



MEMORIA
Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA, GESTIONADOS POR EL INSTITUTO CATALÁN DE SALUD.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Instituto Catalán de la Salud
- **Domicilio social:** Gran Via de les Corts Catalanes 587 CP:08007
- **CCAA:** Catalunya
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto:**
 Nombre y apellidos: Dolors Costa Sampere
 Cristina Martinez Bueno
 E-mail: dolors.costa@gencat.cat
 Teléfonos: 607 074 442 / 93 69 33 27 36

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

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

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Año 1994, revisiones: 1997, 2004, 2007, 2010, 2014
- **Actualmente en activo:** SI
- **Prevista su finalización:** continuidad, Cartera de servicios y Modelo de gestión territorial

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA Atención al parto y Salud Reproductiva	Calidad asistencial y gestión de servicios
	Promoción de la salud en el embarazo. Preparación a la maternidad y paternidad. Atención sanitaria en el embarazo
	Promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Datos demográficos

Cataluña tiene una población de 7.518.903 habitantes, 2.690.671 son mujeres de 15 a 69 años y 1.803.526 mujeres de 15 a 49 años. Fuente: Idescat. Padrón municipal de habitantes.

La evolución de los embarazos en Cataluña, es producto de una serie de acontecimientos políticos, sociales, sanitarios y migratorios ^{1,2} (Tabla 1).

Tabla 1 Evolución de los partos en Catalunya

Año	Nacimientos		Año	Nacimientos
2008	84.472		2012	73.752
2009	82.620		2013	71.771
2010	81.662		2014	71.750*
2011	78.722			

Fuente: CMBD, Programa salud materno infantil ASPC, * provisional

Recursos

El sistema sanitario catalán dispone de una red sanitaria y una serie de servicios que son los que, una vez organizados, dan respuesta a la implementación de esta Estrategia.

Cataluña dispone ³:

- 380 Áreas Básicas de Salud (ABS), con el equipo básico: médico de familia y enfermera.
- 40 Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), 27 de las cuales están gestionadas por el *Instituto Catalán de la Salud (ICS)*, éstas son las Unidades referentes de la experiencia que presentamos y que atienden el 81,49 % de las mujeres de 15 a 69 años de Cataluña. (Tablas 2 i 3)
- 43 Hospitales Materno-Infantil: clasificados según nivel de complejidad, siendo el Nivel I, el de más baja complejidad i el Nivel III B, el de máxima complejidad. Cada ASSIR tiene 1 hospital materno-infantil de referencia.
 - ✓ 22 hospitales tienen un nivel I, 8 hospitales tienen un nivel II A, 5Hospitales nivel II B
 - ✓ 6 hospitales tienen nivel III A y 2 Hospitales de nivel III B

La existencia de estas Unidades de atención a la salud sexual y reproductiva, en el marco de la atención primaria, ha facilitado la implantación de la Estrategia de Salud Reproductiva.

Tabla 2. Relación de los Servicios ASSIR, y los centros de atención primaria con servicios ASSIR, gestionados por el ICS.

Gerencias Territoriales	ASSIR	Centros de Atención Primaria
Barcelona ciudad	ASSIR Dreta, ASSIR Muntanya, ASSIR Esquerra, ASSIR Mina	17
Metropolitana Nord	ASSIR Sabadell, ASSIR Cerdanyola-Ripollet ASSIR Granollers, ASSIR Mollet, ASSIR Mataró ASSIR Badalona, ASSIR Santa Coloma	65
Metropolitana Sud	ASSIR Baix Llobregat Centre, ASSIR Alt Penedès ASSIR Garraf, ASSIR Martorell, ASSIR Delta LLo	42
Cataluña Central	ASSIR Bages-Solsonès, ASSIR Berguedà ASSIR Anoia, ASSIR Osona	66
Girona	ASSIR Gironès Pla de l'Estany	4
Lleida	ASSIR Lleida	31
Alt Pirineu	ASSIR Alt Pirineu	6
Camp Tarragona	ASSIR Tarragona ASSIR Reus ASSIR Valls	24
Terres de l'Ebre	ASSIR Terres de l'Ebre	20
9	27	269

Tabla 3. Recursos humanos ASSIR Catalunya

ASSIR	OG	Matrona	Aux.Enf.	AAdm.	Enfer	Psicolog.	Otros	Total
Barcelona ciudad	43,5	65,5	47	27	3	4	0,5	190,5
Metro Nord	65,2	102,3	76,5	47		7		298
Metro Sud	60,2	81,7	60,8	32	3			237,7
C. Central	11	44	12	10		2	3	82
Girona	9	7	6	4				26
Lleida	6	22	1				1	30
Alt Pirineu	2	4		1				7
C. Tarragona	13	32	8	9	6	2		70



Terres Ebre	3	12	2	2		1		20
Total	220	370	213	132	12	16	4,5	961

8. OBJETIVOS

Objetivo general

Ofrecer una atención integral a la mujer y a su familia, en todos los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva desde la adolescencia hasta la menopausia, con las actividades de prevención y la promoción de la salud, las de diagnóstico y atención a los procesos de normalidad y las actividades de diagnóstico y atención a la patología y al riesgo obstétrico y ginecológico.

