

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Sexual en el SNS

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón

Enlace a sitio web:

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Anticoncepcion_Aragon_11052016.pdf/616fe031-f943-a22e-5f6d-

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Aragón
- **Nombre de la entidad:** Salud. Gobierno de Aragón
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Plaza de la Convivencia 2. 50017. Zaragoza
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable:** Jefa de Servicio de Estrategias y Formación. Dirección General de Asistencia Sanitaria
 - Nombre y apellidos: M^a Isabel Cano del Pozo.
 - E-mail: micano@aragon.es
 - Teléfonos: 976715047 / 676723549

Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹: Coordinadora del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón. Ginecólogo

- Nombre y apellidos: Sira Repollés Lasheras
- E-mail: sirarepolles@gmail.com
- Teléfonos: 675902693

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y Apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Asuncion Cisneros Izquierdo	acisnerosi@aragon.es	651721914	Jefa sección Salud de Mujer	Gobierno de Aragón
Ana Felisa Muñoz Ruíz	afmunnoz@salud.aragon.es	665643842	Matrona AP.	Salud Aragón
Hortensia Yagüe Moreno	hortensiyague@gmail.com	645932456	Ginecólogo HUMS	Salud Aragón
Pilar Lafuente Martinez	Lafuentepilar13@gmail.com	654925140	Médico AP	Salud Aragón

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Mayo 2016
- **Actualmente en activo:** Si
- **Prevista su finalización:** Implantación en curso

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

AREA ESTRATÉGICA:

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO: Mejorar el acceso a los recursos de Atención Sanitaria en Materia de Salud Sexual

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El acceso a la asistencia en materia de anticoncepción es a la vez un derecho de la mujer y una obligación para el Sistema Nacional de Salud plenamente recogido en la Cartera de Servicios y en las estrategias de salud del plan de atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

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

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

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

A través de una encuesta realizada en Noviembre de 2015 a los responsables de anticoncepción de todos los sectores sanitarios de nuestra comunidad, se estableció un “mapa de la situación actual” que nos informó del punto de partida:



PUNTO DE PARTIDA:

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

BARRERAS SANITARIAS EN ANTICONCEPCION. Dificultades de Acceso

Obstáculos Organizativos

Obstáculos Profesionales

Indefinición de Vías y Circuitos

9. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:” ELIMINAR BARRERAS PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN EN CONDICIONES DE EQUIDAD A TODAS LAS MUJERES ARAGONESAS CON INDEPENDENCIA DE SU CONDICIÓN Y SU LUGAR DE RESIDENCIA”

OBJETIVOS GENERALES

- **Homogeneizar la ruta** de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva
- **Redefinir las competencias** y responsabilidades de todos los profesionales implicados en la asistencia
- Establecer **circuitos y criterios de derivación** entre niveles asistenciales
- Proporcionar **herramientas** para agilizar la prestación
- Elaboración de **Guías , Protocolos y Material Informativo** de soporte para usuarias y profesionales
- **Plan de formación** de profesionales

ACCIONES ESPECÍFICAS:

- Establecimiento de la puerta de entrada en **Atención Primaria** con eje en la figura de la Matrona
- Formación reglada y acreditada. **Capacitación del personal** de A. Primaria para manejo de anticoncepción en pacientes de bajo riesgo. Adiestramiento en técnicas de inserción y retirada de Implantes anticonceptivos
- Definición de **criterios de derivación** entre niveles de Primaria/Especializada y retorno de usuaria para control en A. Primaria (Consulta de Alta Resolución). Proporcionar herramientas para esta prestación
- Elaboración de documentos normalizados y recogida de datos para toda la comunidad

- **Financiación pública y completa** de **TODOS** los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC)

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Mujeres aragonesas en Edad Fértil: 280.464 mujeres (Censo diciembre 2016)

Distribución peculiar de la población aragonesa: 8 sectores sanitarios distribuidos así:

66 Centros de Salud en Zaragoza capital

57 Centros de Salud en el resto de la Comunidad Autónoma

Se establece que el 75% de la población diana susceptible de ser atendida por esta prestación se encuentra en Zaragoza Capital-.

