



Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires

Situación y respuesta 2016-2018



Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS
Ministerio de Salud

Con el
apoyo de:



Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA

Fabián Portnoy

Coordinador

Equipo de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS

Ariel Aguerri, Ana Arévalo, Agustina Bafico, Luciana Betti, Miriam Bruno, Carolina Buceta, Ángeles Capressi, Malala Carones, Evelina Carrizo, Mariela Cuadrado, Gastón De Simone, Jorge Di Lonardo, Adriana Duran, Graciela Fernández Cabanillas, Graciela Giorgetti, Luciana Goldín, Adrián Gómez, Cynthia Hirsch, Martín Hojman, Silvana Lecce, Luciana Marachlian, Viviana Mazur, Grisela Minissale, Sebastián Nardi, Patricia Orge, Claudia Ottobre, Laura Pistani, Agustín Rojo, Alejandro Román, Darío Serantes, Fabiana Trillo, Florencia Vulcano, Silvina Vulcano, Silvana Weller

Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires.

Situación y respuesta 2016-2018

Coordinación editorial: Silvana Weller

Edición y corrección: Malala Carones y Agustín Rojo

Diseño: Guadalupe Iglesias

Donato Álvarez 1236, 1º piso

Tels. 5197-2842 / 5197-2438

coordinacionsida@buenosaires.gob.ar

Diciembre de 2019

Índice

5

Presentación

10

Introducción

13

Determinantes

La salud sexual y reproductiva: un paradigma con eje en los derechos, el género y el acceso universal a las prestaciones 14

- » La especificidad de la consulta en anticoncepción 16
- » Interrupción legal del embarazo 19
- » De los derechos a las prácticas sanitarias: organización institucional de la respuesta desde el subsector público de salud 19

23

Población

Indicadores sociodemográficos 23

- » La cobertura de salud en mujeres adolescentes (15 a 19) y jóvenes (15 a 29) 26
- » Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente 26
- » Partos de mujeres residentes y nacimientos en hospitales públicos 30

Conocimiento y comportamiento en salud sexual 34

- » Edad de inicio de relaciones sexuales en población general y adolescentes 34
- » Métodos anticonceptivos: conocimiento, uso en la primera relación y modo de conseguirlo 35
- » Salud sexual y reproductiva de los jóvenes porteños. Encuesta joven 2016 36

Definición de “población objetivo” para el cálculo de aseguramiento de insumos y la estimación de cobertura con métodos anticonceptivos 42

- » Cálculo de población objetivo para el aseguramiento de insumos 42
- » Estimación de población objetivo por área programática 46

48

Acciones programáticas

- Nivel central 48
- Nivel local 54
 - » Puntos de acceso o puertas de entrada 54
 - » Organización de la respuesta en los establecimientos 56

62

Utilización de servicios

- Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos 62
 - » Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa” 64
 - » Metodología para estimar alcances de la respuesta usando el indicador “cantidad anual de mujeres protegidas” 66
 - » Anticoncepción quirúrgica 75

Utilización de servicios II: 76

- » Indicadores para el monitoreo de la política de acceso a la ILE 78

91

Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires

98

Participantes

101

Trabajos citados



Presentación

Desde hace más de tres décadas, el sistema público de salud de la ciudad viene desarrollando acciones orientadas a la salud sexual y reproductiva así como a la prevención y asistencia del VIH y otras ITS. Primero se creó el programa de Procreación Responsable —que fue actualizando tanto su nombre como sus líneas de trabajo— y, tiempo después, el programa municipal de Sida, que se transformó en Coordinación Sida hace casi 20 años. En 2016 se resolvió unificar ambos programas en la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS como una manera de dar mayor integralidad a la respuesta del Ministerio en este campo de la salud.

5

Con este mismo propósito, a mediados de 2018, se puso en marcha un Plan Integral e Interministerial de Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva, del que participan, entre otros organismos, los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social de la CABA.

Dicho plan implicó un sustancial incremento de los esfuerzos y recursos destinados a esta política. Algunas de sus acciones —la campaña de comunicación “Gozá de tus derechos” o la apertura de centros de salud durante los fines de semana— buscaron poner el tema en el espacio público y al mismo tiempo difundir los recursos con los que cuenta la ciudadanía para atender su salud sexual y reproductiva. Otras, más permanentes, se orientaron a conformar espacios institucionales de articulación, producir materiales informativos destinados a la población y los equipos de salud, capacitar en forma permanente a trabajadoras/es de salud y educación y aumentar significativamente la inversión en insumos y recursos. Esto permitió equipar con nuevo instrumental a los centros de salud que lo precisaban e incorporar nuevos métodos de larga duración a las adquisiciones periódicas de Ministerio.

Este es el marco estratégico en el cual se inscribe la tarea de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS y en el que cobra pleno sentido el presente informe.

Sus páginas recuperan la historia de trabajo en salud sexual y reproductiva y, a partir de diversas fuentes, brindan un panorama detallado de la situación actual y de las acciones desarrolladas para darle respuesta: desde información sobre el marco legal que protege los derechos sexuales y reproductivos; los equipos, recursos técnicos y servicios disponibles y la efectiva utilización de estos servicios por parte de la población.

Para quienes cotidianamente trabajamos con el objetivo de mejorar la salud de nuestra comunidad, este informe intenta ser una herramienta que nos permita dimensionar los resultados de nuestro esfuerzo, identificar logros y dificultades y encarar en mejores condiciones los desafíos que se nos presentan en el particular campo de la salud sexual y reproductiva.

6 **Salud y derechos sexuales y reproductivos en el Plan de Salud de CABA**

La ciudad de Buenos Aires ha sido pionera en la formulación e implementación de políticas y programas innovadores dentro de lo que hoy conocemos como el campo de la salud sexual y reproductiva y también en la respuesta a la epidemia de VIH/sida.

En el marco del Plan de Salud, implementado entre 2015 y 2019, se definieron líneas priorizadas, entre ellas la referente a la salud sexual. Se comenzaron acciones dirigidas a fortalecer el primer nivel de atención, formando equipos de salud y mejorando y ampliando la red de Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC). Como resultado de estas acciones, se registró un aumento significativo de la accesibilidad a las distintas prácticas, entre ellas las de salud sexual.

Este proceso comenzó en las comunas del sur –4, 7, 8 y 9– para luego extenderse al resto de la ciudad. Se definieron áreas de responsabilidad de cada uno de los CeSAC y a su vez de cada uno de sus equipos de salud que, así, tienen una población a su cargo. De esta manera, se genera un mayor vínculo entre la población y sus equipos y se favorece la continuidad en los cuidados. Cabe destacar que parte de la actividad de estos equipos

se realiza en territorio e implica relacionarse con los distintos actores allí presentes, conociendo y fortaleciendo los lazos comunitarios. Esto permite llevar la salud donde antes no llegaba.

Las acciones programáticas en salud sexual y reproductiva en la ciudad tienen más de 30 años y ya pasaron casi 20 desde la creación de la Coordinación Sida. En este lapso han cambiado muchas cosas: se ha avanzado en una perspectiva de derechos que reconoce el género y la diversidad como aspectos fundamentales de las prácticas en salud sexual, reproductiva y no reproductiva. También se ha ampliado el marco normativo y legislativo, se han incorporado nuevos equipos de hospitales y centros de salud como efectores de las acciones, se ha incrementado la oferta y variedad de insumos y el número de consultantes y, en nuestro caso particular, se ha fortalecido el equipo de gestión central mediante la fusión de los programas.

Así, como se señaló más arriba, en 2016 el Ministerio de Salud porteño unificó los programas de Salud Sexual y Reproductiva y la Coordinación Sida bajo la denominación de Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS (CSSSeITS). Si bien la superficie de trabajo de ambos programas “verticales” tiene como campo común la provisión de cuidados y atenciones en el ejercicio de la sexualidad de las personas, sus especificidades, orígenes y tradiciones permiten identificar algunas diferencias, una de las cuales es la importancia brindada al papel que juegan la recolección, análisis y devolución de la información a los equipos locales que participan de las respuestas, y a la sociedad en su conjunto.

La respuesta al VIH-sida se nutrió, desde su comienzo, de la información brindada por la epidemiología, para mejorar el registro de los casos y, a partir de su análisis, poder identificar y estimar el volumen de poblaciones con diferente vulnerabilidad, establecer líneas de prevención prioritarias, calcular compras de insumos y también construir indicadores de los procesos de trabajo implicados en la gestión de las estrategias preventivas, de acceso al diagnóstico y de provisión de tratamientos antirretrovirales. Esta tradición de producción y divulgación de información actualizada se vio plasmada en los materiales que la Coordinación Sida publicó desde diciembre de 2001, en los primeros tiempos bajo el nombre de *Infosida* y

en años posteriores bajo la denominación de *Situación epidemiológica de VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires*.

En el caso de Salud Sexual y Reproductiva, el Programa contaba con la información sistematizada sobre los insumos que proveía a los establecimientos y la información sobre colocación de implantes, anticoncepción quirúrgica e interrupciones legales del embarazo, producida por los equipos locales y reportada en planillas electrónicas, de modo semestral, al nivel central. Estos fueron, entre otros, los datos que hemos organizado para facilitar su divulgación¹.

Así, la nueva integración programática incluyó algunas modificaciones organizativas, entre las cuales estuvo el desarrollo de una línea de trabajo destinada a sistematizar, producir y analizar información sobre salud sexual y reproductiva, como una estrategia que tiene tres objetivos:

- a. Contar con información que brinde sustento a la planificación;
- b. Monitorear y evaluar las acciones;
- c. Valorizar y visibilizar el trabajo que realizan los equipos locales de modo cotidiano y el sistema de salud público en su conjunto.

En este material encontrarán información útil para la reflexión acerca de nuestras prácticas, sus sentidos y la necesidad de plantearnos cambios. Espero que este nuevo encuentro entre información, reflexión crítica y quehacer sanitario sea un aporte significativo a la tarea cotidiana.

Quiero destacar y agradecer el compromiso de los integrantes de los equipos de salud involucrados en la respuesta sociosanitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva, sin cuya participación sería imposible construir la calidad de información y análisis que presentamos en este documento.

1. La única evaluación que realizó el Programa fue en 1995. Fue de carácter participativo y sus resultados, cuantitativos y cualitativos, se volcaron en una publicación —duplicada y distribuida en su momento— que no está disponible en formato digital. El primer análisis de situación y respuesta de la CSSSeITS se realizó finales de 2016, con la colaboración de la Lic. Georgina Carluccio. Ese documento, del que sólo se divulgó un Resumen Ejecutivo (CSSSeITS-MS-GCBA, 2017), constituye la base fundamental sobre la que se elabora el presente análisis.

Finalmente, quiero reconocer también el rol destacado y comprometido que desarrollan lxs integrantes de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, sosteniendo los objetivos y valores fundacionales de nuestro equipo técnico, remarcando la naturaleza ético-política de la gestión como una manera de dar respuestas a problemas que involucran a personas.

Dr. Fabián Portnoy

Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS.

Ministerio de Salud de la CABA



Introducción

¿Qué formato darle a esta publicación? Para diseñar este informe hemos revisado publicaciones de otros países y ciudades y las hemos adaptado a las fuentes de información locales de las que disponemos.

Para organizar “qué mirar” —las dimensiones del análisis— y cómo hacerlo —qué indicadores o información utilizar— nos hemos basado parcialmente en el documento **Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados** (OMS/UNFPA, 2009). Este modelo fue revisado de modo crítico por el equipo de SSyR a fin de consolidar la propuesta que presentamos, que consta de cuatro dimensiones o niveles de análisis: el nivel de los determinantes, el de la población, el de las acciones programáticas y el de la utilización de servicios.

Para cada una de las dimensiones se construyó —en función de la información disponible— una serie de indicadores que permiten no sólo trazar un panorama para un momento determinado sino también para analizar cambios de la situación en el tiempo.

Cuando hablamos de *indicadores* nos referimos a una *variable* (pues puede asumir diferentes valores) que puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo y que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros y/o reflejar cambios (OPS/OMS, 2001). Permite comparar en un mismo momento diferentes situaciones o una misma situación a través del tiempo. Para analizar nuestro trabajo cotidiano podemos usar indicadores “tradicionales” (que se encuentran universalmente aceptados) como por ejemplo “tasa de fecundidad” y también crear nuevos, como por ejemplo “cantidad de mujeres con cobertura completa en métodos anticonceptivos durante un año”. Lo importante de usar indicadores (tradicionales o nuevos) es que sepamos qué significan, para qué los estamos usando y a partir de qué decisiones se seleccionaron y construyeron.

A continuación se detallan las cuatro dimensiones del análisis; se mencionan algunos indicadores para cada una de ellas así como las principales fuentes utilizadas para construirlos.

- **DETERMINANTES:** refiere a aquellos elementos que dan cuenta del contexto en el que se desarrolla la respuesta. Algunos indicadores que aquí se toman son: la **existencia de una política sobre salud sexual y reproductiva** (en los distintos niveles, nacional y local), **sus características** y la **sanción de leyes sobre la materia**. Para la elaboración de estos indicadores se utilizaron como fuentes registros administrativos propios, examen de leyes y programas y conversaciones con informantes claves que participan de la respuesta en la Ciudad.
- **POBLACIÓN:** aquí se agruparon aquellos indicadores que nos permiten caracterizar la población objetivo de la política pública, es decir, aquellas personas a quienes el Programa tiene que dar respuesta. Los indicadores que incluimos en esta dimensión son **estadísticas vitales** (fecundidad, natalidad, nacimientos) e indicadores que sirven para dar cuenta de la **inequidad y vulnerabilidades específicas** en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad). En la línea de incluir en el análisis de la población no sólo indicadores sociodemográficos sino también los que aportan la *vigilancia de segunda generación*², se considera además la **información provista por encuestas a la población** (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013) (Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud, 2017). Por último, se incluyen los criterios y el cálculo de la población objetivo del Programa. Para estos cálculos se siguieron los **criterios** utilizados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires (Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA, 2017). Las **fuentes** utilizadas para determinar la población objetivo

2. Los principios de vigilancia de segunda generación tienen por objetivo mejorar la calidad de la información que utilizan los programas para el monitoreo de la respuesta, incluyendo las tendencias del conocimiento y el comportamiento de la población con respecto al asunto que se trata, con el fin de proporcionar información indispensable para diseñar intervenciones y evaluar su impacto (ONUSIDA/OMS, 2019, pág. 7).

fueron datos provenientes de la Dirección de Estadísticas y Censos del GCBA (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018) y los de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

- **ACCIONES PROGRAMÁTICAS:** se refiere al **desarrollo institucional** del Programa o la respuesta en salud sexual y reproductiva que da el sistema público de salud de la ciudad en sus diferentes niveles de implementación (desde los ministerios o nivel central hasta los establecimientos donde se realiza la política). Algunos de los indicadores aquí incluidos son la **canasta de insumos disponibles para satisfacer las necesidades de las usuarias en materia de salud sexual y reproductiva** (variedad, volumen y composición de los insumos adquiridos); la **cantidad de establecimientos que brindan respuesta**, esto es las “puertas de entrada” o “puntos de acceso”; las **características de la respuesta** en cada uno de los establecimientos, en el sentido del abanico de prestaciones que ofrece cada uno; **composición y organización de los equipos locales**, etc. Para la elaboración de estos indicadores se contó con registros administrativos, investigaciones locales y entrevistas a informantes claves.
- **UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS:** refiere al “encuentro” entre el sistema de salud (mediado por los equipos que trabajan en los establecimientos sanitarios) y las personas usuarias. En lo atinente a la provisión de métodos anticonceptivos, se propone calcular el alcance de las acciones y estimar la proporción de cobertura con relación a la población objetivo. Con respecto a las interrupciones legales del embarazo (ILE), se propone conocer el acceso de la población a ellas e identificar algunas características que hacen a la calidad de la atención brindada. Algunos indicadores de esta dimensión son: **cantidad de insumos distribuidos** por el Programa a los establecimientos, cálculo de **cantidad de mujeres con cobertura completa**, estimación de la **cantidad anual de mujeres protegidas (CAMP)** por métodos anticonceptivos, y **cantidad y calidad de la atención de las interrupciones legales de embarazo** realizadas. Las fuentes fueron los registros administrativos de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS (CSSSeITS) referidos al movimiento de insumos y las planillas que con carácter semestral envían los establecimientos con la información sobre anticoncepción quirúrgica e ILE.



Determinantes

La salud sexual y reproductiva: un paradigma con eje en los derechos, el género y el acceso universal a las prestaciones

La Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) es el paradigma en el que se basa la ciudad de Buenos Aires para comprender y desarrollar políticas públicas en esta área. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, se alcanzó una nueva política global de consenso que puso énfasis en un enfoque de salud sexual y reproductiva basado en los **derechos**, el **género** y el **acceso universal** a las prestaciones que garantizan los cuidados. A diferencia de los modelos de comprensión anteriores, centrados en el control demográfico (Hardy, 1999), el principal basamento filosófico de la salud sexual y reproductiva reposa en el derecho individual a disfrutar, o por lo menos a no padecer, por el ejercicio de la sexualidad (sea esta con intenciones reproductivas o no).

Los **derechos sexuales y reproductivos** forman parte de los derechos humanos y garantizan que toda persona decida libremente sobre su propia vida sexual y reproductiva. Los **derechos sexuales** refieren a la libertad para ejercer la sexualidad de manera saludable y libre de abusos, coerciones, violencia o discriminación. Los **derechos reproductivos**, por otra parte, hacen referencia a las decisiones sobre las capacidades procreativas (decidir tener o no hijos, así como la cantidad y el espaciamiento entre ellos) (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2018).

En nuestro país, la ley nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable de 2003 se propuso específicamente, entre otras cosas: promover la salud sexual de la población adolescente, potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sexuales y de procreación, garantizar el acceso a información, orientación, métodos y prestaciones de servicios, prevenir infecciones de transmisión sexual y prevenir los embarazos no deseados.

Nuestra ciudad fue pionera en el país en la formulación e implementación de políticas y programas de lo que hoy llamamos el campo de la salud sexual y reproductiva. En 1988 se comenzó a implementar en nuestra ciudad el primer Programa del país, llamado “de Procreación Responsable”, como una experiencia, en principio, limitada a algunos servicios hospitalarios y que a la fecha se expresa en prácticamente todos los establecimientos sanitarios de la Ciudad.

A su vez, el texto de la Constitución de la ciudad de Buenos Aires de 1996 plantea textualmente que: “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos” (artículo 37).

A principios de 1999 se sancionó la Ley Básica de Salud de la CABA. Esta ley reconoce los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen, por ejemplo, el acceso a información y métodos anticonceptivos. En sus consideraciones la Ley establece la obligación del Poder Ejecutivo de la ciudad de diseñar e implementar un Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y un Programa de prevención de VIH-sida e ITS.

Así, en nuestra ciudad la ley N° 418 del año 2000 dio marco legal al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, basado en el reconocimiento de los derechos reproductivos y en el compromiso indelegable del Estado de satisfacer las necesidades en salud reproductiva de la población y garantizar esos derechos. La perspectiva integral de este Programa está plasmada en sus objetivos: prevenir embarazos no deseados, dar información y proveer métodos anticonceptivos, promover el uso del preservativo para prevenir ITS y VIH-sida, promover la participación de los varones, disminuir la morbimortalidad materna e infantil, entre otros. A su vez, hace hincapié en dar prioridad a la población adolescente en las políticas públicas relativas a la salud sexual y reproductiva, y garantiza la existencia de servicios y profesionales capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género.

En lo referido al acceso a la información y en lo que hace específicamente a la **población adolescente**, la ley de Educación Sexual Integral -ESI-

(N° 26.150, 2006) establece el derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos de gestión estatal y privada y define la ESI como “la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos”, de la que deriva su integralidad.

El nuevo Código Civil y Comercial (art. 26) reconoce que los/as menores de 18 años tienen **capacidad progresiva** en el ejercicio, por sí mismos, de sus deberes y derechos (capacidad de ejercicio). Esta autonomía progresiva se relaciona con la madurez de cada uno/a, la capacidad de comprensión y entendimiento de la información, y de las consecuencias de ciertos actos y decisiones. Pueden hacer algunas cosas, pero para otras necesitan de la asistencia de sus padres/madres o tutores/as. Considera que los/as adolescentes son los menores de edad que tienen entre 13 y 18 años, y entre ellos/as distingue dos grupos con capacidad de ejercicio diferentes:

De 13 a 16: pueden tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su propio cuerpo, hacerse tratamientos médicos no invasivos que no comprometan su salud, su integridad física o su vida. Por ejemplo: pueden ir al médico/a, hacerse análisis de sangre, ecografías, radiografías. Para esto no necesitan la autorización de sus padres/madres o tutores/as.

De 16 a 18: pueden tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su propio cuerpo, realizarse ligaduras tubarias, vasectomías, acceder a la interrupción legal del embarazo, donar sangre, hacerse tatuajes, *piercings*, cirugías estéticas reparadoras. Para otras prácticas que puedan comprometer su salud deben esperar a la mayoría de edad (18 años) o contar con la autorización de sus padres/madres o tutores/as (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2018).