Objetivos específicos

- Conseguir que la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), se provea de manera eficaz, eficiente y equitativa, y con la percepción de los usuarios/as de buen servicio, coordinando los diferentes niveles asistenciales.
- Actualizar la cartera de servicios de las unidades de ASSIR de acuerdo con las necesidades de la población, con el estado del conocimiento científico y con la evolución de las competencias de todos los profesionales.
- Orientar el modelo organizativo y de gestión para ejecutar la cartera de servicios con criterios de calidad científica, técnica, organizativa y en términos de la mejor relación entre coste y beneficio.
- Diseñar indicadores clínicos y asistenciales para monitorizar y evaluar la calidad de los servicios

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El ámbito de intervención es toda Cataluña, asegurando la accesibilidad y la equidad en los territorios, de los jóvenes, las mujeres y sus familias, sobre la salud sexual y reproductiva a través de las Unidades ASSIR, que están ubicadas en los Centros de Atención Primaria (CAP). En este proyecto nos referimos a los 24 ASSIR, gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), que tienen asignadas el **81,49 %** de las mujeres de 15 a 69 años de Cataluña.

En Catalunya la ordenación de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva se inició en el año 1990 con la creación del Programa sanitario de atención a la mujer (PAM)⁴

En el año 2004 estos servicios pasaron a denominarse: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)⁵

Las Unidades ASSIR se han creado como estructura de apoyo al equipo de atención primaria (EAP), de la zona básica de salud. Los profesionales sanitarios que llevan a cabo las diferentes



líneas de servicios y actividades se ubican dentro de la Atención Primaria (AP) en un nivel intermedio entre las redes de AP y de atención especializada hospitalaria, y dan apoyo al equipo de AP.

Modelo de atención de las Unidades de ASSIR⁶ (Anexo 1)

El equipo está formado por matronas, obstetraginecólogos/as, psicólogo/a, auxiliares de enfermería y administrativas para la atención a la usuaria.

Las Unidades ASSIR abarcan varias zonas de salud, y cada ASSIR puede tener entre 1 y 27 puntos de atención en los Centros de Atención Primaria (CAP) dentro de su territorio de influencia. Éstas responden a las características territoriales en cuanto al volumen de población y condiciones geográficas.

Una unidad ASSIR, contempla:

- Un Centro de gestión organizativa ASSIR, (Centro coordinador), donde están ubicados todos los profesionales del ASSIR (obstetra ginecólogo/a, matrona, psicóloga, Aux. enfermería, Aux. Administrativa) y los propios responsables, desde donde se gestiona la atención de la salud sexual y reproductiva.
- Varios Centros de Salud (CAP), donde está ubicada la matrona, durante la mayor parte de su jornada laboral. Esta matrona también acude 1 día a la semana al Centro coordinador del ASSIR.

Cada ASSIR tiene un hospital Materno-infantil (MI) de referencia⁷

Cartera de Servicios⁸

La cartera de servicios del ASSIR, ofrece una atención integral desde la adolescencia hasta la menopausia, desde la prevención, la promoción de la salud y la atención a los procesos de salud reproductiva de los jóvenes, de la mujer y su familia.

Esta cartera de servicios se enmarca dentro del nuevo modelo de atención a la salud materno-infantil y a la salud sexual y reproductiva fundamentado en un único modelo asistencial territorial, y con una visión compartida entre los diferentes niveles, de forma que los servicios materno-infantiles de los hospitales y los servicios de ASSIR trabajen funcionalmente como un único servicio.

El trabajo coordinado entre el equipo territorial (profesionales del hospital materno-infantil y de las unidades de ASSIR de atención primaria de un determinado ámbito/sector territorial) y los profesionales del EAP tiene que garantizar en todo momento la continuidad asistencial y el trabajo por procesos.