11. METODOLOGÍA

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA:

ACCIONES A REALIZAR PARA ALCANZAR OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecimiento de flujo de atención anticonceptiva:

Puerta de entrada a la prestación:

- Matrona del Centro de Salud
- Médico de Atención Primaria (En el curso de otra consulta sanitaria)
- Enfermera especializada (Áreas rurales, centros sin matrona)

2. Derivación directa en su caso:

- Médico Atención Primaria (Prescriptor)
- Ginecólogo

Control de método: Siempre en matrona de Atención Primaria (Cierre circuito)

Designación concreta del Centro de Referencia al que se realizará la derivación según el área Sanitaria

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

PUNTOS FUERTES:

Redistribución de competencias de Médicos y Matronas de Atención Primaria:

- Consejo anticonceptivo y provisión de anticoncepción Hormonal a mujeres de bajo riesgo
- Inserción y retirada de Implantes anticonceptivos
- Control de DIU

Disminución lista de espera de especialización

Financiación pública y completa de todos los LARC

Formación Reglada y Acreditada:

En junio de 2016 se realizaron 9 cursos completos para personal de AP

Se han formado 168 profesionales:(Hay 123 Centros de Salud en la comunidad)

-Matronas: 69 (95% del total de matronas de AP)

-Médicos de Familia: 70

-Enfermería: 9

-Coordinadores enfermería: 1

-Coordinadores de Equipos de Atención Primaria: 19

CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES DEL MODELO DE ARAGÓN INNOVACIÓN

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

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

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

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

Mediante un estudio económico completo, se estableció con claridad el costo-efectividad de los

métodos LARC, no solo en términos de evitar embarazos no deseados, sino especialmente aquellos que acaban en IVE: Se consiguió mediante la FINANCIACIÓN PÚBLICA Y COMPLETA DE TODOS LOS LARC.

CALIDAD.

Acceso rápido a anticoncepción a todas las mujeres que lo deseen, independientemente de su lugar de residencia

Provisión del método deseado de modo inmediato previo consejo cualificado, o en su caso derivación directa sin demoras

Modificación de las agendas de consulta especializada, gracias a la disminución de las derivaciones, convirtiendo ésta en una consulta de Alta Resolución

Remisión de las pacientes para control de su método a su centro de referencia. Modificación de la herramienta informática (OMI) que permite controlar las pacientes y su método. así como evaluar incidencias y valorar satisfacción

Establecimiento de facultativos de "referencia" expertos en anticoncepción en todos los centros de salud. Implicación de médicos y matronas en la provisión de métodos y en la actualización de conocimientos para asistencia de calidad

Atención a los colectivos más desfavorecidos por su dificultad de acceso

Reducción del número de IVE en nuestra comunidad, mediante la disponibilidad inmediata de métodos LARC en las clínicas de interrupción para su inserción inmediata a las mujeres que lo deseen

MEJORA DE LA GESTIÓN Y/O EVALUACIÓN EN SALUD.

Creación de circuitos claros de acceso de las pacientes

Establecimiento de pautas claras de colaboración entre niveles de asistencia

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

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

En el año 2017, y tras la publicación de los datos de IVE, queda constatado que: **El gasto anual estimado de la financiación completa de los LARC para todo Aragón es mucho menor (65%) del coste de los IVE que se producen anualmente en nuestra comunidad.** Así mismo también comprobamos que: El gasto anual estimado de la financiación completa de los LARC para toda Aragón es mucho menor (65%) del coste de los IVE que se producen anualmente en nuestra comunidad.

APLICABILIDAD Y FACILIDAD DE EXTENSIÓN A OTRAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD.

