



Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires

Situación y respuesta 2020

Jefe de Gobierno

Horacio Rodríguez Larreta

Ministro de Salud

Fernán Quirós

Subsecretario de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria

Gabriel Battistella

Directora General de Atención Primaria

Ana María Gómez Saldaño

Coordinador de Salud Sexual, VIH e ITS

Fabián Portnoy

Equipo de la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS

Ariel Aguerido, Ana Arévalo, Agostina Bafico, Luciana Betti, Ángeles Capresi, Malala Carones, Evelina Carrizo, Mariela Cuadrado, Gastón De Simone, Adriana Duran, Graciela Fernández Cabanillas, Graciela Giorgetti, Luciana Goldín, Cynthia Hirsch, Martín Hojman, Silvana Lecce, Luciana Marachlian, Viviana Mazur, Grisela Minissale, Sebastián Nardi, Patricia Orge, Claudia Ottobre, Laura Pistani, Agustín Rojo, Darío Serantes, Fabiana Trillo, Marcelo Vila, Florencia Vulcano, Silvina Vulcano y Silvana Weller.

**Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires.
Situación y respuesta 2020.****Coordinación editorial**

Silvana Weller

Edición

Malala Carones y Agustín Rojo

Paseo Colón 255, 8º piso

Tel.: 4339-7976 / 4339-7817

saludreproductiva@buenosaires.gob.ar

Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires

Situación y respuesta 2020

COORDINACIÓN SALUD SEXUAL, VIH E ITS
MINISTERIO DE SALUD / GCBA

Contenidos

5	Introducción
7	Determinantes
13	Población
13	Indicadores sociodemográficos
14	Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente
17	Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos
20	Estimación de población objetivo para el aseguramiento de insumos
21	Acciones Programáticas
21	Nivel central
25	Nivel local
25	Puntos de acceso o puertas de entrada
27	Utilización de servicios
27	Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos
27	Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa”
29	Metodología para estimar el alcance de la respuesta usando el indicador “años de mujer protegida”
33	Anticoncepción quirúrgica
26	Utilización de servicios II: Acceso a la interrupción legal del embarazo
36	Indicadores para el monitoreo de la política de acceso a la ILE
45	Indicadores de calidad de la atención
51	Consejerías en salud sexual a cargo de CeSAC en escuelas medias: resultados de un relevamiento
53	Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires, 2016-2020
58	Participantes
60	Trabajos citados

Introducción

Una vez más tenemos el agrado de presentar la puesta al día sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires, así como las acciones que han realizado los equipos de salud para garantizar los derechos de la población, aún en el contexto de pandemia que se inició en marzo de 2020 y continúa a la fecha de la elaboración de este documento. Como en las oportunidades anteriores, el eje de la publicación reconoce dos objetivos diferentes y complementarios: valorar el trabajo que se realiza de modo cotidiano en los establecimientos públicos de salud de la ciudad y brindar una herramienta que confiamos sea de utilidad para los diferentes actores estatales y de la sociedad civil involucrados e interesados en conocer los logros y desafíos de la política.

El proceso de recopilar, sistematizar y difundir la información relevada se inició en 2016, cuando se estructuró un modelo de monitoreo que, como en las publicaciones anteriores, se organiza en cuatro dimensiones: los determinantes de la política, los cambios registrados en el nivel poblacional, las acciones programáticas y la utilización de servicios.

El enfoque de las cuatro dimensiones se basa en el supuesto de la íntima relación entre los indicadores que permiten conocer el estado de una población o subpoblaciones ante un problema y las acciones que se realizan desde el sector de la salud para afrontar esos problemas o necesidades, en un corte de tiempo determinado.

Los equipos del subsistema público de salud trabajan a partir de una realidad que se va modificando, entre otros aspectos, por sus propias acciones y, como ocurrió en 2020, de modo destacado por circunstancias externas que generan cambios en su organización.

De modo muy esquemático, es posible reconocer el impacto de la pandemia COVID-19 en los dos actores principales de la salud sexual y reproductiva: la población, que vio restringida su capacidad de desplazamiento y por lo tanto de acceso al sistema de salud, y el propio sistema, que se vio obligado a reorganizarse para alojar a la nueva enfermedad (inéxito despliegue en materia de prevención, diagnóstico, asistencia y vacunación) sin desatender el cuidado de los equipos y de las prestaciones que brinda habitualmente. Se ha buscado señalar algunas de las implicancias del COVID-19 en los diferentes aspectos tratados a lo largo del informe.

En el primer apartado, el de los “determinantes”, se realizó una breve caracterización sobre el impacto de la pandemia en el subsistema público de salud y en la población, y se incluyeron además otros aspectos novedosos que tuvieron lugar en 2020.

- Una descripción de los rasgos principales de la nueva **Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo**, que fue sancionada en los últimos días de 2020. Esta ley viene a garantizar uno de los derechos más postergados de la agenda de la salud sexual y reproductiva, por el que una importante parte de la sociedad venía reclamando desde la recuperación de la democracia en nuestro país, en 1983. Dado que la Ley 27.610 entró en vigencia el 24 de enero de 2021, la información reportada para 2020 se refiere todavía exclusivamente a las interrupciones legales del embarazo.
- La presentación de la nueva **Guía para la provisión de métodos anticonceptivos en el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires**, que constituye la primera normativa local con respecto a las prácticas indispensables para la provisión de cada uno de los métodos anticonceptivos de que se dispone, así como pautas para que los equipos puedan gestionar la dación de los mismos. La Guía se ha estructurado sobre la base de mejorar el acceso, fortalecer la autonomía de las usuarias y revalorizar el protagonismo del equipo interdisciplinario aumentando su capacidad de intervención sobre el proceso de cuidado.

En los siguientes apartados, como es habitual, se presenta la información actualizada sobre algunas características de la población, tomando como fuente la producción volcada en el Anuario Estadístico 2019 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020) y el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud porteño. Las secciones referidas a “acciones programáticas” y “utilización de servicios” se basan en los diferentes reportes brindados por los establecimientos (hospitales y centros de salud) que forman parte de la respuesta en salud sexual y reproductiva.

En esta edición hemos incluido también los resultados salientes del relevamiento realizado entre los años 2019-2020 referidos a las acciones en consejería en salud sexual y reproductiva que realizan los CeSAC en escuelas medias de la ciudad. Creemos que este es un “mapa” muy valioso que permite conocer otro aspecto de los equipos de salud del primer nivel de atención, en este caso en materia de trabajo intersectorial.

Finalmente, a modo de resumen ejecutivo, se presenta una tabla que permite observar el comportamiento de algunos indicadores seleccionados para los años 2016-2020.

Determinantes

La dimensión de los determinantes de una política refiere a aquellos elementos que dan cuenta del contexto en el que se desarrolla la respuesta. Los indicadores que se consideran son la existencia de una política sobre salud sexual y reproductiva (en los distintos niveles, nacional y local), sus características y la sanción de leyes y normativas sobre la materia¹.

Para el análisis de 2020 se hace énfasis en el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19, la producción de una normativa para la provisión de métodos en el subsistema público de salud porteño y la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo sobre el final del año.

El impacto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 modificó radicalmente las condiciones de provisión de servicios de salud y restringió de un modo inédito los desplazamientos de la población necesitada de recibir prestaciones.

Algunos de los cambios más relevantes dentro de los establecimientos que componen la red de cuidados progresivos del subsistema de salud público fueron:

- Reorganización de espacios para crear corredores de atención a personas con COVID o con sospecha de estar infectadas, lo que implicó entre otros cambios la reasignación de consultorios.
- Cese de licencias para el personal de salud en general y licencias prolongadas para las personas que tuvieran factores de riesgo que las volvieran particularmente vulnerables ante una infección por COVID.
- Organización de los integrantes de los equipos de salud en cohortes. En líneas generales se “partieron” las dotaciones de todos los establecimientos, lo que implicó contar con la mitad del personal para la atención de todas las prestaciones que requerían de modo ineludible presencialidad, por ejemplo, colocación/extracción de dispositivos intrauterinos (DIU) y de implantes, entre otras. Se instaló la modalidad de atención por canales virtuales para aquellas consultas que pudieran ser así resueltas, por ejemplo, consejería para elección de métodos anticonceptivos, acompañamiento en situación de interrupción legal del embarazo (ILE), etcétera.

1. Estas características fueron desarrolladas en *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018* (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020, págs. 13-22).

- Creación de equipos de *triage* conformados por los integrantes de los establecimientos, que recibían y canalizaban todas las consultas en hospitales y centros de salud.
- La refuncionalización del personal fue más allá de cumplir las funciones de *triage*; en particular los integrantes de los equipos de los centros de salud se vieron involucrados en los operativos Detectar destinados a la promoción del diagnóstico del COVID y acciones de atención integral para las personas que resultaban positivas a las pruebas (derivación a hoteles, provisión de elementos de higiene y otros, seguimiento telefónico de las personas afectadas y contactos estrechos, etcétera).

La mayoría de los cambios arriba detallados significaron una retracción en las prestaciones habituales en general y en particular las que hacen a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, también es preciso señalar algunos cambios que fueron favorables:

- La atención de la salud sexual y reproductiva fue considerada por el Ministerio de Salud como una prestación esencial que debía garantizarse en tiempo de pandemia.
- Los espacios de *triage* fueron utilizados en muchos establecimientos como puestos de provisión de métodos anticonceptivos de corta duración (pastillas e inyectables), de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) y en algunos casos de test de embarazo.
- Se impulsó desde el Ministerio una política de mejoramiento de acceso a los métodos (*Guía para la provisión de métodos*, pág. 11), en particular a los de corta duración, normatizando la entrega de seis tratamientos en cada dación. También se formularon propuestas de trabajo para incluir a todo el personal de los establecimientos en la entrega de anticoncepción de emergencia, buscando eliminar barreras en el acceso a este insumo esencial.
- La utilización de canales virtuales de comunicación con la población (consultas telefónicas, consultas por plataformas de videollamadas, publicación de horarios de consulta en Instagram y otras redes sociales, etcétera) abrió un terreno que estaba poco explorado en las modalidades de atención tradicionales y generó nuevas oportunidades de contacto más estrecho con la población.

Respecto de las restricciones al desplazamiento de la población, se distinguen dos grandes momentos: el de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), que se extendió en el área metropolitana entre el 19 de marzo y el 8 de noviembre de 2020, y el de Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO), que comenzó el 9 de noviembre del mismo año y se extiende hasta la redacción de la presente publicación.

El ASPO dispuso que cada persona debía quedarse en su domicilio y que solo se podía salir para realizar compras básicas, trabajos esenciales o trabajos exceptuados. También una absoluta restricción en el uso del transporte público para todas las personas no consideradas “trabajadores esenciales” o que hubieran tramitado alguno de los permisos especiales.

El DISPO implica que todo ciudadano puede circular y realizar sus actividades siempre que guarde la distancia de 2 metros. También se continúan las recomendaciones de higiene y prevención como tapabocas, ventilación y limpieza de superficies. El objetivo del “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” es la recuperación del mayor grado de normalidad posible en cuanto al funcionamiento económico y social, pero con todos los cuidados y resguardos necesarios, y sosteniendo un constante monitoreo de la evolución epidemiológica para garantizar un control efectivo de la situación.

Como se irá señalando a lo largo del documento, este cuadro de situación afectó prácticamente todos los indicadores que se monitorean desde 2016, la mayoría de las veces en un sentido negativo, más que nada en lo referido al acceso a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, ha sido posible también identificar cambios favorables, como por ejemplo en los indicadores de calidad de la ILE, lo que pone de manifiesto el enorme compromiso que tiene la mayoría de los equipos con la salud de la población.

En el último apartado del documento se presenta una síntesis del impacto del COVID en los indicadores monitoreados.

Formalización de directrices para la provisión de métodos anticonceptivos

En respuesta a una demanda histórica de los equipos de Salud Sexual y Reproductiva, se elaboró la *Guía para la provisión de métodos anticonceptivos en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires*² (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2021), que establece reglas claras respecto de cuáles son las prácticas indispensables previas a la colocación/dación de cada uno de los métodos reversibles.

Orientada al sector público, la Guía toma en cuenta sus objetivos específicos, así como las particularidades de su organización y la población que atiende. Distingue entre “indicación” y “dación”



del método, y habilita a diferentes integrantes del equipo interdisciplinario a participar de este proceso y gestionar recursos.

En los últimos años se amplió notablemente el uso de métodos de larga duración (DIU, implante) que por sus características simplifican la protección anticonceptiva y brindan a las usuarias mayor autonomía respecto del sistema de salud.

No obstante, continúa existiendo una proporción importante de mujeres que prefieren métodos de corta duración, como pastillas e inyectables. Atendiendo a esta realidad, la Guía establece criterios y modalidades de dación que agilizan el acceso a estos métodos, con el objetivo de que las mujeres que optan por ellos alcancen niveles de autonomía respecto del sistema de salud similares a los de las usuarias de métodos de larga duración.

La Guía brinda especial atención a la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) ya que, más allá del método utilizado, constituye un recurso fundamental en la prevención de embarazos no buscados. También en este caso, se propone rediseñar los modos de gestión, adecuándolos a las características de los efectores, a fin de que puedan aumentar el acceso a este insumo clave.

Al impacto sobre la salud de las usuarias (accesibilidad, autonomía, prevención de embarazos no buscados), las pautas establecidas en la Guía suman efectos positivos sobre los propios equipos de salud y el sistema en su conjunto. Permiten disminuir el uso de turnos y las visitas a la farmacia para la provisión de métodos y revalorizar el rol del equipo interdisciplinario. Esto libera energía y recursos para que los equipos aborden el necesario aumento de la cobertura en materia de anticoncepción y salud sexual en general.

Sanción de la Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Luego de décadas de lucha del activismo feminista, de altas estimaciones de abortos clandestinos con su consiguiente riesgo de muerte y de la comprobada dificultad para acceder a las interrupciones del embarazo comprendidas como no punibles en el Código Penal Argentino desde hace un siglo, en 2018 se debatió por primera vez en el Congreso Nacional una ley de interrupción del embarazo. Si bien en esa oportunidad el proyecto que contaba con media sanción de la Cámara de Diputados fue rechazado por el Senado, el debate atravesó a la sociedad, que permaneció atenta a los múltiples argumentos a favor y en contra, cuyo escenario principal habían sido tanto las audiencias públicas previas al tratamiento como las calles colmadas de manifestantes.

2. La Guía se elaboró y difundió como documento digital a finales de 2020 y fue impresa en febrero de 2021.

Dos años después, la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) fue sancionada el 29 de diciembre de 2020 y entró en vigencia el 24 de enero de 2021 (Boletín Oficial de la República Argentina. Legislación y avisos oficiales, 2021). Se destacan aquí algunos de los aspectos centrales de la nueva Ley.

Derechos

La ley establece que las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la ley.
- Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la ley.
- Requerir y recibir atención post aborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la ley.
- Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Plazos

La ley garantiza:

- El derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14, inclusive, del proceso gestacional.
- El derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de la semana 15 del proceso gestacional en las siguientes situaciones:
 - » Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente. En los casos de personas menores de 13 años de edad, la declaración jurada no será requerida.
 - » Si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

Consentimiento informado

La ley establece que previamente a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

En el caso de personas menores de edad, la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo deberá ser efectuada de la siguiente manera:

- a. Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la ley.
- b. En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo 7º de la Ley.

Objeción de conciencia

La ley establece que el o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con las condiciones que estipula la ley. Además, que el personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

Los servicios de salud deben brindar, además:

- Información sobre el procedimiento y cuidados posteriores.
- Atención de la salud durante todo el proceso.
- Información y provisión de métodos anticonceptivos post evento.

La Ley N° 27.610 dispone que los servicios públicos de salud, las obras sociales nacionales y provinciales y las empresas y entidades de medicina prepaga incorporen la cobertura integral y gratuita de la práctica. No requiere adhesiones provinciales ni reglamentación para su vigencia. Una vez solicitada la prestación por parte de la beneficiaria/afiliada, la obra social o empresa de medicina prepaga tiene un plazo máximo de diez (10) días corridos para cumplir con la prestación.

Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Población

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

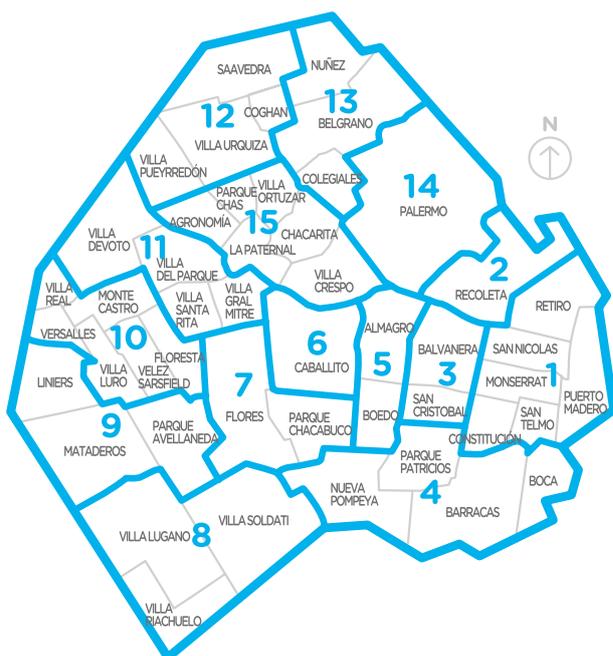
Por último, se presenta la estimación de población objetivo para la provisión de métodos anticonceptivos para el año 2020.