En cuanto al consentimiento informado para **personas con discapacidad**, se aplica la misma normativa que para toda la población. No existen obstáculos para su implementación, solo hay que tener en cuenta que en algunos casos será necesario poner en marcha un sistema de apoyo para que el contenido del mismo sea comprendido por la persona. En el caso de personas con discapacidad visual, debe estar en formato Braille, audio o una persona debe leer el contenido del texto. Para personas con baja visión, debe tener una letra de mayor tamaño con un contraste adecuado. Para las personas

sordas, es importante que el texto también sea simple, y poder contar, si es necesario, con un intérprete de lengua de señas.

Para el caso de personas con discapacidad intelectual, se debe contar con una versión ajustada al nivel del lenguaje que la persona puede comprender, es decir, hay que tener en cuenta los principios del lenguaje simplificado. Lo mismo se aplica para personas con discapacidad psicosocial. Esto se puede complementar con el apoyo de una persona que le explique en lenguaje simple el contenido del texto. En ningún caso se le debe privar a la persona del derecho de elegir un método anticonceptivo o de ingresar sola a la consulta. En cuanto a la anticoncepción quirúrgica en los casos de inhabilitación jurídica, la decisión suele quedar en manos de los tutores o tutoras, aunque esto entra en tensión con la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (de rango constitucional, bajo la Ley N° 27.044), que en su artículo 12 se pronuncia sobre la igualdad de las personas ante la ley.

En cuanto a la titularidad de derecho, siempre la persona es quien debe firmarlo y consentirlo. Que exista este sistema de apoyo no implica que ese recurso humano sustituya a la persona destinataria.

En cuanto a los derechos de las personas que perciben una identidad de género diferente a su sexo de nacimiento (personas *trans*), la normativa argentina (Ley Nacional 26.743 de Identidad de género) garantiza que toda persona a partir de los 18 años puede solicitar la modificación en su DNI del sexo, nombre de pila e imagen. En el caso de que se trate de un/a menor de edad, son sus representantes legales (con expresa conformidad del/la menor) quienes deben iniciar el trámite.

La especificidad de la consulta en anticoncepción



La elección de un método anticonceptivo debe darse en el marco del encuentro o conversación (consejería) entre la persona y el equipo de salud, espacio donde se produce un intercambio de diferentes tipos de saberes: los del equipo, basados en el conocimiento científico y técnico, y los de la persona, basados en su trayectoria singular (conocimientos previos,

experiencias propias o de otras personas cercanas, conocimiento de su cuerpo y de su situación vital, etcétera).

Quien busca un método anticonceptivo no es una persona que padece una enfermedad (aun en los casos en que tenga un problema de salud que condicione la elección del método) y por ello el método anticonceptivo, si bien puede ser un medicamento, no es un “remedio”.

También vale la pena recordar que la elección de un método, salvo excepciones, debe considerarse por definición como una elección transitoria, en la medida en que, a lo largo de su vida fértil, es posible que una persona vaya optando por diferentes métodos en función de las experiencias que haya tenido con cada uno de ellos, los momentos vitales por los que atraviesa, etcétera.

Estudios recientes (Trussel, 2011) mostrarían **buena aceptabilidad** de los métodos de **larga duración** cuando son de **fácil acceso**.

La eficacia real de un método depende de su eficiencia y de la aceptabilidad que tiene por parte de la usuaria. En la Tabla 1 se observa el nivel de eficacia y adherencia de un grupo de personas en relación con distintos métodos anticonceptivos (Trussel, Contraceptive efficacy, 2011).

TABLA 1. Porcentaje de falla del método y porcentaje del uso continuo al final del primer año, Estados Unidos

Método	Uso típico (%)	Uso perfecto (%)	% de mujeres que continuaron con el método después de un año
Condón masculino	15	2	49
ACO combinado o de 1 solo progestágeno	8	0,3	68
Hormonal inyectable	3	0,05	56
DIU T de cobre	0,8	0,6	78
DIU LNG	0,2	0,2	80
Implante	0,05	0,05	84

Fuente: Trussell, J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher, R.A.; Trussell, J.; Nelson, A.L.; Cates, W.; Kowal, D.; Policar, M., editores. Contraceptive technology: twentieth revised edition. Nueva York: Ardent Media, 2011.

Estudios como el mencionado han sido tomados como base para impulsar desde la CSSSEITS, en consonancia con los lineamientos de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, una política que, **sosteniendo el principio indelegable del derecho a elegir**, apuesta a la promoción del uso de los métodos de larga duración y a la disminución de barreras en el acceso (por parte del sistema y de los equipos). Nuestro Ministerio de Salud ha adherido a esta política desde el año 2015, lo cual, como se verá más adelante, generó un impacto notable en el aumento de la cobertura.

Interrupción legal del embarazo



La Ciudad garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en aquellos casos contemplados en el Código Penal en su artículo 86 (1921), el fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia (2012) y el Protocolo sobre interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud (2015):

- » Si el embarazo es producto de una violación, entendida como cualquier relación sexual no consentida o en un marco de violencia de género.
- » Si el embarazo pone en riesgo la vida o la salud. Actualmente el concepto de salud en la legislación nacional e internacional es el de salud integral, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica y social (OMS/Ley Básica de Salud).

En ningún caso se requiere intervención policial ni judicial. Y el proceso termina con el suministro de un método anticonceptivo y el abordaje que cada situación requiera.

De los derechos a las prácticas sanitarias: Organización institucional de la respuesta desde el subsector público de salud



La respuesta del sistema en materia de cuidados de la salud sexual y reproductiva contempla dos dimensiones básicas: una, orientada a brindar información y asesoramiento; otra, a garantizar servicios e insumos.

- Brindar información actualizada y adecuada a las diferentes audiencias sobre:
 - » Cuidados para prevenir embarazos no intencionales. Existencia y características de los métodos anticonceptivos modernos.
 - » Cuidados para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS).
 - » Acceso a consejerías para reducción de riesgos y daños y acceso a la ILE.
 - » Diversidad sexual.
 - » Perspectiva de derechos y de género.

- Acceso para toda la población sin costo adicional a:
 - » Métodos anticonceptivos.
 - » Interrupciones legales del embarazo.



Todas las prestaciones mencionadas son provistas en nuestra ciudad a través de los establecimientos del subsistema de salud público (hospitales, centros de salud y centros médico barriales) y también, al estar incluidas en el Plan Médico Obligatorio, deben ser provistas sin costo adicional para quienes cuentan con obra social y/o medicina prepaga.



Con el propósito de brindar una red de cuidados progresivos, el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires cuenta con establecimientos sanitarios de acceso gratuito y universal de creciente nivel de complejidad que, para los fines de la respuesta en SSyR, se agrupan en tres tipos: los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), que son los centros de salud del primer nivel de atención; los hospitales generales de agudos³ (HGA) y los hospitales especializados en Obstetricia (Maternidad Sardá), en Niños, en Salud Mental, en Infecciosas, entre otros.

En la Figura 1 se ve qué prestaciones debe brindar cada uno de los niveles de atención.

3. La mayoría de los cuales cuenta con maternidad.

FIGURA 1. Prestaciones en salud sexual y reproductiva que deben ser brindadas desde cada uno de los niveles de atención



MAC: métodos anticonceptivos; AIPE: anticoncepción inmediata post evento obstétrico; ACO: anticoncepción.

Los CeSAC tienen un lugar privilegiado para la promoción comunitaria de los derechos sexuales y reproductivos y la difusión tanto de los métodos anticonceptivos como de los servicios destinados a proveerlos, siempre en el marco de consejerías en salud sexual. Deben proveer métodos anticonceptivos a la población que lo requiera, así como brindar asesoramiento en reducción de riesgos y daños a las personas que tienen dudas sobre la continuidad de un embarazo. Deben también atender las interrupciones legales del embarazo cuando se trata de gestas de hasta 12 semanas y encaminar hacia el segundo nivel aquellas que se encuentran en estados de gestación más avanzados o que, por motivos biológicos, psicológicos y/o sociales no pueden ser resueltas de modo ambulatorio aun cuando sean menores a 12 semanas. Tanto en los casos en que intervengan en reducir riesgos y daños como en las situaciones de interrupción legal de embarazo, deben ofertar la anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE).

Los hospitales generales de agudos y la Maternidad Sardá son el espacio privilegiado para brindar la anticoncepción inmediata post evento

obstétrico (AIPE), realizar la anticoncepción quirúrgica (ligaduras tubarias y vasectomías), ofertar consultorías para reducción de riesgos y daños y atender las interrupciones legales del embarazo de personas con gestas mayores a las 12 semanas o situaciones de gestas menores a 12 semanas que, por motivos biológicos, psicológicos y/o sociales no pueden ser resueltas de modo ambulatorio en los CeSAC.

En cuanto a los hospitales especializados, los equipos que los conforman deben estar preparados para brindar orientación en materia de métodos anticonceptivos, reducción de riesgos y daños e ILE a las personas que atienden, que generalmente tienen algún tipo de vulnerabilidad incrementada por la edad y/o patología de base. Las prestaciones pueden ser desarrolladas en el hospital especializado cuando los equipos cuentan con los recursos necesarios o bien deben ser derivadas de modo protegido a los CeSAC, hospitales generales o Maternidad Sardá, dependiendo de la complejidad del caso y/o del domicilio de la persona que requiere la prestación.



En todos los establecimientos de salud de la Ciudad deben estar disponibles, de modo accesible (sin barreras de ningún tipo) durante todas las horas que permanecen abiertos, los dispensers de preservativos y gel lubricante y la anticoncepción hormonal de emergencia (Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, S/D).

Todos los hospitales deben tener una puerta de entrada que permita aplicar el protocolo ante casos de violación durante las 24 horas todos los días del año (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2015).





Población

En esta dimensión se agrupan aquellos indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública, es decir, aquellas personas a quienes el sistema de salud tiene que dar respuesta. Se incluyen estadísticas vitales (fecundidad, natalidad, nacimientos) junto a otros indicadores que permiten dar cuenta de la inequidad y vulnerabilidades específicas en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad).

En la línea de incluir en el análisis de la población no sólo indicadores sociodemográficos sino también los que aportan la vigilancia de segunda generación, se considera la información provista por encuestas a población (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013) (Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud, 2017). Por último, se presentan los criterios para el cálculo de la población objetivo del Programa, similares a los utilizados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires (Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA, 2017). Las fuentes utilizadas para determinar la población objetivo fueron datos provenientes de la Dirección de Estadísticas y Censos del GCBA (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2017).

Indicadores sociodemográficos

La población estimada para la ciudad de Buenos Aires, en 2017, era de 3.063.728 personas, de las cuales 1.629.405 eran mujeres y 1.434.323 varones. Buenos Aires tiene una gran densidad demográfica (alrededor de 14.000 habitantes por kilómetro cuadrado) y su población residente es la más envejecida del país, con bajas tasas de natalidad y de fecundidad.

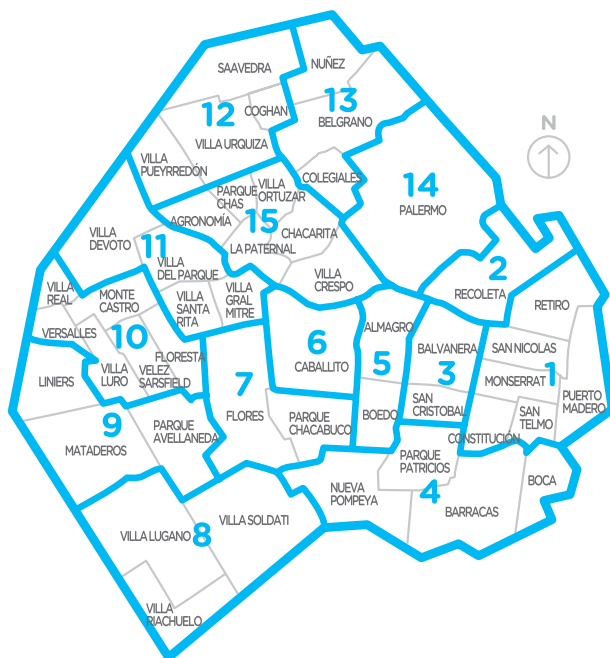
Otra característica saliente de la ciudad es que, además de las personas que la habitan, circulan diariamente por lo menos un millón de personas más, que viven en el Conurbano bonaerense. Este gran grupo no sólo trabaja en la

ciudad, sino que en general también envía a sus hijos a las escuelas porteñas y utiliza el sistema de salud para atenderse. Para ilustrar esta situación con un ejemplo referido al campo de la SSyR, basta señalar que en 2015 los hospitales públicos atendieron 26.667 partos, de los cuales 13.575 (51%) correspondieron a mujeres residentes (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018, pág. 214). Algo similar ocurre con los egresos de los hospitales públicos, que en 2015 (último dato disponible) fueron 177.663, el 48% de los cuales correspondió a residentes y 41%, a personas domiciliadas en el Conurbano (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018, pág. 209).

La ciudad se encuentra dividida en quince comunas, que son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial.

MAPA 1. División comunal de la ciudad de Buenos Aires.

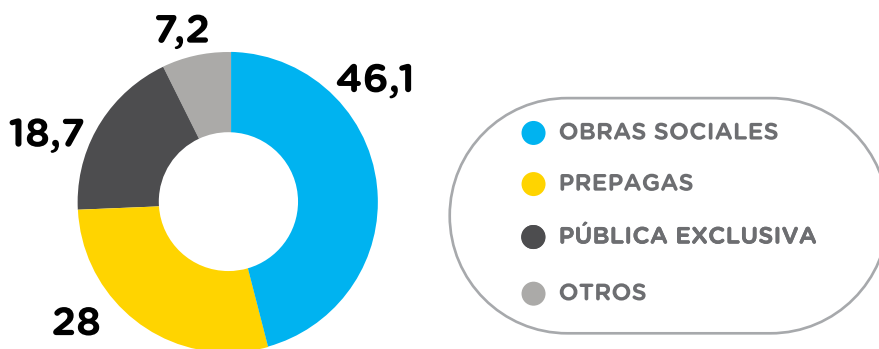
Cada comuna incluye los subsiguientes barrios:



1. Constitución, Monserrat, Puerto Madero, Retiro, San Nicolás, San Telmo;
2. Recoleta;
3. Balvanera, San Cristóbal;
4. Barracas, La Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios;
5. Almagro, Boedo;
6. Caballito;
7. Flores, Parque Chacabuco;
8. Villa Lugano, Villa Riachuelo, Villa Soldati;
9. Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda;
10. Floresta, Monte Castro, Vélez Sarsfield, Versalles, Villa Luro, Villa Real;
11. Villa del Parque, Villa Devoto, Villa General Mitre, Villa Santa Rita;
12. Coghlan, Saavedra, Villa Pueyrredón, Villa Urquiza;
13. Belgrano, Colegiales, Núñez;
14. Palermo;
15. Agronomía, Chacarita, Parque Chas, Paternal, Villa Crespo, Villa Ortúzar.

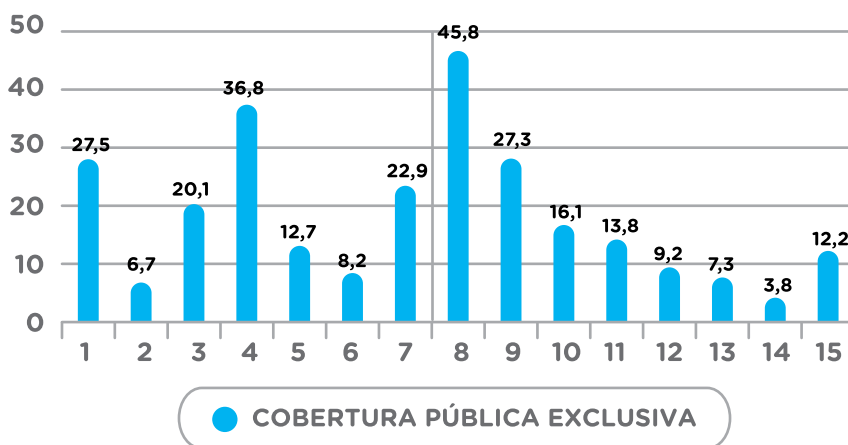
En cuanto al tipo de cobertura de la población residente en la ciudad (2017), el 80% tenía obra social o prepaga (Gráfico 1) y el 18,7%, cobertura pública exclusiva. Sin embargo, cuando se desagrega este indicador por comuna se observan profundas diferencias (Gráfico 2).

GRÁFICO 1. Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica, CABA, 2017.



Fuente: Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2018.

GRÁFICO 2. Porcentaje de población con cobertura pública exclusiva, por comuna, CABA, 2017.



Fuente: Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2018.

Para tomar los valores extremos, se observa que la Comuna 14 (Palermo) cuenta con un porcentaje de población con cobertura pública exclusiva de 3,8%, número que contrasta con el 45,8% de la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Soldati, Villa Riachuelo) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018).

Como se irá viendo a lo largo del informe, estas diferencias tienen gran peso en el volumen de la demanda que reciben los establecimientos en función de su emplazamiento territorial. Es importante señalar que, en líneas generales, la localización de los hospitales y fundamentalmente la de los CeSAC ha ido respondiendo y compensando esta desigualdad existente en la ciudad, de modo que la mayoría de los establecimientos se ubican en la zona sur, donde habita la mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva.

26

La cobertura de salud en mujeres adolescentes (15 a 19) y jóvenes (15 a 29)

La Encuesta Joven 2016 ofrece un enfoque diferente y complementario sobre la cobertura en salud de las y los jóvenes de la ciudad. Al considerar el tipo de cobertura de salud para jóvenes de entre 15 y 29 años (Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud, 2017, pág. 158) se observó que en la zona norte⁴ de la ciudad, el 91% de la población joven tenía obra social o prepaga, mientras que en zona centro⁵ esa proporción era del 72,3% y en zona sur⁶ bajaba al 54,2%. Por el contrario, en la zona sur, más del 40% de los y las jóvenes dependían del sistema público de salud, mientras que en zona centro y norte la proporción era del 25,9% y el 6,6% respectivamente.

Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente

El análisis de la fecundidad marca el ritmo de crecimiento de la población. Se vincula con el número de hijos tenidos por las mujeres durante su vida fértil y constituye un complejo proceso en el que, además de los biológicos,

4. La zona norte incluyó las comunas 2, 13 y 14.

5. La zona centro incluyó las comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15.

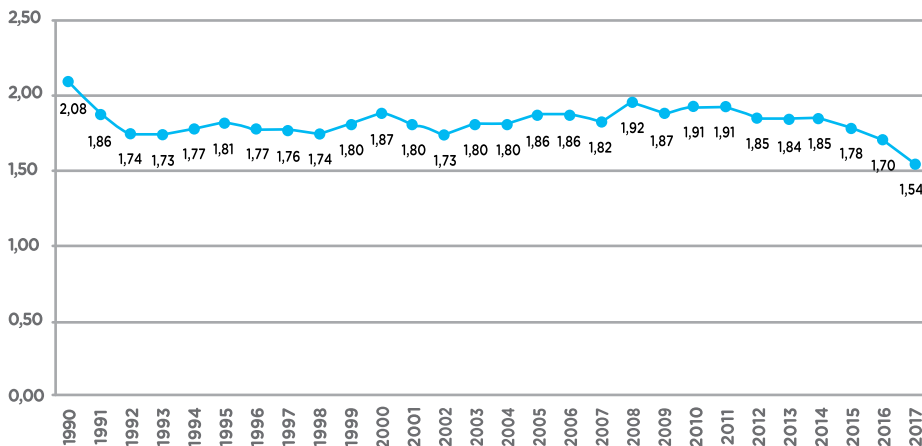
6. La zona sur incluyó las comunas 4, 8, 9 y 10.

intervienen factores espaciales, culturales y socioeconómicos que se traducen en diferenciales entre las distintas subpoblaciones (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

La “fecundidad actual” se refiere a la correspondiente a un año y se relaciona con el número de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva en un momento determinado. La “tasa global de fecundidad” (TGF) representa el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante el período fértil tuvieran hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y que no estuvieran expuestas a riesgo de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. La **fecundidad de reemplazo** se refiere a la **fecundidad** mínima necesaria para que una población cerrada (las migraciones se entienden aparte) se mantenga indefinidamente en el tiempo sin disminuir su volumen, y suele cifrarse en 2,1 hijos por mujer como promedio.

Como se observa en el Gráfico 3, la TGF de la ciudad de Buenos Aires se mantuvo a lo largo del período 1990/2017 **por debajo del nivel de reemplazo** (que como fue dicho es de 2,1 hijo por mujer), y adoptó para 2017 el valor de 1,54 hijo por mujer.

GRÁFICO 3. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer), CABA, 1990-2017.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales e INDEC. Proyecciones de población.

La “estructura de la fecundidad” es la distribución porcentual de las tasas de fecundidad y permite observar su distribución por grupos de edad.