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

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

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

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

En el momento actual, me consta que, al menos tres Comunidades Autónomas están elaborando sus programas basándose en este modelo

12.EVALUACIÓN

INDICADORES.

Organización

1. Reducción de pacientes en lista de espera de especializada para consulta de Anticoncepción
2. Porcentaje de Pacientes que son remitidas desde especializada a Consulta de Matrona de Atención Primaria para control de filamentos tras inserción de DIU (registro en OMI como control de DIU)
3. Porcentaje de pacientes cuyo método anticonceptivo se provee en Atención Primaria
4. Porcentaje de Implantes Anticonceptivos colocados en Atención Primaria
5. Porcentaje de pacientes que eligen LARc como anticonceptivo habitual
6. Reducción de la tasa de IVE en nuestra comunidad (a partir del 4º año de implementación)
7. Análisis comparativo del costo-efectividad de la implantación del programa y la financiación universal de los LARC respecto al coste de las IVE en nuestra comunidad

Formación

1. Facultativos que han realizado Curso de Formación Salud para médicos en cada Centro de Salud
2. Matronas que han realizado Curso de formación Salud para Matronas por Centros de Salud
3. Número de Sesiones sobre Anticoncepción realizadas en en el Centro de Salud (Personal del Centro). Mínimo 1 al año. **DESEABLE:** Al menos un médico en cada Centro de Salud "Referente" especialmente implicado EN ANTICONCEPCIÓN

RESULTADOS.

Práctica desaparición de las listas de espera en atención especializada en el primer semestre de inicio del programa (Mayo 2016). Actualmente menor de 30 días

Un 5,8 % de las pacientes en edad fértil de Aragón, acudieron a consulta de Atención Primaria en demanda de anticoncepción. La frecuentación de la demanda de anticoncepción fue mucho mayor en las áreas rurales (En torno a un 12%)

La **actividad en Atención Primaria aumentó** respecto a la demanda de anticoncepción. El 95% de las matronas coloca Implantes y se ha estabilizado la demanda.

Más del 50% de las pacientes acuden a revisión de DIU a su matrona

En 2017, el 9% de las pacientes que acudían a Consejo Anticonceptivo a Atención Primaria, decidían colocarse un **Implante Anticonceptivo de forma inmediata.**

En 2018 ya el 13% eligen por esta opción

Respecto a la **elección de un LARC** en el Consejo de Atención Primaria, casi el **50% lo hicieron en 2017.**

En 2018, el 64% de las pacientes que acudieron a Consejo Anticonceptivo, decidieron colocarse un LARC

Respecto al Implante anticonceptivo, que supone mas del 30 % de las usuarias de LARC, en 2017 se colocó en AP en el 58% de los casos, y en el momento actual, casi el 70% de los implantes usados por las aragonesas, les han sido colocados en AP

