

Desigualdad social en el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSyR). Un diagnóstico para generar propuestas superadoras de abordaje en la ciudad de Buenos Aires (CABA).

Silvana Weller y Georgina Carluccio.

Cita:

Silvana Weller y Georgina Carluccio (2017). *Desigualdad social en el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSyR). Un diagnóstico para generar propuestas superadoras de abordaje en la ciudad de Buenos Aires (CABA). XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/392>

Título de la ponencia: Desigualdad social en el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSyR). Un diagnóstico para generar propuestas superadoras de abordaje en la ciudad de Buenos Aires. (CABA).

Nombre y Apellido Autor/es: Georgina Carluccio (1), Silvana Weller (2) y Alejandra Irurzun (3).

Eje Temático: Sociología de la Salud

Nombre de mesa: Investigación social en salud

Institución de pertenencia: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (CABA) (2); Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (1), Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (3)

E-mail: georginacarluccio@gmail.com

Resumen:

La CABA fue pionera en la respuesta desde el sector público de salud a las necesidades sobre SSyR de su población. A treinta años de la creación del Programa de SSyR se realizó una investigación diagnóstica con los objetivos de: a. Generar un mapa de situación y respuesta; b. Identificar líneas de acción prioritarias. Basándonos en el concepto de “implementación de política pública” y año de referencia 2015, se investigaron las categorías: determinantes, población, acciones del programa, utilización de servicios e impacto. Se calculó la población objetivo del Programa en 142.000 mujeres; se brindó cobertura “ideal” al 26%. El análisis sociodemográfico de la ciudad por Comunas mostró grandes desigualdades; la tasa de fecundidad adolescente de la Comuna con niveles más alto era 12,8 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos. La curva de insumos distribuidos (métodos anticonceptivos) durante los años 2008-2015 no registró variaciones significativas mostrando estancamiento de la oferta. Sólo el 32% de las mujeres que accedieron a un Centro de Salud fueron beneficiarias de alguna acción del Programa. Es preciso: a. intensificar esfuerzos de gestión en las Comunas que presentan indicadores menos favorables; b. promover acciones para ampliar la cobertura a la anticoncepción.

Palabras clave (máximo 5)

Evaluación de Programas, Gestión de Programas, Salud Sexual y Reproductiva, Métodos anticonceptivos, Interrupción legal del embarazo

Introducción

En el año 1987, se creó en la Ciudad Buenos Aires¹ el primer Programa de Procreación Responsable del país con el objetivo de suministrar información, asistencia y provisión gratuita de métodos anticonceptivos a la población en edad fértil. Casi 30 años después, en marzo del año 2016 se creó la Coordinación de salud sexual, sida e infecciones de transmisión sexual (CSS, S e ITS), nueva dependencia del Ministerio de Salud porteño que se propone la integración de dicho programa -hasta ese momento con el nombre de Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR)- con la Coordinación Sida (CS). Este cambio representó la apertura de nuevos desafíos tanto para la Coordinación como para quienes trabajan de modo cotidiano desde distintos ámbitos en la respuesta a la demanda de salud sexual. Por ello, una de las primeras tareas que se dio la nueva CSSSITS fue inaugurar una serie de espacios de conversación que pudieran desencadenar un análisis compartido sobre la situación de los problemas de salud que aborda dicha coordinación y la respuesta que estaba dando el sistema.

Uno de los problemas identificados en el marco de esas conversaciones entabladas con los distintos referentes, esto es los/las profesionales que son responsables de las acciones en salud sexual y reproductiva en los Hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del subsistema público de salud de la Ciudad, fue la necesidad de contar con algún tipo de evaluación o sistematización de lo actuado, que sirviera como revalorización de los esfuerzos colectivos y también como insumo para generar líneas de trabajo a futuro. De allí se desprende la iniciativa de la Coordinación de realizar un primer análisis de situación y respuesta que pudiera constituirse en un insumo para-desencadenar un plan de trabajo colectivo.

El análisis de situación y respuesta fue impulsado desde la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, siguiendo la línea de *investigación como dispositivo de gestión*^{2,3}. Este enfoque de la investigación utiliza las herramientas clásicas de relevamiento de datos pero enfatiza la necesidad de contar con la participación de los responsables de llevar adelante los cambios que se identificarán a partir de los resultados del estudio. Es decir, busca que los protagonistas de la respuesta sean partícipes de las indagaciones, como una estrategia de involucramiento de los mismos en el análisis y las propuestas de cambios.

El momento de realizar el análisis coincidió con la rotación por la Coordinación de una Socióloga Residente de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud, que quería fortalecer su formación en dispositivos de investigación para la gestión. Así se conformó un primer equipo técnico para trabajar el análisis conformado por la Residente y una psicóloga integrante del Equipo de la Coordinación que delinearon

¹ Por entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

² Weller, Silvana. *Pesquisa, avaliacao e gestao: da defesa de interesses coporativos para um melhor aproveitamento público dos esforcos*. En R. Pereira Furtado, J. Passos E. y Benevides,R. Onocko Campos. (Orgs.) “Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade.” Sao Paulo : Hucitec, 2008, pág. 78:88.

³Weller, Silvana. *La gestión como espacio de cambio*. En Claudio Bloch (organizador). “Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida.” Buenos Aires: Ministerio de Salud.GCBA/OPS, 2007.

las grandes líneas de trabajo y orientaron la búsqueda de fuentes. En esa búsqueda fueron valiosos los encuentros con una socióloga de la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, que ayudó a comprender y analizar la información provista por el Sistema de Información de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (SiCESAC).

En ese marco, el objetivo de esta ponencia es recuperar algunos de los aspectos principales de ese análisis de situación y respuesta y reflexionar acerca de cómo se pueden intensificar los esfuerzos de gestión para mejorar la calidad de atención y el acceso al sistema de salud y los recursos que el mismo provee.

Marco Teórico

A la hora de pensar una estrategia para realizar un análisis de situación y respuesta (ASR) desde la gestión en salud fue preciso, antes que nada, reflexionar sobre algunas cuestiones relacionadas al campo. En primer lugar, se realizaron consideraciones respecto a las especificidades del trabajo en el campo de la salud; por otro lado, se abordaron cuestiones ligadas a la investigación realizada desde la gestión en salud y por último se debatió sobre distintas maneras de entender una política pública en general y sobre evaluación de políticas de salud sexual en particular.

En relación al primer punto, se partió de la base de que el trabajo en salud desde el sistema público tiene algunas especificidades relacionadas al propio papel de los trabajadores de la salud⁴. Además de las profesiones o saberes específicos que cada uno detente, todos los trabajadores coinciden en tener conocimiento sobre su trabajo cotidiano, sobre los procedimientos involucrados en la tarea, y tienen la capacidad de analizar sus propias intervenciones. Como señala Campos⁵ no siempre se crean los espacios adecuados para que estos saberes se desplieguen y puedan aprovecharse. Por ello, para realizar un análisis de situación los sujetos (de la Coordinación, de los establecimientos sanitarios e idealmente también de las personas que son beneficiarias), tienen que estar “adentro” de la misma.

El método sugerido por Campos -método Paideia- propone realizar “una síntesis entre el saber clínico y epidemiológicos objetivos, y la historia del sujeto o del grupo poblacional, lo que incluye analizar la capacidad de intervención de esas personas sobre la producción de salud”⁶. Agrega:

“Esa síntesis entre evidencias objetivas y una narrativa subjetiva permitiría la composición de un texto más próximo a las características de la situación indeseada y sobre cómo ella viene siendo producida. En ese texto son utilizadas información epidemiológica, clínica y asistencial para describir el problema. Para identificar factores subjetivos, sociales y culturales involucrados con la producción del problema sanitario, valiéndose de la representación de los sujetos involucra-

⁴ Campos, G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En “Gestión en Salud: en defensa de la vida.” Buenos Aires: Lugar, 2001, págs. 85-100.

⁵ Campos, G. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

⁶ Campos, G Op.Cit. , 2000 p. 28

*dos, valorizando su experiencia y su vivencia. Los datos para la composición de ese texto a ser analizado e interpretado pueden advenir de la observación empírica por parte del equipo; de su capacidad de escucha del discurso de los usuarios; de la recolección de conocimientos acumulados sobre el problema; de protocolos, programas, o de relatos de otras experiencias; datos sobre recursos y situación sanitaria”*⁷

Siguiendo esta propuesta, el primer “insumo” del análisis es una síntesis de las distintas conversaciones que se tuvieron con los distintos referentes del PSSyR, buscando destacar las reflexiones que tuvieron más consenso entre los participantes.

En relación al segundo punto, la investigación desde la gestión en salud también tiene sus particularidades, sobre todo cuando se tratan de evaluar dicha gestión⁸. Siguiendo algunas reflexiones de experiencias similares de evaluación⁹ se encuentra que muchas veces, el campo de la gestión pública guarda una relación conflictiva con el ejercicio de la evaluación por cuestiones de los “tiempos en la gestión pública” y las dificultades para generar cambios en función de los resultados de la evaluación. Esto es porque en ocasiones “el resultado de una evaluación puede significar la toma de una enorme gama de decisiones que chocan contra diferentes lógicas y culturas que constituyen la gestión pública en salud y que suelen ser de difícil abordaje”¹⁰.

A partir de estas reflexiones se tuvo siempre en vista la necesidad de mantener un diálogo fluido entre los trabajadores involucrados en la respuesta del programa y los espacios de gestión y también la necesidad de realizar acuerdos dentro de la propia coordinación.

Por último, fue preciso optar por una definición de política pública que pudiera orientar la elección de una metodología y la definición de dimensiones para el análisis. Para ello, se tomó el concepto de Sonia Fleury con respecto a los momentos en los cuáles se realiza una política pública¹¹. Sintetizando su propuesta, es posible identificar un primer momento que tiene que ver con el *campo de los valores* que tiene una sociedad con respecto a un problema. Estos valores se expresan en decisiones legislativas y programáticas a través de los cuales la sociedad se pronuncia sobre los problemas a los que se debe dar respuesta como sociedad, a través de la formulación de una política pública. Estos consensos nunca están libres de tensiones, por eso Fleury destaca que una política pública es siempre también un *campo de lucha* donde diferentes sectores de la sociedad intentarán de modo permanente redefinir la política en cuestión. La política se vuelve a definir en lo que se llama el *aparato institucional*, es decir las instancias concretas que se van desarrollando dentro del aparato público del Estado

⁷ Campos, G Op. Cit. , 2000 p. 32

⁸ Weller, Silvana. Op. Cit 2008.

⁹ Weller, S. Adaszko, A., Huergo, M. y Sotelo, J. ¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir? Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. Buenos Aires: UBATEC S.A., 2009.

¹⁰ Weller, S. Adaszko, A., Huergo, M. y Sotelo, J. *op cit*, 2009. P.24

¹¹ Fleury, S. *Políticas sociales y ciudadanía*. Umbrales-Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES.UMSA, 2002 págs. 189-218.

para llevar adelante esa política. Finalmente, la política se vuelve a definir en un *campo de conocimientos y prácticas específicas* que tienen los equipos técnicos, conocimientos y prácticas que se ponen en juego cuando las personas acuden a los centros de salud y hospitales a resolver sus necesidades en materia de SSyR. La política pública se realiza en ese momento.

Las políticas en salud, como la estudiada, se realizan siempre en el encuentro entre un profesional, técnico o equipo y una persona (usuaria, paciente, como queramos llamarla). Dice Fleury: “en esa interacción ocurre al mismo tiempo un conversación singular y una dramatización de las tensiones de la sociedad”¹²

Otra discusión que se tuvo en cuenta en relación a temas de políticas públicas y específicamente políticas de salud sexual y reproductiva es la relativa a los paradigmas de abordaje existentes. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994, implicó una nueva política global de consenso que puso énfasis en un enfoque de “salud sexual” y reproductiva basado en los derechos. Este modo de abordaje tiene como idea rectora el derecho individual a disfrutar, o por lo menos a no padecer, por el ejercicio de la sexualidad (sea esta con intenciones reproductivas o no), noción que contrasta con los modelos de comprensión anteriores centrados en el control demográfico. Estas ideas fueron tenidas en cuenta a la hora de formular algunas preguntas y seleccionar algunos indicadores.

Por último, considerando que la política de SSyR de la ciudad se guía por el concepto de equidad, se hizo un esfuerzo por incluir indicadores que permitan mostrar el peso de las desigualdades sociales.

A partir de todas estas definiciones es que se empezaron a delinear algunas dimensiones para el análisis y se vio la necesidad de buscar indicadores para evaluar cada una de ellas. En el próximo apartado se detallará con mayor detenimiento la metodología.

Metodología

Teniendo en cuenta las conversaciones con los distintos referentes, la lectura bibliográfica y las necesidades de gestión de la Coordinación, se delinearón los siguientes objetivos para el ASR:

- Cuantificar y caracterizar desde el punto de vista sociodemográfico a la “población objetivo” del Programa;
- Identificar el alcance y las características de la implementación del PSSyR en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires;
- Identificar los logros y las brechas;
- Producir información que pueda ser devuelta de un modo relativamente rápido a los equipos, para que funcione como insumo para la valoración y reflexión sobre las prácticas;
- Identificar problemas que permitan trazar líneas de acción a futuro, a nivel de la propia Coordinación y de las diferentes instancias donde se está implementando el Programa;

El trabajo se organizó a partir de cinco dimensiones: población, determinantes, acciones del programa, utilización de los servicios e impacto. Estas dimensiones se derivaron de la definición de política pública de Fleury

¹² Fleury, S Op. Cit. 2002, p.199

y del documento “Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados” (7) que fue revisado por los integrantes del equipo de Coordinación.

También como ya fue dicho, fue conversado con los “referentes” del programa. Para que se comprenda el concepto de “referente” primero es preciso recordar que el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires cuenta con más de cuarenta CeSAC, Consultorios Médicos Barriales, 13 Hospitales Generales de Agudos y 21 Hospitales Especializados o Monovalentes. Las acciones en materia de salud sexual y reproductiva no se realizan desde todos los establecimientos con los que cuenta el sistema público, aunque sí desde la mayoría de ellos. Estos son: todos los CeSAC, con excepción de dos que sólo realizaban Salud del Escolar; en los Consultorios Médicos Barriales de 6 áreas programáticas (de las 12 que tiene la ciudad); en los 13 Hospitales Generales de Agudos (Servicios de Obstetricia, Ginecología, Ginecología Infanto Juvenil, Adolescencia y Medicina General); en los Hospitales Especializados: Maternidad Sardá, Hospital de Infecciosas Muñiz, Hospitales de Niños Elizalde, Gutiérrez y Garrahan y Hospitales de Salud Mental Alvear, Borda y Moyano.

Cada uno de estos establecimientos cuenta con un “referente” del Programa que hace de vínculo entre su establecimiento y el nivel central del programa, y la mayoría de los mismos participan de reuniones mensuales coordinadas por el equipo de nivel central.

Varias de estas reuniones mensuales fueron aprovechadas para intercambiar sobre algunas cuestiones metodológicas primero y sobre los resultados provisorios y definitivos después.

Otro grupo de fuentes lo constituyeron los propios registros internos del programa en relación con los insumos distribuidos a cada efector y a otras prácticas relevadas centralmente vía memos oficiales, tales como anticoncepción quirúrgica e interrupciones legales del embarazo (ILE). Por último, se rastrearon fuentes secundarias provenientes de la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, de la Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires y del INDEC.

Considerando las fuentes de información disponibles, se seleccionaron una serie de indicadores para dar cuenta del estado de situación de cada una de las dimensiones. A continuación se señala para cada dimensión una breve definición de cada una, sus indicadores principales y las fuentes utilizadas para elaborarlos.

- *Población:* aquí se agruparon aquellos indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública, es decir, aquellas personas a las que el programa tiene que dar respuesta. Los indicadores que se incluyeron en esta dimensión son estadísticas vitales (fecundidad, natalidad, nacimientos) e indicadores que sirven para dar cuenta de la inequidad y vulnerabilidades específicas en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad). Se incluyó también una forma de calcular la población objetivo del programa. Como fuentes para el cálculo se utilizó la información provista por se utilizaron Dirección de Estadísticas y Censos del GCBA.
- *Determinantes:* refiere a aquellos elementos que dan cuenta del contexto en el que se desarrolla el programa.

Algunos indicadores que aquí se toman son: la existencia de una política sobre salud sexual y reproductiva (en los distintos niveles, nacional y local), la sanción de leyes sobre la materia y la posibilidad de contar con presupuesto propio. Para la elaboración de estos indicadores se utilizó como fuente registros administrativos, examen de políticas y conversaciones con integrantes del equipo.

- *Acciones del programa:* se utilizó para dar cuenta del desarrollo institucional del programa en sus diferentes niveles de implementación (desde el Ministerio hasta los Centros de Salud). Algunos de los indicadores aquí incluidos son la cantidad de “puertas” o puntos de acceso que ofrecen los métodos del programa, la canasta de métodos disponibles, la existencia de instancias intermedias entre el nivel central y los efectores (Hospitales y Centros de Salud) y los distintos modelos de gestión (del nivel central, esto es el Programa) y de atención (los modelos vigentes en los Hospitales y Centros de Salud)¹³¹⁴. Para la elaboración de estos indicadores se contó con registros administrativos y conversaciones con informantes clave.
- *Utilización de los servicios:* refiere al encuentro entre el programa y las personas usuarias y permite dar cuenta de forma aproximada, del porcentaje de cobertura sobre la población objetivo. Para lograr una aproximación a la utilización de los servicios por parte de la población objetivo se contó con dos fuentes de datos. Por un lado, se utilizó la información disponible en la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS sobre los insumos entregados, tomando como año principal el 2015 (se utilizaron otros años para alguna información de contexto) y la información disponible sobre otro tipo de prestaciones. Estas fuentes permiten estimar el uso de algunos servicios (fundamentalmente acceso a métodos anticonceptivos, anticoncepción quirúrgica e ILE) para todos los establecimientos de la ciudad de Buenos Aires. Por otro lado se utilizó la información provista para la utilización de los Centros de Salud del SICESAC. A partir de esas fuentes se construyeron distintos indicadores: 1. *Insumos distribuidos y practicas realizadas;* 2. *Mujeres con cobertura anual ideal a partir de insumos distribuidos:* Siguiendo criterios generalmente aceptados, para contar con un número estimado de mujeres que fueron cubiertas por un método anticonceptivo, se hizo una transformación de los insumos distribuidos por el programa en personas siguiendo los siguientes criterios: cada 13 blisters de anticonceptivos combinados orales (ACO), 1 persona; cada 12 inyectables mensuales, 1 persona cada 4 inyectables mensuales, 1 persona. Los DIU, Implantes y SIU se consideraron un método, una persona. Los anticonceptivos para la lactancia no fueron “transformados” en personas cubiertas, sino que se los consideró en relación a los partos realizados en los hospitales en ese año. El Indicador cuenta con la fortaleza de que los referentes realizan el pedido cada dos meses; durante el año 2015 no hubo faltantes, con lo que los números expresarían lo que efectivamente los referentes iban necesitando pues se les agotaba el stock. Sin embargo, tiene algunas limitaciones dado que no hay datos de insumos efectivamente recibidos por la población; en particular los Hospitales distribuyen una cantidad no mensurada de “muestras gratis”, con lo que cobertura

¹³ Weller, Silvana Op.cit 2007.

¹⁴ Campos, G. op. Cit 2000.

podría ser mayor.¹⁵ Por otro lado, se han reportado situaciones de insumos que se han vencido, con lo que la cobertura podría ser menor. 3. *Cobertura a partir de la información provista por el SiCESAC (Sistema de Información de los CeSAC)*: A partir de la información arrojada por el sistema de información se pudo establecer una relación entre las mujeres entre 15 y 49 años que concurrieron a los CeSAC por cualquier consulta y aquellas que fueron captadas por el Programa, lo que permitió establecer en cálculo de cobertura por CeSAC.

- *Impacto*: esta dimensión da cuenta de posibles modificaciones en la situación de salud de las personas que puedan imputarse (directa o indirectamente) a la existencia del programa. Algunos de los indicadores incluidos son: egresos hospitalarios por aborto, brecha de fecundidad por comuna. Como se aclaró más arriba, por trabajar desde un enfoque de derechos no se incluyeron en esta dimensión indicadores referidos a la natalidad, sino sólo aquellos que puedan dar cuenta de modificaciones en las brechas de equidad o vulnerabilidad. Las fuentes utilizadas para esta dimensión fueron datos provenientes de la Dirección de Estadísticas y Censos del GCBA y de la Dirección de estadística de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad.

A continuación se presentan algunos resultados de cada una de las dimensiones.

Resultados

Para presentar los resultados del ASR, se seleccionaron indicadores para cada una de las dimensiones. Se hizo una selección que permita, por un lado, dar un panorama general de la situación del programa y por otro, problematizar los esfuerzos de gestión para mejorar la calidad de atención y el acceso al sistema de salud y los recursos que el mismo provee.

Dimensión “población”

La ciudad de Buenos Aires cuenta con una población total de 3.054.267 personas (8), de las cuales 1.426.582 son varones y 1.627.685 son mujeres. Para el año 2015, la Tasa Global de Fecundidad observada era de 1,78 y la Tasa de Fecundidad Adolescente (cada mil mujeres) para el grupo 15-19 años registrada en el año 2015 era de 26,1¹⁶. Durante 2014, dentro del sistema público tuvieron lugar 27.208 partos y para el año 2006 se registraron 6086 egresos por aborto.