Indicadores sociodemográficos

La población estimada para la ciudad de Buenos Aires, en 2020, era de 3.075.646 personas, de las cuales 1.631.101 eran mujeres y 1.444.545, varones. Buenos Aires tiene una gran densidad demográfica (alrededor de 14.000 habitantes por kilómetro cuadrado) y su población residente es la más envejecida del país, con bajas tasas de natalidad y de fecundidad (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020).

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

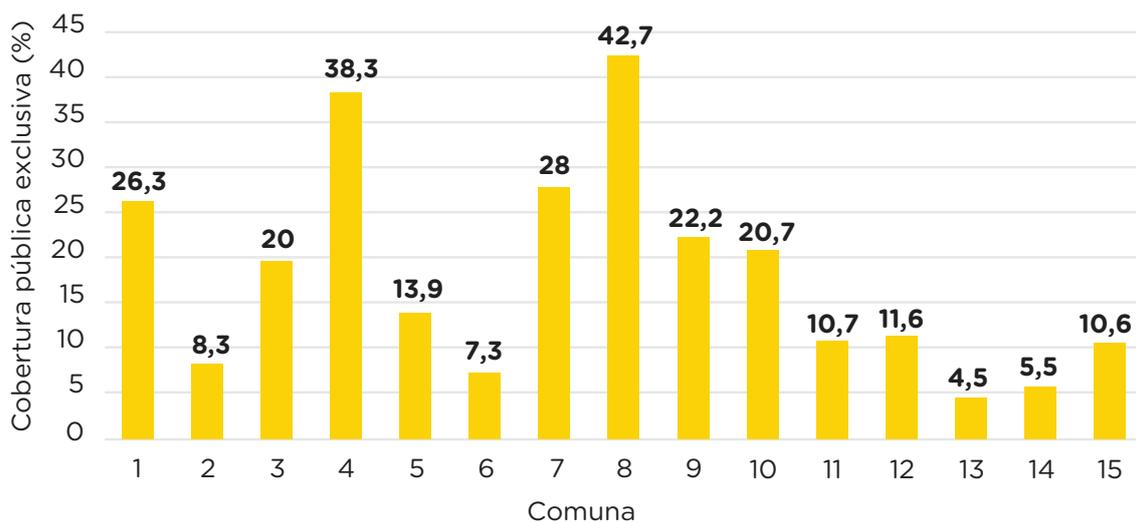
FIGURA 1. División comunal de la ciudad de Buenos Aires.



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

El tipo de cobertura en salud de la población residente en la ciudad prácticamente no registra variaciones en los últimos años. Para 2019, el 75% tenía obra social y/o prepaga, el 18,7% cobertura pública exclusiva (CPE) y el 6,3% “otra” (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020). Sin embargo, cuando se desagrega este indicador por comuna, se observan profundas diferencias (**Gráfico 1**).

GRÁFICO 1. Porcentaje de población con cobertura pública exclusiva, por comuna, CABA, 2019.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020.

Si se toman los valores extremos, se aprecia que en la Comuna 13 (Belgrano, Colegiales, Núñez) el porcentaje de población con cobertura pública exclusiva es de 4,5%, número que contrasta con el 42,7% de la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Soldati, Villa Riachuelo) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020).

Como se irá viendo a lo largo del informe, estas diferencias tienen gran peso en el volumen de la demanda que reciben los establecimientos en función de su emplazamiento territorial. Es importante señalar que, en líneas generales, la localización de los hospitales y fundamentalmente la de los centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) ha ido respondiendo y compensando esta desigualdad existente en la ciudad, de modo que la mayoría de los establecimientos se ubican en la zona sur, donde habita la mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva (véase el [mapa de establecimientos](#) que brindan recursos en materia de salud sexual y reproductiva).

Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente

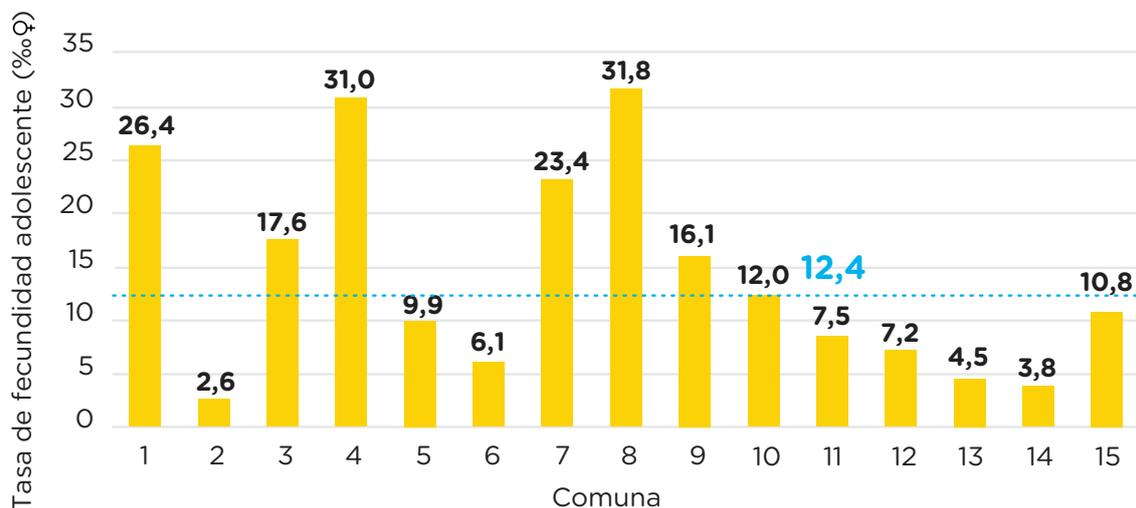
El análisis de la fecundidad marca el ritmo de crecimiento de la población. Se vincula con el número de hijos tenidos por las mujeres durante su vida fértil (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

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

La TGF de la ciudad de Buenos Aires se mantiene a lo largo del período 1990/2019 **por debajo del nivel de reemplazo** (que como fue dicho es de 2,1 hijo por mujer). El valor para 1990 fue de 2,08 y cayó para 2019 a 1,48 hijo por mujer. Este descenso ha sido entonces constante y lento.

Otro indicador a tener en cuenta es la “tasa de fecundidad adolescente” (TFA), esto es la cantidad de adolescentes (15 a 19 años) que tuvieron un hijo cada mil mujeres del mismo grupo etario. Esta tasa era para el año 2019 de 12,4; es decir que cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años, 12,4 fueron madres³ (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020). En el **Gráfico 2**, esta tasa promedio se encuentra representada por la línea horizontal punteada que atraviesa todas las columnas. Este número, que muestra el fenómeno en toda la ciudad, debe ser analizado por comuna, pues como ya fue dicho las diferencias socioeconómicas son muy importantes y tienen impacto en todos los temas que tratamos.

GRÁFICO 2. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) por comuna y TFA promedio, CABA, trienio 2017-2019.



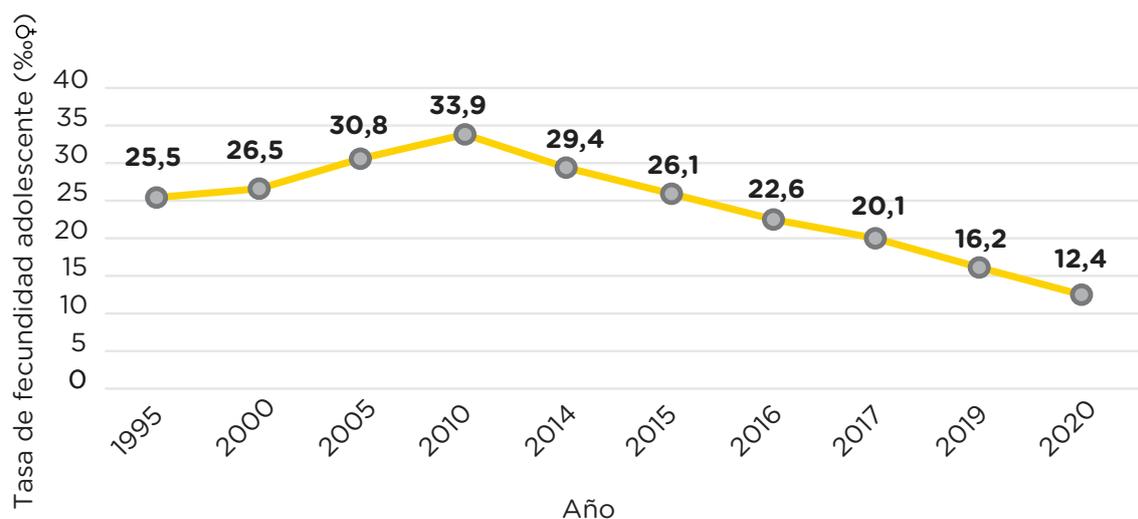
Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020.

3. La TFA se informa de modo anual para el total de la ciudad. La información por comunas, en cambio, se brinda por trienio.

Para el trienio 2017-2019, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15 a 19 años varía desde un 2,6 en la comuna 2 (la de mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 31,8 en la comuna 8 (la más postergada). Es decir que la tasa de la comuna con niveles más altos es 12 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos de fecundidad adolescente⁴.

El comportamiento de la TFA en la ciudad ha sufrido modificaciones muy importantes en los últimos años, como se muestra en el **Gráfico 3**.

GRÁFICO 3. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres), Ciudad de Buenos Aires, 1995-2019.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) a partir de la información del Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2020.

En el gráfico se muestran las variaciones ocurridas entre 1995 y 2019. El valor máximo de la tasa fue de 33,9 en 2010, cuando se inicia un descenso abrupto que la lleva al valor de 12,4 para el último año del que se tiene registro, 2019.

El descenso del promedio de la TFA entre 2018 y 2019 (3,8) se expresó en todas las comunas, con particular énfasis en aquellas con mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva, es decir las más pobres. Los descensos más pronunciados fueron entonces en las comunas 8, 1, 4 y 7.

El descenso observado en la tasa de fecundidad adolescente se reitera al analizar los partos “por edad de la madre”, ocurridos en las maternidades públicas de la ciudad en 2020.

4. Para el trienio 2015-2017 la tasa de fecundidad adolescente era 14 veces más alta en la comuna 8, lo que podría indicar que hubo una leve disminución en esta brecha (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020, pág. 29).

Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos

Para conocer la situación sobre nacimientos y partos en la ciudad contamos con dos fuentes de información complementaria. La provista por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020), que informa sobre las características de los nacimientos ocurridos en **mujeres residentes**, y la suministrada por el Departamento Materno Infantil (DMI, Gerencia Operativa de Redes de Base Hospitalaria. Dirección General de Hospitales), que permite conocer el número de los partos ocurridos en las maternidades públicas de la ciudad e incluye a mujeres residentes y no residentes de CABA.

La ciudad de Buenos Aires registró 33.397 nacimientos de mujeres residentes en 2019. En la **Tabla 1** se puede observar el detalle de nacimientos por comuna para la serie 2015-2019 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020). Los rasgos más destacados de la Tabla son el descenso interanual en el número de nacimientos, así como el hecho de que este descenso ocurre en todas las comunas de la ciudad, y con más fuerza en aquellas con mayor proporción de población con cobertura pública exclusiva (las comunas 8, 4, y 7).

TABLA 1. Nacimientos por comuna, CABA, 2015-2019.

Comuna	2015	2016	2017	2018	2019
Total	40.913	38.954	35.021	34.640	33.397
1	3.282	3.127	2.854	2.829	3.079
2	1.770	1.707	1.597	1.598	1.576
3	2.572	2.501	2.254	2.184	2.125
4	4.020	3.615	3.288	3.311	3.076
5	2.101	2.173	1.789	1.745	2.099
6	2.105	2.098	1.896	1.764	1.659
7	3.735	3.391	3.069	2.983	2.805
8	4.038	3.597	3.246	3.138	2.804
9	2.464	2.178	1.918	1.998	1.808
10	2.070	1.980	1.757	1.632	1.578
11	2.218	2.135	1.825	1.798	1.722
12	2.563	2.591	2.298	2.293	2.191
13	2.778	2.731	2.554	2.449	2.440
14	2.860	2.891	2.602	2.576	2.463
15	2.337	2.239	2.074	2.112	1.972

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

De los 33.397 nacimientos de mujeres residentes en 2019, el 66,3% (22.142) tuvo lugar en establecimientos de salud privados y el 33,3% (11.121) en establecimientos públicos. En la **Tabla 2** se muestra el detalle de la cantidad de nacimientos por comuna y por tipo de establecimiento, lo que permite volver a mostrar las grandes diferencias que existen en la ciudad. En la comuna 8 por ejemplo, la proporción promedio de la ciudad está invertida: prácticamente el 70% de los nacimientos ocurrieron en establecimientos públicos y solo un 30% en establecimientos privados.

TABLA 2. Nacimientos por comuna y por tipo de establecimiento, CABA, 2019.

Comuna	Total, nacidos vivos	Establecimiento público (%)	Establecimiento privado (%)
Total	33.397	33,3	66,3
1	3.046	44,6	55,0
2	1.560	10,4	89,2
3	2.105	34,3	65,3
4	3.044	55,7	44,0
5	2.078	23,5	76,3
6	1.643	14,9	84,7
7	2.778	48,9	50,7
8	2.776	70,6	29,3
9	1.790	48,8	51,1
10	1.560	32,4	67,1
11	1.703	21,4	78,2
12	2.169	11,9	87,4
13	2.414	11,2	88,2
14	2.439	10,9	88,8
15	1.951	22,5	76,8
Ignorado	341	41,3	58,1

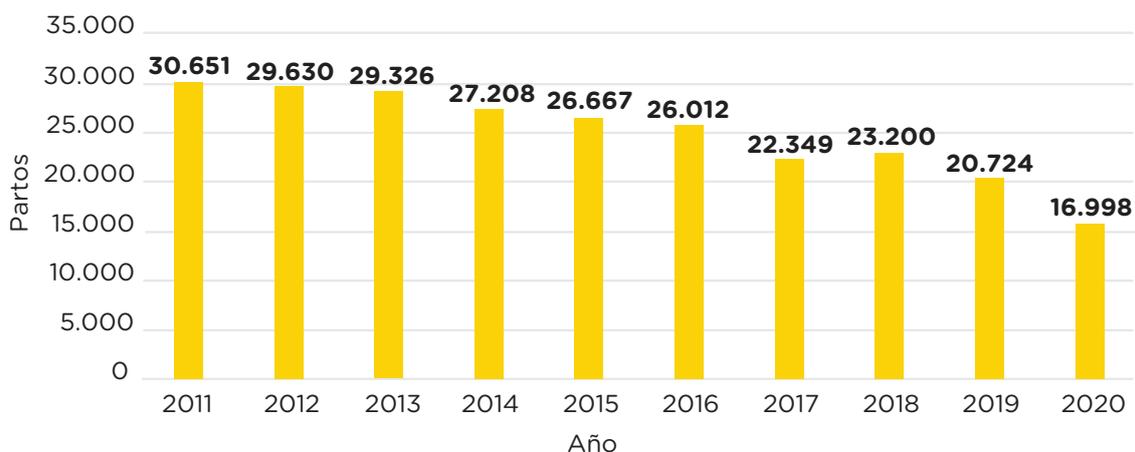
Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas, GCBA). Estadísticas vitales.

Para mejorar el análisis de la situación en materia de partos en la ciudad es preciso introducir la información relevada por el Departamento Materno Infantil⁵.

En el **Gráfico 4** se observa el número de partos ocurridos en las maternidades públicas entre 2011 y 2020.

5. Cada una de las 12 maternidades del subsistema público de salud informa al Departamento Materno Infantil el número de partos ocurridos en su establecimiento.

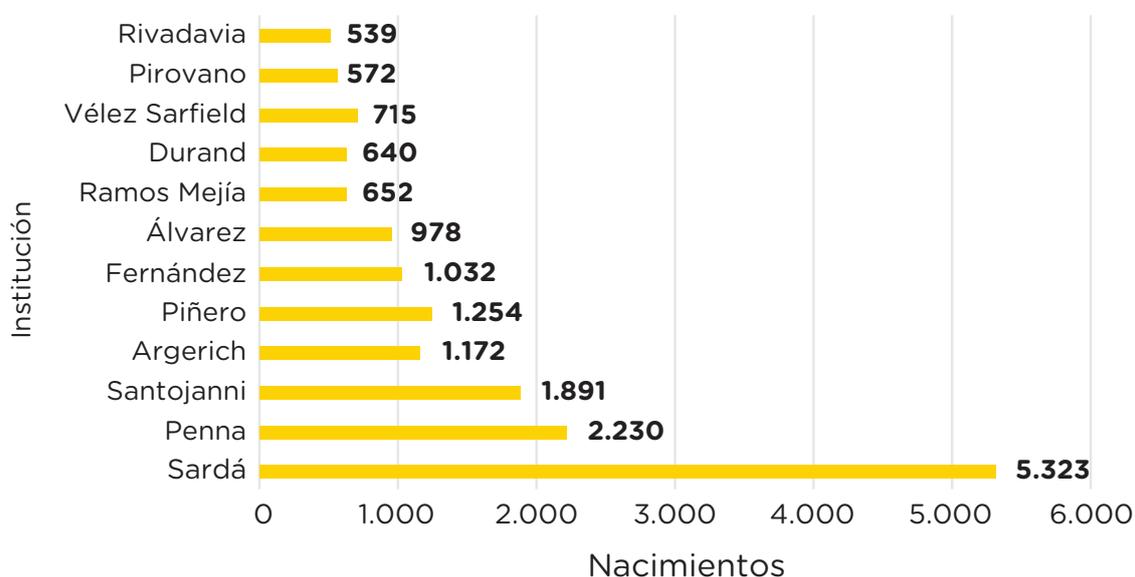
GRÁFICO 4. Evolución del número de partos en maternidades públicas de CABA, 2011-2020.



Fuente: Información brindada por maternidades. Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud. GCBA. 2021

El número de partos descendió, en los últimos diez años, de 30.651 reportados en 2011 a 16.998 reportados en 2020. En el **Gráfico 5** se muestra el detalle del número de partos ocurridos en 2020, en cada una de las 12 maternidades del sistema de salud público. Entre 2019 y 2020 hubo una disminución interanual del 18% de los partos, similar al ocurrido entre 2018 y 2019.

GRÁFICO 5. Nacimientos por maternidad pública, CABA, 2020.



Fuente: Información brindada por maternidades. Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud. GCBA. 2021

El mayor número de partos (5323) correspondió a la Maternidad Sardá, que concentró el 30% de los nacimientos en efectores del subsistema público en 2020.

Estimación de población objetivo para el aseguramiento de insumos

Las fuentes para construir la “población universo” se obtienen de modo anual a partir de la información provista por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020):

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

Para construir la “población objetivo” se siguieron los criterios que utilizó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires (Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA, 2017). Así, a la “población universo” se le realiza una serie de descuentos que permiten mejorar desde el punto de vista cualitativo el concepto de “población objetivo para uso de métodos anticonceptivos”, en la medida en que contempla que no todas las mujeres, durante un año determinado, buscarán esta prestación. En la **Tabla 3** se sintetizan los criterios y el cálculo para el año 2020.

TABLA 3. Población universo y población objetivo a ser cubierta con provisión de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud de la ciudad de Buenos Aires, 2020.

Indicador	Cantidad
Población universo: Mujeres de 15 a 49 años que solo tienen cobertura pública de salud	141.360
Mujeres embarazadas ^a	8.341
Mujeres que buscan un embarazo ^b	8.694
Mujeres que no pueden tener hijos ^c	2.742
Mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas ^d	3.506
Población objetivo	118.077

Fuente: Elaboración de la CoSSVIHITS.

^a Se obtiene de aplicar a la cantidad de nacidos vivos durante 2019 en hospitales públicos (cuyas madres viven en CABA), un factor de ajuste que contempla la diferencia entre los 12 meses del año y

Acciones programáticas

Esta dimensión se refiere al desarrollo institucional del Programa o la respuesta en SSyR que da la Ciudad en sus diferentes niveles de implementación, desde los ministerios o nivel central hasta los establecimientos del subsistema público de salud —de primer y segundo nivel—, que son diferentes espacios donde se produce el encuentro entre las/os usuarias/os y los equipos que garantizan las prestaciones. Algunos de los indicadores aquí incluidos son la **canasta de insumos** en salud sexual y reproductiva (variedad de opciones, volumen y composición de los insumos adquiridos que fueron efectivamente distribuidos) y la **cantidad de establecimientos** que brindan respuesta, esto es las “puertas de entrada” o “puntos de acceso”.

Nivel central

El Programa cuenta con una “canasta de insumos” de amplia variedad, constituida por los métodos que provee la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, a los que se agregan dos productos provistos de modo exclusivo por el Ministerio de Salud porteño (véase insumos en Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, págs. 23-24). En 2020 no se registraron faltantes de ninguno de los insumos de la canasta.



Desde el año 2001 la ciudad cuenta con más de 200 puestos fijos donde la población puede retirar de modo gratuito y libre preservativos y gel lubricante. Esta red incluye establecimientos públicos del sistema de salud y organizaciones de la sociedad civil. En 2019 fueron distribuidos 8.800.000 preservativos y sobres de gel lubricante y en 2020 este número bajó casi a la mitad, ya que se pudieron distribuir 4.800.000.

los 9 meses del embarazo ($x = 0,75$). Los nacidos vivos en establecimientos públicos de la CABA cuya madre reside habitualmente en la CABA fueron 11.528.

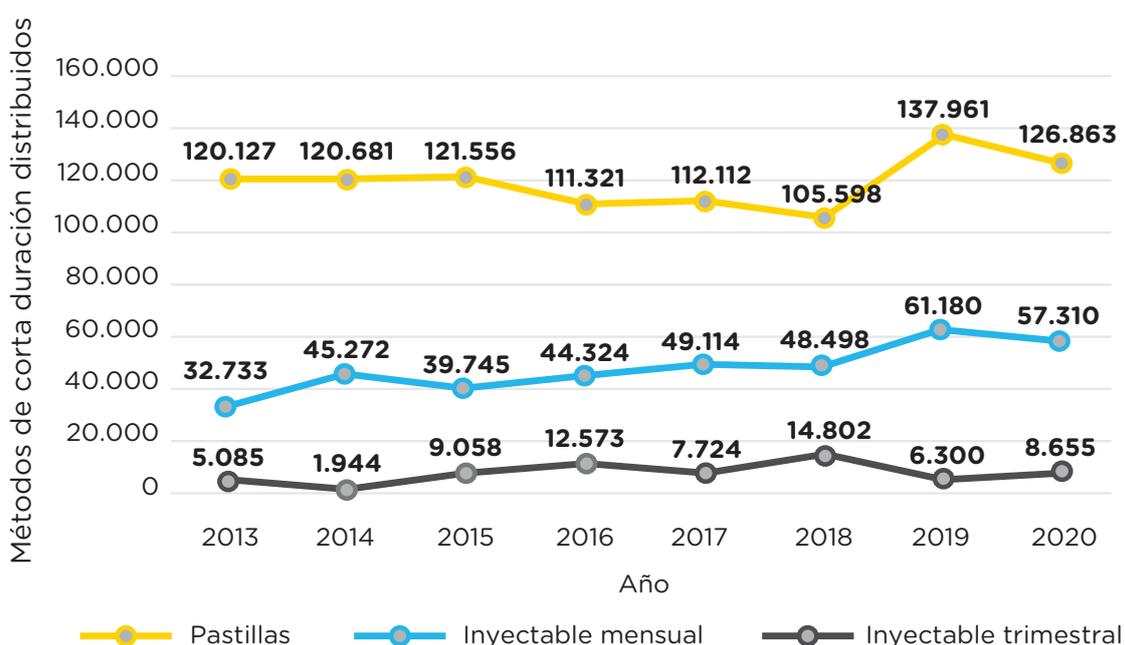
^b Las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos (MAC) en Gran Buenos Aires (GBA) fueron el 80,6%, por lo tanto, las que no utilizan MAC representan el 19,4%. De ese 19,4%, el 31,7% no lo utiliza porque busca embarazo (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Ese porcentaje representa el 6,15% del total de la población destinataria.

^c Del 19,4% de mujeres del GBA que no utilizan MAC, el 10% representa a aquellas mujeres que no pueden tener hijos (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 1,94% de nuestra población destinataria.

^d Del 19,4% de mujeres del GBA que no utilizan MAC, el 12,8% representa a aquellas mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 2,48% de nuestra población destinataria.

En los **Gráficos 6** y **7** se observa la evolución 2013-2020 de la cantidad de tratamientos distribuidos. La distribución de métodos anticonceptivos de corta duración (pastillas e inyectables) se mantuvo relativamente estable hasta 2018 y mostró un importante repunte en 2019 (Gráfico 6). Durante 2020 hubo un descenso en la distribución que, sin embargo, logró sostenerse por encima de los valores de 2018. En el caso del inyectable trimestral, 2019 no había sido bueno pues no se pudo adquirir el producto por ausencia de proveedores, tanto en el nivel nacional como en el distrital. Este problema fue resuelto para 2020 y se logró distribuir 8.655 tratamientos, un valor muy por debajo del de 2018 (que había sido de 14.802 tratamientos).

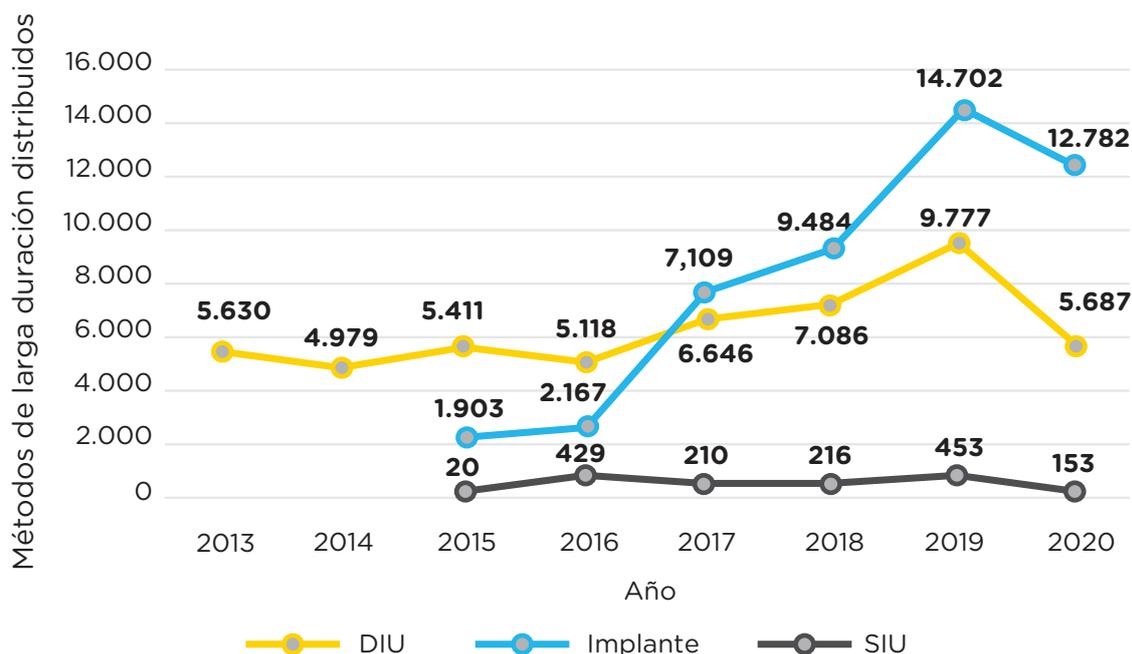
GRÁFICO 6. Distribución de métodos de corta duración, tratamientos, CABA, 2013-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los remitos de insumos del nivel nacional y las órdenes de compra emitidas durante 2020.

En cuanto a los métodos de larga duración (**Gráfico 7**), en 2019 se aceleró la tendencia creciente de los implantes y siguió aumentando la distribución de DIU, hechos que se revirtieron durante 2020. Como se observa en el gráfico, en el 2019 se habían llegado a distribuir 14.702 implantes y en 2020 se distribuyeron 12.872. De todos modos, el valor de 2020 fue muy superior al del 2018, cuando se habían distribuido 9.484. Diferente fue el caso de los DIU, que tuvieron una caída mucho más importante en 2020 y quedaron por debajo de los valores de los años anteriores.

GRÁFICO 7. Distribución de métodos de larga duración, unidades, CABA, 2013-2020.

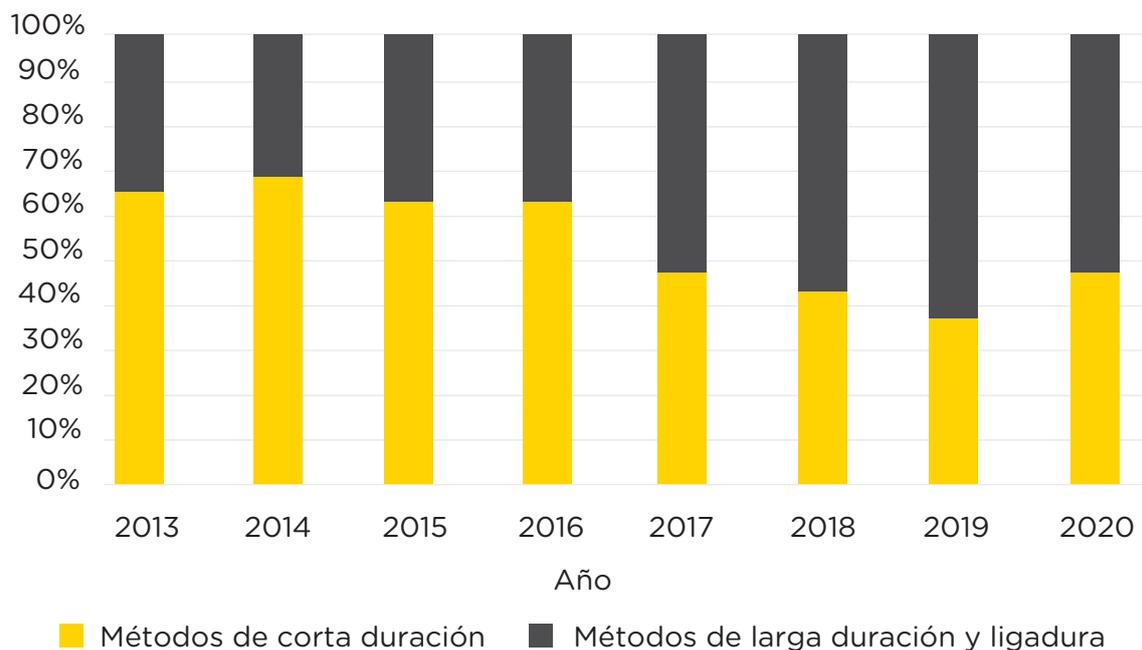


Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los remitos de insumos del nivel nacional y las órdenes de compra emitidas durante 2020.

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

En el **Gráfico 8** se muestra la serie 2013-2020 de los métodos que proveyó el Programa, en función de su duración. Así, entre 2013 y 2016 la proporción de métodos de larga duración (aquí se consideran además de los implantes, DIU y SIU, las ligaduras tubarias) osciló entre un 23% y un 31%. En 2017 ascendió a un 44% y en 2019, a un 60%. De este modo se logró que más de la mitad de los métodos provistos a las mujeres fueran de larga duración. Para el año 2020 el indicador “proporción de mujeres que accedieron a un método de larga duración” tuvo un leve descenso y pasó a representar el 54% de los métodos provistos.

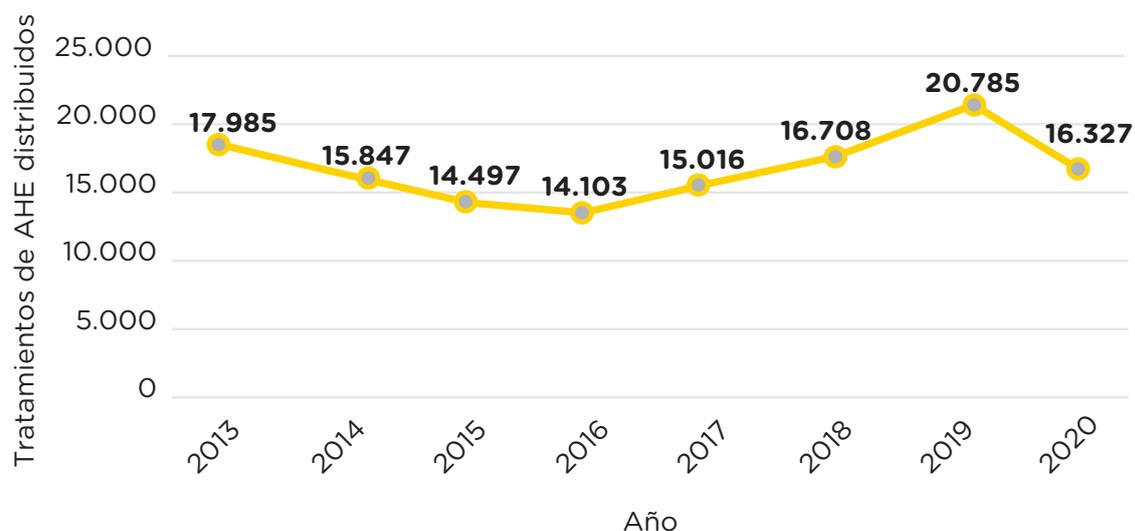
GRÁFICO 8. Proporción de los métodos provistos en función de su duración, CABA, 2013-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

Otro insumo con una mayor demanda por parte de los establecimientos en 2019, y que sufrió una caída importante en 2020, fue la anticoncepción hormonal de emergencia (**Gráfico 9**). Este insumo había logrado un pico máximo de distribución en 2013, con 17.985 tratamientos, y luego sufrió un descenso que comenzó a revertirse lentamente en 2017 y dio un importante salto en 2019, con 20.785 tratamientos distribuidos. Pero en 2020, con sólo 16.327 tratamientos distribuidos, el valor cayó por debajo del de 2018.