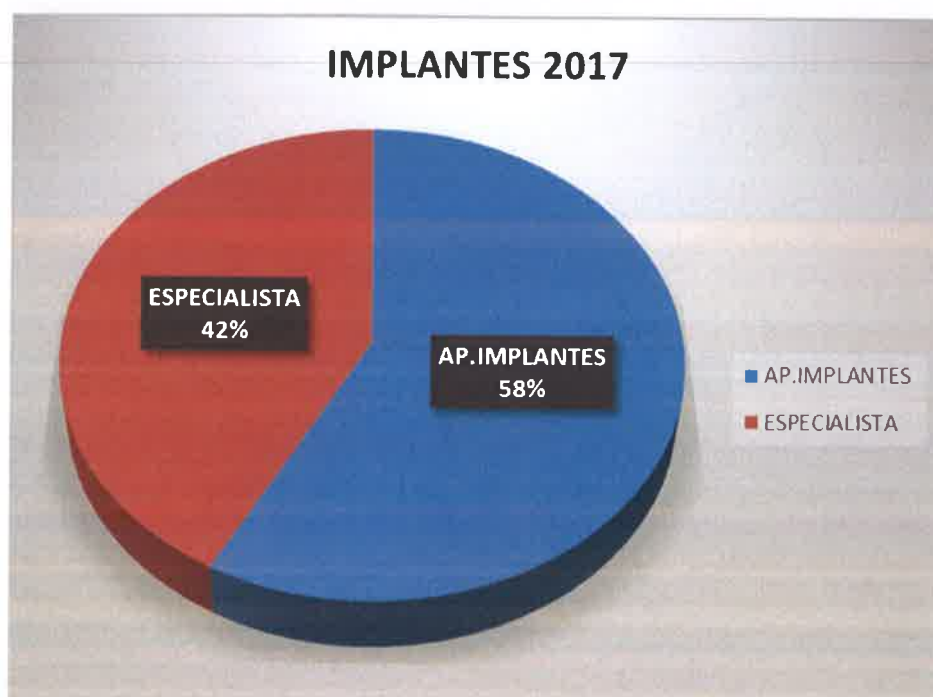
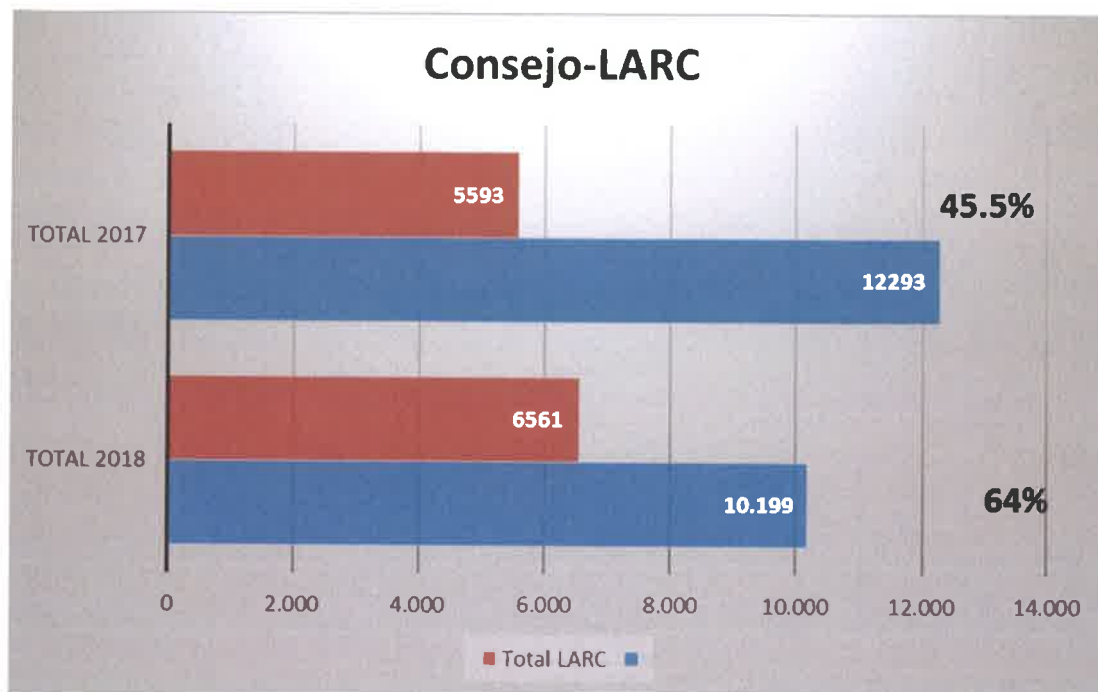
Incremento en el uso de DIUS Hormonales. Estabilización en el uso de Implantes y ligera disminución en el uso de DIU de cobre. Esta relativa estabilización en el uso de LARC, también permite tener una previsión de gasto en su financiación, que se encuentra alrededor de un 15% anual