La cartera de servicios que aquí se presenta se ha elaborado de acuerdo con la evidencia científica y los criterios de subsidiariedad y coste-beneficio. Es decir, la distribución de la ejecución



de las actividades de la cartera entre los profesionales de las unidades de ASSIR se ha realizado para acercar la atención al punto donde se genera la demanda y la situación donde la relación entre la competencia del profesional y el coste derivado del servicio es más beneficiosa. En este sentido, debe destacarse el hecho de que la distribución de competencias entre profesionales sigue el principio de preferencia. Es decir, la cartera de servicios establece que «preferentemente», en cada actividad, es un profesional u otro quien tiene que ejecutar el servicio en primer término. No debe olvidarse que una de las acciones que ayuda a reforzar el papel de apoyo de la unidad de ASSIR en el EAP es el registro de las actividades realizadas dentro de la historia clínica de la usuaria, que tiene que ser accesible y compartida para todas las personas profesionales de los EAP, ASSIR y del hospital de referencia.

En síntesis, la ejecución de competencias de los profesionales de ASSIR, sobre la base de los criterios mencionados anteriormente, es la que se describe en la *Tabla 4*.

Tabla 4: Profesionales y competencias

Profesionales Unidades ASSIR	Niveles de competencia
Matronas	Actividades de promoción y prevención de la salud, y de diagnóstico y atención en los procesos normales y fisiológicos.
Ginecólogos/gas	Actividades de diagnóstico y atención a la patología, y al riesgo obstétrico y ginecológico.
Auxiliares administrativas	Atención al usuario, referente a procesos administrativos
Auxiliares de enfermería	Apoyo en consultas, rol e informativo
Psicólogas/gos	Atención psicológica en salud sexual y reproductiva (alianzas con diferentes instituciones)
Profesionales de los EAP (zonas básicas de salud)	Puerta de entrada con las Unidades ASSIR

Debe mencionarse que, a pesar de que la vertiente psicológica va implícita en las actividades educativas y asistenciales, en algunos casos será necesaria la intervención más específica del psicólogo/a. Es importante que todas las unidades de ASSIR cuenten con el apoyo de estos equipos profesionales (bien sea dentro del equipo o a través de las unidades de salud mental de referencia, que tendrán que contar con un psicólogo experto en salud sexual y reproductiva). También es importante que la unidad de ASSIR cuente con el apoyo de los recursos de atención social disponibles en su área de influencia.



Por otra parte, se pretende potenciar, asimismo, la disminución de las desigualdades en salud, y desde una visión enfocada por sexos tenemos retos importantes que deben alcanzarse en la atención sexual y reproductiva. Estos son, entre otros, disfrutar de la sexualidad y el derecho a decidir cómo, cuándo y con quién, el fortalecimiento de las mujeres en las relaciones sexuales protegidas, la planificación del embarazo y el parto, la decisión del método anticonceptivo y el conocimiento de los procedimientos sanitarios por los que la mujer pasará, así como el desarrollo de medidas específicas que corresponsabilicen a los hombres en una sexualidad segura y saludable, en la anticoncepción y el cuidado de los hijos.

Esta nueva cartera de servicios pretende hacer un énfasis especial en implantar estos servicios de forma equitativa y accesible a las personas con alguna discapacidad (física, psíquica y sensorial). Al mismo tiempo, dado que la mujer acude de una forma regular a los EAP y a las unidades de ASSIR, estos tendrán que contar con los circuitos establecidos a fin de cuidar de la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en relación con la violencia contra las mujeres. Estas actuaciones deben tenerse en cuenta en todo el proceso y las actividades asistenciales (consejo reproductivo, control del embarazo, educación afectiva y sexual, etc.).

También deberá considerarse el fenómeno de la inmigración y su impacto en la salud sexual y reproductiva; la llegada de personas con lenguas y códigos diferentes procedentes de distintos países puede comportar dificultades añadidas, relacionadas con la accesibilidad y la comunicación, de forma más explícita en el periodo inicial de la llegada. En una perspectiva de inclusión y con el objetivo de reducir las desventajas, la participación de servicios de mediación intercultural (traductores, mediadores, agentes de salud comunitarios) será un elemento clave para favorecer la accesibilidad y mejorar el conocimiento y la comunicación entre los profesionales y la población inmigrada.

Es recomendable que una consulta espontánea englobe la consulta de acogida, en la que se realiza un análisis de la demanda, la detección del problema y el tratamiento y/o la orientación o derivación.

Finalmente, debe mencionarse que esta nueva cartera de servicios es dinámica, es decir, se irá actualizando y adaptando en los nuevos conocimientos científicos y el establecimiento de nuevas competencias profesionales.

La Cartera de servicios del ASSIR se detalla en la *Tabla 5* y en el *Anexo 2*

Tabla 5. Cartera de Servicios.

CARTERA DE SERVICIOS DE LAS UNIDADES DE ASSIR	QUIÉN ***	DÓNDE
ACTIVIDAD ASISTENCIAL *		
Atención a jóvenes		
Consejo afectivo-sexual	Actividad comunitaria: comadrona, presta apoyo a la enfermera en el Programa Salud y Escuela**, si se precisa. Tarde/espacio joven: comadrona Complejidad y patología: obstetra-ginecólogo, psicólogo	CAP, centro de especialidades, espacios específicos de atención a jóvenes
Consejo reproductivo: consejo anticonceptivo, consejo preconcepcional, prevención de comportamientos de riesgo		
Consejo de infecciones de transmisión sexual		
Prevención de cáncer de cuello de útero		
Atención a la patología ginecológica		
Educación afectiva sexual grupal		
Consejo reproductivo / Atención métodos anticonceptivos		
Consejo afectivo-sexual	Comadrona	Psicólogo: atención, si se precisa
Consejo anticonceptivo		
Consejo preconcepcional	Obstetra-ginecólogo	CAP, centro de especialidades
Consejo de infecciones de transmisión sexual		
Consejo de dificultades en la fertilidad	Comadrona	CAP, centro de especialidades, hospital
Métodos barrera	Obstetra-ginecólogo y comadrona	
Atención MI: control y seguimiento del embarazo		
Clasificación del riesgo	Comadrona profesional referente, colaboración de ginecólogo	Psicólogo: atención, si se precisa
Control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo y riesgo medio		
Control y seguimiento del embarazo de alto riesgo	Obstetra-ginecólogo y comadrona	Hospital
Control y seguimiento del embarazo de riesgo muy alto		
Ecografía obstétrica	Obstetra-ginecólogo	CAP, centro de especialidades, hospital
Atención MI: diagnóstico prenatal		
Consejo asistido y solicitud de pruebas	Comadrona	Psicólogo: atención, si se precisa
Información sobre los resultados	Comadrona / Obstetra-ginecólogo	
Asesoramiento y control de la patología	Obstetra-ginecólogo	CAP y centro de especialidades ECO: centro de especialidades u hospital Pruebas invasivas: centro de especialidades u hospital MI
Ecografías y realización de pruebas especiales e invasivas	Obstetra-ginecólogo	
Atención MI: educación maternal		
Educación maternal (grupal)	Comadronas	CAP y centro de especialidades
Atención MI: atención en el puerperio		
Atención en el domicilio	Comadronas en coordinación con enfermeras EAP para el Programa Niño Sano. Apoyo, según corresponda, de otros profesionales	CAP, centro de especialidades La educación grupal también en otros locales de la comunidad y visita precoz en el domicilio de la mujer
Atención en la consulta		
Atención grupal		
Revisión posparto		
Prevención de cáncer cuello de útero		
Cribado del cáncer de cuello de útero (mujeres de 25-65 años)	Comadronas con colaboración de obstetra-ginecólogos por patología	CAP y centro de especialidades
Citología cada 3 años después de 2 anuales normales		
Prevención de cáncer de mama		
Apoyo al cribado poblacional de cáncer de mama (mujeres de 50-69 años; mamografía cada 2 años)	Comadrona: educación sanitaria	CAP, centro de especialidades. Oficina de cribado
Cribado oportunista coordinado con la oficina de cribado	Obstetra-ginecólogo	CAP y centro de especialidades
Infecciones de transmisión sexual		
Prevención de ITS, VIH/sida	Comadronas	Psicólogo: atención, si se precisa
Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ITS, VIH/sida	Obstetra-ginecólogo y comadrona	
Patología ginecológica		
Atención a la patología del aparato genital y de la mama	El obstetra-ginecólogo llevará a cabo el diagnóstico y seguimiento de la patología En la atención de suelo pélvico e incontinencia de orina, dependiendo de la causa, intervendrán también el urólogo, la comadrona, la enfermera y el fisioterapeuta	CAP centro de especialidades, Hospitales
Atención a la demanda de esterilidad, estudio previo y tratamiento		
Atención a los trastornos de suelo pélvico e incontinencia de orina		
Atención en el climaterio sintomático		
Atención a la patología disfuncional y trastornos dolorosos		
Seguimiento de la patología oncológica	Obstetra-ginecólogo	Centro de especialidades, Hospitales
Atención a la patología cervical y endometrial		
Procedimientos en el diagnóstico y tratamiento con técnicas de cirugía menor ambulatoria: ecografía ginecológica, bisturí eléctrico, asa diatérmica, histeroscopia, láser de CO2		
Actividad comunitaria para personas adultas		
Educación afectiva sexual (grupal), educación y apoyo a la menopausia (grupal), prevención y reeducación del suelo pélvico (grupal), otros grupos comunitarios	Comadronas. Apoyo de psicólogo, si se precisa	CAP, asociaciones, otros espacios comunitarios
Atención a la violencia contra las mujeres		
Prevención, valoración y atención a la mujer	Comadronas, obstetra-ginecólogos, psicólogos y otros profesionales	CAP Centro de especialidades, hospitales

*Todas estas actividades se tienen que llevar a cabo en coordinación con el EAP.