GRÁFICO 9. Distribución de tratamientos de anticoncepción hormonal de emergencia, CABA, 2013-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

En síntesis, en 2020 hubo un descenso en la distribución de todos los métodos anticonceptivos, aunque no todos los métodos disminuyeron en la misma proporción. La única excepción fue el aumento en la distribución de inyectables trimestrales, pero eso se debió, como fue dicho, a los faltantes registrados años anteriores. La disminución en el acceso es fácilmente atribuible a los efectos de la pandemia de COVID-19, que operó en el doble sentido de restringir la oferta de servicios y disminuir las posibilidades de movilidad de la población hacia los centros asistenciales.

Finalmente, el misoprostol tuvo una retracción leve en 2020 respecto de 2019. En 2016 fueron 359 tratamientos, en 2017 fueron 1.475 tratamientos, en 2018 fueron 4.698, en 2019 se distribuyeron 7.246 tratamientos y en 2020 el número fue de 7.000⁶.

Nivel local

Puntos de acceso o puertas de entrada

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

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

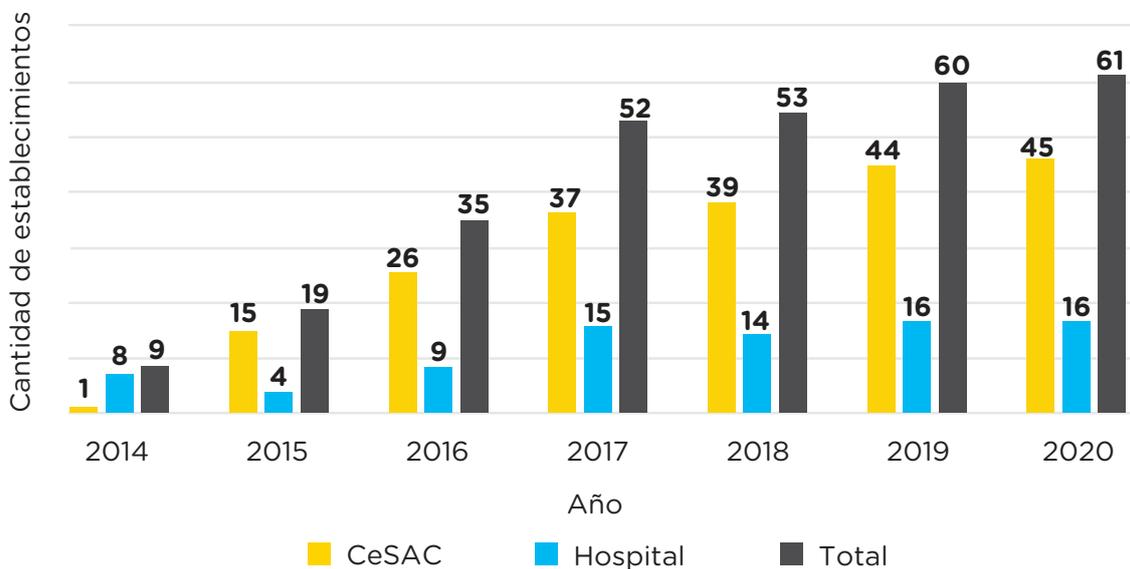
En 2020 fue posible acceder a las prestaciones en SSyR a través de 71 establecimientos, de acuerdo al siguiente detalle: todos los centros de salud; todos los hospitales generales de agudos; el Hospital Grierson; la Maternidad Sardá; tres hospitales especializados infanto-juveniles; cuatro hospitales de Salud Mental, el hospital especializado en enfermedades infecciosas Francisco Muñiz, el Hospital de Clínicas (Universidad de Buenos Aires) y la organización de la sociedad civil Casa Masantonio. Sin embargo, a diferencia de años anteriores, algunos establecimientos, en particular los hospitales, vieron restringido su acceso a expresiones mínimas, en la medida en que fueron afectados al diagnóstico y atención de personas con COVID-19.

En el **Gráfico 10** se puede observar el aumento en el número de establecimientos que daban respuesta a la ILE entre los años 2014-2020, según tipo de establecimiento. En 2014, ocho hospitales reportaron por lo menos una ILE y lo mismo hizo un CeSAC. Es decir que en 2014 fueron en total nueve establecimientos los

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

que reportaron por lo menos una ILE. En 2020 se observa que el número total de establecimientos pasó a 61, de los cuales 45 fueron CeSAC y 16, hospitales.

GRÁFICO 10. Establecimientos que dan respuesta a ILE, por tipo de establecimiento y total, CABA, 2014-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

Utilización de servicios

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

Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos

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

Ambos métodos se basan en distintos tipos de cálculos cuya fuente de información son los registros de la CoSSVIHITS sobre insumos distribuidos a los establecimientos, es decir que se trata de **modos indirectos** de estimar el acceso. **La estimación de cobertura a partir de los insumos distribuidos tiene ventajas y limitaciones**, las cuales han sido detalladas en un documento anterior (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, págs. 31-33).

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

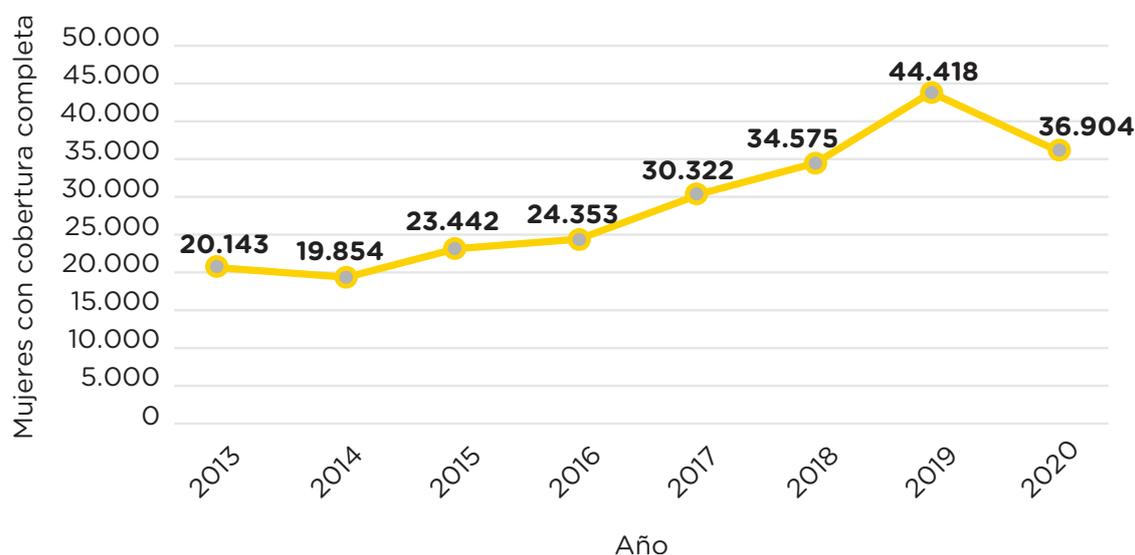
Esta metodología de estimación se comenzó a utilizar en 2016. Es un indicador que llamamos “transversal”, pues permite estimar para un año a cuántas mujeres se pudo cubrir con la cantidad de insumos distribuidos. Para ello se transforman los insumos distribuidos en un año calendario (2 de enero a 30 de diciembre) en “tratamientos completos” a partir de las siguientes equivalencias:

- Cada 13 blísters de pastillas, 1 mujer.
- Cada 12 inyectables mensuales, 1 mujer.

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

Así, si consideramos los métodos distribuidos y las ligaduras realizadas (**Gráfico 11**) es posible estimar que durante 2016 se habría brindado cobertura completa a 26.835 mujeres; en 2017 a 32.033; en 2018 a 36.022; en 2019 a 44.418 mujeres y en 2020 a 36.904. Este descenso en 2020 es consistente con la información que se presentó previamente, cuando se analizó la disminución en los pedidos por parte de los establecimientos de los diferentes métodos.

GRÁFICO 11. Cantidad de mujeres con cobertura completa brindada por métodos anticonceptivos, CABA, 2013-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

El incremento del indicador en los últimos años, previo al 2020, estaba vinculado a la siguiente sinergia positiva: por un lado, cada año se compraron y distribuyeron más métodos anticonceptivos a los establecimientos y por otro, los establecimientos habían logrado aumentar el acceso a más usuarias. Las restricciones ocasionadas a partir de la pandemia de COVID-19 hicieron que por primera vez desde que se realizan estas mediciones, hubiera una disminución interanual en el indicador “mujeres con cobertura completa”.



El indicador “mujeres con cobertura completa” no logra captar los años de “protección diferida” brindados por los métodos de larga duración (más de la mitad de los provistos por la Ciudad). Por eso se construyó un segundo indicador, “años de mujer protegida”, que permite estimar no solo la población alcanzada en un año calendario, sino el tiempo de cobertura logrado en función del tipo de método distribuido.

Metodología para estimar el alcance de la respuesta usando el indicador “años de mujer protegida”⁷

Para estimar la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS, se desarrolló un modelo paramétrico en el que se considera como variable independiente la **cantidad de cada método entregado a la población**, como variable dependiente la **población efectivamente cubierta con métodos anticonceptivos**, y como variables intervinientes la **eficacia clínica observada para cada método**, los **años de mujer protegida** y la **adherencia observada al año**. Los detalles técnicos pueden ser consultados en el documento sobre situación y respuesta en 2019 (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020 , págs. 35-36).

- Estimación de la población cubierta

Para realizar la estimación de la población cubierta con utilización efectiva de anticonceptivos modernos y ligaduras tubarias provistos por el Ministerio de Salud porteño, el método paramétrico trabaja con dos hipótesis:

- la hipótesis 1 (**Tabla 4 y Gráfico 12**) asume que el 15% de los métodos distribuidos no fue dispensado a la población.
- la hipótesis 2 (**Tabla 5 y Gráfico 13**) realiza las estimaciones partiendo del supuesto de que todos los métodos fueron aprovechados por la población.

7. Informe Técnico elaborado por Federico Tobar de UNFPA-LACRO a pedido de la CoSSVIHITS (Tobar, marzo de 2019).

TABLA 4. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2013-2020. **Hipótesis 1.** El 15% de los métodos anticonceptivos distribuidos no es dispensado a la población.

Método	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ACO	4.612	4.633	4.666	4.280	4.310	4.064	5.210	4.791
Inyectable mensual	1.189	1.644	1.444	1.610	1.784	1.762	2.222	2.082
Inyectable trimestral	587	224	1.046	1.451	892	1.709	932	999
DIU	16.574	19.444	22.826	21.802	22.413	23.119	25.868	26.388
Preservativo	2.511	2.691	2.417	2.270	1.437	1.152	1.666	0
SIU			14	305	447	594	901	991
Implante			1.318	2.819	7.742	14.311	23.175	29.209
Ligadura	7.083	8.410	9.585	10.818	12.167	13.380	15.008	9.226
Año mujer protegida	32.556	37.047	43.315	45.355	51.191	60.089	74.982	73.686

TABLA 5. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2013-2020. **Hipótesis 2.** Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.

Método	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ACO	5.426	5.451	5.490	5.035	5.070	4.781	6.129	5.636
Inyectable mensual	1.399	1.935	1.698	1.894	2.099	2.072	2.614	2.449
Inyectable trimestral	691	264	1.230	1.707	1.049	2.010	1.096	1.175
DIU	19.498	22.875	26.854	25.650	26.368	27.199	30.433	30.986
Preservativo	2.954	3.166	2.843	2.671	1.690	1.356	1.960	0
SIU			16	358	526	699	1.060	1.166
Implante			1.551	3.316	9.109	16.836	27.265	34.363
Ligadura	7.083	8.410	9.585	10.818	12.167	13.380	15.008	9.226
Año mujer protegida	37.051	42.100	49.267	51.449	58.078	68.332	85.566	85.001

En los **gráficos 12 y 13** se observa la evolución de la población cubierta con métodos anticonceptivos modernos por el Ministerio de Salud de CABA de 2013 a 2020.

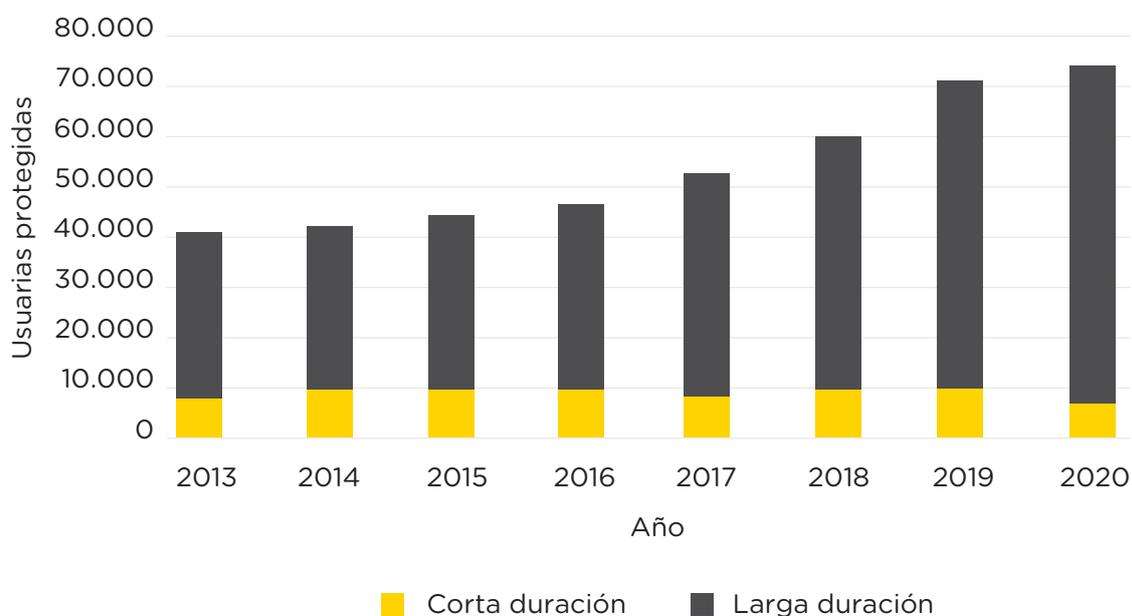
Ambos gráficos permiten ver el alto impacto que representó la introducción de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCS, *long acting reversible contraception*, por sus siglas en inglés). Entre 2015 y 2019 el motor que impulsó la expansión de la cobertura fueron los implantes; en segundo lugar, el repunte de los DIU y en tercer lugar, como se mostrará más adelante, el aumento constante de las ligaduras tubarias.

Para 2020, si bien disminuyó la provisión de todos los métodos y la realización de ligaduras tubarias, se observa un valor ligeramente superior en el indicador “años mujer protegida” y esto tiene que ver justamente con que, como fue dicho, el mismo considera el arrastre de protección logrado a través de la provisión de métodos en años anteriores. El método calcula diez años de protección por cada ligadura tubaria, cinco por cada DIU/SIU colocado y tres por cada implante subdérmico.

Es posible asumir que la disminución en la provisión de métodos de larga duración durante 2020 se verá reflejada seguramente en el valor del indicador “años mujer protegida” de los años venideros.

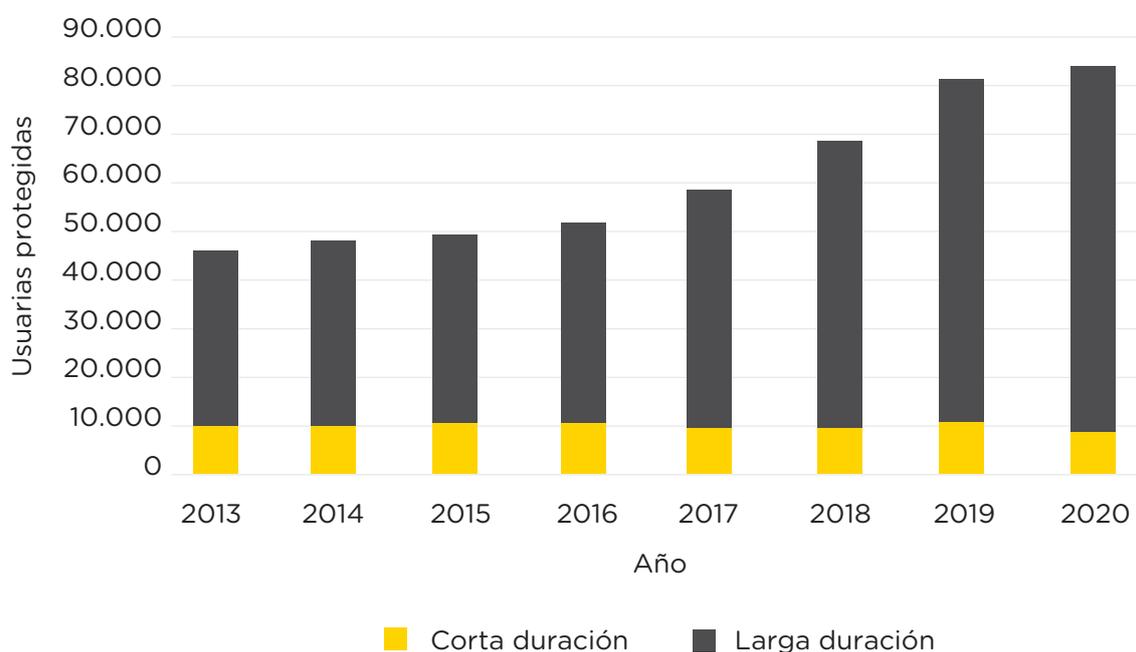
GRÁFICO 12. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través métodos anticonceptivos modernos por duración de los mismos, CABA, 2013-2020.