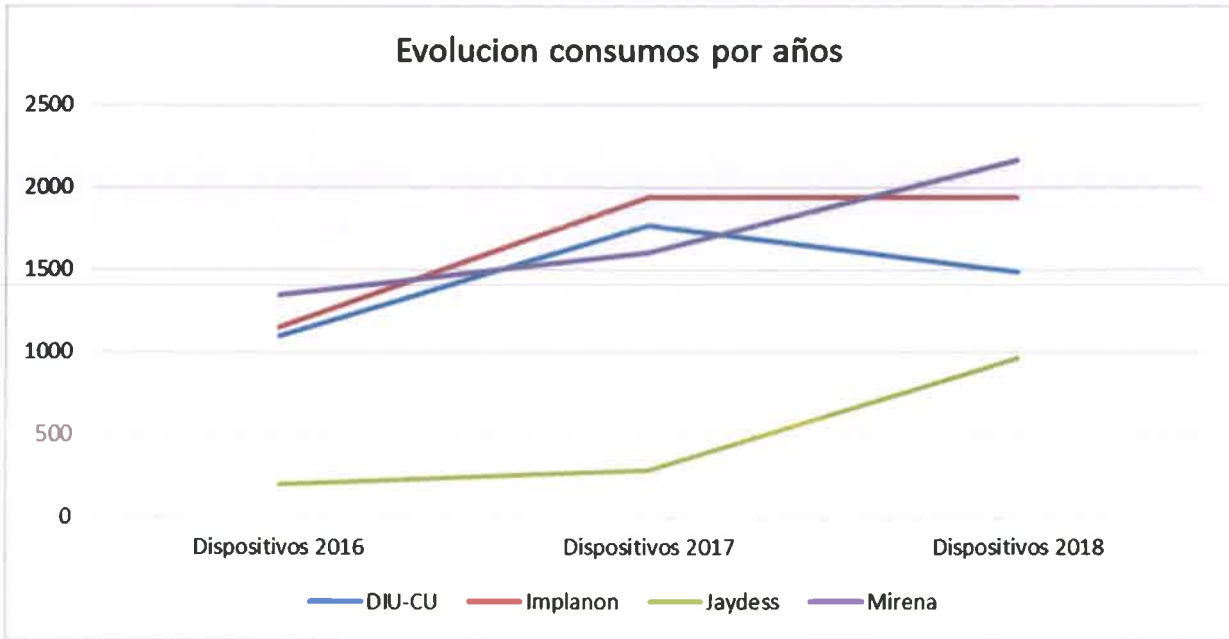
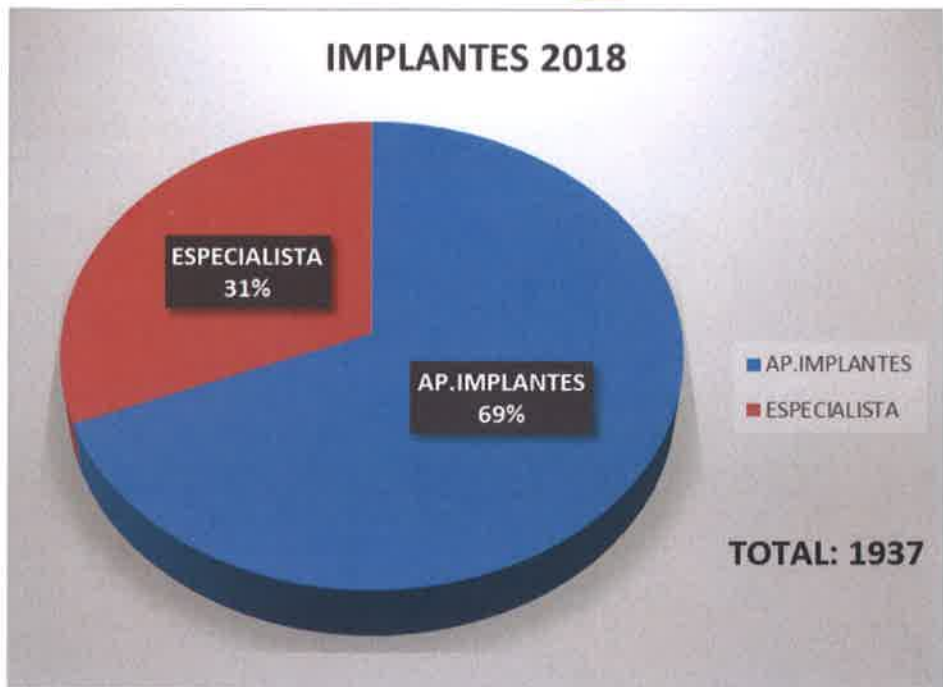
Respecto a IVE, todavía es pronto para evaluarlo, pero el discreto descenso observado en la Tasa de Abotividad es la clara y lógica tendencia en nuestra comunidad

