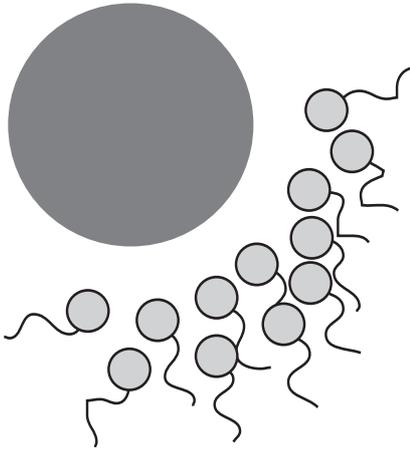


# La anticoncepción DE urgencia EN España

---



**Federación de  
Planificación Familiar  
Estatal (FPFE)**



# La anticoncepción DE urgencia EN España

Respuesta efectiva del sistema, y las y los  
profesionales sanitarios, ante la demanda de  
anticoncepción de urgencia

**Edita:** Federación de Planificación Familiar Estatal

**Diseño y producción:** Artext Proyectos Gráficos

Septiembre 2008

# Índice

---

<b>2</b>	<b>Presentación</b>
<b>4</b>	<b>Guía de actuación</b>
4	Introducción
4	Definición
5	Indicaciones
6	Mecanismos de acción
6	Eficacia
7	Efectos secundarios
7	Contraindicaciones
7	Información
8	Aspectos éticos
8	Aspectos sociales
10	Aspectos jurídicos
<b>12</b>	<b>La prestación de la anticoncepción de urgencia en las Comunidades Autónomas</b>
<b>17</b>	<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>
<b>21</b>	<b>Bibliografía</b>
<b>22</b>	<b>Grupo de expertas y expertos</b>



# Presentación

---

La *Carta de Derechos* formulada por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), organización a la que pertenece la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), considera la salud sexual y reproductiva como un componente central de la salud y bienestar de las personas y recoge como derecho fundamental poder decidir tener o no tener hijos. Esto supone el derecho a disponer de información y servicios relacionados con todos los métodos anticonceptivos eficaces y seguros, incluida la anticoncepción de urgencia, y el derecho a tener fácil acceso a esos métodos y servicios.

La anticoncepción de urgencia, conocida también con los términos de anticoncepción postcoital y *píldora del día después*, es un recurso de prevención primaria ya que evita un determinado porcentaje de los embarazos no deseados que podrían producirse tras una relación sexual coital no suficientemente protegida.

Sin embargo en el Estado español aun existe una marcada inequidad en el acceso a la anticoncepción de urgencia, ya sea en base a la diferente forma de afrontar su dispensación en función de la Comunidad Autónoma en la que se resida, o en base a otros factores culturales o económicos. Las dificultades generales, para el conjunto de usuarias de los servicios, vienen derivadas del funcionamiento y organización del sistema sanitario así como de otros factores atribuibles a ciertas prácticas asistenciales que menosprecian su valor preventivo y de promoción de salud.

Algunos colectivos sufren, además, otros problemas particulares para conseguir la anticoncepción de urgencia. Por un lado me refiero, como grupo más numeroso, a la gente joven que no siempre puede aprovecharse de los beneficios de este tipo de anticoncepción debido a su falta de conocimiento acerca de la disponibilidad de las píldoras, barreras de acceso a los centros de salud y centros de planificación familiar, falta de recursos específicos para jóvenes, y actitudes recriminatorias de ciertos profesionales que emiten juicios valorativos sobre sus conductas sexuales y anticonceptivas.

Por otro lado, la población inmigrante –y también de manera especial su juventud- tiene grandes dificultades para conseguir esta forma de anticoncepción que evitaría una gran parte de los embarazos no deseados a los que se enfrentan, quizá en mayor proporción, en base a sus condiciones de mayor vulnerabilidad. Los estudios disponibles muestran que, por el momento, el acceso y uso de la anticoncepción de urgencia por parte de la población inmigrante es sensiblemente inferior.

La Federación de Planificación Familiar, a partir de los distintos programas y proyectos desarrollados desde el

área joven, de formación e investigación, de incidencia política y de comunicación, trabaja desde hace muchos años con el objetivo de reclamar una atención accesible y de calidad en salud sexual y reproductiva dentro de la red sanitaria pública, que obviamente incluye la atención en anticoncepción de urgencia.

Comenzó a llamar la atención sobre la problemática de la anticoncepción de urgencia al menos desde 1995, cuando diseñó el proyecto PRE-VEN, que recopiló información sobre cerca de 5.000 atenciones. Ese mismo año realizó un estudio comparativo de la situación en distintos países. Más tarde, a partir del trabajo de las y los profesionales de las Asociaciones que conforman la Federación y de la asistencia que se presta en sus Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS) de Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y Madrid –en los que el 57,81% de las consultas que se realizan se relacionan con la anticoncepción de urgencia- se ha podido constatar la existencia de problemas en el acceso a esta prestación y, por tanto, la urgente necesidad de arbitrar medidas que los resuelvan.

Esta situación llevó a plantearnos la necesidad de disponer de un documento que, por un lado facilitara información contrastada sobre los distintos recursos y prácticas en esta materia en las distintas Comunidades Autónomas, y por otro –y a partir de lo ya realizado por otras entidades y algunas Consejerías de Sanidad- constituyera una herramienta útil para la información, consulta y formación de profesionales sanitarios, de las y los tomadores de decisiones y de profesionales de diferentes medios de comunicación que, unos de forma directa y otros de forma indirecta, participan en el proceso de facilitar la comprensión y el acceso a la anticoncepción de urgencia.

El documento que os presento consta de tres partes. En la primera se abordan los elementos de una guía de actuación en materia de anticoncepción de urgencia; en la segunda se ofrece la información recabada sobre los recursos y prácticas en las distintas Comunidades Autónomas, y en la tercera se exponen las conclusiones y se formulan algunas recomendaciones.

Para la elaboración de este documento se ha contado con la colaboración de un grupo de expertas y expertos pertenecientes a entidades e instituciones de diversas Comunidades Autónomas y otras de ámbito estatal como la Sociedad Española de Contracepción y el Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico, que participaron en un Seminario organizado con el fin propuesto por la Federación de Planificación Familiar. En dicho Seminario se presentaron varias comunicaciones que abordaban la

prestación de la anticoncepción de urgencia desde distintas perspectivas: médica, social, ética y jurídica. Por otra parte, se pudo contrastar la situación en cada una de las Comunidades y establecer las diferencias y similitudes en las normativas y prácticas asistenciales.

Se trata, pues, de un trabajo colectivo que no hubiera sido posible sin la colaboración desinteresada de todas y todos los compañeros que, primero en el Seminario y después con sus aportaciones y sugerencias, se han interesado por el proyecto en el convencimiento común de que todo lo que se encamine a mejorar el conocimiento y accesibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos, merece la pena.

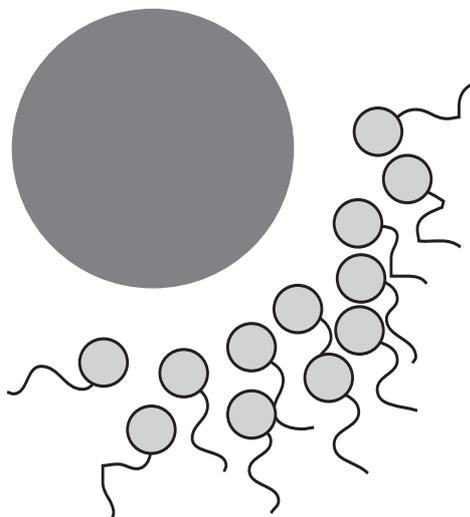
Por último, nuestro agradecimiento al Ministerio de Sanidad y Consumo por subvencionar este estudio que se

inserta en el objetivo de “Fomento de la equidad” tal y como establece el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Confío en que este documento pueda ser una modesta contribución a la protección de la salud y a la defensa de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de todos, hombres y mujeres, que merecen una atención en condiciones de igualdad y equidad territorial efectiva.

Madrid, Julio de 2008

*Isabel Serrano Fúster*  
Presidenta de la Federación de Planificación  
Familiar Estatal



# Guía de actuación

---

## Introducción

La salud reproductiva es un estado de bienestar general físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de reproducirse<sup>1</sup>.

La salud sexual y reproductiva es un componente central de la salud y del bienestar de las personas. Para favorecerla y garantizarla es necesario contar con servicios sanitarios de calidad que ofrezcan asesoramiento y asistencia en materia de sexualidad y anticoncepción.

La salud reproductiva va asociada a un cuerpo de derechos reconocidos en las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas como derechos humanos, y agrupados en torno a los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Recogen, entre otros aspectos, el derecho a vivir la sexualidad libremente, de forma placentera, sin temores, sentimientos de vergüenza o culpabilidad que inhiban y dificulten las relaciones sexuales; a vivir la reproducción como una opción, con libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, y a recibir información y recursos para ello.

La atención de la salud requiere el reconocimiento de estos derechos y el acceso a un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar de las personas al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva, siendo el embarazo no deseado uno de ellos, con repercusiones biológicas, psicológicas, económicas y/o sociales para las mujeres.

En este marco conceptual se inscribe el tratamiento a los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de urgencia. El acceso a las distintas opciones anticonceptivas es por tanto un elemento clave para hacer efectivo el derecho de cada persona a tomar decisiones respecto a su vida reproductiva.

Sin embargo los embarazos no deseados, las tasas de interrupción voluntaria del embarazo<sup>2</sup> reflejan una realidad determinada por varios factores, entre los que cabe destacar: el inicio más temprano de las relaciones sexuales como consecuencia de los cambios sociales y culturales que se han producido en las últimas década-

das, situándose la media de edad entre los 15 y los 17 años<sup>3</sup>; la ausencia de una educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos en el currículo escolar; la infravaloración de los riesgos relacionados con las vivencias de la sexualidad; la existencia de obstáculos para acceder a la anticoncepción así como a los centros y servicios sanitarios que la dispensan; el uso insuficiente o inadecuado de métodos anticonceptivos seguros y eficaces.

La anticoncepción de urgencia es un fármaco, con indicación terapéutica, que permite la prevención de un embarazo no deseado después de una relación coital desprotegida o insuficientemente protegida, y que supone por tanto un importante recurso de prevención primaria de salud. Sin embargo su acceso se encuentra con obstáculos y dificultades de muy diversa índole. Algunos de estos problemas se deben a dificultades del propio sistema sanitario, otros derivan de las y los profesionales sanitarios, y otros de las propias usuarias.

La anticoncepción de urgencia no está incluida entre las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud, ni en todas las Comunidades Autónomas se han establecido protocolos y medidas para eliminar las barreras de acceso. Esto ha producido que la forma en que se han abordado los problemas haya sido dispar, ofreciendo en la actualidad un panorama marcado por las desigualdades y la inequidad en el acceso a la anticoncepción de urgencia entre Comunidades Autónomas y en las propias Comunidades.

## Definición

La anticoncepción de urgencia es un recurso indicado para toda mujer en edad reproductiva que haya mantenido una relación sexual desprotegida, no desee un posible embarazo y la solicite.

La anticoncepción de urgencia<sup>4</sup> es un fármaco con indicación terapéutica, o un dispositivo<sup>5</sup>, cuya correcta utilización permite prevenir un embarazo no deseado tras haber tenido una relación sexual coital sin protección o protegida de manera inadecuada.

El efecto potencial de la anticoncepción de urgencia para la prevención primaria del embarazo no deseado y por tanto para la disminución del número de interrupcio-

---

1. Plataforma para la Acción de la IVª Conferencia mundial sobre las mujeres. Beijing, 1995.

2. El número de IVEs en 2006 fue de 101.592. En mujeres menores de 19 años la tasa de IVE pasó de 3,89 en 1993 a 12,53 en el año 2006; entre mujeres de 20 a 24 años la diferencia fue de 7,75 en 1993 a 18,57 en 2006; y en mujeres entre 25 y 29 años pasó del 6,44 al 14,44. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública.

---

3. INJUVE. Observatorio de la Juventud en España. Sondeo de opinión y situación de la gente joven. Encuesta Salud y Sexualidad 2008.

4. El 23 de marzo de 2001 el Ministerio de Sanidad y Consumo autorizó la comercialización del fármaco cuyo principio activo es el Levonorgestrel.

5. El documento desarrolla las pautas de actuación del método farmacológico, salvo referencias explícitas al dispositivo intrauterino.

nes voluntarias del embarazo, depende de su conocimiento correcto y generalizado, así como del acceso rápido y adecuado al tratamiento. En el caso del fármaco requiere tomar la píldora dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual; en el caso del Dispositivo Intrauterino requiere insertarlo durante los primeros cinco días tras la relación sexual desprotegida.

- **Es anticoncepción** porque actúa antes de que se inicie la gestación.
- **Se considera de urgencia** porque su eficacia es mayor cuanto antes se tome, siempre dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual coital con posible riesgo de embarazo.
- **No es eficaz** una vez iniciado el proceso de implantación, por lo que en ningún caso puede considerarse como abortivo.

La gran eficacia y seguridad de los productos hormonales autorizados con este fin ha llevado a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) los incluya en su listado de medicamentos esenciales, avalándolos por tanto como método seguro, eficaz y sin contraindicaciones absolutas, e instando a las autoridades sanitarias a que proporcionen un mayor acceso al tratamiento y lo incluyan en los programas de salud del país.

La anticoncepción de urgencia tiene múltiples denominaciones: se la conoce como “anticoncepción de emergencia”, “píldora postcoital” y “píldora del día después”, siendo estas dos últimas acepciones las que popularmente se utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo parece más adecuada la denominación de “anticoncepción de urgencia” ya que, aunque no es una emergencia al no existir riesgo vital, esta denominación indica con mayor precisión el carácter de urgencia que requiere su toma para garantizar su eficacia, directamente relacionada con el tiempo que transcurre tras la relación sexual desprotegida; y transmite el mensaje de que no se debe utilizar como un método anticonceptivo regular en la medida en que ofrece protección de urgencia pero no protección continuada como es el caso de los otros métodos anticonceptivos.

Por ello, y siguiendo las indicaciones de organismos internacionales y científicos como, entre otros, la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Contracepción, se considera oportuno adoptar la denominación de “anticoncepción de urgencia”.

## Indicaciones

Las circunstancias o situaciones que pueden derivar en riesgo de embarazo no deseado y hacer necesaria la anticoncepción de urgencia pueden ser de muy distinta índole:

- Relación sexual coital sin protección de ningún método anticonceptivo.
- Fallo o utilización incorrecta del método anticonceptivo.

- Rotura, retención en vagina o deslizamiento del preservativo.
  - Eyaculación antes de lo previsto.
  - Cálculo erróneo de los días fértiles.
  - Olvido de la toma de dos píldoras orales (anticoncepción hormonal combinada).
  - Parche anticonceptivo despegado más de 24 horas.
  - Retirada temporal del anillo vaginal durante más de tres horas.
  - Expulsión de un DIU coincidente con un coito.
- Utilización reciente de fármacos teratogénos, existiendo la posibilidad de embarazo.
  - En caso de haber sido víctima de una violación y no estar utilizando la mujer ningún método anticonceptivo seguro.

La pauta actualmente reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la indicación de tratamiento postcoital es el fármaco levonorgestrel: un gestágeno de segunda generación que se administra en una sola dosis, y se debe tomar dentro de las primeras 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección.

---

### Presentación farmacológica

---

En la actualidad se dispone de dos preparados de levonorgestrel comercializados como anticoncepción postcoital: “Norlevo” (Chiesi España, S.A.) y “Postinor” (Bayer-Schering-Pharma).

Se puede encontrar en dos presentaciones:

- Envase que contiene un blíster con un comprimido de 1.500 microgramos de levonorgestrel.
  - Envase que contiene un blíster con dos comprimidos, cada uno de ellos con 750 microgramos de levonorgestrel.
- 

- Actualmente la pauta más aceptada en nuestro medio es la de un único comprimido de 1.500 microgramos, que se debe tomar lo antes posible, siempre dentro de las 72 horas después de una relación coital desprotegida.
- Es el método que presenta mayor seguridad, eficacia y tolerancia respecto a otras pautas utilizadas con anterioridad como anticoncepción de urgencia.
- No es adecuado como método anticonceptivo habitual ya que su eficacia es menor que la de los métodos anticonceptivos hormonales actuales.

También se puede utilizar como anticoncepción de urgencia el Dispositivo Intrauterino (DIU) de alta carga de cobre. Ha de insertarse dentro de las 120 horas que siguen al coito, es decir durante los primeros 5 días después de la relación sexual desprotegida. En caso necesario, y si se puede calcular la fecha de ovulación, se



puede insertar después del quinto día del coito, siempre y cuando la inserción no ocurra a más de 5 días después de la ovulación.

El DIU se podría indicar particularmente cuando hayan transcurrido más de 72 horas después de la relación sexual desprotegida (siempre antes de las 120 horas), ya que entonces el método hormonal es menos eficaz. No es un método muy utilizado y su inserción se podría plantear a mujeres que opten por el DIU como método anticonceptivo de continuidad.

Los criterios de elegibilidad médica para el uso del DIU como anticoncepción de urgencia son los que se aplican para su uso como anticonceptivo regular.

## Mecanismos de acción

El mecanismo de acción es múltiple y varía en función del momento del ciclo menstrual en el que se administre, aunque no se sabe con exactitud cuál es el fenómeno fisiológico que se altera para evitar una posible gestación. Puede actuar:

- Inhibiendo o retrasando la ovulación.
- Inhibiendo la implantación de un óvulo fertilizado debido a un retraso en la maduración del endometrio.
- Produciendo un efecto luteolítico.

La anticoncepción de urgencia es un recurso para la prevención primaria del embarazo no deseado en la medida que actúa antes de que se inicie la implantación del óvulo fecundado en la pared del útero (lo que sucede alrededor del séptimo día), siendo precisamente la implantación lo que marca el inicio de la gestación. La anticoncepción de urgencia es inocua una vez iniciado el proceso de implantación, de manera que no puede interrumpir un embarazo en curso, ni hay evidencia de que pueda dañar a la mujer embarazada o al embarazo.

Dados los equívocos que en ocasiones se producen sobre la acción de la anticoncepción de urgencia y los mensajes que se transmiten equiparándola a la interrupción voluntaria del embarazo, resulta pertinente aclarar que cualquier mecanismo que funciona antes de la implantación es por definición un anticonceptivo; que es diferente el estatuto de pre-embrión (antes de la nidación) que el del embrión y el feto, no conside-

rándose abortiva la actuación realizada antes de la nidación; que el aborto es la interrupción del proceso de desarrollo embrionario que se inicia al concluir la fase de implantación del blastocisto.

En ocasiones se confunde la anticoncepción de urgencia con el aborto inducido por acción farmacológica (RU-486). Se podría achacar esta confusión al hecho de que ambas tienen lugar mediante la toma de pastillas. Pero la anticoncepción de urgencia sirve para evitar un embarazo y el aborto farmacológico se utiliza cuando ya hay un embarazo y actúa para interrumpirlo dentro de las primeras nueve semanas de gestación.

La anticoncepción de urgencia hormonal sólo es eficaz durante los tres días posteriores a la relación sexual no protegida, actuando antes de que el embarazo se haya establecido, mientras que el aborto inducido por medicamentos es una alternativa de carácter no quirúrgico para poner fin a un embarazo no deseado.

## Eficacia

La eficacia de levonorgestrel varía, siendo mayor cuanto antes se tome la píldora tras la relación sexual desprotegida. El tratamiento es eficaz dentro del periodo de las 72 horas después del coito, y disminuye considerablemente pasadas las 72 horas hasta las 120 horas. En las 24 horas posteriores su eficacia alcanza el 95%, porcentaje que va disminuyendo a medida que pasa el tiempo. La anticoncepción de urgencia puede prevenir la posibilidad de embarazo no deseado entre un 58% y un 95%.

Existe por tanto una relación directa entre la eficacia del tratamiento y el tiempo que transcurre entre la relación sexual desprotegida y la toma de la pastilla, disminuyendo a medida que el tiempo entre una y otra es mayor. Por tanto, dado que su mayor eficacia es en las primeras 24 horas, se recomienda su toma lo antes posible.