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



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

GRÁFICO 13. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través métodos anticonceptivos modernos por duración de los mismos, CABA, 2013-2020. **Hipótesis 2.** Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.

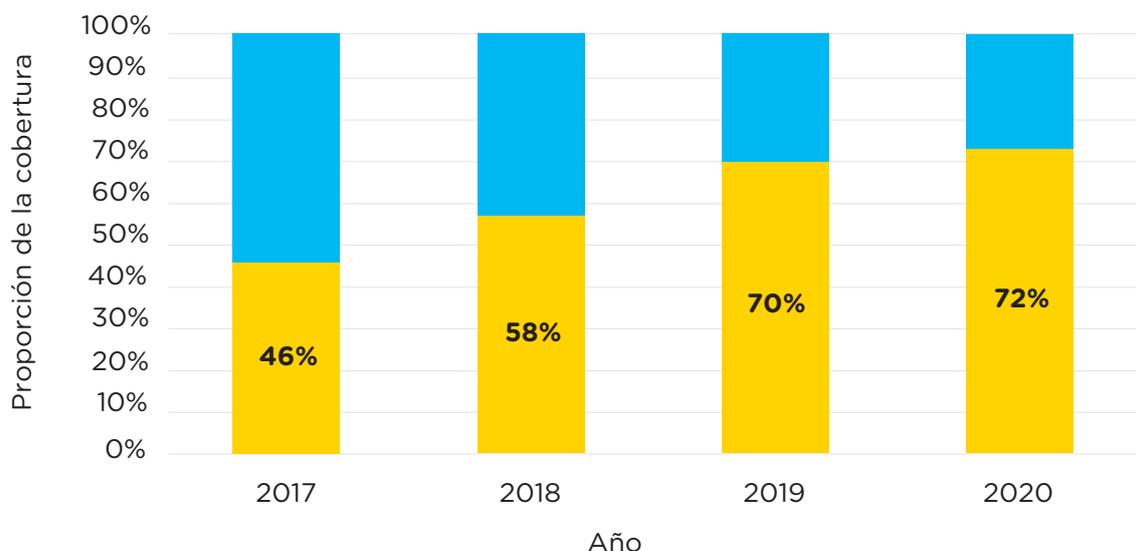


Fuente: CoSSVIHITS (2021).

En síntesis, para 2020, se calcula que entre 73.653 mujeres (hipótesis 1) y 85.002 mujeres (hipótesis 2) contaban con un método anticonceptivo provisto por el subsistema público de salud. Para evaluar la cobertura brindada, es preciso poner estos números en relación con la población objetivo estimada, que en 2020 fue de 118.077 mujeres, lo que daría por resultado alrededor de un 72% de cobertura con métodos anticonceptivos. En el **Gráfico 14** se muestra la cobertura estimada para los últimos años cuatro años (2017-2020), utilizando la información estimada a partir de la hipótesis 2⁸.

8. Se utiliza la hipótesis 2 (todos los métodos fueron distribuidos) porque, si bien se asume que no todos los métodos distribuidos llegan a la población, hay una mayor cobertura que no puede ser cuantificada a partir de la distribución de preservativos (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, págs. 31-33).

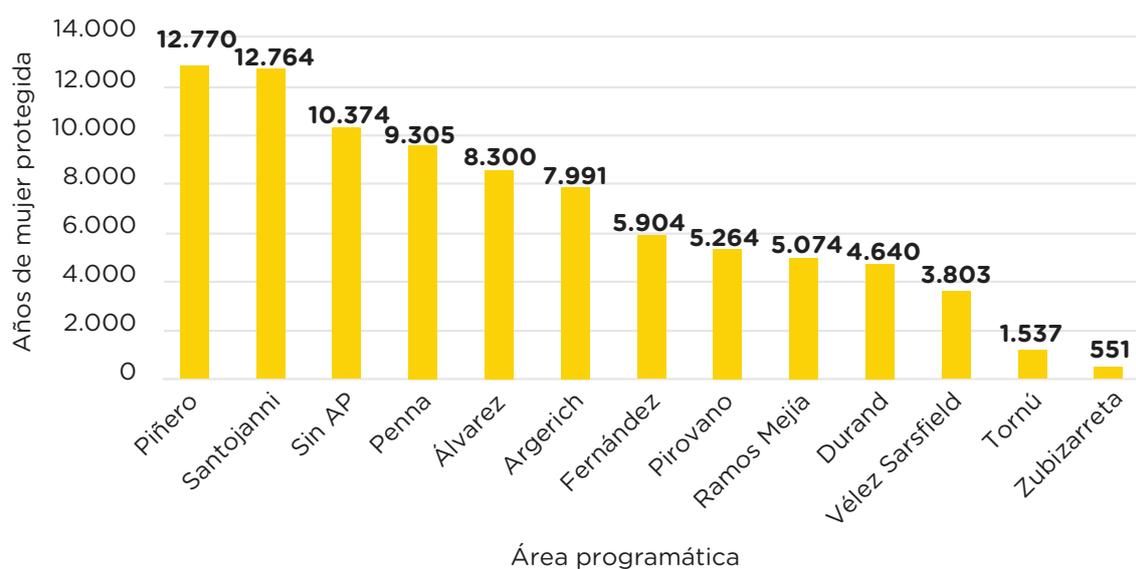
GRÁFICO 14. Proporción de la población objetivo cubierta con MAC, CABA, 2017-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

En el **Gráfico 15** se muestran los años de mujer protegida que brindó cada una de las áreas programáticas (hospitales generales de agudos y centros de salud) en las que se encuentra organizada la ciudad.

GRÁFICO 15. Estimación de la cantidad de años mujer protegida brindados por las áreas programáticas y hospitales que están por fuera de las mismas (sin AP); CABA, 2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021).

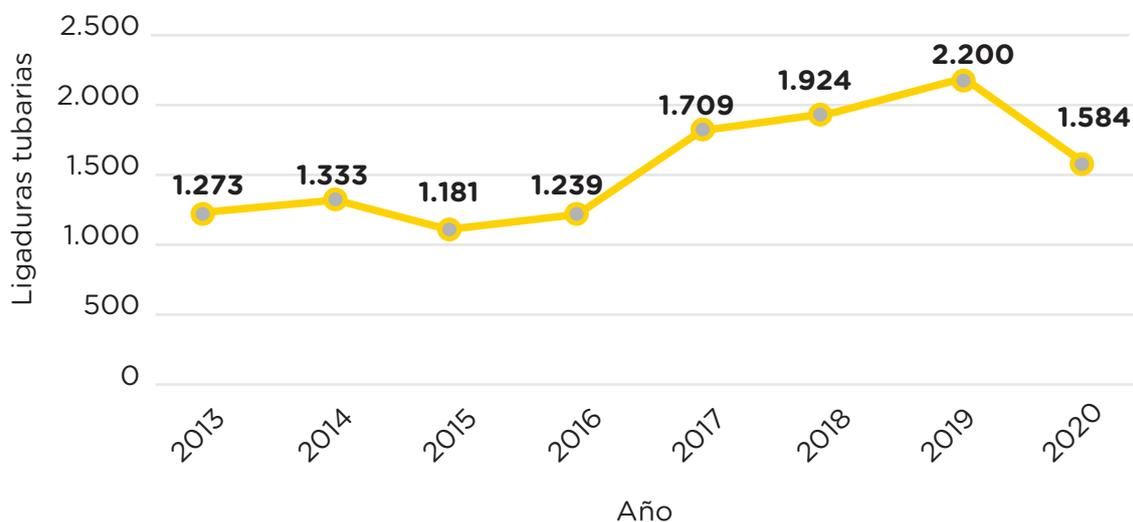
Las mayores cantidades se corresponden con las áreas programáticas de los hospitales Piñero (14,47%, con 12.770 “años mujer protegida”) y Santojanni (14,46%, con 12.764 “años mujer protegida”). Ambas áreas se ubican en la zona sur de la ciudad. El 12% siguiente (10.374 “años mujer protegida”) corresponde a lo que en el gráfico se etiquetó como “Sin AP” y representa el aporte de los hospitales especializados. Se destacan por el volumen la Maternidad Sardá, que concentra más de la mitad de los casos de este grupo y en segundo lugar el hospital Rivadavia con el 28% (2.886 “años mujer protegida”). Siguen en cantidad de años mujer protegida las áreas programáticas de los hospitales Penna con el 10,54%, Álvarez con el 9,40% y Argerich con el 9%. Las áreas con menor proporción se corresponden a las de las zonas centro y norte de la ciudad.

Anticoncepción quirúrgica

En la ciudad de Buenos Aires, la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía) se realiza exclusivamente en los hospitales generales de agudos y en la Maternidad Sardá. La fuente de esta información son los reportes semestrales realizados por los establecimientos, que para el caso de las ligaduras informan además de la cantidad, el momento de su realización.

En el **Gráfico 16** se observa el aumento creciente de ligaduras ocurridas entre 2013 y 2019 y la caída registrada en el año 2020, que fue de un 28% interanual.

GRÁFICO 16. Cantidad de ligaduras tubarias por año, CABA, 2013-2020.



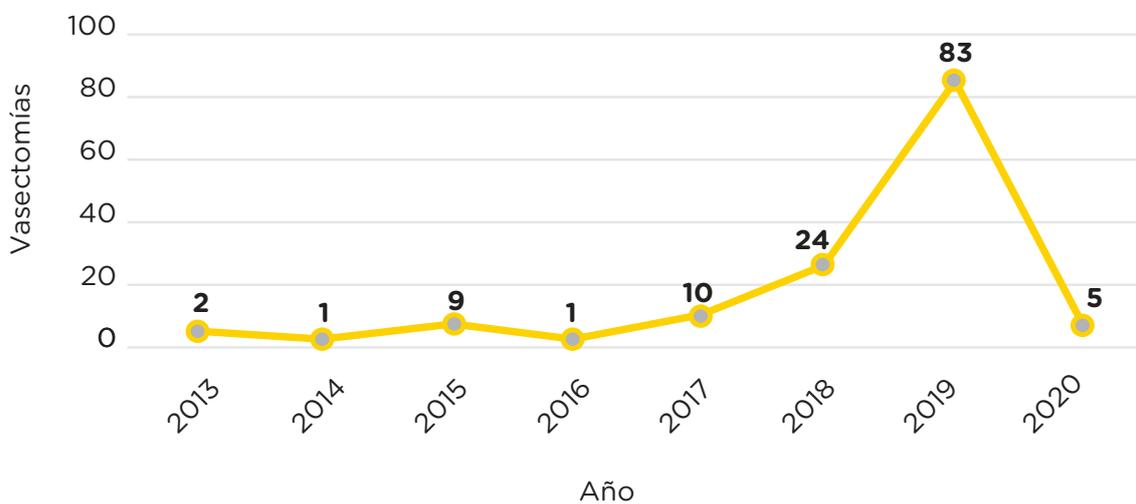
Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes semestrales enviados por hospitales.

En cuanto al momento de realización de las 1584 ligaduras de 2020, el 90% fueron realizadas “intracésárea”, el 5% (“del intervalo”) tuvieron lugar fuera del momento del parto/cesárea y el 5% restante se realizó en el post parto inmediato. Al comparar esta información con la de 2019, se observa que hubo una modificación importante no solo en la cantidad de ligaduras (en 2019 habían

sido 2.200) sino también en el momento en que se realizaron las mismas (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, págs. 43-44). En 2020, como resultado de las medidas referidas al COVID-19, se restringió aún más el acceso a la ligadura tubaria fuera del momento de la cesárea. Por otro lado, como hemos mostrado en páginas anteriores, hubo una disminución del 18% en el número de nacimientos que tuvieron lugar en las maternidades públicas de la ciudad, hecho que posiblemente disminuyó la oportunidad de realizar ligaduras en el momento más frecuente que es el post cesárea y post parto.

En cuanto a las vasectomías (**Gráfico 17**), la caída en 2020 fue casi absoluta, en la medida en que solo fueron reportadas cinco intervenciones. Es posible suponer que este descenso también se debe a las restricciones ocasionadas por el COVID-19 en lo referido a las cirugías electivas.

GRÁFICO 17. Cantidad de vasectomías anuales, CABA, 2013-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes semestrales enviados por hospitales.

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

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

La fuente de información que permite monitorear la política de acceso y calidad a las ILE la constituyen las planillas electrónicas que de modo semestral envían a la CoSSVIHITS los establecimientos que participan de la respuesta. Allí se informa cada uno de los casos atendidos sin consignar ninguna variable que permita identificar a la mujer.

Vale la pena tener presente que en el primer nivel de atención (centros de salud y acción comunitaria), el procedimiento es ambulatorio y hasta las 12,6 semanas de gestación, tal como lo recomiendan las guías de procedimiento producidas en nuestro país (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2019) y por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014). En estos casos, la interrupción se realiza con métodos farmacológicos (misoprostol).

Las gestas mayores a 12,6 semanas se resuelven en el segundo nivel de atención (hospitales generales de agudos y Maternidad Sardá). Las situaciones que reciben son mayoritariamente derivadas desde el primer nivel de atención y la interrupción se realiza durante una internación. Según la situación de la mujer y la capacitación y experiencia de los equipos intervinientes, se utiliza tratamiento farmacológico (con misoprostol) u otros métodos instrumentales, incluyendo el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE). Un objetivo referido a la calidad de la atención es la erradicación del legrado o RUE en el mediano plazo, tal como recomiendan los lineamientos internacionales (IPAS, 2018).

Se utilizan dos conjuntos de indicadores, unos destinados a monitorear el acceso y otros para monitorear la calidad de la atención.

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

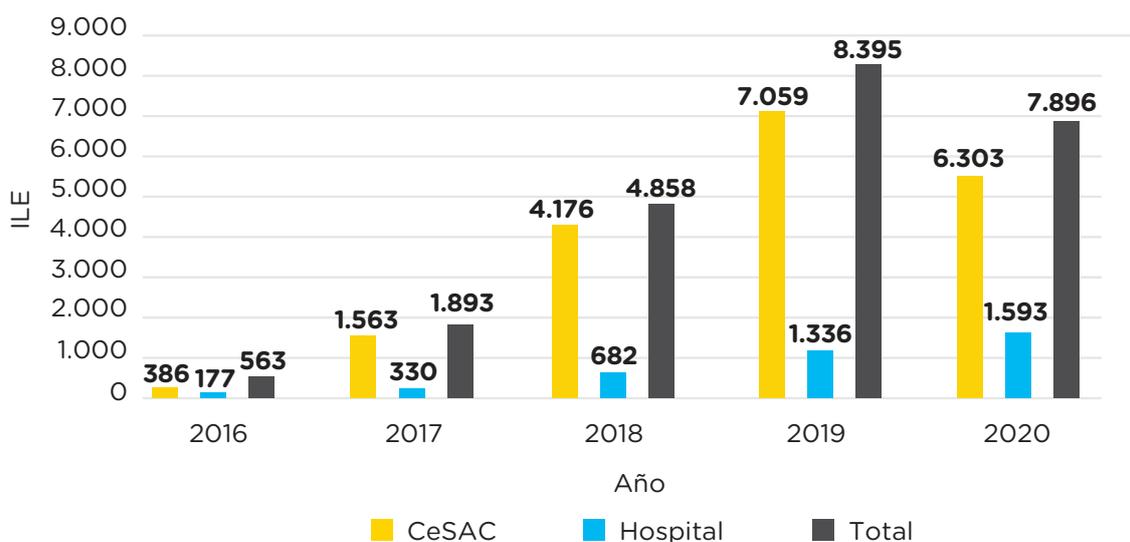
a. Indicadores de acceso

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

- Establecimientos que dan respuesta

En 2014, la respuesta se concentraba casi de modo exclusivo en dos hospitales generales de agudos (Álvarez y Argerich) y en un CeSAC; de este modo, el 89% de las situaciones fueron cubiertas por hospitales (**Gráfico 18**). Este cuadro se fue revirtiendo de modo sostenido: en 2015 prácticamente la mitad de las situaciones ya eran asistidas en el primer nivel de atención y en 2016 se inicia la tendencia que confirma a los CeSAC como la principal puerta de acceso a las ILE. En 2020 el primer nivel de atención dio acceso al 80% (6.303) de las 7.896 ILE realizadas en dicho año. Como se observa en el **Gráfico 18**, es notable también el crecimiento sostenido en la respuesta en cantidad de casos por parte de los hospitales.

Gráfico 18. Cantidad de situaciones de interrupción legal del embarazo (ILE) asistidas por tipo de establecimiento, CABA, 2014-2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

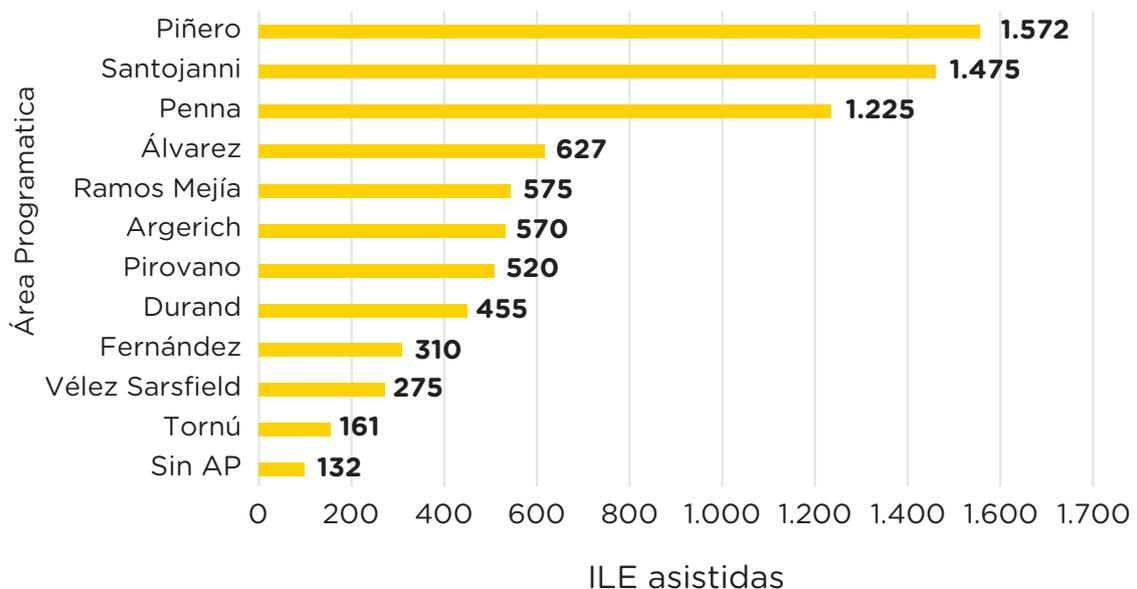
En 2020 disminuyó en 499 el número de situaciones asistidas con respecto al año anterior. Es la primera vez desde que se lleva el registro centralizado de las ILE que ocurre una disminución interanual de casos. Esto podría deberse a las limitaciones en el acceso ocasionadas por la pandemia COVID-19, en particular de las personas residentes en otros municipios que concurren para atender su salud a efectores porteños.

Sin embargo, es también preciso tener en cuenta que en diciembre de 2019, el cambio de gobierno en la Provincia de Buenos Aires le dio un giro de 180 grados a la política de acceso a ILE, lo que se expresó en la jerarquización de lo que era el Programa de Salud Sexual y Reproductiva al rango de Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, la compra masiva de tratamientos de misoprostol y la priorización del acceso a ILE como una de las principales líneas de trabajo del Ministerio de Salud bonaerense (Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 2020).

Estas decisiones políticas habrían redundado en el fortalecimiento de los equipos de salud existentes y en la creación de nuevos equipos capacitados para la realización de ILE y el consecuente aumento en el número de situaciones asistidas durante el primer semestre de 2020, incluso en contexto de pandemia (Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 2020).

En el **Gráfico 19** se muestra la cantidad de casos asistidos por cada una de las áreas programáticas en 2020, y se incluyen también los 132 casos (1,7%) de los hospitales especializados que están fuera de las áreas programáticas: 89 casos del hospital Rivadavia, 29 casos de la Maternidad Sardá, 7 casos del hospital Zubizarreta, 4 casos del hospital Gutiérrez y 3 casos del hospital Elizalde.

Gráfico 19. Acceso a situaciones de interrupción legal del embarazo (ILE) asistidas por área programática, CABA, 2020.



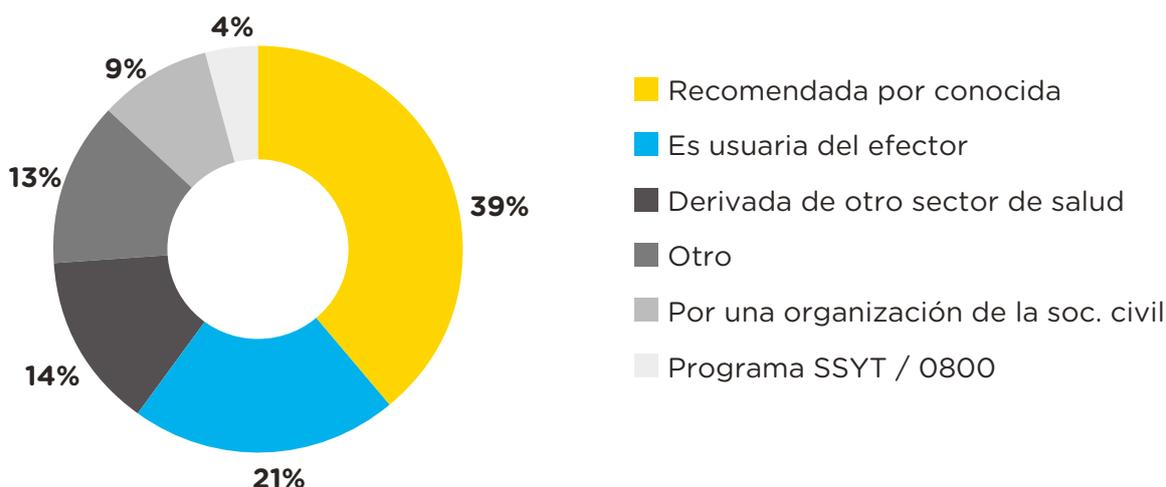
Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Se puede observar (**Gráfico 19**), por un lado, que la respuesta a ILE en 2020 se encontraba presente en todas las áreas programáticas de la ciudad, lo que expresa la expansión de la política pública. Por otro lado, las tres áreas de la zona sur (Piñero, Santojanni y Penna) explican más de la mitad (54%, es decir 4.272 casos) de las situaciones, lo que mostraría que la demanda y la oferta de acceso aumentan en las comunas en las que es mayor la proporción de población con cobertura exclusiva del sistema público de salud. Como fue dicho, es también la zona de la ciudad donde se concentran la mayor parte de los CeSAC. Es preciso destacar también el aumento en el número de casos que resolvieron las áreas correspondientes a las zonas centro y norte de la ciudad, salto ocurrido en los dos últimos años.

- Modo de llegada a la consulta por ILE

A fin de conocer los canales a través de los cuáles las personas tomaron conocimiento sobre la posibilidad de acceder a una ILE se incluyó en la planilla de registro una pregunta destinada a recabar esta información. Se presenta la información discriminada por tipo de efector.

Gráfico 20. Modo de llegada a los CeSAC para una ILE (N=5.625). CABA, 2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

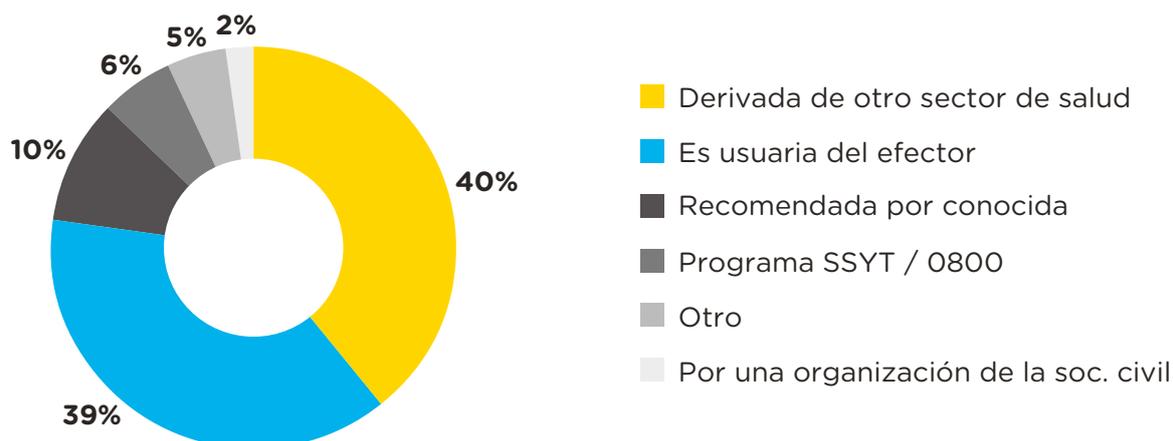
Para el caso de los CeSAC (**Gráfico 20**), las modalidades más frecuentes fueron la recomendación de una persona conocida (39%); en el 21% de los casos la persona ya era usuaria del centro de salud y, en tercer lugar, con el 14%, la persona llegó fue derivada por otro efector de salud. En menor proporción la llegada se debió a la información brindada por una organización de la sociedad civil, por la Línea 0800 de Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación⁹ y por otros canales no especificados.

9. Las consultas o reclamos que recibe la Línea 0800 de Nación llegan al equipo de Salud Sexual y Reproductiva de la CoSSVIHITS y de allí se realizan las derivaciones que son requeridas.

Al comparar estos modos de llegada con los reportados para en 2019 (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, págs. 50-51) se observan los siguientes cambios. En primer lugar, hubo un aumento importante de la categoría “recomendada por conocida”, lo que hablaría de la instalación de la política en la medida en que se profundiza la llegada por el “boca a boca”. Hay un descenso de la proporción de personas que llegan derivadas de otro efector (que era el segundo modo de llegada en 2019 y pasó a tercero en 2020). Es posible que, ante las dificultades de movimiento impuestas por el aislamiento ocasionado por la pandemia, los equipos hayan priorizado resolver las situaciones que llegaban, evitando traslados mayores a las mujeres.

Como es de esperar, son muy diferentes los modos de llegada de las usuarias a los hospitales o establecimientos de segundo nivel que, como ya fue mencionado, son equipos especializados en la resolución de gestas mayores a 12,6 semanas (**Gráfico 21**).

GRÁFICO 21. Modo de llegada a los hospitales para una interrupción legal del embarazo (ILE). (N=1.510) CABA, 2020.



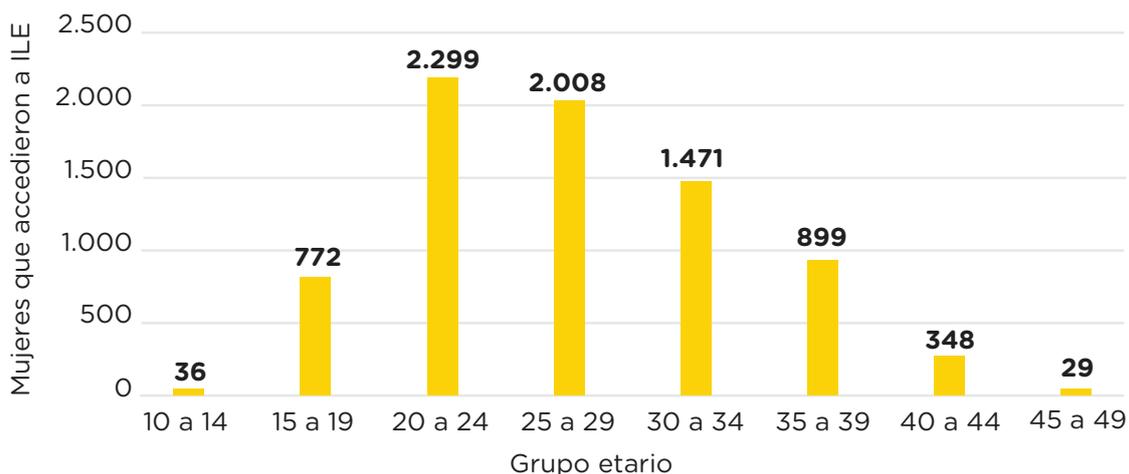
Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El año 2020 trajo también cambios importantes en los modos de llegada a los hospitales, si lo comparamos con la situación de 2019 (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, págs. 50-51). Por un lado, y de modo consistente con lo observado para el caso de los CeSAC, aquí disminuyó el número de mujeres que llegaron derivadas de otra institución, siendo para el 2020 el 40% de los casos. Por otro lado, aumentó de modo notable la cantidad de personas “usuarias del efector” (39%) lo que posiblemente muestre una mayor derivación de casos desde otros servicios del mismo hospital a los equipos a cargo de ILE. Estas primeras dos categorías representan casi el 80% de los casos.

- Edad de las mujeres

Las personas que accedieron a una ILE en 2020 (**Gráfico 22**) tenían entre 13 y 48 años; los grupos más numerosos fueron los de 20 a 24 años y de 25 a 29 años. La edad promedio de las mujeres asistidas fue 27 años.

GRÁFICO 22. Distribución etaria de las mujeres que accedieron a una interrupción legal del embarazo (ILE). (N=7.862) CABA, 2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El 10% de las situaciones ocurrieron en adolescentes (10 a 19 años). De estas, 36 eran niñas que tenían entre 13 y 14 años y 772, entre 15 y 19 años. Este porcentaje muestra un descenso respecto de 2019, cuando la proporción de adolescentes fue el 14% de las situaciones. La baja parece ser consistente con el descenso de la tasa de fecundidad adolescente mostrada en páginas anteriores y que, como veremos, se expresa también en la disminución de partos dentro de ese grupo etario.

Tomando como referencia la definición de la OMS, que establece como adolescencia temprana la que va de 10 a 14 años y como adolescencia tardía la que se extiende entre los 15 y 19 años, se observa que, si bien hubo consultas de adolescentes tempranas, la mayoría de los casos en población adolescente fue en las adolescentes tardías.

La “distribución de partos por edad de las mujeres en quinquenios” relevada a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP) en 2020 por el Departamento Materno Infantil permite comparar la estructura de edad de las mujeres que tuvieron un parto y aquellas que accedieron a una ILE en los establecimientos públicos del sistema de salud. Se muestran los resultados de la comparación en la **Tabla 6** y en el **Gráfico 23**.

En la **Tabla 6** se han volcado, para los diferentes grupos de edad (< 15 años, 15 a 19, etc.), la cantidad de casos ocurridos (N) para cada uno de los eventos y el porcentaje (%) que representan sobre el total de partos¹⁰ (15.852) e ILE (7.896), lo que permite comparar la estructura de edad de los dos eventos obstétricos.

TABLA 6. Partos e ILE ocurridos en establecimientos públicos por grupo de edad de las mujeres, CABA, 2020.

Estructura de edad	Partos en maternidades públicas. (SIP 2020, DMI)		ILE (2020) hechas por el sistema público (CoSSVIHITS)	
	N	%	N	%
Menores de 15 años	30	0,2	36	0,5
15 a 19	1.465	9,2	772	9,8
20 a 34	11.837	74,7	5.778	73,5
35 a 44	2.412	15,2	1.247	15,9
45 a 49	15,9	0,2	29	0,4
Mayores de 49	3	0	0	0
Sin dato	71	0,4	0	0
Total	15.852	99,9%	7.862	100%

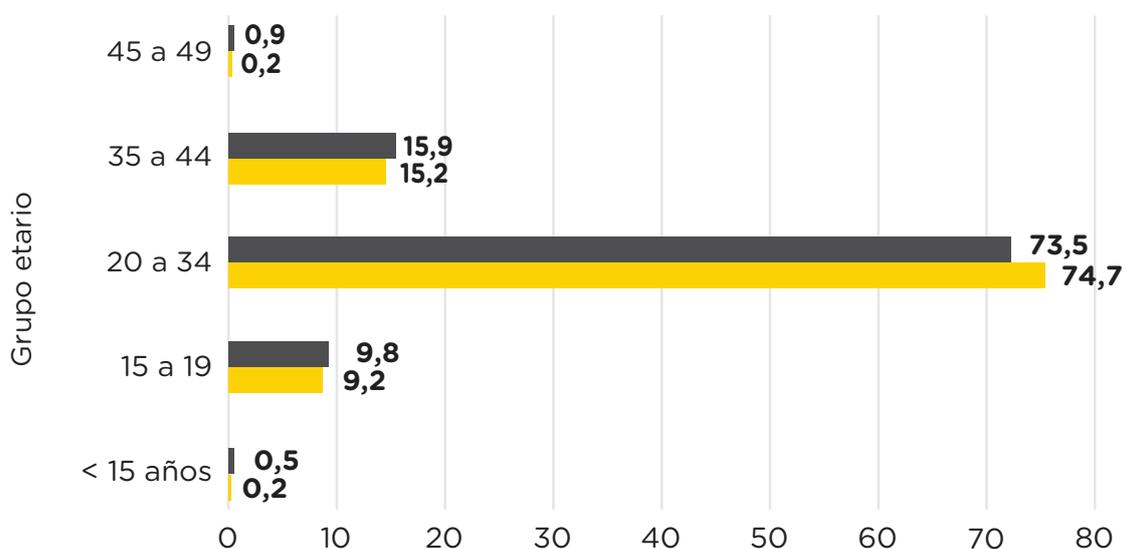
Fuente: CoSSVIHITS (2021) a partir de información provista por DMI (SIP 2020) e información sobre acceso a ILE 2020.

Así, por ejemplo, entre las menores de 15 años, 30 niñas tuvieron un parto, lo que representó el 0,25 de los 15.852 partos ocurridos. Para el caso de las ILE fueron 30 los casos en menores de 15 años, lo que representó el 0,5% de las 7.862 ILE.

En el **Gráfico 23** se muestra la comparación de todos los grupos etarios para los dos eventos.

10. Los 15.852 partos sobre los que se cuenta información sobre la edad de las mujeres son aquellos que fueron cargados en el SIP, lo que representa el 93% de los 16.998 partos reportados por las maternidades.

GRÁFICO 23. Partos e ILE sistema público, por grupo etario, expresado en porcentajes, CABA, 2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) a partir de la información provista por la DMI (SIP, 2020) y datos propios sobre ILE 2020.

Lo más destacable es la enorme semejanza en la estructura de edades de las dos poblaciones, es decir las que tuvieron un parto y las que tuvieron una ILE.

- Edad gestacional al momento de solicitar la ILE

El dato de la edad gestacional al momento de la primera consulta por interrupción legal del embarazo (**Tabla 7**) pudo ser recuperado en 7.770 situaciones. De estas, el 89% (6.910) llegaron en el primer trimestre y el 11% (643) en el segundo trimestre de gestación.

TABLA 7. Distribución de las ILE por edad gestacional y tipo de establecimiento donde se realizó la primera consulta, CABA, 2020.

	=< 12,6 semanas	13 a 17,6 semanas	18 y más semanas	Total
Hospital	961	442	151	1.554
CeSAC	5.949	201	66	6.216
Total	6.910	643	217	7.770

Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El 96% (5.949 casos) de las situaciones de ILE a las que dieron acceso los Ce-SAC fueron mujeres con gestas de hasta 12,6 semanas (**Tabla 7**). En los hospitales recibieron el 62% (961) de los casos en el primer trimestre, el 28% (442) de los casos con gestas mayores a 12,6 semanas y hasta 17,6 semanas, y un 10% (151) corresponde a las gestas de 18 semanas y más, muchas de las cuales corresponden a adelantamiento de parto por inviabilidad fetal.

- Causales en las que se encuadró la ILE

En nuestro país, hasta la sanción de la Ley de IVE No. 27.610¹¹, las interrupciones legales del embarazo se definían exclusivamente en función de las causales habilitadas por el Código Penal, estas son Causal Salud (física, psíquica y/o social), Riesgo para la Vida y Violación. Los casos de “feto incompatible con la vida” se pueden encuadrar en la Causal Salud, cuando se detectan antes de las 24 semanas de gestación. En los casos en los que la interrupción se realiza luego de las 24 semanas, la misma se encuadra en los permisos que habilita la Ley 1044, conocida como “Ley de adelantamiento del parto”.

La o las causales por las que los equipos de salud dieron lugar a ILE en el año 2020 surgen de la información que intercambian con la mujer cuando llega al establecimiento. El equipo de salud puede identificar más de una causal, por lo que éstas no son categorías excluyentes.

Con respecto a las situaciones asistidas por los equipos de salud en los últimos cinco años (2016-2020), se observa (**Tabla 8**) que la causal Salud es la más frecuentemente reportada; en segundo lugar, la causal Violación; en tercer lugar, la causal Riesgo para la vida y en un lejano cuarto lugar, la existencia de un feto incompatible con la vida.

TABLA 8. Causales de acceso a las ILE, CABA, 2016-20.

	2016	2017	2018	2019	2020
Salud	364	1.460	4.300	7.372	7.327
Riesgo para la vida	45	221	336	611	496
Violación	169	363	578	858	545
Feto incompatible con la vida	25	49	71	101	89

Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

11. Sancionada el 30 de diciembre de 2020, promulgada el 15 de enero de 2021 y vigente a partir del 24 de enero de 2021.

b. Indicadores de calidad de la atención

Se presentan por último algunos indicadores que permiten conocer la calidad de la atención de las interrupciones legales del embarazo. Estos son: tiempo de resolución, uso de misoprostol para resolución de ILE en el primer nivel de atención, tipo de procedimientos farmacológico y/o instrumental (AMEU/RUE) a nivel hospitalario, provisión de método anticonceptivo luego del procedimiento (AIPE) y tipo de método provisto.

- Tiempo para la resolución de la ILE

El indicador “tiempo de resolución de la ILE” expresa la cantidad de días que transcurrieron entre la primera consulta y la realización del procedimiento¹². Para obtener este valor, es preciso contar con la información referida a la edad gestacional al momento de la primera consulta y al momento de la interrupción. Esta información se pudo recuperar, para 2020, en 5.198 casos (Tabla 9).

TABLA 9. Tiempo de resolución de las ILE (N= 5.198), CABA, 2020.

Tiempo en semanas	Cantidad de casos
Hasta 1 semana	4.071
1,1 a 2 semanas	639
Más de 2 semanas	488
Total	5.198

Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El valor mínimo de tiempo de espera fue menor a una semana (es decir, entre 0 y 6 días) y el valor máximo fue de 10 semanas. El tiempo promedio de espera fue de 4,8 días. Este último valor es muy inferior al que se había obtenido en 2019, cuando el tiempo promedio de espera fue de una semana y cuatro días (11 días) (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020, pág. 57).

En 2020, el 78% (4.071) de las situaciones se resolvieron en un plazo máximo de una semana; el 12% (639) en dos semanas y un 9% (488) insumieron más de dos semanas. Estos tiempos de resolución fueron mucho más breves que los reportados para el 2019¹³.

Esta información sobre la mejora en los tiempos de resolución es consistente con la mostrada anteriormente referida a la disminución de derivaciones entre

12. Vale la pena tener en cuenta que la Ley de IVE fija un plazo de hasta 10 días para cumplir con la prestación.

13. En 2019 el 63% de las situaciones se resolvieron en un plazo máximo de una semana, el 14% en “hasta dos semanas” y el 22% insumieron más de dos semanas.

efectores, lo que pone de manifiesto que los equipos aumentaron su capacidad de resolución para disminuir los desplazamientos de las mujeres, que eran tan dificultosos debido a las medidas de ASPO y DISPO.

- Uso de misoprostol en el primer nivel de atención

En función de los lineamientos para la realización de ILE con uso de misoprostol exclusivo (IPAS, 2018), es esperable que la mayoría de las situaciones que se presentan en el primer nivel de atención (gestas de hasta 12,6 semanas) puedan ser resueltas con un tratamiento de 12 comprimidos.

A fin de conocer cómo fue la eficacia del uso misoprostol para las gestas de hasta 12,6 semanas, se han seleccionado los casos de los CeSAC en los cuales constaba la edad gestacional de finalización. Esto permitió estudiar 3.792 casos (Tabla 10). En el 93% de los casos (3.526) la interrupción se realizó utilizando un tratamiento (hasta 12 comprimidos). El 6% (242 casos) requirió hasta dos tratamientos y un 1% (24 casos) más de 2 tratamientos.

TABLA 10. Tratamientos de misoprostol requeridos para realizar ILE en CeSAC (N=3.792), CABA, 2020.

Cantidad de comprimidos	Cantidad de casos	Proporción
Hasta 12 comprimidos	3.526	93%
13 a 24 comprimidos	242	6%
25 y más	24	1%
Total	3.792	100%

Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

- Modalidad no farmacológica/instrumental de resolución de ILE

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

Sobre 1.593 ILE reportadas por los hospitales durante 2020, se informó que 615 casos fueron resueltos a través del uso exclusivo de misoprostol. En 706 casos se utilizó algún tipo de procedimiento instrumental (Tabla 11).

En el 50% de los casos (355 situaciones) se utilizó la AMEU, en el 33% (236 casos) se recurrió a la RUE, en el 0,2% (2 casos) se hizo AMEU + RUE, en el 10% (73 casos) se hizo dilatación y evacuación, y en un 6% (39 casos) se indica “otro”.

TABLA 11. Procedimientos instrumentales utilizados en hospitales para ILE (N=705), CABA, 2020.

Procedimiento utilizado	Cantidad de intervenciones
AMEU	355
RUE	236
AMEU + RUE	2
Dilatación y evacuación	73
Otros	39
Total	706

Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El monitoreo de este indicador en los últimos cuatro años muestra que la razón AMEU/RUE fue aumentando de modo progresivo a lo largo del tiempo, al mismo tiempo que los establecimientos de salud fueron logrando incorporar el procedimiento de la AMEU en su práctica habitual (Resumen de indicadores, pág. 53).

- **Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE)**

La realización de consejerías para la elección de método anticonceptivo y la provisión de uno en el post aborto es una práctica que refiere a la calidad de la atención brindada. Para 2020, la información sobre la provisión de métodos estuvo disponible en 6.349 casos, como se muestra en la **Tabla 12**.

TABLA 12. Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE) (N=7.896), CABA, 2020.

Provisión de AIPE	Cantidad de casos
Sí	4.421
No regresó	1.161
No aplica	363
No	323
No desea	81
Sin datos	1.547
Total	7.896

Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

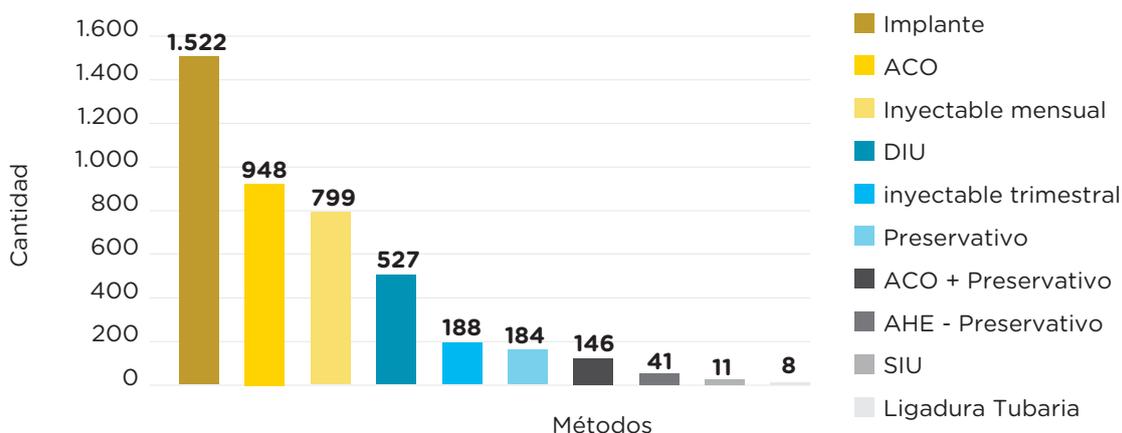
Los datos muestran entonces que, sobre 7.896 casos, se provió de un método al 56% de las personas asistidas (4.421). Este valor es el más alto desde que se comenzó a monitorear el indicador (Resumen de indicadores, pág. 53).

En cuanto a la provisión de AIPE por tipo de establecimiento, en los hospitales el 66% de los casos terminaron con la provisión de un método anticonceptivo y en los CeSAC ese porcentaje fue de 55%. Esta tendencia es la misma que fue observada en años anteriores. La diferencia podría explicarse por el hecho de que es frecuente que las ILE realizadas en hospital requieran de internación y al hecho de que se conozca con certeza la interrupción de la gesta, algo que no ocurre cuando la ILE se realiza de manera ambulatoria como es en el 100% de los casos en el primer nivel de atención.

- Método provisto

Fue posible recuperar la información sobre el método provisto en 4.374 situaciones (**Gráfico 24**). El más provisto (1.522 casos) fue el implante, seguido en lejano segundo lugar por pastillas (948), inyectable mensual (799) y DIU (527). Los métodos restantes registran valores inferiores.

GRÁFICO 24. Método anticonceptivo provisto luego de la ILE (N=4.374), CABA, 2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Si recurrimos a la clasificación de métodos de corta y larga duración, se observa (**Gráfico 25**) que más de la mitad de las mujeres (53%) adoptaron un método de corta duración y en el 47% de los casos, uno de larga duración. Vale la pena destacar que en muchos casos las/os profesionales que completaron las planillas de registro de casos de ILE consignaron que se brindaba un método de corta duración como método transitorio hasta la colocación de uno de larga duración, pero se ha seguido el criterio de registrar para este análisis el método efectivamente brindado a la mujer en el momento inmediato posterior a la realización de la ILE.

GRÁFICO 25. Métodos provistos en AIPE según su duración (N=4.374), CABA, 2020.



Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Al comparar este indicador con el de 2019, se observa que hubo un descenso en la proporción de métodos de larga duración, que había alcanzado el 51% en el período anterior. Este descenso de la provisión de métodos de larga duración es consistente con el descenso general que tuvieron en el 2020 la colocación de DIU e implantes, así como la realización de ligaduras tubarias.

Estos descensos se debieron muy probablemente a los temores que se generaron en los equipos de salud, en el contexto de la pandemia COVID-19. Es preciso señalar que tanto desde el Ministerio de Salud de la Ciudad como desde el Ministerio de Salud de la Nación se generaron protocolos para mejorar la protección de los equipos a la hora de realizar las prácticas, con miras a garantizar el derecho al acceso de las usuarias minimizando los riesgos de los equipos (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2020).

Consejerías en salud sexual a cargo de CeSAC en escuelas medias: resultados de un relevamiento

Durante 2019 y 2020 se llevó a cabo un relevamiento para conocer la articulación entre los centros de salud del primer nivel y las escuelas medias porteñas¹⁴. Se incluyeron los centros de salud que realizaban actividades en escuelas con eje en salud sexual y reproductiva, utilizando el dispositivo de consejerías integrales en salud sexual y reproductiva.

Este relevamiento forma parte de un proyecto que propone fortalecer la articulación entre los equipos de salud y las escuelas medias, a través de las consejerías integrales, considerando que el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es un factor esencial para el desarrollo de las personas, ya que promueve su autonomía, el autocuidado, la soberanía sobre su cuerpo y el libre ejercicio de su sexualidad. A su vez, se toma el dispositivo de consejerías por tratarse de un modelo de atención en salud con perspectiva de género, derechos y diversidad, que propone un espacio de encuentro entre los equipos de salud y los/as usuarios/as (integrantes de la comunidad educativa, en este caso), que facilita el intercambio de saberes, en un ámbito de respeto y confidencialidad.

La **Figura 2** muestra los efectores de salud del primer nivel y las escuelas medias donde se desarrollan las consejerías integrales en la Ciudad. El mapa fue confeccionado con los datos relevados a través de referentes locales de salud sexual y reproductiva en el período de tiempo mencionado y, por tanto, está sujeto a modificaciones que acompañan el trabajo territorial de los equipos, y que inevitablemente se vio afectado por las restricciones vinculadas a la pandemia.

Si bien en las escuelas se desarrollan talleres y charlas en el marco de la articulación entre salud y educación, cabe mencionar que para el análisis y la elaboración del mapa se consideró exclusivamente el dispositivo consejerías, por los motivos mencionados previamente.

