

# Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires

Situación y respuesta /  
Actualización 2021



**Jefe de Gobierno**

Horacio Rodríguez Larreta

**Ministro de Salud**

Fernán Quirós

**Subsecretario de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria**

Gabriel Battistella

**Directora de Atención Primaria de la Salud**

Ana María Gómez Saldaño

**Coordinador de Salud Sexual, VIH e ITS**

Fabián Portnoy

**Equipo de Salud Sexual y Reproductiva**

Ángeles Capresi, Ariel Aguerri, Fabiana Trillo, Graciela Giorgetti,  
Laura Pistani, Luciana Goldin, Silvana Weller y Viviana Mazur

**Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires.  
Situación y respuesta, actualización 2021****Coordinación editorial**

Silvana Weller

**Edición**

Malala Carones y Agustín Rojo

**Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS**

Paseo Colón 255, 8º piso

Tel.: 4339-7976 / 4339-7817

saludreproductiva@buenosaires.gob.ar

Octubre de 2022

# Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires

Situación y respuesta /  
Actualización 2021

# Contenidos

<b>5</b>	<b>Introducción - Principales cambios observados en los últimos seis años</b>
<b>8</b>	<b>Población</b>
<b>8</b>	<b>Indicadores sociodemográficos</b>
9	Tasa global de fecundidad
10	Descenso constante y marcado en los indicadores de fecundidad adolescente (10 a 19 años)
14	Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos
15	Estimación de la población objetivo para el aseguramiento de insumos
<b>17</b>	<b>Acciones Programáticas</b>
<b>17</b>	<b>Nivel central</b>
<b>21</b>	<b>Nivel local</b>
21	Puntos de acceso o puertas de entrada
<b>23</b>	<b>Utilización de servicios</b>
<b>23</b>	<b>Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos</b>
23	Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa”
24	Anticoncepción quirúrgica
28	Metodología para estimar alcances de la respuesta usando el indicador “años de mujer protegida”
<b>32</b>	<b>Utilización de servicios II: Interrupción voluntaria del embarazo (IVE-ILE)</b>
32	Indicadores para el monitoreo de la política de interrupción del embarazo
33	a. Indicadores de acceso
41	b. Indicadores de calidad de la atención
<b>46</b>	<b>Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires, 2016-2021</b>
<b>53</b>	<b>Participantes</b>
<b>54</b>	<b>Referencias</b>

# Introducción. Principales cambios observados en los últimos seis años

El proceso de recopilar, sistematizar, analizar y difundir información relevada sobre salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires se inició en 2016 (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020a), cuando se estructuró un modelo de monitoreo que se organiza en cuatro dimensiones o “lugares donde mirar”: los determinantes de la política (leyes, normativas, situaciones externas como fue el caso de la pandemia COVID 19)<sup>1</sup>; cambios registrados en el nivel poblacional (tipo de cobertura en salud de la población, tasas de fecundidad, nacimientos, población objetivo); las acciones programáticas (los trabajos que realizan los ministerios y los equipos locales) y la utilización de servicios (estimaciones de provisión de métodos anticonceptivos, cobertura, acceso a interrupción voluntaria y legal del embarazo).

Este enfoque de 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 llevan adelante desde el sector de la salud para afrontar esos problemas o necesidades, en un corte de tiempo determinado.

Para esta edición de *Situación y respuesta*, hemos hecho un corte de los indicadores que permitan detenernos en el período 2016-2021, con la intención de recuperar el significado del trabajo de monitoreo y evaluación, al que entendemos con cuatro objetivos o sentidos complementarios: **a.** facilitar la toma de decisiones para la planificación de actividades y estimación de insumos con sustento; **b.** visibilizar y valorar el trabajo cotidiano de los equipos; **c.** evaluar cada cierto tiempo en qué medida el accionar permanente del trabajo ha generado cambios en la realidad y la necesidad de producir cambios donde fuera preciso; y **d.** 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.

Los equipos del subsistema público de salud trabajan a partir de una realidad que se va modificando, entre otros aspectos, por sus propias acciones. ¿Cuáles han sido algunos de los cambios que pueden observarse a partir del seguimiento de los indicadores que se monitorean desde 2016? Enumeramos a continuación los que nos parecen más destacados.

---

**1.** Dado que en 2021 no se han producido cambios significativos en los condicionantes de la política, la dimensión no fue incluida en esta actualización.

## Disminución pronunciada y consistente en la fecundidad adolescente

La cantidad de adolescentes residentes de la ciudad que fueron madres con edades entre los 10 y 14 años cayó un 58% entre 2016 y 2020. En el mismo período, los nacimientos entre adolescentes de 15 a 19 años registraron una caída del 57%.

Los cambios en los números de nacimientos se expresan en 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 2016 de **22,6** y en 2021 fue de **8,7**.

El descenso de la TFA tuvo lugar en todas comunas de la ciudad y fue especialmente pronunciado en las comunas donde reside una mayor cantidad de personas con cobertura pública exclusiva, esto es en las comunas 8, 4, 1 y 7.

Si en 2016 los nacimientos en el grupo de 15 a 19 años representaban el **5,3%** de los nacimientos ocurridos en la ciudad, en 2020 esa proporción bajó al **3,4%**.

Los cambios pueden observarse también en lo referido a partos e interrupciones del embarazo registrados en los establecimientos públicos. En 2016, un 15% de los partos ocurridos en maternidades públicas fueron de adolescentes de 10 a 19 años y en 2021, fueron el 8%.

Por último, el descenso en la fecundidad adolescente se expresa también en la proporción de personas de 10 a 19 años que accedieron a una IVE-ILE en los últimos seis años. En 2016, el **22,1%** de las interrupciones ocurrieron en el grupo de 10 a 19 años y este valor desciende a **10,9%** en 2021. Esto podría indicar que la disminución en el número de interrupciones responde en buena medida a la mejoría en el acceso a los métodos anticonceptivos por parte de la población adolescente y posiblemente a otros factores cuyo análisis excede el carácter de esta publicación.

## Expansión en la cantidad, la calidad y el modo de acceso a los métodos anticonceptivos

Entre 2016 y 2021 se duplicó la cantidad de personas que contaban con un método anticonceptivo provisto por un establecimiento público de salud. Se estima que en 2016 eran 44.000 mujeres y en 2021, 87.000. Este aumento en la provisión de métodos modificó los datos de cobertura, que para 2016 se estimó en un 40% de la población objetivo y en 2021 fue de un 76%.

En 2016, el 37% de las personas habían recibido un método de larga duración (implante, DIU/SIU y ligadura tubaria) y en 2021 esta proporción ascendió al 52%, lo que representa una mejora en la calidad de los métodos recibidos, en términos de eficacia y duración.

En estos años hubo también modificaciones en el modo de acceder a los métodos. En 2016 la mitad de las personas lo hacía a través de un hospital y la otra mitad a través de un establecimiento del primer nivel de atención. En 2021, el 63% de las personas pudo obtener su método en el primer nivel de atención, que es el nivel recomendado por los lineamientos internacionales.

## Implementación plena de la política de acceso a IVE-ILE

En 2016 eran 35 los establecimientos que daban acceso a la ILE y en 2021 la política se generalizó a todos los CeSAC (46), hospitales generales de agudos y algunos especializados (18 establecimientos). Los casos atendidos pasaron de 563 ILE en 2016 a 8.913 IVE-ILE en 2021.

Esta gran expansión de la oferta se refleja en cambios profundos en la edad gestacional a la que se da acceso a las interrupciones, ya que se logra resolver los casos en gestas cada vez menos avanzadas, en beneficio tanto de la población como de los equipos. Así, en 2016, el 79% de los casos fueron en el primer trimestre, 12% en gestas de entre 13 y 17,6 semanas y un 4,8% en gestas de 18 semanas y más. En 2021 se observa que el 89% de las gestas eran de primer trimestre, el 5,6% de entre 13 y 17,6 semanas y un 2,3% de los casos son en gestas de 18 semanas y más.

En cuanto a la calidad de la atención, se observa una mejora de los equipos en el manejo de la resolución con medicación exclusiva, disminución en el número de procedimientos instrumentales, aumento del uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) y progresiva disminución de los legrados.

En 2021, con la plena vigencia de la Ley 27.610. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), los subsectores de las obras sociales y medicina prepaga que operan en la ciudad, y brindan cobertura al 75% de la población porteña, crearon formas novedosas de atención y financiamiento para incluir entre sus prácticas nombradas la garantía de este derecho para sus afiliadas, lo que permitió mejorar la derivación protegida de personas que, teniendo cobertura, solo contaban hasta 2020 con el subsistema público para realizar la interrupción.

En los siguientes apartados, como es habitual, se presenta la información actualizada para el año 2021 sobre algunas características de la población, tomando como fuente la producción volcada en el Anuario Estadístico 2020 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021) 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 la ciudad.

Finalmente, a modo de resumen ejecutivo, se presenta una tabla que permite observar el comportamiento de algunos indicadores seleccionados en el período 2016-2021.

# Población

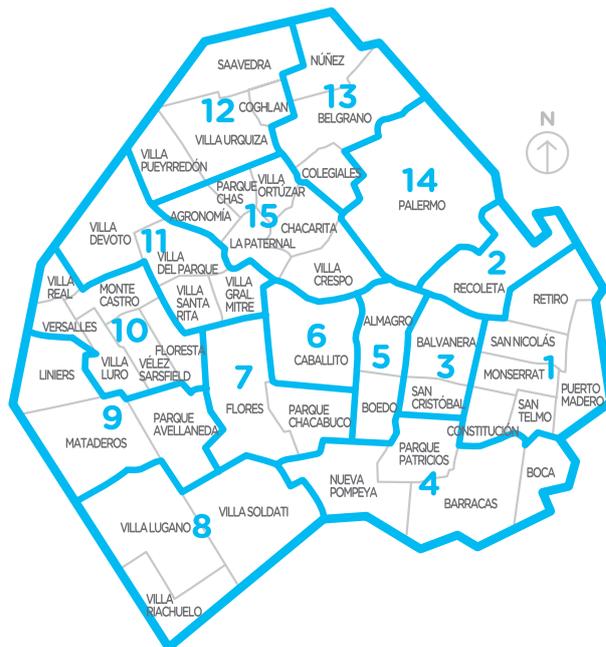
La dimensión se propone caracterizar la población objetivo de la política pública. Se incluyen indicadores que permiten dar cuenta de la inequidad y vulnerabilidades específicas en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad, nacimientos en mujeres residentes) a partir de las Estadísticas Vitales provistas por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021) (fecundidad, natalidad, nacimientos) y de modo complementario información recopilada por el Sistema de Información Perinatal a cargo del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud del GCBA. Por último, se presenta la estimación de población objetivo para la provisión de métodos anticonceptivos para el año 2021.

## 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, 2021).

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.**



Cada **comuna** incluye los subsiguientes barrios:

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

El tipo de cobertura en salud de la población residente en la ciudad prácticamente no registra variaciones en los últimos años. Para 2020, el 75% tenía obra social y/o prepaga, el 18% cobertura pública exclusiva (CPE) y el 6,7% “otra” (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021, pág. 119). Sin embargo, y como en años anteriores, es preciso tener en cuenta las grandes diferencias existentes por zona geográfica. En el caso de la cobertura pública exclusiva, esto es la población que depende exclusivamente del subsistema público en salud, la misma es el 6,7 % en zona norte<sup>2</sup>; el 15,3% en zona centro<sup>3</sup> y el 31,9% en zona sur<sup>4</sup>.

Otro indicador que permite estimar la proporción de porteñas que acuden al subsistema público de salud para sus necesidades en salud reproductiva lo constituye el dato referido a la “distribución porcentual de los nacimientos por local de ocurrencia y tipo de establecimiento”. En 2020, de un total de 27.529 nacimientos, el 32% tuvo lugar en un establecimiento asistencial público y el 66,3%, en uno privado (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021). Este indicador, que también registra grandes variaciones por comuna, mostraría que la población objetivo de la política pública es mayor que la generalmente estimada a través del indicador de “Población por tipo de cobertura”.

Es así que las diferencias socioeconómicas existentes en la ciudad tienen gran peso en el volumen de la demanda que reciben los establecimientos en función de su emplazamiento territorial.

## Tasa global de fecundidad

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, 2021).

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 1990/2020 **por debajo del nivel de reemplazo** (que como fue dicho es de 2,1

---

2. La zona norte comprende las comunas 2, 13 y 14.

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

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

hijo por mujer). El valor para 1990 fue de 2,08 y cayó para 2020 a 1,20 hijo por mujer. Este descenso ha sido entonces constante y lento (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021, pág. 63).

### Descenso constante y marcado en los indicadores de fecundidad adolescente (10 a 19 años)

La cantidad de adolescentes residentes de la ciudad que fueron madres entre los 10 y 14 años cayó un 58% entre 2016 y 2020. En el mismo período, los nacimientos entre adolescentes de 15 a 19 años registraron una caída del 57%.

Los datos muestran que, en 2016, 31 niñas con menos de 15 años tuvieron un hijo. En 2020, el número fue reducido a 13. Y la disminución de nacimientos en el grupo de 15 a 19 años fue de 2.062 en 2016 a 872 en 2020 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021).

Los cambios en los números de nacimientos se expresan en el “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 (Gráfico 1). Esta tasa era de 22,6 en 2016; es decir que cada mil jóvenes de 15 a 19 años, 22,6 fueron madres (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021). Como se observa, luego de cinco años de descenso constante, en 2020 se ubica en 8,7.

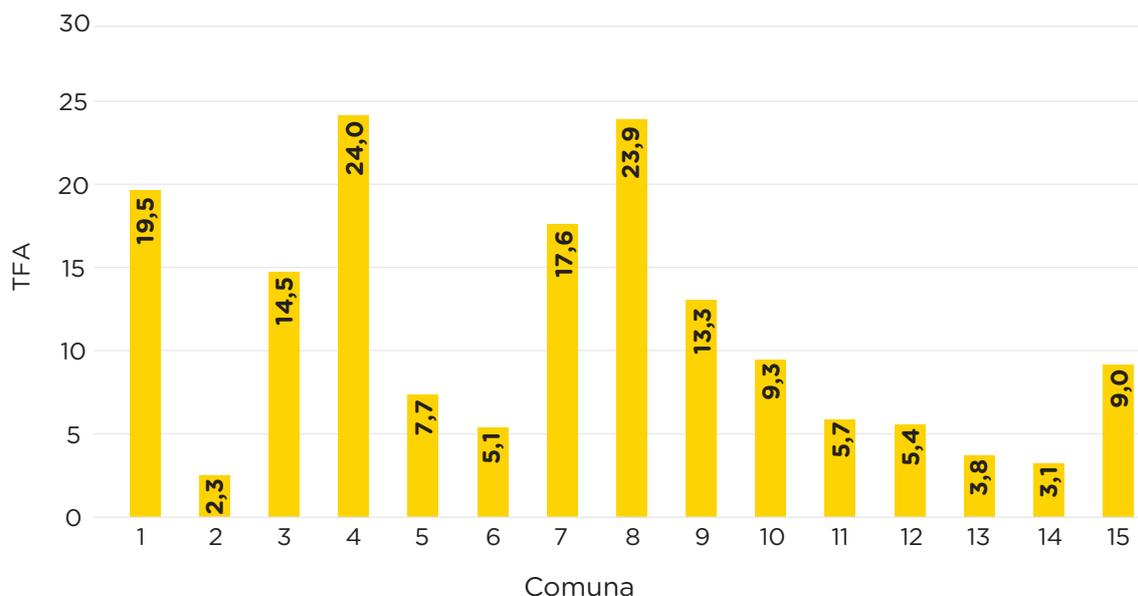
**GRÁFICO 1. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres), CABA, 2016-2020.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) a partir de la información del Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2020.

En el **Gráfico 2**, se muestra la TFA para el trienio 2018-2020 por comunas<sup>5</sup>, información indispensable para comprender mejor el fenómeno pues, como ya fue dicho, las diferencias socioeconómicas existentes en la ciudad de Buenos Aires son muy importantes y tienen impacto en todos los temas que tratamos.

**GRÁFICO 2. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) por comuna, CABA, trienio 2018-2020.**



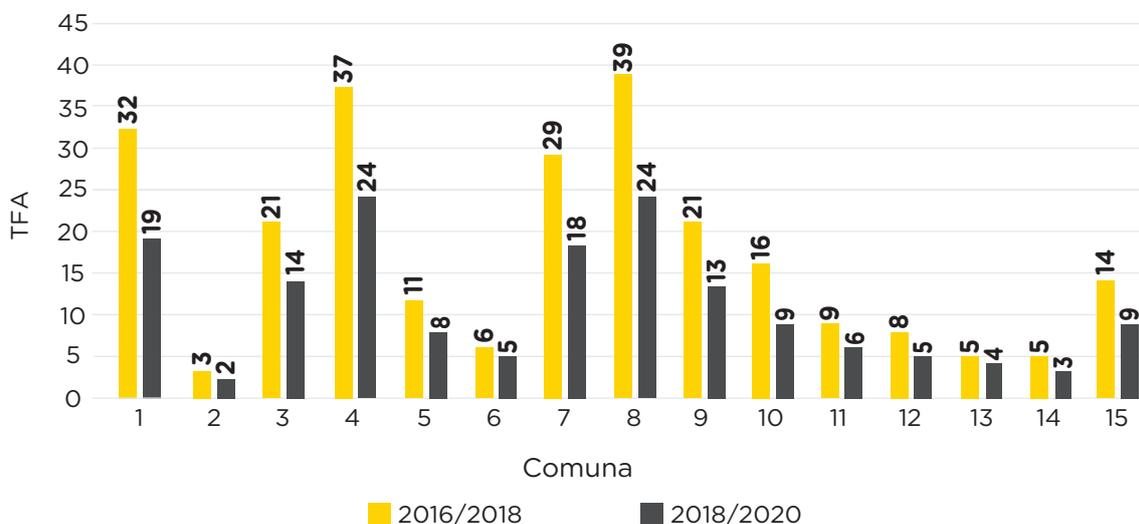
Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021.

Para el trienio 2018-2020, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) del grupo de 15 a 19 años varía desde un 2,3 en la comuna 2 (la de mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 23,9 en la comuna 8 (la más postergada). **Es decir que la tasa de la comuna con niveles más altos es 10 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos de fecundidad adolescente.**

Si comparamos estos datos con los del trienio 2016-2018 (**Gráfico 3**), observamos que la comuna 2 tenía el valor menor (2,5) y la comuna 8 era la que tenía el valor mayor de TFA (39,2) **pero en ese momento la diferencia entre la comuna más pobre y la más rica era 15 veces mayor.** Es decir que hubo un leve descenso en la brecha entre las comunas más y menos pobres.

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

**GRÁFICO 3. Cambios en la tasa de fecundidad adolescente por comuna, CABA, trienios 2016-2018/2018-2020.**



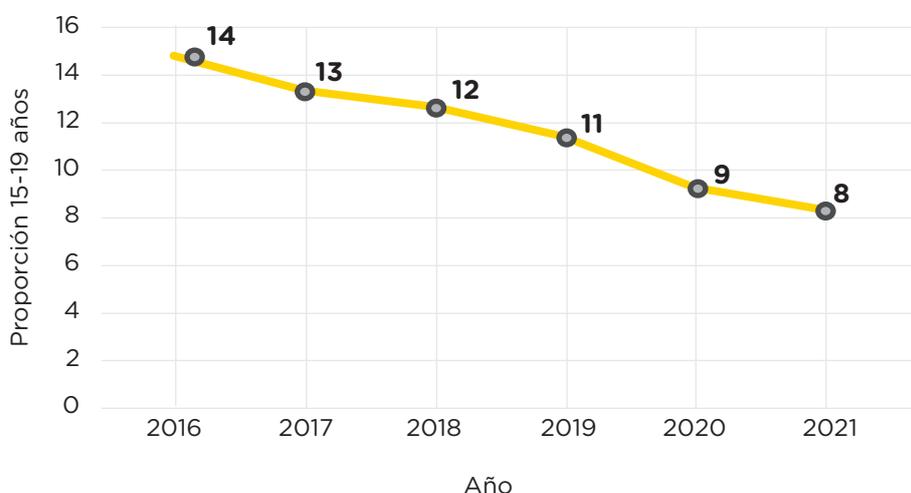
Fuente: CoSSVIHITS (2022) a partir de la información del Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2021.

El descenso de la TFA entre los trienios se expresó en todas las comunas. Estas diferencias se ubicaron entre 1 punto (la comuna 2) y 15 puntos (la comuna 8). Los descensos más pronunciados fueron 15 puntos para la comuna 8, 13 puntos para las comunas 1 y 4, y 11 puntos para la comuna 7. Estas comunas son aquellas con mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva, es decir las más pobres.

De modo consistente con lo dicho hasta aquí, si consideramos los nacimientos en mujeres residentes por grupo edad, se observa que el grupo de 15-19 años pasó de representar el 5,3% de los nacimientos en 2016 al 3,4% en 2020.

Como en ediciones anteriores, complementamos la información sobre población adolescente a partir de los datos que recopila el Sistema de Información Perinatal (Departamento Materno Infantil), en este caso referidos a los partos ocurridos en las maternidades públicas (que incluye población residente y no residente en la ciudad).

**GRÁFICO 4. Proporción de partos en maternidades públicas que correspondieron a adolescentes (10-19 años), CABA, 2016-2021.**



Fuente: Información brindada por maternidades. Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud. GCBA. 2022.

En 2016, el 14,9% de los partos atendidos en las maternidades públicas de la ciudad correspondieron a personas que tenían entre 10 y 19 años (**Gráfico 4**). Esta proporción muestra un descenso constante y representa en 2021 el 8,1% de los nacimientos.

Por último, el descenso en la fecundidad adolescente se expresa también en la proporción de personas de 10 a 19 años que accedieron a una IVE-ILE en los últimos seis años (**Gráfico 5**). En 2016, el 22,1% de las interrupciones ocurrieron en el grupo 10 a 19 años y este valor desciende a 10,9% en 2021. Esto podría indicar que la disminución en el número de interrupciones responde en buena medida a la mejoría en el acceso a los métodos anticonceptivos por parte de la población adolescente y posiblemente a otros factores cuyo análisis excede el carácter de esta publicación.

**GRÁFICO 5. Proporción de interrupciones del embarazo en el grupo de 10 a 19 años, CABA, 2016-2021.**

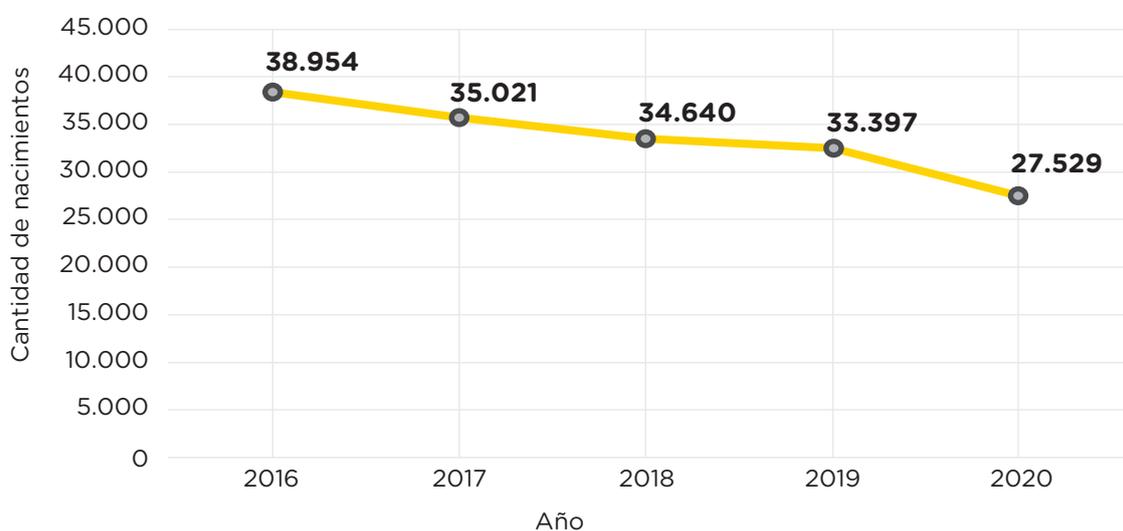


Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. 2022.

### Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos

La ciudad de Buenos Aires registró 27.529 nacimientos de mujeres residentes en 2020, lo que representa 11.425 nacimientos menos que en 2016 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021). Como se observa en **Gráfico 6**, en el último año se agudizó el descenso interanual que se venía registrando.

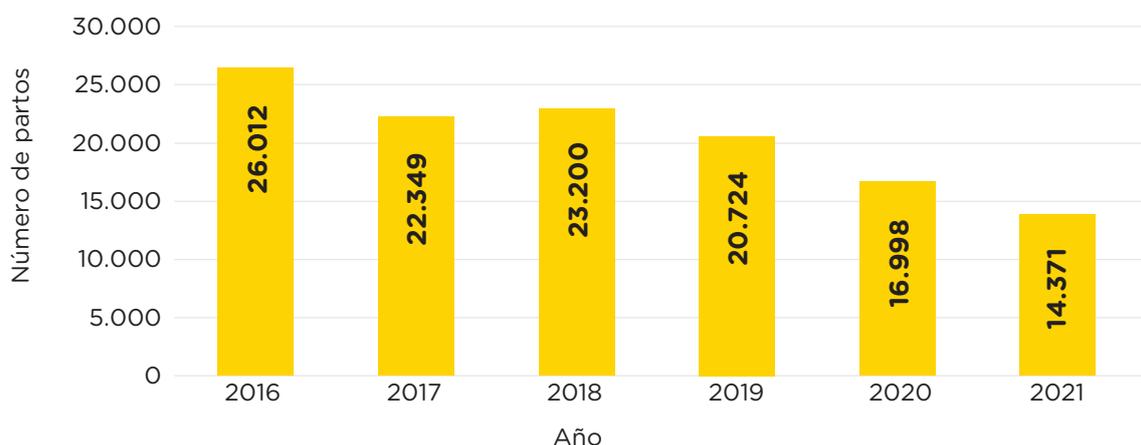
**GRÁFICO 6. Nacimientos en mujeres residentes, CABA, 2016-2020.**



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

Una situación de descenso similar al de los nacimientos en mujeres residentes se observa al revisar el número de partos ocurridos en maternidades públicas (**Gráfico 7**), a partir de la información relevada por el Departamento Materno Infantil<sup>6</sup>.

### **GRÁFICO 7. Evolución del número de partos en maternidades públicas, CABA, 2016-2021.**



Fuente: Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud. GCBA. 2022.

El número de partos reportados descendió, en los últimos seis años, de 26.012 en 2016 a 14.371 en 2021.

### **Estimación de la 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, 2021).

- » 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 anti-conceptivos”, en la medida en que contempla que no todas las mujeres, durante

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

un año determinado, buscarán esta prestación. En la **Tabla 1** se sintetizan los criterios y el cálculo para 2021.

La población objetivo estimada para el año 2021 fue de 115.019 mujeres.

**TABLA 1. Población universo y población objetivo a ser cubierta con provisión de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud de la ciudad de Buenos Aires, 2021.**

Indicador	Cantidad
<b>Población universo:</b> mujeres de 15 a 49 años que solo tienen cobertura pública de salud	<b>136.001</b>
Mujeres embarazadas <sup>a</sup>	6.607
Mujeres que buscan un embarazo <sup>b</sup>	8.364
Mujeres que no pueden tener hijos <sup>c</sup>	2.638
Mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas <sup>d</sup>	3.373
<b>Población objetivo</b>	<b>115.019</b>

Fuente: Elaboración de la CoSSVIHITS.

<sup>a</sup> Se obtiene de aplicar a la cantidad de nacidos vivos durante 2020 en hospitales públicos (cuyas madres viven en CABA), un factor de ajuste que contempla la diferencia entre los 12 meses del año y los 9 meses del embarazo ( $x = 0,75$ ). Los nacidos vivos en establecimientos públicos de la CABA cuya madre reside habitualmente en la CABA fueron 11.528.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> 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.

<sup>d</sup> 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.

# Acciones programáticas

Esta dimensión se refiere al desarrollo institucional del Programa o la respuesta en salud sexual y reproductiva 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), la ocurrencia de faltantes 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” constituida por métodos anticonceptivos que son: 5 tipos de pastillas, inyectables mensuales y trimestrales, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos (DIU), sistema intrauterino (SIU), preservativos y anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Además, se provee de test de embarazo y misoprostol (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2021, págs. 23-24).

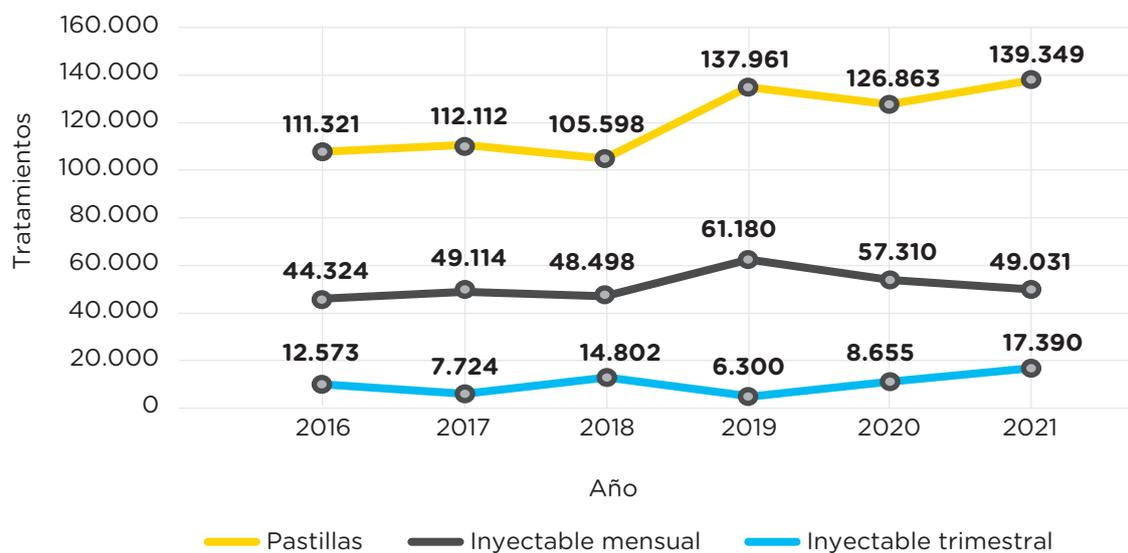
Desde 2001 la ciudad cuenta con más de 200 puestos fijos donde la población puede retirar de modo gratuito y libre preservativos y gel lubricante. Esta red incluye establecimientos públicos del sistema de salud y organizaciones de la sociedad civil. En 2020 fueron distribuidos 4.800.000 preservativos y sobres de gel lubricante y en 2021 este número ascendió a 6.126.000.

**El cálculo para la distribución de los insumos se basa en los pedidos realizados por los 71 establecimientos que participan de la respuesta, a los que se les entregan los productos requeridos en función de la demanda que tienen.** Esto no sucede cuando se registran faltantes y en esos casos se distribuye en función de lo disponible. En 2021 hubo provisión insuficiente de dos insumos muy importantes en términos de las preferencias de las usuarias: inyectables mensuales e inyectables trimestrales.

En los **Gráficos 8** y **9** se observa la evolución de la cantidad de tratamientos distribuidos entre 2016 y 2021. La distribución de métodos anticonceptivos de corta duración (pastillas e inyectables) se mantuvo relativamente estable hasta 2018 y mostró una importante mejora en 2019 (**Gráfico 8**). Durante 2020, año de la pandemia, hubo un descenso en la distribución que, sin embargo, logró sostenerse por encima de los valores de 2018 y el año 2021 trajo un nuevo repunte. En el caso del inyectable trimestral, el valor que refleja las necesidades de la ciudad

es el de 2018 (14.000 tratamientos), los descensos en la distribución se debieron a los faltantes de insumos por falta de proveedores. Esto mismo viene sucediendo con el inyectable mensual desde 2020.

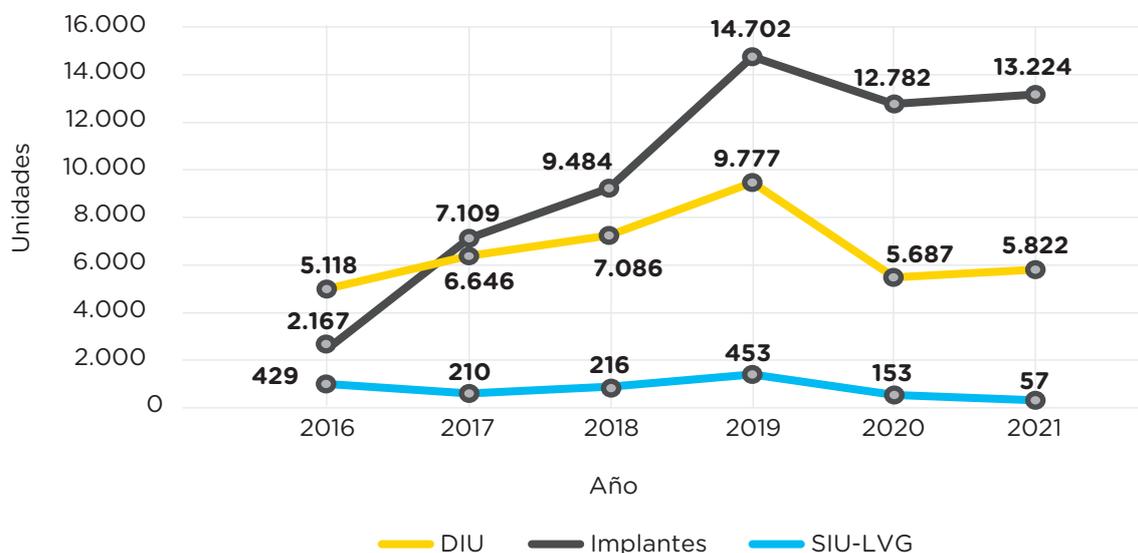
**GRÁFICO 8. Distribución de métodos de corta duración, expresado en tratamientos, CABA, 2016-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en las distribuciones realizadas a los establecimientos.

En cuanto a los métodos de larga duración (**Gráfico 9**), 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 2019 se había llegado a distribuir 14.702 implantes y en 2020 se distribuyeron 12.872. De todos modos, el valor de 2020 fue muy superior al de 2018, cuando se habían distribuido 9.484. Diferente fue el caso de los DIU, que tuvieron una caída mucho más importante en 2020, y en 2021 quedaron por debajo de los valores de los años anteriores. En cuanto al SIU, los valores son relativamente constantes, se trata del único método de la canasta que no puede ser elegido por la usuaria y se dispensa por indicación médica.

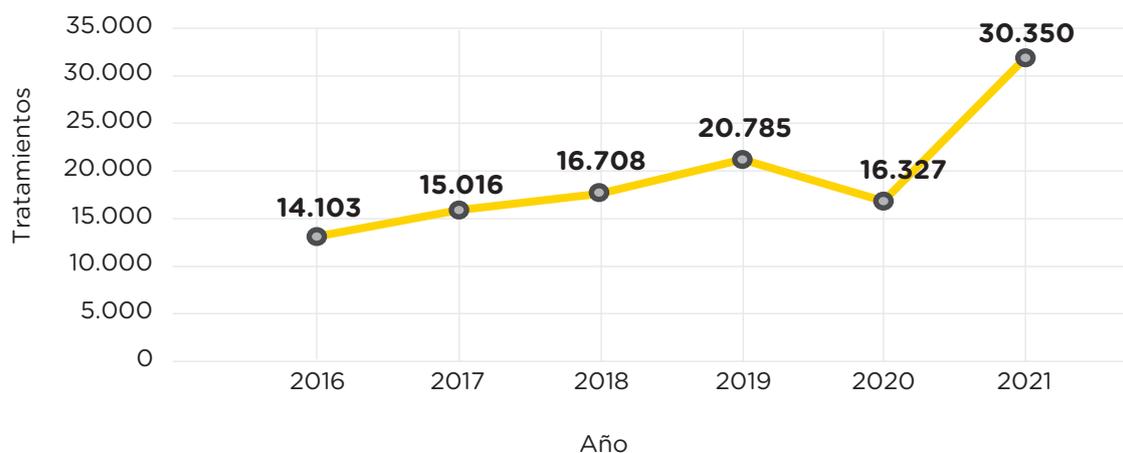
**GRÁFICO 9. Distribución de métodos de larga duración, unidades, CABA, 2016-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en las distribuciones realizadas a los establecimientos.

En el **Gráfico 10** se observa la distribución de tratamientos de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Se trata de un producto que desde el punto de vista del Programa se encuentra subutilizado. Entre 2016 y 2020 la distribución se mantuvo constante, en alrededor de 15.000 tratamientos anuales.

**GRÁFICO 10. Distribución de tratamientos de anticoncepción hormonal de emergencia, CABA, 2016-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en las distribuciones realizadas a los establecimientos.

En agosto de 2021 se inició una estrategia novedosa de distribución, denominada **Red Ampliada**, que consiste en incluir la anticoncepción de emergencia y los test de embarazo entre los recursos de que pueden disponer las **organizaciones comunitarias** que participan de la red de distribución de preservativos antes mencionada. **Los mediadores entre las organizaciones comunitarias y los recursos (preservativos, AHE, test de embarazo y material educativo) son aquellos centros de salud que tienen una tradición de trabajo comunitario que incluye a organizaciones barriales (comedores comunitarios, mesas de género, organizaciones políticas y organizaciones de mujeres de diferentes temáticas, entre otras).**

Estos Centros de Salud realizaron, de modo previo a la entrega de los insumos, diferentes tipos de actividades de capacitación con las organizaciones comunitarias y mantienen de modo periódico reuniones de monitoreo a fin de ir ajustando y mejorando la estrategia. Esta propuesta es muy incipiente y como se observa en el **Gráfico 10**, ha dado un fuerte impulso a la distribución de anticoncepción de emergencia, que en 2021 por primera vez casi duplica la distribución de tratamientos respecto del año previo.

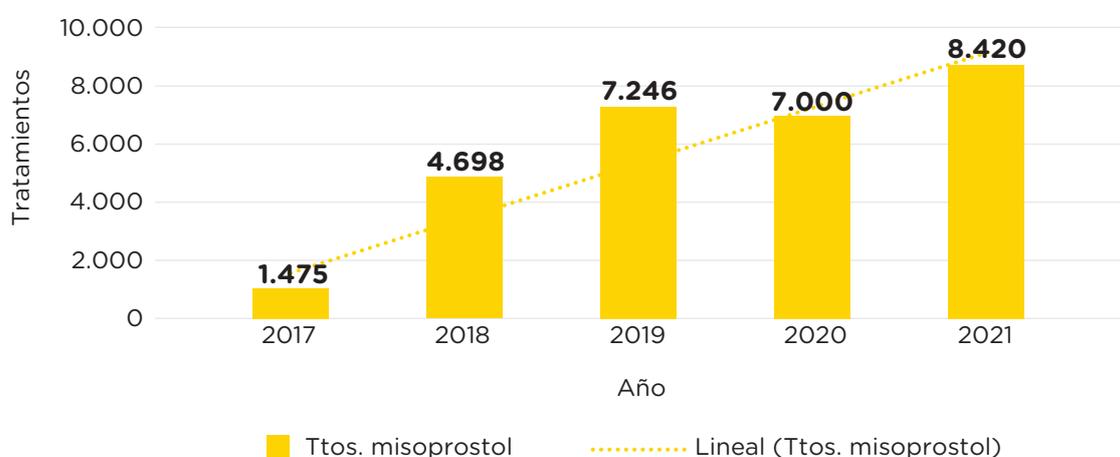
En síntesis, en 2021 se puede observar una **mejoría paulatina** en la distribución de los métodos anticonceptivos con respecto a 2020. La única excepción fue el caso de los inyectables, pero eso se debió, como fue dicho, a los faltantes registrados.

En el **Gráfico 11** se muestra el aumento primero exponencial (2017-2019) y luego relativamente estable de los tratamientos distribuidos de misoprostol<sup>7</sup>. En 2021 se distribuyeron 8.420 tratamientos.

---

7. Cada tratamiento se compone de 12 comprimidos.

**GRÁFICO 11. Tratamientos de misoprostol distribuidos al primer nivel de atención, CABA, 2016-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en las distribuciones realizadas a los establecimientos.

## 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**. Además, como fue dicho, algunos de los centros de salud articulan sus acciones con organizaciones comunitarias, lo que permite ampliar la llegada de los recursos del sistema de salud a la población beneficiaria.

Un indicador importante referido al tipo de acceso que brinda un programa de salud sexual y reproductiva, además de la gratuidad de sus servicios, 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 2021 fue posible acceder a los métodos anticonceptivos a través de 71 establecimientos, de acuerdo al siguiente detalle: todos los centros de salud (CeSAC), todos los hospitales generales de agudos, la Maternidad Sardá, tres hospitales especializados infanto-juveniles, el hospital especializado en enfermedades infecciosas Francisco Muñiz y el Hospital de Clínicas (perteneciente a la Universidad de Buenos Aires). Para el caso de la ILE-IVE el acceso estuvo garantizado en 64 establecimientos de acuerdo al siguiente detalle: todos los centros de salud y 18 hospitales (todos los hospitales generales de agudos, la

Maternidad Sardá, los hospitales especializados en Niños Elizalde, Gutiérrez y Garrahan, y el Hospital de Clínicas). Véase en el link el mapa de establecimientos que brindan respuesta en salud sexual y reproductiva [https://epok.buenosaires.gob.ar/pub/mapa/salud/salud\\_mac/](https://epok.buenosaires.gob.ar/pub/mapa/salud/salud_mac/)

# 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 voluntarias y legales del embarazo atendidas. Algunos indicadores de esta dimensión son: **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 IVE-ILE efectivamente realizadas.

## Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos

Con el objetivo de monitorear 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 de mujer protegida”. Cada uno de estos indicadores se construye a través de procedimientos diferentes, que serán explicitados en este apartado, y son utilizados para monitorear diferentes aspectos de la provisión de métodos.

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 Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020a, 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 31 de diciembre) en “tratamientos completos” a partir de las siguientes equivalencias:

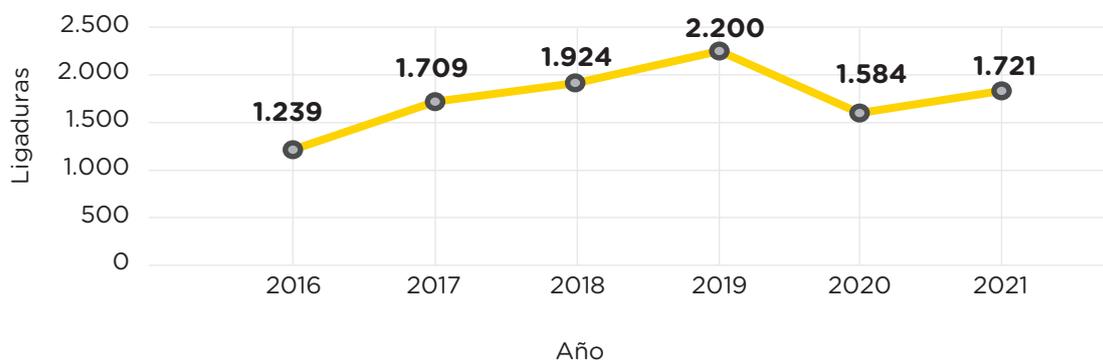
- » Cada 13 blísters de pastillas, 1 mujer.
- » Cada 12 inyectables mensuales, 1 mujer.
- » Cada 4 inyectables trimestrales, 1 mujer.
- » Cada 14 blísters de anticoncepción para la lactancia, 1 mujer.
- » Los DIU, los implantes y los SIU se consideraron un método, una persona.
- » Las ligaduras tubarias se consideran también una ligadura, una persona.

## 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 12** se observa el aumento creciente y sostenido de ligaduras ocurridas entre 2016 y 2019, la caída registrada en 2020 y la paulatina recuperación en 2021.

**GRÁFICO 12. Cantidad de ligaduras tubarias por año, CABA, 2016-2021.**

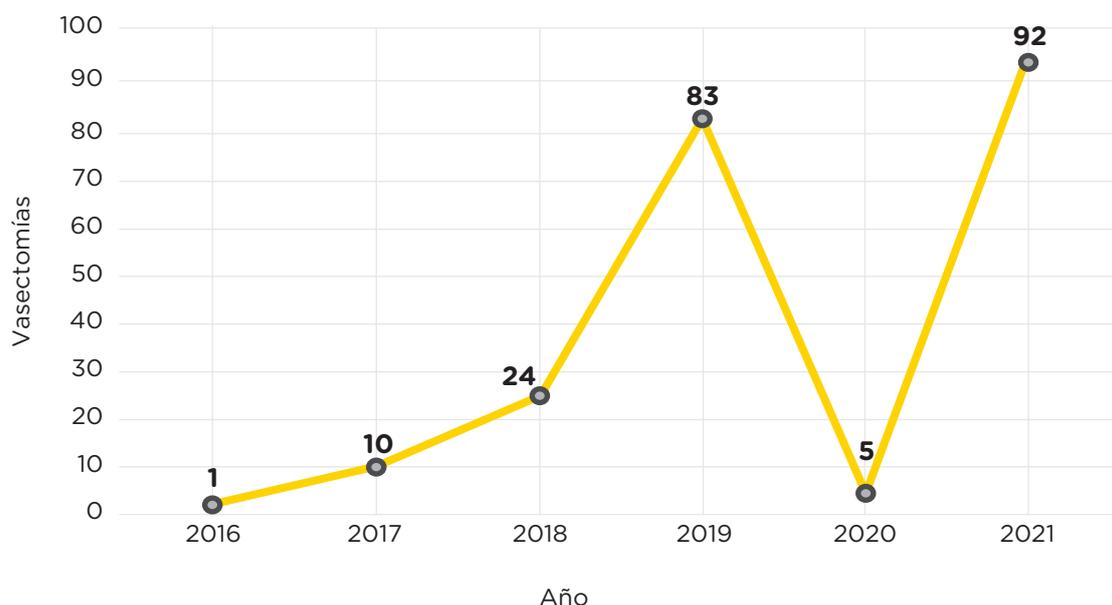


Fuente: CoSSVIHITS (2021) con base en los informes semestrales enviados por hospitales.

En cuanto al momento de realización de las 1.721 ligaduras de 2021, el 87% fueron realizadas “intracésarea”, el 8% (“del intervalo”) tuvieron lugar fuera del momento del parto/cesárea y el 5% restante se realizó en el posparto inmediato.

En cuanto a las vasectomías (**Gráfico 13**), la notificación pasó de 1 caso en 2016 a 83 en 2019; el 2020 impactó de lleno en la práctica y se observa un repunte notorio en 2021, cuando se alcanzó el valor máximo de la serie (92 intervenciones).

**GRÁFICO 13. Cantidad de vasectomías anuales, CABA, 2016-2021.**

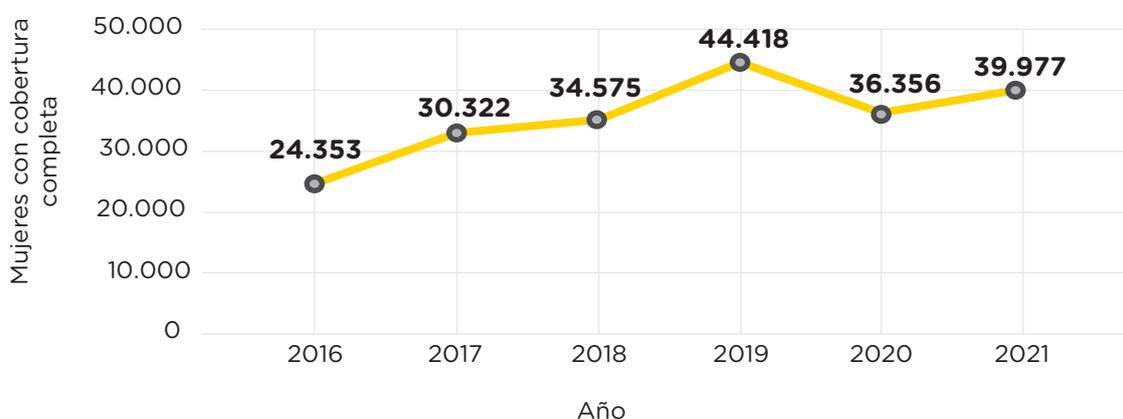


Fuente: CoSSVIHITS (2022) en base a informes semestrales enviados por hospitales.

El indicador de “mujeres con cobertura completa” permite estimar la cantidad de mujeres que recibieron cobertura completa en un año, la proporción que recibió un método de corta y larga duración y la proporción de personas que pudo acceder en función del tipo de establecimiento (CeSAC y hospitales).

Así, si consideramos los métodos distribuidos (ver **Gráficos 8 y 9**, en la sección anterior) y las ligaduras realizadas (**Gráfico 12**) es posible estimar que en los últimos seis años (**Gráfico 14**) se pasó de brindar cobertura completa a 24.353 mujeres en 2016 a casi el doble en 2021 (39.977). El valor máximo de la serie fue el 2019.

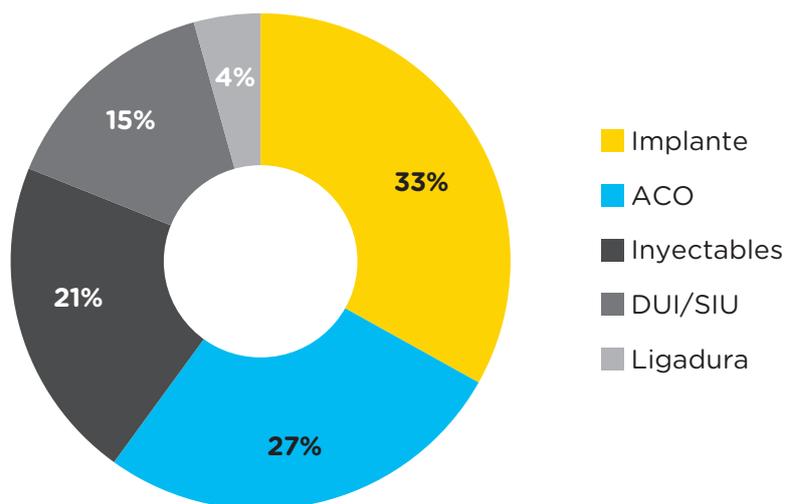
**GRÁFICO 14. Cantidad de mujeres con cobertura completa brindada por métodos anticonceptivos, CABA, 2016-2021**



Fuente: CoSSVIHITS (2022).

En el **Gráfico 15** se puede observar los métodos elegidos por las mujeres durante 2021 en función de sus preferencias y la disponibilidad. Así, el primer método elegido fue el implante (33%), el segundo las pastillas (27%), el 21% inyectables, el 15% el DIU/SIU y un 4% la ligadura.

**GRÁFICO 15. Métodos adoptados por mujeres, expresado en porcentajes, CABA, 2021, N=39.997.**

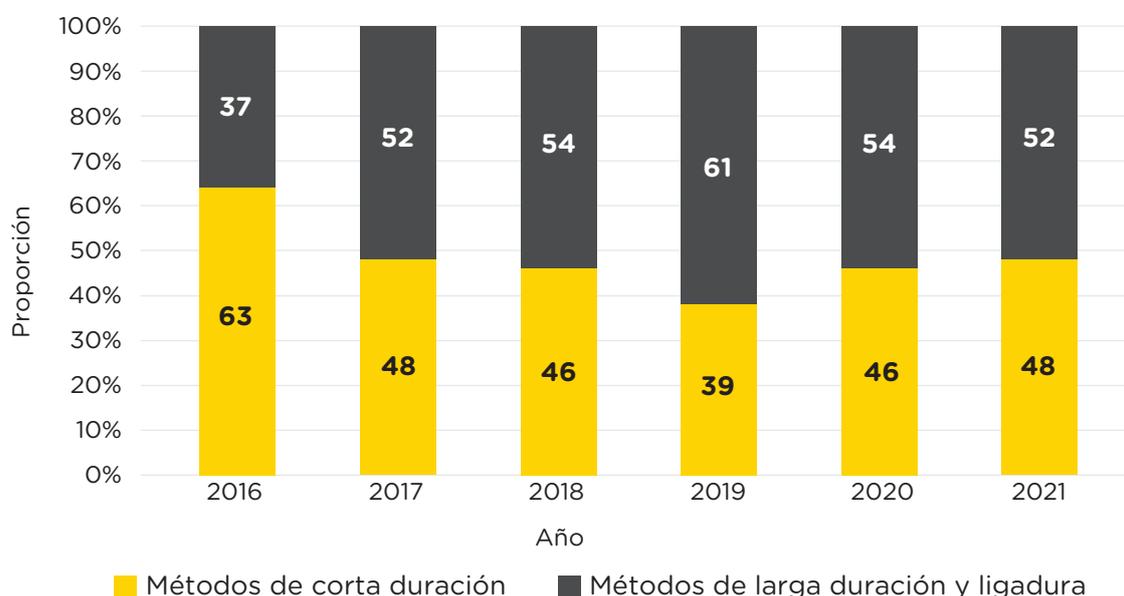


Fuente: CoSSVIHITS (2022).

**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 16** se muestra la serie 2016-2021 de la proporción de los métodos que proveyó el Programa, en función de su duración. Hasta 2016, alrededor del 70% de los métodos dispensados eran de corta duración, esta tendencia se revierte a partir de 2017 cuando gana prevalencia la proporción de los métodos de larga duración. Como en las series anteriores el “mejor” año fue 2019, con un 60% de métodos de larga duración, expansión lograda fundamentalmente en función del boom de los implantes y valores récord en provisión de DIU/SIU y ligaduras tubarias.

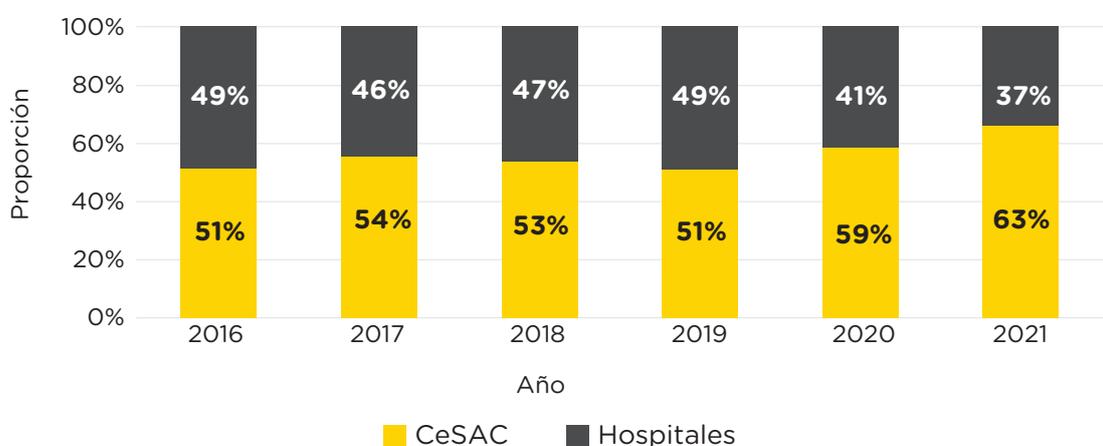
**GRÁFICO 16.** Proporción de los métodos provistos en función de su duración, CABA, 2016-2021.



Fuente: CoSSVIHITS (2022).

Otro indicador referido a la calidad o facilidad en el acceso a los métodos tiene que ver con el **tipo de establecimiento** a través del cual se obtiene el método anticonceptivo. Dado que se trata generalmente de prácticas de baja complejidad, es esperable que el acceso sea a través del primer nivel de atención (centros de salud). En el **Gráfico 17** es posible observar los cambios ocurridos en los modos de acceso entre 2016 y 2021. Al inicio de la serie, la mitad de las mujeres habían accedido al método a través de un hospital y la otra mitad a través de un centro de salud. En 2021 ya el 63% había accedido a través del primer nivel de atención.

**GRÁFICO 17. Mujeres con cobertura completa con métodos anticonceptivos por tipo de establecimiento, en porcentajes CABA, 2016-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022).

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 obtenido en función del tipo de método distribuido.

### Metodología para estimar alcances de la respuesta usando el indicador “años de mujer protegida”<sup>8</sup>

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 de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020b, págs. 35-36).

<sup>8</sup>. Informe Técnico elaborado por Federico Tobar de UNFPA-LACRO a pedido de la CoSSVIHITS (Tobar, marzo de 2019).

## 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 2** y **Gráfico 18**) asume que el 15% de los métodos distribuidos no fue dispensado a la población.
- » la hipótesis 2 (**Tabla 3** y **Gráfico 19**) realiza las estimaciones partiendo del supuesto de que todos los métodos fueron aprovechados por la población.

Para el caso de las ligaduras tubarias los valores permanecen inalterados para las dos hipótesis pues se trata de prácticas efectivamente realizadas y no de insumos distribuidos.

**TABLA 2. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2016-2021.**

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

Método	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACO	4.204	4.234	3.988	5.217	4.794	5.262
Inyectable mensual	1.610	1.784	1.762	2.222	2.082	1.781
Inyectable trimestral	1.451	892	1.709	726	999	2.007
DIU	18.006	18.421	19.386	22.565	22.748	23.215
SIU	305	447	594	901	991	739
Implante	2.819	7.742	12.993	21.674	25.603	28.194
Ligadura	10.466	11.465	12.819	14.068	14.751	15.191
Años mujer protegida	38.861	44.985	53.249	67.374	71.969	76.389

Fuente: CoSSVIHITS (2022).

**GRÁFICO 18.** Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través métodos anticonceptivos modernos por duración de los mismos, CABA, 2016-2021.  
**Hipótesis 1:** El 15% de los métodos anticonceptivos distribuidos no es dispensado a la población.



Fuente: CoSSVIHITS (2022).

**TABLA 3.** Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2016-2021.  
**Hipótesis 2.** Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.

Método	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACO	4.946	4.981	4.691	6.138	5.641	6.191
Inyectable mensual	1.894	2.099	2.072	2.614	2.449	2.095
Inyectable trimestral	1.707	1.049	2.010	854	1.175	2.362
DIU	21.184	21.672	22.807	26.547	26.763	27.312
SIU	358	526	699	1.060	1.166	869
Implante	3.316	9.109	15.286	25.499	30.122	33.169
Ligadura	10.466	11.465	12.819	14.068	14.751	15.191
Años mujer protegida	43.872	50.900	60.384	76.781	82.066	87.188

Fuente: CoSSVIHITS (2022).

**GRÁFICO 19. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través métodos anticonceptivos modernos por duración de los mismos, CABA, 2016-2021. Hipótesis 2: Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022).

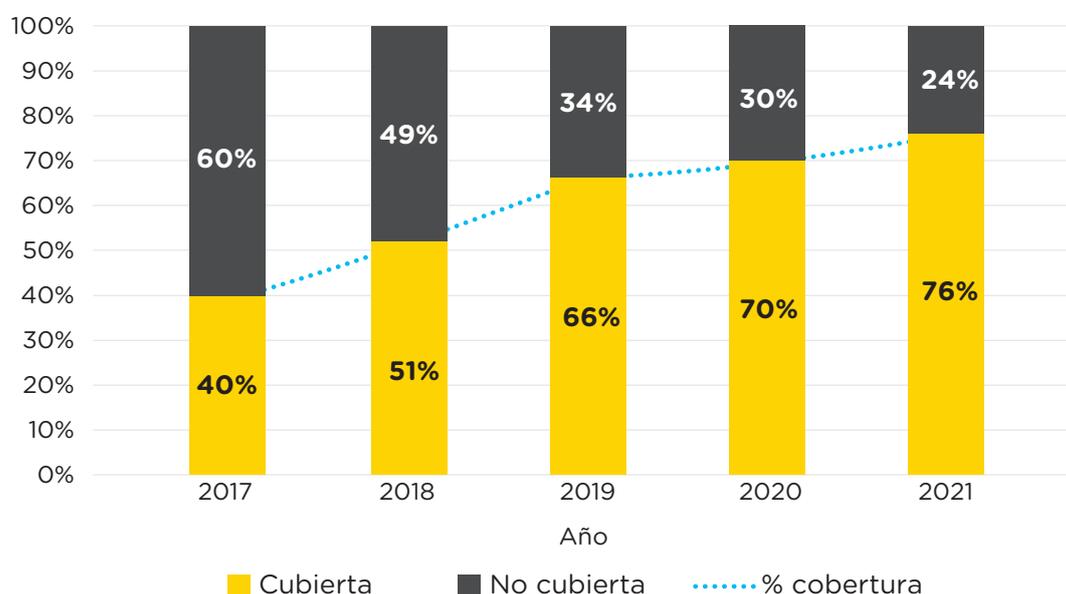
Para 2021, se calcula entonces que entre 76.389 (hipótesis 1) y 87.188 (hipótesis 2) mujeres contaban con un método anticonceptivo provisto por el subsistema público de salud. Como puede observarse en las dos tablas, la mayor cantidad de años de mujer protegida en 2021 es brindada por los implantes, seguidos por los DIU/SIU y las ligaduras.

Para evaluar la cobertura brindada (**Gráfico 20**), es preciso poner los años de mujer protegida en relación con la población objetivo estimada, que para 2021 fue de 115.019 mujeres, lo que daría por resultado alrededor de un 76% de cobertura con métodos anticonceptivos. La dominancia de provisión de métodos de larga duración ha permitido que incluso con el descenso en la provisión de métodos ocurrida por la pandemia en 2020, la cobertura no haya sufrido bajas pues el sistema se beneficia por los años de protección diferida.

En el **Gráfico 20** se muestra la cobertura estimada para los últimos años cuatro años (2017-2021), utilizando la información estimada a partir de la hipótesis 2<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Para estimar la cobertura 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 a través de los más de 200 *dispenser* con los que cuenta la Ciudad (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020a, págs. 31-33).

**GRÁFICO 20. Proporción de la población objetivo cubierta con MAC, CABA, 2017-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022).

## Utilización de servicios II: Interrupción voluntaria del embarazo (IVE-ILE)

### Indicadores para el monitoreo de la política de interrupción del embarazo

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

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, 2022). En estos casos, la interrupción se realiza con métodos farmacológicos (misoprostol). Las gestas mayores a 12,6 semanas solo pueden resolverse en el segundo nivel de atención.

En los hospitales generales de agudos y en la Maternidad Sardá, la práctica se realiza según la situación de la mujer y la capacitación y experiencia de los

equipos intervinientes. Las opciones son 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, 2021).

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

- a. **Indicadores de acceso:** son los vinculados a las nuevas puertas que se abren a partir de la capacitación a más equipos que ya integran el subsistema público de salud; acceso por tipo de establecimiento (CeSAC y hospitales); ubicación geográfica (seguimiento por áreas programáticas); cantidad anual de intervenciones; edad de las mujeres; 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 en especial 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 anticoncepción inmediata 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:**

» **Establecimientos que brindan acceso y cantidad de situaciones asistidas**

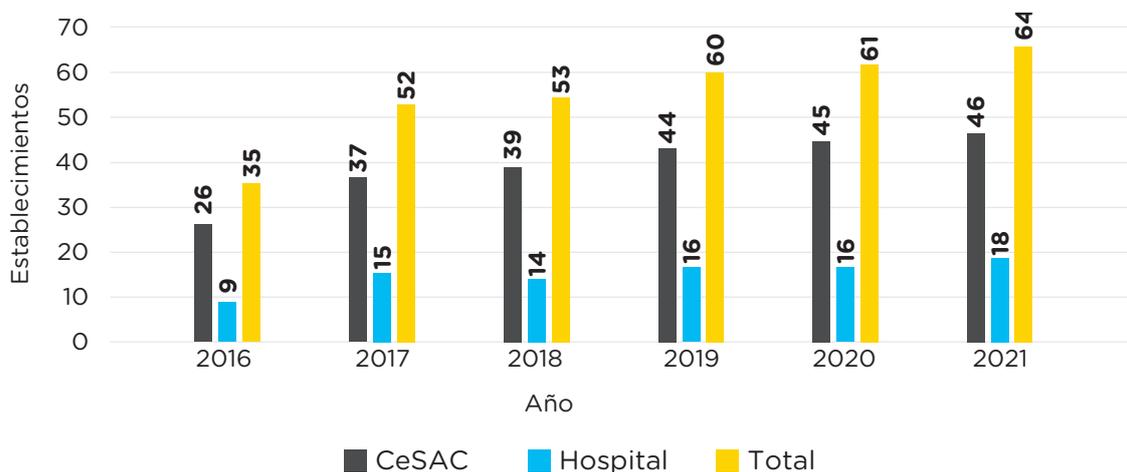
El 24 de enero de 2021 entró en vigencia la Ley 27.610 de IVE, que en su artículo 12 especifica que el sector público, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga así como otras organizaciones que brinden servicios de salud, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la ley, quedando incluidas estas prestaciones en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Plan Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total, incluyendo diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2021, págs. 10-12). La sanción de la ley generó una expectativa muy grande sobre cómo afectaría la ampliación del derecho a la interrupción legal en la demanda a los servicios de salud.

En 2021, en el subsistema público de salud, dieron respuesta a las interrupciones 64 establecimientos (ver **Gráfico 21**) y se atendieron 8.913 casos de IVE-ILE (**Gráfico 22**), lo que marca un incremento en el número de los casos de alrededor de un 10% con respecto a 2020.

Un rasgo a destacar es que si bien los CeSAC siguen constituyendo la principal puerta de acceso, con el 69% de las prestaciones (6.155 casos), se consolida una

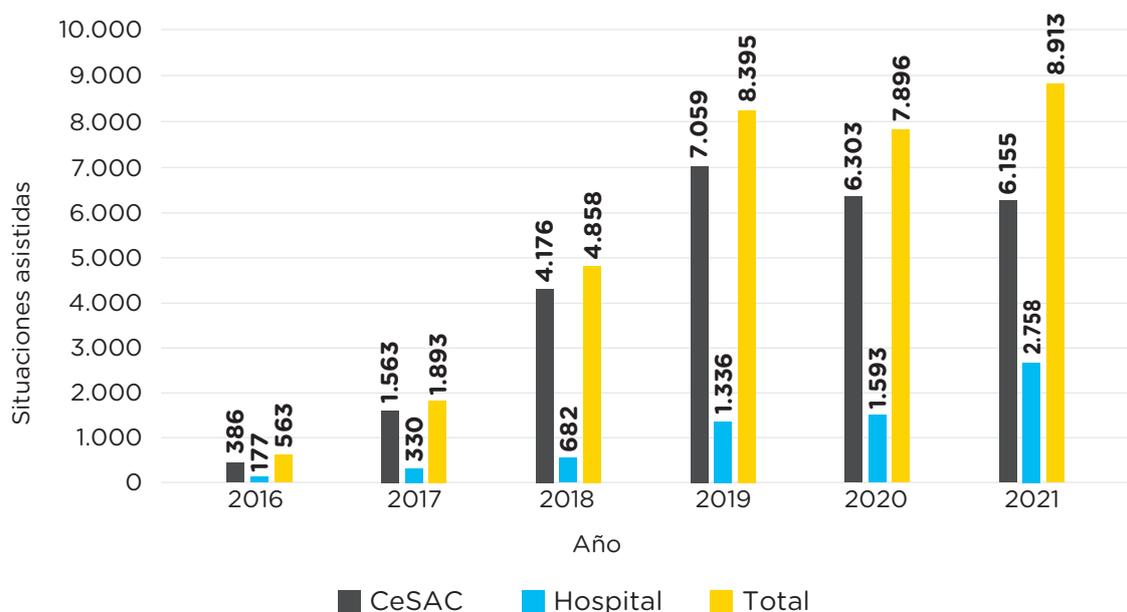
creciente participación de los hospitales en la respuesta. En 2019 habían realizado el 16% de las intervenciones (1.336 casos) y en 2021 respondieron por el 31% de los casos (2.758).

**GRÁFICO 21. Establecimientos que dan respuesta IVE-ILE, por tipo de establecimiento, CABA, 2016-2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

**GRÁFICO 22. Cantidad de situaciones de IVE-ILE asistidas por tipo de establecimiento, CABA, 2016-2021.**



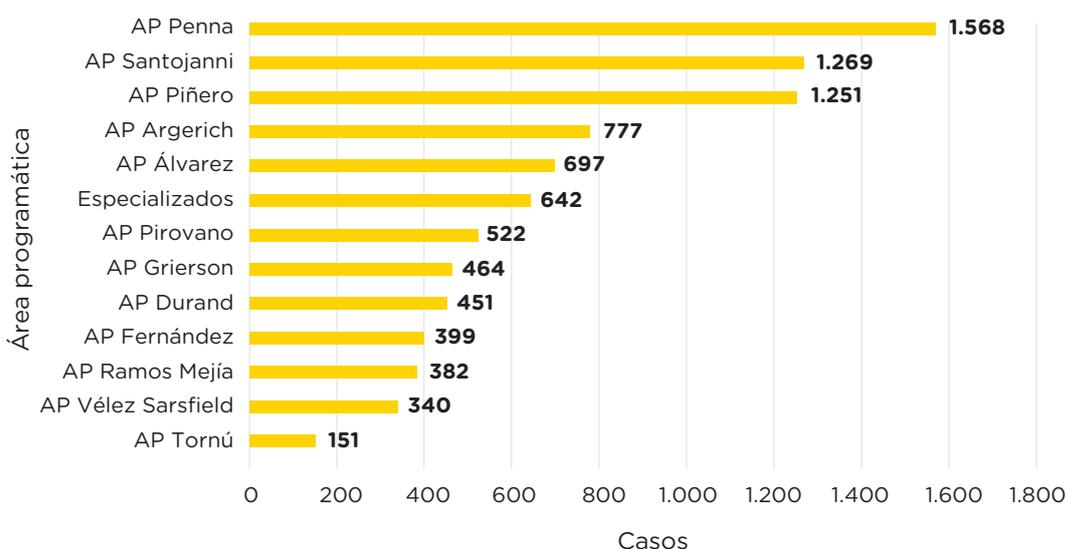
Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

En simultáneo se produjo, a partir de la entrada en vigencia de la ley, un aumento de solicitudes de personas con cobertura de obras sociales y medicina prepaga (OS/MP). La decisión de trabajar una derivación protegida de estas personas hacia los efectores que, en función de la nueva ley, debían comenzar a dar respuesta, dio lugar a un vínculo inédito entre la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS y las OS/MP que operan en la ciudad. Significó entrar en diálogo con ellos para el desarrollo de capacitaciones, la articulación y el acompañamiento tanto de las usuarias como de los nuevos equipos. Se creó una primera “Guía de recursos” donde se consignan los modos de acceder a la interrupción en cada obra social y empresa de medicina prepaga. Esta guía se actualiza de modo permanente y se comparte con los equipos de CeSAC y hospitales para que también puedan reorientar la demanda.

La ley generó entonces que estos subsectores, OS/MP, que no venían dando respuesta a la ILE, crearan formas novedosas de atención y financiamiento para incluir entre sus prácticas nombradas la garantía de este derecho para sus afiliadas.

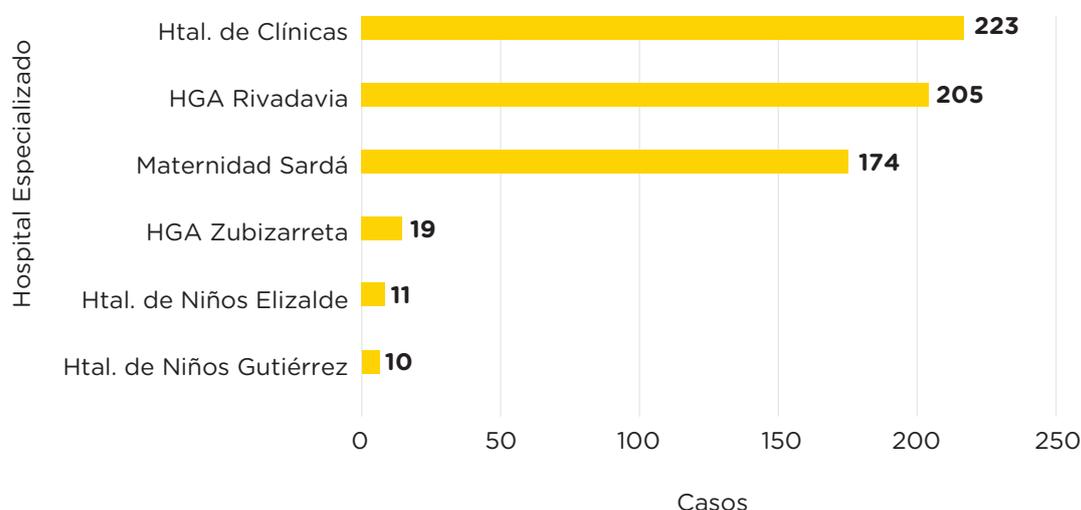
En el **Gráfico 23** se muestra la cantidad de casos asistidos durante 2021 en el subsistema de salud público por cada una de las áreas programáticas que tienen CeSAC, y se incluyen también los 642 casos (7%) de los hospitales especializados que están fuera de las áreas programáticas o bien no tienen centros de salud (como es el caso del Zubizarreta): 223 casos del Hospital de Clínicas, 205 casos del hospital Rivadavia, 174 casos de la Maternidad Sardá, 19 casos del hospital Zubizarreta, 11 casos del hospital Elizalde y 10 del Gutiérrez (**Gráfico 24**).

**GRÁFICO 23. Acceso a situaciones de IVE-ILE asistidas en el primer nivel de atención, por área programática, CABA, 2021. N=8.913.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

**GRÁFICO 24. Desglose de los casos atendidos por hospitales especializados. CABA, 2021. N=642.**

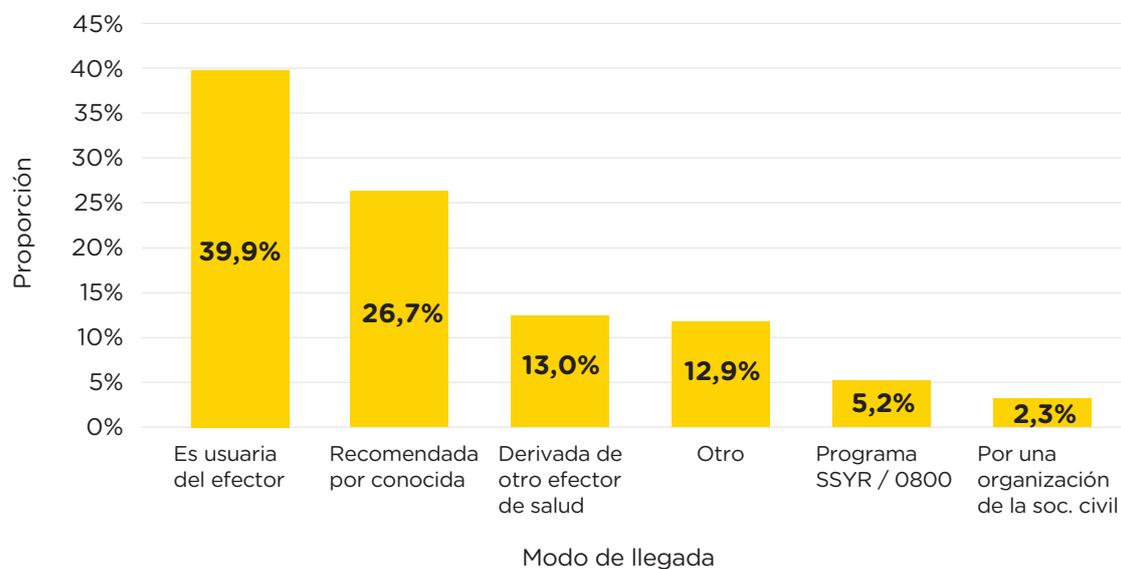


Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

#### » Modo de llegada a la consulta por IVE-ILE

El principal modo de llegada a la IVE-ILE en 2021 (**Gráfico 25**) fue porque la persona ya era usuaria del efector, el segundo modo fue a través de la recomendación de una persona conocida y en el 13% de los casos fueron derivaciones de otro efector. **Vale la pena comparar estos modos de llegada con los reportados en 2019** (Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020b), cuando el 20% de los casos llegaban porque habían sido derivadas de otro efector. Es decir que con el paso de los últimos tres años han disminuido las derivaciones (del 20% al 13%), lo que representa una mejora en el acceso, en la medida en que las mujeres “dan menos vueltas”.

**GRÁFICO 25. Modo de llegada a la consulta por IVE-ILE, CABA, 2021. N=8.381.**

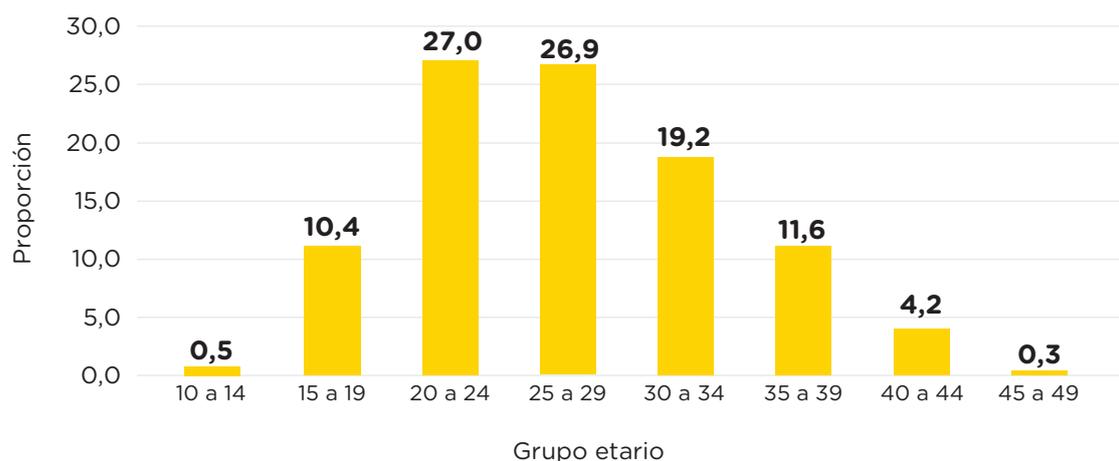


Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

#### » Edad de las mujeres

Las personas que accedieron a una IVE-ILE en 2021 (**Gráfico 26**) 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 26. Distribución etaria de las mujeres que accedieron a una IVE-ILE, CABA, 2021. N=8.822.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El 10,9% de las situaciones ocurrieron en adolescentes (10 a 19 años). De estas, 42 (0,5%) eran adolescentes que tenían entre 13 y 14 años y 927 (10,4%), entre 15 y 19 años.

Tomando como referencia la definición de la OMS, que establece como adolescencia temprana la que va de 10 a 14 años y como adolescencia tardía la que se extiende entre los 15 y 19 años, se observa que, si bien hubo consultas de adolescentes tempranas, la enorme mayoría de los casos en población adolescente fue en las adolescentes tardías. Esta estructura de edades para los casos de IVE-ILE es muy similar a la de los partos ocurridos en las maternidades públicas, como se muestra a continuación.

La “distribución de partos por edad de las mujeres en quinquenios” relevada a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP) en 2021 por el Departamento Materno Infantil permite comparar la estructura de edad de las mujeres que tuvieron un parto y aquellas que accedieron a una IVE-ILE en los establecimientos públicos del sistema de salud. Se muestran los resultados de la comparación en la **Tabla 4** y en el **Gráfico 27**.

En la **Tabla 4** 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 partos (13.744) e IVE-ILE (8.913), lo que permite comparar la estructura de edad de los dos eventos obstétricos.

**TABLA 4. Partos e ILE ocurridos en establecimientos públicos por grupo de edad de las mujeres, CABA, 2021.**

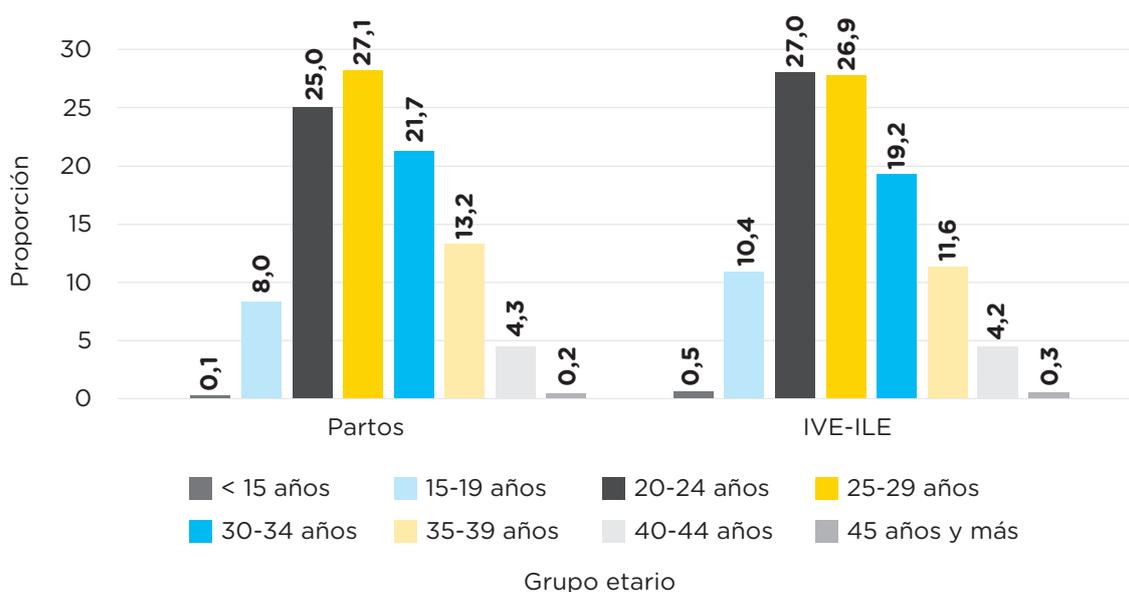
Estructura de edad	Partos en maternidades públicas. SIP (2021. DMI)		ILE (2021) hechas por sistema público. CoSSVIHITS	
	N	%	N	%
< 15 años	16	0,1%	42	0,5%
15-19 años	1.097	8,0%	927	10,4%
20-24 años	3.440	25,0%	2.394	27,0%
25-29 años	3.730	27,1%	2.385	26,9%
30-34 años	2.986	21,7%	1.701	19,2%
35-39 años	1.809	13,2%	1.030	11,6%
40-44 años	592	4,3%	376	4,2%
45 años y más	27	0,2%	27	0,3%
Sin dato	47	0,3%	31	0,3%
<b>Total</b>	<b>13.744</b>	<b>100%</b>	<b>8.913</b>	<b>100%</b>

Fuente: CoSSVIHITS (2022) a partir de información provista por DMI (SIP 2021) e información sobre acceso a IVE-ILE 2021.

Así, por ejemplo, entre las menores de 15 años, 16 niñas tuvieron un parto, lo que representó el 0,1% de los 13.744 partos ocurridos. Para el caso de las IVE-ILE fueron 42 los casos en menores de 15 años, lo que representó el 0,5% de las 8.913 IVE- ILE.

En el **Gráfico 27** se muestra la comparación de todos los grupos etarios para los dos eventos.

**GRÁFICO 27. Partos e IVE-ILE sistema público, por grupo etario, expresado en porcentajes, CABA, 2021.**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) a partir de la información provista por la DMI (SIP, 2021) y datos propios sobre IVE-ILE 2021.

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 IVE-ILE.

#### » Edad gestacional al momento de solicitar la IVE- ILE

El dato de la edad gestacional al momento de la primera consulta por interrupción del embarazo (**Tabla 5**) pudo ser recuperado en 8.615 situaciones. De estas, el 92% (7.912) llegaron en el primer trimestre y el 8% (703) en el segundo trimestre de gestación.

**TABLA 5. Distribución de los casos de IVE-ILE por edad gestacional y tipo de establecimiento donde se realizó la primera consulta, CABA, 2021.**

	<b>=&lt; 12,6 semanas</b>	<b>13 a 17,6 semanas</b>	<b>18 y más semanas</b>	<b>Total</b>
Hospital	2.129	316	139	2.584
CeSAC	5.783	184	64	6.031
<b>Total</b>	<b>7.912</b>	<b>500</b>	<b>203</b>	<b>8.615</b>

Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El 96% (5.783 casos) de las situaciones de IVE-ILE a las que dieron acceso los CeSAC fueron mujeres con gestas de hasta 12,6 semanas (Tabla 5). En los hospitales recibieron el 82,4% de los casos en el primer trimestre (2.129), el 12,2% (316) de los casos con gestas mayores a 12,6 semanas y hasta 17,6 semanas, y un 5,4% (139 casos) corresponde a las gestas de 18 semanas y más, muchas de las cuales corresponden a adelantamiento de parto por inviabilidad fetal.

Aquí es preciso destacar otro cambio producido en los hospitales. En 2016 los hospitales recibían un 50% de casos de primer trimestre y el otro 50% de casos del segundo semestre y, como hemos visto, para 2021 el 82,4% de los casos atendidos en hospitales fueron gestas del primer trimestre. Esto se debió a la constitución de equipos de IVE-ILE en Consultorios Externos, que permitieron mejorar el acceso al nivel hospitalario y de este modo descomprimir la enorme demanda que tenían los centros de salud.

El crecimiento en el número de establecimientos que fueron dando respuesta a la IVE-ILE y la progresiva legitimación en la población de la ILE en primer lugar y luego de la IVE, se expresó en la mejora del acceso, lo que puede verificarse en los cambios ocurridos en la edad gestacional de llegada para pedir una interrupción.

En la Tabla 6 se muestra una retrospectiva 2016-2021, que permite observar el crecimiento progresivo de proporción de casos que llegaron en el primer trimestre (“hasta 12,6”) y la consecuente disminución de la proporción de casos con gestas mayores.

**TABLA 6. Proporción de casos por edad gestacional al momento de pedir IVE-ILE, CABA, 2016-2021.**

Año	Hasta 12,6 semanas	13 a 17,6 semanas	18 semanas y más	Sin dato de EG	Casos IVE-ILE
2016	79,2	11,7	4,8	4,3	538
2017	83,5	11,7	2,9	1,9	1811
2018	87,0	9,3	2,6	1,1	4.867
2019	85,1	8,7	2,7	3,6	8.388
2020	87,5	8,1	2,7	1,6	7.896
2021	88,8	5,6	2,3	3,3	8.913

Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Así, en 2021, el 88,8% de los casos llegaron al sistema de salud con edad gestacional de hasta 12,6 semanas; un 5,6% llegó entre la semana 13 y la 17,6 y un 2,3% en la semana 18 o más.

Esta importante mejora en el acceso ocurrida con el paso de los años se verifica para las mujeres que tenían entre 15 y 49 años, pero permanece inalterada en los casos de niñas de 10 a 14 años.

Entre 2016 y 2021 se atendieron en la ciudad un total de 240 casos de IVE-ILE en niñas de 10-14 años. Para este grupo, la edad gestacional de llegada fue en el 64% de los casos en el primer trimestre, un 20% entre la semana 13 a 17,6 y un 15% con 18 semanas y más. Estos valores no registran cambios perceptibles cuando se consideran los 42 casos de 2021, lo que sí sucede para las adolescentes de 15 a 19 años, entre quienes se observan modificaciones similares a las mujeres de 20 años y más.

## **b. Indicadores de calidad de la atención**

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

## » Tiempo para la resolución de la IVE-ILE

El indicador “tiempo de resolución de la IVE-ILE” expresa la cantidad de días que transcurrieron entre la primera consulta y la realización del procedimiento<sup>10</sup>. 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 intervención. Esta información se pudo recuperar en 5.722 casos de 2021.

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 4,5 días. **El 85% de los casos se encuadraron correctamente en los plazos que indica la ley de IVE.**

## » Uso de misoprostol en el primer nivel de atención

En función de los lineamientos para la realización de IVE-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 3.684 casos. En el 93% de los casos (3.423) la interrupción se realizó utilizando un tratamiento (hasta 12 comprimidos). El 6,5% (245 casos) requirió hasta dos tratamientos y un 0,5% (16 casos) más de 2 tratamientos.

## » Modalidad no farmacológica/instrumental de resolución de IVE-ILE

En nuestra ciudad las modalidades no farmacológicas/instrumentales de resolución de las IVE-ILE solo se realizan en los hospitales y a partir del año 2020, en el Centro de Especialidades Médicas de Referencia (CEMAR) 2.

Sobre 2.511 IVE-ILE reportadas por los hospitales durante 2021, se informó que 1.957 casos (78%) fueron resueltos a través del uso exclusivo de misoprostol. En el 14% de los casos se empleó un método farmacológico y uno instrumental y el 8% de los casos se realizó de modo exclusivamente instrumental.

De los 558 casos en los que se hizo algún procedimiento instrumental (**Tabla 7**), en el 74% de los casos (411 situaciones) se utilizó la aspiración manual endouterina (AMEU), en el 33% (101 casos) se recurrió al raspado uterino evacuador (RUE) o legrado, en el 6% dilatación y evacuación y un 2% corresponde a “otros”.

---

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

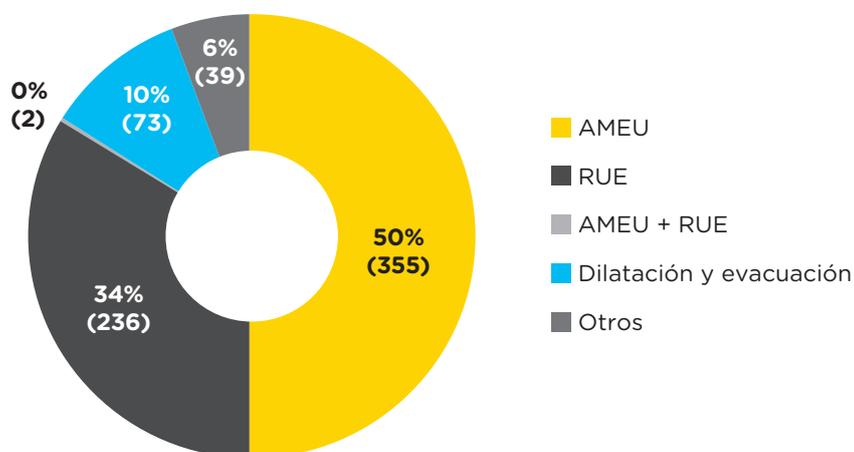
**TABLA 7. Procedimientos instrumentales utilizados en hospitales para IVE-ILE, CABA, 2021. N=558.**

Procedimiento utilizado	Cantidad de intervenciones
AMEU	411
RUE	101
Dilatación y evacuación	33
Otros	13
<b>Total</b>	<b>558</b>

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

La información de 2021 muestra avances muy importantes en la habilidad de los equipos para el manejo de la IVE-ILE y por ellos nos detenemos en la comparación con el año 2020 (**Gráfico 28**).

**GRÁFICO 28. Procedimientos instrumentales utilizados en hospitales para ILE, CABA, 2020. N=705.**



Fuente: CoSSVIHITS, 2021.

Lo primero que observamos al hacer la comparación interanual es que, aun cuando en 2021 crecieron los casos de IVE-ILE -los hospitales resolvieron 1.593 casos en 2020 y 2.758 en 2021-, hubo una disminución en el número de procedimientos instrumentales. Así, para 2020 fueron 705 casos y para 2021, 558. Esto marca una mejora en el manejo del tratamiento con medicación exclusiva.

Destacamos también el aumento proporcional interanual del procedimiento de AMEU y la correlativa disminución de la práctica del RUE o legrado. En 2020 la mitad de los procedimientos habían sido AMEU y en el 2021 fueron el 74%.

El monitoreo de este indicador en el período 2016-2021 muestra que la razón AMEU/RUE fue aumentando de modo progresivo a lo largo del tiempo, pasando de 0,4 AMEU por cada RUE (año 2016) a 4, es decir, 4 AMEU por cada RUE.

#### » **Complicaciones**

Sobre un total de 8.913 casos de IVE-ILE se reportaron 236 complicaciones, esto representa un 2,6% de los casos. En orden decreciente las complicaciones fueron: retención de restos (151 casos), hemorragia (45), infección (21), dolor (7), complicaciones del procedimiento (6), anemia (5) y fiebre y dolor (1 caso).

#### » **Provisión de anticoncepción inmediata 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. En la **Tabla 8** se muestran los resultados para este punto. Sobre 8.931 casos aceptaron un método 4.844 personas, en 114 casos no aplicó esta pregunta y en 48 casos se consignó que la persona explicitó no desear un método. De este modo la base de cálculo para el indicador son 8.751 (se descuentan del total los casos en que “no aplica” y las que “no desean”). De este modo obtenemos que un 55% de los casos terminaron el procedimiento llevando un método anticonceptivo.

**TABLA 8. Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico, CABA, 2021. N=8.751.**

Provisión de AIPE	Cantidad de casos
Sí	4.844
No / Sin datos	3.925
No aplica	114
No desea	48
<b>Total</b>	<b>8.931</b>

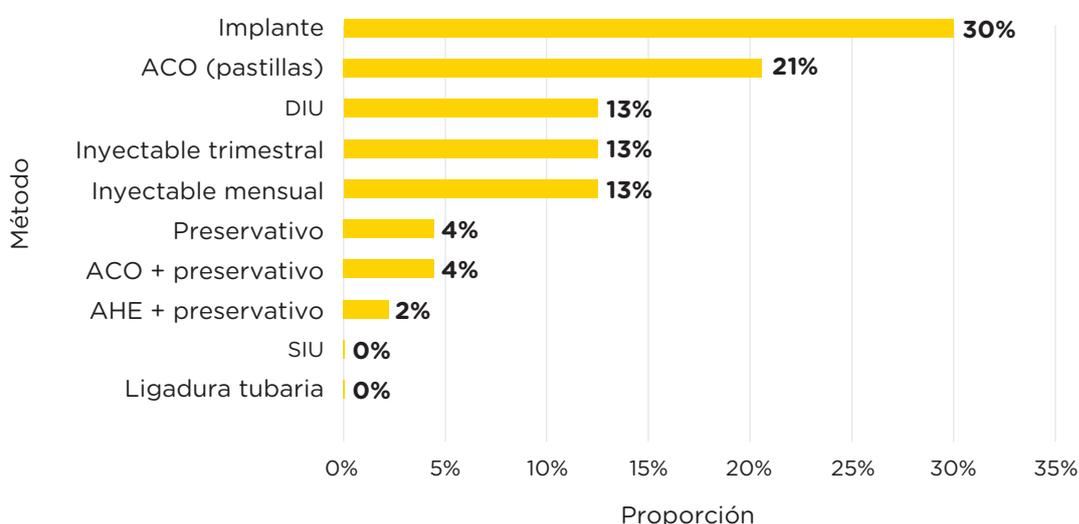
Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

En cuanto a la provisión de AIPE por tipo de establecimiento, en los hospitales el 61% de los casos terminaron con la provisión de un método anticonceptivo y en los CeSAC ese porcentaje fue de 53%. Esta tendencia es la misma que fue observada en años anteriores.

### » Método provisto

En el **Gráfico 29** se muestran los métodos provistos en orden decreciente. El más provisto (1.439 casos) fue el implante, seguido en lejano segundo lugar por pastillas (1.023), el DIU (643), inyectable trimestral (636), inyectable mensual (625), preservativo (185), pastillas y preservativo (172), AHE y preservativo (81), SIU (24) y ligadura tubaria (21).

**GRÁFICO 29. Método anticonceptivo provisto luego de la IVE-LE, CABA, 2021 (N=4.849).**



Fuente: CoSSVIHITS (2022) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Si recurrimos a la clasificación de métodos de corta y larga duración, se observa que un poco menos de la mitad (el 47%) adoptó un método de larga duración en el AIPE y en el 53% de los casos, uno de corta duración. Vale la pena destacar que en muchos casos las/os profesionales que completaron las planillas de registro de casos de IVE-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 IVE-ILE.

# Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en salud sexual y reproductiva en ciudad de Buenos Aires, 2016-2021

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>POBLACIÓN</b>							
Se agrupan los indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública							
<b>Porcentaje de población porteña con cobertura pública exclusiva</b>	18,70%	20%	18,70%	18,70%	18%	---	
<i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>							
<b>Porcentaje de nacimientos ocurridos en establecimientos públicos en mujeres residentes</b>	31,8%	32,9%	33,2%	33,3%	32%	---	
<i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>							
<b>Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)</b>	1,7	1,54	1,53	1,48	1,20	---	
<i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>							
<b>Niños nacidos de mujeres de hasta 14 años</b>	31	24	23	20	13	---	Cantidad de niños nacidos de mujeres residentes de CABA menores a 15 años.
<i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos sobre la base de Estadísticas Vitales.</i>							

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>POBLACIÓN</b>							
Se agrupan los indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública							
<b>Porcentaje de niños nacidos de mujeres de 15 a 19 años</b> <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>	5,30%	5,20%	4,20%	3,40%	3,16%	---	Proporción sobre el total de nacidos vivos de mujeres residentes en CABA, cuyas edades eran entre 15 y 19 años.
<b>Tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 (por mil)</b> <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>	22,7	20,1	16,2	12,4	8,7	---	Cantidad de adolescentes que fueron madres teniendo entre 15-19 años sobre 1.000 mujeres de la misma edad.
<b>Cantidad de nacimientos de mujeres residentes</b> <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos</i>	38.954	35.021	34.640	33.397	27.529	---	
<b>Población objetivo estimada</b> <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	---	126.468	117.520	117.001	118.077	115.019	Estimado del número de mujeres que tendrían que recibir métodos anticonceptivos en un año determinado.
<b>ACCIONES PROGRAMÁTICAS</b>							
Se refiere a desarrollos institucionales en los diferentes niveles de implementación de la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva							
<b>Canasta de insumos</b> <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	<b>14 productos que incluyen 12 tipos de métodos anticonceptivos, test de embarazo y misoprostol</b>						
<b>Cantidad de puntos de servicio o establecimientos que brindan respuesta en SSyR</b> <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	66	67	69	69	70	71	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuales hay al menos un equipo que brinda respuesta en SSyR.

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>ACCIONES PROGRAMÁTICAS</b>							
Se refiere a desarrollos institucionales en los diferentes niveles de implementación de la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva							
<b>Cantidad de establecimientos que brindan atención completa (todos los métodos e IVE-ILE)</b> <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	36	52	53	60	61	64	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuáles hay por lo menos un equipo que brinda todas las prestaciones de SSyR (métodos de corta y larga duración y acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE-ILE)
<b>Cantidad de tratamientos de misoprostol enviados al primer nivel de atención</b> <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	380	1.474	4.700	7.246	6.999	8.420	Cada tratamiento equivale a 12 comprimidos.
<b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS</b>							
Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias							
<b>Proporción de las mujeres que accedieron a un método anticonceptivo en el año en curso, que lo hicieron a través de un CeSAC</b> <i>Fuente: Registros de distribución de insumos. CoSSVIHITS.</i>	51%	54%	53%	51%	59%	63%	El indicador se propone monitorear el acceso a los métodos a través de los centros de salud del primer nivel de atención

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS</b> Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias							
<p><b>Años de mujer protegida con métodos anticonceptivos modernos</b></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	Entre 76.389 y 87.188	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><b>Cobertura estimada de mujeres con métodos anticonceptivos</b></p> <p><i>Fuente: 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	Entre el 66% y el 76% 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.

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS</b> Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias							
<b>Cantidad de interrupciones del embarazo atendidas</b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	538	1.899	4.858	8.388	7.896	8.913	Número de situaciones asistidas de IVE-ILE por los establecimientos del sistema público de salud.
<b>Proporción de las mujeres que accedieron a una IVE-ILE, que lo hicieron a través de un CeSAC</b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	69%	83%	86%	84%	80%	69%	El indicador se propone monitorear el acceso a la IVE-ILE a través de los centros de salud del primer nivel de atención.
<b>Proporción de adolescentes de 10 a 19 años sobre el total de mujeres que accedieron a una IVE-ILE</b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	22%	21%	16%	14%	10%	11%	El indicador se propone monitorear el acceso a la IVE- ILE de las adolescentes. Así por ejemplo para el año 2021, sobre un total de 8.913 IVE, el 11% eran adolescentes que tenían entre 10 y 19 años.
<b>Proporción de las mujeres que accedieron a una IVE con edad gestacional “hasta 12 semanas”</b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	79%	83%	85%	88%	89%	91%	El indicador se propone monitorear el acceso a la IVE en edades gestacionales tempranas. Así por ejemplo, de las 8.913 situaciones en el año 2021, el 91% de las mujeres llegaron al sistema con una edad gestacional menor o igual a las 12 semanas.

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS</b> Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias							
<p><b>Proporción de los casos de ILE que se resolvieron antes de los 10 días</b></p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	<b>76%</b>	<b>79%</b>	<b>82%</b>	<b>64%</b>	<b>84%</b>	<b>85%</b>	<p>El indicador se propone monitorear el tiempo transcurrido entre el momento en que la situación se encuadra como IVE-ILE y la misma se concreta en el plazo establecido por Ley IVE. Se toma como base los casos con EG de finalización. Así por ejemplo, para el año 2021, sobre un total de 5.722 casos, el 85% fueron resueltas en un lapso menor a los 10 días.</p>
<p><b>Proporción de los casos de IVE-ILE resueltos con 12 comprimidos de misoprostol</b></p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i></p>	<b>83%</b>	<b>82%</b>	<b>86%</b>	<b>92%</b>	<b>93%</b>	<b>93%</b>	<p>Este indicador sólo se utiliza para monitorear las IVE realizadas en los Centros de Salud, con tratamiento farmacológico exclusivo. Así por ejemplo, para el año 2021, sobre un total de 6.155 IVE realizadas en los Centros de Salud, el 93% pudo resolverse utilizando un máximo de 12 comprimidos de misoprostol.</p>

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Observaciones
<b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS</b> Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias							
<b>Razón AMEU<sup>[1]</sup>/ RUE<sup>[2]</sup></b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	0,4	1,4	2	1,3	1,5	4	El indicador se utiliza para monitorear las IVE-ILE realizadas en Hospitales con procedimientos instrumentales. Para el año 2021 se realizaron 554 IVE-ILE con procedimiento instrumental, por cada RUE se hicieron 4 AMEU.
<b>Proporción de mujeres que luego de acceder a una IVE-ILE recibieron en el post aborto un método anticonceptivo</b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	---	33%	49%	49%	56%	55%	El indicador se propone monitorear la provisión efectiva de un método anticonceptivo a las mujeres a las que se les realizó una IVE-ILE
<b>Proporción de mujeres que luego de la IVE-ILE recibieron un método de larga duración</b>  <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	---	56%	44%	51%	47%	47%	El indicador se propone monitorear la provisión de métodos de larga duración (DIU, Implante, SIU y ligadura tubaria) luego de una IVE-ILE. Así, para el año 2021, de 4.849 mujeres que recibieron un método anticonceptivo luego de la IVE-ILE, 2.279 (47%) adoptaron un método de larga duración.

<sup>[1]</sup> Aspiración manual endouterina.

<sup>[2]</sup> 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 Aguerrido (Gestión de insumos para anticoncepción), Viviana Mazur, Laura Pistani y Luciana Goldín (Interrupción legal del embarazo) y Ángeles Capresi (anticoncepción quirúrgica).

Agradecemos la participación de Sharon Josid, residente de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, quien colaboró en la consolidación de las bases de IVE-ILE.

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.

# Referencias

- » Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. (Agosto de 2020b). *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 2020a). 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. (Agosto de 2021). *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020*. Obtenido de Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Publicaciones: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion\\_y\\_respuesta\\_ssy\\_r\\_caba\\_2020.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_ssy_r_caba_2020.pdf)
- » Dirección General de Estadísticas y Censos. (2021). *Anuario Estadístico 2020*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.
- » Ipas. (2021). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- » Mazur, V., Weller, S., Pistani, L., Capresi, A., Trillo, F., Goldín, L., & Portnoy, F. (Julio de 2022). *La respuesta a la IVE-ILE en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas características de su desarrollo y cambios observados a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. Obtenido de Revista AMADA. Volumen 18, No 1: 33-39: <http://www.amada.org.ar/index.php/numero-actual/67-revista-revista-n1-2022/526-la-respuesta-a-la-ive-ile-en-el-subsistema-publico-de-salud-de-la-ciudad-de-buenos-aires-algunas-caracteristicas-de-su-desarrollo-y-cambios-observados-a-partir-de-la-sancion-de>
- » 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>
- » 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. (2022). *Directrices para la atención sobre el aborto. Resumen Ejecutivo*. Ginebra.
- » 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.