El nivel de eficacia se define como la proporción de embarazos esperados que se evitan gracias a este tratamiento. Según establece un informe del "Consortio Internacional sobre Anticoncepción de urgencia", basado en cuatro estudios en los que participaron cerca de 5.000 mujeres, el régimen de levonorgestrel redujo las probabilidades de que una mujer quedara embarazada entre un 60% y un 90%.

Momento de la toma	Nivel de eficacia
Tomada dentro de las 24 horas siguientes a la relación sexual	La eficacia es del 95%
Tomada entre las 25 y 48 horas	La eficacia es del 85%
Tomada entre las 49 y las 72 horas	La eficacia es del 58%

Fuente: OMS, 1988.



Aunque la anticoncepción de urgencia se puede utilizar tan frecuentemente como sea necesario, las mujeres deberán saber que si bien previene embarazos en situaciones de urgencia, su eficacia es menor que la del uso continuo y correcto de los métodos anticonceptivos modernos de uso regular.

## Efectos secundarios

No se han registrado reacciones adversas relevantes a la toma de levonorgestrel, solo se han observado algunos efectos secundarios de menor magnitud y poco frecuentes, que pueden resultar molestos para las usuarias, como son:

- **Náuseas y vómitos**  
Son las manifestaciones más frecuentes.  
Si se vomita dentro de las tres horas de haber tomado el comprimido, se debe tomar otro inmediatamente.
- **Retrasos en la menstruación**  
Tras la toma de levonorgestrel los ciclos menstruales suelen ser normales y aparecen en la fecha prevista, aunque algunas veces pueden sufrir un adelanto o retraso de unos días dependiendo del momento del ciclo en que se tome la anticoncepción de urgencia, si se toma antes o después del período ovulatorio.  
En caso de retraso se recomienda esperar desde los tres días después de la toma hasta los 21 días como máximo, tiempo suficiente para comprobar si ha fallado. En su caso, se deberá consultar a una o un médico ya que cabe la posibilidad de encontrarse embarazada.
- **Sangrado vaginal irregular**  
Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado vaginal irregular, inferior a una menstruación, en la primera semana posterior al uso de la anticoncepción de urgencia, sin que se tenga que recurrir a ningún tratamiento.
- **Otros efectos secundarios**  
Se puede observar dolor abdominal, cansancio, aumento de la sensibilidad en las mamas, cefalea y mareo. Todos estos síntomas, de producirse, remiten a las pocas horas.
- **Efectos sobre el embarazo**  
Los resultados de diversos estudios indican que, en caso de estar embarazada y utilizar la anticoncepción de urgencia durante la etapa inicial del embarazo, ni la mujer ni el feto sufren daño alguno.
- **Uso repetido**  
No se han observado complicaciones médicas en las mujeres que utilizan la anticoncepción de urgencia de manera frecuente durante periodos prolongados, por lo que se puede afirmar que su uso repetido no conlleva riesgos conocidos para la salud.  
  
Sin embargo su uso reiterado supone una mayor probabilidad de fallo en comparación con los anticoncep-

tivos modernos, por lo que su utilización se debe limitar a casos de urgencia.

Todas las mujeres que la utilizan, y sobre todo las que la usan repetidamente, deberán recibir información sobre otros métodos anticonceptivos y asesoramiento sobre cómo evitar fallos anticonceptivos en el futuro.

- **Interacciones con otros medicamentos**

No se conoce interacciones con otros medicamentos. Sin embargo, es razonable suponer que la interacción es similar a la que se observa en el caso de las píldoras anticonceptivas orales convencionales.

## Contraindicaciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) no existen contraindicaciones médicas absolutas para el uso de la anticoncepción de urgencia.

Los casos en los que no debe administrarse son:

- Si la mujer está embarazada. Esta contraindicación no radica en la posible acción teratogena de la pauta hormonal administrada, sino en que una vez producida la implantación la anticoncepción de urgencia ya no es efectiva, por lo que no tiene sentido su administración.
- Si la mujer tiene hipersensibilidad al principio activo levonorgestrel o a alguno de los excipientes.
- Si la mujer tiene insuficiencia hepática grave.
- Aunque los estudios existentes no son del todo concluyentes, es recomendable dar una dosis de refuerzo a las mujeres que están tomando medicamentos de inducción enzimática hepática (anticonvulsivantes, antiepilépticos, antituberculosos).

## Información

La información sobre anticoncepción de urgencia se debe ofrecer a las mujeres en un contexto de confidencialidad y respeto a sus opciones. Los puntos que, de forma clara, debe contener dicha información son los siguientes:

- El tratamiento se ha de iniciar tan pronto como sea posible después de una relación sexual no protegida o protegida inadecuadamente, en cualquier caso siempre antes de las 72 horas.
- La información debe incluir los niveles de eficacia, los posibles efectos secundarios y los mecanismos de acción.
- Dado que la anticoncepción de urgencia no es peligrosa en ninguna circunstancia conocida, que ofrece completa seguridad y que las propias mujeres pueden determinar si tuvieron o no una relación sexual sin protección o con protección inadecuada, no se precisa realizar revisión previa al inicio del tratamiento. Por



tanto no se debe demorar la administración del medicamento para realizar exámenes médicos salvo que se detecten las circunstancias en las que se considere la conveniencia del DIU en lugar de la pastilla.

- Solo se deberá realizar la prueba de embarazo en aquellos casos en que se desconozca la fecha de la última menstruación.
- Si la menstruación se retrasa hasta 21 días después de la toma, la mujer deberá acudir al médico a fin de descartar un embarazo.
- La anticoncepción de urgencia no protege contra el VIH u otras infecciones de transmisión sexual, por lo que se debe informar que haber tenido relaciones sexuales sin utilización del preservativo puede haber expuesto a este riesgo.
- El uso de anticoncepción de urgencia no puede proteger de la posibilidad de un embarazo si se ha mantenido otra relación sexual desprotegida antes del tratamiento o después de las 72 horas de haberlo tomado.
- Puede repetirse la administración de levonorgestrel en un mismo ciclo si hubo otro coito de riesgo después de una toma anterior.

- No altera el resultado del test de embarazo.
- En caso de que la mujer haya sufrido una violación, el acceso a la anticoncepción de urgencia se encuentra incluido como una opción en el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género”<sup>6</sup>, de aplicación en los distintos niveles de atención sanitaria en el sistema público de salud.
- En el caso del “menor maduro” el o la profesional deben facilitar la información terapéutica asegurándose que la menor lo comprende y obteniendo su consentimiento.
- Después de utilizar la anticoncepción de urgencia, es aconsejable acudir al Centro de Salud, Centro de Planificación Familiar, Centros específicos de información y/o atención a jóvenes, para solicitar información y atención en anticoncepción dado que no es adecuada como anticonceptivo habitual.

Los periodos de utilización de los distintos métodos anticonceptivos tras la toma de la anticoncepción de urgencia varían en función del que se trate.

- La información sobre la anticoncepción de urgencia se puede facilitar de forma personal, por teléfono o por escrito.

## Periodo de utilización de los distintos métodos anticonceptivos tras la toma de la anticoncepción de urgencia

Método anticonceptivo	Periodo de utilización
Condón masculino o femenino.	Se puede utilizar de inmediato.
Crema espermicida.	Se puede utilizar de inmediato.
Anticoncepción hormonal combinada: oral, parche anticonceptivo y anillo vaginal.	Existen dos posibilidades: a) Esperar hasta el comienzo del siguiente ciclo menstrual y luego comenzar con el método elegido. Hasta ese momento utilizar un método de barrera. b) Previa valoración del riesgo de embarazo, se puede iniciar el método al día siguiente de haber tomado la anticoncepción de urgencia. Las usuarias que comiencen a utilizar métodos hormonales inmediatamente después deberán usar también un método de barrera, en caso de que tengan relaciones sexuales en los siete días posteriores al inicio o reinicio del método.
DIU	Colocarlo después de haber comenzado el nuevo ciclo menstrual.
Implante	Colocarlo dentro de los cinco días de haber comenzado el nuevo ciclo menstrual.
Inyectable	Dentro de los cinco días de haberse iniciado el nuevo ciclo menstrual.

6. Protocolo elaborado por la “Comisión contra la violencia de género”, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo). Capítulo “Actuación ante agresiones sexuales”.

- La prescripción de la anticoncepción de urgencia la realiza el personal facultativo, y además de estos profesionales puede proporcionarla, según se establezca en los protocolos existentes en las Comunidades Autónomas, personal de enfermería.

## Aspectos éticos

El embarazo no deseado es un problema de salud reproductiva, por lo que ofrecer a la población los medios para prevenirlo resulta un elemento fundamental para garantizar los derechos reproductivos, reconocidos internacionalmente como derechos humanos de mujeres y hombres. Entre éstos se encuentra el derecho a disfrutar de su vida sexual y reproductiva y a decidir sobre la misma desde su libertad y autonomía.

Un embarazo no deseado puede tener repercusiones negativas tanto biológicas como psicológicas, económicas y/o sociales. En un considerable número de casos deriva en demanda de una interrupción voluntaria del mismo. Estas repercusiones adquieren mayor dimensión en el caso de muchas adolescentes que continúan el embarazo no deseado, ya que la maternidad temprana supone en muchas ocasiones abandono de estudios, matrimonios precoces, y en definitiva, hipoteca de su desarrollo y futuro.

La prevención de embarazos no deseados requiere medidas que aborden la educación desde la familia, la información desde la escuela y la propia comunidad, la educación sexual incorporada al currículo escolar, y el fácil acceso a los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de urgencia.

Las actuaciones deben basarse y garantizar los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia y justicia. La anticoncepción de urgencia cumple estos principios puesto que sirve al bienestar y a la autonomía de las personas; protege el derecho a la vida y a la salud; apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su vida sexual y reproductiva y a decidir sobre la misma.

### • Principio de autonomía

Entendido como el respeto a la capacidad de las personas para tomar decisiones de forma autónoma, y particularmente a la autonomía moral de las mujeres para decidir sobre su maternidad.

Su ejercicio requiere contar con la información necesaria y objetiva, basada en el conocimiento científico del momento, para poder decidir.