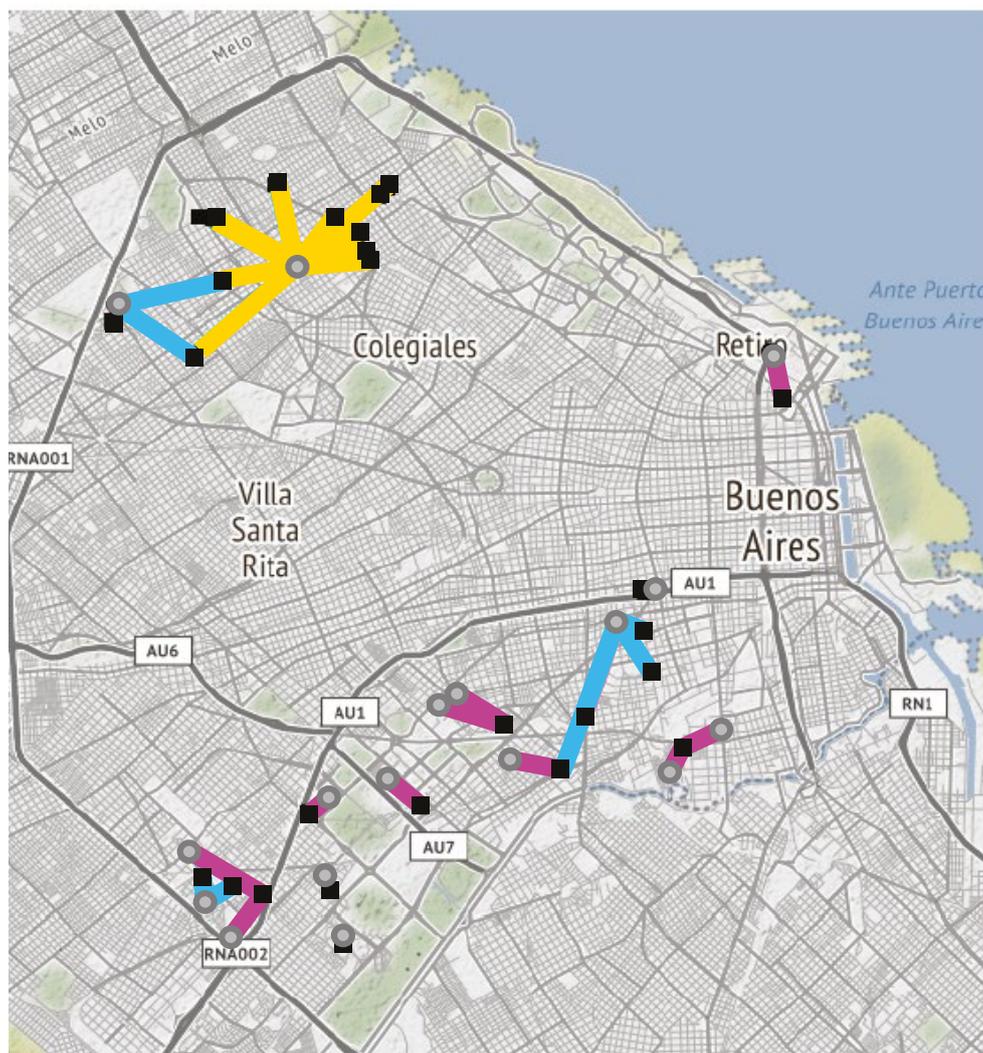
Se observa que 17 centros de salud del primer nivel desarrollaban consejerías en CABA, 13 de ellos ubicados en la zona sur de la ciudad y 4 en la zona norte/centro. A su vez, los 13 centros mencionados en la zona sur articulan con 18 escuelas medias, mientras que los 4 ubicados en las zonas norte y centro lo hacen con 16 escuelas, lo que representa un total de 34 escuelas medias que contaban con consejerías al momento del relevamiento. Resulta interesante mencionar

14. Se presenta un breve resumen del relevamiento realizado en el marco de la beca de capacitación "Consejerías Integrales en salud sexual y salud reproductiva: articulación e integración intersectorial para garantizar derechos", otorgada por la Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA. El trabajo estuvo a cargo de Pía Elissetche, bajo la dirección de Graciela Giorgetti, integrante de la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS.

que no solamente un mismo centro de salud articula con distintas escuelas, sino que distintos centros realizan actividades en las mismas escuelas, con el fin generalmente de poder mejorar el alcance de la población estudiantil.

En el mapa se representan con 3 colores distintos la articulación existente de acuerdo a la cantidad de escuelas con las cuales un mismo efector de salud articule.

FIGURA 2. Mapeo de consejerías en salud sexual y reproductiva en escuelas en articulación con equipos de CeSAC, CABA, 2019-2020.



Coordinación

- Una escuela
- Entre 2 y 5 escuelas
- Más de 6 escuelas

Establecimiento

- CeSAC
- Escuela

Fuente: CoSSSVIHITS (2021) “Articulación intersectorial entre centros de salud del primer nivel y escuelas medias mediante el dispositivo de consejerías integrales en SSyR”.

Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires (2016-2020)

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	Observaciones
-----------	------	------	------	------	------	---------------

POBLACIÓN

Se agrupan los indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública

Porcentaje de población porteña con cobertura pública exclusiva <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>	18,70%	20%	18,70%	18,70%	---	
Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer) <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	1,7	1,54	1,53	1,48	---	
Niños nacidos de mujeres de hasta 14 años <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos sobre la base de Estadísticas Vitales.</i>	31	24	23	20	---	Cantidad de niños nacidos de mujeres residentes de CABA menores a 15 años.
Proporción de niños nacidos de mujeres 15 a 19 años <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	5,30%	5,20%	4,20%	3,40%	---	Proporción sobre el total de nacidos vivos de mujeres residentes en CABA, cuyas edades eran entre 15 y 19 años.
Tasa de fecundidad adolescente 15 a 19 (x 1000) <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	22,7	20,1	16,2	12,4	---	

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	Observaciones
Cantidad de nacimientos de mujeres residentes <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	38.954	35.021	34.640	33.397	---	
Población objetivo estimada <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	---	126.468	117.520	117.001	118.077	Estimado del número de mujeres que tendrían que recibir métodos anticonceptivos en un año determinado.
ACCIONES PROGRAMÁTICAS Se refiere a desarrollos institucionales en los diferentes niveles de implementación de la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva						
Canasta de insumos <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	14 productos que incluyen 12 tipos de métodos anticonceptivos, test de embarazo y misoprostol					
Cantidad de puntos de servicio o establecimientos que brindan respuesta <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	66	67	69	69	70	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuales hay al menos un equipo que brinda respuesta en SSyR
Cantidad de establecimientos que brindan atención completa (todos los métodos e ILE) <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	36	52	53	60	61	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuáles hay un equipo que brinda todas las prestaciones de SSyR (métodos de corta y larga duración y acceso a Interrupción Legal del Embarazo (ILE))
Cantidad de tratamientos de misoprostol enviados al primer nivel de atención <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	380	1.474	4.700	7.246	6.999	Cada tratamiento equivale a 12 comprimidos.

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	Observaciones
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS						
Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias						
<p>Años de mujer protegida con métodos anticonceptivos modernos</p> <p><i>Fuente: CoSSVIHITS. Elaboración con base en el método paramétrico. (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CoSSVIHITS-MS-GCBA, marzo de 2019)</i></p>	Entre 45.355 y 51.449	Entre 51.191 y 58.078	Entre 60.089 y 68.322	Entre 74.982 y 85.566	Entre 73.653 y 85.002	Número estimado de mujeres cubiertas de modo anual por un método anticonceptivo provisto por el sistema público de salud. Se basa en la distribución de insumos y el reporte de ligaduras tubarias enviado por los hospitales. Para el caso de los insumos se consideran dos hipótesis: pérdidas del 15% o aprovechamiento de todo lo distribuido. Así se presentan para cada año dos valores que resultan de considerar las dos hipótesis.
<p>Cobertura estimada de mujeres con métodos anticonceptivos</p> <p><i>Fuente: CoSSVIHITS. Elaboración con base en el método paramétrico. (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019)</i></p>	---	Entre el 40% y el 46% de la población objetivo	Entre el 51% y el 58% de la población objetivo	Entre el 64% y el 73% de la población objetivo	Entre el 62% y el 72% de la población objetivo	Proporción de la población objetivo que habría accedido a un método anticonceptivo desde un establecimiento público de salud en un año
<p>Cantidad de Interrupciones Legales del Embarazo atendidas</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	538	1.899	4.858	8.388	7.896	Número de situaciones asistidas de ILE por los establecimientos del sistema público de salud

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	Observaciones
<p>Proporción de las mujeres que accedieron a una ILE, que lo hicieron a través de un CeSAC</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	69%	83%	86%	84%	80%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE a través de los centros de salud del primer nivel de atención. Así por ejemplo, para el año 2020, sobre un total de 7896 ILE, el 80% accedió a través de un CeSAC.
<p>Proporción de adolescentes de 10 a 19 años sobre el total de mujeres que accedieron a una ILE</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	22%	21%	16%	14%	10%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE de las adolescentes. Así por ejemplo para el año 2020, sobre un total de 7896 ILE, el 10% eran adolescentes que tenían entre 10 y 19 años.
<p>Proporción de las mujeres que accedieron a una ILE con Edad Gestacional “hasta 12 semanas”</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	79%	83%	85%	88%	89%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE en edades gestacionales tempranas. Así por ejemplo, de las 7.896 situaciones en el año 2020, el 89% de las mujeres llegaron al sistema con una edad gestacional menor o igual a las 12 semanas.
<p>Proporción de los casos de ILE que se resolvieron antes de las 2 semanas</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	89%	87%	84%	78%	90%	El indicador se propone monitorear el tiempo transcurrido entre el momento en que la situación se encuadra como ILE y la misma se concreta. Así por ejemplo, para el año 2020, sobre un total de 7896 ILE, el 90% fueron resueltas en un lapso menor a las dos semanas.

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	Observaciones
<p>Proporción de los casos de ILE resueltos con 12 comprimidos de misoprostol</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	83%	82%	86%	92%	93%	Este indicador sólo se utiliza para monitorear las ILE realizadas en los Centros de Salud, con tratamiento farmacológico exclusivo. Así por ejemplo, para el año 2020, sobre un total de 6303 ILE realizadas en los Centros de Salud, el 93% pudo resolverse utilizando un máximo de 12 comprimidos de misoprostol.
<p>Razón AMEU^[1]/RUE^[2]</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	0,4	1,4	2	1,3	1,5	El indicador sólo se utiliza para monitorear las ILE realizadas en Hospitales con procedimientos instrumentales. Para el año 2020 se realizaron 705 ILE con procedimiento instrumental, por cada RUE se hicieron 1,5 AMEU.
<p>Proporción de mujeres que luego de acceder a una ILE recibieron en el post aborto un método anticonceptivo</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	---	33%	49%	49%	56%	El indicador se propone monitorear la provisión efectiva de un método anticonceptivo a las mujeres a las que se les realizó una ILE.

[1] Aspiración manual endouterina.

[2] Raspado uterino evacuador.

Participantes

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

Participaron de la recolección y análisis de los datos el Coordinador del equipo, Fabián Portnoy, junto a Fabiana Trillo, Graciela Giorgetti y Ariel Aguerri (Gestión de Insumos para anticoncepción), Viviana Mazur y Laura Pistani (Interrupción legal del embarazo) y Ángeles Capresi (anticoncepción quirúrgica).

Agradecemos los aportes de Pía Elissetche, que en el marco de su beca de investigación produjo el apartado sobre articulación entre salud y educación. También agradecemos la lectura crítica del documento final de parte de Sharon Josid, residente de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

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

- | | | |
|------------------------|--------------------|-----------------------|
| » Adolfo Martire | » Carolina Siufi | » Eugenia Sapino |
| » Adriana Olaondo | » Cecilia López | » Felicitas Hernández |
| » Aldana Tesone | » Cecilia Zunana | » Fernando D'ippolito |
| » Alejandra Butti | » Cindy Kapusta | » Florencia Carra |
| » Alejandra Guillermon | » Cintia Pelegrin | » Florencia Salesi |
| » Alicia Martínez | » Claudia López | » Florencia Tropeano |
| » Ana Rivelis | » Mosteiro | » Gabriela Oliva |
| » Anahi Sánchez | » Claudia Teodori | » Gabriela Pérez |
| » Analía Bruno | » Claudia Vacis | » Giambroni |
| » Analía Messina | » Claudio Odorico | » Gabriela Pundyk |
| » Andrea Benhabib | » Constanza Franco | » Gabriela Rodríguez |
| » Candela Castro | » Daiana Silver | » Gaby Centurión |
| » Carla Lavagnino | » Dalila Camacho | » Geraldine Kon |
| » Carla Monetta | » Damián Serrano | » Gilda Mara Diego |
| » Carlos Sanz | » Daniela Grad | » Gisella Silberszac |
| » Carlos Seglin | » Daniela Gritta | » Gladys Saladdino |
| » Carlota López | » Daniela Ramos | » Graciela Abudara |
| » Kaufman | » Débora Goldhar | » Graciela Álvarez |
| » Carolina Burda | » Eliana Carluccio | » Griselda Benítez |
| » Carolina Norymberg | » Ester Ashifu | » Guillermo Fernández |

- » Guillermo Mendelzon
- » Irene Bromiker
- » Ivonne Rodríguez Sereno
- » Jimena Gil Costa
- » Jorge Ortí
- » Josefina Pavón
- » Juan Calvetti
- » Julieta Briglia
- » Julieta Galetar
- » Julieta Wainfeld
- » Karina Pannia
- » Karina Terán
- » Lara Salceek
- » Laura Gómez
- » Laura Rago
- » Laura Turelli
- » Leticia Andina
- » Libertad Binderman
- » Liliana Gómez
- » Liliana Otero
- » Lorena Gargiulo
- » Lucas Wainfeld
- » Lucía Perissé
- » Lucía Quiroga
- » Lucía Ravese
- » Luciana Bonafede
- » Lucila Araujo
- » Luly Waisman
- » Mabel Besada
- » Magali Rensin
- » Majo Cristaldi
- » Marcela Fadanelli
- » Marcela Fernández del Arco
- » Marga Sensini
- » Margarita Goñi
- » María Rosa Tomaselli
- » María Alejandra Frailuna
- » María Alicia Descalzo
- » María Carolina Vignera
- » María Carpineta
- » María de los Ángeles Goberna
- » María del Carmen Vittulo
- » María Delia Lobo Pernigotti
- » María Eugenia Acevedo
- » María Eugenia Fuentes
- » María Faranna
- » María José Faccini
- » María José Mattioli
- » María Severino
- » María Silvina Pérez
- » María Sol Cabrera
- » María Sol Ferraresi
- » María Victoria Robledo
- » María Victoria Serantes
- » Mariana Manzini
- » Mariana Porchetti
- » Mariana Portela
- » Mariana Saraceno
- » Mariela Isoldi
- » Mariela Lasalvia
- » Mariela Sakamoto
- » Marina Bouza
- » Marina Pasos
- » Mario Mazzeo
- » Marisa Menestrina
- » Maru Diaz Colodrero
- » Máximo Sparrow
- » Mercedes Barrionuevo
- » Mercedes Fidalgo
- » Mercedes Sosa
- » Miguel Huespe
- » Milagros Gandara
- » Minerva Barragán
- » Moira Perkins
- » Mónica Heredia
- » Nancy G. López
- » Nancy Otsubo
- » Natalia Israeloff
- » Natalia Manossian
- » Natalia Villordo
- » Nicolas Basanta
- » Noelia Boiso
- » Nora Giuliodbari
- » Omar de Santi
- » Oscar Ruiz
- » Patricia Legarreta
- » Patricia Rodríguez
- » Patricia Rossi
- » Patricio Delfino
- » Paula Micone
- » Paula Real
- » Paula Valentini
- » Perla Kot Gorodecki
- » Pilar García Pumarino
- » Ricardo Sapia
- » Rocio Glassmann
- » Romina Méndez
- » Rosana Rubachevsky
- » Sandra Pennella
- » Sergio Ruggiero
- » Silvana Maestri
- » Silvia Corso
- » Silvia Fernández
- » Silvia Solari
- » Sol Páez
- » Soledad Monge
- » Soledad Rapaport
- » Soledad Salmain
- » Stella Rago
- » Susana Cullberg
- » Susana Petrillo
- » Tamara Kotzarew
- » Valeria Bulgach
- » Valeria Montero
- » Valeria Servetti
- » Valeria Soto
- » Verónica Aguilera
- » Verónica Domínguez
- » Veronica García
- » Veronica Iuliano
- » Verónica Moreira
- » Virginia Bocca
- » Vivian Casella
- » Yamila Núñez
- » Yanina Valentini
- » Zulma Núñez

Trabajos citados

- *Boletín Oficial de la República Argentina*. Legislación y avisos oficiales. (15 de 1 de 2021). Obtenido de Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

- Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. (Agosto de 2020). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires*. Situación y respuesta 2019. Obtenido de Nueva publicación actualizada: Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/coordinacion-salud-sexual-sida-e-infecciones-de-transmision-sexual-its/noticias/nueva>

- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA. (Enero de 2020). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018*. Obtenido de Información sobre epidemiología y gestión en Salud Sexual, Sida e ITS: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sexual-y-vih/datos-oficiales-salud-sexual-caba>

- Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Ministerio de Salud. GCBA. (Febrero de 2021). *Guía para la provisión de métodos anticonceptivos en el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires*. Obtenido de <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/coordinaci%C3%B3n-salud-sexual-vih-infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual/noticias/guia-de-metodos>

- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2019). *La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Año 2017. Informe de resultados 1334. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Finanzas. Buenos Aires Ciudad.

- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2020). *Anuario Estadístico 2019*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (Mayo de 2020). *Métodos anticonceptivos: acceso y recambio en el contexto de pandemia*. Nota informativa 2. Obtenido de Ministerio de Salud de la Nación: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-informativa-2-metodos-anticonceptivos-acceso-y-recambio-en-el-contexto-de-pandemia>

- INDEC/Ministerio de Salud de la Nación. (s/d de 2013). *Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013*. Recuperado el 22 de Enero de 2015, de https://www.entrieros.gov.ar/dec/publicaciones/SALUD/2014_enssy_13.pdf

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

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. (2019). *Ministerio de Salud de la Nación Argentina*. Obtenido de Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001792cnt-protocolo-ILE-2019-2edicion.pdf>

- Ministerio de Salud. Pcia. de Buenos Aires. (2020). *Informe de gestión. Estrategia de implementación de la interrupción legal del embarazo en la Provincia de Buenos Aires*. Período de enero a junio 2020. La Plata: Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

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

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

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

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

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



**Buenos
Aires
Ciudad**

Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS
Ministerio de Salud



Con el
apoyo de: