



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SITUACIÓN Y RESPUESTA

ACTUALIZACIÓN 2022



Buenos
Aires
Ciudad

Coordinación
Salud Sexual, VIH e ITS.
Ministerio de Salud. GCBA

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SITUACIÓN Y RESPUESTA

ACTUALIZACIÓN 2022



**COORDINACIÓN SALUD SEXUAL, VIH E ITS.
MINISTERIO DE SALUD. GCBA.**

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

**Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta. Actualización 2022.
Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2023.**

Coordinación editorial Silvana Weller.

Edición Malala Carones y Agustín Rojo.

Equipo de Salud Sexual y Reproductiva Ángeles Capresi, Ariel Aguerrido, Fabiana Trillo, Laura Pistani, Graciela Georgietti, Luciana Goldín, Silvana Weller y Viviana Mazur.

Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS

Paseo Colón 255, 8º piso

Tel.: 4339-7976 / 4339-7817

saludreproductiva@buenosaires.gob.ar

Agosto de 2023

Índice

Introducción	4
1. Población	5
Indicadores sociodemográficos	5
Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos	7
Fecundidad en la adolescencia	8
Estimación de población objetivo para el aseguramiento de insumos	10
2. Acciones programáticas	12
Nivel central	12
Nivel local	16
Puntos de acceso o puertas de entrada	16
3. Utilización de servicios	17
Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos	17
Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa”	17
Anticoncepción quirúrgica	17
Estimación del alcance de la respuesta utilizando el indicador “años mujer protegida”	20
Utilización de servicios II: Interrupción del embarazo (IVE-ILE)	22
Indicadores para el monitoreo de la política de interrupción del embarazo	22
a. Indicadores de acceso	23
b. Indicadores de calidad de la atención	28
Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. 2016-2022	31
Participantes	35
Referencias	36

Introducción

Esta 5ª. Actualización de Situación y Respuesta en Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Buenos Aires sistematiza, como es habitual, la información que se viene produciendo a través de las acciones de monitoreo iniciadas en 2016 e incorpora aquella referida al año 2022.

Entendemos que las acciones de monitoreo y evaluación son valiosas para cinco objetivos complementarios, que son: **a.** disponer de un basamento para la planificación de las necesidades de insumos (estimar necesidades de compras); **b.** identificar las mejoras/cambios de escenario que se van produciendo con el trabajo cotidiano y las nuevas necesidades o desafíos que van surgiendo; **c.** planificar acciones novedosas basadas en diagnósticos afinados; **d.** valorizar y visibilizar el trabajo que realizan los equipos todos los días en los establecimientos públicos de salud donde se brinda respuesta a la población y **e.** producir información de utilidad tanto para los actores del subsistema público de salud como para otros actores interesados en la temática.

El material se encuentra organizado en tres grandes dimensiones:

Población: características de la población objetivo, fecundidad en población general y en adolescentes, nacimientos en mujeres residentes y partos en maternidades públicas. Se pone el énfasis en las características heterogéneas que presenta la población porteña. Las principales fuentes de información son el Anuario Estadístico 2022 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023) y el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud porteño.

Acciones programáticas : se describen las principales acciones impulsadas por los ministerios de Salud de la Nación y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que son las áreas que generan las condiciones de ocurrencia de la política en salud sexual y reproductiva. Aquí se identifica el estado de la “canasta de insumos” y la existencia de cambios que afectan el acceso y la calidad de las prácticas.

Utilización de servicios : se busca estimar el alcance de las acciones en lo que son los principales objetivos de la política en salud sexual y reproductiva, esto es el acceso a los métodos anticonceptivos y el acceso de calidad a las interrupciones del embarazo. Las fuentes principales de datos son los registros referidos a la efectiva distribución de los métodos anticonceptivos (elaborados por la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS) y la información sobre ligaduras tubarias e interrupciones voluntarias y legales del embarazo (provista semestralmente por los establecimientos donde tienen lugar estas prácticas).

Finalmente, a modo de resumen ejecutivo, se presenta una tabla que permite observar el comportamiento de algunos indicadores seleccionados en el período 2016-2022.

1. 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 (diferencias en el tipo de cobertura en salud que tiene la población, fecundidad por comuna y por edad, cantidad de nacimientos en mujeres residentes, etc.) a partir de las Estadísticas Vitales provistas por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023) y de modo complementario información recopilada por el Sistema de Información Perinatal a cargo del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Por último, se presenta la estimación de población objetivo para la provisión de métodos anticonceptivos para el año 2022.

Indicadores sociodemográficos

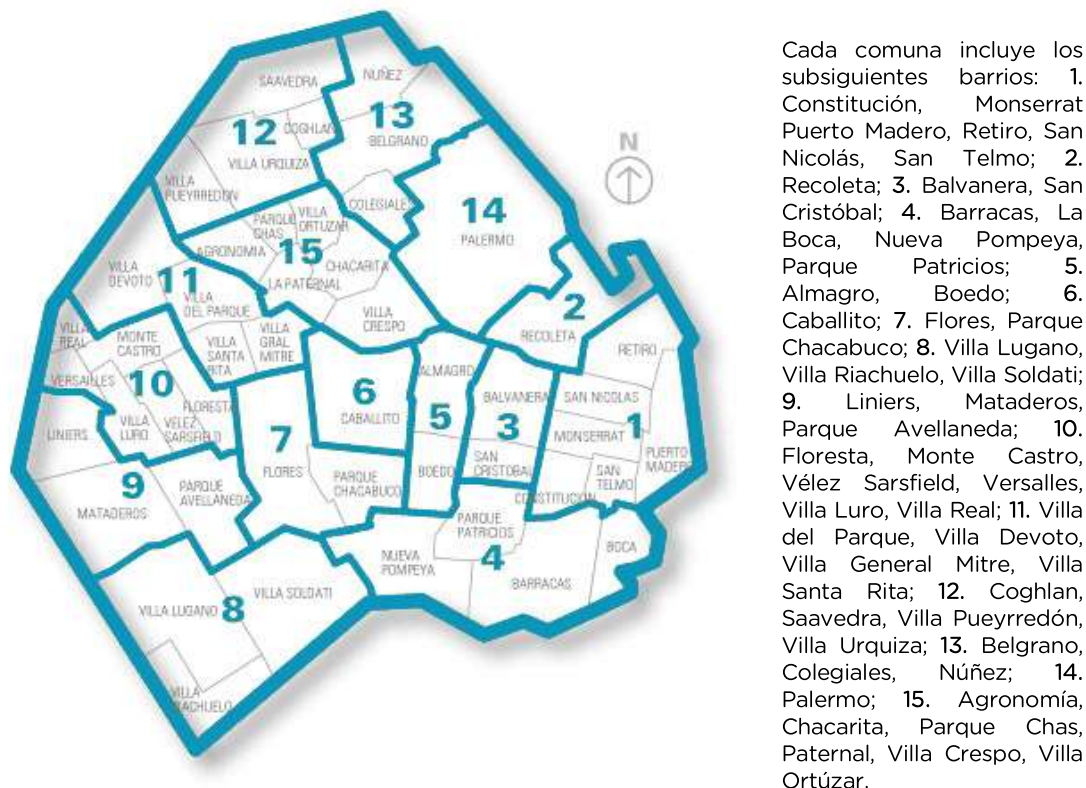
La población estimada para 2022 en la ciudad de Buenos Aires era de 3.081.550 personas, de las cuales 1.631.101 eran mujeres y 1.450.179, varones. Buenos Aires tiene una gran densidad demográfica (alrededor de 15.104 habitantes por kilómetro cuadrado) y su población residente es la más envejecida del país, con bajas tasas de natalidad y de fecundidad (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023, pág. 29).

La tasa global de fecundidad (TGF) de la ciudad de Buenos Aires se mantiene a lo largo del período 1990/2021 **por debajo del nivel de reemplazo** (que es de 2,1 hijo por mujer). El valor para 1990 fue de 2,08 y cayó para 2021 a 1,10 hijo por mujer. Este descenso ha sido constante y lento (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023, pág. 40).

Si bien la política de salud sexual y reproductiva de la ciudad es de acceso universal y gratuito para todos los habitantes, es particularmente indispensable para el subsector de la población que solo cuenta con la cobertura de salud que brinda el subsistema público de salud, esto es la denominada población con “cobertura pública exclusiva”. Este grupo poblacional pasó del 18% en 2021 al 20% en 2022, es decir que hubo un leve incremento en la cantidad de personas potencialmente beneficiarias (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023, pág. 68).

La ciudad se encuentra dividida en quince comunas (Figura 1, en la página siguiente), que son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial que alojan poblaciones cuyas condiciones de vida son muy heterogéneas.

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



Por ello, y como en años anteriores, es preciso tener en cuenta las grandes diferencias existentes por zona geográfica¹. Así, el valor mínimo de población con cobertura pública exclusiva corresponde a la zona Norte (7,1%), el máximo a la zona Sur (35%) mientras que la zona Centro presenta el valor intermedio con 17,3% de población con cobertura pública exclusiva (pág. 69).

Otro indicador que permite estimar la proporción de personas 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 2021, sobre un total de 25.560 nacimientos, el 32% tuvo lugar en un establecimiento asistencial público y el 68%, en uno privado (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2022). Este indicador, que también registra grandes variaciones por comunas, 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 decir que hay una cantidad de personas que, aun contando con otro tipo de cobertura de salud (obras sociales y/o empresas de medicina prepaga), recurre al sistema público para atenderse.

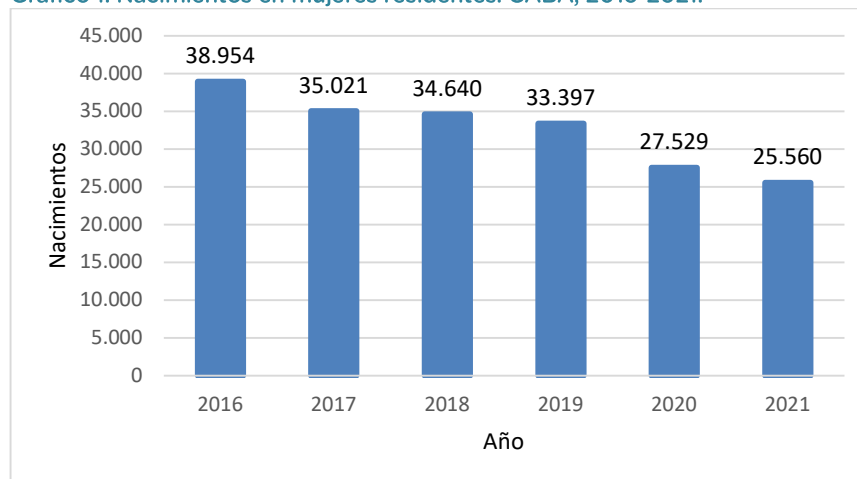
¹ La clasificación en zonas está tomada de la división territorial definida por la Dirección de Estadística y Censos, según la cual la zona Norte comprende las comunas 13, 14 y 2; la zona Sur incluye las comunas 10, 9, 8 y 4 y la zona Centro, las comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15.

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.

Nacimientos de mujeres residentes y Partos en hospitales públicos

La ciudad de Buenos Aires registró 25.560 nacimientos de mujeres residentes en 2021 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023). Como se observa en el Gráfico 1, la mayor caída en el número de nacimientos se registró entre 2019 y 2020, y la tendencia descendente continúa en 2021.

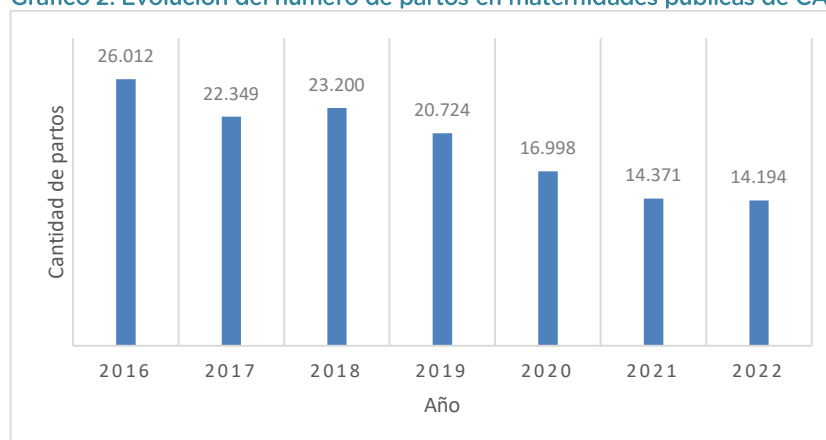
Gráfico 1. Nacimientos en mujeres residentes. CABA, 2016-2021.



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 se observa al revisar el número total de partos que tuvieron lugar en las maternidades públicas, que reciben de modo indistinto a residentes y no residentes. (Gráfico 2). Esta información es relevada por el Departamento Materno Infantil al que reportan las doce maternidades del subsistema público de salud porteño.

Gráfico 2. Evolución del número de partos en maternidades públicas de CABA, 2016-2022.



Fuente: Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud. GCBA. 2023.

El número de partos ocurridos en maternidades públicas descendió de 26.012 reportados en 2016 a 14.194 en 2022. Como en el caso anterior, el mayor descenso interanual de la serie corresponde al 2020-2019. En 2022 se registran valores semejantes a los del año previo.

Fecundidad en la adolescencia

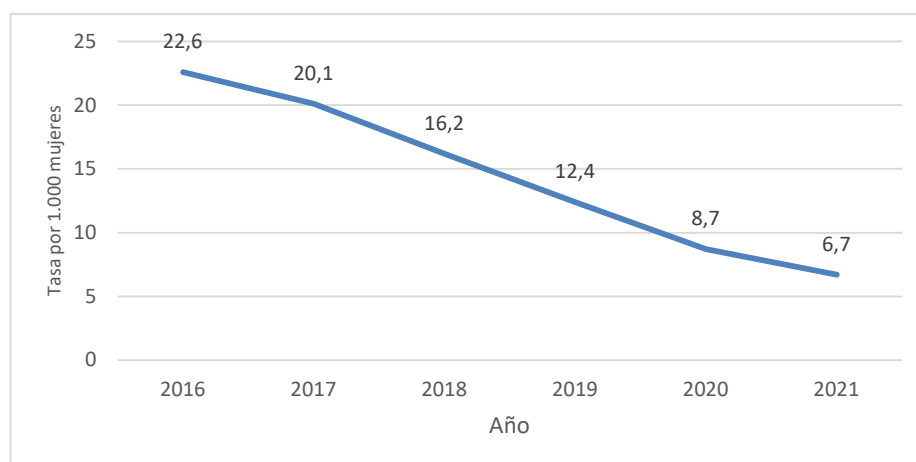
Los datos sobre nacimientos en mujeres residentes de la ciudad por grupo de edad (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023) muestran que, en 2016, 31 niñas con menos de 15 años habían tenido un hijo. En 2021 el número se redujo a 10. Y la disminución entre las de 15 a 19 años fue de 2.062 nacimientos en 2016 a 629 en 2021 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023).

Es decir que en ambos grupos (adolescencia temprana y adolescencia tardía) se registró una caída del 65% entre los nacimientos de 2016 y 2021.

De modo consistente, se observa que al considerar los nacimientos en mujeres residentes por grupo de edad, el grupo de 15 a 19 años pasó de representar el 5,3% de los nacimientos en 2016 al 2,5% en 2021.

Los cambios en los números de nacimientos se expresan también 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 3). En 2016 esta tasa fue de 22,6, es decir que cada mil jóvenes de 15 a 19 años, 22,6 fueron madres. Como se observa, luego de seis años de descenso constante, la TFA se ubica en 6,7 en 2021 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023). Es decir que, de cada mil jóvenes de 15 a 19 años, solamente 6,7 fueron madres en 2021.

Gráfico 3. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres). CABA, 2016-2021

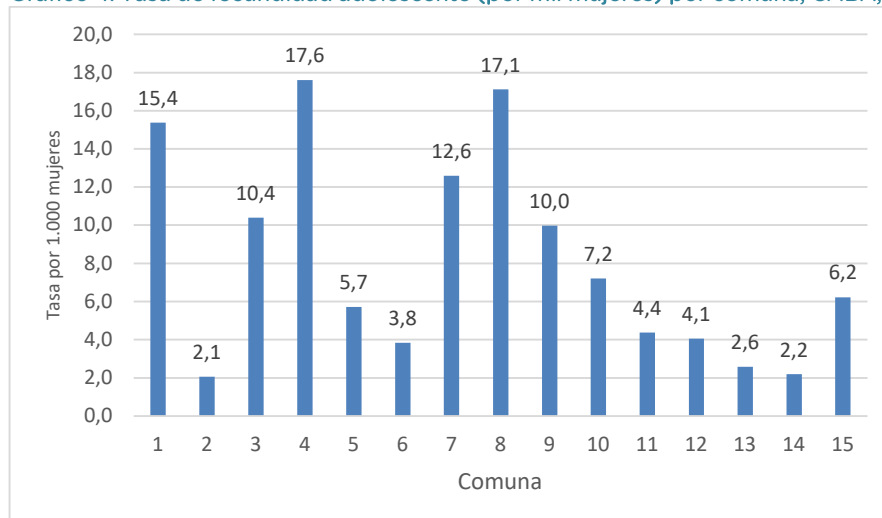


Fuente: CoSSVIHITS (2023) a partir de la información del Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2022.

En el Gráfico 4, se muestra la TFA para el trienio 2019-2021 por comunas², 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.

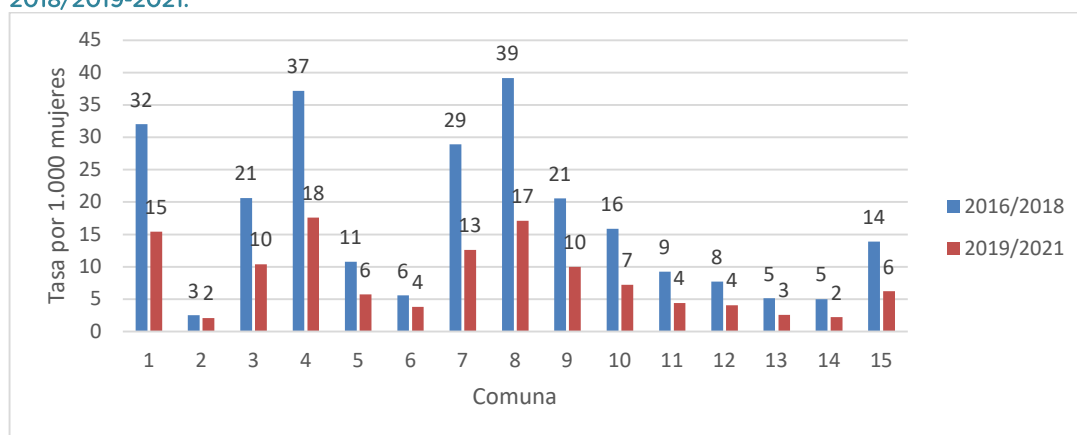
Entonces, para el trienio 2019-2021, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15 a 19 años varía desde un 2,1 en la comuna 2 (la de mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 17,6 en la comuna 4 (que junto con la 8, la 1 y la 7 se encuentra entre la más postergadas). **Es decir que la tasa de la comuna con niveles más altos es 8 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos de fecundidad adolescente.**

² La TFA se informa de modo anual para el total de la ciudad. La información por comunas, en cambio, se informa por trienio.

Gráfico 4. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) por comuna, CABA, trienio 2019-2021

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023.

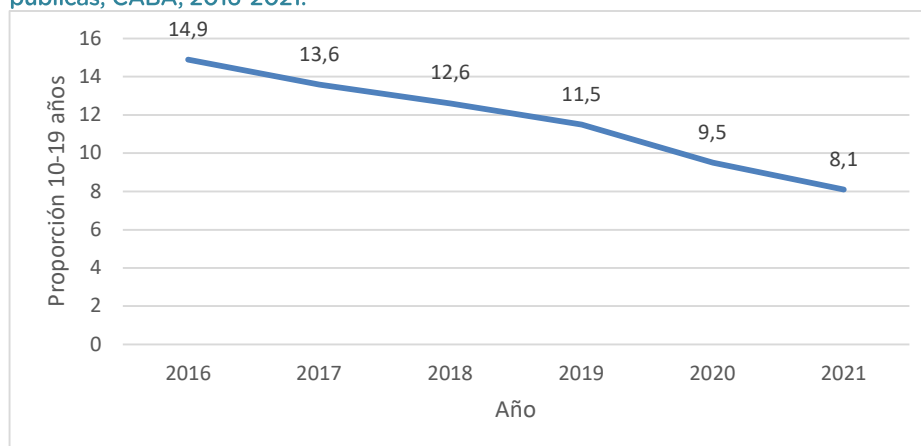
Si comparamos estos datos más recientes con los del trienio 2016-2018 (ver Gráfico 5), observamos que la TFA de la comuna 2 tenía el valor menor (2,5) y la 8 el mayor (39,2), **pero en ese momento la diferencia entra la comuna más pobre y la más rica era 15 veces mayor**. Es decir que de un trienio al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

Gráfico 5. Cambios en la tasa de fecundidad adolescente por comunas. CABA, comparación 2016-2018/2019-2021.

Fuente: CoSSVIHITS (2023) a partir de la información del Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2022.

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 22 puntos (la comuna 8). Los descensos más pronunciados fueron 22 puntos en la comuna 8, 19 en la 4, 17 en la 1 y 16 en la 7. Estas comunas son aquellas con mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva, es decir las más pobres.

Como en ediciones anteriores, complementamos la información sobre población adolescente con los datos que recopila el Sistema de Información Perinatal (Departamentos 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 6. Proporción de adolescentes (10-19 años) entre los partos ocurridos en maternidades públicas, 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 6). 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 10-19 años que accedieron a una interrupción voluntaria del embarazo/interrupción legal del embarazo (IVE-ILE) en los últimos 7 años (Gráfico 7). En 2016, el 22,1% de las interrupciones ocurrieron en el grupo 10 a 19 años y este valor desciende progresivamente hasta llegar a 11,9% en el 2022. 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 7. Proporción de interrupciones del embarazo en el grupo 10-19, CABA, 2016-2022

Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. 2023.

Estimación de población objetivo para el aseguramiento de insumos

La construcción de un número que permita estimar la cantidad de personas que deberían ser beneficiadas por una política pública (la denominada “población objetivo”) es una información muy valiosa al menos por dos motivos: **a.** permite planificar las compras de insumos (en este caso, métodos anticonceptivos) y **b.** permite estimar la cobertura que logra la política, o sea a qué proporción de la población objetivo se le está brindando la respuesta adecuada. Es decir, se trata

de una información que tiene valor tanto para la gestión de insumos como para el monitoreo y evaluación.

Por convención internacional, se utiliza como primer criterio de corte para estimar la población susceptible de utilizar métodos anticonceptivos a las mujeres de entre 15 y 49 años (OMS/UNFPA, 2009). ¿Qué proporción de esta población cuenta con el subsistema público de salud como único proveedor? Aquí se abren dos criterios: a. el de considerar a la proporción que cuenta con “cobertura pública exclusiva”; b. el de considerar a la proporción de población que tuvo un parto en una maternidad pública.

Según la información provista por la Dirección de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2023), en 2022 residían en la ciudad 750.922 mujeres de 15 a 49 años, de las que un 20% contaba con “cobertura pública exclusiva”, y un 31,6% de los partos de ese ocurrieron en un establecimiento público.

Como se ha desarrollado en ediciones anteriores, no toda la población requerirá un método anticonceptivo por diversos motivos: porque está embarazada, porque cree que no puede quedar embarazada, porque no mantiene relaciones sexuales, porque no tiene prácticas heterosexuales, entre otros. La población que no requiere un método está estimada en un 15% (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2022, pág. 15).

Hechas estas disquisiciones, es posible afirmar que para el año 2022 la población objetivo para la provisión de métodos anticonceptivos oscilaba entre 127.668 personas (siguiendo el criterio de “cobertura pública exclusiva”) y 201.697 (siguiendo el criterio de “proporción de personas que tuvieron su parto en un establecimiento público”).

2. 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 u otros cambios** que obstaculizan o mejoran la atención y la **cantidad de establecimientos** que brindan respuesta, esto es las “puertas de entrada” o “puntos de acceso”.

Nivel central

En 2022 los ministerios de Salud de la Nación y de la Ciudad tramitaron adquisiciones de material quirúrgico y de una nueva droga (la mifepristona) que significaron mejoras de calidad en la atención vinculada a la provisión de métodos anticonceptivos de larga duración (en particular del implante subdérmico y el DIU) como también en la realización de las interrupciones del embarazo.

Con recursos del Ministerio de Salud de la ciudad, se realizó una compra importante de instrumental quirúrgico destinado a la colocación y extracción de implantes subdérmicos y DIU. Se adquirieron histerómetros, tijeras, pinzas Maier, Erina y Halsted. El material fue distribuido en los centros de salud, de modo de facilitar así la expansión de la política de provisión de los métodos de larga duración.

A mediados de 2022, el Ministerio de Salud de la Nación comenzó la distribución del tratamiento combinado de mifepristona + misoprostol para los procedimientos farmacológicos de interrupción de embarazo. Esto desencadenó una serie de acciones en la ciudad destinadas a capacitar a los equipos locales en el uso de la nueva droga, que redundó en una atención de mayor calidad de las interrupciones de embarazo.

También con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación fue posible la distribución de insumos específicos (jeringas y cánulas) para realización del procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) en los servicios de Obstetricia de los hospitales generales de agudos y en la Maternidad Sardá. Esta instrumentalización, acompañada de capacitaciones por parte de la Coordinación, estimuló la mejora en las prácticas utilizadas para la realización de IVE-ILE y, de tal manera, el avance de la práctica de AMEU sobre la del legrado.

El programa de salud sexual y reproductiva cuenta con una “canasta de insumos” constituida por métodos anticonceptivos (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2022, pág. 17) 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, misoprostol y “Combipack” (mifepristona+misoprostol).

A continuación, se detalla la distribución de insumos realizada en 2022. Las cantidades reflejan **los pedidos realizados por los 71 establecimientos que participan de la respuesta en salud sexual y reproductiva, 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 y 2022 hubo provisión insuficiente de un insumo muy importante en términos de

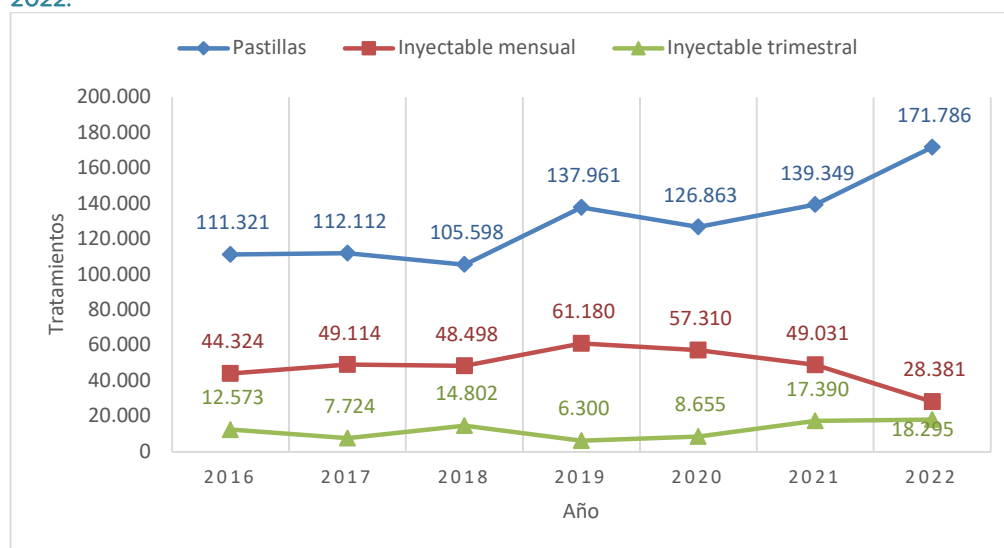
las preferencias de las usuarias: los inyectables mensuales. Como se verá más adelante, este faltante se vio compensado parcialmente por el aumento en la distribución de los otros métodos anticonceptivos disponibles. No hubo otros faltantes durante 2022.

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 el año 2022 fueron distribuidos 4.711.438 preservativos a través de estos canales. La cobertura anticonceptiva potencialmente brindada por este insumo no es tomada en cuenta a la hora de estimar los indicadores de “mujeres con cobertura completa” y “años mujer protegida”.

En los gráficos 8 (métodos de corta duración) y 9 (métodos de larga duración) se observa la evolución entre 2016 y 2022 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 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 en 2021 muestra un nuevo repunte. En el caso del inyectable trimestral el descenso de 2019 y 2020 se debe a faltantes del insumo por falta de proveedores. En 2021 se regularizó la provisión y el insumo retomó los valores de 2018 y los superó. En el caso del inyectable mensual, un insumo también muy apreciado por las usuarias, el faltante comenzó en 2020 y se regularizó recién en 2023, por lo que la recuperación no se puede apreciar en el gráfico.

La distribución de pastillas no se vio afectada por faltantes en ninguno de los años de la serie. Se registra un leve descenso en 2020, debido a la pandemia, y a partir de 2021 retoma el aumento constante, en parte como recurso de sustitución de los inyectables faltantes.

Gráfico 8. Distribución de métodos de corta duración, expresado en tratamientos, CABA, 2016-2022.



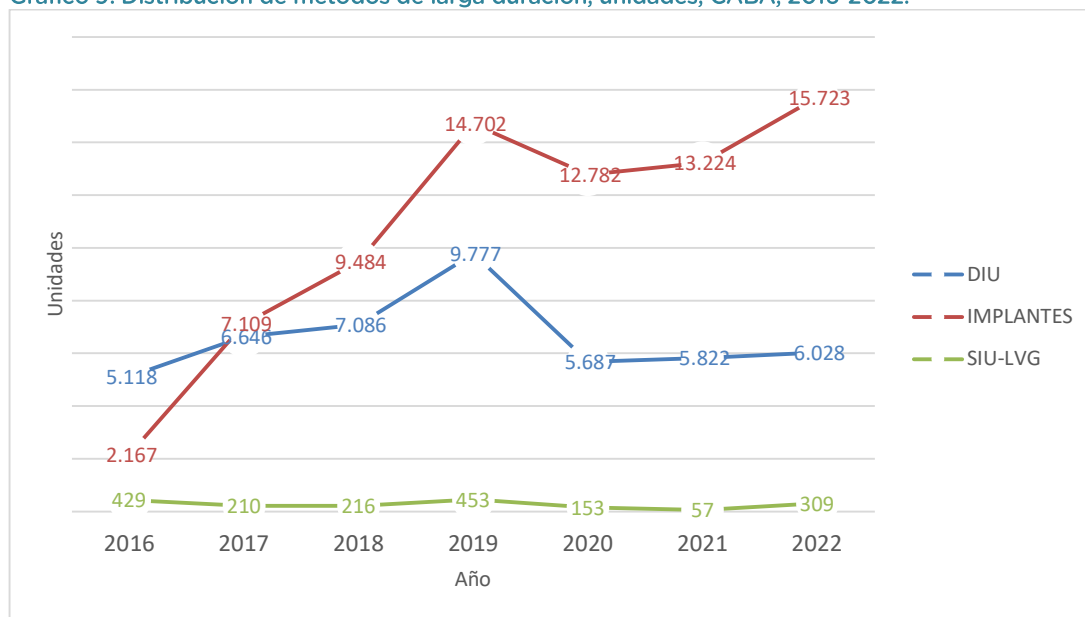
Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en las distribuciones realizadas a los establecimientos.

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 habían llegado a distribuir 14.702 implantes y en 2020, 12.872. En 2021 y 2022 se observa el crecimiento constante en la demanda de este insumo, muy apreciado por equipos y usuarias.

Diferente fue el caso de los DIU, que tuvo una caída mucho más importante en 2020, y en 2021 quedó por debajo de los valores de los años anteriores. En 2022 se observa que el valor sigue por debajo de los números prepandemia.

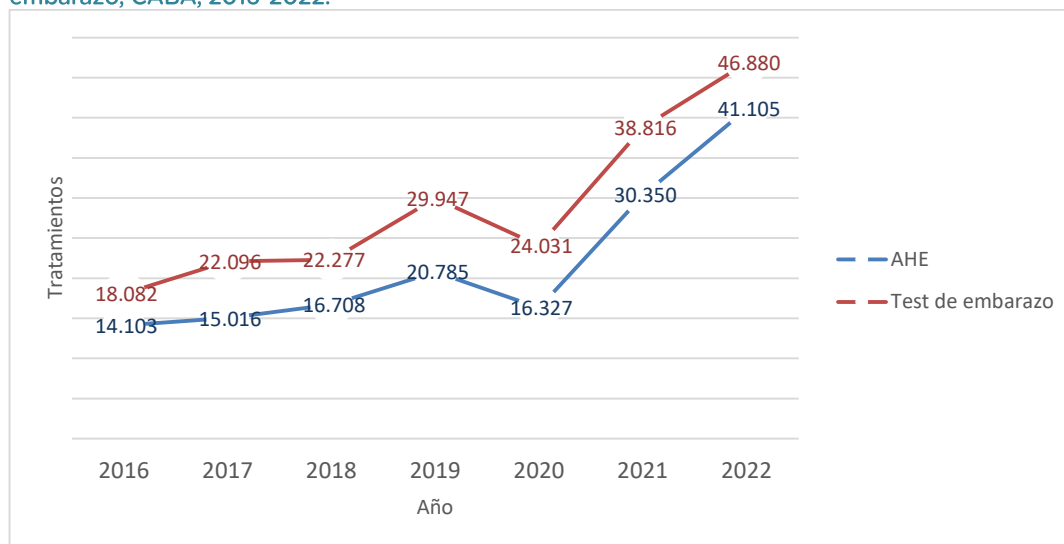
En cuanto al SIU-LVG, los valores son relativamente bajos y erráticos, se trata del único método de la canasta que no puede ser elegido por la usuaria y se dispensa por indicación médica. Las variaciones en la distribución obedecen a la cantidad de SIU disponibles y no a las preferencias de equipos y usuarias.

Gráfico 9. Distribución de métodos de larga duración, unidades, CABA, 2016-2022.



Fuente: CoSSVIHITS (2023) 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) y de los test de embarazo. Entre 2016 y 2020 la distribución se mantuvo relativamente constante y fueron superiores los valores de los test de embarazo. El aumento acelerado de la distribución de insumos se debió al inicio una estrategia novedosa de distribución, denominada de **Red Ampliada**.

Gráfico 10. Distribución de tratamientos de anticoncepción hormonal de emergencia y test de embarazo, CABA, 2016-2022.

Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en las distribuciones realizadas a los establecimientos.

La estrategia de Red Ampliada consistió en incluir la anticoncepción de emergencia y los test de embarazo entre los recursos de los que pueden disponer las **organizaciones comunitarias** que integran la Red de Distribución de Preservativos. **Los mediadores entre las organizaciones 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 relativamente incipiente (lleva dos años) y como se observa en el Gráfico 10, ha dado un fuerte impulso a la distribución de anticoncepción de emergencia y a los test de embarazo. Si tomamos como referencia el año 2016, se observa que en 2022 la distribución de anticoncepción de emergencia se triplicó y la de test de embarazo fue 2,6 veces superior. Estos recursos, cuyo acceso a la población se facilita a través de estos “nuevos socios”, permiten a las usuarias tomar decisiones, ya sea para evitar un embarazo no deseado (teniendo previamente la AHE, por ejemplo en su botiquín) como para comprobar tempranamente un embarazo a través del test. Sobre este punto, y aunque excede el período de análisis, constituye un determinante importante para el acceso de las mujeres a este recurso el hecho de que, desde 2023, la AHE es un producto farmacéutico de venta libre (Resolución 1062/APN-ANMAT MS).

En síntesis, en 2022 se puede observar una **mejoría paulatina** en la distribución de los métodos anticonceptivos con respecto al año 2021. La única excepción fue el caso de los inyectables mensuales, pero eso se debió, como fue dicho, a los faltantes registrados.

En cuanto a la medicación utilizada para las interrupciones de embarazo, en 2022 se distribuyeron 10.805 tratamientos de misoprostol y, a partir de septiembre de 2022 (cuando se inició la provisión del “combipack”), 588 tratamientos de mifepristona + misoprostol.

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 (CeSAC), centros de especialidades médicas ambulatorias de referencia (CEMAR), centros médicos barriales (CMB), 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 servicio” a través de los cuales la población puede recibir las prestaciones (OMS/UNFPA, 2009).

En 2022 fue posible acceder a los métodos anticonceptivos a través de 71 establecimientos: todos los CeSAC, todos los hospitales generales, la Maternidad Sardá, tres hospitales especializados infanto-juveniles, cinco hospitales especializados en salud mental, 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 65 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/

3. 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 a las interrupciones voluntarias y legales del embarazo. 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 mujer protegida”. Cada uno de estos indicadores se construye a través de procedimientos diferentes y son utilizados para monitorear diferentes aspectos de la provisión de métodos.

La construcción de ambos indicadores se basa en 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.

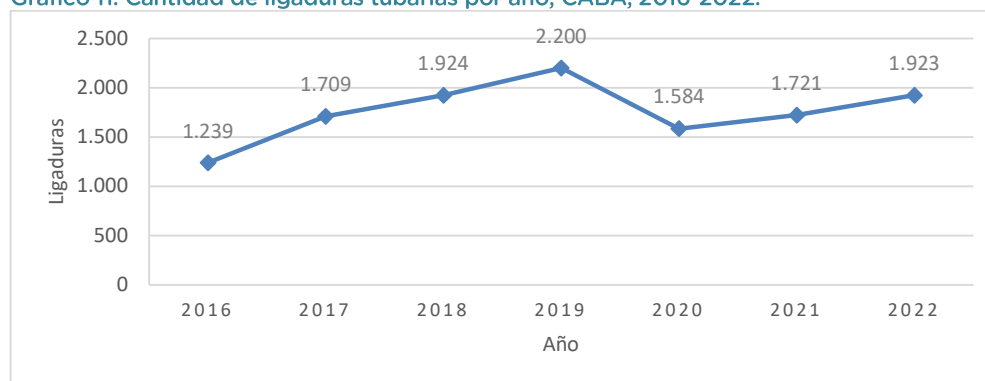
Anticoncepción quirúrgica

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

Gráfico 11. Cantidad de ligaduras tubarias por año, CABA, 2016-2022.



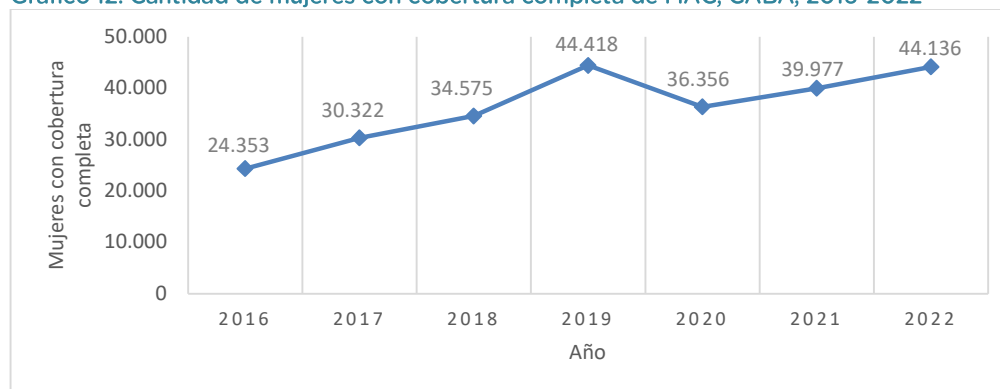
Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes semestrales enviados por hospitales.

En cuanto al momento de realización de las 1.923 ligaduras de 2022, el 82% fueron realizadas “intracésárea”, el 13% (“del intervalo”) tuvieron lugar fuera del momento del parto/cesárea y el 5% restante se realizó en el posparto inmediato.

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

Así, si consideramos los métodos distribuidos (ver sección anterior Gráficos 8 y 9) y las ligaduras realizadas (Gráfico 11) es posible estimar que en los últimos siete años (Gráfico 12) se pasó de brindar cobertura completa a 24.353 mujeres en 2016 a casi el doble en 2022 (44.136). El valor máximo de la serie fue el 2022³.

Gráfico 12. Cantidad de mujeres con cobertura completa de MAC, CABA, 2016-2022

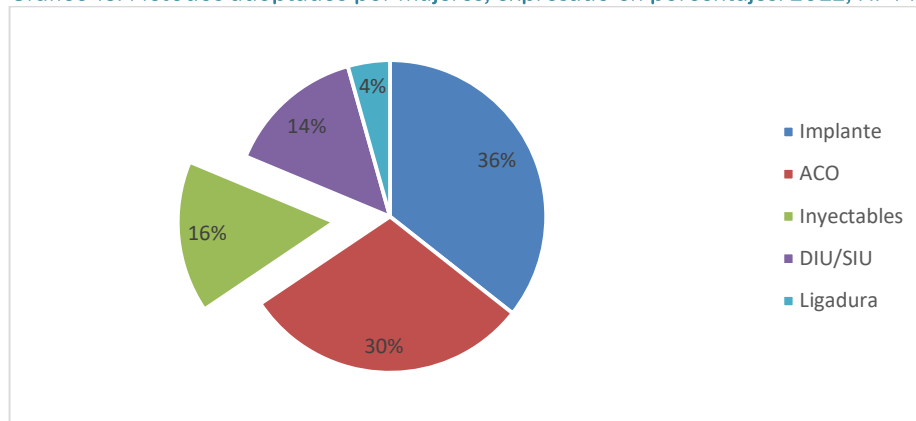


Fuente: CoSSVIHITS (2023).

³ Como fue dicho, estas estimaciones dejan por fuera la gran cantidad de personas que utilizan como método anticonceptivo el preservativo peneano.

En el Gráfico 13 se puede observar los métodos elegidos por las mujeres durante 2022 en función de sus preferencias y la disponibilidad. Así, el primer método elegido fue el implante (36%), el segundo las pastillas (30%), el 16% inyectables, el 14% el DIU/SIU y un 4% la ligadura.

Gráfico 13. Métodos adoptados por mujeres, expresado en porcentajes. 2022, N: 44.136

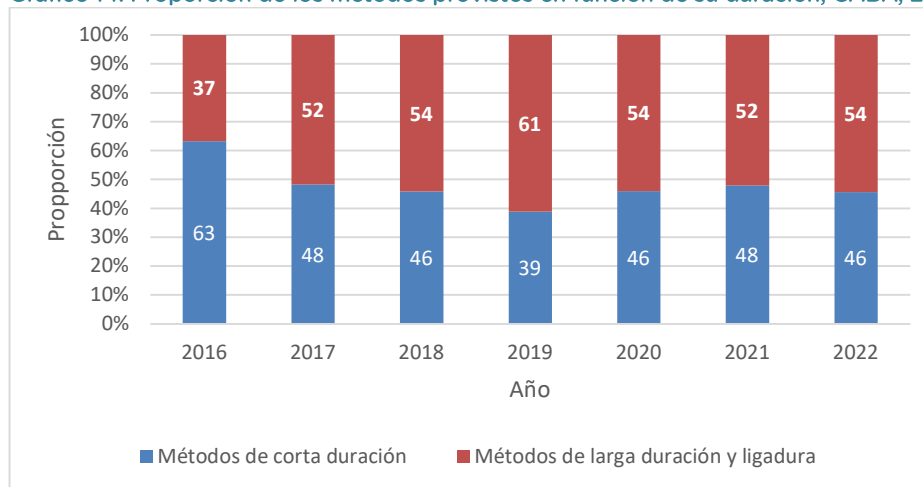


Fuente: CoSSVIHITS (2023).

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 14 se muestra la serie 2016-2022 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 métodos de larga duración, que en 2022 comprenden el 54% de los métodos provistos.

Gráfico 14. Proporción de los métodos provistos en función de su duración, CABA, 2016-2022

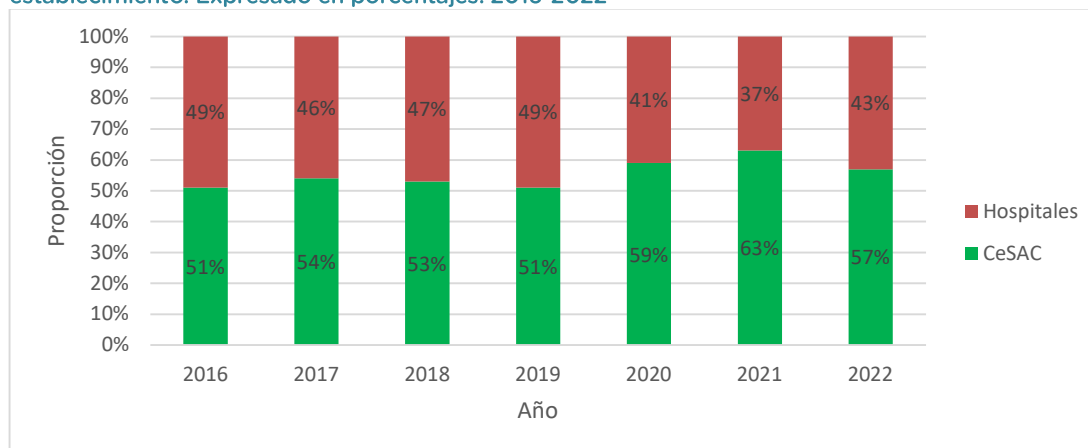


Fuente: CoSSVIHITS (2023).

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 15 es posible observar los cambios ocurridos en los modos de acceso

entre los años 2016-2022. 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 se observa una importante ampliación de oferta por parte de los CeSAC y luego un leve descenso en 2022, año en el cual el 57% de los métodos fue provisto por el primer nivel.

Gráfico 15. Mujeres con cobertura completa con métodos anticonceptivos. Por tipo de establecimiento. Expresado en porcentajes. 2016-2022



Fuente: CoSSVIHITS (2023).

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 anualmente). Por eso se construyó un segundo indicador, “años de mujer protegida”, que permite estimar no sólo la población alcanzada en un año calendario, sino el tiempo de cobertura logrado en función del tipo de método distribuido.

Estimación del alcance de la respuesta utilizando el indicador “años mujer protegida”

Para estimar la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos 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).

El modelo permite “contar” los años de protección diferida que brindan los métodos de larga duración. Así se estima algo menos de 10 años por cada ligadura tubaria, algo menos de 5 años por cada DIU/SIU y algo menos de 3 años por cada implante subdérmico. De este modo, por ejemplo, un implante que se colocó en 2020 aporta 1 año de mujer protegida en el 2020, un año en 2021 y otro en 2022. En el caso de los métodos de corta duración, se los considera en el año en que se utilizan, pero no se proyectan a los años sucesivos, como es lógico.

En la Tabla 1 y Gráfico 16 se puede observar la cantidad de “años mujer protegida” que brindó el sistema entre 2016 y 2022, por año calendario y por tipo de método.

El total de años mujer protegida pasó de 41.088 en 2016 a 88.534 en 2022. Con el paso de los años, fue aumentando el número de años de protección brindados a través de las pastillas; los años brindados con inyectables se mantuvieron relativamente constantes debido a los faltantes que ya fueron referidos. Los mayores aumentos se verifican, con el paso del tiempo, en las cantidades de personas que estaban cubiertas con métodos de larga duración.

Para 2022, 33.113 mujeres contaban con un implante; 27.621 con un DIU/SIU y 16.471 con una ligadura tubaria. En lo que hace a los métodos de corta duración, para el mismo año, 7.632 estaban cubiertas por pastillas y 3.697 por inyectables.

Tabla 1. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo, CABA, 2016-2022.

Método	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ACO	4.817	5.007	4.691	6.138	5.641	6.191	7.632
Inyectable	3.545	3.165	4.083	3.481	3.616	4.457	3.697
DIU/SIU	20.340	21.929	23.188	27.391	27.591	27.931	27.621
Implante	1.912	7.734	13.910	25.535	29.237	32.285	33.113
Ligadura	10.474	12.282	13.657	14.917	15.600	15.875	16.471
Años Mujer Protegida	41.088	50.117	59.530	77.462	81.685	86.739	88.534

Fuente: CoSSVIHITS (2023).

Gráfico 16. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través métodos anticonceptivos modernos por tipo de método, CABA, 2016-2022.

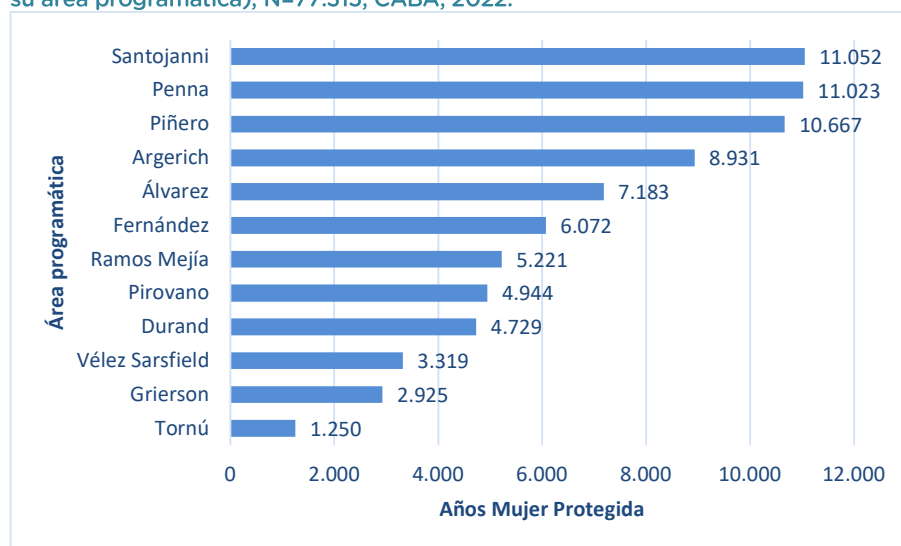


Fuente: CoSSVIHITS (2023).

Para estimar la cobertura brindada, es preciso poner los años de mujer protegida en relación con la población objetivo estimada (ver desarrollo en el primer apartado sobre Población), que para 2022 fue, de acuerdo al criterio utilizado, de entre 127.668 a 201.697 mujeres, lo que daría como resultado una cobertura que va del 70% al 44%.

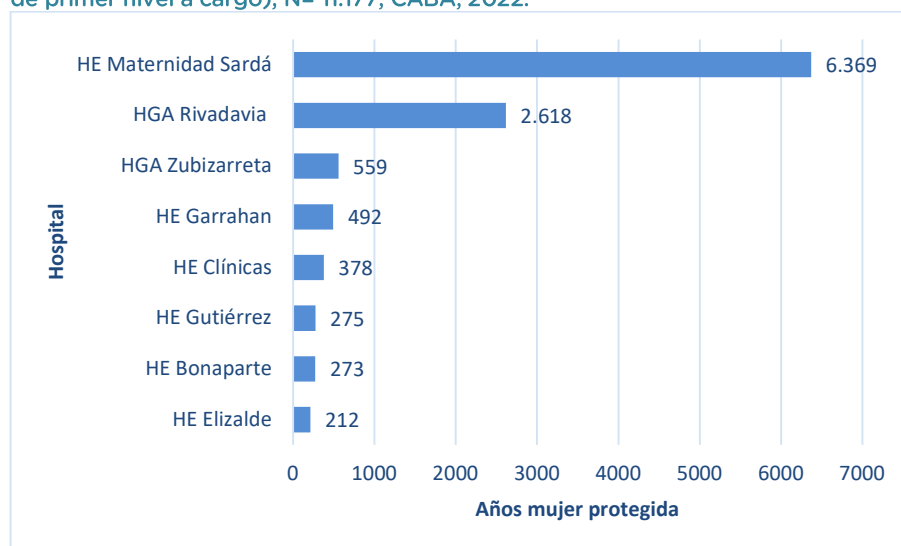
En el Gráfico 17 es posible visualizar la cantidad de años mujer protegida durante 2022, agrupados según hospitales generales que tiene centros de salud en sus áreas programáticas. Y en el gráfico 18 se muestran los años de mujer protegida brindados por otros hospitales.

Gráfico 17. Años Mujer Protegida agrupados por hospital general (con efectores de primer nivel en su área programática), N=77.315, CABA, 2022.



Fuente: CoSSVIHITS (2023).

Gráfico 18. Años Mujer Protegida, agrupados por otros hospitales (especializados o sin efectores de primer nivel a cargo), N= 11.177, CABA, 2022.



Fuente: CoSSVIHITS (2023).

Utilización de servicios II: Interrupción 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 son las planillas electrónicas que envían semestralmente a la CoSSVIHITS los establecimientos que participan de la respuesta. Allí se informan 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, 2023) y por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2022). En estos casos, la interrupción se realiza con métodos farmacológicos (misoprostol o mifepristona combinada con misoprostol). Las gestas mayores a 12,6 semanas solo pueden resolverse en el segundo nivel de atención.

En los hospitales (generales de agudos y especializados), la práctica se realiza según la situación de la mujer y la experiencia de los equipos intervinientes. Las opciones son: tratamiento farmacológico y/o métodos instrumentales, que incluyen el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE), entre otros. 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 (EG) 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 métodos anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE). Se monitorea también el tipo de método con el que se finaliza el proceso, siguiendo el criterio clasificatorio de métodos de corta y de larga duración.

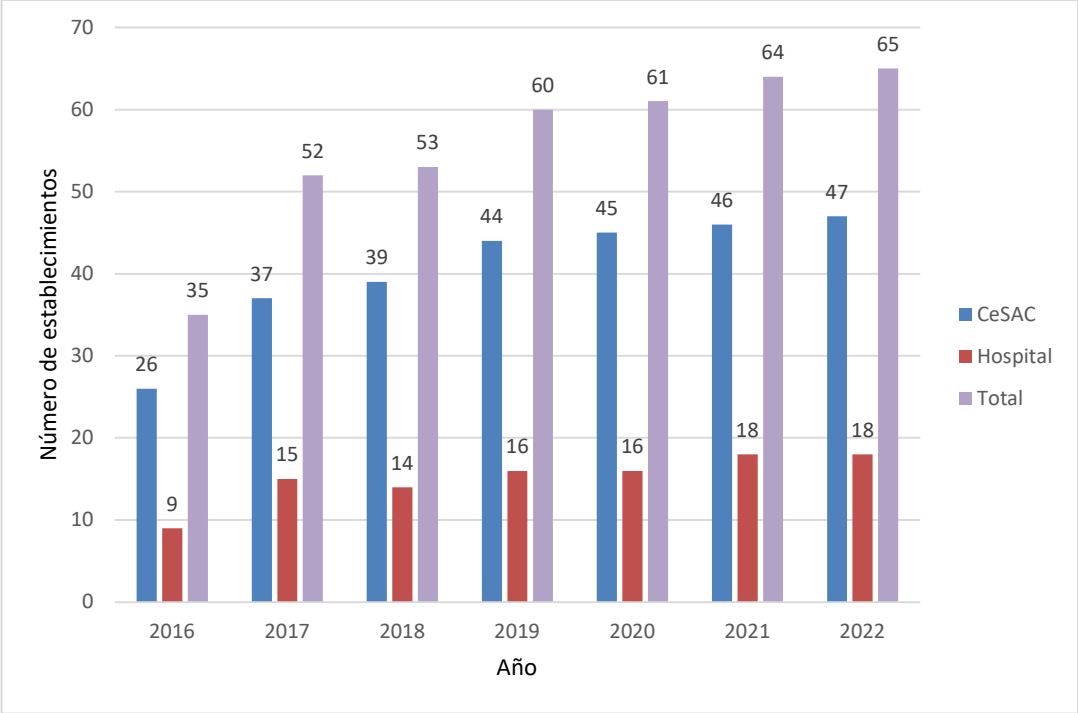
a. Indicadores de acceso

- Establecimientos que brindan acceso y cantidad de situaciones asistidas

Durante 2022, 65 establecimientos de subsistema público de salud dieron respuesta a las interrupciones del embarazo (Gráfico 19) y se atendieron 9.986 situaciones de IVE-ILE (Gráfico 20), lo que marca un incremento en el número de las situaciones de alrededor de un 10% respecto de 2021.

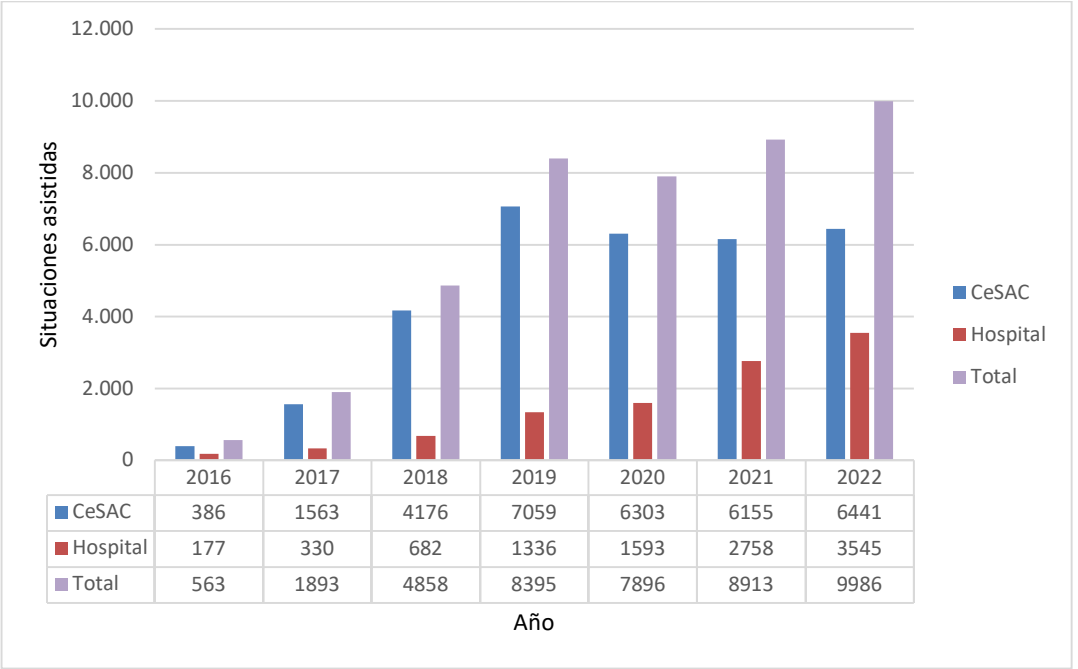
Un rasgo a destacar es que, si bien los CeSAC siguen constituyendo la principal puerta de acceso, con el 65% de las prestaciones (6.441 casos), se consolida la creciente participación de los hospitales en la respuesta (Gráfico 21).

Gráfico 19. Establecimientos que dan respuesta IVE-ILE, por tipo de establecimiento, 2016-2022.

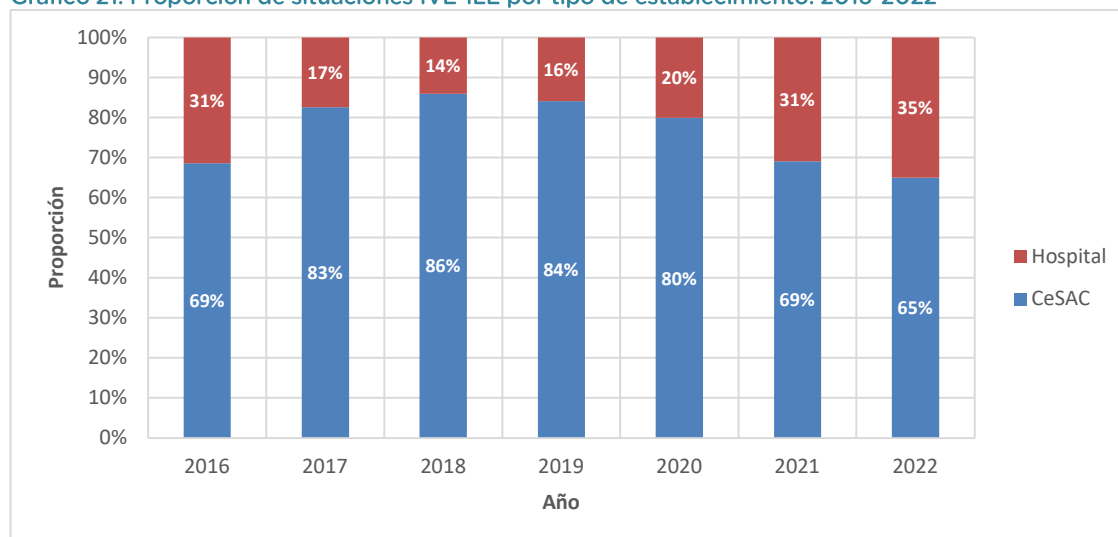


Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Gráfico 20. Cantidad de situaciones de IVE-ILE asistidas por tipo de establecimiento, CABA, 2016-2022



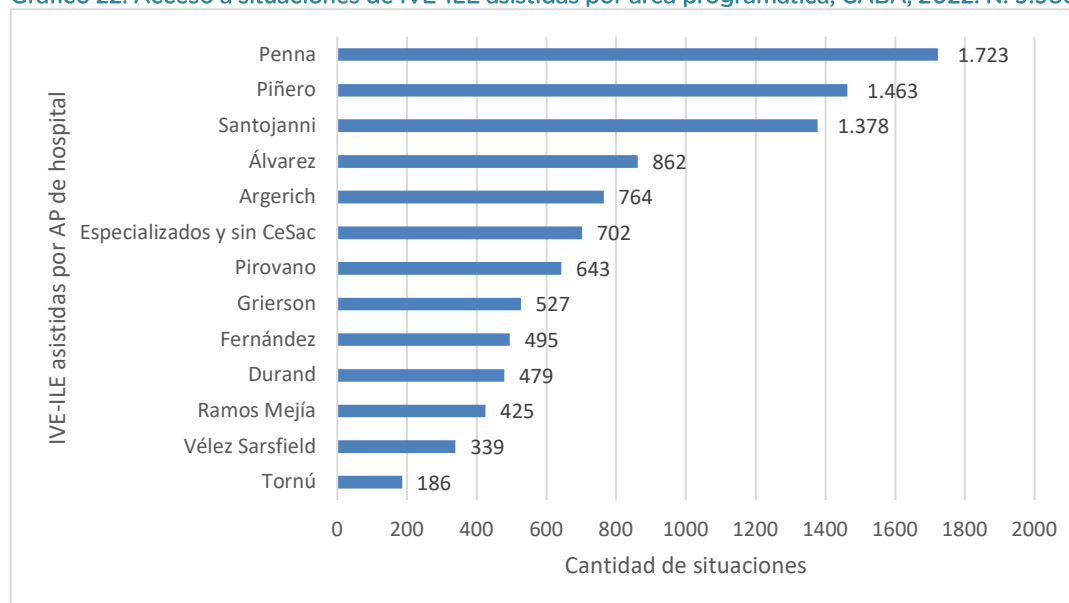
Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos.

Gráfico 21. Proporción de situaciones IVE-ILE por tipo de establecimiento. 2016-2022

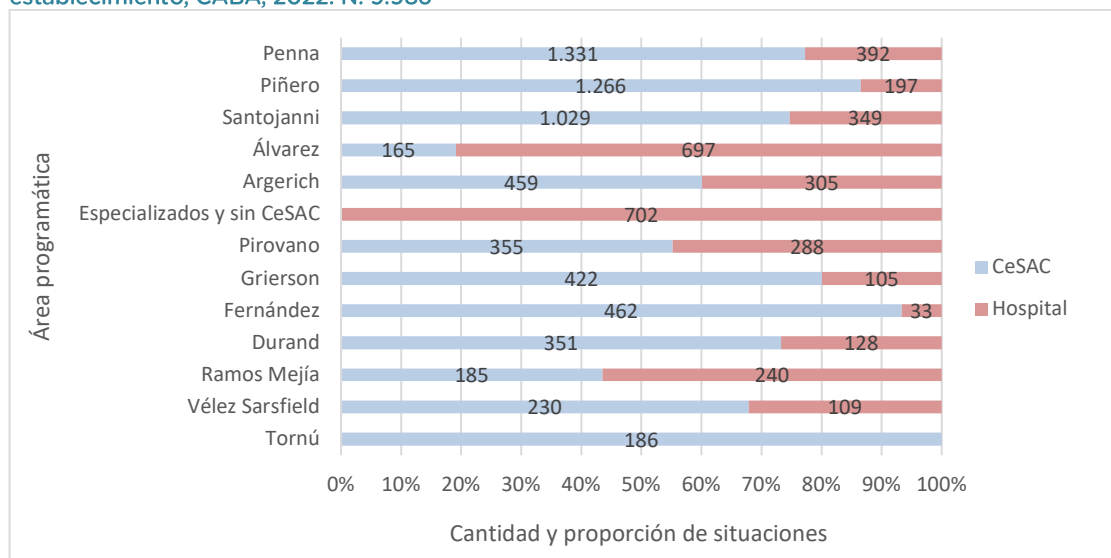
Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos.

En el Gráfico 22 se muestra la cantidad de casos asistidos durante 2022 en el subsistema de salud público según área programática y en el Gráfico 23, las proporciones por tipo de establecimientos en cada una de ellas.

Los hospitales especializados y los generales que no tienen CeSAC (cuyos datos se consideran separadamente) reportaron 702 casos: 259 casos el Hospital de Clínicas; 206 casos la Maternidad Sardá; 180 casos el Hospital Rivadavia; 34 casos el Hospital Zubizarreta; 13 casos el Hospital Elizalde; 9 casos el Hospital Gutiérrez y un caso el Hospital Garrahan.

Gráfico 22. Acceso a situaciones de IVE-ILE asistidas por área programática, CABA, 2022. N: 9.986

Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos

Gráfico 23. Acceso a situaciones de IVE-ILE asistidas por área programática y por tipo de establecimiento, CABA, 2022. N: 9.986

Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos

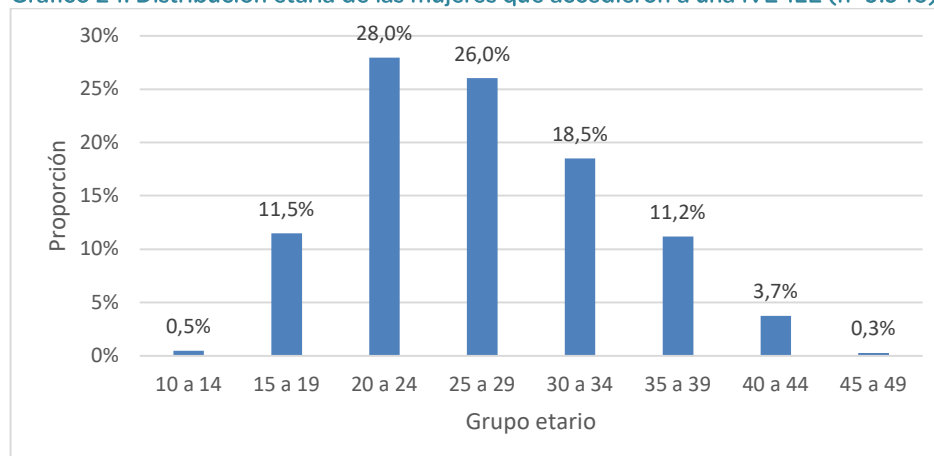
- Algunas características del acceso

- Con respecto a cómo llegaron las personas a pedir una interrupción, el principal **modo de llegada** a la IVE-ILE en 2022 fue porque la persona ya era usuaria del efector (48% de los casos), el segundo modo fue a través de la recomendación de una persona conocida (22%) y en el 11% de los casos el modo fue por la derivación de otro efector. Para el 4% de los casos fue precisa una gestión de la Línea 0800 Salud Sexual y/o de la Coordinación; un 1% de los casos llegó derivada por una organización de la sociedad civil. El 14% restante llegó por “otros canales”.
- El 85% de las personas tenía **cobertura** pública exclusiva mientras que el 15% tenía una obra social / medicina prepaga (OS/MP).
- El 74% de las personas era **residente** de CABA, el 26% residía en la provincia de Buenos Aires y un 0,2% provenía de otro distrito.
- En 588 casos se reportó la **derivación** de las personas a otra institución de salud. El motivo más frecuente (318 casos) fue la edad gestacional, en segundo lugar (115 casos) por falla en el tratamiento. En 78 casos la derivación se debió a que había contraindicaciones para el tratamiento ambulatorio. En menor medida se derivó por “otros motivos” (62 casos), se derivó a la OS/MP de la usuaria (9 casos) y finalmente, se derivó a “otra jurisdicción” en 6 casos.
- Con respecto al **encuadre de la situación**: el 96% de los casos (9.563) fueron situaciones de IVE-ILE; el 2% (227) situaciones referidas a atención postaborto/huevo muerto y retenido/aborto espontáneo y el 1% (88 casos) decidió continuar el embarazo. Es posible que el número de personas que deciden continuar el embarazo luego de la consulta por IVE-ILE sea mayor, pero no todas las personas vuelven al establecimiento para informarlo.

- Edad de las mujeres

Las personas que accedieron a una IVE-ILE en 2022 tenían entre 13 y 49 años; la edad promedio fue 27 años. Los grupos más numerosos fueron los de 20 a 24 años (28% de los casos) y de 25 a 29 años (26% de los casos) (Gráfico 24).

Gráfico 24. Distribución etaria de las mujeres que accedieron a una IVE-ILE (n=9.946) CABA, 2022



Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos.

El 11,9% de las situaciones ocurrieron en adolescentes (10 a 19 años). De estas, 46 casos (0,5%) eran adolescentes que tenían entre 13 y 14 años y 1.146 (11,5%), entre 15 y 19 años.

Tomando como referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud (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.

- 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 pudo ser recuperado en 9.840 situaciones. De estas, el 90% (8.939) llegaron en el primer trimestre y el 9% (901) en el segundo trimestre de gestación. Este dato confirma la tendencia al acceso temprano, que se viene observando en la ciudad en los últimos años (Tabla 2), lo que redunda en una mejora para las usuarias y los equipos.

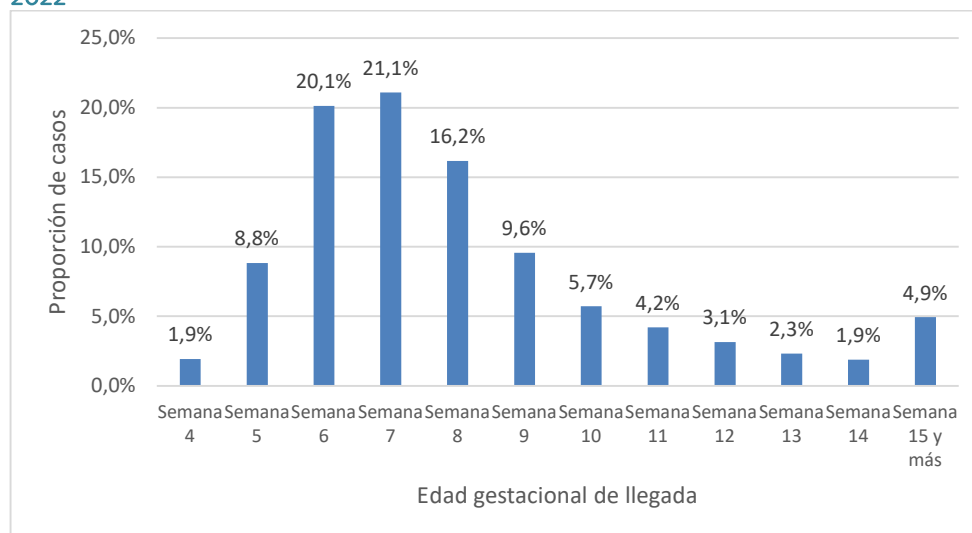
Tabla 2. Proporción de casos por edad gestacional al momento de pedir IVE-ILE, CABA, 2016-2022

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%	1.811
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
2022	89,5%	6,5%	2,5%	1,5%	9.986

Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos.

En el Gráfico 25 se muestra el detalle de la EG de llegada durante 2022. Se observa que el 52% de las situaciones llegaron entre la cuarta y la séptima semana inclusive, y si nos atenemos a la definición legal, se observa también que el 95% de los casos llegaron en condiciones de pedir una interrupción voluntaria (IVE); el restante 5% de los casos fueron encuadrados como ILE.

Gráfico 25. Proporción de la edad gestacional de llegada medida en semanas (n: 9.840), CABA, 2022



Fuente: CoSSVIHITS (2023) con base en los informes enviados por los establecimientos.

En la Tabla 3 se muestra la distribución de los casos por edad gestacional de llegada y por tipo de establecimiento.

Tabla 3. Distribución de los casos de IVE-ILE por edad gestacional y tipo de establecimiento donde se realizó la primera consulta, CABA, 2022

	=< 12,6 semanas	13 a 17,6 semanas	18 y más semanas	Total
Hospital	2.844	441	194	3.479
CeSAC	6.095	207	59	6.361
Total	8.939	648	253	9.840

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

El 96% (6.095 casos) de las situaciones de IVE- ILE a las que dieron acceso los CeSAC fueron mujeres con gestas de hasta 12,6 semanas (Tabla 3). También en los hospitales la mayor proporción de situaciones asistidas correspondió al primer trimestre, con el 82% de los casos (2.844); un 13% (441) fueron gestas mayores a 12,6 semanas y hasta 17,6 semanas, y un 5,6% (194 casos) fueron gestas de 18 semanas y más, muchas de las cuales corresponden a adelantamiento de parto por inviabilidad fetal.

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, resolución farmacológica 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 procedimiento⁴. 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, para 2022, en 8.870 casos. En el 90% de ellos (7.995) el tiempo de resolución fue menor o igual a 10 días.

- Modalidad de resolución en el primer nivel de atención

En el primer nivel de atención fueron reportados 5.050 casos en los que se utilizó el misoprostol. La vía de uso indicada fue en el 56% de los casos la “vaginal”, en el 47% la “sublingual” y en el resto de los casos la “bucal” o “más de una”. Se estima que en 485 casos fue necesario un segundo tratamiento. En 321 casos se utilizó la combinación de mifepristona+misoprostol.

- Modalidad de resolución en hospitales

En el segundo nivel de atención, donde fueron reportados 3.478 casos, el 77% fue resuelto de modo farmacológico, utilizando misoprostol solo o combinado con mifepristona (322 casos). En el 14% (474) de los casos se utilizó una combinación de método farmacológico con procedimiento instrumental y en un 9% (312) el procedimiento fue exclusivamente instrumental.

En los 786 casos en los que se utilizó algún procedimiento instrumental, un 80% (620) requirió aspiración manual endouterina (AMEU); un 15% (116), raspado uterino evacuador (RUE) o legrado y en 9 casos se usó AMEU+RUE. Hubo 26 casos de “dilatación y evacuación” y 16 casos de “otros”. Es notable el constante y progresivo avance del uso de la AMEU como procedimiento instrumental de alta calidad.

El monitoreo de este indicador en el período 2016-2022 muestra que la razón AMEU/RUE fue aumentando de modo progresivo a lo largo del tiempo, pasando de 0,4 AMEU por cada RUE en 2016 a 5,4, es decir 5,4 AMEU por cada RUE en 2022.

- Complicaciones

Sobre un total de 9.986 situaciones asistidas de IVE-ILE se reportaron 311 complicaciones, esto representa un 3% de los casos. En orden decreciente las complicaciones fueron: aborto incompleto (189 casos), hemorragia (72 casos), infección (35 casos) y “otros” (15 casos).

- 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 posaborto es una práctica que refiere a la calidad de la atención brindada. Sobre 9.986 situaciones aceptaron un método 5.090 personas, en 123 casos se consignó que la persona explicitó no desear un método y en 280 no correspondía el uso de métodos (Ej.: por continuación del embarazo). De este modo, la base de cálculo para el indicador son 9.583 (descontadas del total los casos en que “no aplica”

⁴ Vale la pena tener en cuenta que la Ley de IVE fija un plazo de hasta 10 días para brindar la primera atención, no para resolver el caso, pues este tiempo depende de muchas variables, entre otras, la edad gestacional con la que llega la persona.

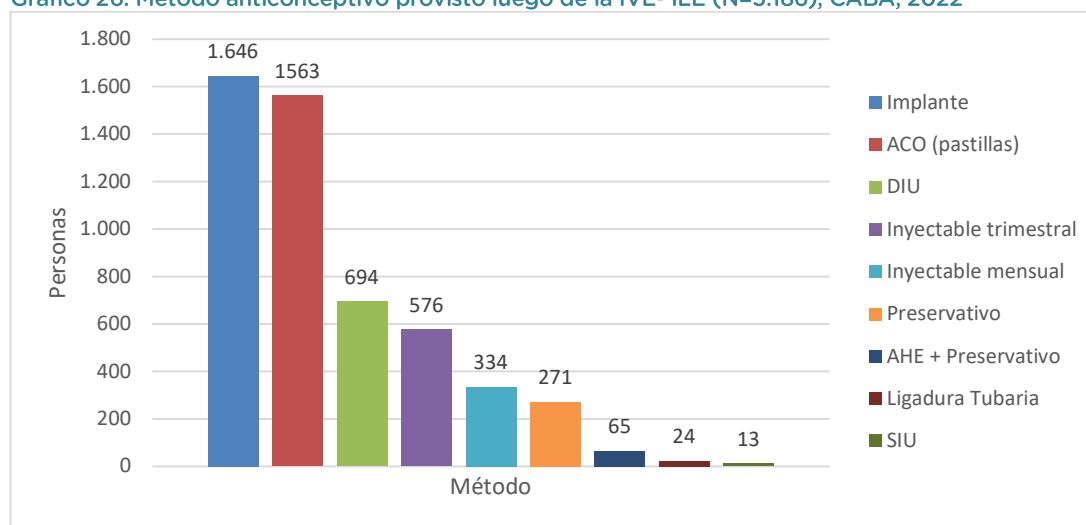
y aquellos que “no desean”). Sobre esta base, un 53% de los casos terminaron el procedimiento llevando un método anticonceptivo.

En cuanto a la provisión de AIPE por tipo de establecimiento, en los hospitales el 59% de los casos terminaron con la provisión de un método anticonceptivo y en los CeSAC ese porcentaje fue de 50%. Esta tendencia es la misma que fue observada en años anteriores.

- Método provisto

En el Gráfico 26 se muestran los métodos provistos en orden decreciente. El más provisto (1.646 casos) fue el implante, seguido en segundo lugar por pastillas (1.563), el DIU (694), inyectable trimestral (576), inyectable mensual (334), preservativo (271), AHE y preservativo (65), SIU (24) y ligadura tubaria (13).

Gráfico 26. Método anticonceptivo provisto luego de la IVE- ILE (N=5.186), CABA, 2022



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 46%) adoptó un método de larga duración en el AIPE y en el 54 % de los casos, uno de corta duración.

Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. 2016-2022

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Observaciones
	POBLACIÓN Se agrupan los indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública							
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	13	10	---	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%	3,16%	2,50%	---	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	8,7	6,7	---	Cantidad de adolescentes que fueron madres teniendo entre 15-19 años sobre 1000 mujeres de la misma edad
Cantidad de nacimientos de mujeres residentes <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	38.954	35.021	34.640	33.397	27.529	25.560	---	
	ACCIONES PROGRAMÁTICAS Se refiere a desarrollos institucionales en los diferentes niveles de implementación de la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva							
Cantidad de puntos de servicio o establecimientos que brindan respuesta en SSyR <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	66	67	69	69	70	71	71	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 IVE-ILE) <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	36	52	53	60	61	64	65	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))
	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias							
Años Mujer Protegida con métodos anticonceptivos provistos por subsistema público de salud <i>Fuente: CoSSVIHITS.</i>	41.088	50.117	59.530	77.462	81.685	86.739	88.534	Estimación basada en insumos distribuidos de la población cubierta con métodos
Cantidad de Interrupciones del Embarazo atendidas <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	538	1.899	4.858	8.388	7.896	8.913	9.986	Número de situaciones asistidas de IVE-ILE por los establecimientos del sistema público de salud.
Proporción de las mujeres que accedieron a una IVE-ILE, que lo hicieron a través de un CeSAC <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	69%	83%	86%	84%	80%	69%	65%	El indicador se propone monitorear el acceso a la IVE-ILE a través de los centros de salud del primer nivel de atención.
Proporción de adolescentes de 10 a 19 años sobre el total de mujeres que accedieron a una IVE-ILE <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	22%	21%	16%	14%	10%	11%	12%	El indicador se propone monitorear el acceso a la IVE-ILE de las adolescentes. Así por ejemplo para el año 2022, sobre un total de 9.986 IVE, el 12% eran adolescentes que tenían entre 10 y 19 años.
Proporción de las mujeres que accedieron a una IVE con Edad Gestacional “hasta 12 semanas” <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	79%	83%	85%	88%	89%	91%	90%	El indicador se propone monitorear el acceso a la IVE en edades gestacionales tempranas. Así por ejemplo, de las 9.986

								situaciones en el año 2022, el 90% de las mujeres llegaron al sistema con una edad gestacional menor o igual a las 12 semanas.
Proporción de los casos de ILE que se resolvieron antes de los 10 días <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	76%	79%	82%	64%	84%	85%	90%	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 2022, sobre un total de 8.870 casos, el 90% (7.995) fueron resueltas en un lapso menor a los 10 días.
Razón AMEU[1]/RUE[2] <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	0,4	1,4	2	1,3	1,5	4	5,3	El indicador se utiliza para monitorear las IVE-ILE realizadas en Hospitales con procedimientos instrumentales. Para el año 2022 se realizaron 786 IVE-ILE con procedimiento instrumental, por cada RUE se hicieron 5,3 AMEU.
Proporción de mujeres que luego de acceder a una IVE- ILE recibieron en el post aborto un método anticonceptivo <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	—	33%	49%	49%	56%	55%	53%	El indicador se propone monitorear la provisión efectiva de un método anticonceptivo a las personas a las que se les realizó una IVE- ILE

Proporción de mujeres que luego de la IVE-ILE recibieron un método de larga duración <i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CoSSVIHITS.</i>	---	56%	44%	51%	47%	47%	46%	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 2022, de 5.186 personas que recibieron un método anticonceptivo luego de la IVE-ILE, 2.377 (46%) adoptaron un método de larga duración.
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

[\[1\] 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 y Ariel Aguerido (Gestión de Insumos para anticoncepción), Viviana Mazur, Laura Pistani y Luciana Goldín (Interrupción legal del embarazo) y Ángeles Capresi (anti-concepción quirúrgica).

Agradecemos la participación de Yael Dobzewicz, residente de Epidemiología del Ministerio de Salud. GCBA, 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://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2020/02/25/49d579472251eeaa24a111532174e2c0127c55aa.pdf>
- Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. (Setiembre de 2022). *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2021*. Obtenido de Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Publicaciones: <https://buenosaires.gob.ar/epidemiologia-y-gestion/epidemiologia-y-gestion-en-salud-sexual-y-reproductiva>
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2022). *Anuario Estadístico 2021*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2023). *Anuario Estadístico 2022*. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ipas. (2021). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. (2023). *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 2022: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>
- 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.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2022). *Directrices para la atención sobre el aborto. Resumen Ejecutivo*. Ginebra.
- 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.