Aunque la tendencia a equiparar el gasto de la financiación de los LARC para todas las aragonesas en relación con el gasto en IVE es evidente (En 2017, se gastaba un 65% mas en IVE que en LARC), en

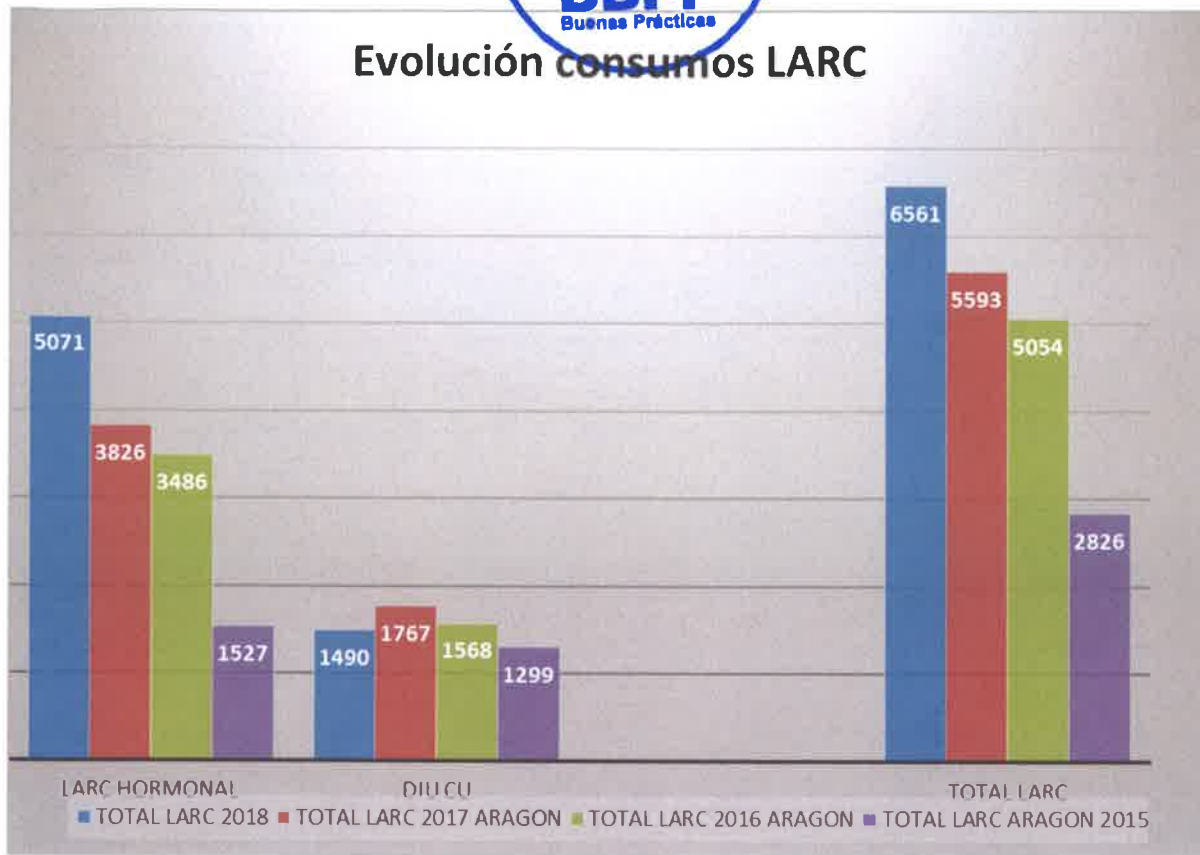
2018 todavía tenemos una comparación alarmante, ya que:

El gasto anual estimado de la financiación completa de los LARC para toda Aragón en el año 2018 es un 50% menor del coste de los IVE que se producen anualmente en nuestra comunidad”

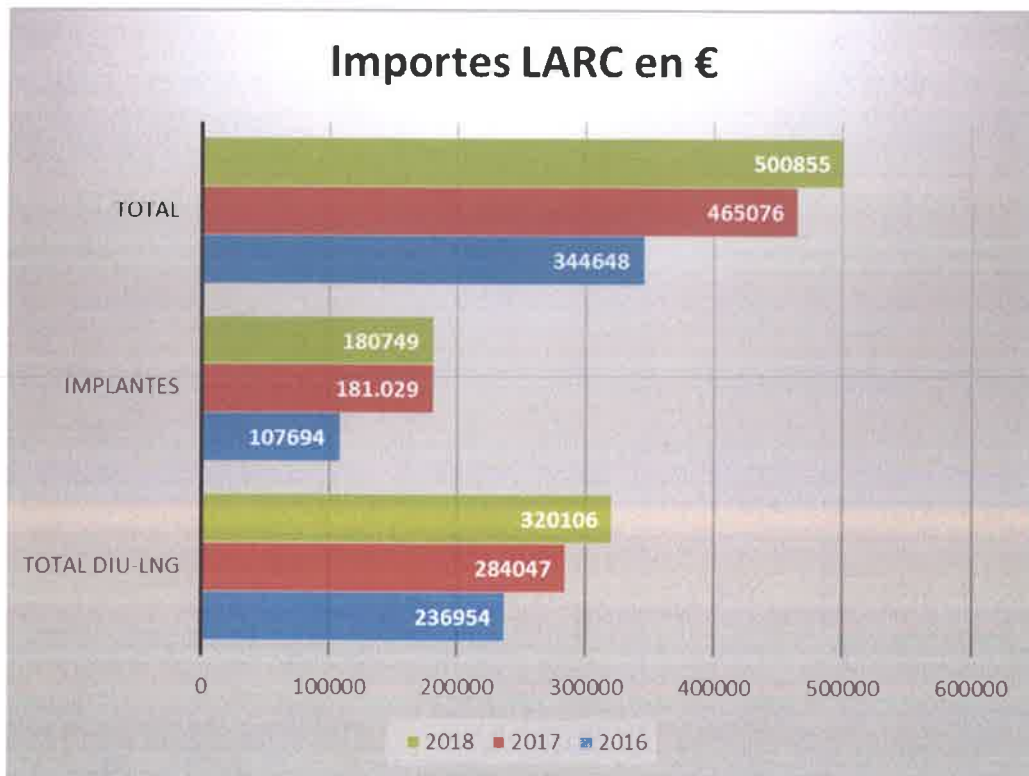


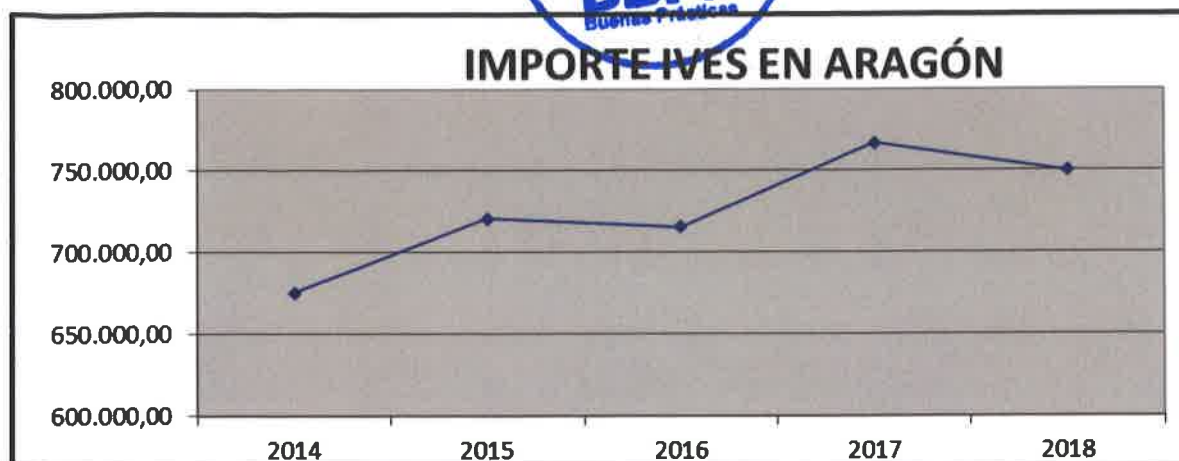


Evolución consumos LARC



Importes LARC en €





Coste- efectividad de los LARC

GASTO LARC 2017 TODO ARAGÓN= 465.076€

+65%

IVES FINANCIADAS ARAGÓN 2017: 767.047 €

GASTO LARC 2018 TODO ARAGÓN= 500.855 €

+50%

IVES FINANCIADAS ARAGÓN 2018= 750.184 €

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Esto hace que el "MODELO ARAGONÉS" se pueda considerar una Buena Práctica como "Desarrollo Profesional para la mejora de la Atención Sanitaria a tres niveles:

Para el USUARIO:

- Acceso a prestación básica sin barreras geográficas, burocráticas ni profesionales
- Potenciación de la cercanía y contacto directo con el profesional sanitario

PROFESIONAL

- Adecuación de sus competencias a su cualificación profesional
- Posibilidad de Formación continuada y adquisición de nuevas capacitaciones
- Proporcionar herramientas para su desarrollo profesional



SISTEMA SANITARIO

- Focalizar recursos en prevención primaria (prevención de embarazos no deseados)
- Aprovechar los recursos y estructuras existentes adecuando su funcionalidad
- Proporcionar atención equitativa en todo el territorio

Acciones perfectamente exportables a otra comunidad

- Crear circuitos claros de acceso.
- Establecer pautas fluidas de colaboración entre niveles asistenciales.
- Adecuar las competencias de los profesionales implicados.
- Aprovechar las estructuras sanitarias y recursos existentes
- Financiación Pública y Completa de todos los LARC

Conclusiones

- Concienciar e integrar los LARC en el **consejo anticonceptivo** habitual, mejorando la formación de los profesionales, tanto en la actualización de conocimientos como en capacitación de técnicas de uso de LARC, es una Buena Práctica en anticoncepción
- **Hay que Informar a la instituciones sanitarias** sobre la situación de Inequidad existente e instar a las sociedades autonómicas a **tomar iniciativas** al respecto
- Las intervenciones clínicas y políticas que **umentan el acceso a los métodos anticonceptivos reversibles más efectivos** (dispositivos intrauterinos e implantes anticonceptivos) tienen el potencial de generar ahorros significativos en los costos
 - **Simplificar circuitos asistenciales (acto único)**
 - Crear rutas específicas para uso en **población de riesgo (IVE)**
 - Universalizar la **financiación pública**
- Sea cual sea el modelo de organización de los servicios y prestaciones, se puede establecer una **relación directa entre la integración de la anticoncepción en Atención Primaria** (o con servicios de apoyo integrados), **y una mayor accesibilidad.**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.