** La enfermera del EAP es la responsable del Programa Salud y Escuela.

*** El auxiliar de enfermería prestará apoyo en la consulta.

10. METODOLOGÍA

Descripción de la experiencia

A partir de la publicación del decreto 283/90 en el DOGC, donde se crea el PAM y se establecen normas para la vinculación a este programa de los profesionales sanitarios implicados, el ICS pone en marcha una serie de dispositivos para hacer posible la implantación de este programa en toda Catalunya, con la máxima eficacia y eficiencia posible.

Acciones realizadas:

- Delimitar el Área /Sector que abarca cada ASSIR. (40 Catalunya, 27 gestionados por el ICS)
- Propuesta al DS, para la implantación del ASSIR, en una determinada Área / Sector
- Resolución del DS, aprobando la implantación en dicho territorio
- Implantación progresiva: inicio 1995-2004.
- El año 1997, el ICS realiza un documento técnico sobre los Criterios de implantación y seguimiento de este programa y los primeros indicadores básicos para evaluarlo.

En el Año 2004, la publicación del decreto 284/2004, en el DOGC, cambia el nombre del PAM, por el de Programa de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y dicta las normas complementarias relativas a la especialidad de obstetricia y ginecología para la implantación.

En el año 2007 el Departamento de Salud elabora y publica, con profesionales expertos, proveedores y sociedades científicas, el Plan Estratégico de Ordenación de Servicios de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), con el objetivo general de conseguir que la ASSIR se provea de manera eficaz, eficiente y equitativa, y con la percepción de los usuarios/as de buen servicio, coordinando los diferentes niveles asistenciales.

También se marcaron como objetivos específicos:

1. Hacer un análisis de la situación de la ASSIR en el territorio.
2. Actualizar la cartera de servicios de las unidades de ASSIR de acuerdo con las necesidades de la población, con el estado del conocimiento científico y con la evolución de las competencias de todos los profesionales, que publicó en el año 2007.
3. Orientar el modelo organizativo para ejecutar la cartera de servicios con criterios de calidad científica, técnica, organizativa y en términos de la mejor relación entre coste y beneficio.



La organización del equipo de ASSIR territorial, puede desarrollarse en dos modalidades diferentes, dependiendo de las características de la provisión de cada territorio y del acuerdo efectuado entre las regiones sanitarias y los proveedores en cada uno de los sectores sanitarios:

Modalidad 1

Creación del equipo ASSIR territorial, formado por los profesionales que trabajan en la ASSIR de un sector territorial que tengan el mismo hospital de referencia.

El equipo ASSIR territorial tiene una dirección/coordinación formada por una matrona y/o un ginecólogo/ga. Los profesionales de la ASSIR dependen de esta dirección / coordinación de forma funcional o de forma orgánica.

En esta modalidad, la dirección/coordinación de ASSIR territorial tendrá que trabajar conjuntamente con el o la jefe de servicio y la supervisora de sala de partos /área maternal del hospital de referencia a fin de que la atención obstétrica -ginecológica y materno infantil se proporcione de forma integral y se garantice la continuidad y la trazabilidad, de acuerdo con los mecanismos y las actuaciones descritos en el *apartado de la cartera de servicios*.

Modalidad 2

Creación de un único equipo territorial de ASSIR y de atención Hospitalaria. En ésta modalidad, el equipo territorial es un único equipo con una dirección/coordinación única, formada por un ginecólogo/ga y una matrona, responsables de dar respuesta a la atención obstétrica, ginecológica y materno infantil de todo el territorio de referencia, con el cual el resto de profesionales del equipo tienen una dependencia funcional u orgánica.

La organización y gestión de los servicios ASSIR es uno de los puntos claves para proporcionar una atención de calidad a la población, ya que se asume de manera autónoma (a través de unidades operativas propias) la gestión de los recursos económicos, recursos humanos, las inversiones, la elaboración de indicadores de evaluación a nivel asistencial y de estructura, proceso y resultados, así como los planes de calidad, se gestionan a través de un equipo de dirección territorial dependiente del Gerente de Atención Primaria.



Las funciones de gestión del programa y de la unidad incluyen:

- La detección de las necesidades de la población, la definición de las líneas de actuación del equipo del ASSIR, la determinación de objetivos y formulación de estrategias, la organización interna del equipo del ASSIR, la coordinación con otros servicios y entidades, la coordinación de las actividades comunitarias y de los recursos existentes, la protocolización de las actividades, la atención al cliente, procurar y desarrollar programas de formación continuada, Impulsar la investigación, Implementar planes de mejora.

