



**UNIVERSIDAD
TORCUATO DI TELLA**

Maestría en Políticas Públicas

Trabajo Final

**Desafíos presentes para la incorporación de los implantes
subdérmicos como método para prevenir el embarazo
adolescente no planificado en los CeSAC de la Ciudad de
Buenos Aires**

**Alumna: María Isabel Hernández
Tutor: Daniel Maceira**

Buenos Aires, Octubre de 2019

RESUMEN

El embarazo adolescente representa una de las principales causas de mortalidad materna e infantil, además contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza. En Argentina, los nacimientos de madres menores de 20 años representan el 15,5% del total de los nacimientos ocurridos en el país; de ese total, el 67,5% de los embarazos no son planificados. En el año 2013 se incorpora, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la distribución de los implantes subdérmicos como una de las líneas estratégicas para prevenir el embarazo adolescente. El objetivo de este trabajo es identificar y describir las barreras al acceso a los implantes subdérmicos por parte de la población adolescente en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires.

PALABRAS CLAVE

Embarazo adolescente no planificado-Implantes subdérmicos-Barreras de acceso

ÍNDICE

1- Introducción.....	3
2- Metodología y Preguntas de Investigación.....	3
3- Embarazo Adolescente.....	4
4- Embarazo Adolescente en Argentina.....	6
5- Marco Normativo.....	8
6- Implantes Subdérmicos.....	12
7- Ejemplos de Experiencias Internacionales: Estados Unidos y Australia.....	14
8- Experiencia en la Ciudad de Buenos Aires.....	16
9- Logros y Desafíos del Programa Tendientes a Reducir las Barreras al Acceso a los Implantes Subdérmicos por parte de los Adolescentes en los CeSAC	
9.1- Contexto laboral en los CeSAC.....	22
9.2- Actitudes de los Profesionales de la Salud respecto de los Implantes Subdérmicos.....	25
9.2.1-Valoración y Aceptación del Implante.....	25
9.2.2-Resistencia al Método.....	29
9.2.3-Objeción al Retiro Temprano del Implante.....	31
9.2.4-Desaprovechamiento de la Oportunidad de Colocación.....	32
9.2.5-Desconocimiento del Método por parte de la Comunidad Médica no Vinculada a la Salud Sexual.....	33
9.2.6- Médicos Generalistas.....	33
9.3- Capacitaciones.....	35
9.4- Insumos.....	37
9.5- Difusión e Información.....	40
9.6- Vínculo con la Usuaris Adolescentes.....	44
10- Conclusión.....	48
Bibliografía.....	51
Anexo.....	58

1-INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes configura una temática compleja con consecuencias sanitarias, económicas y sociales; es por esta razón que el acceso a la planificación familiar por parte de los jóvenes es prioritario en el diseño de las políticas públicas.

En nuestro país 67,5% de los embarazos adolescentes no son planificados (UNICEF, 2016); para hacer frente a esta situación el sistema público de salud incorporó los implantes subdérmicos a la canasta de métodos anticonceptivos que se distribuyen de manera gratuita. Los implantes subdérmicos son un método anticonceptivo altamente efectivo, reversible y de larga duración, que al no requerir acción por parte de las usuarias más allá de la inserción, tienen especial indicación en la población adolescente, que es la que presenta mayor dificultad en continuar y cumplir con métodos que requieren adherencia diaria o en el uso de cada relación sexual (Kaneshiro & Salcedo, 2015).

Este trabajo final de maestría tiene como objetivo identificar y describir las barreras al acceso de los implantes subdérmicos por parte de la población adolescente en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires.

2-METODOLOGÍA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio adopta un encuadre de tipo cualitativo orientado a aprender de la experiencia y puntos de vista de los individuos. Este enfoque es el utilizado cuando el fenómeno de interés resulta difícil de medir (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2014).

Se eligió como unidad de análisis los CeSAC que operan en el marco de una estrategia de atención primaria de la salud, ya que el programa de salud sexual y reproductiva es típicamente un programa de atención primaria. Los CeSAC brindan atención, prevención y promoción de la salud en forma gratuita a través de equipos interdisciplinarios. La atención es de calidad, personalizada y de fácil acceso.

La muestra de los CeSAC, que al tratarse de un trabajo cualitativo no intenta ser representativa del universo que se estudia sino que intenta ayudar a entender y a responder la pregunta de investigación (Hernández Sampieri et al., 2014), fue seleccionada en función de los CeSAC a los cuales se pudo acceder, guardando a su vez una proporción al dividir a la ciudad en tres zonas según la cobertura de salud pública de la población: norte (Comunas 2, 13 y 14) con 6,6%, centro (Comunas 1, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12 y 15) con 15,9% y sur (Comunas 4, 8 y 9) con 34,5% (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA, 2019). En la zona norte funcionan 3 CeSAC, en la zona centro 17 y en la zona sur 24, por lo que se seleccionó 1 CeSAC en zona norte, 4 CeSAC en zona centro y 6 CeSAC en la zona sur.

Como medio de recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas, basadas en una guía de preguntas donde el entrevistador tiene libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener mayor información (Hernández Sampieri et al., 2014). Entre abril de 2018 y junio de 2019 se realizaron 22 entrevistas en los 11 CeSAC seleccionados como muestra. Se entrevistaron a 5 directores de los centros de salud, 10 médicos ginecólogos, 2 trabajadoras sociales, 2 médicos generalistas, 2 jefes de enfermería y 1 socióloga. Además, se entrevistó a tres referentes de Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires. La cantidad de entrevistas estuvo determinada por la “saturación de categorías”, número donde se observa que los datos se vuelven repetitivos o redundantes (Hernández Sampieri et al., 2014). Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 50 minutos.

Las principales preguntas de indagación dieron lugar a las diferentes subsecciones de la sección 9, orientada a identificar los logros y desafíos del Programa, a fin de reducir barreras de acceso a los implantes subdérmicos de las adolescentes en los CeSAC.

En referencia al contexto funcional en los CeSAC, las preguntas buscaron describir las tareas del/la directora/a del CeSAC, las prestaciones ofrecidas, y la articulación con las distintas instancias del sistema. Particularmente, las encuestas se orientaron a conocer el funcionamiento del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de CABA, su relación con el Programa Nacional, y otros programas vinculados, y la presencia de mecanismos de registros de datos y estrategias de monitoreo y evaluación sugeridas y/o demandadas por el PNSSyPR, y los espacios de referencia y contrareferencia con los hospitales.

Particularmente, las preguntas centrales asociadas con la incorporación de los implantes subdérmicos se orientaron a establecer cuáles fueron los principales desafíos asociados a su lanzamiento y posterior implementación, el nivel de aceptación tuvo el nuevo método entre los profesionales y sus particularidades al interior del Centro, el papel asignado a las capacitaciones profesionales y al manejo de inventarios.

Finalmente, y en referencia a la difusión e información acerca de los implantes subdérmicos se indagó sobre las consejerías de métodos anticonceptivos, el nivel de conocimiento de la población en el marco de las políticas de SSR en el centro de salud. Particularmente, se consultó sobre la presencia de equipos interdisciplinarios específico de atención para adolescentes, el tipo de consultas recibidas, la aceptación y problemas asociados con el uso del implante, y causas de retiro.

3-EMBARAZO ADOLESCENTE

La tasa mundial de embarazo adolescente muestra un nivel persistentemente alto estimado en 49/1.00; lo que significa que cada año 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años dan a luz. Asimismo, cada año, dan a luz 1 millón de niñas menores de 15 (UNFPA, 2016). Este último dato refiere a la “maternidad

precoz”, que es la que se registra antes de los 15 años y está asociada a situaciones de abuso y violencia sexual.

Todos los países registran importantes diferencias en la prevalencia del embarazo adolescente; es decir que no se distribuye en forma homogénea entre la población ni evoluciona con el mismo ritmo entre los distintos países, existiendo incluso diferencias al interior de los mismos (Tobar, 2015). Al ser consecuencia de varios factores que interactúan entre sí: la situación socio económica de los jóvenes, la educación, el acceso a los servicios de salud y a los métodos anticonceptivos, las oportunidades laborales y la garantía de los derechos humanos de los adolescentes (Brizuela, Avalos, Ramos & Romero, 2014); el embarazo adolescente afecta especialmente a las jóvenes de comunidades pobres, no instruidas y rurales (UNFPA, 2016).

Como consecuencia del embarazo adolescente, cada año 3 millones de jóvenes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos (Organización Mundial de la Salud OMS, 2018). Por otra parte, las complicaciones durante el parto y el embarazo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años (Patton, Coffey, Sawyer, Viner, Haller, Bose, Vos., Ferguson & Mathers, 2009). Asimismo, en los países de ingresos bajos y medianos los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años ya que cuanto más joven es la madre mayor es el riesgo para el bebé. También los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS, 2018).

Además de afectar la salud de las adolescentes, el embarazo tiene repercusiones sociales y económicas para las jóvenes, sus familias y la comunidad, impactando en la transmisión intergeneracional de la pobreza ya que genera o sustenta las inequidades sociales de la que es consecuencia el fenómeno (Tobar, 2015). La maternidad adolescente expone a las jóvenes a situaciones de cuidado que generan la interrupción de la trayectoria escolar limitando sus posibilidades de desarrollar habilidades cognitivas y socioemocionales, provocando a futuro una inserción precaria en el mercado laboral. Asimismo, el embarazo en la adolescencia está asociado con un menor nivel de ingresos a lo largo de la vida para las madres adolescentes en comparación con los ingresos de sus contrapartes que deciden postergar la maternidad (Chevalier & Viitanen, 2003). Por otro lado, los jóvenes padres se enfrentan a la necesidad de generar un ingreso para sostener al nuevo núcleo familiar y adelantan el “momento ideal” para insertarse laboralmente, con lo que también ingresan al mercado laboral de manera precaria (De León, 2017).

Por su parte, Gogna y Binstock (2017) afirman que el embarazo y la maternidad adolescente son un factor crítico en la inequidad de género ya que, en especial para las mujeres en contextos socioeconómicos vulnerables, la maternidad actúa como refuerzo de roles tradicionales de género y prolonga situaciones de subalternidad y domesticidad.

Esta situación de vulnerabilidad se agudiza aún más cuando el embarazo es no planificado. Los embarazos no planificados dan cuenta de las limitaciones en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y poder decidir sí, y cuándo tener hijos (Organización de las Naciones Unidas, 1995). Los embarazos no planificados representan el 45% del total de los embarazos adolescentes en el mundo (Cleland & Ali, 2004), y se estima que el 20% terminan en abortos inducidos, que dos de cada tres son producto de la falta de acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, y que uno de cada siete se debe al mal uso de los métodos anticonceptivos tradicionales (UNICEF, 2016). Además, un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos demuestra que una mujer con un embarazo no planificado asiste menos a los controles prenatales, es más propensa a someter al feto a sustancias dañinas como alcohol y tabaco, presenta más probabilidades de sufrir depresión y de que la relación con la pareja se deteriore; todo lo que atenta contra la formación de una relación familiar sólida (Institute of Medicine, 1995).

4-EMBARAZO ADOLESCENTE EN ARGENTINA

Argentina presenta unas de las tasas de fecundidad adolescente más altas de Sudamérica: 69,6/1.000, mientras que la tasa de Paraguay es de 63/1.000, la de Uruguay 60/1.000 y la de Chile 51,9/1.000 (Brizuela et al., 2014). Con respecto a estas cifras es importante aclarar que muchas veces, en algunos países, la calidad de los datos es pobre generando una subestimación del fenómeno. En Argentina además existe una gran dispersión en la tasa de fecundidad específica de este grupo etario al interior del país. Mientras que la Ciudad de Buenos Aires presenta la tasa de fecundidad más baja 29,8/1.000, las provincias del NEA tienen las tasas más elevadas: 91,4/1.000 Misiones, 90,2/1.000 Formosa, 88,03/1.000 Chaco y 75,8/1.000 Corrientes. Cabe destacar que el 60% de las jurisdicciones muestran tasas de embarazo adolescente superior al promedio (UNICEF, 2016).

Datos recientes del Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, ENIA (2018) indican que en 2014 ocurrieron 116.952 nacimientos de madres menores de 20 años, 15,5% del total de los nacimientos ocurridos en el país. De ese total, el 67,5% de los embarazos no fueron planificados. Siete de cada diez de estas jóvenes madres pertenecen a hogares de bajos ingresos (Lupina, 2014) y cuenta exclusivamente con la cobertura del sistema público de salud, aunque en varias provincias esta proporción es mayor (UNICEF, 2016).

Por otra parte, en nuestro país 12,8% de las muertes maternas (Brizuela et al., 2014), y 18,42% de los egresos hospitalarios por aborto (UNICEF, 2016) corresponden a mujeres de 15 a 19 años. Se estima que

cada año se producen entre 372.000 y 522.000 abortos inducidos (CELS, Centro de Estudios Legales y Sociales, 2016), pero como el aborto es una práctica legalmente restringida no existen datos oficiales acerca de la cantidad, ni se cuenta con un registro adecuado de la morbi-mortalidad por esta causa. Tampoco se dispone de datos suficientes sobre la interrupción legal del embarazo (ILE), a pesar que la práctica debe realizarse en los efectores públicos de salud (CELS, 2016). Adicionalmente, la información de egresos hospitalarios por aborto únicamente considera datos del subsector público, es decir que no incluye las consultas por guardia ni las atenciones en el sistema privado, lo que implica un subregistro de las mujeres que consultan al sistema de salud luego de un aborto.

Asimismo, en Argentina hay evidencia de repetición del embarazo en la adolescencia, 1 de cada 4 de las mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia tendrá el segundo antes de los 19 años. Cada año, el 20% de los nacimientos de madres adolescentes corresponden a jóvenes que ya son madres, y más de la mitad de ellas no deseaba quedar embarazada nuevamente o prefería esperar para tener otro hijo (Binstock & Gogna, 2014).

A pesar de que el conocimiento de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes es alto, según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2013 solo 5% de los encuestados dijo no conocer ningún método anticonceptivo, muchas jóvenes llegan al embarazo o aborto debido al mal uso de los métodos anticonceptivos (UNICEF, 2016). Zamberlin, Rosner, Keller y Zingman (2016) observaron en su estudio que 32% de las adolescentes que atravesaron un parto o un aborto utilizaban un método anticonceptivo al momento de quedar embarazadas; al expresar los motivos por los cuales creían que ocurrió el embarazo, 52% refirió al uso irregular, discontinuo o incorrecto del preservativo o de los anticonceptivos orales. Asimismo, datos del Sistema Informático Perinatal del año 2014 indican que si bien 67,5% de las adolescentes que dieron a luz ese año no buscaron el embarazo, 79,9% de esas madres no utilizaba métodos anticonceptivos.

En lo que se refiere a las consecuencias sociales del embarazo adolescente, en Argentina 30% de las mujeres que abandonan el secundario lo hacen por embarazo o maternidad (Ministerio de Desarrollo Social & Ministerio de Educación, 2018). Si bien se estima que el 60% de las adolescentes abandona los estudios luego de quedar embarazadas, distintos trabajos indican que por lo general las adolescentes ya se encontraban fuera del sistema escolar al momento de embarazarse. Una investigación realizada por Gogna en el año 2005 con puérperas adolescentes evidenció que el 43,6% de las mujeres encuestadas habían abandonado la escuela antes de embarazarse. En el mismo sentido, un estudio realizado en 2013 revela que el 55% de las adolescentes ya estaba fuera del sistema educativo al momento del primer embarazo y que solo el 15% había completado la escuela secundaria (Gogna & Binstock, 2017). Asimismo, datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida De Niñez y Adolescencia del año 2013 señalan que 25% de las madres adolescentes no completó la escuela primaria, mientras que entre las adolescentes que no son

madres el valor no alcanza al 5% (UNICEF, 2016). En resumen, ya sea por haber abandonado la educación antes de quedar embarazadas, o por abandonar por la ocurrencia del embarazo, las adolescentes madres hacen su transición a la adultez en una situación de mayor precariedad educativa en comparación a sus pares no madres (UNFPA, 2016).

Consecuentemente, en nuestro país las jóvenes que son madres tienen una mayor probabilidad de estar inactivas laboralmente 56%, en comparación al 44% de las que no lo son (INDEC, 2015). Esta situación es particularmente crítica para las mujeres de los sectores más vulnerables, ya que sus salarios representan en promedio el 41% del ingreso total de los hogares, con lo que la ausencia de dicho ingreso deviene en mayores dificultades para poner fin al ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza (Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social & Ministerio de Salud, 2017).

Finalmente, cabe destacar que de una investigación realizada por Marcus (2006) con madres adolescentes argentinas pertenecientes a sectores populares, surge el planteo de la maternidad proporcionando un proyecto de vida; lo que refleja una situación económica y social desventajosa, carente de oportunidades educativas y profesionales. En estos casos la maternidad puede representar una fuente de reconocimiento social, autoestima y respeto por parte de la comunidad (UNFPA, 2016); un modo de independizarse de relaciones familiares conflictivas y de reforzar lazos amorosos, y también un salto simbólico a la edad adulta (Observatorio de la Juventud Dirección General de Políticas de Juventud, s.f.).

5-MARCO NORMATIVO

A pesar de que los indicadores relacionados con la problemática del embarazo adolescente son aún deficientes, en el país contamos con un importante marco normativo orientado a que los jóvenes puedan ejercer sus derechos de salud sexual y reproductiva. Estos derechos fueron reconocidos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994 como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos y refieren tanto a la libertad para ejercer la sexualidad de manera saludable libre de abusos, coerción, violencia o discriminación, como a la libertad de tomar decisiones acerca de las capacidades procreativas.

En el año 1994, la reforma de la Constitución Nacional incorporó diversos tratados internacionales de derechos humanos que reconocen preceptos directamente vinculados con los derechos sexuales y reproductivos entre los que se encuentran la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño (Observatorio de la Juventud Dirección General Políticas de Juventud Vice jefatura de Gobierno Ciudad Autónoma de Buenos Aires, s.f.).

En el año 2003, se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) primero de su tipo en América Latina y utilizado como modelo en muchos países. El programa tiene a su cargo la implementación de la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual de 2002 cuyos objetivos son:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia.
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- 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 referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual.
- Prevenir los embarazos no deseados.

La principal estrategia del PNSSyPR consiste en el reparto gratuito de métodos anticonceptivos que se distribuyen sobre la base de la necesidad informada de cada jurisdicción a través de los programas Remediar (hoy CUS medicamentos) y Redes. La canasta de métodos anticonceptivos de distribución gratuita incluye preservativos masculinos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, anticonceptivos hormonales de emergencia, dispositivos intrauterinos (DIU), test de embarazo y a partir del 2013 los implantes subdérmicos. El Programa envía los métodos anticonceptivos a los depósitos provinciales y de ahí se distribuyen a los efectores que la provincia seleccione. Con los implantes, el programa exige que se generen dos registros, uno respecto de la distribución a efectores y otro de las usuarias a los que se les ha colocado.

Los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos son los establecidos en la Guía Métodos Anticonceptivos elaborada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y por el PNSSyPR para los profesionales de la salud. Esta guía es una herramienta de consulta para los equipos de hospitales, centros de salud, obras sociales y servicios de medicina prepaga en sus prácticas cotidianas de atención en salud sexual y salud reproductiva (UNFPA, 2016).

Pero la elección del método anticonceptivo por parte de la usuaria debe ser el resultado de una consejería previa. La consejería es un dispositivo de atención que implica el asesoramiento personalizado realizado por personal capacitado, con el objetivo de acompañar a las personas en la toma de decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. Se implementa con una modalidad de trabajo no indicativa, a través de la construcción de un vínculo de confianza entre el equipo de salud y la/el usuaria/o en un ambiente de privacidad y con garantía de confidencialidad. Para que la consejería tenga en cuenta la realidad de las personas como sujetos de derechos e insertos en un contexto cultural y social, el dispositivo

debe orientarse por la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos y el enfoque de género (Ministerio de Salud, 2014). Asimismo para facilitar el trabajo profesional en consejería y consultas anticonceptivas es importante asegurar la existencia de materiales de apoyo como afiches colgados en lugares visibles, folletos en las salas de espera y consultorios (UNFPA, 2016).

En lo que respecta a los adolescentes la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable garantiza el acceso de los y las adolescentes a las consejerías y a los métodos anticonceptivos. Asimismo establece que se debe respetar la privacidad y mantener la confidencialidad sobre la consulta. Los adolescentes mayores de 14 años no necesitan autorización de los padres o tutores para la utilización de un método anticonceptivo; en el caso de que se trate de un menor de 14 años que asista al centro de salud sin la compañía de un adulto responsable y solicite la provisión del método anticonceptivo corresponde al equipo de salud determinar la conveniencia y oportunidad (UNFPA, 2016).

Por otra parte, el PNSSyPR brinda asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la implementación de programas locales que funcionen como su “espejo” en todas las provincias y capacita a los equipos de salud de todo el país. Estas capacitaciones sirven a la vez como una vía de coordinación entre el nivel central y las distintas jurisdicciones. En el marco del programa también se desarrollan actividades de promoción comunitaria, se elabora material didáctico, se organizan campañas y se sistematiza la información estadística de todas las jurisdicciones del país. Además, en el año 2010, se incorporó al Programa una línea 0800 gratuita y confidencial para recepcionar dudas y realizar las derivaciones correspondientes en caso de ser necesarias (PNDEA, 2017).

Entonces, el PNSSyPR constituye una política pública nacional delineada a partir de una ley federal, cuyos ejecutores finales son los efectores del sistema público de salud de las distintas jurisdicciones. El Programa tiene lineamientos y elabora políticas a nivel federal y cada programa local adecua ese lineamiento en base a sus necesidades locales (CELS, 2016).

Otras leyes referidas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes son:

-Ley nacional 26.061 (2005) de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, que en concordancia con la Convención Internacional de los Derechos del Niño reconoce que son sujetos de derechos y beneficiarios, sin excepción ni discriminación del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva.

-Ley nacional 26.150 (2006) de Educación Sexual Integral, que establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de CABA y municipal y crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (PNDEA, 2017).

-Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) (2007) que promueve y difunde el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de

acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad. El programa trabaja en la prevención del embarazo adolescente no intencional y promueve el trabajo intersectorial en todo lo que afecte a su población objetivo (PNSIA, 2017).

-Ley nacional 26.529 (2009) de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, que establece que el paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición; tiene derecho a un trato digno y respetuoso, derecho a la intimidad, confidencialidad, a la autonomía de la voluntad y a la información sanitaria (UNFPA, 2016).

-Ley nacional 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta ley constituye una herramienta concreta para garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos en los servicios de salud ya que una de las modalidades de violencia prevista en la ley es la violencia contra la libertad reproductiva que es la que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre nacimientos; la negativa a proveer un método anticonceptivo configura un acto típico contra la salud reproductiva (UNFPA, 2016).

-Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) (2017) que con el trabajo conjunto de los ministerios nacionales de Salud y Desarrollo Social y de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología busca garantizar los derechos de los adolescentes al acceso gratuito a métodos anticonceptivos, a la educación sexual integral, a las asesorías en las escuelas, a la consejería en salud sexual y reproductiva y a las actividades de promoción comunitarias con el objetivo de :

- Sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia.

-Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones

- Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

- Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) según el marco normativo vigente.

El Plan tiene un alcance nacional, salvo en algunas líneas estratégicas cuya implementación se realizó en 5 provincias en 2017 (Buenos Aires, Corrientes, Jujuy, Misiones y Salta), en una modalidad de carácter piloto, a fin de extraer lecciones que permitan su escalabilidad. En 2018 y 2019 se sumaron 7 provincias adicionales hasta completar la totalidad de los territorios del NEA y NOA, en los cuales el fenómeno del embarazo no intencional en la adolescencia es más acuciante (Presidencia de la Nación, s.f.).

6-IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, LARC en su sigla en inglés, incluyen los dispositivos intrauterinos DIU (hormonal y de cobre no hormonal) y los implantes subdérmicos. Las ventajas que proporcionan este tipo de métodos anticonceptivos son la alta efectividad, el grado de seguridad y la posibilidad de rápida reversibilidad (Kaneshiro & Salcedo, 2015). Además, son altamente costo-efectivos incluso con un uso relativamente breve (12-24 meses) en comparación con los costos de los métodos de corta duración o ningún método. Un estudio estimó que si en los Estados Unidos el 10% de las mujeres de entre 20 y 25 años adoptaran estos métodos anticonceptivos se generaría un ahorro para el estado de 375 millones de dólares por año como consecuencia de la disminución en la atención de embarazos no planificados (Trussell, Henry, Hassan, Prezioso, Law & Filonenko, 2013). Otro realizado en California calculó que el uso de estos métodos puede llegar a generar un ahorro de hasta 7 dólares por cada dólar gastado (Foster, Rostovtseva, Brindis, Biggs, Hulett & Darney, 2009). Por su parte, el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado en 2009 consideró que por cada dólar que se gasta en proporcionar métodos LARC a mujeres de bajos recursos se genera un ahorro de 5,85 dólares en gastos relacionados con el parto para el programa estatal de Medicaid (Dube, s.f.). Asimismo, un estudio realizado en Suecia estimó que si el 5% de las mujeres jóvenes adoptaran métodos LARC se generaría un ahorro para el estado de 7,7 millones de euros al año (Engstrand & Kopp Kallner, 2018). En el mismo sentido, con similares resultados se realizaron estudios en Canadá (Black, Guilbert, Hassan, Chatziheofilou, Lowin, Jeddi, Phil, 2015), Noruega (Henry, Schlueter, Lowin, Lekander, Filonenko, Trussell & Skjeldestad, 2014) y Finlandia (Gyllenberg, Juselius, Gissler & Heikinheimo, 2018). De lo anterior resulta que además de ser los métodos anticonceptivos más efectivos, su uso implica un gasto más eficiente de los recursos públicos.

En lo que respecta al implante subdérmico, es un método anticonceptivo anovulatorio en forma de una pequeña varilla que se coloca debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de la mujer. Tiene un componente hormonal que se libera en cantidades diarias para producir el efecto anticonceptivo que dura entre 3 y 5 años. Además no tiene requisitos previos para su colocación y no necesita en sí mayores controles. La inserción del implante debe realizarla un profesional específicamente entrenado ya que requiere de una pequeña intervención. Se coloca con anestesia local y el procedimiento dura sólo unos minutos. La capacitación para la colocación del implante es sencilla y rápida (PNSSYPR, 2014).

Según los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) casi todas las mujeres pueden utilizar el implante sin importar la edad, incluso aquellas que no han tenido hijos o no han estado embarazadas, mujeres que tienen HIV, que han sufrido un aborto reciente y/o que están amamantando (OMS, 2010).

Como no requiere acción por parte de las usuarias más allá de la inserción el implante tiene especial indicación en la población adolescente, que es la que presenta mayor dificultad en continuar y cumplir con métodos que requieren adherencia diaria o el uso en cada relación sexual (Kaneshiro & Salcedo, 2015). Además cabe destacar que no tiene efectos negativos en la densidad ósea de las adolescentes (Benthuizen, van Beek, Massai, Mäkäräinen, Hout & Bennink, 2000).

La principal causa de retiro del implante es la alteración en el patrón de sangrado, aunque no es perjudicial para la salud (PNSSYPR, 2014). La segunda causa de retiro es el aumento de peso (Oizerovich, Perrotta, Suárez, Karolinsk, Bertolino, Maceira, Espínola & Gómez Ponce de León, 2018); sin embargo según lo registrado por el proyecto Choice, estudio de cohorte prospectivo que se realizó en la región de Saint Louis (EE.UU), la variación de peso de las usuarias del implante no es estadísticamente distinta a la variación de peso de las usuarias de DIU (Darney, Patel, Rosen, Shapiro & Kaunitz, 2009).

Otros efectos secundarios que puede causar son: dolor de cabeza, dolor en los senos, náuseas, quistes de ovario y dolor, hematomas, o infección donde se colocó el implante (Planned Parenthood, s.f.). Pero está demostrado que la consejería ayuda a erradicar el miedo a los efectos secundarios (Skinner, Ávila, Ciloglu, Ortiz Echevarría & Oladeinde, 2013) y contribuye a reducir la tasa de extracción prematura (Modesto, Bahamondes & Bahamondes, 2014). Por ejemplo, un estudio realizado en Nepal concluye que la consejería es una herramienta potente para el uso y continuación del uso de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (Sapkota, Rajbhandary & Lohani, 2016). En el mismo sentido, el trabajo de Oizerovich et al. 2018, de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina recalca la relevancia de la consejería en la comodidad del uso del implante. Asimismo, un asesor regional en sistemas de salud y aseguramiento de insumos del Fondo de Población de Naciones Unidas refiere que ha visto que donde el implante se pone sin capacitación y sin consejería de calidad, el implante se retira a los tres cuatro meses, es un implante tirado (Conversación vía Skype, 2019).

También vale la pena enfatizar que entre las adolescentes la continuación del uso del método es alta. Estudios realizados en mujeres menores de 20 años en Estados Unidos revelaron que la continuación del uso del implante subdérmico después del primer año es del 80% (Peipert, Zhao, Allsworth, Petrosky, Madden, Eisenberg & Secura), que la tasa de retiro del implante durante el primer año es baja, del 10% (Berlan, Mizraji & Bonny, 2016), y que el índice de continuidad entre las adolescentes que reciben un implante en el inmediato post parto es alto (Tocce, Scheeder & Teal, 2012). Por su parte, en Argentina la tasa media de discontinuación del uso del implante es de 13,1%, oscilando entre 2% y 16% entre regiones; además esta tasa es menor entre mujeres de 15 a 19 años (11%) que entre mujeres de 20 a 24 (15%) (Oizerovich et al., 2018).

En el año 2013 los implantes subdérmicos fueron incorporados al PNSSyPR con el objetivo de disminuir el embarazo adolescente y particularmente su repitencia. Inicialmente el PNSSyPR adquirió un total de

10.000 implantes, 8000 de los cuales se distribuyeron en las 7 jurisdicciones del país con mayor tasa de embarazo adolescente (Misiones, Formosa, Santiago del Estero, Tucumán, Jujuy y las regiones sanitarias VII y XII de la provincia de Buenos Aires), a las mujeres adolescentes, de entre 15 y 19 años, que hubieran tenido algún evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el último año y que no contaran con cobertura formal de los subsistemas de obra social o prepaga. A partir del año 2015 se amplió la distribución del implante subdérmico al resto de las jurisdicciones del país y a todas las jóvenes de 15 a 24 años, hayan tenido o no un evento obstétrico, y también a las mujeres que presenten situaciones particulares que justifiquen el uso de este método por sobre otros métodos anticonceptivos y que no cuenten con cobertura médica (PNSSyPR, 2014).

7-EJEMPLOS DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: ESTADOS UNIDOS Y AUSTRALIA

El embarazo no planeado es un grave problema de salud pública en los Estados Unidos. De los 6 millones de embarazos que se producen anualmente cerca de la mitad no son planificados y entre los adolescentes esta cifra asciende al 82% (Madden, 2013). A pesar de que tanto el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), como la Academia de Pediatría recomiendan métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada LARC como opción anticonceptiva de primera línea para las adolescentes (Kaneshiro & Salcedo, 2015), menos del 3% de las mujeres los utilizan (Secura, Allsworth, Madden, Mullersman, Jeffrey & Peipert, 2010). En respuesta a la subutilización de los métodos LARC se idearon distintos proyectos para promover su uso.

El más importante es el de anticoncepción CHOICE, estudio de cohorte prospectivo en 10.000 mujeres entre 14 y 45 años de edad en la región de St. Louis, cuyo objetivo fue proporcionar anticonceptivos sin costo y promover el uso de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada para reducir la tasa de embarazo no planificado. A cada participante se le proporcionó el método anticonceptivo de su elección sin costo durante tres años. El 67% de las mujeres eligió métodos de acción prolongada, 56% seleccionó la anticoncepción intrauterina y 11% el implante subdérmico (Secura et al., 2010). Es decir que una vez que se eliminaron las principales barreras para el acceso a los métodos LARC, costo y falta de información, dos tercios de las mujeres los eligieron. Los resultados del proyecto demostraron, asimismo, que los métodos LARC son altamente efectivos y aceptados por las adolescentes. La cohorte incluyó a 2.031 (22%) mujeres de 14 a 20 años y 72% eligió un método LARC. La tasa de continuación de uso del método LARC al año entre las adolescentes fue del 81%, similar a la tasa de continuación observada entre

las mujeres mayores. Entre las adolescentes participantes, la tasa de natalidad fue de 6,3 por 1.000 adolescentes, muy por debajo del 34,3 por 1.000 a nivel nacional (Madden, 2013). En lo que respecta a la tasa de aborto, en la cohorte de CHOICE se redujo en un 50% en comparación a las tasas regionales y las nacionales, mientras que la tasa de aborto adolescente se redujo en un 56%. Al comparar a la región de St. Louis con la de Kansas City, similar en tamaño y en su perfil demográfico, se observó asimismo una reducción importante en la tasa de repetición del aborto (Peipert, Madden, Allsworth & Secura, 2012).

Otro proyecto destinado reducir las barreras de acceso a los métodos LARC es Colorado Family Planning Initiative (CFPI). Esta iniciativa del año 2009 buscó disminuir el costo y la falta de conocimiento entre los proveedores y las usuarias de métodos anticonceptivos de los métodos LARC mediante la capacitación de los proveedores y la financiación de la provisión de los métodos en 28 clínicas. Como resultado se observó que en dos años el uso de métodos LARC entre las jóvenes de 15 a 24 años aumentó del 5% al 19% y que el uso del implante se multiplicó por 10, y el del DIU se triplicó; mientras que el uso de las pastillas anticonceptivas se redujo del 49% al 36%. Además, una de cada 15 mujeres jóvenes de bajos ingresos recibió un método LARC, en comparación a una de cada 170 en 2008. Con respecto a la tasa de fertilidad, se redujo un 29% entre las mujeres de 15 a 19 años de bajos ingresos y un 14% entre las de 20 a 24 años. Las tasas de aborto cayeron 34% y 18% entre las mujeres de 15-19 y 20-24 años respectivamente; y en todo el estado la inscripción de bebés en el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños disminuyó 23% entre 2010 y 2013 (Ricketts, Klingler & Schwalberg, 2014).

Asimismo, Harper et al. (2015) realizó un ensayo aleatorio grupal en 40 clínicas de salud reproductiva en los Estados Unidos entre los años 2011 y 2013. Se asignaron al azar 20 clínicas para recibir capacitación sobre asesoramiento y colocación de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, y 20 para brindar atención estándar. Los costos habituales de anticoncepción no se modificaron. El resultado fue que más del doble de las mujeres eligieron un método LARC en las clínicas asignadas para la intervención, y que la tasa de embarazos no planificados se redujo en un 50% en las mujeres que asistieron a estas clínicas. Esto evidencia que la tasa de embarazo no planificado se puede reducir brindando asesoramiento sobre anticoncepción reversible a largo plazo y acceso a dispositivos durante las visitas de asesoramiento sobre planificación familiar.

Por su parte en Australia, que presenta la tasa de aborto más alta entre los países desarrollados, se realizó un estudio en el año 2017 para identificar las barreras al acceso a los métodos LARC y elaborar estrategias para difundir y aumentar su uso. Como resultado se encontraron tres barreras al acceso a los métodos LARC en la atención primaria de la salud: falta de familiaridad y percepciones erróneas acerca del uso de los métodos LARC por parte de los profesionales, falta de médicos generalistas capacitados en la colocación y remoción de los métodos LARC, y el costo de los métodos (Mazza et al., 2017).

8-EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

La Ciudad de Buenos Aires está atravesada por profundas desigualdades sociales y económicas conformando un mapa social donde se distinguen tres áreas: la zona sur con fuerte presencia de estratos socioeconómicos bajos con una alta concentración de pobreza (Comunas 10, 9, 8 y 4); la zona norte con claro predominio de estratos medios y altos (Comunas 13, 14 y 2); y el resto de la ciudad con un comportamiento más heterogéneo y presencia de sectores medios y bajos (Comunas 12, 11, 15, 7, 6, 5, 3 y 1) (Arriagada Luco y Rodríguez Vignoli, 2003). Uno de los aspectos donde se verifica esta situación es en el tipo de cobertura de salud, ya que nuestro sistema de salud está compuesto por tres subsistemas: el público, el de obras sociales y el privado. Se observa entonces, que en la zona sur más de 40% de los jóvenes dependen del sistema público de salud, mientras que en la zona centro y norte la proporción es de 25,9% y el 6,6% respectivamente. Cabe destacar que las comunas con mayor concentración de jóvenes forman parte de la zona sur (Observatorio de la Juventud Dirección General Políticas de Juventud Vice jefatura de Gobierno Ciudad Autónoma de Buenos Aires, s.f.). (Ver Anexo 1)

En lo que respecta a la maternidad adolescente, la tasa de la Ciudad de Buenos Aires es relativamente baja en comparación con otras zonas del país, pero existen brechas significativas al interior de la misma: para el trienio 2013-2015 la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) varió de 4,5 en la Comuna 2 de la zona norte, a 57,8 en la Comuna 8 de la zona sur (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, s.f.).

Por su parte, la Ciudad de Buenos Aires es pionera en el país en la implementación de políticas destinadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva. En 1987 se lanzó un primer programa piloto de Procreación Responsable en algunos servicios hospitalarios, de escasa difusión y cobertura, y en el año 2000 se sancionó la Ley 418 que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Asimismo, la ciudad cuenta con todas las leyes reconocidas a nivel internacional tendientes a garantizar la salud sexual y reproductiva, con excepción de la referida a la interrupción del embarazo.

El Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad de Buenos Aires tiene como principal objetivo facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y reproductiva y brindar información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado. Asimismo, incluye políticas de prevención y atención de HIV- Sida (Ministerio de Salud CABA, s.f.). Un referente del programa explica que:

“Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, en este caso en particular, estamos hablando de insumos de anticoncepción; de insumos de prevención como son folleterías, preservativos; de insumos de pesquisa o diagnóstico como son los testeos; de acceso a ILE en los casos contemplados en la ley; y algunas discusiones en términos de capacitación que nos

damos en relación a los marcos de derechos, a la perspectiva de género que asumimos en las capacitaciones que intentamos teñir de alguna manera con algunas discusiones el accionar de los equipos” (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

El universo de responsabilidad del programa o la “población objetivo” en lo que atañe específicamente al acceso a métodos anticonceptivos es relativamente pequeña: 108.000 mujeres. Este número se obtiene partiendo de cuántas mujeres de 15 a 49 años hay en la ciudad con cobertura pública exclusiva, y restando a este grupo las que están embarazadas o buscan un embarazo, las que no pueden tener hijos o creen que no pueden tenerlos, las religiosas y las que tienen colocado un DIU o un implante o ligadas las trompas (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, 2018).

Si bien el programa no dispone de presupuesto propio, se provee de los insumos para la distribución a partir de los aportes del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación y a través de compras propias realizadas por el Ministerio de Salud del GCBA. Los insumos distribuidos incluyen métodos anticonceptivos de corta duración: pastillas, inyectables mensuales y trimestrales; métodos de larga duración: DIU, implante subdérmico; métodos permanentes: vasectomía y ligadura tubaria; preservativos; anticoncepción de emergencia y test de embarazo para confirmar que la persona que va a iniciar un tratamiento anticonceptivo no está embarazada (Ministerio de Salud CABA, s.f.).

Con respecto a la distribución de los insumos es el equipo de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS quien se encarga de la adquisición y distribución. Un referente del programa señala que:

“Nosotros somos quienes planificamos año a año la compra, o recibimos de nación una cantidad de insumos y hacemos la distribución en los centros de salud y hospitales de la ciudad. En cada uno de los centros u hospitales hay uno o varios equipos, pueden ser los equipos de medicina general, del consultorio de adolescencia, del consultorio de planificación familiar, ginecología, obstetricia, que abordan cuestiones ligadas al amplio campo de salud sexual y reproductiva. Hoy son alrededor de 70 lugares en la ciudad que distribuyen o atienden o están sensibles a cuestiones de la anticoncepción. Después hay una cantidad enorme de otros actores o actrices, que son ONG, organizaciones que entre otras cosas reparten preservativos o hacen testeo para VIH y sífilis.” (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

Los insumos se distribuyen a los efectores de acuerdo a la demanda para favorecer la accesibilidad de la población (Ministerio de Salud CABA, s.f.).

“Todos los meses nos encontramos con los efectores del programa de centros de salud y hospitales, el tercer jueves de cada mes en el Hospital Piñero se reúnen todos los efectores, son cientos de personas; y después nos vinculamos permanentemente con la recepción del pedido, cada dos meses los CeSAC y los hospitales hacen sus pedidos de insumos de salud sexual” (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

Además, desde Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS se relevan a los efectores en el seguimiento de la aplicación del programa, y se capacitan a los equipos de salud teniendo en cuenta siempre la perspectiva de género y el marco de derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud CABA, s.f.). Al respecto, un referente del programa indica:

“Nosotros hacemos dos capacitaciones, una que tenga que ver sólo con médicos...pero a nosotros nos parece importante capacitar a todo el equipo de salud porque muchas veces las consejerías en los centros de salud las coordinan profesionales del área psicosocial que tienen que tener muy en claro toda esta información” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

En alusión a la vinculación del programa de la Ciudad de Buenos Aires con el PNSSyPR, un referente del programa refiere que:

“Existe una vinculación que tiene que ver con los insumos que ellos mandan; que en el último año fue una relación bastante conflictiva porque el programa nacional no mando casi nada...Hoy el tema con la vinculación con el programa nacional está más ligada a la recepción de insumos que otra cosa. Por otro lado la ciudad cuenta con una cantidad de insumos, equipos, capacitaciones potenciales que es autosuficiente...hay contactos muy puntuales con nación, pero no hay una cosa sistemática de seguimiento y trabajo en conjunto con nación” (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

Lo anterior está en línea con un estudio realizado por el CELS en 2016 que indica que la relación del PNSSyPR con las distintas jurisdicciones tiene un carácter altamente informal y que faltan convenios que permitan institucionalizar la articulación entre los distintos niveles para fijar objetivos y compromisos con eficiencia.

Asimismo, con respecto a la vinculación del programa de la ciudad de Buenos Aires con los efectores de salud refiere que:

“El equipo central está a disposición de los equipos. Centralmente nuestro rol no es un rol de control de lo que los equipos hacen, sino de apoyo a los equipos. Nosotros ponemos en práctica lo que se llama una política de apoyo matricial, hay equipos que trabajan y el nivel central en apoyatura de esos equipos” (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

En este mismo sentido, un referente del programa destaca que:

“Hay un vínculo fuerte entre los equipos y el programa. Tenemos una alianza que, a diferencia de otros programas, fue una construcción de mucho esfuerzo porque implica poner el cuerpo todo el tiempo. Hubo que desarmar un modelo muy instalado de mucho maltrato del nivel central a los equipos que trabajan y de mucho desprecio de los equipos a los que están en los niveles centrales. Llevó un tiempo desarmar estas construcciones tan fuertes pero no fue tan importante porque cada uno de los que formamos parte del programa venimos de, o seguimos trabajando en los equipos de salud” (Entrevista personal, referente de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

Actualmente, el programa se encuentra en un plan de crecimiento con objetivos a futuro, entre los que figuran mejorar la forma de calcular la “población objetivo”; construir un indicador “población objetivo” para cada una de las Áreas Programáticas y Áreas de Responsabilidad de los CeSAC de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de contar con información más refinada que permita reorientar los esfuerzos en materia de apoyo a los equipos locales; promover el uso de métodos de larga duración; mejorar la proporción de población bajo programa en los CeSAC; difundir la existencia y facilitar y aumentar el acceso de la anticoncepción de emergencia; mejorar la cobertura en materia de anticoncepción post evento obstétrico inmediato preferentemente a través de larga duración (DIU e implantes subdérmicos); mejorar el acceso a las ligaduras tubarias por fuera del evento obstétrico y la realización de vasectomías; aumentar el número de establecimientos que realiza interrupciones legales del embarazo a fin de garantizar un acceso más equitativo a las mujeres (Coordinación Salud Sexual, Sida ,e ITS ,s.f.).

Estos dos últimos objetivos son para dar respuesta a reclamos puntuales por parte de la sociedad. En relación a la cobertura de anticoncepción, a pesar de que el programa históricamente no ha llegado a cubrir más allá del 30% del universo de responsabilidad, no existe una demanda manifiesta importante en este

sentido. No obstante, para hacer frente a una cobertura insuficiente, el programa en los últimos años ha aumentado la oferta de métodos anticonceptivos y ha incorporado los implantes subdérmicos a la canasta de métodos anticonceptivos de distribución gratuita (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, 2018).

Por otra parte, datos oficiales del Gobierno Nacional y de la Ciudad de Buenos Aires coinciden en que una enorme cantidad de personas desconoce los recursos existentes, no los solicita y no accede a ellos en los niveles que serían recomendables. Y, lo que es más significativo, desconoce que tanto en el sistema público de salud, como en las obras sociales y el sistema privado tienen la obligación de brindar métodos anticonceptivos y preservativos de manera gratuita (Clarín, 2018).

Consecuentemente, a fin de agosto de 2018 la ciudad lanzó la primer campaña en la vía pública "Goza de tus derechos", eje comunicacional de un plan integral que incluía las siguientes acciones: abrir los CeSAC los días sábados de 8 a 13 hrs. para consultas sobre salud sexual; garantizar mayor disponibilidad de anticoncepción de larga duración; repartir más preservativos a través de la colocación de dispensers en lugares no tradicionales; generar campañas en vía pública; realizar consejerías en escuelas medias estatales y promocionar los derechos de la mujer en centros especializados y en la línea 144. Además, se realizó publicidad no tradicional: la comedia de Telefe "100 días para enamorarse" incorporó el tema del retiro gratuito de los métodos anticonceptivos en los centros de salud, en las obras sociales y las prepagas.

Lamentablemente la propuesta de abrir los CeSAC los días sábados para el acceso a la anticoncepción no prosperó porque a pesar de haber mucha gente comprometida con el acceso a la anticoncepción y al ILE, se veía como una como una forma de hacer campaña política (Entrevista personal, referente de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2019).

En lo que se refiere específicamente a los implantes subdérmicos, en 2013 se hizo una experiencia piloto con 400 implantes donados por el laboratorio Merck Sharp & Dohme en los CeSAC 7, 9, 44, 45, y en los hospitales Argerich y Elizalde. En esta instancia el laboratorio realizó las capacitaciones teóricas y prácticas a los equipos de salud. Con respecto a esta experiencia que duró tan solo 3 meses, un referente del programa nos contó:

"Pensamos que nos iban a durar un montón (los implantes) y la realidad es que en muy poco tiempo se nos volaron de las manos, fue muy interesante ese proceso se colocaron todos los implantes entre junio y septiembre... nosotros hacíamos una consejería a las mujeres que accedían a un método anticonceptivo y lo que empezamos a ver es que iban todas eligiendo el implante entonces pensamos que estábamos promocionando, hay que tener cuidado con no inducir a la gente a utilizar un método, quizás era tal nuestro entusiasmo que de alguna manera

se transmite, entonces revisamos nuestras charlas y yo hice un ejercicio que era casi esconder el implante en las consejerías y preguntaban: ¿ y eso del implante que dijo como al pasar? Ahí descubrí que no era que uno indujera sino que llamaba la atención lo novedoso, algo pasaba que aparecía como muy seductor el tema del nuevo método anticonceptivo” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

Recién en 2015 comenzó a haber una distribución de implantes más estable, cuando el PNSSyPR amplió la distribución del implante subdérmico al resto de las jurisdicciones del país, incluida la Ciudad de Buenos Aires. Los médicos capacitados en la experiencia piloto previa de la ciudad colaboraron con el programa nacional con las capacitaciones a los equipos de salud en las distintas jurisdicciones del país (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, 2018).

Un estudio realizado por Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS en 2018 acerca de la distribución de los implantes en la ciudad durante el año 2017 revela que el 60% fue distribuido en los CeSAC y 40% en hospitales. Al analizar la distribución de implantes entre las distintas zonas de la ciudad, se observa que en la zona sur se colocó la mayor cantidad de implantes y, que a su vez es la zona donde se entregó la mayor proporción de implantes al primer nivel de atención. Esto se corresponde con el hecho de que es la zona donde hay mayor cantidad de CeSAC. Asimismo, existe una distribución muy variable entre los CeSAC, que va de 375 a 5 implantes en el mismo período. Por otra parte, los datos reflejan un aumento de la tasa de cobertura en métodos anticonceptivos entre la población más vulnerable con cobertura exclusiva de salud pública.

A pesar de que el programa de la ciudad nunca puso el foco en las adolescentes con respecto a los implantes como sí lo hizo el programa de la nación, las adolescentes representan 37% del total de las usuarias; proporción que aumenta levemente en la zona norte (46%) en comparación con el centro y sur (30% y 38% respectivamente) (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, 2018).

“Nosotros no tenemos una política específica centrada en adolescentes. La ciudad tiene un programa de adolescencia aparte que centra sus acciones en este grupo poblacional. En el caso nuestro, salvo lo que sucede en los hospitales y los centros de salud con sus equipos de adolescencia o los que ellos prioricen, nosotros desde el nivel central no priorizamos el tema de adolescentes en particular” (Entrevista personal referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

A su vez, el 44% de las adolescentes se colocaron el implante en un CeSAC y 56% en un hospital. El 49% de las adolescentes que se colocaron el implante en un hospital lo hicieron a través del servicio de

obstetricia (post evento obstétrico) y 35% en el servicio de adolescencia y en menor medida en ginecología (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, 2018).

Por otra parte, en nuestro país se da una paradoja muy interesante con respecto a los implantes subdérmicos: el sistema público tiene mejor acceso que el sistema privado. Los implantes no están difundidos en el sector privado, muchas jóvenes con obra social o prepagas acceden a este método de manera gratuita en el sector público. Una médica ginecóloga cuenta que:

“Tengo pacientes de OSDE 510 literal que vienen a ponerse (el implante) acá y yo no le puedo decir te cobro, no se cobra nada, llegan al sistema público porque los ginecólogos del sistema privado no lo colocan” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

9-LOGROS Y DESAFÍOS DEL PROGRAMA TENDIENTES A REDUCIR LAS BARRERAS AL ACCESO A LOS IMPLANTES SUBDÉRMICOS POR PARTE DE LAS ADOLESCENTES EN LOS CESAC

9.1-CONTEXTO LABORAL EN LOS CeSAC

Los médicos y el personal asociado al cuidado de la salud reciben una remuneración en función de una cantidad fija de horas trabajadas que no guarda relación con la cantidad de pacientes atendidos. Este mecanismo de pago genera un incentivo a la sub-prestación de servicios. Sin embargo, y siguiendo a Maceira (1998, 2017), estos mecanismos de incentivo no consideran necesariamente otros factores no monetarios involucrados. Tal es el caso bajo estudio, donde **todos los profesionales de la salud entrevistados presentaron un gran compromiso con la población a la que atienden**. Los equipos cuentan con una gran motivación y muchas veces dedican un esfuerzo extra:

_ “Venimos los sábados porque el programa lo solicitó, no nos pagan” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur, 2019).

_ “Vamos a las ferias los fines de semana a encontrar a la usuaria que está perdida” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro, 2019).

_ “Caminamos el barrio” (Entrevista personal, trabajadora social CeSAC zona centro, 2019).

Sin embargo, los CeSAC, que constituyen el eslabón más débil del sistema de salud, el menos equipado, con menor cantidad de personal, se tienen que adaptar a distintos programas que no están coordinados entre sí y muchas veces se superponen. **La articulación entre los programas de salud y los centros genera mucha tensión** ya que cada programa requiere el llenado de planillas y formularios, en lugar de que exista una única base de datos que elabore el centro de salud contemplando al ciudadano como unidad de análisis a la que cada programa pueda acceder. Además los nuevos programas suman responsabilidades adicionales a los equipos muchas veces ya sobre exigidos. Al momento de realizar el trabajo de campo se verificó esta situación con el ILE, porque aunque no se sancionó la ley del aborto legal seguro y gratuito, la población se sintió habilitada a contar con los servicios en los centros de salud.

Por otra **parte existe un sistema de referencia y contra referencia entre los distintos niveles del sistema de salud muy informal**, lo que implica trabajo extra por parte de los equipos. No obstante hay que destacar que la implementación de la Historia Clínica Electrónica está simplificando la tarea.

A continuación se presentan los testimonios:

_ “Los programas no se vinculan entre sí, son distintos programas que a nosotros nos llegan con un determinado formato y determinadas características, nosotros los tomamos y somos quienes vinculamos al paciente con eso, pero no veo una interrelación, no hay un entramado de red dentro de los programas” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur, 2018).

_ “Una de las cuestiones que nosotros planteamos tanto en el hospital como en el CeSAC es la fragmentación que sentimos , porque para cada uno de los programas centrales necesitan un referente , y a veces es específico, tiene que ser un médico, un trabajador social y no hay tanta disponibilidad. Nos ha pasado que marzo y diciembre son los meses top para los programas y en esos meses te piden hasta seis referentes de cada uno de los programas y tenes que levantar actividades y la verdad es que nos atraviesa y mal...una de las cuestiones que estamos pidiendo en atención primaria es que sea el organizador de las políticas públicas y no que a cada uno de los programas pida una cosa una semana y otro lo mismo a la próxima. No se puede estar planeando ni programando nada, organizativamente no es factible” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur, 2018).

“No hay referencia y contra referencia, esta es una falla muy grande del sistema que viene hace muchos años...la historia clínica computarizada va a agilizar muchísimo para nosotros y para el paciente, resolvería las fallas de la referencia y contra referencia. Nosotros nos hemos manejado muchísimos años por la red informal, pero es un trabajo extra agotador” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur, 2018).

“La verdad es que a veces, sobre todo a los médicos los supera la agenda...yo creo que una de las dificultades en el primer nivel es la falta de recursos humanos, sobre todo para salir a la comunidad a hacer rastrillaje del que no viene” (Entrevista personal, trabajadora social CeSAC zona centro, 2019).

“Hay demasiada gente para atender...todo lo que se incorpora nuevo es más trabajo, no se modifican los equipos. Ahora estamos haciendo ILE y nos supera, todo es un sobre turno, así estamos laburando...” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur, 2019).

“El tema del ILE fue una bisagra total... entonces desde agosto del año pasado estamos bombardeados de trabajo” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur, 2019).

“Tengo un montón de trabajo porque soy la única persona que lo hace, tengo que fijarme que insumos hay para pedir al programa, hacer los registros de implantes como los de las pacientes de ILE, que no son dos palabras, hay que poner toda la información, enviar cada dos meses los Excel con el registro de los implantes colocados. Parece una pavada pero lleva tiempo, a veces no anda el internet, no hay sistema” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur, 2019).

“Capaz que la persona que está capacitada para colocar el implante está colapsada y no la puede atender” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro, 2019).

Como consecuencia, a pesar del compromiso de los profesionales de la salud, **la escasa disponibilidad de personal para satisfacer la demanda de consultas médicas puede constituir una barrera de acceso a los implantes subdérmicos por parte de las adolescentes.** Esta situación excede la competencia del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, que solo puede intervenir en los centros a través de las capacitaciones y la dotación de insumos.

9.2-ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RESPECTO DE LOS IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Las conductas que adoptan los efectores de la salud impactan en los indicadores de desempeño del sistema de salud. Sus acciones pueden tanto neutralizar cómo ayudar a cumplir los objetivos de un programa. En el caso de la incorporación de los implantes subdérmicos, esto cobra especial relevancia ya que si bien el uso del implante está asociado a la preferencia de la usuaria, el conocimiento y la actitud de los profesionales influye en dicha elección. El trabajo de campo demostró que no existe homogeneidad en cuanto a la aceptación del método por parte de la comunidad médica. Si bien un grupo importante de profesionales acepta el método, existen otros que lo desconocen, otros que lo objetan, y otros que aceptan el método pero que, por ejemplo se niegan a retirarlo con anticipación, o desaprovechan oportunidades para su colocación.

9.2.1. VALORACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL IMPLANTE

La incorporación de los implantes subdérmicos a la canasta de métodos anticonceptivos distribuidos por el programa de salud sexual de la Ciudad de Buenos Aires **tuvo gran aceptación por una parte muy importante de los profesionales que componen los equipos de salud de los CeSAC**. Los profesionales destacan las ventajas que el nuevo método anticonceptivo proporciona, y lo consideran una herramienta valiosa para evitar embarazos no planificados, particularmente en adolescentes. A continuación se presentan distintos testimonios:

—“Yo pongo un implante y digo volvé cuando tengas que volver por tus controles de salud habituales o en la semana si tenés dolor, hinchazón, ardor, calor que serían las pautas de alarma de la complicación en la inserción, pero sino por el implante no necesitamos vernos hasta dentro de tres años, una chica adolescente no tiene ni siquiera que hacerse el PAP...incluso cuando uno lo mira desde lo costo efectivo para cualquier sistema de salud es mucho más barato proveer un implante que las pastillas, que correr el riesgo de un embarazo ya que una de cada 100 mujeres que usan cualquier otro método 1, 3, 5, o 7 se van a embarazar, lo que implica tener que cubrir la atención de la interrupción, o la atención y cuidado del embarazo, parto, neonatología; ósea cuando uno hace las cuentas el implante es un método económico. Si uno tiene que pensar sólo en un presupuesto anual es complicado porque pones digamos, la carga de tres años en un año, pero

si se hace un presupuesto de tres a cinco años es económico; y ni que hablar del derecho de las mujeres, el grado de satisfacción; sólo hablando de plata incluso si una mujer se tuviera que pagar ella las pastillas comprar el implante le saldría mucho más económico” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

Lo expuesto con referencia a que el uso del implante implica un gasto más eficiente de los recursos públicos se corresponde con los trabajos de Foster, Rostovtseva, Brindis, Biggs, Hulett y Darney (2009); Trussell, Henry, Hassan, Prezioso, Law y Filonenko (2013) ; Engstrand y Kopp Kallner (2018); Black, Guilbert, Hassan, Chatziheofilou, Lowin, Jeddi, Phil (2015); Henry, Schlueter, Lowin, Lekander, Filonenko, Trussell & Skjeldestad (2014) y Gyllenberg, Juselius, Gissler & Heikinheimo (2018).

*— “Otra cosa graciosa curiosa es que vienen tres chicas a sacárselo juntas, dos porque habían aumentado de peso y la otra porque había bajado mucho. La verdad es como todo lo nuevo, todo se le atribuye al implante, hay mucho atribuido en relación al deseo, a dolores de cabeza pero sobre todo **al aumento de peso que es uno de los efectos adversos posibles, pero lo que está visto en algunos estudios y lo que nosotros hicimos que no fue un estudio con la rigurosidad que corresponde, vimos que en mujeres que se vinieron a sacar el implante a los tres años es que la mitad de las mujeres habían aumentado de peso y la otra mitad no había aumentado o había bajado, entonces es muy difícil atribuir un fenómeno causa efecto. No presenta más efectos adversos que los que puede presentar una pastilla anticonceptiva, la diferencia es que las pastillas las dejo de tomar y el implante lo tenés puesto y es toda una decisión sacarlo ...es el más efectivo y esto es indiscutible, ahora puede producir alteraciones en el ciclo menstrual, pero yo insisto en que los llamemos cambios más que alteraciones porque cuando uno piensa en alteraciones piensa en algo patológico, desaparecen los ciclos menstruales regulares ”** (Entrevista personal, referente del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018) .*

El estudio ad-hoc de la variación de peso realizado por el programa concuerda con lo registrado por el proyecto Choice por Darney, Patel, Rosen, Shapiro y Kaunitz (2009).

*— “Las ventajas del método son la autonomía, la separación del método de la relación sexual si bien ahí el implante necesita la doble protección; la duración del método, dura tres años; la casi ausencia de efectos colaterales de riesgo en cuanto a enfermedades. **Me parece que la principal desventaja son las alteraciones del ciclo, pero si uno lo explica y da seguridad***

se puede controlar” (Entrevista personal, médico generalista, CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

En línea con Oizerovich et al. (2018) que recalca la relevancia de la consejería en la comodidad del uso del implante.

*“En la paciente adolescente es un método ideal, es un método anticonceptivo de larga duración, LARC, que demostró claramente en el mundo que **los LARCS disminuyen el embarazo no deseado adolescente** porque la paciente adolescente es muchas veces poco constante, o se pelea con la pareja y deja sus anticonceptivos, o se pelearon con la pareja y no vienen a ponerse el inyectable, esto de no poder sacárselo hace que sea algo de más continuidad; y segundo porque al ser de progesterona sola **se lo podemos dar a casi todas las pacientes pero sin modificar la concentración de estrógeno que era lo importante en los huesos de nuestras adolescentes**, el metabolismo y la producción de estrógenos se mantiene firme y estable, no así con otros métodos anticonceptivos; que en los adolescentes eran de larga duración, por ejemplo progesterona de depósito de tres meses inyectable, pero se la tenían que suspender porque los huesos hay que cuidarlos; y en las mamás que recién tuvieron bebés es un método ideal porque es progesterona sola y no afecta la producción para la lactancia ni tampoco es tóxica para el bebé; ósea que son dos pacientes ideales, y en una estamos aumentando el intervalo intergenésico por lo menos tres años”* (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro CABA, 2018).

Lo referido a la conveniencia de la indicación del método para las adolescentes tiene relación con los estudios de Kaneshiro y Salcedo (2015); y con Benthuisen, van Beek, Massai, Mäkäräinen, Hout y Bennink (2000).

*“Soy una fan del implante, **creo que es la gran diferencia que podemos hacer en cuanto a la prevención del embarazo adolescente...yo creo que esta es la gran diferencia para evitar llegar al aborto**. Las pacientes colocadas con implante tienen una tranquilidad de poder hacer una carrera...de hecho todas las ILE, todas las consejerías de ILE probablemente terminen con una colocación de implante, **pacientes psiquiátricas** me han traído con tutores para ponerlo, **pacientes de 12 años** que usan implante, **gente en situación de calle** esa paciente no puede tomar una pastilla todos los días. No tenés que hacer un control, si se te cae el DIU, no te hiciste una ecografía, nada!, lo tenés en el brazo, no tiene contraindicaciones, la progesterona es lo más inocuo que hay, a una **paciente hipertensa** no le das un anticonceptivo, le ponés un implante, a la **paciente con cefalea** le pones el implante no le das*

*anticonceptivo para disminuir el riesgo de ACV. Digamos una paciente con cáncer de mama actual y trombo embolismo no le puedo poner, pero después, **diabética** le pones, a la **epiléptica**, al **HIV**... como sacas ponés en el mismo momento, tres años sacas y ponés uno nuevo. De hecho es mucho más prolongado pero uno dice tres años, pero hay estudios que han tenido hasta 8 años de pacientes que se han olvidado que tenían el implante, le sacaban el implante y quedaban embarazadas al otro mes”* (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

La descripción de las potenciales usuarias del implante subdérmico está en línea con los criterios de elegibilidad para el método anticonceptivo de la OMS 2010.

*—“**Cualquier método de larga duración en el adolescente es bueno**, porque te asegura que va a estar cubierta y la verdad es que tiene un control mínimo, es más si no tuviera control es lo mismo.”* (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona Sur de la CABA, 2018).

*—“Nosotros tenemos **chicas que viven en situación de calle y quizás ahí es el método que uno utiliza**. Hemos tenido chicas que gente la traía todos los meses a inyectarse y ahora con esto del implante hemos tratado de utilizarlo”* (Entrevista personal, Directora CeSAC zona sur de la CABA ,2018).

*—“**Me pareció muy interesante que nuestro país pueda acceder a un método de larga duración que no sea el DIU**, si bien el DIU me parece un método excelente que está totalmente sub difundido y sub utilizado y que la corporación médica ha construido muchos mitos en relación al DIU, pero bueno, también es cierto que **hay muchas mujeres sobre todo jóvenes que no quieren utilizar por mitos y/o porque no quieren ni desean estar con procesos de manipulación de sus genitales**, quizás son chicas que todavía no se hacen un Papanicolaou, no han tenido que usar el espéculo”* (Entrevista personal, referente del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

*—“**Excelente método anticonceptivo para prevenir el embarazo adolescente**, creo que con la experiencia, el seguimiento creo que es muy bueno. **Yo lo recomiendo mucho post ILE**, como una tranquilidad de que por tres años no se van a embarazar, además es mejor que el DIU para una adolescente porque es complejo, le estás poniendo algo adentro del útero y no sabés lo que puede pasar si tiene una infección, en cambio el implante es más inocuo para una*

adolescente, es menos invasivo a pesar de que va adentro del cuerpo también. Cuando hablás con expertos en fertilidad te dicen que el DIU te puede producir una infertilidad, esto no” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona Sur de la CABA, 2019).

9.2.2 RESISTENCIA AL MÉTODO

Sin embargo, la modificación de las prácticas tradicionales y la incorporación de nuevas tecnologías en lo que refiere a la anticoncepción generan muchas veces resistencia por parte de algunos profesionales de la salud. Para un referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, esto tiene que ver en particular con una cuestión de mitos y prejuicios que los profesionales tienen acerca de algunas cuestiones, y no con lo que los métodos han demostrado. Ejemplifica con la enorme subutilización de la anticoncepción de emergencia que existe en la Ciudad de Buenos Aires, aclarando que esto no tiene que ver con el hecho de que la gente no necesite anticonceptivos de emergencia, sino con que seguramente los efectores de salud son un obstáculo para que la gente acceda a los anticonceptivos de emergencia al no difundir que los tienen.

En cuanto a los implantes subdérmicos, una referente del programa atribuye esta situación al desconocimiento del método por parte de los profesionales, y a que se le “pide” al implante lo que no se le “pide” a ningún otro método anticonceptivo: que sea perfecto. Estas observaciones son coincidentes con lo hallazgos en Australia de Mazza et al. (2017) y en Colorado de Ricketts, Klingler y Schwalberg, (2014).

A continuación se exponen fragmentos de entrevistas a distintos profesionales médicos que evidencian la resistencia:

—“Están los detractores del implante en los equipos de salud” (Entrevista personal referente Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

—“Más allá de lo que dice la bibliografía y de lo que uno repite y de lo que se comunique, hay prácticas que son como difíciles de modificar” (Entrevista personal referente Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

—“Cómo es algo desconocido...si no lo sabes colocar es más fácil decir que es una porquería que decir: yo todavía la verdad, es que no se de esto” (Entrevista personal referente Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

“El problema era que había que aprender a ponerlos, y como toda actividad nueva genera ansiedad...la dificultad de la incorporación de un nuevo método invasivo género al principio desconfianza” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

“Se generaba cierta resistencia en esto de colocar algo en el brazo, cortar, un tajo” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

“Se preguntaban cómo era que en los centros se iba a hacer eso porque el primer nivel de atención está asociado a prácticas no invasivas” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2019)

“No sé si es un método muy aceptado por todos los profesionales” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

“El implante para mí no es la solución...sacando casos puntuales y particulares como las chicas de la calle o que sufren violencia doméstica” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

“Si yo tengo que elegir un método le digo ponete el DIU que es no hormonal que se controla una vez al año con una ecografía y un Papanicolaou, por lo menos con el DIU la rescatas, con el implante por tres años no vuelven nunca más, perdés el contacto...el médico ginecólogo anterior no estaba a favor porque es como que perdés a la paciente” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

“Hay algunos profesionales que ponen muy pocos y tienen varias horas, en términos relativos la diferencia está más que nada en que uno de los principales motivos de consulta para ginecología es la anticoncepción, entonces a igualdad de colocación es menos” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

“Somos tres ginecólogas, yo sola pongo. Una está por jubilarse y no quiere aprender más nada, ni quiere tener problemas asique me deriva todas las pacientes que puedan tener algún tipo de interés por el implante, y la otra porque tiene muy pocas pacientes. Para decirte números yo he puesto 187 implantes y la otra ginecóloga puso 2 en el mismo período” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

_“Yo estoy desde 2015, pero me fije en planilla y se colocó 1 a fin de 2014; después hubo una colocación en el primer semestre de 2015; y ya en el segundo semestre como empecé yo aumentó en forma exponencial...otros profesionales se relajaron y no todos ponen implantes” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

_“Coloco más que nada yo, la otra ginecóloga no se da maña para colocarlos, ni hablar de sacarlo, un problema personal de ella” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

9.2.3. OBJECCIÓN AL RETIRO TEMPRANO DEL IMPLANTE

Por otra parte, **se puede observar renuencia por parte de algunos profesionales al momento de retirar el método con anticipación**, generando una pérdida de autonomía por parte de la usuaria, y una violación a la ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta situación se genera a pesar que desde el programa se pone especial énfasis en que no se puede ir por encima del derecho de las personas a decidir y a poder tolerar los efectos adversos de los métodos anticonceptivos. Acerca de esta problemática se presentan los siguientes testimonios:

_“Es toda una decisión sacarlo y hay que conseguir alguien que te lo saque que es un problema de ética médica severo pero que está sucediendo, porque no lo quieren sacar aludiendo cuidar los recursos del estado pero yo veo más una cuestión de castigo, no juegues conmigo, con mi tiempo. Por otro lado sacar un implante no es tan fácil como ponerlo que es muy fácil, es más fácil que poner una inyección, sacarlo es un trabajito que a veces cuesta o no sale bien, hay gente que no está dispuesta a tomarse el tiempo, el riesgo” (Entrevista personal, referente del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

_“A las compañeras maduras les falta la sutileza de entender de aunque vos le hayas avisado se lo quiera sacar, les falta la sutileza de la subjetividad de que una cosa es que te digan que te puede pasar y otra es que te pase” (Entrevista personal, referente del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2019).

_“También pasan cosas como una chica que se lo quería sacar porque había engordado mucho y la ginecóloga que se lo había colocado le dijo que recién a los tres años le llegaba el

kit de extracción” (Entrevista personal, referente del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

_“Hay cierto paternalismo por parte del profesional, una cosa de control social que se ve bastante,... hay sobre todo en las profesiones más tradicionales como gineco de que si te lo pusiste no te lo voy a sacar a los 6 meses o al año. Y la verdad que ahí hay un trabajo para hacer con los profesionales, es cierto que están todos los mitos que pueden hacer que los profesionales se amparen en eso: que el método es caro, que hay pocos... pero esas no son razones para decidir sobre la autonomía del cuerpo de otra persona” (Entrevista personal, médico generalista, CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

_“Si vos tenés que pagar el método no te lo sacas a los 6 meses. Una paciente por ejemplo se retiró un DIU a los 2 meses porque se quería quedar embarazada, si vos lo pagás no lo haces. También hay que dar esta información, porque si no sacas un insumo que gracias a dios lo tenemos gratuito, pero suponte que estos un día digan no se da más porque malgastamos los recursos” (Entrevista personal, médica ginecóloga, CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

9.2.4 DESAPROVECHAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD DE COLOCACIÓN

Además, gracias a la incorporación de la historia clínica computarizada en la Ciudad de Buenos Aires, **algunos profesionales refieren que hay colegas que desaprovechan oportunidades para colocar los implantes**, lo que atenta contra la reducción del embarazo adolescente según la evidencia de Harper et al. (2015).

_“Lo que me preocupa es la pérdida de oportunidad, que es algo que no está bueno. Cuando viene una persona a consultar ahora con la historia clínica electrónica ves las consultas anteriores y a veces ves que hay como una demora en la dación del método muchas veces innecesaria. Con una paciente post aborto inmediato si quiere el método se lo ponés el primer día que viene después de la consulta, no a las tres consultas posteriores, porque después te pasa que tenés un porcentaje de mujeres posibles que no vuelven. Esto se ve bastante, la pérdida de oportunidad en esa y en otras situaciones. Hay que personalizarlo bastante, no es lo mismo una mujer que viene siempre al CeSAC y que vos puedas esperar que venga la otra semana porque ya viene con un método y se viene cuidando bien, que una piba que viene y no se está cuidando con nada, que viene decidida a ponérselo, que conoce la información y que

vos tenés el insumo ahí y tenés tiempo para hacerlo, hacelo! No hay que esperar a otra consulta programada, se tarda 5 minutos en ponerlo, lo que más lleva tiempo es la consejería” (Entrevista personal, médico generalista, CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

“Lo ideal sería que las consejerías se hagan con los profesionales y ya se le dé el método, tenés que ganar ese espacio” (Entrevista personal, médica ginecóloga, CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

9.2.5 DESCONOCIMIENTO DEL MÉTODO POR PARTE DE LA COMUNIDAD MÉDICA NO VINCULADA A LA SALUD SEXUAL

De la misma manera, el **desconocimiento de los implantes subdérmicos por parte de médicos no vinculados a la salud sexual y reproductiva, constituye un obstáculo a la difusión del método anticonceptivo**. Un referente del programa describe la situación:

“Pasaba que las mujeres iban con el implante puesto a otro médico, por ejemplo el cardiólogo y le decían que te pusieron Sacate eso, vos no podés usar nada hormonal. Entonces había que lidiar con que venía la mujer que estaba en tratamiento por insuficiencia cardíaca y decía que el cardiólogo decía que se lo saque y por mas que le expliques porque esa señora estaba en tratamiento de una patología de alto riesgo, y el médico que le salvaba la vida todos los era el otro. Entonces también hubo que lograr que se difunda el conocimiento acerca del implante en el resto de los médicos que componen el equipo” (Entrevista personal, referente Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

9.2.6 MÉDICOS GENERALISTAS

Los médicos generalistas constituyeron un recurso humano ideal para la incorporación de los implantes subdérmicos, ya que al brindar atención integral a la paciente conocen el entorno familiar y sociocultural. Además son médicos formados en una lógica de acceso a los servicios de salud de garantía de derechos sexuales y reproductivos, que facilitan el acceso a las mujeres a los implantes subdérmicos por encima de las barreras que habitualmente existen. Los siguientes testimonios ejemplifican la situación:

“En todos los lugares donde los generalistas están pudiendo realizar estas prácticas (colocación de implantes) el aumento es infernal” (Entrevista personal, referente del Programa Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2019).

“Hubo un gran cambio a partir de los residentes de medicina familiar porque tienen una visión más unificada respecto del chip. Con las ginecólogas es más difícil porque cada una tiene su visión particular” (Entrevista telefónica, director CeSAC zona norte de la CABA, 2018).

“No les coloco el implante si ellas lo piden directamente, le digo primero lo que le produce, que lo piensen, pero medicina familiar no, como que capturan más y se los colocan, pero yo como ginecóloga trato de que sea fisiológico el ciclo” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

“Los médicos generalistas vienen a meter como otro estilo de trabajo, donde lo comunitario está más incluido en su formación entonces es una propuesta más activa” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

“Ahora estamos los tres generalistas de planta, más la residencia de medicina general; esto modificó bastante la accesibilidad para bien porque el perfil del generalista es más accesible...no es que todos los generalistas miramos igual, pero hay como una tendencia a fortalecer esto de la decisión de la persona y no esto tan clásico por ejemplo hasta hace muy poco una persona consulta por métodos anticonceptivos y la ginecóloga le indica el método, no ofrece...”(Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

En resumen, **a pesar de encontrar equipos muy comprometidos con el nuevo método, no se observa homogeneidad en términos de la aceptación del implante por parte de los profesionales de la salud.** Existen actitudes muy diversas respecto de la incorporación del método, y se advierten variaciones en la práctica médica incluso al interior de un mismo centro de salud. Este tipo de conductas constituyen barreras de acceso al método; algunas de las cuales fueron identificadas en el estudio de Mazza (2017): falta de familiaridad y percepciones erróneas acerca del uso de los métodos LARC por parte de los profesionales, falta de médicos generalistas capacitados en la colocación y remoción de los métodos LARC.

9.3-CAPACITACIONES

A diferencia de lo que sucede con otros métodos anticonceptivos, la colocación y la remoción de los implantes subdérmicos requiere de una capacitación a los profesionales médicos. Además, es conveniente informar de los beneficios que proporcionan a las usuarias, para así motivarlos a dedicar el esfuerzo extra que implica proporcionar este método anticonceptivo.

Sin embargo, en la CABA, **las capacitaciones a los profesionales no son de carácter obligatorio:**

—“Según la lógica de cada provincia son más obligatorios, si te convocan tenés que ir. Los Congresos de Medicina General se hacen todos los años en distintas provincias y todos los años sigue viniendo gente. Lo mismo pasa con el programa de ciudad que cuando empezamos a trabajar nosotros en el equipo hicimos una primer capacitación muy grande donde vino mucha gente, hicimos una segunda y una tercera y este año hicimos otra porque entra gente nueva y en dos días se nos cubrieron todas las vacantes que eran 60 y pico, quedaron más de 60 personas afuera y eso que está dirigida a gente que nunca hizo capacitación, me sorprende que todavía queda gente sin capacitar. Después está la capacitación en servicio, estamos yendo a lugares donde lo necesitan, hospitales centros de salud y vamos y hacemos la capacitación local para que se difunda más” (Entrevista personal, referente Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

*—“Después hay **capacitaciones** que ellos nos envían la información para que nos podamos inscribir y realizar, **optativas por supuesto**; y así surgió lo de los implantes, por una capacitación que nos ofrecieron. Hubo una capacitación sobre colocación y extracción, nos anotamos y **lo hicimos los que estábamos interesados** y bueno, quedamos como referentes” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).*

—“La médica generalista entró después que yo y la tuve que capacitar porque ella no tenía capacitación, fue una capacitación interna” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

—“Me sorprende que todavía queda gente sin capacitar” (Entrevista personal, referente Programa de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

Además, algunos profesionales que se capacitaron refirieron que la **capacitación práctica no era suficiente** y mencionaron la falta de entrenamiento como un problema:

—“Dentro de las dificultades de otros profesionales te quería comentar que la médica generalista ingresó después que yo y la tuve que capacitar porque ella no tenía la capacitación, fue una capacitación interna” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

—“Somos 6 personas las que estamos capacitadas para colocar el implante, pero eso no quiere decir que las 6 están entrenadas” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

—“Ese pedazo de plástico (brazo que se utiliza en la capacitación) no tiene nada que ver con la paciente” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

—“Cuando llegó el método me dieron la capacitación pero con el brazo de plástico, no me sirvió de nada, yo aprendí leyendo el prospecto del implante que es bárbaro” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

—“De repente aparecía gente que daban puntos y abrían el brazo con bisturí, pedían hilo de sutura por ejemplo. Como que surgían estas cosas, les costaba a los médicos generalistas que no tenían tanta cancha con bisturí” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

—“Yo soy médico generalista, me capacité en cursos que daba la asociación de medicina general y con simuladores y después para colocarlos yo vi hacer, pero hay un compañero generalista que le pedí que me tutorice y me tutorizó; esto significa que cuando habían pacientes me llamaba y lo ayudaba, fue muy interesante porque a mí me daba mucha inseguridad colocar y que él esté, a mí me daba tranquilidad, después de colocar 4 o 5 me largué ” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

Por otra parte, a pesar de que históricamente todo lo que tiene que ver con salud sexual y reproductiva está vinculado a la ginecología, como se mencionó anteriormente, **el Programa Coordinación Salud**

Sexual, Sida e ITS se enfocó en capacitar a los médicos generalistas en la colocación de los implantes, ya que son médicos formados en una lógica de acceso a los servicios de salud de garantía de derechos sexuales y reproductivos, que facilitan el acceso a las mujeres a los implantes subdérmicos por encima de las barreras que habitualmente existen. La capacitación por parte del programa de médicos generalistas para colocar y remover implantes es coincidente con la estrategia para difundir el uso de los métodos LARC propuesta por Mazza et al. (2017).

A modo de cierre se puede decir de que a pesar de que el programa ha realizado un gran trabajo en la formación y capacitación de los equipos de salud, el hecho de que no sean de carácter obligatorio, y de que muchas veces resultan insuficientes, constituye una barrera a la difusión de los implantes subdérmicos evidenciada en los trabajos de Ricketts, Klingler & Schwalberg (2014) y de Harper et al. (2015).

9.4 - INSUMOS

Los equipos de salud de la **Ciudad de Buenos Aires pasaron de distribuir 300 implantes en 2015 a 7000 en 2017 y más de 11000 en 2018** (Entrevista personal, referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, 2018). Esto fue posible gracias a la voluntad política en la CABA de comprar más insumos y así suplir los faltantes en las entregas por parte del programa nacional. Así lo expresan dos referentes del programa de la ciudad:

“El programa nacional está con graves dificultades en relación al tema de los insumos y ha distribuido poco y nada, de hecho en términos de presupuesto hasta hace dos años la ciudad gastaba más o menos lo mismo que recibía de nación, la mitad aportaba nación y mitad aportaba ciudad, este año 2018 la ciudad va a haber puesto 5 a 6 veces más que lo que aportó nación, en un programa donde la responsabilidad principal es de nación” (Entrevista personal, referente del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2018).

“Hemos podido por un lado incrementar el dinero que ciudad le asigna a este programa y eso sirvió por un lado para compensar lo que dejó de mandar nación e incluso para aumentar los recursos, ósea no sólo que ciudad puso lo que no puso nación sino que puso más, y parte de ese cambio se expresa en la decisión de comprar muchos más implantes....Fue una sinergia en la decisión política del sistema de fortalecer el primer nivel, de incluir médicos generalistas y nosotros en insistir en la importancia de comprar más insumos para poder aumentar el acceso porque si vos tenés más médicos pero no tenés más insumos no te cierra, entonces este fue un

poco el esfuerzo para revalorizar la entrada de más médicos y la construcción de más centros tenías que acompañarlo con insumos” (Entrevista personal, referente Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS CABA, 2019).

Por su parte, los testimonios de los equipos de salud de los CeSAC reflejan la situación descrita:

—“Fines de 2015 y principio de 2016 no teníamos tanta cantidad (de implantes), pero después se ve que se fue procesando y actualmente tenemos sin ningún tipo de inconveniente; ponemos casi todos los días implantes” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

—“Los implantes están disponibles desde fines de 2015 pero no en la cantidad que hay ahora, habían criterios un poco más rígidos, pero en los últimos dos años hay una disponibilidad amplia” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

—“Tenemos todos los insumos, si nos falta algo llamamos al programa y nos mandan, siempre tenemos, a veces nos quedamos medio cortos, pero hay insumos” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

—“Con los implantes casi nunca hubo falta de suministro, por ahí con otros métodos sí, inyectables en un momento; quizás si entregamos pastillas para un año nos quedamos sin, pero se reponen enseguida; pero con los implantes nunca hubo falta” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

—“Hoy pedís 100 y te los mandan porque saben que los usas” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

Sólo hubo una disminución en la distribución de los implantes a mediados de 2018 porque el programa nacional no entregó lo acordado y el programa de la ciudad se atrasó con las compras (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2019).

—“De 30 que me traían el último mes bajó a 5 que con la demanda que tenía fue tremendo (mayo 2018), hubo una disminución en la entrega pero van a seguir mandando” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

“El último pedido que hicimos de abril/mayo pedimos 30 y hoy me llegaron 10, esto hasta que regularice nación la entrega, ya hace bastante que no entrega” (Entrevista personal, jefe de enfermería CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

En suma, todos los profesionales entrevistados coinciden con que **los implantes entregados son suficientes y con que no existe una demanda insatisfecha** de implantes subdérmicos. Sin embargo, una referente del programa nos aclaró que no **existe** una demanda insatisfecha, sino **una demanda oculta**, en el sentido de que cuantos más implantes a disposición hay, más se colocan. En el mismo sentido un referente de UNFPA en una charla vía Skype relató que observó en varios países como, si hay un centro que coloca implantes y lo hace bien, y no hay barreras de acceso, la demanda puede tender al infinito. Es decir que si hoy se colocaron bien 10 implantes la próxima semana hay 30 chicas pidiéndolo y así sucesivamente. Ósea que cuando la oferta está garantizada, la demanda aumenta en forma sostenida. El siguiente relato ejemplifica lo dicho:

“Al principio citamos a las pacientes a la semana para controlar quizás por inseguridad nuestra y era invariable, a la semana siguiente venían con la hermana y con la vecina” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

Por el contrario, **no existe un acuerdo respecto a la trazabilidad de los implantes distribuidos**. El hecho de que se repongan sin necesidad de tener el registro de los colocados previamente constituye un bajo incentivo a reportar. Esta situación se pone de manifiesto tanto en el trabajo de Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (2018) acerca de la distribución de implantes en CABA en 2017 donde se aclara que existe un subregistro de los implantes colocados, y que solo se cuenta con el registro del 53% de los implantes colocados. Además los siguientes testimonios reflejan la situación:

“Yo creo que muchos implantes no deben estar registrados, debe haber un subregistro. Puede ser que no todos los profesionales hayan anotado todos los implantes que han colocado” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

“De los implantes retirados no creo que tengamos registro, porque figura pero no todos los profesionales lo anotan en la práctica” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

Una hipótesis que explica esta circunstancia es que ante la falta de tiempo y/o exceso de trabajo referido en el punto 9.1, ciertos profesionales priorizan lo que consideran más importante: la colocación y no el registro.

Por otra parte recogimos los siguientes testimonios:

“Nosotros llevamos un registro de cada implante que ponemos, no sé cuanto controlan que eso es lo que se mandó” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

“Hay trazabilidad de los implantes colocados como casi con pocas cosas” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

Pero esta última mirada no coincide con otra que refiere que se pueden identificar faltantes de implantes, y de que la situación ha sido comunicada a la dirección del programa y constituye un tema de observación.

9.5-DIFUSIÓN E INFORMACIÓN

En primer lugar, cabe destacar que algunos profesionales aluden al hecho de que gran parte de la población desconoce que el estado reparte métodos anticonceptivos de manera gratuita. Esta referencia es coincidente con la nota del diario Clarín, 2018.

*“Falta de educación, los métodos están, no los vienen a buscar. **No hay información falta que se enteren que los métodos están y que son gratuitos**”* (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

*“**Falta información de que están los métodos anticonceptivos y de que son gratis**”* (Entrevista personal, trabajadora social CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

En lo que respecta a **los implantes subdérmicos, no hay acuerdo entre los profesionales acerca del nivel de conocimiento entre las usuarias de métodos anticonceptivos**. En lo que si hay acuerdo es en que **el nivel de conocimiento del método es mayor entre las adolescentes** que entre el resto de las mujeres, en línea con los resultados del proyecto Choice de Secura et al. (2010); y en que **el principal**

medio de difusión es el “boca en boca”. Hay folletos explicativos de los métodos anticonceptivos pero no están visibles en todos los CeSAC y sólo en uno encontramos un cartel explicativo específico de los implantes, en contraposición a las recomendaciones de UNFPA 2016. Los testimonios son los siguientes:

*—“En general no hay conocimiento del implante, no. Mi población, en la que yo trabajo, sé que sí porque trabajo mucho y porque he puesto muchísimos implantes. Hice yo un cartel, no me lo mandaron, lo puse al lado del pedido de turnos, y acá se conocen todos y si no lo tiene la hermana, lo tiene la prima, **boca en boca**... Yo le hago ver hasta el administrativo la colocación porque cuando uno lo ve lo puede difundir”* (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018). (Ver Anexo 2).

—“La mayoría lo conoce a través de alguna amiga o familiar pero sin saber demasiado, preguntan qué es eso del chip: ¿cómo es eso? Pero necesitan más información. Lo único que saben es que se coloca en el brazo pero no saben que es algo hormonal, cuánto tiempo dura, los efectos secundarios, creo que necesitan más información” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

*—“Las mujeres vienen y te lo piden, saben que es lo que quieren, **ninguna se desayuna acá con qué existe el implante. Hay un boca en boca**”* (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

—“Tienen todas (adolescentes) conocimiento (del método) porque vienen todas derecho a pedirlo se lo van diciendo entre ellas de boca en boca, se dicen en tal lugar lo están colocando y vienen” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

—“Las adolescentes lo conocen, la gente más grande no” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

—“En la población adolescente se da mucho más esto del boca en boca, o venir de a dos” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

—“En general las chicas ya vienen queriéndolo y a veces cuando les empezamos a comentar los efectos adversos que pueden ocurrir, ahí medio que lo piensan, pero la mayoría ya vienen

con la idea fija de querer el chip” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro,2019)

_“Hay casos en que vienen las adolescentes a pedir un implante sin que medie una consejería, especialmente después de hacer algún taller” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

_“De hecho me vienen a pedir el implante, a veces si hago la consejería que sería explicarles lo que es el método, pero vienen directamente: quiero el chip que le pusiste a mi prima, te traje a mi hija para que le pongas lo que me pusiste acá; vienen, lo solicitan” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

Desde un principio, **el método fue asociado erróneamente a la palabra “chip”**. En particular las adolescentes lo tienen incorporado con este nombre. El término “chip” muchas veces tiene una connotación negativa ya que por ejemplo existe el mito de que el “chip” registra con quien y cuando se tienen relaciones sexuales. En Uruguay esto generó un grave problema ya que las jóvenes se lo retiraban porque no querían que sus padres accedan a esa información (Charla vía Skype referente UNFPA, 2019).

*_“**Me parece que está muy metido en la gente, o sea no con el nombre de implante sino con el nombre de CHIP**” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona centro de la CABA, 2019).*

_“Me han preguntado si era radiactivo...hasta me han preguntado si tenía coordenadas de GPS, si el marido la podía encontrar con el chip” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

*_ “**La gente popularmente le dice chip**...Me pasó hace poco de una chica que se lo habían puesto en un hospital y se lo vino a sacar al centro a las dos semanas porque ella era evangelista, y en la iglesia le habían dicho que ese era un método anticonceptivo del diablo. Ahí hay que tomarse un rato para explicarle en qué consiste el método, que es lo mismo que las pastillas y las inyecciones lo único distinto es que la hormona entra de manera distinta al cuerpo, por la piel y que es un método que dura más, que no es un chip como un celular o que es una cosa electrónica, o que hay otro efecto que el imaginario queda. Si eso no lo trabajas*

puede quedar ahí y ser negativo” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

Por su parte, la **consejería**, como se puede observar en los siguientes comentarios, **resulta fundamental como fuente de información y como herramienta para disminuir la tasa de retiro temprano del implante.**

—“En el primer año, (la tasa de abandono del implante) fue de un 6%, obvio que tuvo que ver con el énfasis que le pusimos a la consejería; y ahora que el método se está difundiendo más a veces se queda relegado, la consejería es un tiempo largo. Si alguien viene directamente a pedirlo a veces se coloca sin consejería previa o con una muy breve y esas son las mujeres que quizás vuelven para sacárselo. Y otra cosa que note es que después de yo hacer una consejería súper rigurosa volvían y preguntaban si tal cosa era normal, lo que pasa es que una cosa es que yo te lo diga que puede pasar y otra cosa es que te pase y cuando te pasa no te va; decir no garantiza que el otro haya podido escuchar” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

*—“El principal desafío es remarcarle a los profesionales que lo proveen la **importancia de hacer una buena consejería** y una buena entrevista previa al método para morigerar **y evitar un poco algunos motivos de extracción temprana** que son básicamente la modificación en el sangrado menstrual... porque se ve que en algunos lugares no hacen bien la consejería y la persona que no tiene buena información a los dos meses si está con falta de sangrado va a venir a preguntar y eso ya lo tendría que saber de antemano” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).*

Esto concuerda con los hallazgos de Skinner, Ávila, Ciloglu, Ortiz Echevarría y Oladeinde (2013); Modesto, Bahamondes y Bahamondes (2014), Sapkota, Rajbhandary y Lohani (2016) y Oizerovich et al. (2018), acerca de la relevancia de la consejería en la continuación del uso del método.

Por su parte, **la tasa de retiro temprano de los implante en los CeSAC estudiados oscila entre el 3% y 10%, por debajo de la media del país del 13%.** Las principales causas son la alteración en el patrón de sangrado, el aumento de peso, cefalea, acné, taquicardia y por último el deseo de gestar. Datos coincidentes con los que presenta Oizerovich et al. (2018).

Sintetizando, a pesar de que falta de difusión del método, las adolescentes lo conocen por medio del “boca en boca” bajo la denominación de “chip”. Las consejerías resultan entonces indispensables para erradicar la connotación negativa que el término pueda ocasionar, constituyendo una barrera al acceso de los implantes subdérmicos por parte de los adolescentes.

9.6-VÍNCULO CON LAS USUARIAS ADOLESCENTES

En lo que refiere a la salud sexual de los adolescentes, **Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS elaboró un programa de salud escolar para capacitar a los equipos de salud que trabajan en las escuelas en las cuestiones específicas del campo de la salud sexual y reproductiva.** Esto se gestó porque desde el programa se considera que es muy desigual la educación sexual en las escuelas. Al respecto, un referente del programa refiere lo siguiente:

“Tenemos diagnósticos diferentes en relación a la educación sexual. Nosotros tenemos un diagnóstico acerca de lo que escuchamos, vemos de lo que sucede en las escuelas y la gente de educación tiene otro, ellos creen que están haciendo bien las cosas, que está todo bien y nosotros creemos que no.”

El trabajo en las escuelas es muy interesante ya que **la adolescente es una población que casi no demanda servicios de salud en los CeSAC** y de esta manera se puede gestar un primer contacto con los jóvenes. A continuación se relatan distintas actividades de los CeSAC dirigidas a las escuelas:

_“Con adolescencia se trabaja con la Escuela Media X. Cada 15 días armamos un stand donde los chicos pueden concurrir a hacer consultas, también llevamos folletería. La idea es que tomen confianza y se acerquen al centro” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

_“Nosotras particularmente trabajamos con ellos en talleres que damos en las escuelas, donde también participa la ginecóloga y la obstétrica” (Entrevista personal, trabajadora social CeSAC zona centro de la CABA, 2018).

“El año pasado empezamos con un taller de salud sexual acá los días miércoles por la tarde y al principio se re engancharon un montón de chicas que justo habíamos dado un taller en la escuela que queda acá en la otra cuadro; y se empezaron a pasar el dato y vinieron como una seguidilla de un mes, dos meses que venían varias personas, algunas chicas venían con el novio. Se terminó esa seguidilla y no pudimos arrancar mas para que vengan, no sabemos cómo remontarlo porque lo hemos promocionado vía whatsapp, por referentes de las redes de la comuna, por todos lados y no vienen” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

“Pero ahora con esto de salud escolar, que no nos gusta, (aclara que es por falta de personal) aprovechamos para meternos más en las escuelas...Pero no hacemos mucho por fuera porque tenemos mucha demanda, no hay que ir a buscar más gente” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

Los adolescentes asisten a los CeSAC los primeros días de clase para realizar los aptos médicos para las escuelas. En muchos centros **se aprovecha esa visita para pesquisar sobre la salud sexual y brindar información sobre métodos anticonceptivos.** Esta situación se replica cuando una madre adolescente concurre al centro para realizar los controles pediátricos de su hijo.

“Se aprovecha esa instancia para ver otras cosas. Lo que hicimos fueron dar turnos especiales a principio de año para adolescentes en los cuales se les daba un taller de salud sexual y reproductiva como inicio, luego el enfermero tomaba la presión....y después pasaban al consultorio con el médico generalista que les emitía el apto...Esto permitió el acercamiento de esa población a los controles; es muy difícil que el adolescente acceda por sí solo al centro sobre todo el varón...a veces se hacen acciones que tienen que ver específicamente con este grupo etario...se presentaron situaciones de varios padres que no querían que sus hijos asistan a la charla” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

“Hoy vi adolescentes para un control de salud para la escuela y se van con folletería para anticoncepción, o sea el modelo de expectativa la chica espera que le hagas el electro y le des el certificado, pero le empezamos a preguntar por estos temas y lo trabajamos” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona centro de la CABA, 2019).

Por otro lado **no hay equipos de atención adolescente en todos los CeSAC**, los servicios médicos son dispares. Aluden a esta situación los siguientes testimonios:

“En general los servicios de adolescencia atienden poca gente, es un lugar que no tiene mucha oferta, hay desarrollos heterogéneos de los servicios en CABA, o sea hay hospitales que tienen adolescencia, otros ginecología infantojuvenil, y otros no tienen nada” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2019).

“No hay una oferta diferenciada como un especialista en adolescentes, un consultorio de adolescencia. Aquí es indiferenciado, puede ser atendido por pediatras o por los médicos de familia esto es general” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

“No hay un servicio de adolescencia integral puro, pero si se atienden adolescentes con pediatras, generalistas, ginecólogas y psicólogas” (Entrevista personal, directora CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

En lo que respecta a los **implantes subdérmicos, el programa de salud sexual de la ciudad inicialmente no los utilizó para la población adolescente** ya que el ANMAT los había autorizado para mayores de 18 años. Después, con la prueba piloto del PNSSyPR en 2013, dirigida especialmente a adolescentes hubo que comenzar a desarmar ideas instaladas en la Sociedad de Pediatría que desaconsejaba el uso del implante en adolescentes en contraposición a las recomendaciones de la Academia de Pediatría y Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y a las de Kaneshiro & Salcedo (2015), que distinguen que el implante tiene especial indicación para adolescentes. Acerca de esta situación una referente del programa de la ciudad cuenta:

“Nosotros entendíamos que en primer lugar no había evidencia que demuestre que eso era una indicación válida (la no indicación del uso del implante en adolescentes) y en segundo lugar empezamos a tener chicas de 15, 16 años que ya habían tenido un embarazo y ¿cómo le vas a negar el acceso al implante porque el ANMAT no lo recomienda? Ya ahí empezamos a cambiar...”

Además agrega, en conformidad con el estudio de Benthuisen, van Beek, Massai, Mäkäräinen, Hout & Bennink (2000), en referencia a que el implante no tiene efectos negativos en la densidad ósea de las adolescentes, lo siguiente:

“Me acuerdo que había una endocrinóloga de adolescentes del Italiano planteando esto y yo decía la verdad que de la población que atiende el Italiano es muy probable que muchas de las chicas no se embaracen en la adolescencia, pero plantear esto mismo en poblaciones que tienen una tasa de embarazo adolescente tan alto es un contrasentido, porque no hay peor efecto en relación al crecimiento y al pico de masa ósea que el propio embarazo, esto fue un desafío también” (Entrevista personal, referente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS CABA, 2018).

A pesar de que **no hay un modelo de consejería especial para adolescentes**, con los jóvenes siempre se recalca la importancia del doble cuidado, o sea el uso del preservativo, ya que el implante previene el embarazo pero no las enfermedades de transmisión sexual. Pero **existen razones por las cuales las adolescentes no eligen el implante como método anticonceptivo después de la consejería**; algunas adolescentes, que inicialmente solicitaban el implante, cambian de parecer ante la posibilidad de engordar. Al respecto algunos profesionales médicos cuentan:

“Las adolescentes vienen a pedirlo, pero si le decís que puede engordar entonces no lo quiere” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2018).

“Pero tenés chicas que les decís que pueden engordar dos kilos y te dicen que no se lo coloques por la cultura imperante. Pero por lo general a los adolescentes les interesa el implante” (Entrevista personal, médica ginecóloga CeSAC zona sur de la CABA, 2019).

Otras, frente a la circunstancia de que es un método “médico dependiente” para colocarlo y retirarlo, prefieren los anticonceptivos orales ya que les resulta más cómodo poder decidir ellas mismas cuando dejar de utilizar el método. Hay jóvenes a las que no les gusta colocarse un cuerpo extraño en el cuerpo, y últimamente surgieron casos de chicas que no quieren utilizar métodos anticonceptivos hormonales.

En otro orden de cosas, **un profesional refirió cierto grado de paternalismo por parte de los adultos**, en clara contradicción con el Programa de Salud Integral en la Adolescencia (2007) y con la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), que establecen el derecho de los adolescentes a decidir sobre su salud sexual en forma autónoma en un marco de respeto y privacidad:

*“También se dan situaciones de paternalismo en padres, sobre todo **madres que vienen a que la hija se lo ponga. Pasa también, que nosotros tenemos articulación con un hogar de chicos y adolescentes que están en situación judicializada**, y también las personas del hogar*

preocupados quieren que les pongan el implante, pero en estos casos no es que vienen los adolescentes. Nosotros les explicamos que si vienen los adolescentes no hay problema, hacemos la consejería y si lo quieren se lo ponemos pero no es que se lo vamos a poner porque vos nos decís. Lo mismo pasa con las madres que dicen que le quieren poner el implante a la hija, tenemos una consulta con la hija y ahí vemos. Es una preocupación genuina, no digo que esté mal la preocupación de que no quieras que tu hija de 14 años quede embarazada de un embarazo no deseado, pero a veces la manera fracasa bastante si es tan paternalista porque la piba no lo va a querer” (Entrevista personal, médico generalista CeSAC zona norte de la CABA, 2019).

En definitiva, a pesar de que no hay equipos de atención adolescente en todos los CeSAC y de que se trata de un grupo etario que no requiere de manera espontánea los servicios que brindan; los equipos médicos tratan de “captar” a esta población ya sea acercándose a las escuelas o aprovechando cada instancia de contacto con el centro para generar un vínculo y pesquisar en materia de salud sexual y reproductiva.

10- CONCLUSIÓN

Este documento sugiere que a medida que la mayor cantidad de adolescentes estén protegidas con métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada los embarazos no intencionales se reducirán; cualquier intervención en este sentido mejorará los indicadores de salud sexual y reproductiva de las jóvenes. En línea con esta idea el sistema público de salud incorporó los implantes subdérmicos a la canasta de métodos anticonceptivos de distribución gratuita del PNSSyPR.

Para la implementación de esta intervención, el PNSSyPR que constituye una política pública nacional, elaboró los lineamientos adecuados para cada jurisdicción en función a sus necesidades locales. Asimismo brindó asistencia técnica a cada provincia para que los programas locales funcionen como su “espejo” y capacitó a los equipos de salud de todo el país. Además, el programa nacional envía los métodos anticonceptivos a los depósitos provinciales para que se distribuyan a los efectores que cada provincia seleccione sobre la base de la necesidad informada de cada jurisdicción.

Sin embargo, en la actualidad la vinculación del Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad de Buenos Aires con el programa nacional se limita a la recepción de insumos, que además es cada vez más escasa. Consecuentemente, el programa de la ciudad adquiere un rol cada vez más destacado en lo referente a la salud sexual no solo ante el retiro en la dotación de insumos, sino también ante la falta de trabajo en conjunto y seguimiento sistemático por parte del programa nacional. El programa de la ciudad es asimismo autosuficiente en cuanto al trabajo de capacitación de los equipos de salud. Por ejemplo, en lo que se refiere a los implantes subdérmicos, fueron médicos capacitados en una experiencia piloto previa de la ciudad los que colaboraron con el programa nacional con las capacitaciones a los equipos de salud en las distintas jurisdicciones del país. Este escenario no implica la autonomía de la ciudad respecto de la nación, sino que implica que la ciudad cuenta con recursos propios y que tomó la decisión política de no dejar caer el programa de salud sexual. Además cabe resaltar que el programa de salud sexual de la ciudad cuenta con un equipo de trabajo muy profesional, con amplia experiencia y compromiso, capaz de motivar y comprometer a los profesionales de la salud de los CeSAC.

También, en línea con el programa nacional, el Programa de Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad de Buenos Aires distribuye los insumos a los efectores de acuerdo a la demanda para favorecer la accesibilidad de la población; cada dos meses todos los CeSAC y hospitales de la ciudad hacen sus pedidos de insumos al programa. Con respecto al insumo implantes subdérmicos existe un correcto abastecimiento, de esta manera el programa de la ciudad eliminó una de las principales barreras al acceso por parte de los adolescentes a los implantes subdérmicos: el costo del insumo. Sin embargo, no existe trazabilidad del insumo y una de las causas pueden ser las condiciones de trabajo excesivo de los profesionales médicos en los CeSAC, situación que se vio agravada recientemente por la incorporación del protocolo del ILE. Por otra parte la falta de trazabilidad es un fenómeno característico de nuestro sistema de salud con bajo nivel de control y sanción.

Además, desde Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS se relevan a los efectores en el seguimiento de la aplicación del programa, y se capacitan a los equipos de salud. Sin embargo las capacitaciones no son de carácter obligatorio lo que genera que no todos los profesionales médicos vinculados a la salud sexual y reproductiva estén capacitados y entrenados para la colocación y remoción de los implantes subdérmicos. Todos los médicos deberían estar capacitados y entrenados en la técnica sino el acceso al insumo se encuentra mediado por un profesional constituyendo una barrera de acceso al método por parte de las adolescentes. Asimismo la capacitación debe estar acompañada de información respecto del implante subdérmico y sus beneficios para erradicar las diferencias en la actitud de los profesionales ante el método y los mitos entre las usuarias.

A continuación se presentan propuestas de intervención para eliminar barreras de acceso a los implantes subdérmicos por parte de los adolescentes en los CeSAC:

- Capacitar y entrenar a los todos profesionales vinculados a la salud sexual en los CeSAC para garantizar la correcta colocación y retiro de los implantes por parte de todos los médicos y brindar una atención equitativa a las usuarias de métodos anticonceptivos.
- Implementar campañas de difusión de los métodos reversibles de acción prolongada entre las adolescentes más allá del “boca en boca” para aumentar la demanda por parte de este grupo etario y así extender su uso entre las jóvenes.
- Generar espacios de atención específicos para los adolescentes en los CeSAC para acercar a esta población a los centros de salud.
- Mejorar el sistema de registro y reporte para simplificar el trabajo de los profesionales de la salud y así garantizar la trazabilidad de los insumos.

Todas estas acciones tendientes a cumplir los objetivos del Programa Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS de promover el uso de métodos de larga duración y aumentar la proporción de población bajo programa en los CeSAC, van a mejorar el desempeño del sistema de salud reduciendo la tasa de embarazo adolescente no planificado.

BIBLIOGRAFÍA

Arriagada Luco, C. & Rodríguez Vignoli, J.(2003). Segregación residencial en áreas metropolitanas de América Latina: magnitud, características, evolución e implicaciones de política. *Serie Población y Desarrollo*. Santiago: Documento de trabajo CEPAL-CELADE, n° 47.

Beerthuisen,R.,van Beek, A., Massai, R., Mäkäräinen, L., Hout, J., Bennink, HC. (2000). *Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception.* - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10611199>

Berlan, E., Mizraji, K., & Bonny, A. (2016). *Twelve-month discontinuation of etonogestrel implant in an outpatient pediatric setting.* - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948183>

Binstock, G., & Gogna, M. (2014). *Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina.* In S. Cavenaghi, & W. Cabella (Eds.), *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa.* (Ed. rev., pp. 165–185). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/281378136_Binstock_G_y_M_Gogna_2014_Entornos_del_primer_y_segundo_embarazo_en_la_adolescencia_en_Argentina

Black, A. Y, Guilbert, E., Hassan, F., Chatziheofilou, I., Lowin, J., Jeddi, M., Phil, B. (2015, diciembre). The Cost of Unintended Pregnancies in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Lon... - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26637081>

Brizuela, V., Avalos, E., & Romero, M. (2014). *El embarazo en la adolescencia. Hoja Informativa OSSYR, 10.* Recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/hojas-informativas-10.html>

Centro de Estudios Legales y Sociales CELS, & International Planned Parenthood Federation. (2016). *Políticas Públicas de Salud Sexual y Reproductivas.* Recuperado de http://cels.org.ar/especiales/archivos/Salud_sexual_y_repro_CELS_web.pdf

Chevallier, A., & Viitanen, T. (2003). The long-run labor market consequences of teenage motherhood in Britain. *Journal of Population Economics*, 16, 323–343. Recuperado de <http://personal.rhul.ac.uk/urte/247/Papers/Chevalier-viitanen.pdf>

Cleland, J., & Ali, M. M. (2004). Reproductive Consequences of Contraceptive Failure in 19 Developing Countries. *Obstetrics & Gynecology*, 104(2), 314–320. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000134789.73663.fd>

Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, CABA. (2018). *Análisis de la distribución de implantes hormonales en CABA durante 2017*. CABA.

Coordinación Salud Sexual, Sida, e ITS. (s.f.). En Equipo. Publicación de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Recuperado de www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/boletin_en_equipo.pdf

Darney, P., Patel, A., Rosen, K., Shapiro, L. S., & Kaunitz, A. M. (2009). Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertility and Sterility*, 91(5), 1646–1653. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.02.140>

Dube, N. (s.f.). COLORADO'S FAMILY PLANNING INITIATIVE. Recuperado de <https://www.cga.ct.gov/2015/rpt/2015-R-0229.htm>

Engstrand, S., & Kopp Kallner, H. (2018). Cost of unintended pregnancy in Sweden - a possibility to lower costs by increasing LARC usage. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29409858>

Foster, D., Rostovtseva, D., Brindis, C., Biggs, A., Hulett, D., & Darney, P. (2009). Cost Savings from the Provision of Specific Methods of Contraception in a Publicly Funded Program. *American Journal of Public Health*, 99(3), 446-451. Recuperado de <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129353>

Gogna Mónica. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/39790405/Embarazo-y-ad-Monica-Gogna-2005>

Gogna, M., & Binstock, G. (2017). *Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas*. *Salud Colectiva*, 13(1), 63. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2017.990>

"Goza de tus derechos": mucho más que una frase. (2018, 13 diciembre).Clarín. Recuperado de https://www.clarin.com/brandstudio/goza-derechos-frase_0_8o4TXkW_7.html

Gyllenberg, F., Juselius, M., Gissler, M., & Heikinheimo, O. (2018, 7 marzo). Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge, Method Initiation, and Abortion Rates in Finland. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29470111>

Harper, C., Rocca, C., Thompson, K., Morfesis, J., Goodman, S., Darney, P., Westhoff, C. & Speidel, J. (2015, 16 junio). Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomized trial. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26091743>

Henry, N., Schlueter, M., Lowin, J., Lekander, I., Filonenko, A., Trussell, J., & Skjeldestad, F. (2014, 23 diciembre). Cost of unintended pregnancy in Norway: a role for long-acting reversible contraception. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25537792>

- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill Education. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- INDEC. (2015). Encuesta Nacional de Jóvenes (ENJ) 2014. Principales resultados. Buenos Aires. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/resultados_enj_2014.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, & Ministerio de Salud. (2014). *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013*. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf
- Institute of Medicine. (1995). *The Best Intentions Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families* (Ed. rev.). Recuperado de <https://doi.org/10.17226/4903>
- Kaneshiro, B., & Salcedo, J. (2015). *Contraception for Adolescents: Focusing on Long-Acting Reversible Contraceptives (LARC) to Improve Reproductive Health Outcomes*. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 4(1), 53–60. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s13669-015-0112-4>
- León, G. De. (2017). *Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social* (Documento de trabajo N° 158). Recuperado de www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/04/158-DT-PS-Jovenes-que-cuidan-Gimena-de-Leon-2017.pdf
- Lewis, L., Doherty, D., Hickey, M., & Skinner, S. (2010, 15 enero). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. Recuperado de [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(09\)00524-1/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(09)00524-1/pdf)
- Ley 25.673 *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Boletín Oficial de la República Argentina. CABA, Argentina. 22 de noviembre de 2002.
- Lupina, C. (2014). *Anuario de la Maternidad 2014: jóvenes en la Argentina, oportunidades y desafíos para su desarrollo*. (Ed. rev.). Buenos Aires, Argentina: Observatorio de la maternidad.
- Maceira, D. (1998). *"Mecanismos de Pago a Proveedores de Servicios de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizativo. Sugerencias para una Agenda de Investigación en los Países en Desarrollo."* Documento de Trabajo MAR2, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda MD, EEUU.
- Maceira, D. et al. (2017). *"Descentralización y Estructura de las Remuneraciones Médicas en Argentina. Un análisis Comparado en Cinco Jurisdicciones"*, (coautor) Revista Argentina de Salud Pública.
- Madden T. (2013). *Long-Acting Removable Contraceptives Prevent Teen Pregnancy*. *Journal of Adolescent Health* 52,255-256. Recuperado de [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00010-4/](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00010-4/)

Marcús, J. (2006). *Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad*. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/ras/v4n7/html/v4n7a05.ht>

Mazza, D., Bateson, D., Frearson, M., Goldstone, P., Kovacs, G., & Baber, R. (2017, 10 marzo). 206wileyonlinelibrary.com/journal/anzjog© 2017 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists DOI: 10.1111/ajo.12587 ORIGINAL ARTICLE Current barriers and potential strategies to increase the use of long-acting reversible contraception (LARC) to reduce the rate of unintended pregnancies in Australia: An expert roundtable discussion. Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/action/cookieAbsent>

Ministerio de Economía y Finanzas GCBA (2019) Distribución porcentual de la población que sólo tiene sistema público de salud por grupo de edad según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Años 2006-2008/2018 | Estadística y Censos. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=83854>

Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, & Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/argentina._documento_plan_nacional_de_prevencion_y_reduccion_embarazo_no_intencional_en_la_adolescencia._vf.pdf

Ministerio de Salud (2014). Métodos Anticonceptivos - Guía Práctica para los Profesionales de la Salud. Serie: Actualización Profesional. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/gráficos/0000000589cnt-Guía_práctica_métodos_anticonceptivos_2014.pdf

Ministerio de Salud CABA. (s.f.). Jurisdicción 40 Ministerio de Salud. Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/40_ministerio_de_salud.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2015). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Documento de trabajo No 1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, & Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. (2018, 13 noviembre). *Plan Nacional Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia* PNDEA. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/planenia>

Modesto, W., Bahamondes, M., & Bahamondes, L. (2014). *A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counseling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives*. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24812309>

Observatorio de la Juventud Dirección General de Políticas de Juventud Vice jefatura de Gobierno Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s.f.). *Embarazo y Maternidad en Adolescentes* (Año 3.Boletín N°2). Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/anio3boletin2.pdf>

Observatorio de la Juventud Dirección General Políticas de Juventud Vice jefatura de Gobierno Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s.f.). *Encuesta Joven 2016*. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/encuestajoven2016.pdf>

Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2014). *El Poder de 1800 Millones. Los Adolescentes, los Jóvenes y la Transformación del Futuro*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2016). *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*. Recuperado de https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version_0.pdf.

Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2018). *Revisión de literatura sobre evaluación económica del embarazo adolescente en países de América Latina*.

Oizerovich, S., Perrotta, G., Suarez, N., Karolinsk, A., Bertolino, V., Maceira, D. Espínola, N. & Gómez Ponce de León, R. (2018). *Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina*. Buenos Aires: Dirección de salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *El Embarazo en la Adolescencia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, M., Viner, R., Haller, D., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J. & Mathers, C. (2009). *Global patterns of mortality in young people : a systematic analysis of population health data*. The Lancet, 374 (9693):881-892.

Peipert, J., Madden, T., Allsworth, J., & Secura, G. (2012, diciembre). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23168752>

Peipert, J. F., Zhao, Q., Allsworth, J. E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D., & Secura, G. (2011). *Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception*. *Obstetrics & Gynecology*, 117(5), 1105–1113. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31821188ad>

Planned Parenthood. (s.f.). ¿Cuáles son las desventajas de un implante anticonceptivo? Recuperado de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/implante-anticonceptivo/cuales-son-las-desventajas-de-los-implantes-anticonceptivos>

Presidencia de la Nación. 2017-2019 *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2014). Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico en una Población Adolescente de 15 a 19 años con al menos un Evento Obstétrico en el Último Año. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2017, 10 octubre). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludintegralenadolescencia>

Ricketts, S., Klingler, G., & Schwalberg, R. (2014, 24 junio). Game change in Colorado: widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24961366>

Sapkota, S., Rajbhandary, R., & Lohani, S. (2016b). The Impact of Balanced Counseling on Contraceptive Method Choice and Determinants of Long Acting and Reversible Contraceptive Continuation in Nepal. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Impact-of-Balanced-Counseling-on-Contraceptive-Sapkota-Rajbhandary/547fd2355f4b3e931b341a8e6e9db39c8603d07e>http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

Secura, G., Allsworth, J., Madden, T., Mullersman, J., & Peipert, J. (2010, 1 agosto). The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910826/>

Skinner, J., Ávila, M., Ciloglu, A., Ortiz Echevarría, L., & Oladeinde, M. (2013, 1 octubre). Demand Generation for the 13 Life-saving Commodities: A Synthesis of the Evidence. Recuperado de <http://www.cominit.com/health/content/demand-generation-13-life-saving-commodities-synthesis-evidence>

Tobar, F. (2013). *La Trampa del ingreso medio: Una crisis de crecimiento en el aseguramiento de insumos de Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y El Caribe*. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Financiacion%20de%20los%20insumos%20de%20Salud%20Reproductiva%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20El%20Caribe-1.pdf>

Tobar, F. (2015). *Anomalías del Embarazo Adolescente en América Latina y el Caribe*. Recuperado 5 de mayo 2019, de UNFPA Sitio web: <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/anomal%C3%ADas-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>.

Tocce, K.M., Sheeder, J.L., and Teal, S.B. (2012) Rapid repeat pregnancy in adolescents: Do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206: 481, e1–7.

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. - PubMed - NCBI. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477680>

Trussell J., Henry N., Hassan F., Prezioso A., Law A. & Filonenko A. (2013) Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception* 87:154-61.

Doi:10.1016/j.contraception.2012.07.016 CrossRef PubMed Web of Science Google Scholar

UNICEF, & Ministerio de Desarrollo Social. (2013, julio). *Encuesta sobre Condiciones de Vida De Niñez y Adolescencia* (ECOVNA). Recuperado de https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/3.-Encuesta-Sobre-Condiciones-de-Vida_1.pdf

UNICEF. (2014). *The State of the World's Children 2014 in Numbers. Every Child Counts: Revealing disparities, advancing children's rights.*. Recuperado de <https://www.unicef.org/sowc2014/numbers/>

UNICEF. (2016). *Situación de la Salud de las y los Adolescentes en la Argentina*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>

Zamberlin, N., Rosner, M., Keller, V., & Zingman, F. (2016). *Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico en adolescentes*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/dis/wp-content/uploads/sites/11/2017/10/anuario_2013_2.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Área	Norte	Centro	Sur
Comunas	2,13,14	1,3,5,6,7,10,11,12,15	4,8,9
Cantidad de CeSAC	3	17	24
Cantidad de Población	615.233	1.740.117	567.279
Densidad de Población hab./km	17.127	15.987	9.407
Población con NBI	2,33 %	6,93 %	11,33 %
Cantidad de CeSAC en muestra	1	4	6

FUENTE: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=64760>

Anexo 2