En la Tabla 2 se observa que el grupo 25 a 29 años registró el mayor peso relativo de la fecundidad hasta el año 2000 (28,2% de los nacimientos) y a partir de allí se desplazó al grupo 30 a 34 años.

TABLA 2. Estructura de la fecundidad por edad, CABA, 1990-2017.

Grupo etario	Estructura de la fecundidad									
	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
15-19	5,5	7,1	8,9	9	8,9	8,1	7,9	7,3	6,7	6,5
20-24	19,8	17,5	18,8	18,8	19	17,3	16,8	16,5	15,4	15,2
25-29	31,9	28,2	21,1	20,6	20,2	19,9	19,9	19,7	20	20
30-34	27,1	28	26,6	26	26,5	27,4	27,6	27,5	27,8	27
35-39	12,6	15,3	18,9	19,6	19,3	20,7	21,2	21,7	22,8	23,2
40-44	2,9	3,7	5,2	5,5	5,6	6	5,9	6,6	6,5	7,1
45-49	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,9	0,9

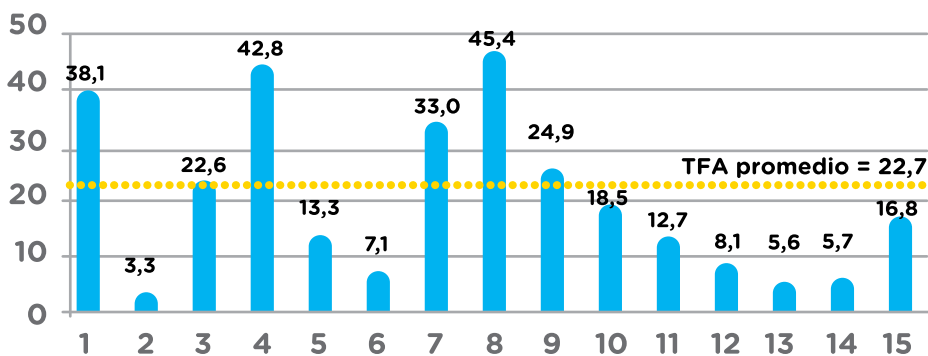
Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas, GCBA). Estadísticas vitales e INDEC. Proyecciones de población.

En cuanto a la proporción de nacimientos que corresponden a adolescentes (15 a 19 años), en la Tabla 2 se puede observar que ha permanecido relativamente constante. Así en 1990 el 5,5% de los nacimientos eran en adolescentes y en 2017 la proporción alcanzó el 6,5%. Es decir que de cada

100 niños que nacieron en el año 2017, 6,5% fueron de mujeres que tenían entre 15 a 19 años. Un cambio apreciable fue el incremento de la fecundidad de las mujeres mayores de 34 años.

Otro indicador a tener en cuenta es la “tasa de fecundidad adolescente” (TFA), esto es la cantidad de adolescentes (15 a 19 años) que tuvieron un hijo cada mil mujeres del mismo grupo etario. Esta tasa era para el año 2017 de 22,7, es decir que cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años, 22,7 fueron madres (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019). En el Gráfico 4, esta tasa promedio se encuentra representada por la línea horizontal punteada que atraviesa todas las columnas. Este número, que muestra el fenómeno en toda la ciudad, debe ser analizado por comuna, pues como ya fue dicho las diferencias socioeconómicas son muy importantes y tienen impacto en todos los temas que tratamos.

GRÁFICO 4. Tasa de fecundidad adolescente (*1000) por comuna y TFA promedio, CABA, trienio 2015-2017.

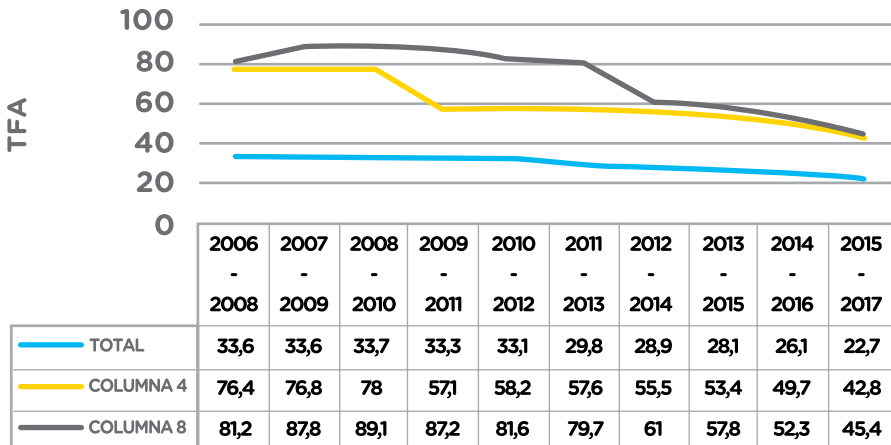


Fuente: Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2018.

Para el trienio 2015-2017, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15 a 19 años varía desde un 3,3 en la Comuna 2 (la de mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 45,4 en la Comuna 8 (la más postergada). Es decir que la tasa de la comuna con niveles más altos es más de 14 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos de

fecundidad adolescente. En el Gráfico 5 se puede observar la serie de los trienios 2006-2017 para la TFA promedio de la ciudad (en color celeste) y la serie para las comunas más pobres (la 8 y la 4). Aquí se observa que, si bien se mantienen altas con respecto al promedio, las tasas han experimentado un descenso constante en los últimos 10 años.

GRÁFICO 5. Tasa de fecundidad adolescente (*1000) por trienios, total CABA y comunas seleccionadas, 2006-2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población, 2019.

Partos de mujeres residentes y nacimientos en hospitales públicos

De acuerdo a las Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadística y Censos, casi el total de los nacimientos en la ciudad se producen en establecimientos de salud (públicos y privados).

Entre 2001 y 2007 más del 35% de los nacimientos se registraron en hospitales públicos, porcentaje que comienza a descender a partir de 2008 y, a pesar de las fluctuaciones observadas, la tendencia sigue siendo decreciente, hasta alcanzar el 32,9% en 2017 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019, pág. 6).

Así, en 2017 nacieron 35.021 niños/as; el 66,9% en establecimientos privados, el 32,9% en establecimientos públicos y un 0,2% en una vivienda.

TABLA 3. Partos realizados en hospitales del GCBA por tipo de parto, CABA, 2015.

Hospital	Tipo de parto				
	Total	Normal	Cesárea	Fórceps	Otro
Total	26.667	17.954	8.266	384	63
Hospital General de Agudos	21.115	14.177	6.614	262	62
Álvarez	1.620	1.131	464	22	3
Argerich	2.377	1.722	655	-	-
Durand	1.477	869	586	22	-
Fernández	1.710	1.127	553	28	2
Penna	3.445	2.576	843	19	7
Piñero	2.357	1.790	517	33	17
Pirovano	1.049	701	330	18	-
Ramos Mejía	1.482	909	572	1	-
Rivadavia	1.095	579	495	21	-
Santojanni	3.198	1.979	1.104	82	33
Vélez Sarsfield	1.305	794	495	16	-
Hospital especializado	5.552	3.777	1.652	122	1
Maternidad Sardá	5.552	3.777	1.652	122	1

Fuente: Ministerio de Salud. GCBA, Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud.

En la Tabla 3 (en página anterior) se muestra el número de partos ocurridos en las maternidades públicas de la ciudad, el dato es de 2015, último disponible (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018). Se puede observar el detalle por maternidad y por modo de terminación del parto. Fueron 26.667 partos, 21% de los cuales ocurrieron en la Maternidad Sardá y el 79% en las maternidades de los hospitales generales de agudos. Se destacan por el volumen los hospitales de la zona sur (Penna, Santojanni, Argerich y Piñero).

Al cruzar la información de partos en hospitales públicos (Ministerio de Salud, GCBA) y nacimientos (Estadísticas vitales) para el año 2015, se observa que, de los 26.667 partos, 13.575 correspondieron a mujeres residentes de la ciudad. Lo que indica que, de los partos sucedidos en establecimientos públicos, la mitad correspondió a mujeres residentes de la ciudad y la otra mitad a mujeres que viven mayoritariamente en el Conurbano bonaerense.

Otro modo de apreciar los cambios referidos a la fecundidad es observar el detalle de los nacimientos ocurridos en toda la ciudad y desagregados por comuna, entre 2013 y 2017 (Tabla 4) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018).

En 2017 se produjeron unos 7600 nacimientos menos que en 2013. Se trata de una reducción del 18%: mientras que en 2013 los nacimientos fueron 42.638, en apenas cuatro años, el número bajó a 35.021. Las comunas en las que más bajaron son las menos favorecidas desde el punto de vista económico. Se trata de la Comuna 7, que abarca los barrios de Flores y Parque Chacabuco; la 8, que incluye Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati, y la 4, de La Boca, Barracas, Nueva Pompeya y Parque Patricios. La baja de la natalidad en esos barrios explica el 40% de la reducción de los nacimientos en la ciudad.

TABLA 4. Nacimientos por comuna, CABA, 2013-2017.

Comuna	2013	2014	2015	2016	2017
Total	42.638	42.709	40.913	38.954	35.021
1	3.273	3.273	3.282	3.127	2.854
2	1.728	1.840	1.770	1.707	1.597
3	2.774	2.775	2.572	2.501	2.254
4	4.081	4.147	4.020	3.615	3.288
5	2.311	2.239	2.101	2.173	1.789
6	2.196	2.264	2.105	2.098	1.896
7	4.044	3.879	3.735	3.391	3.069
8	4.295	4.244	4.038	3.597	3.246
9	2.574	2.456	2.464	2.178	1.918
10	2.125	2.090	2.070	1.980	1.757
11	2.329	2.261	2.218	2.135	1.825
12	2.762	2.929	2.563	2.591	2.298
13	2.943	2.919	2.778	2.731	2.554
14	2.829	2.951	2.860	2.891	2.602
15	2.374	2.442	2.337	2.239	2.074

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales. Nacimientos ocurridos y registrados en la Ciudad.

Conocimiento y comportamiento en salud sexual

Con el objetivo de enriquecer el cuadro sobre la situación en SSyR de la ciudad, se incluye a continuación información seleccionada de dos encuestas, una de alcance nacional realizada por el INDEC junto con el Ministerio de Salud de la Nación y publicada en 2013 (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013) y otra, la Encuesta Joven 2016, realizada por el Observatorio de la Juventud, específicamente sobre la población de 15 a 29 años residente en la ciudad de Buenos Aires (Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud, 2017).

34

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva trabajó sobre mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59 años de centros urbanos de más de 2000 habitantes, y la información no se encuentra disponible discriminada por jurisdicción. Fue incluida en este informe por brindar información complementaria a la Encuesta Joven, que es mucho más exhaustiva y pertinente desde lo territorial, pero se enfoca exclusivamente en jóvenes de 15 a 29 años.

Edad de inicio de relaciones sexuales en población general y adolescentes

Con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales para las mujeres de 14 a 49 años del GBA (ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del Conurbano bonaerense), la edad media de la primera relación sexual fue a los 17,3 años y para el grupo de 14 a 19 años, a los 15,5 años. En el caso de los varones de entre 14 y 59 años del GBA, la edad media de la primera relación sexual fue a los 16 años y para el grupo de 14 a 19 años, fue de 15 (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Métodos anticonceptivos: conocimiento, uso en la primera relación y modo de conseguirlo



Con respecto al **conocimiento sobre los métodos anticonceptivos** la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013) mostró que la mayoría de las **mujeres** que tenían entre 14 a 49 años conocía la pastilla anticonceptiva (93,6%) y el preservativo (90%). El DIU era conocido por el 72% de las mujeres encuestadas. Las mujeres tenían muy bajo conocimiento sobre los otros métodos: sólo el 27% conocía las inyecciones y un 12,7%, la ligadura tubaria. Es particularmente llamativo el bajo conocimiento reportado sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) (7,6%) y la vasectomía (1,8%).

En cuanto al conocimiento de los varones que tenían entre 14 a 59 años, la Encuesta Nacional mostró que el 97% conocía el preservativo, el 82% la pastilla anticonceptiva y el 37% el DIU. Solo el 7,3% conocía la anticoncepción hormonal de emergencia y apenas el 1,8% la vasectomía.

Con respecto al **uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual**, el 74,8% de las mujeres y el 65,2% de los varones refirieron haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual (INDEC / Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por grupo de edad se observan diferencias significativas: mientras que un 90% de las mujeres de 14 a 19 años utilizó algún método en su primera relación sexual, este porcentaje desciende con la edad, y llega a solo un 49% entre las mujeres de 40 a 49 años. Al analizar por grupo de edad a los varones, la tendencia es similar a la observada entre las mujeres. Casi nueve de cada diez varones en el grupo más joven refirieron el uso de un método; entre los de 30 a 39 años, siete de cada diez, y entre los de 50 a 59, sólo casi cuatro de cada diez refirieron haber usado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual.

De las mujeres que han utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, una amplia mayoría mencionó el preservativo (90%). En segundo lugar, se ubican las pastillas anticonceptivas, inyectables o implantes, con un 14%.

Entre los varones que afirman haber usado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, un 93% utilizó preservativo, y apenas un 7%, pastillas, inyectables o implantes (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

¿Cómo obtuvieron los métodos anticonceptivos las personas? Como se ha mencionado en el primer apartado de este informe, la Ley 25.673 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que rige en nuestro país desde 2003, garantiza que la provisión de métodos anticonceptivos está exenta de pago por parte de los/as usuarios/as de los tres subsectores de salud. Sin embargo, de las mujeres que tenían cobertura pública exclusiva, el 45% obtuvo el método de modo gratuito y en el caso de las mujeres que contaban con obra social o prepaga, apenas un 25% obtuvo su método anticonceptivo sin pago adicional. Es decir que el 55% de las mujeres con cobertura pública exclusiva, y el 75% de las mujeres con cobertura de obra social y/o medicina prepaga había pagado por acceder a un método.

Salud sexual y reproductiva de los jóvenes porteños. Encuesta Joven 2016

La Encuesta Joven releva información sobre jóvenes de 15 a 29 años de la ciudad de Buenos Aires y se realiza con una periodicidad bienal. Se institucionalizó como herramienta de investigación mediante la Ley N° 4433 en 2012. La muestra se diseña con 800 casos. La edición actual (2016) introdujo un avance muy importante en materia de detalle de las estimaciones. El diseño estratificado de la muestra permite obtener estimaciones desagregadas a nivel de comunas y mejorar la precisión de las estimaciones de fenómenos de baja incidencia y de alta relevancia social como lo es el embarazo adolescente (Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud, 2017, pág. 17).

La Encuesta Joven 2016 destina uno de sus diez capítulos a indagar sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes porteños de 15 a 29 años. Se propone responder las siguientes preguntas: ¿Reciben los y las jóvenes de la ciudad de Buenos Aires información sobre sexualidad y reproducción?, ¿cuáles son sus fuentes de información? Por otro lado, ¿asisten a consultas sobre SSyR?, ¿sobre qué grupos debiera trabajarse para garantizar un acceso

igualitario? Además, ¿existen obstáculos en el acceso y uso de métodos anticonceptivos? Por último, se plantea la cuestión de la maternidad y la paternidad joven, así como una serie de indicadores relativos al embarazo (pág. 90).

El **acceso a información** sobre SSyR es mayor en comparación con otras zonas del país. El porcentaje de jóvenes que declaran no haber recibido información sobre SSyR es bajo (7,3%). Las principales **fuentes de información** fueron la escuela (34%) y la familia (27%). Entre los varones, la principal fuente de información fue la escuela, seguida de los padres. Aunque entre las mujeres se mantiene este orden de importancia, la familia tiene más peso. Otra diferencia entre varones y mujeres es el lugar del sistema de salud como fuente de información para unos y otras: ocupa el tercer lugar para las mujeres y el sexto para los varones (págs. 90-91).

Finalmente, la escuela es la principal fuente de información sobre SSyR entre los y las jóvenes de zona norte, muy por encima de madres y/o padres, mientras que la población joven del centro y sur de la ciudad menciona a la escuela y a los padres prácticamente en la misma proporción.



Cabe señalar que el porcentaje de jóvenes que declaran no informarse sobre SSyR es significativamente mayor entre la población joven de zona sur (16,5%), en comparación con sus pares de zona centro (5%) y norte (0,7%). Como se mencionó, además, la escuela pierde peso significativo como fuente de información en el centro y sur de la ciudad. Lo dicho plantea un desafío para la implementación de la educación sexual integral en todas las escuelas de la ciudad (pág. 91).



La información es condición necesaria pero no suficiente para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Por ello, otro aspecto que se relevó en la Encuesta Joven 2016 es el **acceso a servicios y prestaciones** de SSyR.

Uno de cada cuatro jóvenes de la ciudad había realizado durante el último año una consulta sobre salud sexual y reproductiva. Las diferencias son significativas según sexo, ya que mientras 1 de cada 10 varones consultó, casi 4 de cada 10 mujeres lo hicieron. Se observa, por otra parte, que los y las jóvenes de entre 20 y 29 años consultaron en mayor medida que los y las adolescentes de 15 a 19 años (pág. 91).

Los principales motivos de consulta de los jóvenes fueron:

- Controles ginecológicos: **59,2%**.
- Métodos anticonceptivos: **44,8%**.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) y/o VIH (incluye test de VIH): **19,2%**.

Mientras que el principal motivo de consulta entre las mujeres fueron los controles ginecológicos (75%), entre los varones fueron las infecciones de transmisión sexual (58,4%). Es notable la diferencia en los motivos de consulta por ITS entre varones (58,4%) y mujeres (8,2%).

Los controles ginecológicos tienden a volverse más frecuentes con la edad, mientras que las consultas por métodos anticonceptivos disminuyen (pág. 92). Por último, si se considera la zona, los controles ginecológicos son más frecuentes entre la población joven de zona centro, mientras que disminuye en las zonas norte y sur.

En cuanto a las consultas por métodos anticonceptivos, 3 de cada 10 jóvenes de zona norte consultaron en el último año por ese motivo, proporción que aumenta a 5 de cada 10 en zona sur y alcanza al 45,4% en zona centro. Por otro lado, las infecciones de transmisión sexual son motivo de consulta más frecuente entre los y las jóvenes de zona sur (23,2%) que entre sus pares de zona norte (14,5%) y centro (18,8%) (pág. 92).

Se ha indagado también en el **acceso al test de VIH**. Algo menos de la mitad de los y las jóvenes (47,2%) se hizo el test de VIH alguna vez, pero la

diferencia entre mujeres y varones es de 10 puntos a favor de las primeras. Esta información es consistente con la provista por la publicación **En equipo** (CSSSeITS-MS-GCBA, 2017), que señala que los diagnósticos tardíos en los varones jóvenes son cuatro veces más frecuentes que entre las mujeres jóvenes.

Como es de esperar, la proporción de jóvenes que realizaron el test al menos una vez crece significativamente con la edad: 7 de cada 10 jóvenes de 25 a 29 años hicieron el test de VIH alguna vez, mientras que entre los/as adolescentes la proporción es mucho menor (16,2%). Las diferencias según zona no resultan significativas. En síntesis, la realización del test de VIH parece depender en mayor medida del sexo y la edad de los y las jóvenes, y no tanto del contexto socio residencial (pág. 94).

Con respecto a la **iniciación sexual**, casi 9 de cada 10 jóvenes de 15 a 29 años tuvo relaciones sexuales alguna vez. El promedio de edad de la iniciación sexual es 16 años, aunque algo más temprana entre los varones que entre las mujeres (pág. 95). Entre quienes tuvieron relaciones sexuales en el último año y no estaban buscando un hijo, 8 de cada 10 utilizaron de manera regular un método anticonceptivo y 2 de cada 10 no se cuidaron nunca o lo hicieron de manera irregular. El uso no regular de métodos anticonceptivos es más alto entre los varones que entre las mujeres, la diferencia es de 4 puntos porcentuales.

Por otro lado, el uso regular disminuye con la edad, pero con pocas diferencias y, si se considera la zona, no se observan diferencias significativas. De este modo, el uso no consistente de métodos anticonceptivos pareciera depender del sexo, pero no tanto de la edad y la zona de residencia (pág. 96).

A quienes utilizaron un anticonceptivo en el último año, se les preguntó a qué tipo de método recurrieron. El **método anticonceptivo** más utilizado entre los y las jóvenes es el preservativo (84,8%), seguido por las pastillas anticonceptivas (38,4%). El DIU es el tercer método más mencionado, pero es significativamente menos importante que los dos anteriores (1,9%). Los anticonceptivos orales son más mencionados por las mujeres (48,6%) que por los varones (28,3%), y lo opuesto sucede con el preservativo (89,2% entre los varones, 80,4% entre las mujeres).

Por otro lado, el uso del preservativo disminuye a medida que aumenta la edad, al tiempo que se vuelve más frecuente el uso de pastillas anticonceptivas. Al considerar la zona, el uso del preservativo pareciera ser algo más frecuente entre los y las jóvenes de zona norte, y el de pastillas anticonceptivas es menor en zona sur en comparación con el norte y el centro. Al contrario, el DIU es más utilizado entre la población joven de la zona sur (3,7%) que entre sus pares del resto de la ciudad (alrededor del 1%).

Se advierte entonces que el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por los y las jóvenes. Es un método de fácil acceso, que no requiere de la visita a un médico/a y es el único que previene embarazos no deseados y la transmisión sexual de ITS.

Como se mencionó más arriba, un 19,7% de jóvenes no utilizó un MAC de manera regular en el último año y no busca un hijo. ¿Por qué motivos no utilizaron un método anticonceptivo? Resulta llamativo que la mayor parte de quienes no usaron un método anticonceptivo regularmente (y no está buscando un hijo) responde que “no quiere usarlos” (52,2%). El resto de los motivos mencionados en mucha menor medida son:

- “Por estar en pareja estable/por confianza en la pareja” (13,5%).
- Sin un motivo claro (12%).
- “Mi pareja no quiere usarlos” (11,6%).
- Por descuido, olvido, impulso (4,6%).

El motivo de “mi pareja no quiere usarlos” es mencionado en mayor medida por las mujeres. Debe señalarse la importancia de este motivo, ya que podría implicar situaciones de coerción sexual (pág. 97).

Se relevó también **el uso de la pastilla de emergencia**. Su uso puede responder a diversos motivos: el método anticonceptivo falló o no se utilizó ninguno, o se sufrió algún tipo de coerción o abuso sexual. En los últimos doce meses, el 17% de las jóvenes de 15 a 29 años utilizó este método preventivo, alcanza al 23% de las adolescentes de 15 a 19 años y disminuye para las de 20 a 24 (19,7%) y las de 25 a 29 (12,3%). De este modo, las adolescentes usaron la anticoncepción de emergencia en mayor medida que las jóvenes más grandes (pág. 97).

Además del acceso a información y servicios sobre salud sexual y reproductiva y las prácticas de cuidado de los y las jóvenes, otra dimensión relevante en el campo de los derechos sexuales y reproductivos está formada por los **embarazos y la maternidad/paternidad**. El grupo de jóvenes con hijos representó el 18,6% de la población joven total de la muestra. Esta proporción aumentó entre las mujeres al 25,5% y disminuyó para los varones al 11,7%.

Si se considera a las jóvenes de 15 a 29 años que estuvieron embarazadas alguna vez, el 54,6% refirió no haber buscado su primer embarazo.

Además, se observa que a menor edad al momento del embarazo, menor es la planificación. Entre las niñas que tuvieron su primer embarazo entre los 12 y los 14 años, el 76,3% no lo buscó. Sobre este último grupo, debe advertirse que diversos estudios plantean que a menor edad de iniciación sexual, mayores posibilidades de haber sufrido iniciaciones sexuales no queridas y/o físicamente forzadas. Además, en este grupo existen mayores riesgos de complicaciones físicas durante el embarazo y/o el parto (págs. 97-100).

Por otro lado, los **embarazos no planificados** se distribuyen desigualmente de acuerdo a la zona. En el centro de la ciudad, el 52,3% no buscó su primer embarazo, porcentaje que aumenta 5 puntos para la zona sur (56,6%). Sin embargo, la mayor proporción de jóvenes embarazadas alguna vez con embarazos no planificados se concentra en la zona norte (58,4%).

Se observa entonces que mientras el porcentaje de embarazos adolescentes es mucho más alto en zona sur, el porcentaje de embarazos no planificados no se distribuye del mismo modo. Esto indicaría, por un lado, que las jóvenes construyen el significado de sus embarazos de modos diferentes y, por otro, que en zona sur la relación entre la menor edad al momento del embarazo y la mayor presencia de embarazos no planificados no sería tan lineal como para el total de jóvenes. Es decir, se sugiere que los sentidos asociados a un embarazo adolescente son múltiples, ya que algunas lo significarán como un embarazo no planificado y otras no.

Finalmente, los embarazos no planificados plantean una problemática asociada: las **interrupciones de embarazo**. El 11% de las mujeres jóvenes que estuvieron embarazadas alguna vez informó haber interrumpido su

embarazo, y esa proporción aumenta con la edad. Las jóvenes de entre 20 y 29 años declararon haber interrumpido un embarazo en mayor medida (alrededor del 10%) que las adolescentes de 15 a 19 (8%). Por otro lado, si se considera la zona, la proporción de jóvenes que interrumpieron su embarazo era más alta en zona norte (16,7%), menor en zona centro (13,3%) y casi 10 puntos más baja en zona sur (7,7%) (Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud, 2017).

Si bien una parte importante de las políticas de salud sexual y reproductiva está dirigida a adolescentes y jóvenes, estos datos sugieren una serie de grupos específicos (varones, jóvenes de zona sur) en quienes focalizar la oferta de servicios y prestaciones. Otros grupos de jóvenes, como aquellos con hijos, también representan un desafío para las políticas de juventud en general, y no solamente en el sector salud. Finalmente, las problemáticas de embarazos no planificados y de interrupciones del embarazo dan cuenta de la pertinencia de políticas de prevención que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes.

Definición de “población objetivo” para el cálculo de aseguramiento de insumos y la estimación de cobertura con métodos anticonceptivos

Cálculo de población objetivo para el aseguramiento de insumos



El cálculo de **población objetivo** es una herramienta fundamental para la planificación de acciones, es además el primer paso que se realiza en un plan de aseguramiento de insumos y es también un indicador útil que permite fijar metas de cobertura anuales y monitorear los esfuerzos que van realizando los diferentes establecimientos y el subsistema de salud público en su conjunto.

Uno de los “problemas” metodológicos –y no sólo metodológicos– a los que se enfrentan las acciones en SSyR es que su población objetivo es toda la población sexualmente activa. Más aún, de acuerdo a la definición de sexualidad y de salud reproductiva que se considere (“restringida” a la actividad genital o

en el sentido “amplio” que es el fundamento de la Educación Sexual Integral), es posible afirmar que toda la población es potencialmente beneficiaria.

A los fines del presente análisis y con la intención de contar con una base que permita monitorear los cambios, se han tomado decisiones metodológicas que permitieron calcular la “población objetivo”.

La primera decisión consistió en enfocarse en aquel grupo de residentes porteños que sólo tiene como cobertura al sistema público. Si bien de acuerdo a la legislación vigente (Constitución de la Ciudad y Ley Básica de Salud) el sistema público de salud tiene que dar respuestas independientemente del tipo de cobertura y el lugar de residencia de las personas (lo que sucede en la práctica, tal como hemos visto al mostrar la información sobre partos y egresos de los hospitales públicos por lugar de residencia), es innegable que la red pública de salud tiene una responsabilidad indelegable sobre el grupo de residentes en la ciudad que sólo cuentan con cobertura pública.

La segunda decisión implicó pensar si el Programa debía considerar para el cálculo de la población objetivo a las mujeres, a los varones, a ambos, a las personas que tienen otras identidades de género y orientaciones sexuales. Para ello se han seguido los criterios de uso de indicadores para estimar y evaluar la provisión de métodos anticonceptivos modernos (OMS/UNFPA, 2009). Se eligió, en consecuencia, la población de mujeres de 15 a 49 años.

El desarrollo de acciones asistenciales orientadas hacia la población de la diversidad sexual es más novedoso para el sistema y, si bien se le brinda respuesta específica desde seis establecimientos (hospitales y CeSAC), no se cuenta aún con información centralizada detallada.

Hechas estas aclaraciones, se explicitan los criterios para las definiciones de “población universo” y “población objetivo”. Las fuentes para construir la “población universo” se obtienen de modo anual a partir de la información provista por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2018):

- Mujeres de 15 a 49 años (proyecciones de los datos del Censo 2010).
- Con cobertura pública exclusiva (discriminado por comunas).

Para construir la “población objetivo” se siguieron los criterios que utilizó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires (Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA, 2017). Así, a la “población universo” se le realiza una serie de descuentos que permiten mejorar desde el punto de vista cualitativo el concepto de “población objetivo para uso de métodos anticonceptivos”, en la medida en que contempla que no todas las mujeres, durante un año determinado, buscarán esta prestación.

TABLA 5. Población universo y población objetivo a ser cubierta con provisión de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud de la ciudad de Buenos Aires, 2018.

Indicador	Cantidad
Población universo: Mujeres de 15 a 49 años que solo tienen cobertura pública de salud	141.074
Mujeres embarazadas ^a	8.642
Mujeres que buscan un embarazo ^b	8.676
Mujeres que no pueden tener hijos ^c	2.737
Mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas ^d	3.499
Mujeres que utilizan DIU ^e	11.032
Mujeres con ligadura tubaria ^f	5.911
Población objetivo	100.578

Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Observaciones:

- a. Se obtiene de aplicar a la cantidad de nacidos vivos durante 2017 en hospitales públicos (cuyas madres viven en CABA), un factor de ajuste que contempla la diferencia entre los 12 meses del año y los 9 meses del embarazo ($x = 0,75$). Los nacidos vivos en establecimientos públicos de la CABA cuya madre reside habitualmente en la CABA fueron 11.522.
- b. Las mujeres que utilizan MAC en GBA fueron el 80,6%, por lo tanto, las que no utilizan MAC representan el 19,4%. De ese 19,4%, el 31,7% no lo utiliza porque busca embarazo (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Ese porcentaje representa el 6,15% del total de la población destinataria.
- c. Del 19,4% de mujeres del GBA que no utilizan MAC, el 10% representa a aquellas mujeres que no pueden tener hijos (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 1,94% de nuestra población destinataria.
- d. Del 19,4% de mujeres del GBA que no utilizan MAC, el 12,8% representa a aquellas mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 2,48% de nuestra población destinataria.
- e. Del 80,6% de mujeres del GBA que utilizan MAC, el 9,7% representa a aquellas mujeres que utilizan DIU (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 7,82% de nuestra población destinataria.
- f. Del 80,6% de mujeres del GBA que utilizan MAC, el 5,2% representa a aquellas mujeres con ligadura tubaria (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 4,19% de nuestra población destinataria.

Como se verá más adelante (en el apartado Utilización de servicios) se usan dos metodologías para estimar la población alcanzada por el Programa. Para el caso del indicador “mujeres con cobertura completa”, la población objetivo asume todos los descuentos detallados y el valor se ubica en 100.578 mujeres. Para el caso del indicador “cantidad anual de mujeres protegidas” (CAMP) no se descuentan las mujeres que utilizan DIU ni las que tienen ligadura tubaria, pues el método incluye la estimación de ese valor. De este modo, la población objetivo aumenta, para el año 2018, a 117.520 mujeres.

Estimación de población objetivo por área programática



El área programática es el radio de incumbencia o de cobertura que poseen 12 de los 13 hospitales generales de agudos (HGA) de la ciudad de Buenos Aires⁷.

7. El hospital Rivadavia es el único HGA de la ciudad que no tiene área programática y el hospital Zubizarreta es el único que, teniendo área programática, no tiene centros de salud.

El área programática está compuesta por un hospital general de agudos y una cantidad de CeSAC y centros médicos barriales, que varía en cada una de ellas.

En la actualidad la información disponible sobre la población (por sexo y grupo etario) es presentada por comuna y no se cuenta con registros oficiales sobre las características poblacionales de las áreas programáticas, cuyos límites no coinciden con los de las 15 comunas en las que se encuentra dividida políticamente la ciudad.

En la Tabla 6 se observa el detalle del número de mujeres por área programática (“población objetivo”) y qué proporción representa cada área del total de la población objetivo calculada para la ciudad para 2018.

46

Esta información no existía previamente y se obtuvo a través de la colaboración de la Dirección General Proyectos de Ciudad Inteligente y Gobierno Abierto, dependiente de la Subsecretaría de Innovación y Ciudad Inteligente del Ministerio de Modernización, Innovación y Tecnología, GCBA. Desde este organismo se realizó una estimación de la cantidad de mujeres en edad reproductiva con cobertura de salud pública exclusiva que “corresponden” a cada área programática para así estimar la demanda potencial de mujeres de cada una de ellas. Así, por ejemplo, la población objetivo estimada para la provisión de métodos anticonceptivos para el área programática del hospital Piñero para el año 2018 fue de 20.317 mujeres. Es el 20,2% de la población objetivo para toda la ciudad (100.578 mujeres). En el otro extremo, el área programática del hospital Zubizarreta tenía una población estimada de 2.314 mujeres, que representa un 2,3% del total.

TABLA 6. Población objetivo para provisión de métodos anticonceptivos por área programática, CABA, 2018.

Área programática	Población objetivo	Proporción del total (%)
Piñero	20.317	20,2
Argerich	14.081	14
Santojanni	12.069	12
Penna	11.265	11,2
Ramos Mejía	9.857	9,8
Fernández	6.234	6,2
Durand	5.934	5,9
Vélez Sarsfield	5.834	5,8
Pirovano	5.230	5,2
Álvarez	4.224	4,20
Tornú	3.219	3,2
Zubizarreta	2.314	2,3
Total	100.578	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación realizada por la Dirección General Proyectos de Ciudad Inteligente y Gobierno Abierto con los datos poblacionales de 2018.



Acciones programáticas

48

Esta dimensión se refiere al desarrollo institucional del Programa o la respuesta en SSyR que da la Ciudad en sus diferentes niveles de implementación, desde los ministerios o nivel central hasta los establecimientos del sistema público de salud —de primer y segundo nivel—, que son diferentes espacios donde se produce el encuentro entre las/os usuarias/os y los equipos que garantizan las prestaciones. Algunos de los indicadores aquí incluidos son la **canasta de insumos** en salud sexual y reproductiva (variedad de opciones, volumen y composición de los insumos adquiridos); la **cantidad de establecimientos** que brindan respuesta, esto es las “puertas de entrada” o “puntos de acceso”; las características de la respuesta en cada uno de los establecimientos, en el sentido del **abanico de prestaciones** que ofrece cada uno; **composición y organización de los equipos** locales, etc. Para la elaboración de estos indicadores se contó con registros administrativos, investigaciones locales y entrevistas a informantes clave.

Nivel central

El equipo de Salud Sexual y Reproductiva de la CSSSeITS se constituye como un espacio de articulación desde el Ministerio de Salud porteño hacia la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación y los equipos locales de hospitales y centros de salud públicos porteños.

En 2016 el equipo, renovado tras el cambio de gestión, se trazó las siguientes **misiones y funciones**:

- Gestión de insumos para los equipos locales;
- Producción y distribución de material de difusión y educativo;
- Estructuración y coordinación de espacios de encuentro (reuniones, capacitaciones, etc.) para actualización científica y coordinación de la respuesta en red de cuidados progresivos;

- Elaboración y difusión de lineamientos / protocolos de trabajo;
- Monitoreo y evaluación.

En el nivel funcional el Programa consta de cinco componentes; tres son temáticos y se apoyan en los objetivos enunciados en la Ley 418:

- Promoción de derechos sexuales y reproductivos;
- Acceso a métodos anticonceptivos;
- Acceso a reducción de riesgos y daños e interrupción legal del embarazo.

Los otros dos componentes son de apoyo al cumplimiento de los componentes temáticos:

- Aseguramiento de insumos;
- Información para la gestión.

A su vez, el área de SSyR cuenta con el apoyo transversal o especializado⁸ (Campos, 2001) de los equipos de Comunicación y Administración de la CSSSeITS.

Desde el punto de vista normativo, los lineamientos que guían las acciones en Salud Sexual y Reproductiva fueron redactados en 1988 y no han sido actualizados hasta la fecha. Sólo se cuenta con un lineamiento novedoso referido a la provisión de métodos de larga duración (2018), esto es DIU, implantes y SIU.

En cuanto a la “canasta de insumos”, el Programa cuenta con una variedad muy amplia constituida por los métodos que provee la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, a los que se agregan dos productos provistos de modo exclusivo por el Ministerio de Salud porteño.

8. La función de estos equipos corresponde al “apoyo matricial” y forma parte de la propuesta de Campos (Método Paideia o Método de la Rueda) destinada a brindar un nuevo modelo de organizar el trabajo en salud a través del cual se pretende integrar el diálogo entre diferentes especialidades a fin de potenciar la capacidad de intervención de los integrantes de los equipos.

Los productos que conforman la canasta del Programa son:

- Anticonceptivos orales combinados
 - » Etinilestradiol 0,030 mg, Levonorgestrel 0,150 mg
 - » Etinilestradiol 0,020 mg, Levonorgestrel 0,100 mg
 - » Etinilestradiol 0,020 mg, Gestodeno 0,075 mg
- Anticonceptivos orales para lactancia
 - » Desogestrel 0,75
 - » Levonorgestrel 0,030 mg
- Inyectable mensual
- Inyectable trimestral
- Anticoncepción hormonal de emergencia
- DIU
 - » Tcu 380
 - » MULTILOAD
- Implante
- SIU-LNG⁹
- Test de embarazo
- Tratamientos de misoprostol para realizar las ILE en los CESAC. Los hospitales compran a través de sus presupuestos los tratamientos de misoprostol que requieren¹⁰.

En el año 2018 hubo una mayor inversión del Ministerio de Salud del GCBA destinada a aumentar la provisión de métodos de larga duración (DIU, implantes subdérmicos y SIU), en particular de implantes subdérmicos, decisión que, como veremos más adelante, ha tenido impacto al lograr un aumento geométrico de la cobertura (véase el apartado Utilización de servicios).

9. El SIU es el único método anticonceptivo de la canasta que se coloca por indicación médica debido al alto costo que tiene al momento de la redacción del presente informe.

10. En 2019 se comenzó a proveer también desde la CSSSeITS a los hospitales de la zona sur, que son los que realizan la mayor cantidad de intervenciones.

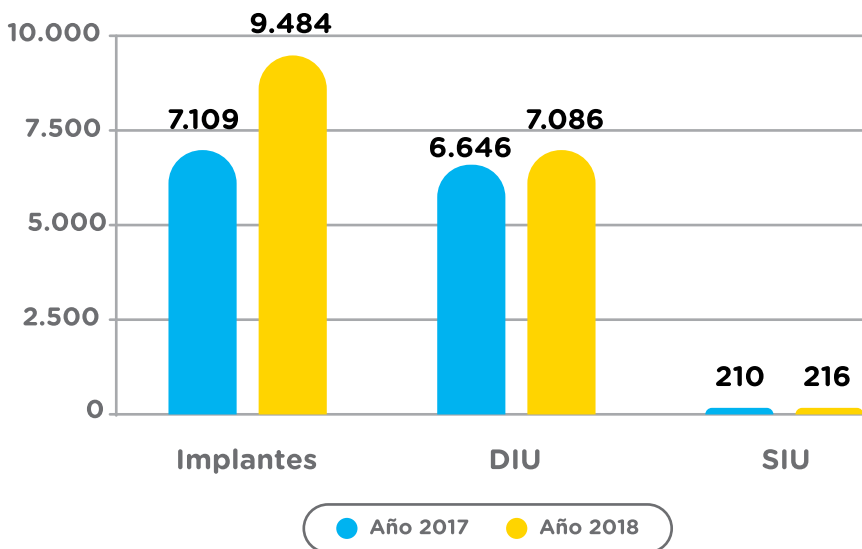


La compra y distribución de preservativos y gel lubricante es responsabilidad del Equipo de VIH e ITS, que viene implementando desde 2001 una red de puestos fijos —alrededor de 200— que excede a los establecimientos del sistema de salud e incluye organizaciones de la sociedad civil. En dichos puestos estos insumos pueden ser retirados por la población de modo libre y gratuito (Adaszko, 2008). En 2018 fueron distribuidos por esa red 7 millones y medio de preservativos (CSSSeITS-MS-GCBA, 2017).



En el Gráfico 6 se observa la comparación 2017-2018 referida a la compra de métodos de larga duración. El incremento más notable fue el de los implantes (25%), seguido por el del DIU (7%).

GRÁFICO 6. Aumento en las compras de métodos de larga duración, Ministerio de Salud-GCBA, 2017-2018.

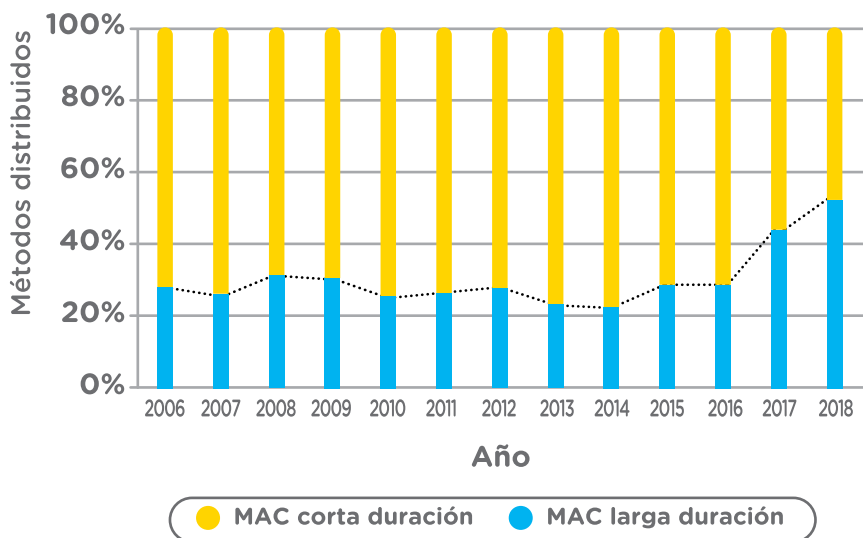


Fuente: Elaboración propia con base en las órdenes de compra emitidas durante el año 2018. CSSSeITS. 2019.

Uno de los indicadores de calidad de la respuesta en salud sexual y reproductiva refiere a la proporción que existe entre los métodos de corta y larga duración que los programas ofrecen a las usuarias. Esto se debe a que, como fue mencionado anteriormente, los métodos de larga duración tienen mayor eficacia y adherencia (Trussel, Contraceptive efficacy, 2011).

En el Gráfico 7 se muestra la serie 2006-2018 de los métodos que proveyó el Programa, en función de su duración. Así, entre 2006 y 2016 la proporción de métodos de larga duración osciló entre un 23% y un 31%. En 2017 ascendió a un 44% y en 2018, a un 52%, de este modo se logró que más de la mitad de los métodos provistos a las mujeres fueran de larga duración.

GRÁFICO 7. Métodos provistos en función de su duración, Ministerio de Salud-GCBA, 2006-2018.



Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. 2019.

El otro rubro en el que tuvo impacto el aumento de los fondos destinados por el Ministerio de Salud fue la compra de tratamientos de misoprostol para garantizar el acceso a las ILE en el primer nivel de atención (CeSAC);

en 2016 fueron 359 tratamientos, en 2017 fueron 1475 tratamientos y en 2018 el número ascendió a 4698¹¹.

Nivel local

Puntos de acceso o puertas de entrada



El subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires cuenta con una extensa red de establecimientos de diferentes niveles de complejidad (centros de salud y acción comunitaria, centros médicos barriales, hospitales generales de agudos y hospitales especializados), que son de **acceso universal y gratuito**.

Un indicador importante referido al tipo de acceso que brinda un Programa de SSyR es la cantidad de “puertas de entrada” o “puntos de servicios” a través de los cuales la población puede recibir las prestaciones (OMS/UNFPA, 2009).

Para el año 2018 era posible acceder a las prestaciones en SSyR a través de 69 establecimientos, de acuerdo al siguiente detalle: 43 centros de salud; 13 hospitales de agudos; la Maternidad Sardá; 3 hospitales especializados infanto-juveniles; 3 hospitales de Salud Mental; 1 hospital especializado en Infecciosas; el Centro Odontológico Boca-Barracas; la Unidad Sanitaria Móvil y la Unidad Móvil de Adicciones.

Es decir que la respuesta en SSyR estaba instalada en todos los CeSAC de la Ciudad, en todos los HGA, en la Maternidad Sardá, en algunos de los hospitales especializados y en otros tres espacios que también forman parte del sistema de salud.

El **número de establecimientos que daban respuesta** y el **tipo de respuesta** que daban fue cambiando en los últimos tres años, en los que aumentaron tanto la cantidad de establecimientos como el abanico de prestaciones.

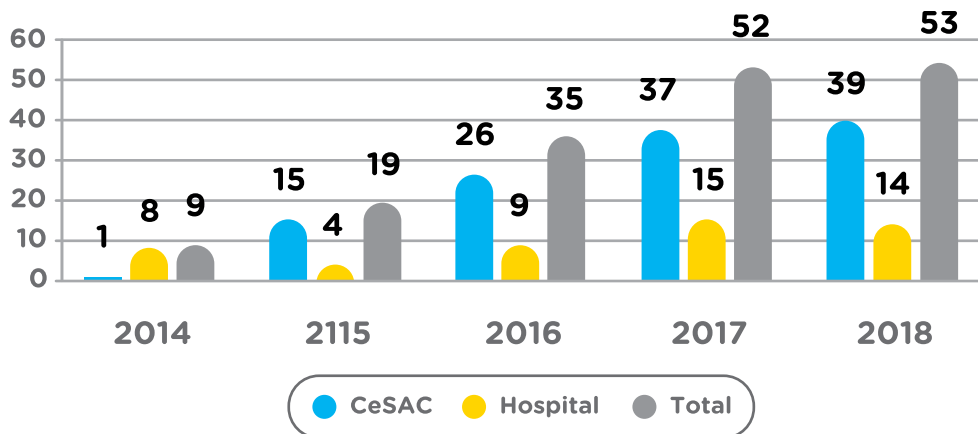
11. Cada tratamiento equivale a 12 comprimidos. Los números expresan cantidad de tratamientos y no de comprimidos.

En 2016, la CSSSeITS enviaba insumos a 66 establecimientos, número que aumentó a 69 en 2018. Es decir que se abrieron tres nuevas “puertas de acceso”. Pero no todos los establecimientos que brindaban respuesta garantizaban el mismo abanico de prácticas. Uno de los esfuerzos de gestión más intensos de los últimos años ha sido mejorar la calidad de la respuesta, para hacerla más abarcativa en cada lugar.

En 2018, de los 69 establecimientos que brindaban respuesta, 62 entregaban métodos de corta duración y colocaban los de larga duración; y en 53 establecimientos se daba además respuesta a la interrupción legal del embarazo¹².

En el Gráfico 8 se puede observar el aumento en el número de establecimientos que daban respuesta a la ILE entre los años 2014-2018, según tipo de establecimiento. En 2014, ocho hospitales reportaron por lo menos una ILE y lo mismo hizo un CeSAC. Es decir que en 2014 fueron en total 9 establecimientos los que reportaron por lo menos una ILE. En 2018 se observa que el número total de establecimientos pasó a 53, de los cuales 39 fueron CeSAC y 14, hospitales.

GRÁFICO 8. Establecimientos que dan respuesta a ILE, por tipo de establecimiento y total, CABA, 2014-2018.



Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2019.

¹². La anticoncepción quirúrgica se realiza solamente en los HGA y en la Maternidad Sardá.

Organización de la respuesta en los establecimientos



Las personas que participan de la respuesta en materia de SSyR forman parte del personal de planta de los establecimientos y cumplen muchas otras funciones preventivas y/o asistenciales.

En líneas generales, y a lo largo de los más de 30 años transcurridos desde que se creó el Programa, cada establecimiento ha ido organizando sus procesos de trabajo de modo autónomo, recibiendo el apoyo del nivel central a través no sólo de la dación de insumos sino también a partir de los espacios de capacitación en diferentes temas que hacen a la respuesta, así como en la transmisión de modelos de trabajo. Son frecuentes también las reuniones entre el equipo del nivel central y los equipos locales para tocar temas puntuales.



En 2017 se realizó un relevamiento para conocer más profundamente las características que fueron adquiriendo los equipos locales a lo largo del tiempo, producto de los cambios en los lineamientos del nivel central, el surgimiento de nuevas problemáticas y la implementación de estrategias de trabajo propias en cada uno de los establecimientos. Se aplicó una encuesta a representantes de 40 establecimientos. A continuación, destacamos algunos de los resultados más salientes.



Desde los inicios del Programa en el año 1988, en cada uno de los establecimientos que participan de la respuesta se conformó la figura del “referente” o “coordinador” en el nivel local. Esta **figura es clave** pues es el nexo entre el establecimiento y el nivel central. En la investigación se

detectaron como tareas esenciales o ineludibles del/de la referente local las siguientes:

1. Ser el nexo entre el Programa a nivel central y a nivel local;
2. Ser el/la encargado/a de gestionar los insumos que necesita el establecimiento ante el nivel central.

Desde los inicios del Programa a la fecha muchas cosas han cambiado:

- a. Los equipos que dan respuesta a las necesidades en materia de SSyR han crecido en cantidad, incorporándose los equipos nucleares y ampliados de salud con familias y territorios a cargo a nivel de los CeSAC;
- b. Con el paso de los años se han agregado nuevos insumos a la canasta de métodos anticonceptivos, así como nuevas prestaciones;
- c. Algunos de estos nuevos métodos, como los SIU e implantes, requieren de la confección de planillas extras, lo que aumentó la carga de trabajo administrativo relacionado con la provisión de insumos;
- d. Surgieron nuevas problemáticas referidas a la SSyR, a las que el sistema público de salud tiene que dar respuesta. Las más destacadas en los últimos años (listadas por orden de aparición temporal) han sido la prevención y diagnóstico de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la política de reducción de riesgos y daños en el caso de las mujeres que cursan embarazos no deseados, la necesidad de brindar respuesta a los grupos de la diversidad sexual y a las interrupciones legales del embarazo (ILE).
- e. En algunos casos, los equipos “originales” de Procreación Responsable/ Salud Sexual y Reproductiva fueron incorporando las nuevas prestaciones dentro del mismo equipo, en otros casos, se organizaron nuevos equipos para dar respuesta a estas problemáticas. Así, en muchos establecimientos es posible identificar equipos orientados al abordaje del VIH y las ITS, a la diversidad sexual y las interrupciones de embarazos no intencionales.
- f. En el nivel local se han desarrollado modalidades de respuesta muy diversas respecto de cómo organizar la atención, lo que se expresa en diferencias en cuanto a la cantidad de personas que participan de la respuesta (el número mínimo fue de dos personas y el máximo de 30), incorporación de nuevos perfiles profesionales o laborales y diferentes

marcos conceptuales sobre las tareas de un equipo y sobre el modo de transversalizar las acciones dentro de los establecimientos. A modo de ejemplo, en algunos establecimientos la respuesta se sigue concentrando en un “Consultorio de Procreación Responsable o Salud Reproductiva”, mientras que en otros prácticamente la totalidad de los integrantes del establecimiento tienen algún tipo de participación en la respuesta, que es coordinada y articulada a través de los equipos nucleares con sus familias a cargo. Es esta la visión hacia donde comenzamos a transformar la organización del primer nivel de atención, para maximizar el acceso de la población objetivo —en forma integral e integrada— a todos los cuidados.

Estos grandes cambios, entre otros, han influido en la definición de tareas o actividades del “referente”. Su complejidad y cantidad ha llevado a que, en varios establecimientos, se hayan constituido equipos que cumplen ese rol, conservando la figura de un “referente” que sostiene fundamentalmente la vinculación con el Programa del nivel central, pero que en su lugar de trabajo coordina o comparte las diversas tareas de implementación de la respuesta.

En un establecimiento se menciona, por ejemplo, la existencia de dos referentes, uno para los aspectos médicos y otro para los aspectos sociales.

Como se ve en la Figura 2, es posible organizar la tarea del referente en tres tipos de actividades: referidas a gestión de insumos, al papel como representante del Programa y a la coordinación interna o gestión local.

FIGURA 2. Tipos de actividades realizadas por las/os referentes o equipos de referencia de SSyR en el nivel local



Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Investigación local. 2017.

La investigación indagó también sobre las características de los integrantes de los equipos en el nivel local (cantidad y perfiles profesionales u ocupacionales) y el tipo de actividades que realizan con referencia a la respuesta en SSyR. Si se toman en cuenta aquellas profesiones y ocupaciones que fueron mencionados por lo menos alguna vez por alguno de los 40 equipos que respondieron la encuesta, encontramos 27 perfiles laborales, que hemos agrupado en la Figura 3 bajo cinco grandes categorías (clásicas, aunque seguramente mejorables): Biomedicina, Ciencias Sociales, Salud Mental y un cuarto grupo al que llamamos de “Ocupaciones”, tales como “Jefe de centro”, “Personal de seguridad”, etc. Fueron mencionadas también las siguientes residencias: de Ginecología, Medicina General, Enfermería,

Trabajo Social, Posbásica de Adolescencia e Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS).



La participación de equipos interdisciplinarios en la respuesta a las necesidades de SSyR es un buen indicador de calidad.



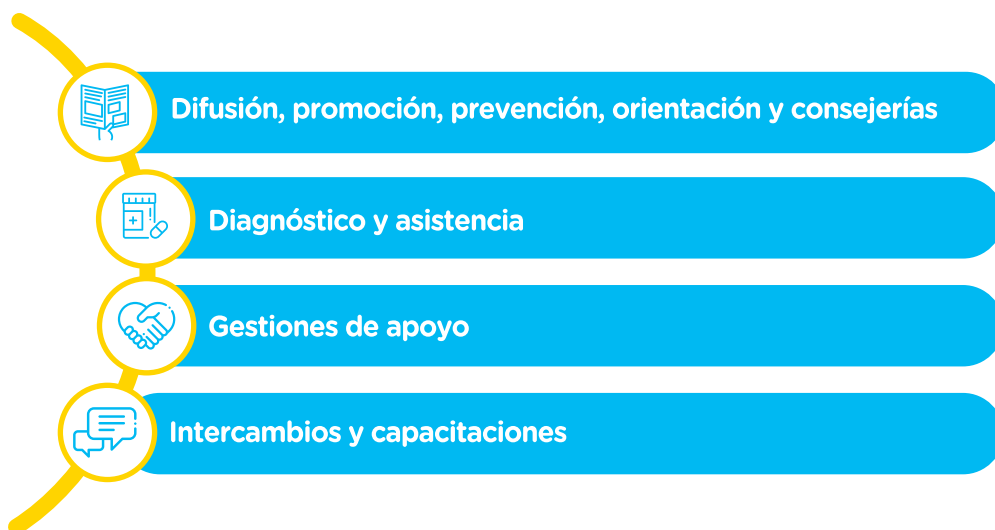
En cuanto a la conformación de los equipos, se pudo observar una gran variedad, tanto en la cantidad de sus integrantes como en los perfiles laborales incluidos. El equipo más pequeño estaba conformado por dos personas y el más grande por más de 30. En cuanto al “quantum” interdisciplinario, el abanico iba de equipos conformados exclusivamente por integrantes de la biomedicina hasta equipos completamente transversales con integrantes de los cuatro perfiles arriba mencionados.

FIGURA 3. Perfiles de las/os integrantes de los equipos de SSyR en el nivel local.



Finalmente, se preguntó qué tipo de tareas realizaba cada uno de los integrantes de los equipos de SSyR. El análisis de todas las respuestas permitió agrupar las acciones de los integrantes de los equipos de SSyR a nivel local en cuatro “tipos” de actividades (Figura 4).

FIGURA 4. Tipos de actividades que realizan los equipos de SSyR en el nivel local



Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Investigación local. 2017.



Difusión, promoción, prevención, orientación y consejerías

Talleres y consejerías extra muros (escuelas, organizaciones barriales, etc.), facilitación de turnos para el acceso, orientaciones y derivaciones, curso de parto, reposición de preservativos en los dispensers de los establecimientos sanitarios y de otros ubicados en espacios de la comunidad, consejerías sobre métodos anticonceptivos y en situaciones de pre y post aborto, etc.



Diagnóstico y asistencia

Atención clínica, PAP, colposcopia y biopsias; indicación y dación de métodos, incluida la anticoncepción hormonal de emergencia; aplicación de inyectables; colocación y extracción de DIU, SIU e implantes; diagnóstico para VIH y VDRL y test de embarazo; ecografías; acciones referidas a ILE; ligaduras tubarias, etc.



Gestiones de apoyo

Pedido de insumos, control de stock y estadísticas; reposición de materiales y métodos en consultorios; esterilización de materiales; facilitador en situaciones de ILE, articulación entre niveles de complejidad.



Intercambios y capacitaciones

Participación en reuniones de nivel central, de área programática o comisiones hospitalarias sobre las temáticas; participación en reuniones de equipo; promoción de capacitaciones en el interior del establecimiento o participación en capacitaciones externas; monitoreo y evaluación de la tarea.



Utilización de servicios

62

Refiere al “encuentro” entre el Programa (mediado por los equipos que trabajan en los establecimientos de salud) y las personas usuarias, y permite dar cuenta de forma aproximada del porcentaje de cobertura sobre la población destinataria en lo referido al acceso a los métodos anticonceptivos y de las interrupciones legales del embarazo. Algunos indicadores de esta dimensión son: **cantidad de insumos distribuidos** por el Programa a los establecimientos, estimación de **cantidad de personas cubiertas** a partir de los métodos distribuidos y beneficiarias/os de anticoncepción quirúrgica y **cantidad y calidad de la atención de las interrupciones legales de embarazo realizadas**. Las fuentes fueron los registros administrativos de la CSSSeITS referidos al movimiento de insumos y las planillas que con carácter semestral envían los establecimientos con la información sobre anticoncepción quirúrgica e ILE.

Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos

Con el objetivo de estimar la cobertura que brinda el Programa en materia de métodos anticonceptivos, se utilizaron dos indicadores que permiten medir los alcances para un año determinado: “mujeres con cobertura completa” y “cantidad anual de mujeres protegidas”¹³ (Tobar, marzo de 2019). Cada uno de estos indicadores se construye a través de procedimientos diferentes, que serán explicitados en este apartado.

Ambos métodos se basan en distintos tipos de cálculos cuya fuente de información son los registros de la CSSSeITS sobre insumos distribuidos a

13. A partir del año 2019 sólo se utilizará el indicador “cantidad anual de mujeres protegidas”.

los establecimientos, es decir que se trata de **modos indirectos** de estimar el acceso. Es preciso aclarar en este punto que por lo menos desde 2006, que es el momento a partir del cual se cuenta con registros sistematizados anualizados, la distribución de insumos a los establecimientos se realizó siempre de modo bimestral a partir de los pedidos que realizaban los equipos locales al Programa¹⁴.

La estimación de cobertura a partir de los insumos distribuidos tiene ventajas y limitaciones. Explicitamos algunas de ellas:

LIMITACIONES: el acceso se mide de modo indirecto; los establecimientos, en particular los hospitales, dispensan un volumen muy importante de “muestras gratis” que no hemos podido mensurar a la fecha y en ese sentido habría un subregistro de los métodos de corta duración efectivamente entregados (pastillas e inyectables); de acuerdo a diferentes estudios, es posible estimar que entre un 23% (UNICEF, 2014, pág. 68) y un 30% (INDEC/ Ministerio de Salud de la Nación, 2013, pág. 16) de las mujeres utilizan como método anticonceptivo exclusivo el preservativo. Dado que la Ciudad tiene una política de distribución a través de dispensers (en 2018 se distribuyeron 7,5 millones de preservativos), no ha sido posible registrar a este grupo de mujeres que reciben anticoncepción de modo gratuito, es decir que esta es una nueva fuente de subregistro de la población efectivamente cubierta. En cuanto a la medicación perdida o vencida, el cálculo por indicador de “mujeres con cobertura completa” no lo considera, mientras que el de “cantidad anual de mujeres protegidas” lo tiene en cuenta, asumiendo en una de sus hipótesis de estimación que un 15% de los métodos que son distribuidos a los establecimientos, no llega a las usuarias por pérdidas de insumos y/o vencimientos (Tobar, marzo de 2019).

FORTALEZAS: como fue dicho, los/las referentes realizan el pedido de insumos al nivel central cada dos meses y en líneas generales el Programa envía aquello que es solicitado; los indicadores permiten establecer

14. La principal excepción a esta regla de responder a los pedidos de los equipos ha sucedido —y continúa sucediendo— en los momentos en los que el Programa tiene problemas de faltantes y por lo tanto debe “racionar” el stock de algún insumo para intentar satisfacer una parte de los requerimientos de los equipos.

comparaciones con el mismo criterio para todos los establecimientos que participan de la respuesta y también establecer comparaciones interanuales. El indicador “cantidad anual de mujeres protegidas”, al considerar no sólo el volumen de los métodos distribuidos sino también su duración, su eficacia y la adherencia a ellos en función de parámetros universalmente aceptados (Trussel, Contraceptive efficacy, 2007) (Trussell & Wynn, 2008) (Tugswell, Bennet, Sackett, & Haynes, 1985) (USAID), brinda una estimación más ajustada de la protección que da el Programa. Finalmente, al momento de realizar este análisis, la estimación de cobertura a partir de insumos distribuidos es el único indicador del que se dispone.

Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa”

Esta metodología de estimación se comenzó a utilizar en 2016. Se realizaron cálculos de cobertura a partir de la transformación de los insumos distribuidos en “mujeres con cobertura completa”. De acuerdo a criterios generalmente aceptados (Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA, 2017), esta transformación de insumos en “mujeres con cobertura completa” se realizó de la siguiente manera:

- Cada 13 blísters de pastillas, 1 mujer.
- Cada 12 inyectables mensuales, 1 mujer.
- Cada 4 inyectables trimestrales, 1 mujer.
- Cada 7 blísters de anticoncepción para la lactancia se considera “media persona”. Por ello se considera una persona con cobertura completa cada 14 blísters.
- Los DIU, los implantes y los SIU se consideraron un método, una persona.
- Las ligaduras tubarias se consideran también una ligadura, una persona.

Para obtener el porcentaje de población cubierta para un año determinado, se pone en relación el número de “mujeres con cobertura completa” con la población objetivo definida para ese mismo año. En la Tabla 7 se muestran los diferentes indicadores para los años de 2016 a 2018.

TABLA 7. Mujeres con cobertura completa, estimación del alcance y cobertura, CABA, 2016-2018.

Indicador	2016	2017	2018
Número de mujeres con cobertura completa	26.853	32.033	36.022
Población objetivo	101.015	108.081	100.578
Proporción de mujeres con cobertura completa de la población objetivo	27%	30%	36%

Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. 2019.

Se puede observar el aumento constante del número de mujeres con cobertura completa entre 2016 y 2018, que pasó de 26.853 a 36.022, es decir que se incorporaron prácticamente un tercio más de mujeres en dos años. La población objetivo, que como fue dicho se estima para cada año, fue relativamente constante. En cuanto a la proporción de población cubierta, la misma pasó del 27% en 2016 al 36% en 2018.

El indicador “mujeres con cobertura completa” tiene como una de sus grandes limitantes que no logra captar los años de protección “diferida” que ofrecen los métodos de larga duración. A fin de paliar esta limitación, se apeló al recurso de sustraer una cantidad de mujeres de la población objetivo, al asumir que las mismas tenían colocado un DIU o se habían realizado una ligadura. Como fue dicho, estos valores se toman a partir de la información provista por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (INDEC/

Ministerio de Salud de la Nación, 2013), que al momento de ser realizada no pudo valorar por ejemplo la enorme importancia que fue cobrando el implante subdérmico en los últimos cuatro años. Es por este motivo, entre otros, que se realizó un pedido de asistencia técnica a UNFPA/LACRO (Tobar, marzo de 2019), lo que permitió construir un segundo indicador para estimar la población alcanzada y la cobertura lograda, que es el modelo de **cantidad anual de mujeres protegidas**, que se presenta a continuación.

Metodología para estimar alcances de la respuesta usando el indicador “cantidad aAnual de mujeres protegidas”¹⁵



Para estimar la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS, se desarrolló un modelo paramétrico en el que se considera como variable independiente la **cantidad de cada método entregado a la población**, como variable dependiente la **población efectivamente cubierta con métodos anticonceptivos**, y como variables intervinientes la **eficacia clínica observada para cada método**, los años de mujer protegida y la **adherencia observada al año**. Véase la Tabla 10 en página 71.

66

Diseño del modelo de estimación de población efectivamente cubierta

- La información de disponibilidad de métodos para su dispensa a la población objetivo fue provista por la CSSSeITS. **La misma estaba disponible desde el año 2006 a la fecha.**
- Para la estimación de la cobertura efectiva se utilizó el criterio propuesto por Tugswell (Tugswell, Bennet, Sackett, & Haynes, 1985), según el cual cobertura efectiva es el producto de cobertura, por eficacia clínica

15. Informe Técnico elaborado por Federico Tobar de UNFPA-LACRO a pedido de la CSSSeITS (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019).

por la adherencia. En el desarrollo del modelo de estimación de metas de impacto (MEMI) empleado por el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) se aplicó este mismo criterio (UNFPA-LACRO, 2017).

- Para estimar la duración de la protección brindada por cada uno los métodos anticonceptivos modernos, se utilizó el criterio de años pareja protegida (APP) (USAID).
- Para estimar eficacia clínica, se tomaron los parámetros publicados por Trussel (Trussel, Contraceptive efficacy, 2007) y por Singh & Darroch en “Adding it UP” (Singh & Darroch, 2012) (en los casos en que los datos divergían se consideró la alternativa menor).
- Los parámetros de adherencia observada al año según métodos fueron extrapolados de los estudios poblacionales desarrollados en Estados Unidos por Trussel & Wynn (Trussell & Wynn, 2008).
- Para estimar la población objetivo, se consideran las mujeres de 15 a 49 años que sólo tienen cobertura pública exclusiva (141.074) y se descuentan las mujeres embarazadas (8642), las que buscan embarazo (8676), las que no pueden tener hijos (2737) las que creen que no pueden quedar embarazadas (3499), lo que da como resultado 117.520 mujeres para el año 2018.

TABLA 8. Fuentes de información para el análisis paramétrico de uso efectivo de métodos anticonceptivos.

Variable	Fuente de información
Cantidad de métodos anticonceptivos disponibles	CSSSeITS-MS-GCBA
Duración de la protección provista por cada método	Años pareja protegida (APP)
Eficacia clínica de cada método	Trussel, J. (2007) y Singh, S. & Darroch, J. (2012)
Adherencia observada al año en el uso de cada método	Trussell, James & Wynn, L.L. (2008)
Uso efectivo de cada método	UNFPA-LACRO (2017) en base a Tugswell, P.; Bennet, K.J.; Sackett, D.L.; Haynes, B. (1985)

Fuente: UNFPA-LACRO, 2018.

En la Tabla 9 (en página siguiente) se presenta la matriz resultante para análisis de la efectividad en el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos modernos que son cubiertos por la CSSSeITS.

TABLA 9. Matriz para el análisis de uso efectivo de cada método anticonceptivo moderno cubierto por el Ministerio de Salud de la CABA.

Método	Unidad de medida	(A) Duración en APP	(B) Eficacia observada (uso típico)	(C) Adherencia observada al año	(D) Efectividad (A) * (B) * (C)	Años duración
ACO	un ciclo	0,07	0,98	0,68	0,04	1,00
Inyectable mensual	un vial	0,08	0,99	0,56	0,04	1,00
Inyectable trimestral DMPA	un vial	0,25	0,97	0,56	0,14	1,00
DIU T Cobre	un DIU	1,00	1,00	0,78	0,78	5,00
Condón masculino	un condón	0,01	0,85	0,53	0,01	1,00
SIU	un SIU	1,00	1,00	0,80	0,80	5,00
Implante subdérmico Etonogestrel 68mg	un implante	1,00	0,97	0,84	0,81	3,00
Ligadura Tubaria	un procedimiento	1,00	1,00	1,00	1,00	10,00
Probabilidad de embarazo sin usar MAC			0,85			

Fuentes: UNFPA-LACRO, 2018. (A) USAID, Couple Years of Protection (CYP), sin fecha, sitio visitado el 6 de mayo de 2012. (B) Trussel, J. (2007) "Contraceptive efficacy". En: Hatcher, R. et al. Contraceptive technology, 19 th ed. New York. Ardent Media. Capítulo 27.

(C) Trussell, James & Wynn, L.L. (2008). "Reducing Unintended Pregnancy in the United States". Contraception Editorial January 2008. Disponible en:

<http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008>
(D) APP Efectivos = $D * E * F$ Según el método propuesto por Tugwell, P.; Bennet, K.J.; Sackett, D.L.; Haynes, B. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. J Chronic Dis 1985;38:339-51.

Observación. En los casos de los LARCS (SIU, DIU e implante no se consideró la duración en APP sino solo un año. De igual forma en la ligadura tubaria.

Para cada año se calculó una mujer por cada método de larga duración (DIU, SIU, implante y ligadura tubaria) y se proyectó para los años siguientes la protección brindada en años en función de la duración estimada para cada uno de estos: DIU: 5 años, SIU: 5 años, implante: 3 años y ligadura tubaria: 10 años.

Estimación de población cubierta¹⁶

Las tablas 10 y 11 presentan la estimación de población cubierta con utilización efectiva de anticonceptivos modernos y ligaduras tubarias provistos por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de acuerdo al modelo paramétrico aplicado.

16. Informe Técnico elaborado por Federico Tobar de UNFPA-LACRO a pedido de la CSSSeITS (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019)

TABLA 10. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2006-2018.

Hipótesis 1. El 15% de los métodos anticonceptivos distribuidos no es dispensado a la población.

Método	Efectividad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ACO	0,044426667	5.333	5.386	4.334	5.462	6.334	4.997	4.368	4.612	4.633	4.666	4.280	4.310	4.064
Inyectable mensual	0,042732308	751	780	928	842	1.472	1.015	1.028	1.189	1.644	1.444	1.610	1.784	1.762
Inyectable trimestral	0,1358	1.078	1.365	-	-	-	-	-	587	224	1.046	1.451	892	1.709
DIU	0,78	17	3.863	8.043	12.635	17.052	20.848	24.823	24.709	23.831	22.826	21.802	22.413	23.119
Preservativo	0,005850649	4.646	2.529	2.318	2.407	2.978	2.819	2.838	2.511	2.691	2.417	2.270	1.437	1.152
SIU	0,7984										14	305	447	594
Implante	0,8148										1.318	2.819	7.742	14.311
Ligadura	0,995	351	1.053	1.614	2.553	3.447	4.719	5.817	7.083	8.410	9.585	10.818	12.167	13.380
Año mujer protegida		12.176	14.976	17.237	23.900	31.283	34.399	38.874	40.692	41.434	43.315	45.355	51.191	60.089

Fuente: UNFPA-LACRO, 2018.

TABLA 11. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2006-2018.

Hipótesis 2. Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.

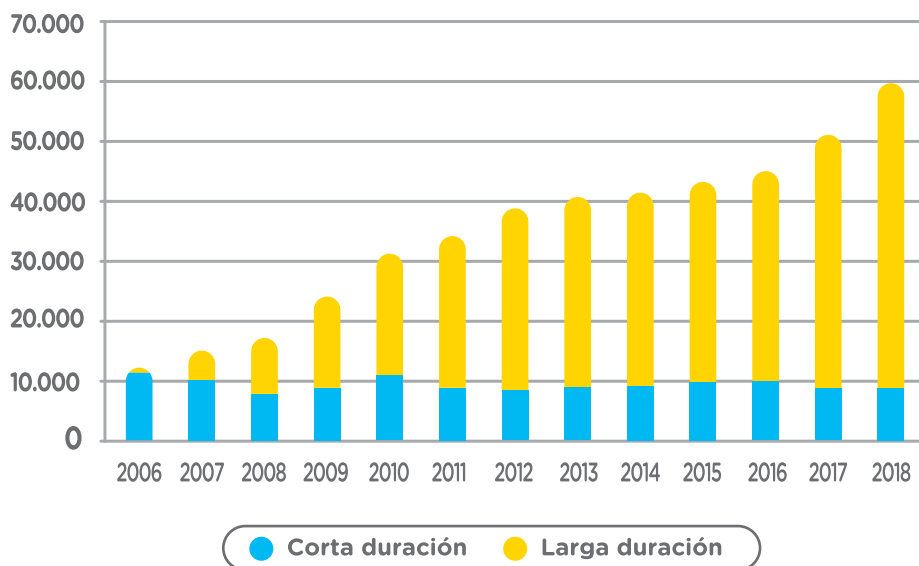
Método	Efectividad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ACO	0,044426667	6.274	6.337	5.099	6.426	7.452	5.879	5.139	5.426	5.451	5.490	5.035	5.070	4.781
Inyectable mensual	0,042732308	883	918	1.092	991	1.732	1.194	1.210	1.399	1.935	1.698	1.894	2.099	2.072
Inyectable trimestral	0,1358	1.268	1.606	-	-	-	-	-	691	264	1.230	1.707	1.049	2.010
DIU	0,78	20	4.545	9.462	14.865	20.062	24.527	29.203	29.070	28.036	26.854	25.650	26.368	27.199
Preservativo	0,005850649	5.466	2.975	2.727	2.832	3.504	3.317	3.339	2.954	3.166	2.843	2.671	1.690	1.356
SIU	0,7984										16	358	526	699
Implante	0,8148										1.551	3.316	9.108	16.836
Ligadura	0,995	351	1.053	1.614	2.553	3.447	4.719	5.817	7.083	8.410	9.585	10.818	12.167	13.380
Año mujer protegida		14.262	17.433	19.994	27.667	36.196	39.636	44.708	46.623	47.262	49.267	51.449	58.078	68.332

Fuente: UNFPA-LACRO, 2018.

En los gráficos 9 y 10 se observa la evolución de la población cubierta con métodos anticonceptivos modernos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desde 2006 hasta 2018.

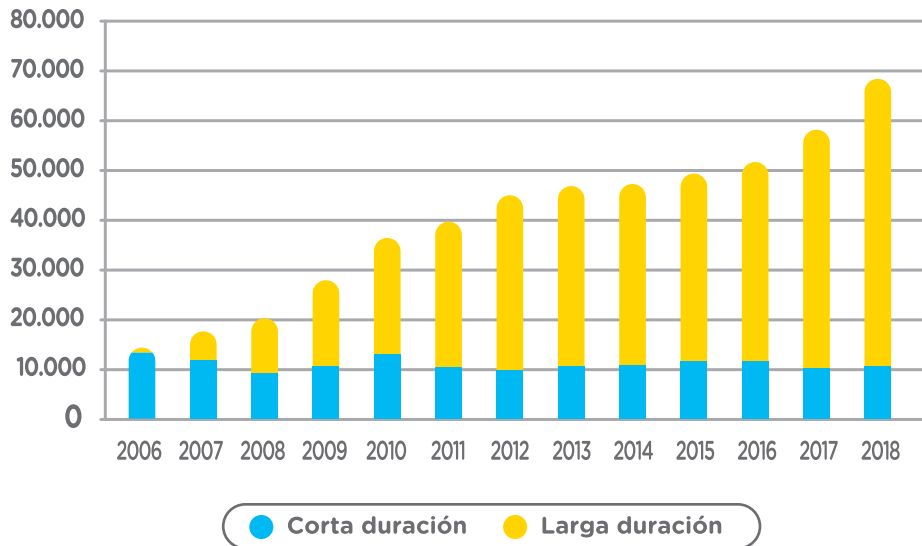
Ambos gráficos permiten ver el alto impacto que representó la introducción de los LARCS. Entre 2006 y 2010 se registra un significativo incremento en la población cubierta, que obedece a la introducción de DIU, mientras que entre 2015 y 2018 el motor que impulsa la expansión de la cobertura fueron los implantes.

GRÁFICO 9. Hipótesis 1: El 15% de los métodos anticonceptivos distribuidos no es dispensado a la población.



Fuente: UNFPA-LACRO, 2018.

GRÁFICO 10. Hipótesis 2: Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.



Fuente: UNFPA-LACRO, 2018.

En síntesis, para una población objetivo de 117.520 mujeres, la cobertura brindada en 2018 oscilaría entre 60.089 mujeres, que representan al 51% de la población objetivo (hipótesis 1), y 68.332 mujeres, que representan el 58% de la población objetivo (hipótesis 2).

Impacto de la implementación de la Historia de Salud Integral (HSI) en la calidad de la información disponible

Desde mediados de 2016 comenzó la implementación de la HSI (historia de salud integral, conocida como historia clínica electrónica) en todos los CeSAC y gradualmente en los hospitales públicos porteños.

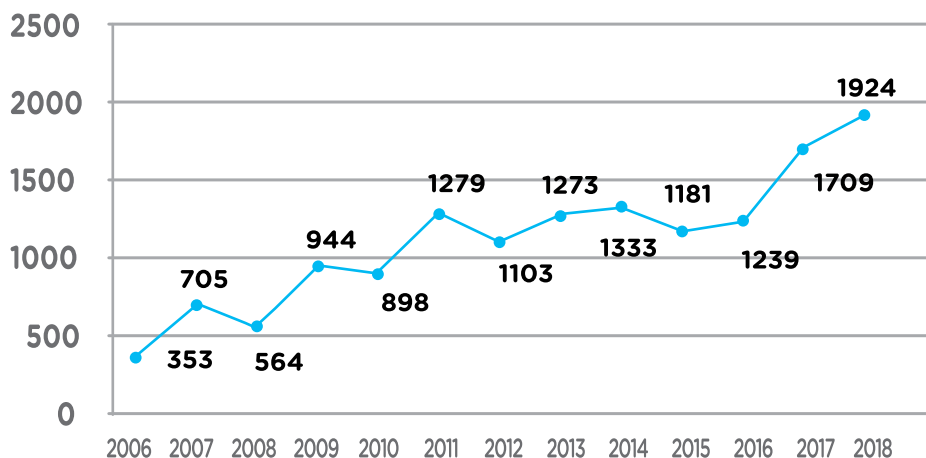
La informatización progresiva de las farmacias y del ciclo de medicamentos e insumos, asociada a los documentos y registros clínicos informatizados y nominalizados, integrados en SIGEHOS (Sistema de Gestión Hospitalaria), permitirá producir información con base a las transacciones cotidianas,

de elevada validez, confiabilidad, cobertura y periodicidad, reduciendo el requerimiento de planillas específicas para los programas.

Anticoncepción quirúrgica

En los cuadros siguientes se puede observar el detalle de la cantidad de ligaduras tubarias (Gráfico 11) y vasectomías (Gráfico 12) realizadas en los últimos años por los HGA y la Maternidad Sardá. La fuente de esta información son los reportes semestrales realizados por los hospitales.

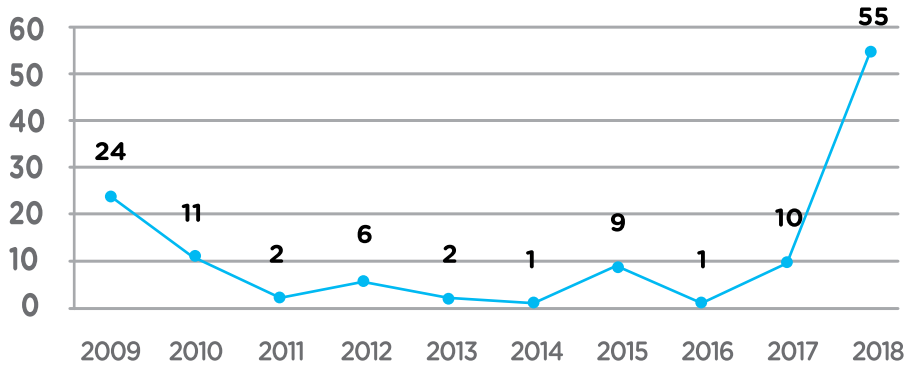
GRÁFICO 11. Cantidad de ligaduras tubarias por año, CABA, 2006-2018.



Fuente: Elaboración de la CSSSeITS en base a informes semestrales enviados por hospitales, 2019.

En el Gráfico 11 se puede observar el aumento constante de las ligaduras desde 2006 al 2011, cuando el volumen se estabiliza en 1200 procedimientos anuales. El número total retoma el crecimiento en 2017 y alcanza el pico de 1924 ligaduras en 2018.

GRÁFICO 12. Cantidad de vasectomías anuales, CABA, 2009-2018.



Fuente: Elaboración de la CSSSeITS en base a informes semestrales enviados por hospitales, 2019.

En cuanto a las vasectomías (Gráfico 12), el número de procedimientos reportados es muy pequeño (entre 1 y 24 procedimientos anuales), lo que identifica como abrupto el crecimiento que en 2018 marcan 55 vasectomías.

Utilización de servicios II: Acceso a la interrupción legal del embarazo

En el año 2007, el Programa de SSyR comenzó a implementar las consejerías de reducción de riesgos y daños orientadas a las mujeres que se acercaban a los equipos de salud para manifestar su intención de interrumpir un embarazo. Su misión era brindarles información fehaciente y confiable sobre los distintos métodos para hacerlo en condiciones seguras y que dispusieran de opciones en ese momento de gran vulnerabilidad.

En 2014 se comenzó a fortalecer una política pública de acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE), con la compra y distribución de la medicación que se utiliza actualmente para realizar dicha práctica (misoprostol).

En marzo de 2016, y con la reorganización del equipo tras el cambio de gestión, se ampliaron y profundizaron algunas líneas prioritarias de trabajo. Se puso énfasis en las consejerías de reducción de riesgos y daños pre y post aborto, la interrupción legal del embarazo (ILE) y la anticoncepción post evento obstétrico (AIPE), entre otras.

Esto se tradujo, como ya hemos visto en acciones programáticas, en la ampliación del número de equipos que abordan la temática de ILE en el primer y segundo nivel de atención y en un aumento de situaciones asistidas. El mayor número de casos resueltos en el primer trimestre, generalmente en el primer nivel de atención (CeSAC), significó un cambio sustancial en la respuesta del sistema de salud al acceso a las interrupciones legales del embarazo (Pistani, 2017).

En el primer nivel de atención, el procedimiento es ambulatorio y hasta las 12 semanas de gestación, tal como lo recomiendan las guías de procedimiento producidas en nuestro país (Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa de Salud Sexual y Procreacion Responsable, 2015) y la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014). En estos casos, la interrupción se realiza con métodos farmacológicos —misoprostol— que es provisto por el Ministerio de Salud porteño a los CeSAC, a través de la CSSSeITS. La OMS, así como las diversas guías internacionales y nacionales, acuerdan en que esta es la forma más segura de interrupción de un embarazo.

En general, se estima que la tasa de efectividad para obtener un aborto completo con misoprostol (que no requiere de otra intervención) es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo, esto varía de acuerdo a la vía de administración, el esquema de la dosis y la edad gestacional.

Las gestas mayores a 12 semanas se resuelven en el segundo nivel de atención (hospitales generales y Maternidad Sardá). Las situaciones que reciben son, en general, derivadas desde el primer nivel de atención y la interrupción se realiza durante la internación. Según la situación de la mujer y la capacitación y experiencia de los equipos intervinientes, se utiliza tratamiento farmacológico (con misoprostol) u otros métodos instrumentales, incluyendo el aspirado manual endouterino (AMEU) o el

raspado uterino evacuador (RUE). Un objetivo referido a la calidad de la atención es la erradicación del legrado o RUE en el mediano plazo, tal como recomiendan los lineamientos internacionales (Ipas, 2018).

Indicadores para el monitoreo de la política de acceso a la ILE



La fuente de información que permite monitorear la política de acceso y calidad a ILE la constituyen las planillas electrónicas que de modo semestral envían a la CSSSeITS los establecimientos que participan de la respuesta. Allí se informa cada uno de los casos atendidos sin consignar ninguna variable que permita identificar a la mujer. Esta plantilla fue revisada y modificada en un taller participativo en septiembre de 2018. La nueva versión, que comenzó a implementarse en enero de 2019, se propuso mejorar la modalidad de registro y evitar los casos duplicados que se producen cuando una mujer es derivada de un establecimiento a otro para completar la interrupción, siempre preservando la identidad de las personas que son asistidas.

Teniendo en cuenta lo incipiente de esta política, y tomando como base la información que hemos podido procesar, proponemos un listado de indicadores para monitorearla y evaluarla. Algunos de ellos permiten monitorear el acceso y otros permiten monitorear la calidad de la atención.

- a. **Indicadores de acceso:** son los vinculados a las nuevas puertas que se abren a partir de la capacitación de nuevos equipos; acceso por tipo de establecimiento (CeSAC y hospitales); ubicación geográfica (seguimiento por áreas programáticas); cantidad anual de intervenciones; causales en las que se encuadran; edad de las mujeres y edad gestacional con la que llegan. En cuanto a la edad de las mujeres, se monitorea también el acceso de adolescentes (10 a 19 años).
- b. **Indicadores de calidad de la atención:** plazo de resolución; modo de resolución (medicación, AMEU y RUE) y provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE). Se monitorea también el tipo de método con el que se finaliza el proceso, siguiendo el criterio clasificatorio de métodos de corta y de larga duración.

Indicadores de acceso

El primer año del que se tiene registro centralizado sobre el acceso a ILE es 2014, cuando se incluyó el misoprostol en la canasta de insumos y se dio inicio al pedido de información semestral a los establecimientos incluidos en la respuesta.

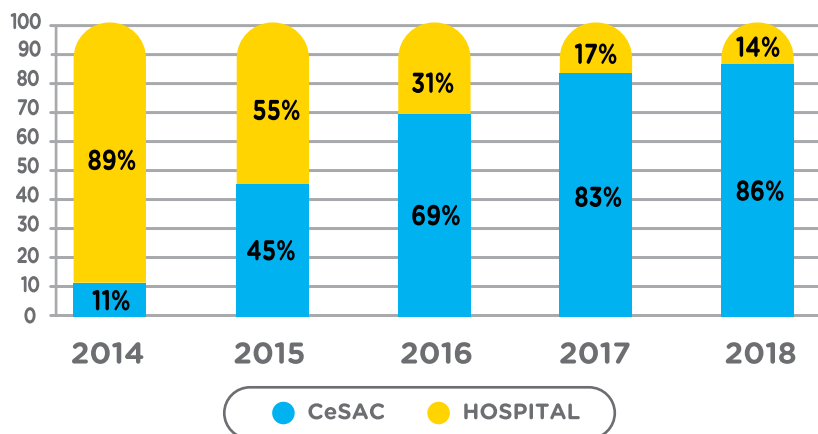
La decisión política de facilitar el acceso en edades gestacionales tempranas se plasmó en el criterio de que la compra fuera realizada desde el nivel central y destinada a los CeSAC. Para los casos atendidos en hospitales, el medicamento es adquirido por la institución a través de su sistema de compras. A partir de enero de 2019, sin embargo, la compra de misoprostol desde el Ministerio se amplió para cubrir también las necesidades de los hospitales de la zona sur, por su mayor demanda.

Mejora en la capacidad de respuesta

En 2014, la respuesta se concentraba casi de modo exclusivo en dos hospitales generales de agudos (Álvarez y Argerich) y en un CeSAC; de este modo, el 89% de las situaciones fueron cubiertas por hospitales. Este cuadro se fue revirtiendo de modo sostenido: en 2015 prácticamente la mitad de las situaciones ya eran asistidas en el primer nivel de atención y en 2016 se inicia la tendencia que confirma a los CeSAC como la principal puerta de acceso a las ILE (Gráfico 13). Para 2018, el primer nivel de atención dio acceso al 86% de las 4858 ILE realizadas en dicho año.

Con respecto a la respuesta desde cada uno de los establecimientos, en el Gráfico 14 se muestra cómo se dio esta distribución en las diferentes áreas programáticas.

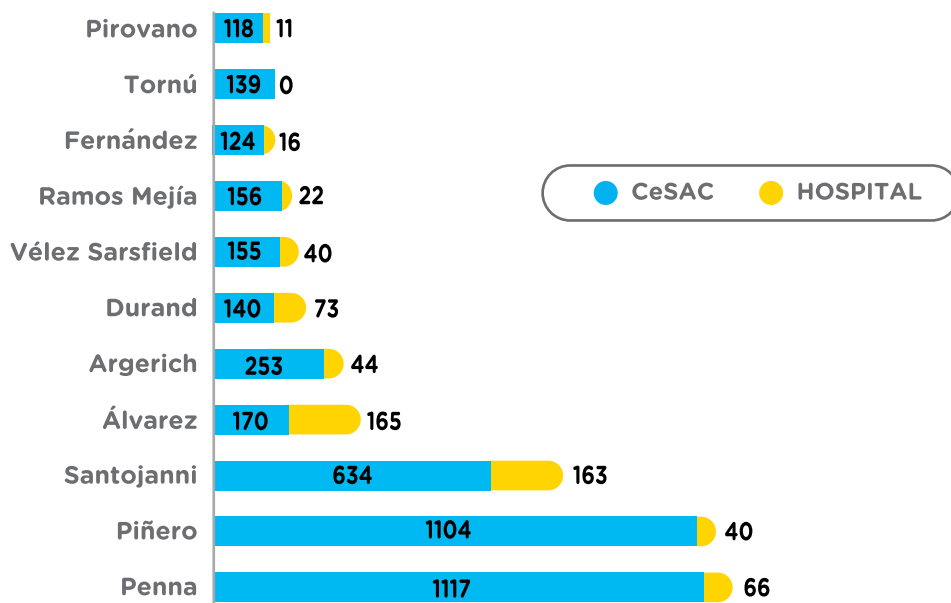
GRÁFICO 13. Distribución de acceso a ILE por tipo de establecimiento (proporción), CABA, 2014-2018.



80

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

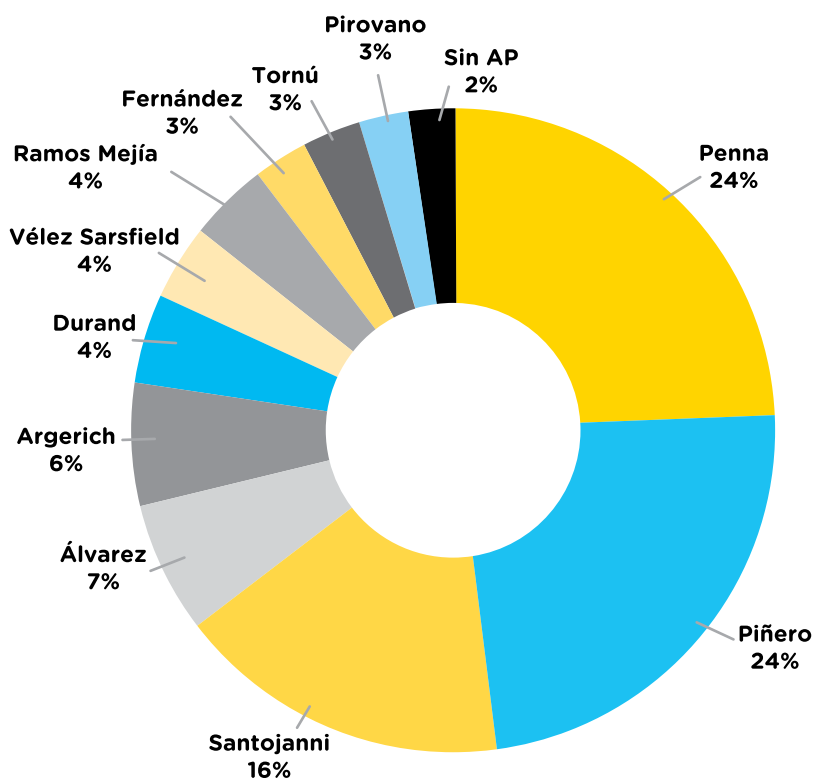
GRÁFICO 14. Acceso a ILE por áreas programáticas y tipo de establecimiento, CABA, 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

En el Gráfico 15 se refleja la proporción con la que cada una de las áreas programáticas aportó a la respuesta en ILE en 2018, y se incluyen también los casos (2%) de los hospitales especializados que están fuera de las áreas programáticas (Maternidad Sardá, Hospital Rivadavia y los hospitales de niños Gutiérrez y Elizalde).

GRÁFICO 15. Acceso a ILE por área programática, CABA, 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

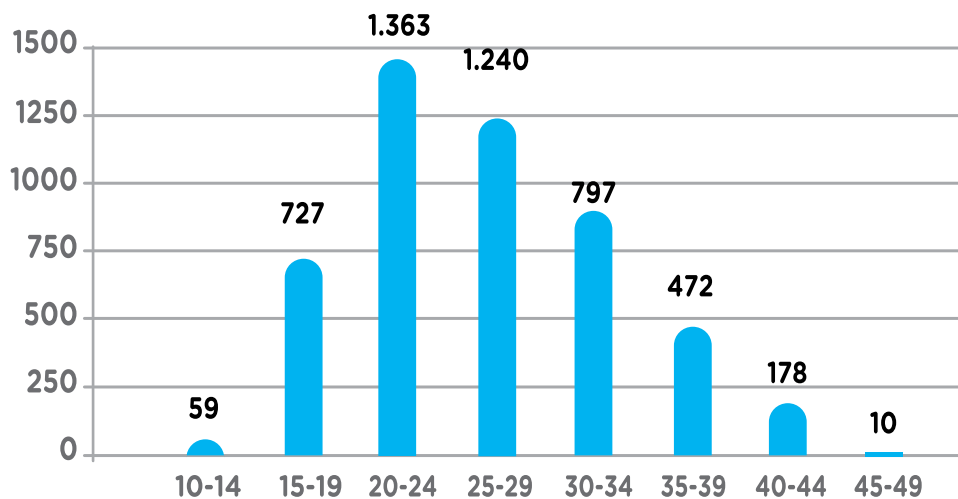
En los gráficos se puede observar, por un lado, que la respuesta a ILE en 2018 se encontraba presente en todas las áreas programáticas de la ciudad, lo que expresa la expansión de la política pública. Por otro lado, las de la zona sur (Penna, Piñero, Santojanni, Álvarez y Argerich) dan respuesta al

75% de las situaciones, lo que muestra la demanda y la oferta de acceso aumentan en las comunas en las que es mayor la proporción de población con cobertura exclusiva del sistema público de salud.

Edad de las mujeres

Las mujeres que accedieron a una ILE en 2018 (Gráfico 16) tenían entre 10 y 47 años; el grupo más voluminoso fue el de 20 a 29 años. La edad promedio de las mujeres asistidas fue 26 años.

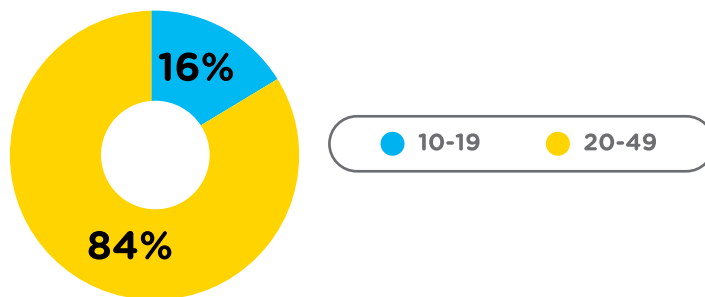
GRÁFICO 16. Distribución etaria de las mujeres que accedieron a ILE (N: 4846), CABA, 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

El 16% de las situaciones ocurrieron en adolescentes (10 a 19 años) (Gráficos 16 y 17). De estas, 59 niñas tenían entre 10 y 14 años y 729, entre 15 y 19 años. Tomando como referencia la definición de la OMS, que establece como adolescencia temprana la que va de 10 a 14 años y como adolescencia tardía la que se extiende entre los 15 y 19 años, se observa que, si bien hubo consultas de adolescentes tempranas, la mayoría de los casos en población adolescente fue en las adolescentes tardías.

GRÁFICO 17. Proporción de adolescentes que accedieron a ILE, CABA, 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

Edad gestacional al momento de solicitar la ILE

El dato de la edad gestacional al momento de la primera consulta por interrupción legal del embarazo (Tabla 12) pudo ser recuperado en 4811 del total de mujeres reportadas (año 2018). De estas, el 85% (4110) llegaron en el primer trimestre y el 15% (631) en el segundo trimestre de gestación. Los casos de embarazos más avanzados (superiores a 20 semanas) son en su enorme mayoría situaciones de adelantamiento de parto vinculadas a la inviabilidad del feto.

TABLA 12. Distribución de las ILE por edad gestacional y tipo de establecimiento donde se realizó la primera consulta, CABA, 2018.

	=< 12 semanas	12,1-20 semanas	> 20 semanas	TOTAL
Hospital	295	327	56	678
CeSAC	3.815	304	14	4.133
TOTAL	4.110	631	70	4.811

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

El 92% de las situaciones de ILE a las que dieron acceso los CeSAC fueron mujeres con gestas de hasta 12 semanas. En el caso de los hospitales, recibieron el 43% de los casos en el primer trimestre, el 48% de los casos con gestas mayores a 12 semanas y hasta 20, y un 8% corresponde a las gestas mayores a 20 semanas.

Causales en las que se encuadró la ILE

En nuestro país las interrupciones legales del embarazo se definen en función de las causales habilitadas por el Código Penal, estas son Causal Salud (física, psíquica y/o social), Riesgo para la Vida y Violación. Los casos de “feto incompatible con la vida” se pueden encuadrar en la Causal Salud, cuando se detectan antes de las 24 semanas de gestación. En los casos en los que la interrupción se realiza luego de las 24 semanas, la misma se encuadra en los permisos que habilita la Ley 1044, conocida como “Ley de adelantamiento del parto”.

La causal (o causales) por la cual los equipos de salud dan lugar a la ILE surge de la información que intercambian con la mujer cuando llega al establecimiento. El equipo de salud puede identificar más de una causal para dar lugar a la ILE y por esto las causales no son categorías excluyentes. Con respecto a las situaciones asistidas por los equipos de salud en los últimos tres años (2016-2018), se observa (Tabla 13 en página siguiente) que la causal Salud es la más frecuentemente reportada; en segundo lugar, la causal Violación; en tercer lugar, la causal Riesgo para la vida y en un lejano cuarto lugar, la existencia de un feto incompatible con la vida.

TABLA 13. Causales de acceso a las ILE, CABA, 2016-2018.

Causal	Año		
	2016	2017	2018
Salud	364	1.460	4.300
Riesgo para la vida	45	221	336
Violación	169	363	578
Feto incompatible con la vida	25	49	71
TOTAL	542	1.812	4.858

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS. 2019.

Expresado en porcentajes, la causal Salud fue identificada en el 67% de los casos de 2016, en el 81% de los de 2017 y en el 89% de los de 2018.

Indicadores de calidad de la atención

Se presentan por último algunos indicadores que permiten conocer y monitorear la calidad de la atención de las interrupciones legales del embarazo. Estos son: tiempo de resolución, uso de misoprostol para resolución de ILE en el primer nivel de atención, tipo de procedimientos sin medicamentos o instrumental (AMEU/RUE) a nivel hospitalario, provisión de método anticonceptivo luego del procedimiento (AIPE) y tipo de método provisto. Estos indicadores se monitorean desde 2016. Aquí se presentan los valores para el último año disponible, el 2018.

Tiempo para la resolución de la ILE

El indicador “tiempo de resolución de la ILE” expresa la cantidad de días que transcurrieron entre la primera consulta de la mujer y la realización del procedimiento. Para obtener este valor, es preciso contar con la información referida a la edad gestacional al momento de la primera consulta y al

momento de la interrupción. Esta información se pudo recuperar, para el año 2018, en 3391 casos.

TABLA 14. Tiempo de resolución de las ILE (N: 3391), CABA, 2018.

Hasta 1 semana	2.455
1,1 a 2 semanas	408
Más de 2 semanas	528
TOTAL	3.391

86

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

El valor mínimo de tiempo de espera fue de 0 semanas (es decir entre 0 y 6 días), el valor máximo fue de 11 semanas. El tiempo promedio de espera fue de una semana y un día, es decir 8 días.

El 72% de las situaciones (2455 casos) se resolvió en un plazo máximo de una semana; el 12% (408 casos) en dos semanas y un 16% (528 casos) insumieron más de dos semanas.

En cuanto al parámetro de tiempo adecuado, la Resolución 1252/2012 del Ministerio de Salud indica que “con el consentimiento informado, la interrupción de la gestación deberá efectuarse en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, según la emergencia o urgencia del caso” (Capítulo 3, Artículo 9, inciso c.). Los datos reseñados muestran que el 72% de las situaciones se resolvió en un plazo menor o igual a una semana, lo que parece un buen indicador de calidad de atención y merece por lo tanto ser monitoreado en el futuro.

Uso de misoprostol en el primer nivel de atención

En función de los lineamientos para la realización de ILE con uso de

misoprostol exclusivo (Ipas, 2018), es esperable que la mayoría de las situaciones que se presentan en el primer nivel de atención (gestas de hasta 12 semanas) puedan ser resueltas con un tratamiento de 12 comprimidos.

El análisis de los casos atendidos en 2018 en el primer nivel (Tabla 15) mostró que en el 86% (2851 casos) se utilizó un tratamiento (12 comprimidos) y en el 14% restante (471 casos) fue preciso suministrar más de 12 comprimidos.

TABLA 15. Tratamientos de misoprostol requeridos para realizar ILE en CeSAC (N: 3322), CABA, 2018.

Cantidad de comprimidos	Cantidad de casos resueltos
Hasta 12 comprimidos	2.851
Más de 12 comprimidos	471
TOTAL	3.391

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

Modalidad no farmacológica/instrumental de resolución de ILE

En nuestra ciudad, la modalidades no farmacológicas/instrumentales de resolución de las ILE sólo se realizan en los hospitales. Las más frecuentes son el Raspado Uterino Evacuador (RUE), definido como la realización de raspado luego de la aplicación de misoprostol para completar el procedimiento, y la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), para la resolución de una ILE, ya sea como intervención inicial o como finalización de un tratamiento que se inició de manera farmacológica.

Sobre 682 ILE reportadas por los hospitales durante 2018, se utilizó alguna clase de procedimiento instrumental en 424 casos, habiendo sido resueltos los restantes 258 a través del uso exclusivo de misoprostol (Tabla 16).

TABLA 16. Procedimientos instrumentales utilizados en hospitales para ILE (N: 424), CABA, 2018.

Procedimiento utilizado	Cantidad de intervenciones
AMEU	262
RUE	132
Sin especificar	30
TOTAL	424

88

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

En el 62% de los casos (262 situaciones) se utilizó la AMEU, en el 31% (132 casos) se recurrió a la RUE y en un 7% (30 casos) se indica que se utilizó un procedimiento pero no se lo identifica.

El monitoreo de este indicador en los últimos tres años muestra que la razón AMEU/RUE fue aumentando de modo progresivo a lo largo del tiempo. Así, para 2016, fueron realizadas 29 RUE y 12 AMEU, adoptando la razón el valor de 0,4. Para el año 2017 la razón fue de 1, es decir que por cada AMEU se realizó una RUE. Los valores de 2018 muestran que la razón adoptó el valor de 2, quiere decir que por cada RUE se hicieron 2 AMEU. Como ya fue señalado anteriormente, una meta del Programa de SSyR es desterrar la práctica de RUE, tal como indican las recomendaciones.

Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE)

La realización de consejerías para elección de método anticonceptivo y la provisión de uno en el post aborto es una práctica que refiere a la calidad de la atención que se brinda. Para el año 2018, la información sobre la provisión de métodos estuvo disponible en 3669 casos (Tabla 17). En el 65% de los casos (2373) la mujer terminó el proceso con un método anticonceptivo, en el 33% (1202) no y en el 2% (94) casos se consignó que “no aplicaba”. Esta

última situación está asociada generalmente a que la mujer refirió querer buscar un nuevo embarazo, tratándose generalmente de situaciones en las que el motivo de la interrupción fue la inviabilidad fetal.

TABLA 17. Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE) (N: 3669), CABA, 2018.

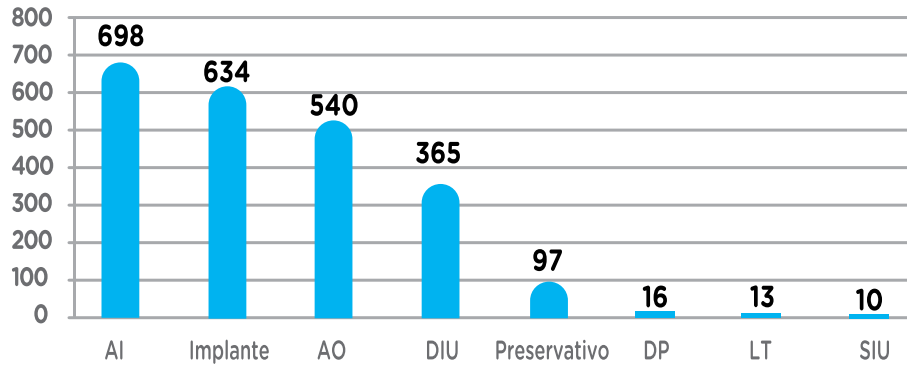
Provisión de AIPE	Cantidad de intervenciones
Sí	2.373
No	1.202
No aplica	94
TOTAL GENERAL	3.669

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

Método provisto

En los 2373 casos en que se consignó la provisión de un método, se observa que el primer método elegido (689 casos) fue la anticoncepción inyectable, seguido de cerca (634 casos) por el implante. En el Gráfico 18 se observa el detalle de todos los métodos provistos.

GRÁFICO 18. Método anticonceptivo provisto luego de la ILE (N: 2373), CABA, 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

Si recurrimos a la clasificación de métodos de corta y larga duración, se observa (Gráfico 19) que en el 56% de los casos las mujeres adoptaron un método de corta duración y en el 44% de los casos uno de larga duración. Vale la pena destacar que en muchos casos las/os profesionales que completaron las planillas de registro de casos de ILE consignaron que se brindaba un método de corta duración como método transitorio para la colocación de uno de larga duración, pero se ha seguido el criterio de registrar para este análisis el método efectivamente brindado a la mujer en el momento inmediato posterior a la realización de la ILE.

GRÁFICO 19. Métodos provistos en AIPE según su duración (N: 2373), CABA, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.



Resumen de indicadores sobre situación y respuesta en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires

En la tabla a continuación se resumen los indicadores desarrollados en el presente informe, ordenados en tres grandes dimensiones: población, acciones programáticas y utilización de servicios.

91

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
POBLACIÓN Se agrupan los indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública				
Porcentaje de población porteña con cobertura pública exclusiva Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	18,7%	20%	18,7%	
Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer) Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	1,7	1,54	---	
Proporción de niños nacidos de mujeres 15 a 19 años Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	6,7%	6,5%	---	

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
Tasa de fecundidad adolescente 15 a 19 (x 1000) Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	26,1	22,7	---	
Cantidad de nacimientos de mujeres residentes Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	38.954	35.021	---	
Población objetivo estimada Fuente: CSSSeITS.	---	126.468	117.520	Estimado del número de mujeres que tendrían que recibir métodos anticonceptivos en un año determinado.
Edad de inicio de relaciones sexuales población general Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013..	Mujeres: 17,3 años Varones: 16 años			Valores surgidos de Encuesta Nacional.
Edad de inicio de relaciones sexuales jóvenes 15 a 29 años Fuente: Encuesta Joven 2016.	Varones y mujeres: 16 años			Valores surgidos de Encuesta Joven para población porteña.
Porcentaje de jóvenes porteños (15 a 29) que tienen información sobre SSyR Fuente: Encuesta Joven 2016.	93%			Valores surgidos de Encuesta Joven para población porteña.
Proporción de la población sexualmente activa que refirió uso de métodos anticonceptivos Fuente: Encuesta Joven 2016.	Mujeres y varones: 81%			Valores surgidos de Encuesta Nacional.

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
Proporción de mujeres que consiguieron su método de modo gratuito Fuente: ENSSyR 2013.	Mujeres con cobertura pública exclusiva: 45% Mujeres con cobertura OS / Privada: 25%			Valores surgidos de Encuesta Nacional.
Proporción de jóvenes porteños (15 a 29 años) que refirieron uso de método anticonceptivo en el último año Fuente: Encuesta Joven 2016.	Mujeres y varones: 80%			Valores surgidos de Encuesta Joven para población porteña.
Proporción embarazos no planificados jóvenes porteños de 15 a 29 años Fuente: Encuesta Joven 2016.	Zona Norte: 58,4% Zona Centro: 52,3% Zona Sur: 56,6%			Valores surgidos de Encuesta Joven para población porteña.

ACCIONES PROGRAMÁTICAS

Se refiere a desarrollos institucionales en los diferentes niveles de implementación de la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva

Canasta de insumos Fuente: CSSSEITS	14 productos que incluyen 12 tipos de métodos anticonceptivos, test de embarazo y misoprostol			
Cantidad de puntos de servicio o establecimientos que brindan respuesta Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	66	67	69	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuales hay al menos un equipo que brinda respuesta en SSyR
Cantidad de puntos de servicio o establecimientos que brindan respuesta Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.	66	67	69	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuales hay al menos un equipo que brinda respuesta en SSyR

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
Cantidad de establecimientos que brindan atención completa (todos los métodos e ILE) Fuente: CSSSeITS.	36	52	53	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuáles hay un equipo que brinda todas las prestaciones de SSyR (métodos de corta y larga duración y acceso a ILE.
Cantidad de tratamientos de misoprostol enviados al primer nivel de atención Fuente: CSSSeITS	380	1474	4700	Cada tratamiento equivale a 12 comprimidos.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS
Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias

Cantidad Anual de Mujeres Protegidas (CAMP) con métodos anticonceptivos modernos Fuente: CSSSeITS. Elaboración con base en el método paramétrico. (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019)	Entre 45.355 y 51.449	Entre 51.191 y 58.078	Entre 60.089 y 68.322	Número estimado de mujeres cubiertas de modo anual por un método anticonceptivo provisto por el sistema público de salud. Se basa en la distribución de insumos y el reporte de ligaduras tubarias enviado por los hospitales. Para el caso de los insumos se consideran dos hipótesis: pérdidas del 15% o aprovechamiento de todo lo distribuido. Así se presentan para cada año dos valores que resultan de considerar las dos hipótesis.
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
<p>Cobertura estimada de mujeres con métodos anticonceptivos</p> <p>Fuente: CSSSeITS.</p> <p>Elaboración con base en el método paramétrico. (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019)</p>	---	Entre el 40% y el 46% de la población objetivo	Entre el 51% y el 58% de la población objetivo	Proporción de la población objetivo que habría accedido a un método anticonceptivo desde un establecimiento público de salud en un año.
<p>Cantidad de Interrupciones Legales del Embarazo atendidas</p> <p>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</p>	538	1899	4858	Número de situaciones asistidas de ILE por los establecimientos del sistema público de salud.
<p>Proporción de las mujeres que accedieron a una ILE, que lo hicieron a través de un CeSAC</p> <p>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</p>	69%	83%	86%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE a través de los centros de salud del primer nivel de atención. Así por ejemplo, para el año 2018, sobre un total de 4858 ILE, el 86% accedió a través de un CeSAC.
<p>Proporción de adolescentes de 10 a 19 años sobre el total de mujeres que accedieron a una ILE</p> <p>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</p>	22%	21%	16%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE de las adolescentes. Así por ejemplo para el año 2018, sobre un total de 4858 ILE, el 16% eran adolescentes que tenían entre 10 y 19 años.

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
<p>Proporción de las mujeres que accedieron a una ILE con edad gestacional hasta 12 semanas</p>	79%	83%	85%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE en edades gestacionales tempranas. Así por ejemplo, de las 4858 situaciones en el año 2018, el 85% de las mujeres llegaron al sistema con una edad gestacional menor o igual a las 12 semanas.
<p>Proporción de los casos de ILE que se resolvieron antes de las 2 semanas</p> <p>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</p>	89%	87%	84%	El indicador se propone monitorear el tiempo transcurrido entre el momento en que la situación se encuadra como ILE y la misma se concreta. Así por ejemplo, para el año 2018, sobre un total de 4858 ILE, el 84% fueron resueltas en un lapso menor a las dos semanas.
<p>Proporción de los casos de ILE resueltos con 12 comprimidos de misoprostol</p> <p>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</p>	83%	82%	86%	Este indicador sólo se utiliza para monitorear las ILE realizadas en los centros de salud, con tratamiento farmacológico exclusivo. Así por ejemplo, para el año 2018, sobre un total de 4176 ILE realizadas en los Centros de Salud, el 86% pudo resolverse utilizando un máximo de 12 comprimidos de misoprostol.

Indicador	2016	2017	2018	Observaciones
Razón AMEU ¹⁷ /RUE ¹⁸ Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.	0,4	1,4	2	El indicador sólo se utiliza para monitorear las ILE realizadas en Hospitales con procedimientos instrumentales. Para el año 2018 se realizaron 424 ILE con procedimiento instrumental, por cada RUE se hicieron dos AMEU.
Proporción de mujeres que luego de acceder a una ILE recibieron en el post aborto un método anticonceptivo Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS	---	33%	49%	El indicador se propone monitorear la provisión efectiva de un método anticonceptivo a las mujeres a las que se les realizó una ILE.

17. Aspiración manual endouterina.

18. Raspado uterino evacuador.



Participantes

El presente trabajo reúne, sistematiza y analiza información producida por múltiples trabajadoras y trabajadores de salud de la Ciudad de Buenos Aires a lo largo de varios años. Su elaboración estuvo a cargo de Silvana Weller, responsable del componente Información para la gestión de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS.

98

Participaron de la recolección y análisis de los datos el coordinador del equipo, Fabián Portnoy, junto a Fabiana Trillo, Graciela Giorgetti y Ariel Aguerrido (gestión de insumos para anticoncepción), Viviana Mazur y Laura Pistani (interrupción legal del embarazo) y Ángeles Capresi (anti-concepción quirúrgica).

Además, colaboraron en la búsqueda y procesamiento de la información residentes de diferentes disciplinas: Georgina Carluccio y Miriam Duarte (Educación para la Salud), Esmeralda Barrera, Silvina Moisés y Martina Pesce (Epidemiología, Nación) y Daniela Obando (Epidemiología, Provincia de Buenos Aires).

Federico Tobar (UNFPA) brindó asistencia técnica para supervisar los criterios de definición de población objetivo para la provisión de métodos anticonceptivos modernos y procesaron la información disponible para construir el indicador cantidad anual de mujeres protegidas.

Malala Carones y Agustín Rojo se encargaron de la corrección y edición del texto.

Sin embargo, como se señala en el primer párrafo, nada de esto podría haberse realizado sin el aporte de las y los referentes e integrantes de los equipos de salud que, entre muchas otras tareas, recopilan y envían la información de la que se nutre el informe:

- » Aldana Tesone
- » Alejandra Butti
- » Alejandra Guillermón
- » Alicia Bracco
- » Alicia Martínez
- » Ana María Compan
- » Analía Bruno
- » Analía Messina
- » Andrea Amoruso
- » Andrea Benhabib
- » Andrea Berra
- » Andrés Eigelman
- » Ángel Marcheto
- » Ángeles Capresi
- » Antonella Catanzaro
- » Candela Castro
- » Carlos Seglin
- » Carlota López Kaufman
- » Carolina Burgos
- » Carolina Norymberg
- » Carolina Siufi
- » Cecilia López
- » Cecilia Zunana
- » Cintia Pelegrin
- » Claudia Cremonese
- » Claudio Odorico
- » Dalila Camacho
- » Daniela Faranna
- » Ester Ashifu
- » Eugenia Camera
- » Eugenia Sapino
- » Felicitas Hernández
- » Fernanda Sio Menéndez
- » Florencia Carra
- » Florencia Crupi
- » Florencia Salesi
- » Florencia Tropeano
- » Gabriela Oliva
- » Gabriela Pérez Giambroni
- » Gabriela Pundyk
- » Gabriela Rodríguez
- » Gilda Mara Diego
- » Gladys Saladdino
- » Graciela Abudara
- » Graciela Álvarez
- » Graciela Frontera
- » Griselda Benítez
- » Guadalupe Rolo
- » Irene Bromiker
- » Jacqueline Matzkin
- » Jessica Camporino
- » Jimena Gil Costa
- » Jorge Charalambopoulos
- » Josefina Pavón
- » Juan Martín Calvetti
- » Julieta Galetar
- » Karina Pannia
- » Karina Terán
- » Lara Salceek
- » Laura Gómez
- » Laura Rago
- » Laura Turelli
- » Leonardo Castañeira
- » Leticia Andina
- » Lía Rosa Goldenberg
- » Libertad Binderman
- » Lorena Gargiulo
- » Lucía Perissé
- » Luis Moreno
- » Luli Waisman
- » M. de los Ángeles Goberna
- » M. Gabriela Paz Fondevila
- » M. Rosa Tomaselli
- » Mabel Besada
- » Magalí Rensin
- » Marcela Fadanelli
- » Marcela Fernández del Arco
- » Marcela Invernizzi
- » María Alicia Descalzo
- » María Carpineta
- » María del Carmen Vittulo
- » María Delia Lobo Pernigotti
- » María Eugenia Acevedo
- » María José Faccini
- » María Severino
- » María Silvina Pérez
- » María Smud
- » María Sol Cabrera
- » María Sol Ferraresi

- » María Victoria Serantes
- » Mariana Porchetti
- » Mariana Saraceno
- » Mariela Isoldi
- » Mariela Lasalvia
- » Mariela Sakamoto
- » Marina Pasos
- » Mario Mazeo
- » Marta Amenta
- » Maru Díaz Colodrero
- » Mayra Miranda
- » Mercedes Fidalgo
- » Mercedes Sosa
- » Miguel Huespe
- » Minerva Barragán
- » Moira Perkins
- » Mónica Heredia
- » Mónica Morgante
- » Nancy G. López
- » Nancy Otsubo
- » Natalia Manossian
- » Natalia Villordo
- » Nicolás Basanta
- » Noelia Boiso
- » Olga Richitelli
- » Oscar Ruiz
- » Patricia Garbarino
- » Patricia Legarreta
- » Patricia Rodríguez
- » Patricia Rossi
- » Patricio Delfino
- » Paula Donadio
- » Paula Real
- » Paula Valentini
- » Perla Kot
- Gorodecki
- » Ricardo Sapia
- » Roberto Hurtado.
- » Romina Méndez
- » Rosana Rubachevsky
- » Sandra Pennella
- » Sandra Rodríguez
- » Sandra Vázquez
- » Sebastián Crespo
- » Sergio Strier
- » Silvana Arroyo
- » Silvana Maestri
- » Silvia Báez
- » Silvia Collar
- » Silvia Fernández
- » Silvia Lima
- » Silvia Solari
- » Silvia Spataro
- » Soledad González,
- » Soledad Monge
- » Soledad Rapaport
- » Soledad Salmain
- » Sonia Alvarez
- » Stella Rago
- » Susana Petrillo
- » Tomás Peralta
- » Valeria Bulgach
- » Valeria Montero
- » Valeria Servetti
- » Valeria Soto
- » Verónica Botta
- » Verónica García
- » Verónica Iuliano
- » Verónica Moreira
- » Virginia Silvi
- » Vivian Casella
- » Walter Khon
- » Yamilia Tettamanti
- » Zulma Núñez



Trabajos citados

Adaszko, A. (2008). Abrir el juego: la red de prevención de VIH-sida. En C. Bloch, Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires. (págs. 153-190). Buenos Aires, Ministerio de Salud.

Área Materno Infantil. Ministerio de Salud. GCBA. (2017). Defunciones maternas. Análisis de las defunciones maternas ocurridas en Hospitales Públicos de la CABA. Periodo enero 2015-abril 2017. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

Campos, G. (2001). El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En G. Campos, Gestión en Salud: en defensa de la vida (págs. 85-100). Buenos Aires, Lugar.

Corte Suprema de Justicia de la Nación. (13 de marzo de 2012). FALs/Medida Autosatisfactiva. Recuperado el 27 de noviembre de 2017, de Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación: <http://www.saij.gov.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf> (consultado: 26/8/19).

CSSSeITS-MS-GCBA. (2017). En equipo. Obtenido de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/boletin_en_equipo_0.pdf (consultado: 26/8/19).

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. (2018). Guía básica de derechos sexuales y reproductivos. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Dirección General de Estadística y Censos. (2015). Proyecciones de población. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA.

Dirección General de Estadísticas y Censos. (2015). EAH. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.

Dirección General de Estadísticas y Censos. (2017). Anuario Estadístico 2016. Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
Dirección General de Estadísticas y Censos. (2018). Anuario Estadístico 2017. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.

Dirección General de Estadísticas y Censos. (2019). La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2017. Informe de resultados 1334. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Finanzas. Buenos Aires Ciudad.
Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. (2013). Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Panamá.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (1999). Ley Básica de salud n° 153 de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Hardy, E. (1999). Del control de la natalidad a la salud reproductiva. En M. Bronfman, & R. Castro, Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina. (págs. 123-134). México: EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública.

INDEC/Ministerio de Salud de la Nación. (s/d de 2013). Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013. Recuperado el 22 de Enero de 2015, de https://www.entrerios.gov.ar/dec/publicaciones/SALUD/2014_enssyr_13.pdf (consultado: 26/8/19).

Ipas. (2018). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Lisa H, Harris; Daniel, Grossman. (2011). Haciendo frente al desafío del aborto en el segundo trimestre. 115.

Ministerio de Hacienda. (2016). Defunciones maternas por causa de muerte tres dígitos según lugar de residencia habitual. Ciudad de Buenos Aires. Año 2011-2015. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. (2016). Manual de introducción al trabajo en el primer nivel de atención del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (abril de 2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Recuperado el 27 de noviembre de 2017, de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf (consultado: 26/8/19).

Observatorio de la Juventud. Dirección General de Políticas de la Juventud. (2017). Encuesta Joven 2016. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

OMS/UNFPA. (2009). Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados. Ginebra: OMS.

ONUSIDA/OMS. (20 de Febrero de 2019). Guías prácticas para poner en marcha la vigilancia del VIH de segunda generación. Obtenido de Data UNAIDS ORG: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc742-initiatingsgs_es.pdf (consultado: 26/8/19).

OPS/OMS. (Diciembre de 2001). Indicadores de Salud: Elementos Básicos. Obtenido de http://www1.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm (consultado: 26/8/19).

Organización Mundial de la Salud. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo. Uruguay.

Pistani, L. (2017). Implementación de la política de acceso a Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2016. Buenos Aires: Tesis de master. Mimeo. 40 páginas.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (S/D). Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Instructivo para la distribución de insumos del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires.: Ministerio de Salud de la Nación.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA. (2017). Definiciones y estimaciones de poblaciones para el Sistema de Aseguramiento de Insumos para mujeres. Nota metodológica 1/2017. Provincia de Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2015). Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Singh, S., & Darroch, J. (2012). Adding It Up: costs and benefits of contraceptives services. Estimates for 2012. En G. Institute, UNPFA Methodology (págs. 12-13).

Tobar, F. (marzo de 2019). Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-CABA. Panamá: UNPFA-LACRO (Mimeo).

Trussel, J. (2007). Contraceptive efficacy. En Hatcher, R. et. al., Contraceptive technology (pág. Capítulo 27). New York: Ardent Media.

Trussel, J. (2011). Contraceptive efficacy. En R. Hatcher, J. Trussell, A. Nelson, W. Cates, D. Kowal, & M. Policar, Contraceptive technology: twentieth revised edition. New York: Ardent Media.

Trussell, J., & Wynn, L. (January de 2008). Reducing Unintended Pregnancy in the United States. Contraception Editorial. Obtenido de <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008> (consultado: 26/8/19).

Tugswell, P., Bennet, K., Sackett, D., & Haynes, B. (1985). The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chronic Dis* 38, 339-351.

UNFPA-LACRO. (2017). Metas de reducción del embarazo adolescente no intencional en Argentina. Informe de Asistencia Técnica. Elaborado por: Federico Tobar ante solicitud de la SENNAF. Panamá.

UNICEF. (2014). Argentina. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011/2012. Informe Final. UNICEF.

USAID. (s.f.). Couple Years of Protection (CYP). Obtenido de <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/family-planning/couple-years-protection-cyp> (consultado: 26/8/19).



**El preservativo
es gratis y
te protege de todas
las infecciones
de transmisión
sexual.**

GOZÁ de tus derechos.



**Todos
los métodos
anticonceptivos
son gratis.**

GOZÁ de tus derechos.



**Todxs tenemos
derecho
a información,
educación y
atención gratuita
de nuestra
salud sexual.**

GOZÁ de tus derechos.



**Desde los 13 años
podés consultar
con especialistas
sobre tu salud
sexual sin
necesidad de
ir acompañadx.**

GOZÁ de tus derechos.



Piezas gráficas de vía pública de la campaña “GOZÁ de tus derechos” realizada en diciembre de 2018, en el marco del Plan integral e interministerial para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires.población. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA.



**Buenos
Aires
Ciudad**

buenosaires.gob.ar/salud