Criterios de planificación de recursos humanos

Para estimar la dotación de recursos humanos territoriales en las Unidades ASSIR de la AP, se tienen que considerar las variables relacionadas con la ejecución de la cartera de servicios proporcionada en este nivel asistencial. Los criterios que se presentan en esta sección son los que se consideran como óptimos, o situación ideal, para calcular los recursos humanos. Obviamente, este ideal se tendrá que alcanzar de manera progresiva de acuerdo con las características y la idiosincrasia de cada territorio y la implantación gradual en el tiempo de la nueva cartera de servicios.

A continuación se presentan los criterios de planificación que se recomiendan para estimar la dotación de recursos humanos para llevar a cabo la actividad asistencial y educativa.

La información sobre porcentajes de cobertura que se utilizan para calcular la dotación de recursos humanos, se basa en los datos proporcionados por diferentes regiones sanitarias (RS) procedentes de ASSIR próxima a la excelencia. Este porcentaje se adapta a la realidad del territorio.

Atención a jóvenes⁹

Atención individual a jóvenes - Tarde joven. Se estima que se atiende a un 20% de la población de mujeres de 15 a 24 años, anualmente. La profesional de referencia es la matrona y el tiempo por visita es de 15 minutos. La matrona ha de trabajar coordinadamente con la enfermera del Programa Salud y Escuela de referencia. Se estima que se hacen dos visitas por joven.



Atención asistencial compleja y de patología el profesional de referencia es el ginecólogo/ga y el psicólogo/a.

Atención comunitaria a jóvenes: Va dirigida a jóvenes de 3º y 4º de ESO. El referente profesional de apoyo es la matrona, coordinada con la enfermera del EAP del programa Salud y Escuela. Actualmente la cobertura proporcionada se encuentra sobre el 15% (5%-85% según las comarcas), con una dedicación de 4 horas totales por grupo (n=25 participantes/grupo).

Actividad preventiva a población adulta

La actividad preventiva abarca el consejo reproductivo y la atención y el seguimiento de los métodos contraceptivos; la prevención de cáncer de cuello uterino, la prevención de cáncer de mama y la prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS / MTS).

Consejo reproductivo y atención en métodos contraceptivos: a lo largo de tres años piden este servicio un 60% de las mujeres entre 25-49 años. Representa una cobertura de un 20% cada año. De este porcentaje anual, la matrona realiza el 80% de la actividad y el ginecólogo/ga, el 20% restante. El tiempo de visita aproximado es de 15 minutos tanto de la matrona como del ginecólogo/ga. Se estima que se hacen dos visitas por mujer.

Prevención de cáncer de cuello uterino y prevención de cáncer de mama: respecto a la prevención del cáncer de cérvix, la actividad se dirige al 70% de la población de mujeres de 25 a 69 años. La profesional de referencia es la matrona y el tiempo de visita aproximado es de 15 minutos. *Este protocolo se ha revisado recientemente, y está pendiente de cambio, introduciendo como prueba de cribaje la determinación del VPH.*

Respecto a la prevención del cáncer de mama, es imprescindible realizar acciones coordinadas con el programa poblacional del cáncer de mama de territorio, para evitar duplicidades innecesarias.

Prevención y atención de ITS /MTS: se estima que pueden pedir atención para ITS el 5% de la población de mujeres de 15 a 69 años. El profesional de referencia es la matrona y el tiempo de visita aproximado es de 15 minutos. Se calculan dos visitas por persona atendida. En la atención asistencial compleja y de patología el profesional de referencia es el ginecólogo/a.



Atención maternoinfantil: control y seguimiento del embarazo

Se estima que en el control del embarazo se atiende en la ASSIR un 80% de los nacimientos.

Control del embarazo normal, de riesgo bajo y medio: se estima que aproximadamente un 80% de los embarazos son normales, de riesgo bajo o medio. La profesional de referencia es la matrona y el tiempo de dedicación se calcula en base a una primera visita de 35 minutos y seis visitas de control y seguimiento de 20 minutos a lo largo del embarazo.

Control del embarazo de alto riesgo y muy alto riesgo: se estima que aproximadamente un 20% de los embarazos son de alto y muy alto riesgo. El profesional de referencia es el toco ginecólogo/ga. El número de visitas será de seis por embarazo, dos coincidiendo con la práctica de la ecografía. El tiempo de dedicación se estima en 15 minutos para cada una de las cuatro visitas que no incluyen la ecografía. La comadrona participará en el seguimiento y control del alto riesgo con una primera visita de 35 minutos y cuatro visitas sucesivas de 20 minutos cada una.

Ecografía obstétrica en el control de bajo, medio y alto riesgo: el toco ginecólogo/ga hará una ecografía por embarazada en el primer trimestre. El tiempo de dedicación aproximado será de 25 minutos para hacer la ecografía.

La ecografía del segundo trimestre se realizará en la unidad ASSIR cuando se disponga de un ecógrafo de alta resolución y un profesional entrenado; el tiempo de dedicación será de 25 minutos. Cuando no se disponga del ecógrafo, esta ecografía se hará en el hospital de referencia.

Educación maternal: preparación para el nacimiento

Se estima que la educación maternal cubre en un 60% de las mujeres embarazadas controladas en la ASSIR. El total de dedicación será de 16 horas/grupo (n=10-15 mujeres/grupo).

Atención al puerperio

Atención al puerperio en la consulta: la cobertura asistencial se estima en un 60% de las mujeres que se han controlado el embarazo en la ASSIR. La profesional de referencia es la matrona. Se calcula que se hacen tres visitas de 15 minutos.

Atención al puerperio en el domicilio: Actualmente la cobertura proporcionada está en torno al 11,67% (5,42%-49,06%). El profesional de referencia es la matrona. Se calcula que se hacen dos visitas de una hora cada una.



Grupos postparto: la cobertura proporcionada es del 17,10% (10,1%-27,3% según las comarcas). El profesional de referencia es la matrona. El total de dedicación será de 10 horas/grupo (n=10 mujeres + recién nacido/grupos).

Patología

Un 20%, aproximadamente, de las mujeres atendidas en la ASSIR acuden por un proceso patológico. Representa el 6% del grupo de mujeres entre 15 y 69 años. También se atiende por patología un 4% de mujeres con patología cervical generada de la prevención de cáncer de cuello uterino y un 2% de mujeres con patología generada de la prevención y atención de las ITS /MTS. El referente es el ginecólogo/ga. Se hacen dos visitas por mujer de 15 minutos

Ecografías ginecológicas

Del 8% de mujeres que presentan patología, según los datos existentes, un 60-80% necesitan una ecografía ginecológica. El profesional de referencia es el ginecólogo/ga. Se calcula 15 minutos para hacer una ecografía ginecológica.

Pruebas invasivas y otras pruebas ginecológicas

El 5% de mujeres embarazadas son objeto de pruebas invasivas (amniocentesis, biopsia de corion). El 1,5% de las mujeres entre 25 y 69 años pueden requerir otras pruebas ginecológicas (histeroscopias, asas diatérmicas, bisturí eléctrico...). El profesional referente es el ginecólogo/ga y se calcula una duración de 40 minutos/prueba.

Actividad comunitaria para personas adultas (educación afectiva y sexual)

La profesional de referencia es la matrona. *Las sesiones/talleres* son a demanda, en grupos de quince mujeres y de una duración de 2 horas por cada una de las dos sesiones/talleres que se hacen por grupo (4 horas/año por grupo).

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_de_latencio_a_la_salut/

1. EVALUACIÓN

INDICADORES

- En el año 2008 el Servicio Catalán de la salud contracta en el ICS, la cartera de servicios de 27 ASSIR y evalúa a través del contrato programa, con indicadores de proceso y de resultado. Este contrato se firma anualmente.
- A partir del año 2009 el ICS, a través de un contrato de Gestión, evalúa cada año, a cada uno de los ASSIR, con indicadores de sostenibilidad, de calidad asistencial (Estándar de calidad asistencial del ASSIR), seguridad del paciente, prescripción farmacéutica y mejora organizativa. Este contrato se firma cada año entre el gerente del ICS y los coordinadores del ASSIR (matrona y el/la ginecólogo/a). (Anexo 3)
- En el año 2010, el Servicio catalán de la Salud (SCS), inicia una evaluación de la satisfacción de las mujeres que parieron en los servicios públicos, contractados por el SCS, sobre el proceso del embarazo, parto y puerperio, a través de una encuesta realizada a 3.200 madres. Esta evaluación se repite cada 3 años. La última fue en el año 2013.

http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_embaras_part_puerperi/2013/epp_2013_cat.pdf

RESULTADOS

- La población asignada en los ASSIR gestionados por el ICS es de 2.057.703 y la atendida en un año es 561.300 mujeres, de las cuales 500.112 corresponden a mujeres que acudieron por un proceso relacionado con actividad de prevención: ITS /MTS, cáncer de cuello uterino, planificación familiar, de patología ginecológica y 61.188 mujeres acudieron por un proceso de maternidad: embarazo y puerperio. (Anexo 4).
- Referente a la población atendida por un proceso de embarazo parto y puerperio, la cobertura del embarazo sobre los nacimientos en estas Unidades de ASSIR es del 89,43%, el 54,11% de las mujeres atendidas durante el embarazo realizaron educación maternal y el 79,64 % de las mujeres controladas, fueron atendidas durante el puerperio. (Anexo 5).
- Los resultados del contrato de gestión del año 2014, en el cual se evalúan indicadores clínicos, observamos que la línea de logros es el que detallamos en la *Tabla 6*.



Tabla 6. Indicadores clínicos Contrato de Gestión 2014

	Numerador *	Denominador **	Resultado ***
Evaluación del riesgo en el embarazo	52.790	53.568	98,55
Prevención del consumo de tabaco durante el embarazo	47.664	53.568	88,98
Cobertura vacunación antitetánica en el embarazo	35.970	47.137	76,31
Revisión buco-dental durante el embarazo	49.471	53.568	92,35
Valoración del estado emocional de la mujer en el puerperio	27.666	32.814	84,31
Utilización de método anticonceptivo durante el puerperio	31.053	32.814	94,63
Cribaje del consumo de alcohol durante el embarazo	51.241	53.568	95,66
Pacto del Plan de Nacimiento durante el embarazo	16.976	21.863	77,65
Control de la presión arterial durante el embarazo	36.759	53.568	68,62
Prevención de los embarazos no deseados	9.538	16.300	58,52
Registro del método anticonceptivo	43.169	51.310	84,13
Criterio clínico en mamografías fuera programa cribaje	13.585	15.728	86,37
Registro de los factores de riesgo de cáncer de mama	123.127	163.968	75,09
Pedir serología VIH ante nuevos diagnósticos ITS	1.594	2.375	67,12
Cribaje de cáncer de cérvix según protocolo	8.521	14.903	57,18
Seguimiento adecuado en displasia leve de cérvix	8.487	10.576	80,25
Seguimiento adecuado en ASCUS y ASCH positivos	2.627	5.607	46,85
Control ecográfico en metrorragia postmenopáusica	2.754	3.307	83,28

* Numerador: Mujeres atendidas por este concepto, con registro del diagnóstico y con el indicador correcto

**Denominador: Total mujeres atendidas por este concepto, con registro del diagnóstico.

***Resultado: el porcentaje logrado

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las Unidades de ASSIR proporcionan unos servicios con profesionales especializados que dan una atención a los jóvenes, a la mujer y a su familia, en salud reproductiva, desde un primer nivel de atención, con un alto nivel de resolución, respetando al máximo el proceso fisiológico y de normalidad y las decisiones de las mujeres. La población valora muy positivamente estos servicios.
- Los profesionales trabajan en equipo y apostamos por equipos de profesionales resolutivos y eficientes que comparten competencias y evitan duplicaciones y en los cuales se dispone de la mejor combinación de conocimientos y habilidades. Es lo que se conoce en términos anglosajones como skill-mix o skill-share. Por eso, el reto de hoy en la ASSIR no sólo es qué tipo de atención hay que proveer, sino también cómo hay que proveerla y quién tiene que hacerlo.



El modelo de gestión de las Unidades ASSIR, proporcionan una autonomía en la gestión de estos servicios, que repercute en la calidad y atención que se presta a las mujeres y a sus familias y genera liderazgo y satisfacción a los profesionales, ya que las líneas estratégicas que se establecen dan valor a la área del conocimiento y a la toma de decisiones de las mujeres en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva.

- La existencia de estas Unidades de atención a la salud sexual y reproductiva, en el marco de la atención primaria, ha facilitado la implantación de la Estrategia de Salud Reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. CMBD, CatSalud. Registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los hospitales de agudos.
2. Agencia Salud Pública Catalunya (ASPC). Indicadores Maternoinfantil, años 2008-2013
3. Dirección General de Planificación y Evaluación. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. Barcelona, 2008.
4. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). Decreto 283/1990 de 21 de noviembre, por el cual se crea el Programa sanitario de atención a la mujer y se establecen normas para la vinculación a este Programa de los profesionales sanitarios implicados.
5. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). Decreto 284/2004 de 11 de mayo, por el cual se dictan normas complementarias relativas a la especialidad de obstetricia y ginecología en el ámbito del Instituto Catalán de la Salud, y para el desarrollo y organización del Programa de atención a la salud sexual y reproductiva.
6. Dirección General de Planificación y Evaluación. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Plan Estratégico de Ordenación de Servicios de la atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Barcelona, diciembre 2007.
7. Dirección General de Planificación y Evaluación. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Plan Estratégico de Ordenación de la Atención Maternoinfantil Hospitales de la XHUP. Barcelona, diciembre 2007.
8. Dirección General de Planificación y Evaluación. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Soporte a la Atención Primaria (AP). Barcelona, diciembre 2007.
9. Web sexejoves: Departamento de Salud. <http://sexejoves.gencat.cat/ca/>

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.