### • Principio de beneficencia

Entendido como la actuación que busca prevenir un peligro o daño, tomando las medidas adecuadas para evitarlo y obtener el máximo beneficio posible. Incluye por tanto el principio de no maleficencia.

La anticoncepción de urgencia, en tanto que medida de prevención primaria, supone una reducción de

daño pues logra prevenir un embarazo no deseado utilizando un fármaco eficaz e inocuo.

En el caso de la población joven, una prevención eficaz requiere que las actuaciones contemplen su particular vivencia de la sexualidad, sus culturas y creencias, y su momento vital.

### • Principio de justicia y equidad

Entendido como el acceso de todas las personas a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. Incluye por tanto el principio de universalidad de la asistencia sanitaria.

Para que la prevención primaria sea eficiente, la administración de la anticoncepción de urgencia se tiene que realizar en el tiempo más breve posible, y su acceso debe ser equitativo permitiendo acceder por igual a todas las mujeres que la necesitan, sin que la falta de información o de recursos económicos sea un obstáculo para ello.

Siendo la equidad un principio de nuestro marco normativo en salud, las políticas públicas tienen que garantizar las mismas condiciones de acceso, prestación y gratuidad de la anticoncepción de urgencia para toda la población.

De todo ello cabe deducir que la accesibilidad a la anticoncepción de urgencia es fundamental para hacer efectivo el principio de justicia y equidad, y que los obstáculos al acceso rápido a este fármaco deben analizarse críticamente en base a los principios mencionados.

Entre los problemas relativos a los principios éticos señalados cabe destacar la objeción de conciencia que practica parte del personal sanitario y farmacéutico. Si bien el artículo 16.1 de la Constitución formula como derecho fundamental la libertad ideológica y religiosa, no es equiparable la objeción de conciencia frente al aborto a la postura frente al levonorgestrel, dado su carácter anticonceptivo y no abortivo y tratándose por tanto de actuaciones de distinta naturaleza. La extensión de la objeción de conciencia entra en colisión con otros derechos básicos de mayor relevancia y reconocimiento legal, como es el derecho a la protección de la salud, a recibir una prestación sanitaria de urgencia para la prevención de un daño, como es el caso de la anticoncepción de urgencia.

En el caso de las y los farmacéuticos, en su condición de agentes de salud tienen la misma responsabilidad ante la anticoncepción de urgencia que ante cualquier otro acto de dispensación<sup>7</sup>, por lo que deben asegurar la dispensación de un medicamento que tiene la consideración de especialidad farmacéutica con la indicación terapéutica de anticoncepción de urgencia, y que su utilización es la indicada, con el mismo tratamiento que con cualquier otro fármaco en esas mismas condiciones.

7. Ley de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia (16/1997 de 25 de abril).



## Aspectos sociales

La exposición a un embarazo no deseado se da en mujeres de todas las edades en la etapa reproductiva que, por tanto, pueden necesitar en algún momento de su vida recurrir a la anticoncepción de urgencia. Se produce de manera especial entre la población joven que son quienes con mayor frecuencia la demandan.

En la actualidad está ampliamente reconocido que el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana están asociados con fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores relacionados. La anticoncepción de urgencia representa una medida preventiva y de reducción de daño, de particular relevancia para la gente joven, dada su situación, la vivencia de la sexualidad característica de esta edad y las altas tasas de embarazo no deseado.

El reconocimiento de la sexualidad de jóvenes y adolescentes es condición necesaria para la consideración de sus necesidades y demandas, así como para establecer medidas que eliminen los obstáculos con los que se encuentran y faciliten el desarrollo de sus derechos sexuales y reproductivos. Por sus peculiaridades personales, sociales y de relación con el mundo de los adultos, los obstáculos generales se agravan en el caso de las jóvenes que pueden tener particularmente limitado el acceso a las prestaciones en materia de sexualidad y anticoncepción.

Los factores que contribuyen al acceso restringido de las adolescentes a la anticoncepción de urgencia son de distinta naturaleza. En primer lugar, la ausencia de información sobre su existencia, sus beneficios, su mecanismo de acción, su disponibilidad y su forma de uso. En segundo lugar hay que considerar las barreras de acceso a los Centros de Salud y de Planificación Familiar, con horarios muchas veces inadecuados e incompatibles con el tiempo libre de las y los jóvenes, y la falta de recursos de información y atención específicos para jóvenes. En tercer lugar la barrera económica que supone, cuando el tratamiento no está financiado, que las y los jóvenes tengan que correr con el coste del fármaco. Por último hay que considerar las actitudes recriminatorias de algunas y algunos profesionales que emiten juicios valorativos sobre las conductas sexuales y anticonceptivas de las y los jóvenes.

Estas dificultades reales para el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias representan un importante obstáculo para el desarrollo de su salud sexual y reproductiva. Así lo recoge la Organización Mundial de la Salud que recomienda la creación de centros específicos para jóvenes que protejan su privacidad y confidencialidad, establezcan instalaciones accesibles con horarios flexibles y ofrezcan servicios asequibles.

Disponer de información adecuada y servicios sanitarios que respondan a las necesidades de la población son elementos básicos para garantizar actitudes saludables entre la población en general y entre las y los jóvenes en particular.

---

“Todos los jóvenes del mundo, sin importar el sexo, la religión, el color, la orientación sexual o la habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales:

- El derecho a ser tú mismo, libre de tomar tus propias decisiones, de expresar lo que piensas, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro de lo que haces, de decidir casarte o no casarte y de planificar una familia.
- El derecho a estar informado sobre sexualidad, anticoncepción, ITS y VIH y sobre tus derechos sexuales.
- El derecho a protegerte y a estar protegido de embarazos no deseados, ITS y VIH y de abusos sexuales.
- El derecho a tener servicios médicos confidenciales a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos con tus creencias”.

Comité Juvenil de IPPF

---

## Aspectos jurídicos

Los aspectos jurídicos planteados en relación a la anticoncepción de urgencia (Amarilla, M., 2006), se centran en su administración a las menores; en la posición del profesional sanitario que se encuentra entre el deber de los padres de dirigir la educación de sus hijos e hijas, y el derecho de éstos a buscar, recibir y utilizar información adecuada y veraz y acceder por sí mismos a los servicios y prestaciones sanitarias, médicas y farmacéuticas.

### La situación jurídica de las y los menores

La normativa vigente considera a las y los menores sujetos de derechos y por tanto con capacidad y autonomía de actuar en las cuestiones que afectan a su salud y a su intimidad; capacidad que solo se puede restringir mediante un mandato legal expreso.

Se considera que a partir de los 12 años las y los menores han desarrollado su capacidad psicológica y moral suficientemente como para tomar decisiones que competen a su salud. La Ley de Autonomía del Paciente<sup>8</sup> establece, como principio general, que todo menor de edad con madurez suficiente puede otorgar su consentimiento válido para decidir sobre la utilización de fármacos y tratamientos sanitarios, excepto cuando no es capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención y consentir. En este caso el consentimiento lo dará quien ostente la representación legal del menor, después de haber escuchado su opinión, si éste tiene doce años cumplidos.

---

8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274; 15.11.02).

Asimismo en el artículo 9.3.c de dicha Ley se establece que cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Solo en caso que, según el criterio del facultativo, exista grave riesgo se informará a los padres y se tendrá en cuenta su opinión para la toma de la decisión correspondiente.

La citada Ley ha establecido y desarrollado con claridad aspectos que se venían enunciando en anteriores leyes y estableciendo en la jurisprudencia. Se apoya, entre otras, en las siguientes normativas:

- El Código Penal, a propósito de los “Delitos contra la libertad e indemnidad sexual”, presupone legalmente la capacidad para establecer relaciones sexuales libremente consentidas a partir de los 13 años. De lo que se deduce que también cabe presuponerla para las medidas contraceptivas.
- La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, 25 de abril), en su artículo 18 establece que el menor podrá acudir a los servicios públicos de salud en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, que forma parte de los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y de la prestación de los servicios correspondientes dependientes de las Administraciones Públicas Sanitarias.
- La Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (1/1996, 15 de enero) establece la condición de sujetos de derechos a las personas menores de edad, y determina que las limitaciones a la capacidad de actuar de las y los menores deberán interpretarse de forma restrictiva, es decir tratando de respetar siempre lo más posible su autonomía y situando la carga de la prueba del lado de quien quiera ir en contra de uno de sus derechos.

El tratamiento jurídico que establece la normativa vigente varía según la edad, presentando la siguiente casuística.

### **12 años o menor de 12 años**

Se considera que la o el menor de 12 años no es capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de su actuación y sus consecuencias, por lo que para la administración de la anticoncepción de urgencia se precisa el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales.

Solo se comunica a las autoridades judiciales si se considera que la relación sexual por la que la menor solicita la anticoncepción de urgencia ha sido una relación sexual no consentida (agresión sexual o abuso sexual). El Código Penal tipifica como abuso sexual una relación sexual mantenida con una niña de 12 años o menos, por lo que en este caso se deberá notificar a las autoridades judiciales.

### **Mayor de 12 años y menor de 16 años: “menor maduro”**

La madurez de la persona menor de edad debe evaluarla la o el médico para decidir si, según su criterio, posee la madurez suficiente para comprender el alcance del

tratamiento. Para la consideración de la madurez del menor se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Entiende la información que le proporciona el personal facultativo.
- Entiende la situación en que se encuentra.
- Da motivos razonables que fundamentan su decisión.
- Pondera los riesgos y beneficios de las diversas opciones.

En este caso el personal facultativo puede prescribir sin consecuencias jurídicas, siempre que cumpla los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002 y debe anotar en la historia clínica los criterios utilizados para considerar la madurez de la menor.

Hay que tener en cuenta el hecho de que una menor que demanda anticoncepción de emergencia después de una relación coital no protegida adecuadamente, ya demuestra un cierto grado de madurez en la medida que conlleva el conocimiento del riesgo de embarazo que ello supone y el conocimiento y la comprensión de cómo evitarlo.

Si se demuestra la madurez de la menor no cabe pedir consentimiento a sus padres o tutores legales, salvo en los supuestos de incapacidad para comprender el alcance de la intervención previstos en la legislación. En estos casos el consentimiento lo dará quien ejerza la representación legal de la menor, después de haber escuchado su opinión.