Estos datos nos dan un panorama demográfico general. Sin embargo, para caracterizar con más precisión la población, se partió de la noción fundamental de que la Ciudad de Buenos Aires está atravesada por profundas desigualdades sociales y económicas que se verifican a nivel territorial, y que influyen y determinan el estado de salud de la población y sus posibilidades de acceso a los servicios. Uno de los aspectos donde eso se verifica es en el porcentaje de cobertura pública exclusiva, es decir personas que no cuentan ni con obra social ni con cobertura de medicina privada, entonces su única cobertura es la que provee el sistema público de salud de la Ciudad

¹⁵ El único dato que disponemos en relación a esto, fue brindado por un referente quien señaló que en su efector, además de distribuir los ACO provistos por el programa, se repartieron entre 2800 a 3000 unidades de muestras gratis, lo que representaría un incremento del 38% en la cobertura por ACO.

¹⁶ Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA. 2015.

y/o el gasto privado de bolsillo. Para el año 2015, ese porcentaje era de 15,3%. Sin embargo, cuando se desagrega ese indicador por comuna se observan profundas diferencias. La comuna 2 (Recoleta) cuenta con un porcentaje de cobertura pública exclusiva de 4,7%, número que contrasta con el 44,8% de la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Soldati, Villa Riachuelo)^{17 18}

Otro dato que también tiene que ser analizado por comuna es el relativo a la fecundidad adolescente. Para el trienio 2013-2015, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15-19 años varía desde un 4,5 en la comuna 2 (la que tienen los mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 57,8 en la comuna 8 (la más postergada). Es decir que la tasa de fecundidad adolescente de la comuna con niveles más alto es 12,8 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos.¹⁹

Uno de los “problemas” metodológicos –y no sólo metodológicos– que suscita el PSSYR es que su población objetivo es toda la población sexualmente activa. Más aún, de acuerdo a la definición de sexualidad y de salud reproductiva que se considere, es posible afirmar que prácticamente toda la población debería ser beneficiaria del Programa. Sin embargo, a los fines de realizar el presente análisis y con la intención de contar con una base que permita a futuro monitorear los esfuerzos, se han tomado decisiones metodológicas que permitieron realizar un cálculo de “población objetivo” sobre el cual poder realizar cálculos de cobertura.

Las decisiones que se han tomado fueron:

- a. Para el cálculo de todos insumos anticonceptivos que provee el Programa, con excepción de los preservativos, se toma como base a las mujeres residentes con cobertura pública exclusiva que tienen entre 15 y 49 años. Ese cálculo arrojó el número de 142.275 mujeres que serían potencial objetivo del programa.²⁰
- b. Para el cálculo de utilización de preservativos se toma a los varones en el rango etario de 15 a 64 años, tomando como criterio el que utiliza la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de Nación para el cálculo de la “relaciones sexuales protegidas.”²¹ Ese cálculo arrojó el número de 174.763 varones²².
- c. El desarrollo de acciones efectivas orientadas hacia la población de la diversidad sexual es muy incipiente por lo que no se ha considerado aún el cálculo de población objetivo.

Estos cálculos también se realizaron para cada comuna y para las áreas programáticas, con el objetivo de que pueda haber en algún momento cálculos de cobertura para cada uno de esos territorios.

Dimensión “determinantes”

En relación a los elementos que dan cuenta del contexto en el que se desarrolla el programa el análisis minuciosos de las políticas, leyes y protocolos existentes arrojó que la ciudad cuenta con todas las leyes reconocidas a nivel internacional tendientes a garantizar los mayores estándares en materia de salud sexual y reproductiva, con excepción de la referida a las interrupciones del embarazo.

¹⁷ Dirección General de Estadísticas y Censos. *EAH*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda., 2015.

¹⁸ Dirección General de Estadísticas y Censos. *Estadísticas vitales y proyecciones de población*. GCBA: Ministerio de Hacienda, 2015.

¹⁹ Dirección General de Estadísticas y Censos. *Estadísticas vitales y proyecciones de población*. GCBA: Ministerio de Hacienda, 2015.

²⁰ Dirección General de Estadísticas y Censos. *EAH*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda., 2015.

²¹ Dirección de Sida y ETS *Síntesis boletín epidemiológico - 2014*. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>.

²² Dirección General de Estadísticas y Censos. *EAH*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda., 2015.

Por otro lado, la ciudad cuenta con un Programa que tiene casi 30 años de existencia y si bien no dispone de presupuesto propio, se provee de insumos para la distribución a partir de los aportes del Programa Nacional de SSyPR y a través de compras propias realizadas por el Ministerio de Salud del GCBA.

Dimensión “acciones del programa”

Como fortalezas del programa dentro de esta dimensión se destaca que el Programa cuenta con una canasta de 14 productos²³ y agregó en los últimos años la provisión de misoprostol para las interrupciones legales del embarazo (ILE) que se realizan desde los CeSAC.

Otra fortaleza que se identificó es la cantidad de “puertas de entrada”. El Programa contaba a diciembre de 2015 con 95 vías de acceso a los métodos anticonceptivos. Las mismas se ubicaban, como ya fuera anticipado en la metodología del estudio, en todos los Hospitales Generales de Agudos, en prácticamente todos los CE-SAC (41 de los 43 existentes), en algunos efectores de Cobertura Porteña, y dentro de los Hospitales Especializados en la Maternidad Sardá; Hospital Muñiz; Hospitales Borda, Moyano y Alvear de Salud Mental y en los de Niños y Adolescentes: Gutiérrez, Elizalde y Garrahan. El único referente por fuera del sistema de salud era la Consejería de SSyR (Políticas de Juventud).

Se destaca la existencia de distintas disciplinas involucradas en la respuesta en el marco de los CeSAC, aunque aún se verifica una fuerte impronta de los profesionales médicos. Los datos arrojaron que los profesionales que brindan prestaciones de SSyR en el marco de los CeSAC son un 75% médicos, 8% obstétricas, 5,5% trabajador social, 4,9% enfermería y el 5,8% “otras profesiones” donde se destacan por el volumen de prestaciones los psicólogos, sociólogos y farmacéuticos. Contribuyen también con la respuesta psicopedagogas, Lic. En Ciencias de la Educación, Antropólogos, Odontólogos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos y Kinesiólogos.

En relación con otras prácticas enmarcadas en el programa es posible señalar que 12 de los 13 Hospitales Generales de Agudos y la Maternidad Sardá realizaron ligaduras tubarias y sólo 5 Hospitales realizaron alguna vasectomía. 15 CeSAC y 6 Hospitales realizaron por lo menos una ILE durante el año 2015.²⁴

Sin embargo el análisis también mostró algunos aspectos que es preciso fortalecer. Un punto importante que se desprende del análisis de los insumos distribuidos es que durante los años 2008-2015 no se registraron variaciones significativas en la curva, lo que da cuenta de un estancamiento de la oferta. Al mismo tiempo, se destaca que la comunicación que se estableció desde el programa con los referentes fue a partir de un modelo “radial”, es decir, el Programa se fue desarrollando a partir de identificar personas o equipos que manifestaban interés en participar de las acciones referidas a salud sexual y reproductiva, fundamentalmente provisión de métodos anticonceptivos. Esto muchas veces dio lugar a prácticas de atención (asistencia, promoción, preven-

²³ Anticonceptivos combinados orales (ACO) (Etinilestradiol 0,030 mg con Levonorgestrel 0,150 mg, Etinilestradiol 0,020 mg con Levonorgestrel 0,100 mg, Etinilestradiol 0,020 mg con Gestodeno 0,075 mg); Anticonceptivos orales para lactancia (Desogestrel 0,75, Levonorgestrel 0,030 mg); Inyectable Mensual; Inyectable Trimestral; Anticoncepción hormonal de emergencia; DIU(Tcu 380, MULTI-LOAD y Kit de colocación); Implante; SIU-LNG y Test de embarazo

²⁴ Elaboración propia a partir de registros del PSYR

ción, capacitación) fragmentadas y aisladas de los equipos locales sin articulaciones intermedias (por ejemplo por áreas programáticas) y con eje en lo reproductivo, subalternizando el abordaje de la salud sexual integral.²⁵

Dimensión “utilización de servicios”

Como se señaló más arriba, para los análisis referidos a la cobertura de métodos anticonceptivos se tomó como base a las mujeres de entre 15-49 años que sólo disponían como cobertura de salud al sistema público, lo que dio un total de 142.000 mujeres. Para estimar datos de cobertura se utilizaron dos fuentes de datos: insumos entregados por el PSSyR y datos del SiCESAC.

Tomando como población objetivo a los hombres de entre 15-64 años que sólo contaban con cobertura del sistema público, se proveyeron 3,3 preservativos por mes, durante todo el año, para cada uno de los hombres (40 preservativos anuales por persona).²⁶

En relación a algunas prácticas realizadas en los efectores se realizaron 134 ILE, de las cuales 89 fueron en Hospitales y 45 en CeSAC.²⁷

En los hospitales se realizaron 1181 ligaduras tubarias; pero sólo un mínimo porcentaje (3%) corresponde a ligaduras realizadas por fuera de un evento obstétrico. Por otro lado, se realizaron 9 vasectomías.²⁸ La relación ligaduras tubarias-vasectomías se encuentra muy desproporcionada, por la poca incidencia de las vasectomías, lo que muestra un largo camino a recorrer en materia de acceso por género.

Considerando los insumos, se distribuyeron 11.822 tratamientos de anticoncepción de emergencia, el 67% de los cuales fueron distribuidos a través de los CeSAC, 21% desde los Hospitales y el 6,1% desde la Consejería de SSyR (Política de Juventud). Desde los Hospitales y la Maternidad Sardá se distribuyeron 14.840 blisters de anticonceptivos para la lactancia.²⁹

Tomando el indicador Mujeres con cobertura ideal a partir de insumos distribuidos, los Hospitales brindaron cobertura con métodos anticonceptivos reversibles a 6632 mujeres, con un promedio de 474 mujeres por Hospital. El valor mínimo fue de 87 mujeres y el máximo 1253. En relación a los métodos distribuidos en los hospitales el mayor porcentaje lo representan los DIUs con un 38%, seguidos de los ACO con un 26%. Los inyectables mensuales y trimestrales representan un 12% y 13% respectivamente, mientras que los implantes el 11%. A partir de ello se deduce que prácticamente la mitad de los métodos que fueron provistos por los Hospitales corresponden a métodos de larga duración. Sin embargo para analizar los datos referidos a hospitales es preciso ser cautos dado el sesgo que la existencia de “muestras gratis” puede introducir.³⁰

Por otro lado, los CESAC brindaron cobertura con métodos anticonceptivos reversibles a 11317 mujeres,

²⁵ Bajarlía, Camila, Fuertes, Xoana y Mancinelli, Carla. Abordaje territorial con equipos locales de Salud Sexual y Reproductiva de Centros de Salud y Acción Comunitaria y Hospitales del GCBA. Primera etapa: Hospital “Dr. J. M. Penna” y su Área Programática. Buenos Aires: s.n., 2016.

²⁶ Elaboración propia a partir de registros de CS

²⁷ Elaboración propia a partir de registros del PSSYR

²⁸ Elaboración propia a partir de registros del PSSYR

²⁹ Elaboración propia a partir de registros del PSSYR

³⁰ Elaboración propia a partir de registros del PSSYR

con un promedio de 269 mujeres por CESAC. El valor mínimo fue de 14 mujeres y el máximo 758 mujeres. En relación a los métodos distribuidos en los CeSAC el mayor porcentaje lo representan los ACO con un 39%, seguidos por los DIUs y los inyectables mensuales con un 20% cada uno. Le siguen los inyectables mensuales con un 11% y los implantes con el 10%. El 30% de las personas recibieron un método de larga duración desde los Centros de Salud.³¹

Al considerar todos los establecimientos se observa que el sistema cubrió con métodos reversibles a un total de 19.412 mujeres a lo largo del 2015. El 58.3% fue a través de los CeSAC, el 34.2% a través de los Hospitales Generales de Agudos y la Maternidad Sardá, el 4% a través de Cobertura Porteña, el 2% a través de los Hospitales Especializados de Niños, el 1.3% la Consejería de SSyR de Juventud, el 0,2% el Hospital Muñiz y el 0.1% los Hospitales especializados en Salud Mental. Tomando como base la población objetivo del Programa y considerando distintos modos de calcular la cobertura, las mujeres cubiertas oscilan entre 20.000 y 30.000 por lo que el porcentaje de cobertura va desde un 13% a un 26%.³²

A partir de los datos provistos por el SICESAC se puede obtener un indicador que permite conocer qué proporción de las mujeres entre 15-49 años que concurrieron a los Centros de Salud fueron incluidas como población bajo programa. Así, de las 65122 mujeres que concurrieron, 20366 fueron incluidas, esto es el 32%. Este valor promedio (un tercio) exhibe diferencias muy importantes entre los diferentes CeSAC. Así el valor máximo fue 75%, es decir que fueron captadas el 75% de las mujeres entre 15-49 que concurrieron al Centro de Salud y el valor mínimo fue de 9%.³³ Esto permite hipotetizar la existencia de modalidades de implementación del Programa muy disímiles en los diferentes CeSAC, siendo algunas de estas formas más inclusivas que otras.

Dimensión “impacto”

Un aspecto que permite pensar el impacto del programa es el conocimiento de métodos por parte de la población. Para desarrollar estas cuestiones se contó con información de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva³⁴, que permite contextualizar la región en relación al país. Lamentablemente no se cuenta con datos para Ciudad de Buenos Aires sino para la región GBA (Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Conurbano Bonaerense). Tomando como base la población de mujeres 14-49 del Gran Buenos Aires, la encuesta del INDEC mostró que el 94% conocía las pastillas, el 90% el preservativo y el 72% el DIU. Los valores caen abruptamente en lo referido a los otros métodos. Así el 27% conocía los inyectables, el 12.7% la ligadura de trompas, el 7.6% la anticoncepción de emergencia y el 1.8% la vasectomía. Un 1.6% de la población refirió no conocer ningún método.

Otro de los indicadores tradicionales para medir el impacto es el peso que tienen los egresos hospitalarios

³¹ Elaboración propia a partir de registros del PSSYR

³² Elaboración propia a partir de registros del PSSYR

³³ Elaboración propia a partir de datos del SICESAC provistos por la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

³⁴ INDEC/Ministerio de Salud de la Nación. *Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013*. Disponible en https://www.entrerios.gov.ar/dec/publicaciones/SALUD/2014_enssyr_13.pdf.

vinculados a abortos con respecto a la cantidad total de egresos por partos y egresos totales obstétricos. Teniendo esto en cuenta, para el año 2010³⁵ los egresos hospitalarios por aborto representaron, el 16% si se toma como base los egresos referidos a partos, y el 10% de los egresos totales por causas obstétricas

Por último es importante traer como indicador de impacto la tasa de fecundidad adolescente. Al partir de una perspectiva de derechos no se incluyeron como indicadores de impacto las tasas de fecundidad generales. Sin embargo, dado que uno de los principios por los que nos guiamos es el concepto de equidad decidimos incluir la tasa de fecundidad adolescente, al ser un indicador que presenta una gran variación por comunas. Para el trienio 2013-2015, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15-19 años varía desde un 4,5 en la comuna 2 hasta un 57,8 en la comuna 8. Es decir que la tasa de fecundidad adolescente de la comuna con niveles más alto es 12,8 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos.

Conclusiones

En el año 2016, a partir de la inclusión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires en una nueva estructura institucional del Ministerio de Salud del GCBA – la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS- se reconfigura el equipo de trabajo del nivel central y se toma la decisión política de realizar el primer análisis de situación y respuesta. Es indispensable llamar la atención sobre el hecho de que pasaron casi treinta años sin que fuera considerado necesario realizar una evaluación de los esfuerzos que se vienen llevando a cabo desde el año 1987. Esto fortalece la idea de la difícil relación entre la investigación evaluativa y la gestión pública³⁶. Investigar desde la gestión genera un compromiso ético y político con los resultados que se obtienen, es preciso “hacer algo” con la información obtenida. Las fuerzas o habilidades necesarias para conocer una situación o realizar un diagnóstico no son las mismas que se requieren para modificar la situación estudiada y esto constituye un enorme desafío.

Para el diseño del estudio se tomaron tres decisiones metodológicas fuertes:

- a. Partir del concepto de política pública propuesto por Sonia Fleury³⁷, que comprende la política pública como un campo de lucha, con sucesivos niveles en los cuáles se va redefiniendo, y que alcanza su expresión máxima o realización en el momento del encuentro entre los equipos de salud y la población, entendiendo este “momento” como un espacio donde se vuelven a expresar todas las tensiones y contradicciones que atraviesan las políticas. En ese encuentro “se dramatizan las estructuras sociales prevalentes” y ocurre una interacción individual y social.
- b. Estudiar cinco dimensiones de la política para analizar estos diferentes momentos, con la esperanza de ubicar logros y desafíos en cada uno de los niveles, lo que mejoraría la posibilidad de introducir mejoras en la

³⁵ Elaboración propia a partir de la información sobre Egresos Hospitalarios 2010 (últimos datos disponibles). Departamento de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. GCBA. Se consideraron los siguientes códigos para abortos: O03 – Aborto espontáneo, O06 – Aborto no especificado, O20 - Hemorragia precoz del embarazo. Para partos se consideraron los siguientes: O80 – Parto único espontáneo, O81- Parto único con fórceps y ventosa extractora y O82- Parto único con cesárea

³⁶ Weller, Silvana Op.cit 2008

³⁷ Fleury, S op. Cit, 2002

política pública. Estas fueron: determinantes, población, esfuerzos programáticos, utilización de servicios e impacto.

- c. Si bien se conformó un equipo técnico desde el nivel central para el diseño e implementación del estudio, se buscó sostener un diálogo permanente sobre los diferentes pasos del estudio con los referentes de salud sexual y reproductiva de los 95 lugares (Hospitales, CeSAC y otros establecimientos) donde se implementa día a día la política, para apostar a la construcción de un lenguaje común, incentivar el interés por la evaluación y desmitificar a la misma como una herramienta de “castigo” para ubicarla como un recurso para valorar los esfuerzos que realizan los equipos de salud.

Para una investigación realizada desde la gestión, los resultados salientes constituyen puntos de partida para la implementación de acciones, por ello concluimos este trabajo detallando cuáles serían las acciones más urgentes que se desprenden del análisis:

1. Es preciso actualizar la redacción del Programa original, que fue escrito en el año 1987 y nunca fue revisado. Los resultados del presente estudio son un insumo central para esta tarea. También realizar protocolos o lineamientos de procedimientos al interior de cada uno de los establecimientos y de comunicación entre los diferentes establecimientos, para disminuir la heterogeneidad de las prácticas y la fragmentación en las prestaciones.
2. Es indispensable incluir la mirada sobre la desigualdad social existente en la Ciudad como eje estratégico para definir las acciones, lo que no se ha hecho hasta el momento.
3. El análisis mostró que si bien hay una gran cantidad de puntos de acceso o puertas de entrada, el sistema estaría cubriendo alrededor del 20% de la población objetivo. La curva de insumos distribuidos en los últimos años muestra una meseta. Es preciso fortalecer los esfuerzos del nivel central en la gestión cotidiana de los niveles locales, para lograr los cambios necesarios destinados a ampliar el acceso y mejorar la cobertura de la población objetivo. Es decir, suavizar la distancia entre el nivel central – local, fortaleciendo la gestión entre los diferentes niveles.
4. Es preciso aumentar los esfuerzos programáticos en el sentido de abrir más espacios que brinden anticoncepción quirúrgica, interrupción legal del embarazo y servicios especializados en diversidad sexual.
5. Si bien el indicador referido a “proporción de métodos de larga duración” es muy bueno (30% de las mujeres que recibieron un método en el 2015 adoptaron un DIU/SIU o Implante) la Ciudad estaría en condiciones de mejorarlo, evitando de este modo los embarazos no intencionales ocasionados por la discontinuidad de provisión/uso de métodos de corta duración.
6. El estudio identificó problemas muy serios en la respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva provistas desde los Hospitales Especializados en Salud Mental (Monovalentes). Trabajar con estos equipos es una acción prioritaria.
7. La información a nivel comunitaria muestra que el conocimiento que tiene la población sobre la anticoncep-

ción de emergencia es muy bajo (menor al 10%). Precisamos difundir el conocimiento sobre este método en la población general, y mejorar los mecanismos de acceso al mismo dentro de los establecimientos sanitarios de la ciudad.

Trabajos citados

Bajarlía, Camila, Fuertes, Xoana y Mancinelli, Carla. *Abordaje territorial con equipos locales de Salud Sexual y Reproductiva de Centros de Salud y Acción Comunitaria y Hospitales del GCBA. Primera etapa: Hospital “Dr. J. M. Penna” y su Área Programática.* Buenos Aires: s.n., 2016.

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

Campos, G. *Um método para análise e co-gestão de coletivos.* São Paulo: Hucitec, 2000.

Dirección General de Estadísticas y Censos. *EAH.* Buenos Aires: Ministerio de Hacienda., 2015.

Dirección General de Estadísticas y Censos. *Estadísticas vitales y proyecciones de población.* GCBA: Ministerio de Hacienda, 2015.

Dirección de Sida y ETS *Síntesis boletín epidemiológico - 2014.* Disponible en <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>.

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

Fleury, S. *Políticas sociales y ciudadanía.* Umbrales-Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES.UMSA, 2002 págs. 189-218.

INDEC/Ministerio de Salud de la Nación. *Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013.* Disponible en https://www.entrerios.gov.ar/dec/publicaciones/SALUD/2014_enssyr_13.pdf.

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

Weller, Silvana. *Pesquisa, avaliacao e gestao: da defesa de interesses coporativos para um melhor aproveitamento público dos esforcos.* En R. Pereira Furtado, J. Passos E. y Benevides,R. Onocko Campos. (Orgs.) “Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narrativa.” Sao Paulo : Hucitec, 2008, pág. 78:88.

Weller, Silvana. *La gestión como espacio de cambio.* En Claudio Bloch (organizador). “Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida.” Buenos Aires: Ministerio de Salud.GCBA/OPS, 2007.

Weller, S. Adaszko, A., Huergo, M. y Sotelo. J. *¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir? Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud.* Buenos Aires: UBATEC S.A., 2009.