Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria
Viceconsejería de Humanización

INDICE:

Página

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	SITUACIÓN ACTUAL	5
3.	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo General	11
3.2	Objetivos Específicos	11
4.	POBLACIÓN DESTINATARIA	12
5.	ACTIVIDADES EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
5.1	Información a los ciudadanos sobre salud sexual y reproductiva	13
5.2	Educación sexual y capacitación de jóvenes y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva	15
5.3	Prevención de Embarazos no deseados o inesperados en grupos Especialmente vulnerables	18
5.4	Atención Sanitaria y Anticoncepción desde Atención Primaria	19
5.5	Accesibilidad a métodos anticonceptivos	19
5.6	Información, asesoramiento y atención adecuados ante un embarazo no Deseado o inesperado	21
5.7	Capacitación de los profesionales sanitarios en materia de salud sexual	25
5.8	Investigación en Salud Sexual	25
6.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	25
7.	COMITÉ DE SEGUIMIENTO DEL PLAN	30
8.	CRONOGRAMA	31
Anexo I.	Indicaciones de anticonceptivos modernos de larga duración	32
Anexo II.	Prescripción de anticonceptivos hormonales en 2016	35
Anexo III.	Protocolo de actuación en caso de solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	36
Anexo IV.	Resultados de la encuesta dirigida a asociaciones y entidades profesionales	39
	BIBLIOGRAFÍA	53

1. INTRODUCCIÓN

Una vida sexual segura, carente de temores y riesgos como son los embarazos no deseados y la violencia sexual constituyen parte esencial del bienestar de las personas en las esferas físicas, emocionales y sociales.

Para contribuir a este bienestar es necesario poner al alcance de los ciudadanos información, asesoramiento y atención sanitaria, desde el fomento y la promoción de la salud y la prevención a través de la educación para la salud y los métodos anticonceptivos, hasta la atención en la interrupción del embarazo, en los casos que contempla la normativa vigente.

El enfoque de Promoción de la Salud (PS) constituye el encuadre básico y el marco de referencia actual de las intervenciones de los sistemas sanitarios, y es especialmente relevante en la prevención de los embarazos no deseados e inesperados, dado que no se trata de ninguna enfermedad el problema en cuestión.

Las Conferencias Internacionales de PS (OMS), entienden que el estilo de vida de las personas no depende solo de factores individuales, dando mucha relevancia al enfoque de determinantes sociales de la salud, lo que conlleva la necesidad de que exista un marco político implicado en la PS, que promueva acciones de promoción de ambientes y ámbitos sociales favorables a la salud, el empoderamiento, la participación ciudadana y finalmente la reorientación de los servicios sanitarios y de salud pública y la mejora de la capacidad de intervención de sus profesionales, en un marco de equidad y justicia social.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente.

La salud sexual y reproductiva implica “tener relaciones sexuales gratificantes, enriquecedoras, sin coerción ni temor de infección, ni de un embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios

desagradables o peligrosos; tener embarazos y partos seguros y criar hijos saludables”¹. Abarca un amplio campo que trasciende más allá de la medicina clínica y se relaciona íntimamente con una concepción holística de la salud, siendo un componente central de la misma.

Además, la falta de planificación de un embarazo, si bien deseado y que finalmente se lleve a término, priva al neonato de las importantes medidas preventivas aplicables en estadios precoces de la gestación e incluso antes de la misma, como serían las relativas a la prevención de los defectos de cierre del tubo neural, o las infecciones que tienen carácter potencialmente teratógeno, como la toxoplasmosis.

El Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128 (INI)² sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, que contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo-sexual.

La Ley Orgánica 2/2010³, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, recoge la garantía de los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regula las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establece las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Las políticas sanitarias en materia de prevención de embarazos no deseados o inesperados exigen un importante esfuerzo planificador y organizativo de las administraciones sanitarias, potenciando las actuaciones en Salud Pública de forma transversal e incluyendo actuaciones asistenciales individualizadas.

En dichas políticas sanitarias debemos de tener en cuenta de manera conjunta y armónica las políticas educativas y sociales, por lo que en el “Plan Integral de Abordaje de los Embarazos no Deseados o Inesperados de la Comunidad de Madrid”, confluyen las acciones de las Consejerías de Sanidad, Políticas Sociales y Familia y Educación, Juventud y Deporte. De la misma manera, el Plan Integral centra sus acciones en la mujer, sin menoscabo de presentar acciones centradas en la familia y en el varón.

El “Plan Integral de Abordaje de los Embarazos no Deseados” establecerá las líneas de promoción de la salud y de prevención, y será congruente con las actividades de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, para las actuaciones de atención sanitaria que conlleva el desarrollo del Plan, como las medidas anticonceptivas farmacológicas y no farmacológicas o lo relativo a la interrupción voluntaria del embarazo, cuestiones todas del ámbito asistencial. Asimismo, el Plan incluirá actuaciones coordinadas con otros departamentos con competencia en esta área como son las Consejerías de Educación, Juventud y Deporte y Políticas Sociales y Familia. El periodo de vigencia de este Plan abarca desde 2017 a 2020.

2. SITUACIÓN ACTUAL

Según los datos de la **Encuesta Nacional de Salud Sexual** realizada en el año 2009⁴, las características de las prácticas sexuales y los tipos de métodos utilizados para la prevención de embarazos no deseados o inesperados, varían en función del tipo de vínculo que se establece con la pareja sexual.

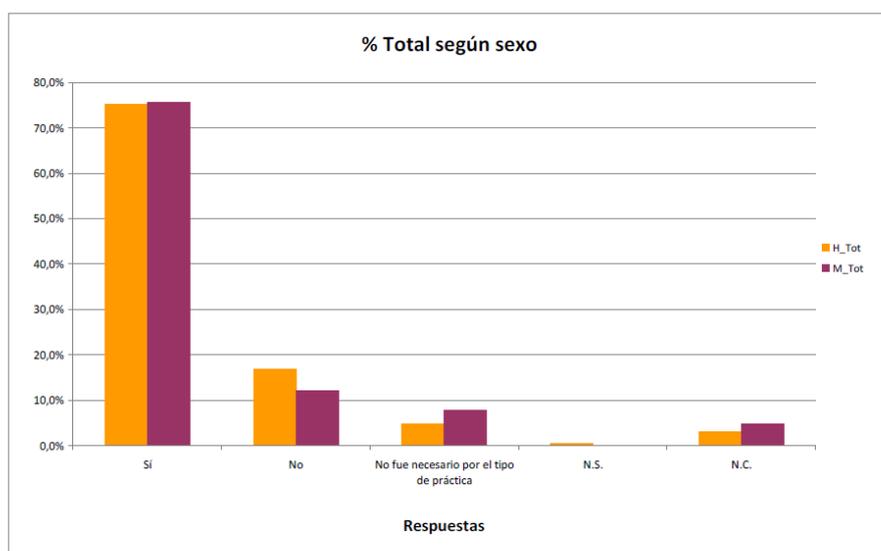
El uso de métodos de prevención de embarazos no deseados o inesperados en parejas estables es más frecuente que los de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque disminuye a lo largo de las etapas de la vida sin encontrarse diferencias significativas por sexo. Las mujeres refieren utilizarlos siempre y casi siempre algo más que los hombres en las edades de 16 a 44 años (74% mujeres y 69,8% hombres)⁴.

Tabla 1 ¿Con qué frecuencia ha usado métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales con su pareja estable en los últimos doce meses? Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009)⁴

	Edad Hombres								Edad Mujeres							
	16 17	18 24	25 34	35 44	45 54	55 64	65+	Total	16 17	18 24	25 34	35 44	45 54	55 64	65+	Total
Siempre	63,6%	62,1%	56,6%	49,6%	42,7%	16,2%	2,8%	41,5%	54,9%	69,1%	60,4%	60,0%	40,8%	8,0%	2,2%	46,6%
Casi siempre	14,8%	16,5%	14,9%	13,7%	8,9%	3,3%	0,5%	10,5%	12,7%	13,1%	13,0%	10,4%	6,1%	1,8%	0,0%	8,8%
Algunas veces	4,5%	6,6%	7,6%	10,0%	6,6%	4,0%	1,4%	6,6%	1,4%	5,3%	5,8%	5,2%	5,5%	2,0%	0,4%	4,5%
Casi nunca	5,7%	4,6%	5,1%	6,1%	4,6%	4,7%	2,3%	4,8%	5,6%	3,2%	4,0%	4,0%	3,2%	0,9%	0,9%	3,2%
Nunca	1,1%	6,9%	14,9%	17,8%	28,5%	42,1%	48,3%	24,5%	9,9%	6,5%	14,0%	16,8%	31,3%	46,7%	48,5%	23,6%
No fue necesario por el tipo de práctica	6,8%	1,5%	0,6%	2,0%	7,7%	28,6%	43,4%	11,1%	9,9%	2,2%	1,1%	2,7%	12,3%	38,9%	47,2%	12,1%
N.S.	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,4%	0,1%
N.C.	3,4%	1,3%	0,4%	0,9%	1,1%	1,0%	1,4%	1,0%	5,6%	0,6%	1,5%	0,7%	0,8%	1,5%	0,4%	1,1%
Total absoluto	70	314	818	807	624	442	425	3500	54	378	821	799	585	368	298	3303

En relación con los métodos de prevención de embarazos en parejas ocasionales, se incrementa su uso hasta el 75,3% y sin diferencias significativas por sexo, especialmente en los grupos de edad más jóvenes. Destacar que el 17,0% de los hombres y el 12% de las mujeres indican no haber usado ninguno.

Figura 1. Utilización de métodos anticonceptivos en la última relación sexual con pareja esporádica u ocasional, según sexo. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009)⁴



Según el informe **“Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2015”**⁵, el 27,9% de los jóvenes habían tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (28,6% de los chicos y 27,3% de las chicas). En los

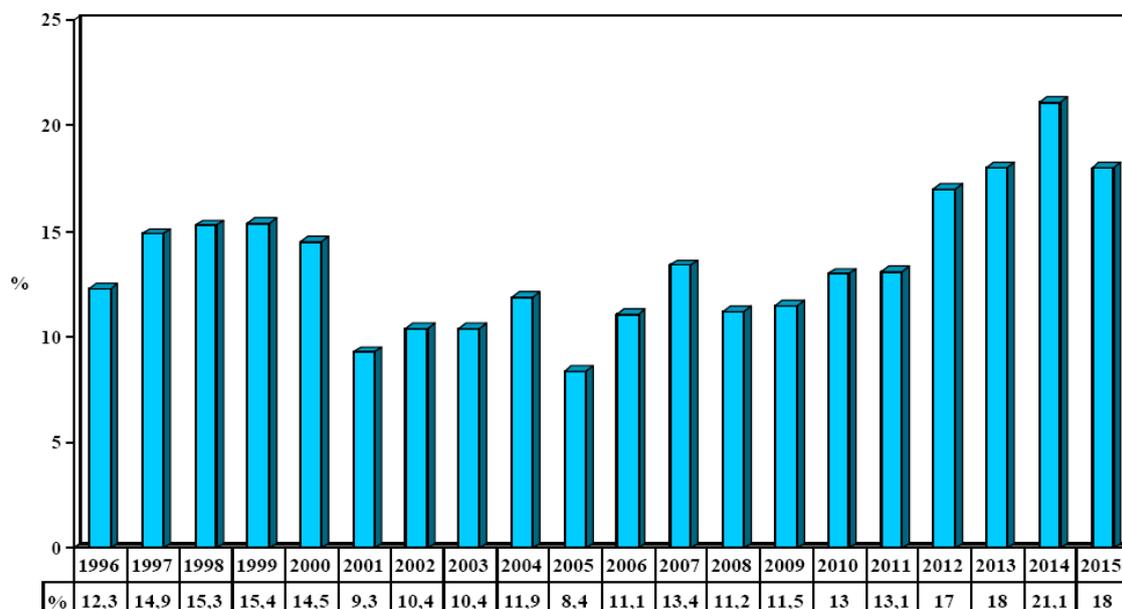
jóvenes de 16 años este porcentaje fue del 25,6% frente al 14,5% en los de 15 años. Un 77,7% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 18,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. Un 6,2% de los jóvenes refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual en el último año por parte de su pareja o ex pareja.

Tabla 2. Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según sexo y edad (15 – 16 años), en porcentaje. (Intervalos de confianza al 95%)

	TOTAL (%)	Sexo (%)		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	27,9 (23,6-32,2)	28,6 (23,8-33,5)	27,3 (21,7-32,8)	14,5 (10,9-18,1)	25,6 (21,4-29,8)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	77,7 (72,8-82,5)	82,2 (76,2-88,2)	73,0 (66,8-79,2)	79,1 (71,3-86,9)	82,5 (76,8-88,2)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	18,0 (13,3-22,7)	15,3 (9,2-21,4)	20,8 (14,7-26,9)	19,1 (11,9-26,3)	15,5 (9,7-21,4)

En la figura 2 se observa la evolución de la proporción de jóvenes (población 15-16 años) que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces en su última relación sexual en la Comunidad de Madrid entre los años 1996 y 2015. En la evolución de este indicador se observó una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a empeorar desde 2006. Entre 1996/1997 y 2014/2015 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 43,8% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual.

Figura 2. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces (píldora anticonceptiva y preservativo) en su última relación sexual. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.



Según el **Informe de Interrupciones Voluntarias del Embarazo Notificadas en la Comunidad de Madrid en 2016⁶**, se registraron 18.757 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de ellas, 15.941 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.680 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 136 en otros países.

Del total de mujeres residentes, el 53,4% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 29,4 años \pm 7,1. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años, con un valor de 19,95 por mil mujeres. El 0,3% (45 mujeres) tenían menos de 15 años y un 8,9% tenían menos de 20 años. La **tasa anual** por mil mujeres de 15 a 44 años fue del **11,99** en 2016.

Para el 58,0% era su primera IVE. El 85,0% de las mujeres residentes en la CM interrumpió el embarazo a “petición propia”, el 11,6% por “riesgo de salud física o psíquica de la mujer” y el 3,3% por “taras fetales”. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 70,1% de las mujeres y el 4,9% fueron IVE tardías (>15 semanas).

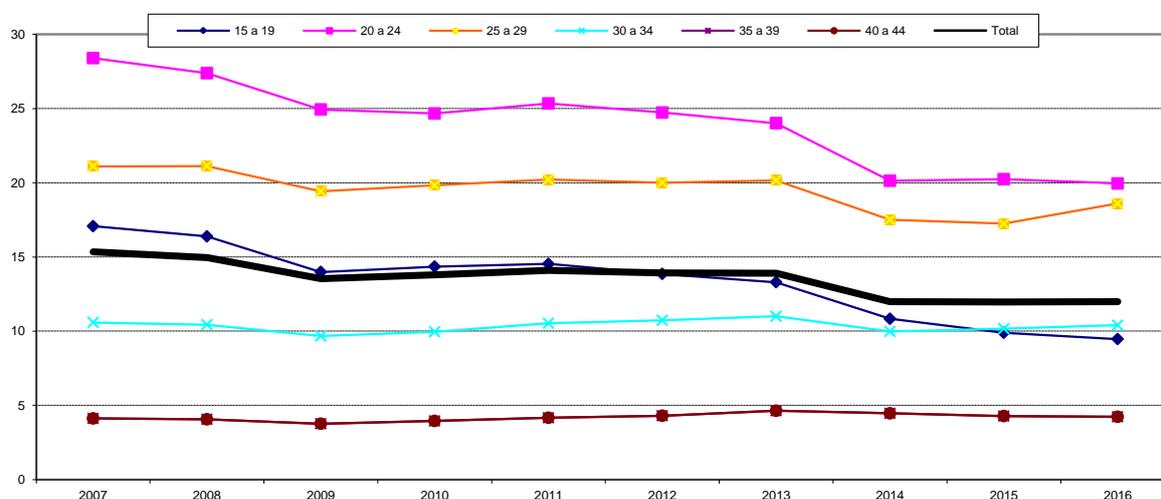
El porcentaje de mujeres con **recursos económicos** propios fue del 64,6%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de las foráneas. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

En cuanto al **nivel de formación** académica, el porcentaje de mujeres universitarias fue del 20,1% en 2016 y el de mujeres carentes de estudios 0,3%. Según país de nacimiento encontramos menor porcentaje en mujeres españolas (0,3%) que foráneas (0,4%) sin estudios y mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (29,2%) que en foráneas (12,2%).

La mayoría de las mujeres refieren **convivir en pareja**, con y sin hijos (47,6%), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 55,6% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Más de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2016 (47,6%) refería usar **métodos anticonceptivos**. El porcentaje es de 54,3% en el caso de las mujeres nacidas en España y 41,8% para las foráneas. Una amplia mayoría de las que dicen usar métodos anticonceptivos, eligieron métodos de barrera (64,8%).

Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007-2016. Fuente: Informe IVE notificados en la Comunidad de Madrid 2016.



La Comunidad de Madrid viene desarrollando diversas actuaciones de promoción de la salud, prevención de embarazos no deseados y atención sanitaria cuando se producen dichos embarazos, como son actividades de información y asesoramiento (información a la ciudadanía y a los profesionales a través de la página web de la Consejería de Sanidad, desarrollo de talleres de educación afectivo-sexual, distribución gratuita de preservativos desde la Dirección General de Salud Pública), como promoción, prevención y atención sanitaria desde los centros de atención primaria y hospitalarios y servicios de urgencias extrahospitalarias.

Encuesta sobre prevención y abordaje integral de ENDE en la Comunidad de Madrid

El 5 de junio de 2017, desde la Dirección General de Salud Pública se realiza una encuesta dirigida a sociedades científicas, colegios profesionales y entidades ciudadanas para conocer su opinión e identificar necesidades con respecto a la prevención de embarazos no deseados en la Comunidad de Madrid, y así orientar la estrategia de salud pública frente a los embarazos no deseados e inesperados.

Para la recogida de datos se ha utilizado un cuestionario elaborado *ad hoc* con 29 preguntas (19 cerradas y 10 abiertas) que responden a los siguientes bloques de contenido:

- I. Datos de identificación de la entidad (5 preguntas)
- II. Información y educación en salud sexual y reproductiva (7 preguntas)
- III. Prevención de embarazos no deseados o inesperados en población especialmente vulnerable (2 preguntas)
- IV. Atención sanitaria a la salud sexual y reproductiva, y accesibilidad a la anticoncepción (8 preguntas)
- V. Información, asesoramiento y atención a los embarazos no deseados e inesperados (6 preguntas)
- VI. Observaciones generales (1 pregunta)

La población objetivo son las sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones ciudadanas relacionadas con la materia objeto de estudio. Dichas entidades han sido seleccionadas por la Dirección General de Salud Pública previa consulta expresa para testar su interés en participar en la encuesta. El número total de entidades que confirmaron su participación asciende a 18. Los resultados se muestran como Anexo IV.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Prevenir los embarazos no deseados o inesperados en la Comunidad de Madrid.
- Prestar la atención integral de interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo a la normativa vigente.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Mejorar la información al ciudadano sobre salud sexual y reproductiva.
- 3.2.2. Mejorar la educación sexual y la capacitación de jóvenes y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.
- 3.2.3. Potenciar la prevención de los embarazos no deseados o inesperados en grupos especialmente vulnerables.
- 3.2.4. Mejorar la atención sanitaria a la salud sexual y la anticoncepción desde Atención Primaria.
- 3.2.5. Facilitar la accesibilidad a métodos anticonceptivos.
- 3.2.6. Garantizar la información, asesoramiento y atención adecuados ante embarazos no deseados o inesperados
- 3.2.7. Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en materia de salud sexual y reproductiva.
- 3.2.8. Potenciar la investigación en salud sexual.

4. POBLACIÓN DESTINATARIA

Las mujeres y hombres en edad reproductiva de la Comunidad de Madrid, constituyen la población destinataria de este Plan.

Se consideran grupos especialmente vulnerables: los jóvenes, los inmigrantes y las personas que sufren violencia sexual. La justificación de esta vulnerabilidad radica en lo siguiente:

- **Adolescentes y jóvenes:** se encuentran, a menudo, con dificultades para acceder a los servicios sanitarios; entre otros motivos por,
 - problemas de comunicación y falta de adecuación de la información
 - escasa visibilidad de los recursos y el miedo a la no privacidad
 - interpretaciones restrictivas de la consideración de la madurez de los adolescentes.

Los dos primeros motivos pueden agravarse en situaciones de ruralidad y discapacidad.

- **Población inmigrante.** En la vivencia de la sexualidad está presente también la realidad social, económica y cultural de las personas. Las situaciones de soledad y aislamiento, tienen una influencia clave sobre la salud sexual de la población española y también inmigrante. Esto, unido a las características específicas que traen consigo los procesos migratorios, en ocasiones pueden hacer que las personas inmigrantes se encuentren con barreras que dificultan su acceso a la información y atención de los servicios de prevención de embarazos no deseados o inesperados, información que no debería subestimarse teniendo en cuenta las tasas de IVE según nacionalidad.
- **Personas que sufren violencia sexual.** La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, incluyendo la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción. Estas agresiones tienen sus raíces profundas en las desigualdades de género. La violencia de género causa indefensión y grandes dificultades a las mujeres para cuidar de su salud sexual y reproductiva. En las mujeres que se encuentran en una relación abusiva, aumenta

considerablemente el riesgo de tener un embarazo no deseado o inesperado, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a las que se ven sometidas. Por otra parte, la noticia de un nuevo embarazo puede ser en sí misma un factor de riesgo para aumentar la violencia de género que sufren las mujeres. En este contexto, además, el riesgo de infección de transmisión sexual se multiplica.

- **Mujeres en edad próxima al climaterio.** Las mujeres perimenopáusicas con cierta frecuencia infravaloran su potencial fertilidad y abandonan el uso de algún método anticonceptivo, siendo sexualmente activas. En esta etapa de la vida creen que ya no corren riesgo de quedarse embarazadas. Una de las consecuencias de no adoptar medidas anticonceptivas es que alrededor de un tercio de embarazos a estas edades, fue no planificado⁷.

Además, un embarazo inesperado en esta etapa de la vida puede crear importantes problemas emocionales, sociales, económicos y médicos⁸. Entre estos últimos, cabe mencionar el riesgo de malformaciones congénitas, aborto espontáneo y otras complicaciones del embarazo como diabetes gestacional, placenta previa, distocia de presentación, hemorragia posparto, cesárea y parto prematuro^{9,10}.

5. ACTIVIDADES EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se efectúa la descripción de las actividades a desarrollar a partir del Plan, en relación con los objetivos específicos reflejados en el apartado 3.2.

5.1 Mejorar la información al ciudadano sobre salud sexual y reproductiva (Objetivo específico 3.2.1):

- Coordinación de la Consejería de Sanidad con las Entidades Locales y Organizaciones no gubernamentales (ONG) para mejorar la información a la ciudadanía sobre salud sexual y reproductiva.

Esta coordinación se lleva a cabo fundamentalmente desde los servicios de salud pública de área, a través de contactos directos, desarrollo de acciones conjuntas y a través de las mesas de salud escolar y otros programas con población joven.

- Realización de mensajes preventivos y de educación y promoción de la salud sexual, adaptados a las tecnologías de la información y comunicación (TIC), dirigidos a población general y especialmente a la juvenil, a través de:
 - Redes sociales (publicación periódica en las redes existentes: Facebook, YouTube, Instagram, Google+ y Twitter)
 - Identificación de algunas Apps frecuentadas por población joven, para alojar en ellas mensajes divulgativos preventivos.
- Publicación de información sobre sexualidad y prevención de los embarazos no planificados actualizada y con revisiones periódicas en la web de la Comunidad de Madrid y en la Intranet de la Consejería de Sanidad, así como en Mi Carpeta de Salud.
- Reediciones revisadas de los folletos sobre métodos anticonceptivos (población general y población inmigrante).
- Habilitación del teléfono gratuito **900 102 112** y 012 como receptor de llamadas para la solicitud de información y canalización a los servicios adecuados, mediante las sesiones formativas y redacción de argumentario para los operadores telefónicos.
- Convenio con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. A raíz de la firma del convenio de la Consejería de Sanidad y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, en relación a garantizar procedimientos de información y Educación para la Salud desde las Oficinas de Farmacia, se priorizará la realización de una campaña de difusión informativa sobre la Prevención de embarazos no deseados o inesperados.

5.2 Mejorar la educación sexual y la capacitación de jóvenes y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. (Objetivo específico 3.2.2):

ÁMBITO EDUCATIVO

- Desarrollo de un Programa de Promoción de la Salud en el ámbito educativo que, entre otros temas, contemple la educación afectivo-sexual, con perspectiva de género y enfoque de interculturalidad. El centro educativo es, junto al ámbito familiar, el lugar prioritario para hacer promoción de la salud. Es el lugar más idóneo para conseguir el mayor grado posible de salud a partir de la adquisición de conocimientos y habilidades que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables, por ser un entorno óptimo para realizar intervenciones coste-efectivas de promoción y educación para la salud. Es decir, transmisión de conocimiento, capacitación de habilidades para la vida (sociales, autoestima, autocontrol emocional o resolución de problemas, entre otras) y promoción de valores y conductas positivas orientadas a la salud.

Por estos motivos, la Dirección General de Salud Pública ha iniciado una línea de colaboración con la Consejería de Educación, Juventud y Deporte para elaborar e implantar un Programa de Promoción de la Salud en Centros Educativos, que aborde la educación afectivo-sexual, entre otros aspectos.

El Programa incluye la formación en aspectos afectivo-sexuales del profesorado de las distintas etapas educativas.

- Potenciación de las Mesas de Salud Escolar existentes y creación de nuevas allí donde no existan, como órganos de coordinación y colaboración intra e interinstitucional.

ÁMBITO SANITARIO

La Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria (CSE)¹¹ incluye actividades de promoción y prevención en los aspectos relacionados con la

sexualidad, anticoncepción y salud reproductiva en las distintas etapas de la vida. Incluyen los siguientes servicios:

Entre 0-14 años

- PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES
- SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA

En estos dos servicios, que están dirigidos a población de 0-14 años, se realiza (a los 12 y a los 14 años) educación para la salud individual sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos y de otros aspectos de la sexualidad.

Entre 15-19 años

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

En el aspecto de sexualidad - reproducción se incluye, al menos, existencia o no de relaciones sexuales, uso preservativo y problemas de identidad sexual.

Posteriormente se hace una recomendación de forma sistemática sobre métodos anticonceptivos: prevención de embarazos y prevención de infecciones de transmisión sexual (uso de preservativo), además de sobre otras áreas que se identifiquen en la entrevista como susceptibles de intervención educativa.

Mujeres en edad fértil

INFORMACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En este servicio se realiza una anamnesis sobre el uso de métodos anticonceptivos identificando, si procede, el método utilizado.

Información y orientación sobre métodos anticonceptivos en general y la píldora postcoital en particular. La información y orientación sobre píldora postcoital estará dirigida a establecer su carácter de método anticonceptivo de urgencia excepcional. Solicitud oportunista de cribado bioquímico previo

a la prescripción de anovulatorios y cribado de cáncer de cérvix de acuerdo a edad, aprovechando la misma visita.

VISITA PUERPERAL

Centrada en aspectos y dudas planteadas por la mujer, con consejos que incluyen la reanudación de relaciones sexuales y anticoncepción.

SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Mujeres entre 49-59 años

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Incluye valoración de la sexualidad y recomendación de uso de anticonceptivos en los primeros 12 meses de amenorrea.

Adultos

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO

Sobre sexualidad incluye al menos: existencia o no relaciones sexuales, uso preservativo u otros métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual, y presencia/ausencia de problemas. En las recomendaciones sobre sexualidad se hace énfasis en incluir la utilización del preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual.

- Realización de Proyectos de Educación para la Salud. Una de las acciones esenciales en la prevención de embarazos no intencionados o inesperados y de forma coordinada con Salud Pública, es la realización de actividades de Educación para la Salud. En la actualidad está activo en el ámbito de la Atención Primaria y liderado desde Salud Pública, un Proyecto Marco de Sexualidad y Prevención de ITS y otro de Prevención de Embarazo No Deseado o Inesperado, elaborado por un grupo de expertos. Este proyecto marco está incluido en la Biblioteca de Proyectos de la Comunidad de Madrid, mediante la aplicación EpSalud, que es la herramienta normalizada para el registro de las actividades de educación para la salud en atención

primaria, haciendo que la potenciación de su uso sea imprescindible para la extensión de la actividad a todos los centros de salud de la Comunidad.

- Realización de talleres en los centros de salud relacionados con la sexualidad: Sexualidad y Afectividad en Adolescentes.
- La creación de la Escuela Madrileña de Salud, enmarcada dentro de la Subdirección de Humanización de la Asistencia Sanitaria, desplegará múltiples acciones en las áreas de Educación para la Salud en todos los ámbitos asistenciales y a través de la Dirección General de Salud Pública.

5.3 Mejorar la prevención de los embarazos no deseados o inesperados en grupos especialmente vulnerables (Objetivo específico 3.2.3):

- Realización de un mapa de la Comunidad de Madrid, de las zonas con población vulnerable frente a las ITS y los embarazos no deseados e inesperados, mediante el sistema de geo-referenciación (SIGIS).
- Realización de actividades formativas sobre sexualidad y anticoncepción a personal de ONG que trabajen con población inmigrante.
- Coordinación con las iniciativas y actuaciones de carácter permanente de los municipios, a fin de potenciar mutuamente las estrategias, estableciendo cauces fluidos de comunicación que permitan canalizar mejor las actuaciones preventivas individuales y comunitarias.
- Desarrollo, desde los centros de salud, de proyectos de educación afectivo-sexual dirigidos a población especialmente vulnerable a los embarazos no deseados e inesperados (población joven e inmigrantes)¹.

¹ En consonancia con los Servicios de la Cartera de Atención Primaria “Educación para la Salud en Centros Educativos” e “Intervenciones Comunitarias”.

5.4 Potenciar y mejorar la atención sanitaria a la salud sexual y la anticoncepción desde Atención Primaria (Objetivo específico 3.2.4):

- Implantar el protocolo para el abordaje de la salud sexual en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. En el marco de la historia clínica electrónica de Atención Primaria AP Madrid, en la actualidad se está trabajando de forma conjunta con la Dirección General de Salud Pública en el apartado de Salud Sexual.
- La Cartera de Servicios Estandarizados cuenta con un servicio específico del seguimiento de anticonceptivos hormonales, que debe ser cuidadosamente cumplimentado en su caso.
- Otorgar a las matronas un papel central en la formación e información para pacientes sobre anticoncepción y salud sexual, a fin de proporcionar una información actualizada por profesionales motivados y formados.

5.5 Facilitar la accesibilidad a métodos anticonceptivos (Objetivo específico 3.2.5):

- Actualización del convenio entre la Consejería de Sanidad y el Consorcio Regional de Transporte (Metro de Madrid), para la instalación de máquinas expendedoras de preservativos a bajo precio.
- Distribución gratuita de preservativos en puntos clave de la Comunidad de Madrid priorizando grupos vulnerables.
- Prescripción de Anticonceptivos, cuyas indicaciones se especifican en el Anexo I:
 - **Hormonales orales**, financiados mediante receta médica. En el artículo 92 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, se indica que corresponde a la Unidad responsable del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), establecer que medicamentos y productos sanitarios están incluidos en la Prestación Farmacéutica,

las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados. Asimismo se indica que el MSSSI revisará los grupos, subgrupos o clases de medicamentos cuya financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades básicas de la población. En el Anexo II se detallan los anticonceptivos hormonales orales prescritos en 2016.

- **DIU hormonal** (progestágenos), será prescrito e implantado en los Servicios de Ginecología del Servicio Madrileño de Salud, de acuerdo a las indicaciones que se recogen en el Anexo I, considerando ésta una primera fase de acceso normalizado a esta prestación que por su elevado coste se centra inicialmente en las mujeres que, por causa médica, no deben quedarse embarazadas.
- Se valorará en las sucesivas reuniones de seguimiento del Plan y de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria la incorporación progresiva de otros métodos anticonceptivos hormonales, mediante su inclusión en cartera complementaria, y asimismo se trasladará la demanda sanitaria y social, si procede, al órgano competente en materia de cartera básica del Ministerio Sanidad de Servicios Sociales e Igualdad.
- **Anticoncepción postcoital**, de emergencia o píldora del día después, como método anticonceptivo de urgencia excepcional. En los Centros de Salud y en los Centros de Urgencias Extrahospitalarias, el médico procederá a facilitar información y *prescripción en receta oficial de medicamentos no financiados*, de la píldora postcoital o “del día después” (PDD), cuando lo estime clínicamente oportuno a los efectos de prevenir una gestación no deseada, realizando el registro de la acción en la historia clínica electrónica.

- Con esa receta la mujer podrá acudir a oficina de farmacia donde se le dispensará el medicamento de forma gratuita. El SERMAS no se hará cargo de la financiación en caso de receta privada o en cualquier otro formato que no sea el de la receta oficial de medicamento no financiado cuya plantilla está en la propia aplicación APMadrid, o el de la receta electrónica cuando se habilite a tal fin.
- *Se establecerá una adenda al Concierto entre el SERMAS y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.* Este sistema permite, por un lado mantener como tal un medicamento de venta libre, para la mujer que prefiera su compra directa y abrir una vía normalizada que venza el sesgo económico en el acceso a la anticoncepción de emergencia, con un previsible alto impacto en la prevención de embarazos no deseados. Asimismo, la mujer canalizada hacia su centro de salud al haber solicitado la receta, podrá beneficiarse de consejos y recomendaciones para la mejora de su salud sexual y reproductiva y del uso de las formas de anticoncepción más adecuadas a su edad y condiciones personales, ofrecida por los profesionales de la salud del Centro, con especial énfasis en la participación de las matronas en este cometido. En este sentido, la anticoncepción de emergencia no puede volverse reiterativa ni suplantar a las formas de planificación familiar o anticoncepción adecuadas e individualizadas para la mujer.
- Entre los mensajes que transmitirá el trabajador sanitario a la mujer demandante de anticoncepción postcoital estará el relativo a la prevención y control de las ITS.

5.6 Garantizar la información, asesoramiento y atención adecuados ante embarazos no deseados o inesperados (Objetivo específico 3.2.6):

- Fomento de la información, asesoramiento y acompañamiento desde Atención Primaria. Una de las actuaciones clave de la Atención Primaria de Salud, es el adecuado consejo, información, orientación y acompañamiento de las mujeres ante un embarazo no deseado, canalizando las actuaciones en función de la elección informada de la mujer.

La solicitud de información o prestación de asistencia puede llegar a cualquiera de los profesionales del centro de salud: médico de familia, pediatra, enfermera, matrona o trabajador social en función del escenario y perfil de la mujer. Cada uno de estos profesionales establece la relación terapéutica de ayuda y consejo en el marco de la demanda recibida. La longitudinalidad característica de la atención primaria facilita el seguimiento de la mujer.

Las actuaciones a realizar en el caso de solicitud de IVE se encuentran en el marco del “Protocolo de actuación en la solicitud de interrupción voluntaria de embarazo con cargo a los presupuestos del Servicio Madrileño de Salud, en los requisitos y circunstancias que se contemplan en los artículos 14 y 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”.

Desde Atención Primaria se procederá con la máxima diligencia una vez que la decisión está tomada por parte de la gestante y se informará adecuadamente a la mujer para conseguir en lo posible la IVE precoz, preferentemente farmacológica y no quirúrgica, y así provocar el mínimo impacto personal, económico y social posible.

CIRCUITO DE INFORMACIÓN

- a. La mujer embarazada pedirá cita en su centro de salud a su médico de familia que tras comprobar su situación procederá a informar con carácter general de las cuestiones relacionadas con la IVE y la derivará al trabajador social, pudiendo acceder en paralelo al punto c).
- c). Una vez detectado un caso en estas circunstancias en el Centro de Salud se activará el código ENDE (Código de embarazos no deseados).
- b. De modo preferente la matrona, aunque podrán hacerlo el médico o la enfermera, le proporcionará a la mujer la información específica sobre las técnicas para la interrupción voluntaria del embarazo y las

condiciones legales para la interrupción, haciendo hincapié en que la IVE precoz, que puede realizarse por métodos farmacológicos y no quirúrgicos, es menos agresiva, más sencilla y por tanto preferible a la IVE tardía.

- c. La mujer solicitará cita, para cualquier Centro Sanitario acreditado por la Dirección General de Inspección y Ordenación y en la Unidad de IVE para su tramitación, a través del teléfono 91 338 77 38, en horario de 9.00 a 14.00 horas de lunes a viernes. Dicha Unidad se encuentra ubicada en la C/ Sagasta, 6 de Madrid. Asimismo podrá dirigirse al teléfono de información general **900 102 112** que servirá también de punto de contacto informativo para la mujer que desea una IVE.
 - d. La mujer, con carácter voluntario, recibirá asistencia y seguimiento personalizado en el centro de salud, una vez realizada la IVE.
- o Atención hospitalaria. El despliegue de las actuaciones asistenciales en el ámbito hospitalario puede circunscribirse en las siguientes acciones:
 - o Urgencia hospitalaria:
 - Facilitación de información sobre la anticoncepción poscoital: se procederá al registro del proceso y se facilitará contacto con trabajador social y/o psicólogo. Esta actuación irá acompañada de comunicación a médico de familia/enfermera de centro de salud. Desde el momento en el que se pueda proporcionar la receta electrónica desde la Urgencia, se procederá, en su caso, de igual modo, para emitir si se precisa, la receta oficial de medicamento no financiado de la anticoncepción postcoital, en el caso de que la remisión al centro de salud no sea deseable o posible por los plazos temporales (viernes horario nocturno, por ejemplo).

- Activación de un código específico, denominado “CÓDIGO ENDE” (Código de Embarazos No Deseados o Inesperados) ante una mujer que llegue a urgencias por cualquier proceso y se evidencie, manifieste o sospeche un embarazo no deseado o inesperado.
- o Servicio hospitalario
 - o Generación de un CODIGO ENDE ante cualquier mujer que manifieste, se evidencie o se sospeche un embarazo no deseado o inesperado, independientemente del motivo de asistencia en el hospital.

CIRCUITO DE ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ENDE. Principales líneas de actuación:

- o Información protocolizada a la mujer por parte de las unidades de Trabajo Social de las distintas opciones existentes: IVE (Anexo III), adopción, ayudas sociales...
- o Protocolos específicos para la atención materno neonatal en la atención de la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio, así como para la atención del recién nacido. Se establecerán líneas de trabajo coordinadas con obstetras, pediatras, psicólogos, matronas y trabajadores sociales.
- o Acciones de prevención y atención hospitalaria dirigidos al hombre y a la mujer, especialmente adolescentes, para prevenir específicamente un segundo embarazo. Se tendrán en cuenta las necesidades de salud de la población adolescente, en consideración de la cultura, etnia, religión y diversidad de la población. La prestación de los servicios de salud en este segundo nivel implica el reconocimiento de que las personas tienen una dimensión biológica, psicológica y social, además un entorno personal, familiar y comunitario que debemos de tener en cuenta. Las acciones de prevención que se realicen en este segundo nivel de atención se focalizarán en las mujeres atendidas después de un evento obstétrico: posparto, post cesárea y post aborto. Estas acciones

deben estar enfocadas a brindar información sobre derechos sexuales y reproductivos.

5.7 Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en materia de salud sexual y reproductiva (Objetivo específico 3.2.7):

- Adecuación de la oferta formativa para los profesionales de atención primaria en sexualidad y anticoncepción, haciendo énfasis en la adquisición de habilidades en el “Consejo Contraceptivo”

5.8 Potenciar la Investigación en Salud Sexual (Objetivo específico 3.2.8):

- Fomento del desarrollo de estudios de investigación cualitativa y cuantitativa sobre las barreras que tienen los hombres y mujeres a la hora de utilizar métodos anticonceptivos efectivos, así como estudios sobre el impacto de los determinantes biológicos y sociales sobre la tasa de IVE, y las nuevas estrategias en la prevención del embarazo no deseado en grupos vulnerables.

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

6.1. Indicador de resultados:

De acuerdo al Objetivo General del Plan, el indicador más adecuado es el relacionado con las interrupciones voluntarias del embarazo, cuyo sistema de información está implantado desde hace años. Por tanto, el indicador hace referencia al periodo del Plan, recogándose anualmente:

- N° de IVE/año

6.2. Indicadores de actividad:

Los indicadores de evaluación de las actividades que se reflejan en la siguiente tabla se recogerán con periodicidad anual.

ACTIVIDAD	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	META 2020	RESPONSABLE
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.1.</i>				
Coordinación con Entidades Locales y Organizaciones No Gubernamentales para mejorar la información a la ciudadanía sobre salud sexual y reproductiva.	Porcentaje de Entidades Locales con las que se ha logrado coordinación para la mejora de la información	25%	75%	DGSP
	Número de ONG con las que se ha logrado coordinación para la mejora de la información	35	Incremento de un 25%	
Mensajes preventivos adaptados a las TIC	Mensajes preventivos en las cinco redes sociales especificadas en el apartado 5.1	-	100%	DGSP
Actualización de la información sobre sexualidad y prevención de los END en la página web y en la intranet de la Consejería de Sanidad.	Actualización realizada SI/NO	Pendiente de actualización	Realización de actualizaciones periódicas	DGSP
Edición de folletos sobre métodos anticonceptivos	Nº de folletos editados	20.000	60.000	DGSP
Teléfono gratuito para información y canalización a los servicios adecuados	Teléfono habilitado SI / NO	-	SI	CAP
Campaña de difusión informativa sobre prevención de END en el marco del Convenio con el COFM	Campaña realizada SI / NO	-	SI	DGSP
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.2.</i>				
Implementación del Programa de Promoción de la Salud en el ámbito educativo	Programa implementado en curso escolar 2018/19 SI/NO	-	SI	DGSP
Mesas de Salud Escolar	Nº de Mesas de Salud Escolar	20	30	DGSP

ACTIVIDAD	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	META 2020	RESPONSABLE
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.1.</i>				
Promoción de hábitos saludables en las distintas etapas de la vida	Coberturas de los siguientes Servicios de la CSE de Atención Primaria:			AP
	- Seguimiento y desarrollo en la infancia	822.950	847.000	
	- Promoción de Hábitos Saludables en la Adolescencia	752.575	775.000	
	- Información sobre Métodos Anticonceptivos	473.598	488.000	
	- Atención a la Mujer en el Climaterio	191.194	197.000	
	- Promoción de Estilos Saludables en el Adulto	1.635.685	1.685.000	
Proyectos de Educación para la Salud sobre Prevención de END	Nº de proyectos realizados	104	115	AP
Talleres relacionados con Sexualidad y Afectividad en Adolescentes	Nº de talleres	226	255	AP
Escuela Madrileña de Salud	Nº de cursos	-		DGCACHAS
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.3.</i>				
Mapa de las zonas con población vulnerable frente a las ITS y los END de la Comunidad de Madrid	Mapa realizado SI / NO	-	SI	DGSP
Formación a personal de ONG que trabajen con población inmigrante sobre sexualidad y anticoncepción	Nº de Jornadas realizadas	-	3 (una por año: 2018 / 2019 / 2020)	DGSP
Desarrollo de proyectos de educación afectivo-sexual dirigidos a población especialmente vulnerable a los END en los Centros de Salud	Nº de proyectos desarrollados (talleres)	122	140	AP
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.4.</i>				
Implantación del protocolo para el abordaje de la salud sexual en atención primaria	Protocolo implantado SI/NO	-	SI	DGSP, AP

ACTIVIDAD	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	META 2020	RESPONSABLE
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.1.</i>				
Seguimiento de Anticoncepción Hormonal	Cobertura del Servicio "Seguimiento de Anticonceptivos Hormonales"	144.988/año	152.000/año	AP
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.5</i>				
Actualización Convenio con el Consorcio Regional de Transporte	Convenio actualizado SI / NO	-	SI	DGSP
Máquinas expendedoras de preservativos a bajo precio en la red de metro, de acuerdo al convenio suscrito con el Consorcio Regional de Transporte.	Número de máquinas expendedoras activas	213	225	DGSP
Distribución gratuita de preservativos en puntos clave de la Comunidad de Madrid.	Número de preservativos distribuidos	3.000.000	4.500.000	DGSP
Mujeres con utilización de Anticonceptivos (financiados por el Sistema Público)	Nº de mujeres con utilización de anticonceptivos: - Anticonceptivos hormonales orales - DIU hormonas/implante - PDD	144.988/año - -	152.000/año 15.068/año 46.116/año	SERMAS
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.6</i>				
Garantía de la información, asesoramiento y atención ante END	Porcentaje cumplimiento de criterios cuyo indicador es: Nº de mujeres con sospecha de END a las que se les informa y asesora (según los criterios que establece el SERMAS) / Nº de mujeres con sospecha de END Este indicador se desglosa para: - Atención Primaria - Urgencias Extrahospitalarias - Atención Hospitalarias	-	60%	SERMAS

ACTIVIDAD	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	META 2020	RESPONSABLE
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.7</i>				
Adecuación de la oferta formativa para los profesionales de atención primaria en sexualidad y anticoncepción.	Número de cursos ofertados /año	3 cursos / año	5 cursos /año	DGSP, AP
<i>Actividades relacionadas con el Objetivo específico 3.2.8</i>				
Fomentar el desarrollo de estudios de investigación cualitativa sobre las barreras que chicos/hombres y chicas/mujeres tienen a la hora de utilizar métodos anticonceptivos eficaces.	Número de estudios realizados/año	-	1	DGSP

7. COMITÉ DE SEGUIMIENTO DEL PLAN

En aras de garantizar una actuación integral y longitudinal de las políticas sanitarias en el abordaje de los embarazos no deseados o inesperados, se crea un Comité de Seguimiento, con el fin de velar y monitorizar la implementación de las actividades del Plan. Este Comité está constituido por:

- Presidente del Comité: Representante de la Dirección General de Salud Pública
- Vocales designados por los siguientes departamentos:
 - Dirección General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria
 - Dirección General de Coordinación de la Asistencia:
 - Gerencia de Atención Primaria
 - Gerencia de Atención Hospitalaria
 - Gerencia del SUMMA 112
 - Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
 - Dirección General de Planificación, Investigación y Formación

Este Comité se reunirá con carácter ordinario semestralmente y con carácter extraordinario a instancias del Presidente, para evaluar entre otros, el funcionamiento de la relación COFM - SERMAS, el nivel de implementación de las acciones formativas e informativas y la constatación en su caso de la reducción efectiva de la tasa de IVE. Fruto de estas reuniones se elevarán las correspondientes propuestas de modificación de los puntos del Plan en años sucesivos.

8. CRONOGRAMA

Fases	2017	2018	2019	2020
Elaboración del Plan	x			
Presentación y difusión	x			
Implementación		x	x	x
Seguimiento		x	x	x
Evaluación			x	x

ANEXO I. **Indicaciones de anticonceptivos modernos de larga duración**

La incorporación de anticonceptivos modernos de larga duración en las prestaciones de farmacia de la Comunidad de Madrid comenzará por la incorporación a la cartera complementaria orientada por problemas de índole médica que desaconsejen la gestación.

La compra de los anticonceptivos se hará de forma centralizada y la implantación de los dispositivos se hará en el ámbito hospitalario y los centros de especialidades.

Estimaciones de patología crónica potencialmente grave que pueda desaconsejar la gestación

Se presentan estimaciones de mujeres de 15 a 49 años residentes en la Comunidad de Madrid que tiene alguna patología crónica potencialmente grave que puede desaconsejar la gestación.

Patologías consideradas

- Patología crónica registrada en atención primaria: Se ha considerado patología cardiovascular, renal, neuromuscular, inmunodeficiencias y obesidad mórbida.
- Patología tumoral que ha precisado ingreso hospitalario o atención en hospital de día.
- Patología mental que ha precisado ingreso hospitalario o atención en hospital de día.

Fuentes de información

- Historia clínica de atención primaria y SIERMA (Sistema de Información en Enfermedades Raras).

A partir de la última base de datos disponible (septiembre de 2016) correspondientes a población de alta en la base de datos del Sistema de

Información Poblacional de la Comunidad de Madrid, con patología crónica seleccionada registrada ya sea en la historia clínica electrónica de Atención Primaria o bien en el registro de enfermedades raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA), se ha identificado el número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentan alguna patología crónica potencialmente grave.

- CMBD (2012-2015)

Para aproximar el número de mujeres en edad fértil que pueden estar en tratamiento oncológico o con patología mental grave se ha explorado el volumen de altas registradas en el Conjunto mínimo básico de altas hospitalarias (CMBD), procedente de hospitalización y de atención ambulatoria (hospital de día, técnicas especiales y cirugía mayor ambulatoria) tanto de centros públicos como privados de la Comunidad de Madrid:

- Para patología oncológica se han considerado mujeres con un diagnóstico principal con código de patología englobada en el gran grupo de 'Neoplasias' (limitado a neoplasias malignas, incluidas las hematológicas, códigos CIE-9-MC: 140 – 209.3), en el periodo de 4 años (2012-2015).
- Para patología mental se han considerado mujeres con un diagnóstico principal con un código de patología englobada en el gran grupo de 'Trastornos Mentales' (códigos CIE-9-MC: 290 – 319), en el periodo de 4 años (2012-2015).

Resultados

- En la siguiente tabla se presenta el número de mujeres agrupada por tipo de patología

		Patología crónica	Patología tumoral	Patología mental
		N	N	N
Grupo de edad	15 - 19 años	2.045	246	2.700
	20 - 24 años	2.359	388	1.320
	25 -29 años	3.565	728	1.469
	30 - 34 años	5.594	1.588	1.824
	35 - 39 años	7.985	3.003	2.424
	40 - 44 años	9.732	4.815	2.617
	45 - 49 años	11.143	7.027	2.768
	TOTAL	42.423	17.795	15.122
				75.340

El detalle de la patología crónica registrada en atención primaria que se ha considerado se muestra a continuación:

	Patología crónica identificada										Total	
	I. cardíaca	C. isquémica	Infecc. VIH/sida	Inmunodef.	I. renal crónica	Enf. vascular cerebral	Enf. neuromuscular	Obesidad mórbida	Otras enf. Cardiovas	Enf. rara		
Grupo de edad	15 - 19 años	125	71	57	184	179	96	57	183	823	376	2.045
	20 - 24 años	69	55	101	233	217	97	100	322	877	421	2.359
	25 -29 años	55	42	180	358	226	134	277	563	1.301	602	3.565
	30 - 34 años	81	95	268	485	283	225	591	893	1.972	999	5.594
	35 - 39 años	125	156	427	635	431	405	922	1.120	2.744	1.509	7.985
	40 - 44 años	152	285	630	775	428	549	1.156	1.323	3.304	1.847	9.732
	45 - 49 años	211	629	1.016	848	516	704	1.072	1.575	3.555	1.971	11.143
	818	1.333	2.679	3.518	2.280	2.210	4.175	5.979	14.576	7.725	42.423	

Por lo tanto, en la Comunidad de Madrid habría un contingente inicial de 75.340 mujeres susceptibles de anticoncepción de larga duración para las indicaciones valoradas, de las cuales, por la tasa de uso de métodos anticonceptivos, contemplamos una incorporación el primer año de un 20% de ellas al programa.

ANEXO II. Prescripción de anticonceptivos hormonales en 2016

En 2016, 144.988 mujeres recibieron al menos una prescripción de un anticonceptivo hormonal. La tabla 4 que se muestra a continuación describe los diferentes principios activos utilizados, que cubren una buena parte de las necesidades terapéuticas para esta indicación. Hay que aclarar que, además de que existen otros anticonceptivos hormonales cuya prescripción no se realiza por receta médica financiada, la temporalidad de los servicios de cartera puede determinar una mayor población debido a que el criterio de inclusión para la cobertura incluye un periodo temporal superior a un año.

Principio activo	Envases			Pacientes		
	Electrónica	% electrónica	Papel	Electrónica	% electrónica	Papel
LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL (DOSIS FIJA)	283.637	83,28%	56.952	73.730	71,44%	29.474
DESOGESTREL + ETINILESTRADIOL (DOSIS FIJA)	6.309	86,39%	994	1.496	73,91%	528
NORGESTIMATO Y ETINILESTRADIOL	7.986	77,53%	2.315	2.677	64,96%	1.444
DIENOGEST + ETINILESTRADIOL (DOSIS FIJA)	22.316	70,88%	9.168	6.684	54,56%	5.567
ETONOGESTREL		0,00%	1.417		0,00%	1.400
DESOGESTREL	35.420	71,84%	13.886	13.352	60,72%	8.636
TOTAL	355.668	80,76%	84.732	97.939	67,55%	47.049

Tabla 4. Principales principios activos de anticonceptivos hormonales prescritos por receta médica financiada

Cabe resaltar que el 80,76% de las prescripciones de anticonceptivos hormonales financiado por receta en el Servicio Madrileño de Salud, lo son por receta electrónica. Esta circunstancia tiene un valor singular a la hora de considerar la mejora en el acceso y el refuerzo en la correcta toma del tratamiento, ya que está descrito que la necesidad de adaptarse a un circuito de prescripción mensual está relacionada con problemas de adherencia, determinante clave de la efectividad del anticonceptivo.

Anexo III. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SOLICITUD DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

La mujer que contacta con la Unidad de IVE, a través del teléfono 91 338 77 38, puede hacerlo directamente o a través del Centro Clínico Acreditado para la realización de la interrupción de embarazo o a través de Unidades de Trabajo Social o de la matrona de su Centro de Salud, y se le da una cita para presentar la documentación que acredita el derecho a la prestación con financiación a cargo del Servicio Madrileño de Salud.

Toda la información inicial estará disponible en el teléfono gratuito de información general de la Comunidad de Madrid 900 102 112, así como a través de su Centro de Salud.

En la cita, la mujer aporta la documentación que sustenta la solicitud y que se basa en las condiciones contempladas en el Título II de la ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y de las medidas contempladas en la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

Estas condiciones están relacionadas fundamentalmente con la edad gestacional de la mujer, así:

Interrupción de la gestación a solicitud de la mujer

- Cuando la edad gestacional de la mujer es inferior a **catorce semanas**, podrá interrumpirse el embarazo a petición de la mujer, cuando se le haya informado de los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, y haya transcurrido un plazo no inferior a tres días desde que se ha producido dicha información.

Interrupción por causas médicas cuando no se superan las 22 semanas de gestación

Cuando exista un grave riesgo para la vida física o psíquica de la embarazada y así conste en un informe emitido por un facultativo especialista en la materia por la que se considera necesaria la interrupción de la gestación y que debe ser diferente al que practique la interrupción, aunque en casos de urgencia vital se podría prescindir del informe.

- Cuando exista riesgo de anomalías fetales graves, y así conste en un informe emitido por dos médicos especialistas, diferentes al que practique la interrupción

Interrupción por causas médicas cuando se superan las 22 semanas de gestación

- Cuando se detecten anomalías fetales extremadamente graves y sin tratamiento o incompatibles con la vida y así conste en informe médico que será valorado por un Comité Clínico formado por tres facultativos, dos especialista en ginecología y obstetricia y un pediatra.

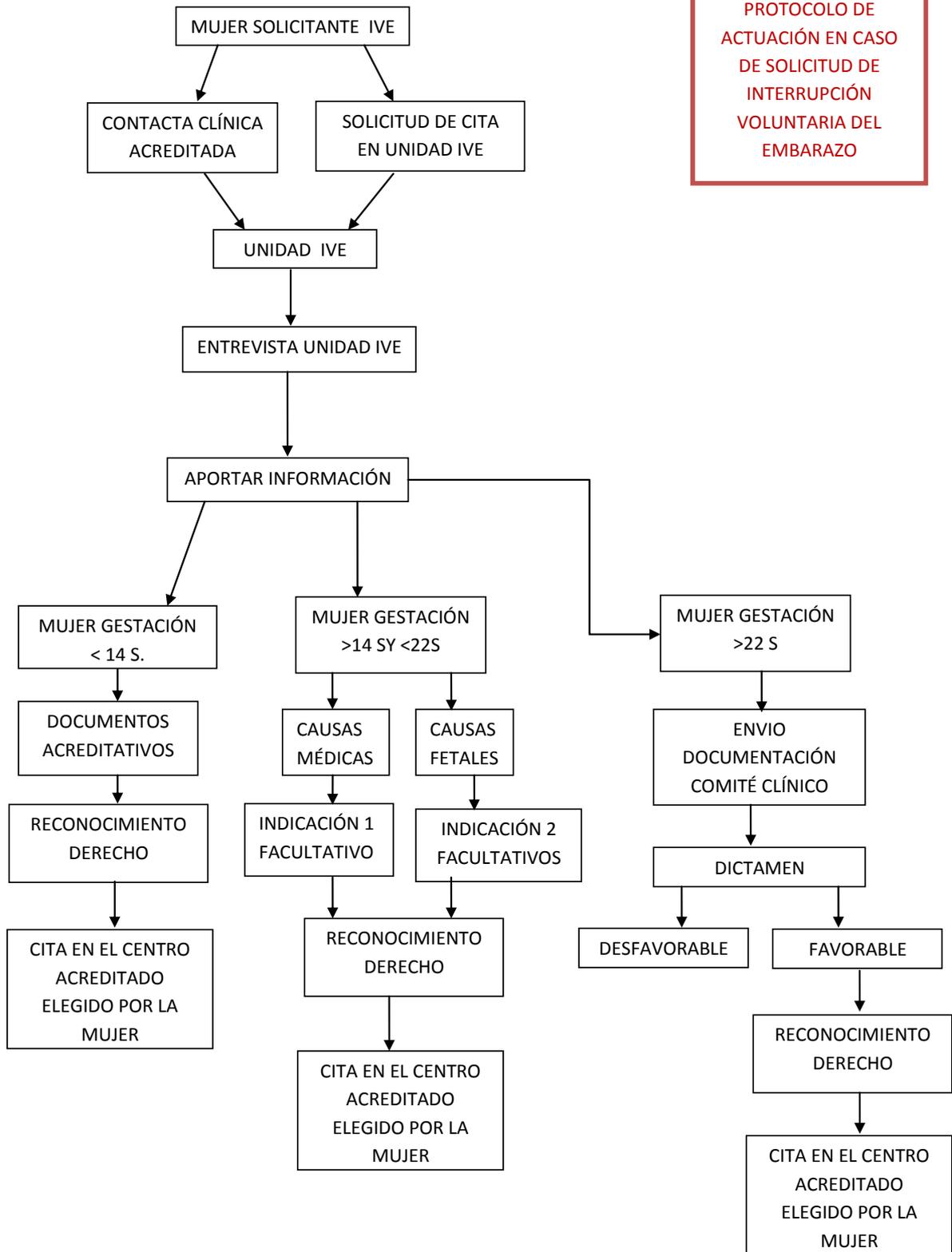
En el caso de menores de edad, estas deben ir acompañadas al menos de uno de los progenitores. En caso de inexistencia de patria potestad, el consentimiento debe ser dado por los tutores legales de la menor.

Una vez reconocido el derecho de la mujer a la interrupción del embarazo, se le ofertará la realización de la misma en un centro clínico acreditado.

La documentación precisa para solicitar la prestación será:

- Documento acreditativo de la personalidad de la mujer
- Tarjeta Sanitaria u otro documento de derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.
- Informes médicos anteriormente mencionados.

**PROTOCOLO DE
 ACTUACIÓN EN CASO
 DE SOLICITUD DE
 INTERRUPCIÓN
 VOLUNTARIA DEL
 EMBARAZO**



Anexo IV

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A ASOCIACIONES Y ENTIDADES PROFESIONALES

I. PARTICIPACIÓN

Han respondido al cuestionario 11 de las 18 entidades a las que se les envió el enlace. Los datos de identificación se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Datos de las entidades participantes

Nº de orden	Nombre de la entidad	Tipo de entidad	Año de creación	Ámbito de actuación	Actividades que realiza
1	Federación de Planificación Familiar Estatal	Asociación	Antes del año 2010	Nacional	<ul style="list-style-type: none">AsistencialesAsesoramiento
2	Sociedad Madrileña de Ginecología y Obstetricia	Sociedad científica	Antes del año 2010	Sección regional de una entidad nacional	<ul style="list-style-type: none">DocentesAsesoramiento
3	Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria	Sociedad científica	Antes del año 2010	Específica de la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none">DocentesAsesoramiento
4	Subdirección de prevención y promoción de la salud. Ayto. de Madrid	Ayuntamiento de Madrid	Antes del año 2010	Ciudad de Madrid	<ul style="list-style-type: none">DocentesAsesoramiento
5	Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid	Colegio profesional	Antes del año 2010	Varias comunidades autónomas, incluyendo la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none">DocentesDerecho público
6	Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha	Sociedad científica	Antes del año 2010	Sección regional de una entidad nacional	<ul style="list-style-type: none">AsesoramientoServicio profesional a unos 1.800 pediatras
7	Sociedad Española de Pediatría Social	-	-	-	-
8	Asociación de Matronas de Madrid	Sociedad científica	Antes del año 2010	Específica de la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none">DocentesDe investigación
9	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia	Sociedad científica	Antes del año 2010	Sección regional de una entidad nacional	<ul style="list-style-type: none">DocentesDe investigación
10	Asociación Madrileña de Salud Pública. AMASAP	Sociedad científica	Antes del año 2010	Específica de la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none">DocentesAsesoramiento, valoración de la organización y funcionamiento de los servicios de salud pública
11	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	Colegio profesional	Antes del año 2010	Específica de la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none">DocentesDe asesoramiento

II. INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Señale cuál o cuáles serían los grupos de edad destinatarios de **ACTIVIDADES INFORMATIVAS** en temas de salud sexual y reproductiva (puede marcar más de una opción):

	n	N
Menores de 12 años	4	11
Entre 12 y 15 años	10	11
Entre 16 y 17 años	9	11
Entre 18 y 25 años	7	11
26 y + años	2	11

2. Señale cuál o cuáles serían los grupos de edad destinatarios de **ACTIVIDADES FORMATIVAS** en temas de salud sexual y reproductiva (puede marcar más de una opción):

	n	N
Entre 12 y 15 años	8	11
Entre 16 y 17 años	11	11
Entre 18 y 25 años	9	11
26 y + años	3	11

3. Exprese el grado de acuerdo con los ámbitos preferentes de intervención en materia de información y educación sexual de la población menor de 16 años:

	Totalmente de acuerdo (n)	De acuerdo (n)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (n)	Poco de acuerdo (n)	Nada de acuerdo (n)	NS/NC (n)	Total (N)
Familia	8	3	0	0	0	0	11
Centro Educativo	10	1	0	0	0	0	11
Centro de Salud	4	5	1	0	1	0	11
Redes Sociales	4	2	2	1	2	0	11

4. Exprese el grado de acuerdo con los ámbitos preferentes de intervención en materia de información y educación sexual de la población adolescente y joven (16-25 años):

	Totalmente de acuerdo (n)	De acuerdo (n)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (n)	Poco de acuerdo (n)	Nada de acuerdo (n)	NS/NC (n)	Total (N)
Familia	6	4	0	0	0	0	10
Centro Educativo	7	4	0	0	0	0	11
Centro de Salud	6	4	0	0	0	0	10
Servicios específicos de atención a la sexualidad juvenil	8	1	0	2	0	0	11
Medios de comunicación	2	7	1	0	1	0	11
Redes Sociales	4	3	2	0	2	0	11
Asociaciones (juveniles, deportivas, culturales,...)	3	6	2	0	0	0	11

5. Exprese el grado de acuerdo con los ámbitos preferentes de intervención en materia de información en salud sexual de la población adulta (26 y + años):

	Totalmente de acuerdo (n)	De acuerdo (n)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (n)	Poco de acuerdo (n)	Nada de acuerdo (n)	NS/NC (n)	Total (N)
Familia	3	1	4	1	0	1	10
Centro de Salud	6	4	0	0	0	0	10
Medios de comunicación	3	6	0	1	1	0	11
Redes Sociales	4	3	1	1	2	0	11
Asociaciones ciudadanas	4	4	2	0	1	0	11

6. ¿Qué importancia atribuye a las siguientes acciones en la prevención de embarazos no deseados en población adolescente y joven (16-25 años)?:

	Mucha importancia (n)	Bastante importancia (n)	Poca importancia (n)	Ninguna importancia (n)	NS/NC (n)	Total (N)
Desarrollo de contenidos curriculares específicos	3	5	2	0	0	10
Elaboración y difusión de materiales informativos específicos	4	3	3	0	0	10
Campañas informativas en medios de comunicación social y/o en redes sociales	3	5	2	0	0	10
Teléfonos de información específica	4	4	1	0	0	9
Consejo individual en centros de salud	6	3	0	0	0	9
Talleres de formación en competencias y habilidades personales en salud sexual	8	2	0	0	0	10
Proyectos comunitarios	4	5	1	0	0	10
Formación de educadores afines	4	6	0	0	0	10

7. ¿Qué importancia atribuye a las siguientes acciones en la prevención de embarazos no deseados en población adulta (26 y + años)?:

	Mucha importancia (n)	Bastante importancia (n)	Poca importancia (n)	Ninguna importancia (n)	NS/NC (n)	Total (N)
Elaboración y difusión de materiales informativos específicos	4	4	2	0	0	10
Campañas informativas en medios de comunicación social y/o en redes sociales	4	5	1	0	0	10
Teléfonos de información específica	4	3	3	0	0	10
Consejo individual en centros de salud	6	4	0	0	0	10
Talleres de formación en competencias y habilidades personales en salud sexual	5	4	1	0	0	10
Proyectos comunitarios	5	4	1	0	0	10

III. PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS O INESPERADOS EN POBLACIÓN ESPECIALMENTE VULNERABLE

8. ¿Qué importancia atribuye a las siguientes actividades para la prevención de los embarazos no deseados e inesperados en población especialmente vulnerable?:

Población vulnerable: población que presenta mayores dificultades para disfrutar de la atención sanitaria y la salud en igualdad de condiciones que el resto de la población.

	Mucha importancia (n)	Bastante importancia (n)	Poca importancia (n)	Ninguna importancia (n)	NS/NC (n)	Total (N)
Realización de un mapa de la Comunidad de Madrid, de las zonas con población vulnerable frente a infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados e inesperados.	7	1	2	0	0	10
Realización de actividades formativas sobre sexualidad y anticoncepción a personal de ONG que trabajen con población inmigrante.	4	6	0	0	0	10
Desarrollo, desde los centros de salud, de proyectos de educación afectivo-sexual dirigidos a población especialmente vulnerable a los embarazos no deseados e inesperados (población joven e inmigrante).	6	3	0	1	0	10
Formación en educación afectivo-sexual de educadores de pares.	5	5	0	0	0	10
Medidas dirigidas a favorecer el acceso a los anticonceptivos	8	2	0	0	0	10

9. ¿Qué otras acciones propondría para la prevención de embarazos no deseados e inesperados?:

- Negociar con Gobierno Central el aumento de la financiación pública de nuevas moléculas anticonceptivas, DIU.
- Acceso universal y gratuito a anticonceptivos de todo tipo
- Coordinación con el ayuntamiento de Madrid que ya realiza estas actividades
- Programas educativos escolares y extraescolares
- Llevar las medidas a la población vulnerable que, difícilmente se movilizará para acceder a ella.

Adoptarlas precozmente para toda la población.

Organizar talleres para prepúberes, prácticos y amenos en colegios. Con imágenes y videos.

- Actividades informativas y talleres de Educación en Sexualidad en centros docentes y organizaciones comunitarias
- Ofertar una consulta en colegios e institutos, liderada por profesionales sanitarios especialistas en salud sexual y reproductiva (Matronas), de manera periódica, donde puedan recibir asesoramiento individualizado sin necesidad de desplazarse ni pedir cita.

El consejo contraceptivo que se ofrece en Centros de salud debe ser realizado por profesionales con formación específica en salud sexual y reproductiva, para que la información sea completa y minimizar errores de utilización.

- Facilitar el acceso gratuito a métodos anticonceptivos de larga duración. Realizar investigaciones sobre patrones culturales en la relación a salud sexual y reproductiva.

Mejorar la accesibilidad evitando circuitos y derivaciones o pruebas innecesarias en mujeres jóvenes y/o vulnerables.

- Seguimiento longitudinal de las acciones.

IV. ATENCIÓN SANITARIA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y ACCESIBILIDAD A LA ANTICONCEPCIÓN

Ante un proceso de mejora de la atención sanitaria a la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Madrid:

<p>15. ¿Qué papel asignaría a la atención primaria?:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Básica e incluye a los Centros de Planificación Familiar y CMS ▪ Muy importante: información y promoción ▪ Prioritario, al ser el primer nivel asistencial al que tienen acceso los pacientes ▪ Escaso, si no se cambian los tiempos de dedicación a la tarea comunitaria ▪ Papel fundamental como primer nivel asistencial y de acceso al ciudadano ▪ Muy importante, sobre todo en pediatría ▪ Participar en actividades de información grupal y comunitaria Organización de talleres y actividades grupales de formación a poblaciones de riesgo Atención individual y prevención secundaria ▪ La recomendación de un método anticonceptivo a personas sanas se debe enmarcar dentro del primer nivel de atención, como un consejo de salud y no como una acción terapéutica. Los profesionales de Atención Primaria se encuentran en una situación privilegiada para realizar consejo contraceptivo, de hecho, existe un consenso prácticamente unánime de que debe realizarse en este ámbito. La Cartera de Servicios de Atención Primaria contempla el Sº 304- Información de métodos anticonceptivos, y el Sº 305- Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales. ▪ Un papel primordial en la atención sanitaria respecto a la salud sexual y reproductiva. ▪ Recepción de las demandas. Coordinación y derivación a otros servicios internos y externos.
<p>16. ¿Qué papel asignaría a la atención en ginecología y obstetricia y otras especialidades relacionadas con la salud sexual?:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segundo nivel, excepto ciertos métodos y las intervenciones Q. , donde sería primer nivel. ▪ Información y promoción salud sexual y anticoncepción. Promoción LARC ▪ Interconsultores accesibles ante dudas o conflictos en estos temas desde atención primaria. ▪ Facilitar los trámites y la anticoncepción rápida ▪ Papel secundario ▪ Variable ▪ Apoyo en prevención primaria a otros profesionales: educadores sociales, profesores Formación de profesionales en métodos anticonceptivos Prevención secundaria a mujeres embarazadas en las primeras semanas ▪ Al tratarse de un consejo de salud debe asumirse en el marco de la atención primaria, por profesionales con competencias específicas en ginecología y obstetricia. Estos profesionales son las Matronas, que realizan intervenciones dirigidas a prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. En el caso de que la mujer presente problemas médicos que dificulten el consejo, se debe facilitar la atención por otro profesional del ámbito hospitalario. La inserción/retirada del DIU, y la prescripción de implantes con financiación, a día de hoy, es responsabilidad de un/a ginecólogo/a. ▪ Papel principal de la atención ginecológica. Las otras especialidades (infecciosas, dermatología, etc.) deberán desarrollar un papel de apoyo. ▪ Coordinación con los servicios internos y externos. Derivación y atención.

17. ¿Qué papel asignaría a servicios específicos dirigidos a la población joven?:

- Prioritario. La OMS aconseja Centro por 100.000 habitantes. Concertar con Centros Jóvenes de ONG y CMS
- Información en anticoncepción
- Atención amigable y coordinada con los profesionales que ya realizan esta tarea en la ciudad de Madrid u otros ayuntamientos
- Papel fundamental por estar desligados de los institucionales
- Fundamental
- Información a la población joven sobre sexualidad y embarazos
- Realización de actividades de formación en educación sexual y afectiva
- Detección de casos que necesitan apoyo médico o psicológico
- Los servicios específicos dirigidos a la población joven pueden incorporar la educación sexual como línea prioritaria, desde edades tempranas. Esta educación sexual no debe tener un enfoque de riesgo, si no de empoderamiento y prevención, incluyendo el consejo sobre la anticoncepción de urgencia. No debe realizarse en un contexto sanitario, pero sí por profesionales sanitarios especialistas en salud sexual.
- Un papel primordial en los centros específicos de salud integral de los jóvenes
- Principal. Son centros cercanos para los jóvenes y de referencia para los jóvenes, donde no les importa acercarse de una manera tranquila y con confianza.
- Colaboración en la formación.
- Fundamental difusión e información.

18. ¿Qué papel asignaría a la Salud Pública?:

- Locomotora del proyecto, pero incorporando a At. Primaria y C.M.S. Y ONG
- Acceso universal a anticonceptivos de todo tipo. Principalmente el de coordinación e investigación
- Muy importante con dudas sobre su capacidad de penetración
- Forma parte de sus objetivos prioritarios
- Planificación y control de actividades en poblaciones territoriales
- Dotación de recursos
- Evaluación de resultados
- Realización de un estudio que incluya la dotación de recursos, existen áreas donde la dotación de profesionales especialistas en salud sexual es extremadamente escasa en relación con las necesidades en salud de la población.
- Realizar formación continuada específica en salud sexual a profesionales con competencias específicas, para ofertar atención especializada. Cada profesional tiene su ámbito de actuación, y la atención especializada aporta calidad.
- Fomentar la participación comunitaria, trasladando profesionales a entornos más vulnerables.
- Investigar en salud sexual.
- Papel fundamental en la promoción de la salud y prevención.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional .
- Análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Madrid; así como seguimiento y evaluación del Plan de abordaje integral de embarazos no deseados e inesperados.
- Sensibilización, información, formación y elaboración de materiales.
- Mapeo de servicios y detección de la población vulnerable.

<p>19. ¿Qué medidas propondría para afrontar las necesidades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva y a la anticoncepción de las personas en situación de vulnerabilidad?:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presupuesto. Actividades de difusión, sensibilización. Cambios organizativos en el sistema para facilitar el acceso a servicios ▪ Campañas de concienciación y consejo individual en centros de salud y centros educativos a los que acuden este tipo de personas. ▪ Un plan integral de educación sexual ▪ Inclusión social lo primero y después, accesos a los mismos programas educativos ▪ Ya comentado, hay que llevarlo a su terreno, seguramente en colaboración con servicios sociales. ▪ Detección de personas vulnerables por parte de los servicios sociales Coordinación entre los servicios sociales y centros de salud para la atención preferente de personas en situación de vulnerabilidad Creación de una consulta específica sobre métodos anticonceptivos en personas vulnerables Coordinación entre los centros de salud y hospitales para la atención de mujeres que necesitan ligadura de trompas, interrupción del embarazo o tratamiento específico ▪ Nos parece buena idea la realización de un mapa de la Comunidad de Madrid, de las zonas con población vulnerable, para posteriormente implementar programas comunitarios de salud sexual que realicen los profesionales de atención primaria, siendo necesario en algunos contextos un ambiente multidisciplinar. ▪ Facilitar la accesibilidad a los centros de planificación familiar. Poner en marcha líneas y estudios de investigación de patrones culturales. Acciones de prevención, educativas y de intervención comunitaria. ▪ Atención y seguimiento especializado. Formación en centros educativos.
<p>20. ¿Qué medidas específicas introduciría para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos seguros y fiables?:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formación a los profesionales Difusión social. Campañas informativas. Mejorar la cobertura de financiación de nuevos métodos. Ofertar LARC a mujeres después de IVE ▪ Gratuidad de los anticonceptivos ▪ La gratuidad y ampliación del número y preparados ▪ Fundamental la información y educación. Contemplar presupuestariamente una partida para ello ▪ Disponibilidad en sus hábitats habituales, donde se reúnan. ▪ Financiación de los productos o métodos anticonceptivos Disponibilidad (mediante recetas financiadas) de métodos anticonceptivos en consultas de Medicina de Familia y en dispositivos específicos ▪ Sin duda, facilitar el acceso a los profesionales especialistas con competencias específicas en materia de anticoncepción. Incluir a la pareja en los programas de educación sexual, no sólo a las mujeres. ▪ Gratuidad Incorporación en la cartera de servicios del SERMAS

21. En la situación actual, que nos viene dada, de contención del aumento del gasto público, por favor, seleccione cuatro métodos anticonceptivos que podrían ser financiados parcial o totalmente por el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid:

	n	N
Preservativo masculino	6	11
Preservativo femenino	5	11
Píldora combinada	6	11
Píldora de gestágenos	3	11
Implante subcutáneo	4	11
Dispositivo intrauterino de cobre	5	11
Dispositivo intrauterino hormonal	3	11
Implante intratubárico	0	11
Ligadura de trompas	1	11
Vasectomía	2	11
Píldora postcoital de urgencia	5	11
Otro ¹	1	11

¹ Implicaría valoración individual

22. ¿En una escala del 1 al 10, qué importancia atribuye a las siguientes acciones para prestar una atención accesible y de calidad a la salud sexual y reproductiva? (1 = mínima importancia y 10 = máxima importancia):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	n									
Una normativa regional que concrete y ordene los derechos y prestaciones a la salud sexual y reproductiva							1	1	1	6
La elaboración de un protocolo regional que establezca criterios comunes para la prestación de los servicios en salud sexual y reproductiva							1	1	3	5
La existencia de una partida presupuestaria específica de la Consejería de Sanidad para financiar anticonceptivos fiables y seguros								2	2	6
La reducción de los tiempos medios de espera para recibir asesoramiento anticonceptivo								2	2	6
Existencia de un registro regional de actividad asistencial en materia de salud sexual y reproductiva	1		1	1	1			2	4	
Formación continuada de profesionales de atención primaria en salud sexual y reproductiva								4	3	3
Formación continuada de profesionales de atención especializada en salud sexual y reproductiva			1	1			1	1	2	3

V. INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y ATENCIÓN A LOS EMBARAZOS NO DESEADOS O INESPERADO

23. ¿En términos generales, los profesionales de su sociedad científica/colegio profesional/asociación, conocen el funcionamiento del protocolo de actuación en la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) con cargo a los presupuestos del Servicio Madrileño de Salud, en los requisitos y circunstancias que se contemplan en los artículos 14 y 15 de la ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo?.

	n	N
Sí	2	11
No	3	11
No sabe	5	11
Total	10	11

- 23.1. Para los que responden afirmativamente en la P.23: ¿En términos generales, cómo valoran su funcionamiento? En el caso en que lo desconozca, por favor, indíquelo.

Una respuesta, de dos posibles:

Regular, por temas burocráticos. Mal para jóvenes adolescentes. Descoordinación con Sistema SR y Servicios Sociales

24. En la atención a la mujer que desea una IVE, ¿considera que las técnicas no quirúrgicas (farmacológicas) representan alguna ventaja en el caso de embarazos de menos de 9 semanas?

	n	N
Sí	7	11
No	0	11
No sabe	3	11
Total	10	11

- 24.1. Para los que responden afirmativamente en la P.24, especificar las ventajas:

Seis respuestas, de 7 posibles:

No se utilizan procedimientos invasivos, pero exigen seguimiento y control estricto en el Centro Médico.
--

Informar y dar la doble opción: Farmacológico o Quirúrgico.

Menor agresividad para la pacientes y se realizan en entornos no hospitalarios
--

Es una técnica segura y fiable y supone mayor comodidad para la mujer y menor gasto sanitario.
--

Ausencia de anestесias y riesgos asociados.

Psicológicas y de facilitación

Las que derivan de evitar una actuación agresiva, cuando es posible

25. ¿Cree que en la actualidad el trato recibido por la mujer que solicita una IVE puede ser mejorado en términos de humanización?

	n	N
Sí	5	11
No	0	11
No sabe	5	11
Total	10	11

25.1. Para los que responden afirmativamente en la P.25, especificar las mejoras:

Dos respuestas, de 5 posibles:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención personalizada y confidencial ▪ Mejorar información de riesgos ▪ Reducir circuitos y tiempos de espera en la atención. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ No marear a la mujer e información personalizada y favorable a la citación, así como retornar a la ley anterior a la última modificación |

26. De las siguientes áreas de conocimiento, por favor, seleccione aquellas que considere necesarias en la formación continuada de los profesionales sanitarios de atención primaria:

	n	N
La sexualidad en las distintas etapas de la vida en mujeres y hombres	5	11
Diversidad sexual, identidades de género y orientaciones sexuales	5	11
Diversidad funcional y sexualidad	0	11
La perspectiva de género en la sexualidad	3	11
Estigmatización y discriminación sexuales	0	11
Violencia sexual	3	11
Disfunciones sexuales	0	11
Anticoncepción. Interrupción voluntaria del embarazo	5	11
Infecciones de transmisión sexual	3	11
El uso de drogas en las relaciones sexuales	0	11
Interculturalidad y sexualidad	0	11
La entrevista clínica sobre sexualidad	2	11
Consejo sobre salud sexual y reproductiva	2	11
La intervención comunitaria en salud sexual	3	11
Otras (especificar) : afectividad en la sexualidad	1	11

27. Por favor, identifique tres áreas temáticas prioritarias de investigación en salud sexual y reproductiva en el marco de una estrategia de prevención de embarazos no deseados e inesperados:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de estrategia y formación curricular en Educación sexual en Centros Docentes de Secundaria. 2. Consejo contraceptivo. 3. Consejo asistido en ITS/VIH
<ol style="list-style-type: none"> 1. Anticoncepción 2. ETS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos de los jóvenes sobre sexualidad 2. Preferencias sobre métodos anticonceptivos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo cultural y sexualidad. 2. Interacciones interculturales. 3. El sexo y las TICs
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accesibilidad a los servicios asistenciales de poblaciones marginales o en vulnerabilidad social 2. Creencias y actitudes en la sexualidad de los jóvenes 3. Conocimiento de los métodos anticonceptivos empleados por la población general, juvenil y en situación marginal o de vulnerabilidad
<p>Consideramos que debe separarse la salud sexual, y la salud reproductiva, ya que sexualidad y reproducción no van de la mano.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación y utilización de los métodos LARC (Long Acting Reversible Contraception) por parte de profesionales sanitarios y parejas. A pesar de que están considerados como los más eficaces y efectivos disponibles, su uso sigue siendo bastante bajo. 2. Efectividad de intervenciones en educación sexual para disminuir el número de IVEs. 3. Efectividad de intervenciones en educación sexual para potenciar el uso de anticonceptivos fiables y seguros.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Interculturalidad 2. Repercusión de la violencia de género en la salud sexual y reproductiva. 3. Uso de drogas y alcohol en las relaciones sexuales y riesgo de embarazo. <p>Consideramos interesante que las líneas de investigación se mantengan en el tiempo para analizar tendencias, así como pre y post al plan.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapeo de recursos asistenciales (en proceso) 2. Variables de riesgo y protección. 3. Formación e información de interés para los jóvenes.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir contenidos curriculares específicos en población menor de 16 años. 2. Participación de los profesionales de salud pública en la elaboración de plan de abordaje integral de los embarazos no deseados e inesperados. 3. Diseño y análisis de la encuesta poblacional sobre salud sexual y reproductiva. (no solo sobre métodos anticonceptivos).

- 28. En una escala del 1 al 10, valore la utilidad para el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid de realizar una encuesta poblacional periódica sobre percepciones, actitudes y prácticas preventivas de la población joven en relación con los métodos anticonceptivos (1= mínima utilidad, 10 máxima utilidad):**

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
n	-	-	-	-	-	-	1	2	3	3

- 29. Por favor, escriba cualquier comentario u observación que considere, en relación con los temas abordados:**

- Necesidad de coordinar e integrar a los centros de planificación familiar, CMS, Ayuntamientos y colaboración ONG
- Como limitan a tres las respuestas, la encuesta queda sesgada
- Incluir contenidos curriculares específicos en población menor de 16 años.
Participación de los profesionales de salud pública en la elaboración de plan de abordaje integral de los embarazos no deseados e inesperados.
- Consideramos muy interesante y necesaria, esta iniciativa. Sugerimos que se tengan presentes las competencias de las Matronas y su formación como especialistas en ginecología y obstetricia. Estamos capacitadas para asumir esta responsabilidad ya que nos centramos de manera exclusiva en la promoción de la salud (y prevención de la enfermedad) sexual, reproductiva y durante el climaterio. Esperamos y agradeceríamos que nuestro colectivo tenga una mayor participación activa en este campo. Enhorabuena por la iniciativa.
- El objetivo de reducir embarazos no deseados debe enmarcarse dentro de la promoción de una sexualidad satisfactoria, responsable y respetuosa. Todas las personas tienen el derecho a acceder a ella en estos términos y a tener los recursos (información, accesibilidad, métodos) para hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Cuarta Conferencia sobre la Mujer. Naciones Unidas, Beijing 1995. Disponible en:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- ² Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)). Disponible en:

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef://EP//TEXT+TA+P5-TA-2002-0359+0+DOC+XML+V0//ES>
- ³ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
- ⁴ Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf
- ⁵ Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2015. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016; 22(5):5-52. Disponible en:

www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- ⁶ Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2016. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad; 2017; 23(1):5-13. Disponible en:

www.madrid.org/boletinepidemiologico
- ⁷ Weisberg E, Bateson D, Read C, Estoesta J, Lee C. Fertility control Middle aged Australian women's retrospective reports of their pregnancies. Aust N Z J Public Health 2008; 32(4): 390-2.

⁸ Parrilla Paricio JJ. Anticoncepción en la perimenopausia. El climaterio. Edit Masson; 2000.p. 129-41.

⁹ Jolly M, Sebire N, Haris J, et al. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. Hum Reprod 2000; 15: 2433-7.

¹⁰ Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. FASTER Consortium. Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstet Gynecol 2005; 105: 983–990.

¹¹ Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria 2016. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en:

<https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Cartera%20de%20Servicios/Cartera%20de%20Servicios%20Estandarizados%20AP.%20Actualización%202016.pdf>