En caso de conflicto entre la voluntad de la menor con suficiente capacidad de juicio y la de sus padres o representantes legales, debe prevalecer la voluntad de la menor en actos que afecten a la libertad, la salud y la vida, al tratarse de “derechos de la personalidad”.

Además, la y el menor maduro tiene los mismos derechos que la persona adulta a la garantía de protección de datos de carácter personal relativos a su salud<sup>9</sup>.

### **Mayor de 16 años o menor emancipado**

En este caso se debe considerar a la menor como una persona autónoma capaz de tomar decisiones en todo lo que se refiere a su salud, incluida la elección del método anticonceptivo. Para prescribir la anticoncepción de urgencia solo se necesita el consentimiento de la menor ya que se trata de un acto médico que no puede ser de gravedad trascendente para la vida o integridad física de la menor. Solo en el caso de grave riesgo para su salud se deberá informar a los padres, y no cabe pedir su consentimiento salvo en los supuestos de incapacidad física o mental previstos en la legislación.

Se puede por tanto concluir que en relación a la dispensación y administración de la anticoncepción de urgencia en menores de edad (menores de 18 años) se fija la mayoría de edad médica en los 16 años, esté emancipada o no la persona menor de edad (Ley 41/2002).

9. Sentencia del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre.



# La prestación de la anticoncepción de urgencia en las Comunidades Autónomas

El estudio comparativo de la situación en las distintas Comunidades Autónomas refleja un mapa con pronunciadas desigualdades en la prestación de la anticoncepción de urgencia. Existe disparidad en cuanto a las condiciones en que las mujeres acceden a la misma, sobre el lugar donde se dispensa, las y los profesionales que la administran, y la existencia o no de financiación autonómica. Estas diferencias se inscriben en la particular estructura y funcionamiento del sistema sanitario de cada Comunidad Autónoma, en los programas y servicios existentes en materia de salud sexual y reproductiva, en las prestaciones en materia de anticoncepción que ofrecen, y en la existencia o no de normativas particulares para garantizar el mejor acceso al tratamiento postcoital. La respuesta por tanto del sistema sanitario varía entre Comunidades Autónomas e incluso dentro de una misma Comunidad, propiciando una situación de pronunciadas desigualdades e inequidades sanitarias y sociales.

## Anticoncepción

El sistema Nacional de Salud solo financia algunos anticonceptivos que, además, son los que utilizan un número reducido de mujeres: la píldora hormonal con sólo gestágeno (Cerazet), el preparado combinado Ovoplex 30/150, el DIU Mirena y el implante Jadelle, considerados estos

dos últimos de “diagnóstico hospitalario” por lo que en Atención Primaria se necesita visado de inspección; el Diane 35 diario y su genérico, el etinilestradiol-ciproterona (aunque se ha retirado la indicación anticonceptiva). Pese a que en la Cartera de Servicios consta la necesaria asistencia en todos los métodos, no se financia: ninguno de los nuevos anticonceptivos orales que contienen menor dosis hormonal, el Dispositivo Intrauterino, los métodos barrera, y la anticoncepción de urgencia.

## Normativa

Algunas Comunidades Autónomas han establecido normativa de ámbito autonómico. En algunos casos se trata de órdenes y en otros de protocolos o guías de actuación que, independientemente de su mayor o menor rango, regulan la prestación de la anticoncepción de urgencia estableciendo las pautas y la organización de la dispensación y acceso a levonorgestrel. Es la situación de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Cataluña, Galicia y Navarra.

El desarrollo y aplicación de dicha normativa encuentra obstáculos atribuibles al propio funcionamiento del sistema sanitario, a las y los profesionales sanitarios, y dificultades propias de las usuarias, por lo que en la práctica el acceso a la anticoncepción de urgencia se ve muy limitado en muchos casos.

### Comunidades Autónomas en las que existe algún tipo de normativa de ámbito autonómico

Aragón	Orden de 3 de octubre de 2005. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.
Asturias	Documento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Cantabria	Protocolo-Guía de dispensación de la anticoncepción de emergencia. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria 2006.
Cataluña	Plá d'actuació: “La anticoncepción de emergencia en la red sanitaria pública de Catalunya”. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2004 octubre. Guía práctica clínica de la anticoncepción de urgencia. ICS, 2002.
Galicia	DOGA, abril 2006; “Guía Técnica del proceso de anticoncepción”, “Plan de Atención à Saude da Muller”. Cosellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
Comunidad Foral Navarra	Resolución de la Comisión de Salud, 11 de febrero de 2004.
Andalucía	Instrucción de la Consejería de Sanidad del Servicio Andaluz de Salud: “Pautas para la prescripción de la anticoncepción de urgencia”, 2001.
Baleares	Decreto 96/2008. Conselleria de Salut i Consum, 2008.

Comunidades en las que no existe normativa de ámbito comunitario pero si Protocolos o Guías de ámbito provincial: Comunidad Autónoma Vasca, Madrid.

Comunidades en las que no existe ningún tipo de normativa: Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, La Rioja, Murcia.

## Centros sanitarios

La normativa existente establece que la prescripción debe realizarla el personal facultativo de los Centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencia (hospitalaria o no), Atención Especializada y, en aquellas Comunidades donde existen, en los Centros de Planificación Familiar o Centros de atención a jóvenes en sexualidad y anticoncepción. La normativa de Andalucía, Cantabria y Cataluña establece que también la dispensen las y los profesionales de enfermería.

La falta de información o la escasez, por muy distintos motivos, de servicios que realizan esta prestación obliga a las mujeres a recurrir a servicios de urgencia, hospitalarios y no hospitalarios, donde la respuesta es más insuficiente, denegándola en muchos casos y derivando a otros Centros, con los riesgos que ello acarrea para lograr su administración en el limitado tiempo en el que es eficaz. Esto supone mayores riesgos cuando se produce en fin de semana, dada la ausencia en algunas ciudades o el reducido número en otras de servicios sanitarios abiertos que prestan esta atención.

## Financiación

La anticoncepción de urgencia no está incluida entre las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud por lo que no es financiable a través de recetas oficiales en ninguna Comunidad Autónoma, no pudiéndose adquirir mediante receta de la Seguridad Social. La prestación la realizan por tanto las y los facultativos mediante “receta blanca” y la usuaria tiene que comprar el fármaco en la farmacia abonando el 100% de su coste. Así sucede en siete Comunidades Autónomas: Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad valenciana, Comunidad autónoma vasca, Madrid, Murcia, y La Rioja.

En las Comunidades Autónomas de: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia y Navarra, las autoridades sanitarias han establecido disposiciones específicas a fin de garantizar una mayor accesibilidad a la anticoncepción de urgencia, dado su carácter de urgencia y los altos índices de interrupciones voluntarias del embarazo. En estos casos el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma adquiere partidas del fármaco y distribuye según las necesidades de cada área sanitaria, administrándolas el personal facultativo de los Centros Sanitarios públicos a las mujeres, sin ningún coste económico para ellas.

Comunidades Autónomas en las que se prescribe y dispensa en Centros del Servicio Autonómico de Salud. Existe financiación autonómica y la usuaria no tiene que abonar ningún importe.	Comunidades Autónomas en las que se prescribe en Centros del Servicio Autonómico de Salud mediante receta sanitaria blanca. Se dispensa en farmacia con un coste de 19 euros.
Andalucía	Canarias
Aragón	Comunidad Autónoma Vasca
Asturias	Castilla-La Mancha
Cantabria	La Rioja
Castilla y León	Comunidad valenciana
Comunidad Foral de Navarra	Madrid
Cataluña	Murcia
Extremadura	
Galicia	
Baleares	

## Servicios de fin de semana

Ni en todas las Comunidades Autónomas ni en todas las ciudades existen servicios de fin de semana que dispensen el tratamiento postcoital. Entre los motivos hay que destacar:

- Los Hospitales lo deniegan por considerar que no se trata de una urgencia hospitalaria.
- No disponen del fármaco.
- El personal sanitario se declara objetor y no lo prescribe ni dispensa.

Cuando esto sucede y no se dispensa en urgencias solo queda acudir a los centros sanitarios el lunes por la mañana con el riesgo de sobrepasar el plazo en el que la anticoncepción de urgencia es eficaz y, en los lugares donde existen, a los servicios para jóvenes abiertos en fin de semana.

## Objeción de conciencia

En todas las Comunidades Autónomas hay profesionales sanitarios que se acogen a la objeción de conciencia, tratándose de una práctica muy extendida en algunas Comunidades. Esto supone un obstáculo para la rápida y pronta administración de este tratamiento de urgencia. También se producen situaciones en las que las y los profesionales de Atención Primaria se inhiben de su prestación y derivan a otros servicios para que la faciliten: a los Centros de Planificación Familiar, Centros de atención en sexualidad y anticoncepción a jóvenes, y en Cataluña a los Centros de Atención en Salud Sexual y Reproductiva (CASSIR). Esto representa para la mujer el inicio de lo que se ha llamado “el peregrinaje” por los Centros asistenciales para conseguirla antes de superar el plazo de tiempo en el que es efectiva.



Las y los profesionales se inhiben de la prescripción de la anticoncepción de urgencia por distintos motivos: por consideraciones morales; por desconocimiento del mecanismo de acción del tratamiento postcoital; por hacer una interpretación restrictiva de la condición del “menor maduro” negando su dispensación a menores de 16 años e incluso de 18 años; por miedo a posibles acciones judiciales de padres y tutores. En muchos casos este comportamiento es el resultado del aumento de las demandas de usuarios del sistema que lleva a muchos profesionales a practicar la denominada “medicina defensiva”.

En algunas Comunidades, como Cataluña, se han establecido procedimientos para garantizar que nunca se deje de atender la demanda de anticoncepción de urgencia.

## Presentación del producto

En algunas Comunidades Autónomas las Administraciones responsables, o sus profesionales, promueven un modelo de atención en el que se facilita el tratamiento junto con un folleto informativo y uno o dos preservativos para reforzar el buen uso del mismo y la prevención del embarazo e ITS y una pequeña ficha para la recogida de unos datos básicos.

## Registro

El Registro de administración de la píldora postcoital recoge los datos de la Tarjeta Sanitaria. En algunas Comunidades existe un Registro específico a partir de una ficha que, en general, contempla unos datos mínimos: Centro administrador, fecha de administración, nº de TIS, fecha de nacimiento, utilización (1ª vez y si no, en cuántas ocasiones y tiempo transcurrido desde la última administración); aunque en algunos casos incorporan datos de identificación personal.

Sin embargo no siempre se recogen los mismos datos, incluso en una misma Comunidad no todo el personal sanitario rellena la ficha completa. En algunos casos sólo se rellenan con fines estadísticos pero no se cumplimentan los datos de identificación personal puesto que para hacer un seguimiento y trazar el perfil del uso de anticoncepción de urgencia no se considera necesario el registro de datos personales que puede, a pesar de la obligatoriedad del “secreto profesional” y del cumplimiento de la ley de protección de datos, provocar en la usuaria el sentimiento de vulneración de su confidencialidad.

## Situación por Comunidad Autónoma

A continuación se recoge lo que establece la normativa en cada Comunidad Autónoma

### Andalucía

- La prestación de la anticoncepción de urgencia se recoge en el documento: “Pautas para la prescripción de la

anticoncepción de emergencia”, elaborado por la Consejería de Sanidad del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

- Según normativa, la prescripción y dispensación la debe realizar el personal facultativo de los Centros de Salud, Hospitales, Servicios de Urgencia Hospitalarios y de Atención Primaria, aunque establece como servicios de atención preferente los de planificación familiar, atención y educación sexual a jóvenes.
- Es de tenencia obligatoria en los botiquines de todos los centros asistenciales del SAS al formar parte de la medicación de urgencia de los mismos.

### Aragón

- La prescripción y administración está regulada por la Orden de 3 de octubre de 2005 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, recogida en la “Guía de prescripción de la píldora Postcoital”.
- Establece que las Direcciones de los Centros autorizados asegurarán la administración de la píldora postcoital siempre que esté indicada, de forma inmediata y siempre en el tiempo que garantice la efectividad de la medida. En ningún caso cuestiones organizativas o de cualquier otro tipo podrán suponer el desplazamiento de la usuaria a otro Centro Sanitario o el retraso en su administración.
- Según normativa, la prescripción y dispensación la debe realizar el personal facultativo de los Centros Sanitarios Públicos del Sistema de Salud de Aragón.
- Establece un sistema de información (Decreto 47/2006 de 21 de febrero), por el que se crea el fichero de datos de carácter personal de usuarias de la píldora postcoital.

### Asturias

- Existe un Protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Según normativa, se debe prescribir y dispensar en los Centros de Salud, Consultorios, Puntos de Atención Continuada, en los COF de Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Langreo, en los servicios de urgencia de los hospitales comarcales.

### Baleares

- El decreto 96/2008 de la Conselleria de Salut y Consum regula la prescripción de la anticoncepción de urgencia y establece que los Centros asistenciales del Servei de Salut de les Illes Balears deben tenerla como parte de la medicación de urgencia y dispensarlo de forma gratuita.

### Canarias

- El Sistema Canario de Salud dispone que se prescriba en Atención Primaria, Consultas Jóvenes, Centros de Orientación Familiar y en los servicios de urgencia, para su compra en farmacia.

## Cantabria

- Existe un “Protocolo-Guía de dispensación de la anticoncepción de emergencia” de la Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria.
- Se prescribe y dispensa preferentemente en los servicios de Atención Primaria, tanto en consultas como en los servicios de urgencias, y en el Centro de Orientación Familiar “La Cagiga”.
- La prescribe el personal facultativo, dispensándola también el personal de enfermería.

## Castilla y León

- Se establece que se prescriba y dispense en los Centros de Atención Primaria, en Servicios de Urgencia Hospitalaria y en los Centros de Orientación Familiar.

## Castilla-La Mancha

- Se establece que la prescriba el personal facultativo de Atención Primaria, de los Centros de Orientación Familiar o de Hospitales para su compra en farmacia, aunque existe una gran diversidad según el Centro u Hospital de que se trate.

## Cataluña

- En octubre de 2004 se aprobó la dispensación gratuita de la anticoncepción de emergencia en el Plan: “la anticoncepción de emergencia en la red sanitaria pública de Catalunya”.
- El Institut Català de la Salut elaboró en 2002 una “Guía práctica clínica de la anticoncepción de urgencia”.
- Se prescribe y dispensa en los Centros de Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias, Centros Asistenciales de Atención Continuada y ASSIR.
- Las y los médicos de familia, pediatras, ginecólogos, comadronas y personal de enfermería pueden dispensarla proporcionando la información de la anticoncepción de urgencia y garantizando su correcto uso.
- En caso de objeción de conciencia cada Centro dispensador se responsabiliza de tener, de forma continuada, un circuito que permita la libre accesibilidad para todas las mujeres que demanden el servicio.
- En todos los casos se recomienda una visita posterior a un Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) para asegurar el consejo anticonceptivo.

## Comunidad Autónoma Vasca

- No existe un protocolo de consenso del Servicio Vasco de Salud, pero si, en Bizkaia, una “Guía de Anticoncepción para consultas hospitalarias, extra-hospitalarias y equipos de Atención Primaria” elaborada y consensuada por las y los médicos adjuntos al Hospital de Cru-

ces-Barakaldo, y distribuida en todas las comarcas sanitarias, que establece las pautas a seguir en materia de anticoncepción de urgencia. Esta pauta se sigue en muchos Centros de Atención Primaria y por profesionales de algunas urgencias, tanto hospitalarias como extra hospitalarias, y la conocen todos los profesionales de OSAKIDETZA (Servicio vasco de Salud).

- En los Puntos de Atención Continuada (PAC) o bien se prescribe, o bien se deriva a los Centros de Planificación Familiar o a los módulos psicosociales subvencionados.

En Bizkaia se prescribe la receta en: Los Centros de Planificación Familiar públicos de Bizkaia (Cruces-Barakaldo y Ortuella) a las mujeres que son de la zona y en los módulos de Irala, San Ignacio y Rekalde.

## Comunidad foral de Navarra

- Resolución de la Comisión de Salud, de 11 de febrero de 2004, por la que se insta al gobierno de Navarra a garantizar y administrar gratuitamente el tratamiento de anticoncepción de urgencia.
- Según normativa se debe prescribir y dispensar durante la semana y en horario de mañana en todos los Centros de Atención a la Mujer. En fin de semana se dispensa en las urgencias del Hospital.

## Comunidad valenciana

- Se prescribe fundamentalmente en los Centros de Planificación Familiar para su compra en farmacia. No se suele realizar esta prestación desde los Centros de Atención Primaria ni en los Hospitales.

## Extremadura

- Se distribuye a través del Servicio Extremeño de Salud a los Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPF), donde la prescriben y dispensan las y los facultativos.
- La demanda realizada en los servicios de Urgencia de Hospitales, en los servicios de Atención Continuada o en el resto de consultas de Atención Primaria se suele derivar a los Centros de Planificación Familiar o bien se prescribe en una receta no financiada.

## Galicia

- La DOGA, (25 abril 2006), establece un protocolo por el que se determina la prescripción y dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia. Junio de 2008: la Consellería de Sanidade publica la “Guía técnica del proceso de anticoncepción”, dentro del Plan de Atención Integral à Saúde da Muller.
- La normativa establece que se prescriba y dispense en los Centros de Atención Primaria, en los Centros de Orientación Familiar (uno por capital de provincia, salvo dos en Coruña, y también uno Vigo y otro en Ferrol), y en Centros de Atención Continuada.



- En fin de semana se facilita desde las Urgencias de algunos Centro de Salud.
- Se realiza test de embarazo a todas las mujeres que lo solicitan.

### La Rioja

- Se establece que se prescriba desde los Centros de Atención Primaria para su compra en farmacia.

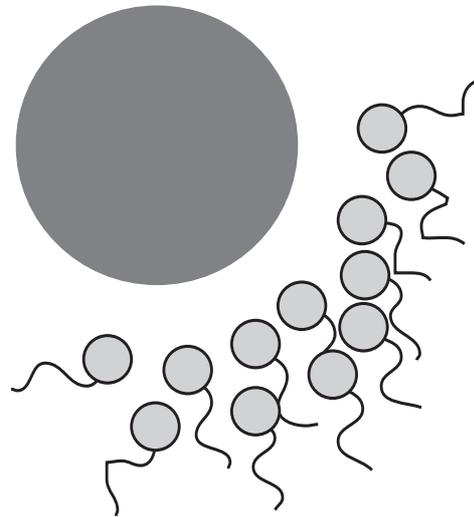
### Madrid

- Se prescribe en algunos Centros de Atención Primaria, a criterio de cada médico. No se dispensa en Hospitales. Los Centros Municipales de Salud, dependientes del Ayuntamiento de Madrid, la administran y es gratuita para menores de 21 años y personas con problemas sociales a criterio del médico o médica. En el Centro Madrid Salud Joven del Ayuntamiento se dispensa gratuitamente a mujeres menores de 21 años y, al igual que el Centro Municipal de Vallecas, abre los fines de semana.

- En algunos pueblos del área metropolitana: Alcalá de Henares, Arganda, Torrejón de Ardoz, San Fernando de Henares, Fuenlabrada y Leganés se dispensa por los servicios sanitarios del Ayuntamiento. Otros Ayuntamientos (Parla, San Agustín de Guadalix, Algete) tienen acuerdos con la Asociación de Planificación Familiar de Madrid para que sus profesionales la receten prestando el servicio en días laborables y horario limitado.
- El Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de la Asociación de Planificación Familiar-FPFE, ofrece atención todos los días incluidos fines de semana y festivos.

### Murcia

- Se establece que la prescriba la o el médico de familia o de urgencia en los Centros de Atención Primaria para su compra en farmacia.



# Conclusiones y recomendaciones

## Conclusiones

**1. El ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos**, la vivencia de la sexualidad sana, placentera, sin temores, libre de riesgos, y por tanto la prevención de embarazos no deseados requiere:

- Una educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos, no moralizante, basada en conocimientos científicos e incorporada al currículo escolar.
- Una correcta información y acceso a los métodos anticonceptivos.
- Unos servicios y prestaciones socio-sanitarias adecuadas a las características, necesidades y expectativas de la población.

**2. El embarazo no deseado es un problema de salud pública** que debe abordarse desde la prevención primaria en el marco de políticas sanitarias de promoción de la salud.

Muchos de los embarazos no deseados y por tanto de las interrupciones voluntarias de los mismos, se pueden evitar mediante el acceso rápido a la anticoncepción de urgencia.

**3. La anticoncepción de urgencia** es un fármaco, con indicación terapéutica, que **permite la prevención** de un embarazo no deseado después de una relación coital desprotegida o insuficientemente protegida, siendo por tanto un importante recurso de prevención primaria de salud.

**4. La Organización Mundial de la Salud** considera que la anticoncepción de urgencia es un recurso fundamental para mejorar la salud reproductiva y establece que es un **método seguro, eficaz e inócuo para la salud de la mujer**. Se encuentra entre los medicamentos declarados como “mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud” por este organismo internacional.

**5. El uso de la anticoncepción de urgencia cumple los principios de la bioética** ya que sirve al bienestar y autonomía de las personas, protege su derecho a la vida y a la salud, apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su vida sexual y reproductiva y a decidir sobre la misma desde su derecho de autonomía.

**6. El mecanismo de acción evidencia su carácter anticonceptivo** al actuar antes de que se inicie la gestación, no siendo eficaz una vez iniciado el proceso de implantación, a diferencia del aborto que supone la interrupción del proceso de desarrollo embrionario.

**7. Se debe utilizar en casos de urgencia** y no es apropiada como método anticonceptivo de uso regular, ya que su eficacia es menor que la de los métodos anticon-

ceptivos hormonales modernos de uso continuado. Por lo que es aconsejable acudir a un Centro de Salud para solicitar información y atención en anticoncepción.

**8. Para que la prevención sea eficiente** la administración de la anticoncepción de urgencia se debe realizar en el tiempo más breve posible. La eficacia de la anticoncepción de urgencia como medida de prevención de embarazos no deseados está asociada a un rápido acceso y pronta administración del fármaco. El índice de éxito del 95% en las primeras veinticuatro horas, tras una relación sexual coital sin protección, resulta un imperativo para garantizar la accesibilidad de la misma.

No es una emergencia vital pero su administración debe ser urgente y tiene que estar disponible las 24 horas del día para que la mujer pueda acceder a ella cuanto antes.

**9. El acceso a la información es una garantía para la protección en salud.** Se debe disponer de la información necesaria y objetiva, basada en el conocimiento científico, previa a la utilización del método y saber que la anticoncepción de urgencia es una alternativa válida. Esta información debe incluir sus beneficios, su forma de uso, su mecanismo de acción, el lugar donde deben dirigirse en caso de necesitar atención y la necesidad de que se inicie el tratamiento lo antes posible tras la relación sexual sin protección para evitar el embarazo no deseado.

**10. No existe un protocolo general que establezca las condiciones de prestación de la anticoncepción de urgencia en todas las Comunidades Autónomas.** El Sistema Nacional de Salud no financia ninguno de los nuevos anticonceptivos orales que contienen menor dosis hormonal, ni el Dispositivo Intrauterino, los métodos barrera, ni la anticoncepción de urgencia, pese a que en la Cartera de Servicios consta la necesaria asistencia en todos los métodos. Esto, junto al particular desarrollo del sistema sanitario público en cada Comunidad Autónoma, ha llevado a que la respuesta para atender esta prestación varíe entre las Comunidades Autónomas.

Se han identificado obstáculos de carácter económico, social y sanitario para el acceso rápido y eficaz a la anticoncepción de urgencia.

**11. Existen inequidades en el acceso a la anticoncepción de urgencia** debido a la desigual forma de afrontar su prestación por parte de las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas. En algunas Comunidades existen protocolos que establecen las pautas de prestación y establecen medidas para paliar los problemas de acceso, pero otras Comunidades carecen de ellos. En algunas, las autoridades sanitarias financian el fármaco y en otras son las mujeres las que



tienen que costeársela. Difieren las condiciones en que las mujeres acceden, el lugar donde se dispensa, las condiciones económicas de acceso, así como la existencia de servicios de fin de semana.

#### 12. Existen dificultades propias del sistema sanitario:

- En las Comunidades en las que no existe financiación autonómica, el precio actual de la anticoncepción de urgencia (19 euros la unidad), lo hace inaccesible para muchas personas y resulta socialmente inaceptable para grupos muy amplios de la sociedad, como la población joven, inmigrante y colectivos socialmente desfavorecidos.
- La obligatoriedad de la prescripción facultativa y la exigencia de receta médica retrasa en muchos casos el inicio del uso del tratamiento postcoital más allá del tiempo requerido para que sea eficaz.
- La ausencia de servicios de fin de semana, el escaso número de recursos específicos para atender a la población joven.
- Dificultad para preservar el anonimato, servicios con necesidad de citas previas, facilitar datos para sistemas de registro.

#### 13. Dificultades atribuibles a los y las profesionales del sistema sanitario:

- A pesar de que la anticoncepción de urgencia tiene carácter anticonceptivo y no abortivo, algunos y algunas profesionales se acogen a la objeción de conciencia.
- Existen reticencias a la dispensación, percepción de que no es una demanda urgente, falta de conocimiento de los mecanismos de acción, falta de reconocimiento de los derechos sexuales de la población joven, práctica de una medicina defensiva, desconocimiento o interpretaciones restrictivas de la consideración del “menor maduro” y de la normativa sobre autonomía del paciente, y prácticas que menosprecian su valor preventivo y de promoción de la salud o que emitan juicios valorativos sobre las conductas sexuales y anticonceptivas.

**14. Dificultades propias de las usuarias y particularmente de las y los adolescentes:** desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, falta de habilidades para acceder al tratamiento, falsas creencias sobre la existencia de efectos secundarios nocivos, miedo a la invasión de su intimidad, falta de percepción como sujetos de derecho.

Existe una dificultad real para que las y los jóvenes accedan a los servicios sanitarios de atención primaria, entre otros motivos, porque tal y como están estructurados y funcionan no responden a sus necesidades: inestabilidad de los recursos, cambios de denominación, de ubicación dentro de la red sanitaria, movilidad geográfica, horarios incompatibles con el tiempo libre de las y los jóvenes.

**15.** Conviene señalar que muchos de los **equivocos que a nivel social existen sobre la anticoncepción de urgencia**, parten de una información parcial, sesgada, no fundamentada en principios científicos, que se ofrece desde algunos medios de comunicación, que distorsiona la percepción social del carácter y naturaleza de la anticoncepción de urgencia.

**16.** Siendo **la accesibilidad al tratamiento postcoital un elemento fundamental para garantizar el principio de justicia y equidad**, es relevante considerar que desde el punto de vista científico no hay razón alguna para que la anticoncepción de urgencia requiera la prescripción médica.

La Unión Europea y la FDA americana (Food and Drug Administration) han determinado que el levonorgestrel es de automedicación segura y cumple los criterios establecidos para la consideración de fármacos de libre dispensación. Estos criterios son:

#### Autodiagnóstico

Ante la situación de un coito de riesgo, la posible usuaria de Levonorgestrel es la más indicada para el autodiagnóstico. Las posibles indicaciones de la anticoncepción de urgencia (fallo del método o coito desprotegido) pueden ser perfectamente diagnosticadas por la mujer.

El autocuidado de la salud precisa una correcta educación sexual.

#### Seguridad

Levonorgestrel tiene un bajo nivel de toxicidad y bajo riesgo de reacciones adversas graves; su relación beneficio-riesgo es totalmente positiva.

No presenta interacciones farmacológicas remarquables.

#### Uso incorrecto

La automedicación debe conllevar un bajo riesgo de mal uso, no crear dependencia, tolerancia o tener efecto rebote.

El tratamiento debe ser fácil de aplicar.

El peligro de la sobredosificación o si el producto se usa fuera de indicación debe ser mínimo.

Todo ello lo cumple Levonorgestrel.

#### Información y correcto uso en la indicación del producto

Para los productos de autoprescripción, la información dada al paciente debe contribuir a la seguridad y eficiencia del uso del producto. Debe recoger toda la información necesaria para garantizar que se minimizan los posibles riesgos de su mala utilización.

El prospecto del producto debe ser claro y completo y contener la información precisa para su correcto uso, así como las situaciones en que no se debe utilizar o debe hacerse con especiales precauciones. El

prospecto del producto debe ser legible y entendible para la usuaria.

### Experiencia

El producto debe ser ampliamente conocido y haber estado disponible en el mercado durante varios años antes de catalogarlo como producto de autoprescripción.

Levonorgestrel también lo cumple.

### 6. Dosificación y presentación

Para la automedicación, el tamaño del envase debe ser pequeño y con una relación correcta respecto al tiempo de tratamiento, sin que el formato pueda conllevar un riesgo de sobredosis.

Criterio que cumple Levonorgestrel.

En la actualidad las mujeres pueden obtener legalmente la anticoncepción de urgencia en una farmacia, sin receta médica, en 38 países.

### Países en los que se permite la venta de anticoncepción de urgencia sin receta médica

Europa	Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza, Lituania, Albania
América del Norte	EE.UU, algunas provincias de Canadá
América del Sur y el Caribe	Argentina, Jamaica
Africa	Benin, Camerún, Costa de Marfil, Gabón, Guinea, Kenya, Madagascar, Malí, Marruecos, Mauricio, Namibia, República del Congo, Senegal, Sudáfrica, Togo, Túnez
Oriente Medio	Israel
Asia	China, Malasia, Sri Lanka, Tailandia, Vietnam
Oceanía	Australia, Nueva Zelanda

## Recomendaciones

1. Se debe avanzar en la implantación y consolidación efectiva de la **educación sexual** en la enseñanza primaria y secundaria con el objeto de proveer conocimientos, habilidades y actitudes favorables a adolescentes y jóvenes y ofrecer respuestas a sus necesidades reales.

2. Se debe garantizar la **financiación pública** de los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de urgencia, de modo que se garantice el acceso a toda la gama de anticonceptivos.

3. Se debe promover la **información** sobre la anticoncepción de urgencia al conjunto de la población, garantizando el conocimiento sobre las características y condiciones de uso eficaz del tratamiento postcoital. Para ello es necesario:

- Informar sistemáticamente en los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- Incluir información en sitios WEB.
- Distribuir información impresa junto con los anticonceptivos de uso regular.
- Incluir información sobre anticoncepción de urgencia en los programas de educación sexual.
- Proporcionar información y formación específica a profesionales de los medios de comunicación sobre la naturaleza, mecanismos de acción y características de la anticoncepción de emergencia.

• Editar y distribuir materiales adecuados a las características socioculturales de las y los adolescentes y jóvenes que contribuyan a mantenerles informados.

4. Siendo la equidad un principio de nuestro marco normativo en salud, se deberían desarrollar medidas que aseguren un **acceso equitativo** al tratamiento postcoital, garantizando la igualdad de oportunidades en el acceso a la anticoncepción de urgencia independientemente del poder adquisitivo y lugar de residencia de las mujeres.

5. Las Comunidades Autónomas deberían disponer de **protocolos** que establezcan las pautas para la prestación de la anticoncepción de urgencia.

6. Las y los profesionales de los Centros de Salud deben garantizar una **prestación rápida, eficaz y confidencial** a quienes demandan anticoncepción de urgencia, al tiempo que faciliten información sobre los métodos anticonceptivos de uso regular como medidas preventivas de continuidad tras la toma del tratamiento postcoital.

7. Se debe recoger en los protocolos que la anticoncepción de urgencia puede **proporcionarla personal de enfermería, y personal farmacéutico** que haya recibido una adecuada formación previa.

8. Las Comunidades Autónomas deben garantizar que en todos los **Centros sanitarios del sistema público de salud** se facilita la prestación de anticoncepción de urgencia por el personal facultativo y de enfermería ase-



gurando la gratuidad de la prestación. Ninguna institución sanitaria ni ninguna Administración puede acogerse a la objeción de conciencia.

**9.** Asimismo en todas las **Farmacias** se deberá atender la solicitud de las mujeres para garantizar la inmediatez que requiere este tratamiento de urgencia.

**10.** Se debe facilitar el **acceso de las y los jóvenes a los servicios** y a los métodos anticonceptivos. Una prevención eficaz de embarazos no deseados en la población joven requiere que las actuaciones contemplen su particular vivencia de la sexualidad.

**11.** Se debe garantizar la **atención a menores de edad** de acuerdo a sus derechos contemplados en las leyes vigentes.

**12.** Se deben promover **programas de formación** dirigidos a las y los profesionales sanitarios de Atención Primaria para la actualización de conocimientos sobre la anticoncepción de urgencia y para promover una actitud favorable hacia el consejo informado, y la prescripción de la anticoncepción de urgencia.

**13.** Se deben desarrollar iniciativas de las mismas características dirigidas al **personal de farmacia**.

**14.** Se deben plantear medidas que abaraten el **coste** actual de la anticoncepción de urgencia para el caso de aquellas mujeres que prefieran la autoprescripción, de modo que no cuestione el principio de universalidad de la prestación.

**15.** Se debe establecer la **libre dispensación** en Farmacias, de acuerdo a las indicaciones establecidas por la UE y la FDA, garantizando así el rápido acceso a la anticoncepción de urgencia. El prospecto actual de Levonorgestrel deberá adecuarse a la nueva situación de autoprescripción.

**16.** Se considera que los **Registros** nominales son innecesario en la medida que constituyen una barrera para el acceso de la gente joven.

**17.** Dado el periodo de eficacia de la píldora, es decir su carácter de urgencia, resulta particularmente necesario la existencia de **servicios sanitarios de fin de semana** que la faciliten. Los servicios en fin de semana pueden ser:

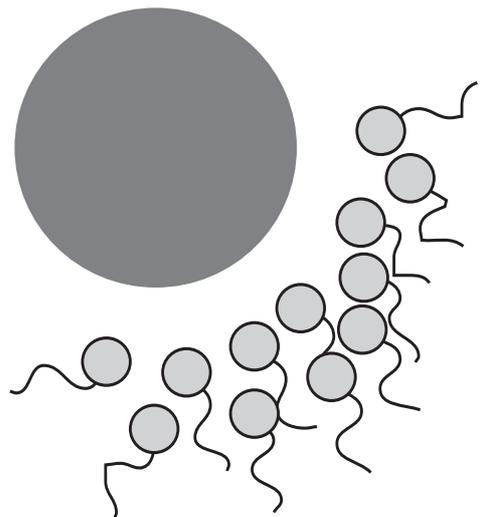
- Urgencias de los Centros de Salud
- Urgencias hospitalarias
- Servicios especializados en atención a jóvenes como: centros jóvenes de sexualidad y anticoncepción dependientes de Ayuntamientos o de ONGs.

**18.** Se debe fomentar la creación de **Centros específicos para la atención a jóvenes** en sexualidad y anticoncepción, siguiendo las recomendaciones establecidas por la OMS. Por tanto sería necesaria:

- La creación de un centro específico para jóvenes por cada 100.000 jóvenes entre 13 y 24 años.
- La existencia de servicios públicos específicos para jóvenes abiertos en fin de semana así como un teléfono sex-joven de información, con funcionamiento diario, incluido fines de semana, en cada Comunidad Autónoma.

Las características de estos servicios deberán incluir:

- Dependencia del sistema público.
- Prestación de atención gratuita.
- Confidencialidad asegurada.
- Garantizar la accesibilidad, por lo tanto deben ser servicios de proximidad, con horarios amplios y fijos, abiertos los fines de semana.
- Que cuenten con profesionales capacitados para la atención a jóvenes.



# Bibliografía

---

- Álvarez D, y otros. "Guía de actuación en anticoncepción de emergencia". Pulso Ediciones. 2002.
- Amarilla Manuel. "El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia". Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico. Barcelona 2006.
- Organización Mundial de la Salud. "Levonorgestrel para Anticoncepción de Emergencia". Marzo 2005.
- Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC). "Píldoras anticonceptivas de Emergencia: Guía médica para la prestación de servicios". 2003.  
(<http://www.cecinfo.org/files/FNAL.Mecanismodeacc.pdf>).
- Federación de Planificación Familiar. "Guía Sex-Joven. Recursos específicos en sexualidad y anticoncepción para jóvenes". Madrid, Julio 2004.
- Daphne noticias. Boletín informativo sobre salud de la mujer nº 4. Octubre 2002.
- Sociedad Española de Contracepción (en colaboración con la Federación de Planificación Familiar de España). "Libro Blanco de la anticoncepción en España". Ediciones Aula Médica. Madrid, 2005.
- International Planned Parenthood Federation. "Pautas médicas y de prestación de servicios para servicios de salud sexual y reproductiva". Londres, 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. "Ganar Salud con la juventud". Madrid, Junio 2002.
- World Health Organization (WHO). Organización Mundial de la Salud. "Emergency Contraception. A guide for service delivery". 1998.
- Dirección General de Salud Pública de Cantabria. "Anticoncepción de emergencia. Protocolo de dispensación". Consejería de Sanidad y servicios sociales. Cantabria, 2006.
- Federación de Planificación Familiar de España. "Proyecto Pre-Ven. Estudio sobre anticoncepción postcoital en España". Madrid, 1996.



# Grupo de expertas y expertos

## **Mauel Amarilla Gundín**

Abogado. Presidente del Grupo europeo de derecho farmacéutico (EUPHARLAW).

## **Vicente Barragán Gómez-Coronado**

Médico. Máster en sexualidad humana. Centro de orientación y planificación familiar de Alcántara (Cáceres). Servicio extremeño de salud. Asociación extremeña de planificación familiar y educación sexual.

## **Atilano Carcavilla Urquí.**

Médico-pediatra. Sexólogo. Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad – Asociación de Planificación Familiar de Madrid.

## **Guillermo González Antón**

Médico, sexólogo. Federación de Planificación Familiar Estatal.

## **Juan Madrid Gutierrez**

Licenciado en medicina. Master en Salud Pública. Organismo Autónomo Madrid Salud. Centro Madrid Salud Joven. Ayuntamiento de Madrid.

## **Sagrario Mateu Sanchiz**

Jefa de Servicio de Salud de la Mujer y del Niño. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo

## **Luis Monasterio Astobiza.**

Psicólogo. Master en sexología. Centro de Planificación Familiar de Osakidetza. Cruces-Barakaldo. Asociación de educación sexual y planificación familiar de la Comunidad autónoma vasca-Atseginez.

## **Nieves Nogal**

Técnica en juventud. Coordinadora del programa del Teléfono joven de información sexual. Confederación de Asociaciones de Vecinos de Castilla-La Mancha.

## **Celsa Perdiz Álvarez**

Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Psicología. Trabajadora social del C.O.F. Nóvoa Santos de Ourense. Profesora Asociada de la Universidad de Vigo.

## **Francisco Javier Pérez del Rio**

Enfermero. Centro de Planificación Familiar-COF “La Cagija”. Santander.

## **Rosa Ros Rahola**

Médica. Centro Jove de Anticoncepció i Sexualitat – Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.

## **Isabel Serrano Fúster**

Ginecóloga. Centro Madrid Salud Joven, Ayuntamiento de Madrid. Federación de Planificación Familiar Estatal.

## **Carmen Toledo Sánchez**

Técnica de participación juvenil. Consejo de la Juventud de Albacete. Asociación manchega de planificación familiar y sexualidad.

## **Esther de la Viuda García**

Ginecóloga. Servicio de ginecología del Hospital Universitario de Guadalajara. Sociedad Española de Contracepción.

## **Elisa Vizquete Rebollo**

Médica, especialista en medicina preventiva y salud pública. Servicio andaluz de salud. SSCC. Sevilla.

## **Coordinación: Justa Montero Corominas**

Técnica de la Federación de Planificación Familiar Estatal.



**Federación de  
Planificación Familiar  
Estatal (FPFE)**

Almagro, 28  
28010 Madrid  
Tel.: 91 591 34 49  
e-mail: [info@fpfe.org](mailto:info@fpfe.org)  
web: [www.fpfe.org](http://www.fpfe.org)

Con la financiación de:



Entidades colaboradoras:

