

Quattrucci, Cecilia

Diseño de evaluación del proceso de distribución y registro de implantes subdérmicos en centros de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, período 2013-2018

2021

*Instituto: Universidad Nacional
Arturo Jauretche - Universidad
Nacional de Lanús*

*Carrera: Especialización en
Evaluación de Políticas Públicas*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – no comercial – compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Quattrucci, C. (2021). *Diseño de evaluación del proceso de distribución y registro de implantes subdérmicos en centros de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, período 2013-2018* [tesis de posgrado, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de Lanús]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
ESPECIALIZACIÓN EN EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Diseño de evaluación del proceso de distribución y registro de implantes subdérmicos
en centros de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, período
2013-2018

Autora: Lic. Cecilia Quattrucci

Director: Dr. Diego Pereyra

Mayo 2020

RESUMEN

El diseño de evaluación aquí propuesto se enfoca en una de las líneas de acción desarrolladas por la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, enfocada en la promoción de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs), específicamente en el más novedoso de éstos, el implante subdérmico. Se presenta el diseño de una evaluación de proceso cuyo objetivo es evaluar los procesos de distribución y registro del implante subdérmico en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el período 2013-2018. Al tratarse de una evaluación durante la fase de implementación, el énfasis está puesto en el análisis de los procesos a través de los cuales el programa está llevando adelante la distribución y colocación del implante subdérmico en el primer nivel de atención, así como el registro y la sistematización de dicha información, tanto por parte de la misma Coordinación como por parte de los equipos de salud involucrados. Hasta el momento existe muy poca información disponible y actualizada en Argentina y en particular en la Ciudad de Buenos Aires, acerca de las características en la distribución y el uso del implante subdérmico, en relación con las cantidades, modalidades de gestión y de acceso al método. Se espera entonces que las capacidades instaladas permitan la generación de datos confiables de manera periódica y que esto sea un insumo para realizar a futuro una evaluación de impacto de la estrategia de LARCs en CABA. El acceso a la información es una herramienta fundamental para aumentar la calidad de las políticas, pues permite fortalecer las capacidades de planificación, gestión y evaluación de un programa o área de gobierno. El diseño aquí propuesto apuesta a la generación de información útil, oportuna y científicamente fundada para la toma de decisiones en materia de política pública, y concibe a la evaluación como una instancia formativa, de aprendizaje y mejora. En relación a los aportes esperables, el presente diseño de evaluación se plantea dos propósitos centrales, por un lado la introducción de mejoras en el programa en cuestión que redunden en un mayor acceso de su población destinataria a los derechos sexuales y reproductivos, y por el otro, la instalación de una cultura de la evaluación que la incorpore al programa, y a todos los equipos involucrados, como un proceso constante de aprendizaje y de rendición de cuentas mejorando su transparencia y fortaleciendo la legitimidad de sus intervenciones.

PALABRAS CLAVE

Implante subdérmico, evaluación de proceso, derechos sexuales y reproductivos

AGRADECIMIENTOS

A quienes hacen el sistema público de salud por los aprendizajes.

A Diego Pereyra por la paciencia y el apoyo en todo el proceso.

A Pablo por la indispensable compañía.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	----------

Capítulo I. PLANTEAMIENTO DEL TEMA. EL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. La Salud Sexual y Reproductiva como un Derecho Humano	4
2. El implante subdérmico en la estrategia de los métodos de larga duración en Ciudad de Buenos Aires	5
3. Actores involucrados en la política de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires	7

Capítulo II. EL SISTEMA DE SALUD Y LA COORDINACIÓN

1. El sistema de salud en la Argentina	12
2. El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires	14
3. La Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS	16
3. a. Objetivos del programa	17
3. b. Funciones del programa	18
4. Antecedentes de evaluación	19
4. a. Antecedentes de evaluación de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS.....	19
4. b. Antecedentes de evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	20
5. Punto de partida: el proceso de pedido, distribución y registro del implante en la Ciudad de Buenos Aires	24

Capítulo III. LA PROPUESTA DE EVALUACIÓN

1. Planteamiento de la evaluación	27
1. a. Relevancia de la evaluación	28
1. b. Estrategias de viabilidad y apropiación de los resultados	29
1. c. Preguntas de evaluación	30
1. d. Objetivos de la evaluación	30
1. e. Hipótesis y juicios de valor	31
2. Enfoque de evaluación elegido	32
3. Aspectos metodológicos	34

4. Aspectos comunicacionales	35
4. a. Estrategias de comunicación de la evaluación	35
4. b. Comunicación de los resultados y las recomendaciones	37
5. Consideraciones éticas	38
6. Equipo técnico	39
7. Cronograma	40
8. Propuesta financiera	41

CONSIDERACIONES FINALES

1. Principales hallazgos	43
2. Conclusiones y recomendaciones	44

APÉNDICES

APÉNDICE 1. Mapa de actores	48
APÉNDICE 2. Matriz de evaluación	49

ANEXOS

ANEXO 1. Mapa Centros de Salud de la Ciudad	50
ANEXO 2. Legislación de relevancia en el tema	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes documentales y normativa	56
Bibliografía	57

INTRODUCCIÓN¹

El presente diseño representa la culminación de un proceso de aprendizaje en el campo de la evaluación desarrollado en el marco de la Especialización en Evaluación de Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Lanús y la Universidad Nacional Arturo Jauretche (cohorte 2017). El acercamiento a las políticas públicas de salud sexual está vinculado inicialmente con mi recorrido formativo profesional, tanto en el ámbito académico como en servicio. Dicha formación tuvo lugar en gran medida a través de la participación en diversas capacitaciones y espacios de intervención preventivos, promocionales y asistenciales en salud sexual integral durante la realización de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud, desarrollada entre los años 2014 a 2018 en un centro de salud del sur de la Ciudad de Buenos Aires y continúa actualmente en la Residencia Posbásica de Investigación en Salud. Asimismo, el presente Trabajo Final de Integración (TFI) tiene una continuidad temática en la investigación en curso “Experiencias de mujeres en la elección y el uso del implante subdérmico”, un estudio descriptivo con mujeres usuarias de centros de salud del sur de la Ciudad de Buenos Aires en la cual me desempeño como investigadora y cuyo protocolo de investigación ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Agudos D.F. Santojanni.

El diseño de evaluación aquí propuesto se enfoca en una de las líneas de acción desarrolladas por la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires —de aquí en adelante la Coordinación— en su componente de salud sexual. Esta línea está enfocada en la promoción de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC²), específicamente en el más novedoso de éstos, el implante subdérmico. El implante subdérmico forma parte de las prestaciones de asistencia, asesoramiento y provisión gratuita de métodos anticonceptivos que ofrece la Coordinación. Es un método anticonceptivo hormonal de larga duración y junto con otros métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales integra la estrategia de prevención del embarazo no planificado. La presente evaluación se posiciona desde un enfoque de derechos y una perspectiva de género. En tal dirección, este diseño de evaluación parte de considerar a los derechos sexuales y reproductivos como un derecho humano y toma en cuenta para su análisis las dimensiones estructurales de las desigualdades de género.

Con relación a la perspectiva de evaluación adoptada, este trabajo aborda una forma específica de investigación aplicada, orientada a la elaboración de juicios de valor y a la producción de recomendaciones para la acción. Dicho enfoque es coincidente con la función que Neirotti (2014) le atribuye a la evaluación al referirse a la formulación de juicios valorativos fundamentados en información validada sistemáticamente acerca de las políticas públicas, con el objetivo de mejorarlas y de aumentar la transparencia de la gestión. En este sentido, el diseño propuesto apuesta a la generación de información útil, oportuna y científicamente fundada para la toma de decisiones en materia de política pública (Mokate, 2000).

En la misma dirección, esta propuesta busca distanciarse de una concepción de la evaluación ligada a un control externo, cuyo objetivo se centra en el señalamiento y la sanción de los procesos

¹ Nota ético-metodológica: En consonancia con el enfoque de género adoptado para el presente trabajo, se procuró el uso no sexista del lenguaje. Para ello se prefirió el uso de expresiones neutras o despersonalizadas siempre que fuera posible. Cuando las exigencias del texto lo requirieron se utilizó tanto la forma femenina como masculina (las y los). Por último, cabe mencionar que, si bien el presente trabajo no desconoce la existencia de géneros no binarios, no se utilizó lenguaje inclusivo a los fines de respetar el formato de escritura académica requerido para este tipo de presentaciones.

² LARC hace referencia a la sigla en inglés de Long-Acting Reversible Contraception.

y los actores que los llevan a cabo. Por el contrario, se concibe a la evaluación como una instancia formativa, de aprendizaje y mejora. Esta perspectiva respecto a la evaluación ubica a los todos los involucrados en una política en el lugar de partícipes necesarios del proceso evaluativo, al tiempo que promueve su involucramiento con dicho proceso rompiendo con la tajante separación entre evaluadores y evaluados. En este sentido, tal como señala Neirotti (2012), el proceso evaluativo también funciona como un facilitador del diálogo entre los diferentes actores involucrados en las políticas y programas. Por lo cual, así concebida la evaluación se constituye en una instancia constructiva y participativa que impulsa cambios fundamentados en los hallazgos y que busca instalar mejoras en el programa evaluado (Bustelo Ruesta, 2003).

Asimismo, en este trabajo se considera a las políticas públicas como una vía privilegiada para la transformación social y para la generación de equidad. En consecuencia, la evaluación aparece aquí no sólo en tanto herramienta indispensable para la gestión y la mejora de dichas políticas, sino como un camino para la transformación social y el fortalecimiento de la democracia. En este marco, el presente diseño de evaluación se plantea dos propósitos centrales, por un lado la introducción de mejoras en el programa en cuestión que redunden en un mayor acceso de su población destinataria a los derechos sexuales y reproductivos, y por el otro la instalación de una cultura de la evaluación que la incorpore al programa, y a todos los equipos involucrados, como un proceso constante de aprendizaje y de rendición de cuentas mejorando su transparencia y fortaleciendo la legitimidad de sus intervenciones.

El objetivo del diseño es evaluar los procesos de distribución y registro del implante subdérmico en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el período 2013-2018. Al tratarse de una evaluación durante la fase de implementación, el énfasis está puesto en el análisis de los procesos a través de los cuales el programa está implementando la distribución (y colocación) del implante subdérmico en el primer nivel de atención, así como el registro y la sistematización de dicha información, tanto por parte de la misma Coordinación como por parte de los equipos de salud involucrados. Se espera entonces que las capacidades instaladas permitan la generación de datos confiables de manera periódica y que esto sea el insumo para realizar a futuro una evaluación de impacto de la estrategia de LARCs en CABA. Sería recomendable de esta manera la realización de un estudio acerca de la influencia de dicha estrategia sobre las estadísticas de embarazos no intencional en la Ciudad de Buenos Aires. Para ello es necesario conocer quiénes, dónde y en qué condiciones acceden al implante, así como contar con datos que permitan realizar un seguimiento de los implantes colocados y retirados.

El presente trabajo ha sido organizado en tres capítulos. En el primero de ellos se desarrolla el marco general en materia de derechos humanos en el cual se insertan las actividades desarrolladas por la Coordinación. Se describe el programa que aquí nos ocupa, sus objetivos, las líneas de acción que desarrolla, las articulaciones con otros programas y los principales actores involucrados en la política pública de salud sexual y reproductiva. Por último, se mencionan las características generales del implante subdérmico en el marco de la estrategia de promoción de los métodos anticonceptivos de larga duración. En el segundo capítulo se vuelca la primera aproximación a los datos en relación con los objetivos de la evaluación; en otras palabras, se realiza un breve diagnóstico de la situación actual del problema que aborda el presente diseño. Este análisis preliminar deja planteadas algunas cuestiones generales acerca de los procesos de registro sobre la distribución y colocación de los implantes y sobre la identificación de los principales actores involucrados en dichos procesos. El tercer capítulo, está dedicado al planteamiento de la propuesta de evaluación. En este apartado se desarrolla el enfoque teórico y las decisiones metodológicas adoptadas en el diseño, se explicitan las preguntas de evaluación y los objetivos de esta. Por último, se detalla el plan de trabajo propuesto y los recursos necesarios para su ejecución.

Se dedica un último apartado a las conclusiones preliminares, elaboradas a partir de un primer acercamiento a los datos, y se presentan las recomendaciones. Finalmente, se agrega un apartado de apéndices y anexos donde se incluye, el mapa de actores de la política en salud sexual y

reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires, la matriz de evaluación, el mapa de centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires y una selección de la legislación más relevante en el tema.

Capítulo I

EL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. La Salud Sexual y Reproductiva como un Derecho Humano

En Argentina los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como parte de los Derechos Humanos. Están establecidos tanto en la Constitución Nacional como por los tratados internacionales de derechos humanos que la integran, otros tratados y acuerdos internacionales, y por las leyes nacionales sobre el tema (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Estos derechos buscan que las personas puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, de acuerdo con su vivencia interna -asociada al cuerpo, la mente, la espiritualidad, las emociones y la salud- y externa -asociada al contexto social, histórico, político y cultural. Recibir información clara y oportuna para decidir libremente sobre las formas de vivir la sexualidad y la reproducción, así como acceder a los servicios y medios que se requieren para tomar estas decisiones, son componentes centrales de los derechos reproductivos. Estos derechos van de la mano con los derechos sexuales que establecen la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron tardíamente incorporados a la agenda política argentina (PNSSyPR, 2011). De la mano de las luchas de las organizaciones de mujeres y disidencias sexuales, este grupo de derechos comienza a visibilizarse luego de la vuelta de la democracia. Hasta ese momento, habían existido políticas de planificación familiar o de regulación de la fecundidad, como forma de control poblacional bajo un paradigma economicista o demográfico, con grandes restricciones respecto al acceso a los métodos anticonceptivos. Si bien con el regreso de la democracia se deroga el decreto 659/74 promulgado durante el gobierno de Isabel Perón, que restringía el acceso a los métodos anticonceptivos (Cepeda, 2008), recién en el año 2002 se sancionó una ley que aborda la salud sexual en términos de derechos.

A mediados de la década de 1990, dos conferencias de Naciones Unidas aparecen como hitos de un cambio de paradigma: se pasó de la consideración de las mujeres como variables de las políticas de población a sujetas de derecho en materia de salud sexual y reproductiva. Estas fueron la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 (CIPD 1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing en 1995. Al incorporar una perspectiva de género al abordaje de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, se puso en el centro de debate a la libre decisión de las mujeres sobre la sexualidad y los cuerpos.

Luego de varias décadas de prohibicionismo e inacción de los organismos públicos en la materia, el Estado argentino comenzó a instrumentar una política pública de alcance nacional sobre la salud reproductiva y procreación responsable (Bertuzzi, 2012). En este contexto, Argentina cuenta desde el año 2002 con la Ley 25.673, que da origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) en el ámbito del Ministerio de Salud, con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género (Suárez y Cattáneo, 2017). Un año más tarde, su decreto reglamentario 1282/2003 estableció la necesidad de ofrecer a toda la población el acceso a la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto. A través del Programa Nacional el Estado asegura la distribución

de métodos anticonceptivos. En este sentido, la principal estrategia desde el inicio de implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue el reparto de manera gratuita de métodos anticonceptivos para mujeres y preservativos masculinos.

La creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable inauguró un período donde se sancionaron una serie de normas destinadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, en consonancia con un cambio de paradigma, desde aquella noción de control de la natalidad a un paradigma de garantía de derechos. En 2006 se sancionó la ley nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica que incorporó la posibilidad de acceder de manera gratuita a la ligadura tubaria y la vasectomía; la ley nacional 25.929 de Parto Respetado, que reconoce los derechos que asisten a las personas en el embarazo, parto y post parto; la ley nacional 26.150 que establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, la inclusión educativa de las estudiantes madres (leyes 25.273 de 2000, 25.584 de 2002 y art. 81, ley 26.206/2006); ley 26.618 de 2010 de Matrimonio Civil (conocida como la Ley de Matrimonio Igualitario); la ley para prevenir, asistir y eliminar todas las violencias contra las mujeres (ley 26.485), y en 2012 la ley 26.743, que establece el derecho a la identidad de género de las personas e incluye el acceso a todas las prácticas de salud que las personas trans deseen realizar para adaptar su cuerpo a su género autopercebido (Suárez y Cattaneo, 2017).

Por su parte, a nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el texto de la Constitución de la Ciudad de 1996 plantea que: “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos” (artículo 37). Asimismo, desde el año 2000, existe la Ley 418, cuyo objetivo es garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable y las leyes 3.602 y 4.238, que garantizan el derecho a la identidad de género y la atención integral de personas intersexuales, travestis, transexuales y transgénero. En la Ciudad de Buenos Aires la función de garantizar los derechos sexuales y reproductivos se concentra en la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad. Dicha respuesta del sistema en materia de cuidados de la salud sexual y reproductiva contempla dos dimensiones básicas, una orientada a brindar información y asesoramiento y otra, a garantizar servicios e insumos.

A los mencionados avances normativos, en los últimos años se sumaron iniciativas programáticas de importancia. Sin embargo, aún se está lejos de garantizar un mínimo nivel de acceso igualitario de derechos sexuales y reproductivos a todas las personas, sin importar el lugar de residencia, el grupo social de procedencia, ni el efector de salud en que se atiendan.

2. El implante subdérmico en la estrategia de los métodos de larga duración en Ciudad de Buenos Aires

El implante subdérmico es un método anticonceptivo hormonal que se incluye dentro del grupo de los métodos de larga duración. Su efecto anticonceptivo dura hasta tres años. Su acción es reversible y puede ser retirado en cualquier momento que la persona que lo utiliza lo desee. Este método anticonceptivo, que se inserta mediante una pequeña incisión en el brazo, requiere ser colocado y retirado por un profesional capacitado. Consiste en un pequeño cilindro flexible que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo con anestesia local y libera una hormona (progestágeno) en forma continua. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides. Se puede colocar inmediatamente luego del parto y pueden utilizarlo quienes están amamantando o quienes, por su situación de salud, no pueden usar estrógenos. Existen en uso clínico tres tipos de implantes, aunque en Argentina sólo se utiliza uno de ellos, cuyo nombre

comercial es Implanon. Es el más nuevo de los tres y está disponible desde 1999. Su composición es de una sola varilla de acetato de etilvinilo mezclado con etonogestrel. Las otras versiones son, Norplant cuya existencia data de 1985, consistente en seis cápsulas de dimetilpolisiloxano con levonorgestrel y Jadelle, en uso desde 1995, que utiliza dos barras de una mezcla del mismo polímero y la misma progestina que Norplant (Montenegro Pereira, Lara Ricalade y Velásquez Ramírez, 2005).

En línea con las recomendaciones y estrategias nacionales e internacionales, la Ciudad de Buenos Aires ha adoptado la estrategia de métodos de larga duración (LARCs). Dicha estrategia adoptada por la Coordinación es impulsada por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Nación (DSSyR) y recomendada por la Organización Mundial de la Salud (DSSyR, 2018; WHO, 2018), como forma de garantizar los derechos sexuales y reproductivos y de evitar los embarazos no planificados, con especial énfasis en la población adolescente. En este marco, el implante subdérmico se incluyó en nuestro país en el año 2013 con el principal objetivo de prevenir el segundo embarazo en adolescentes y promover el cuidado y la planificación familiar, mejorando la adherencia de este grupo a un método anticonceptivo. En consecuencia, su colocación en un principio estuvo destinado exclusivamente a adolescentes de entre 15 años y 19 años que hubieran tenido al menos un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en los últimos 12 meses, y que no cuenten con obra social o prepaga. Sin embargo, posteriormente los alcances se flexibilizaron llegando a más mujeres de diferentes edades y con diferentes condiciones de salud, tal como sucede en la actualidad.

Desde su implementación hasta la actualidad, el uso del implante en la Ciudad de Buenos Aires ha ido en crecimiento, siendo los principales destinatarios los efectores del subsistema de salud localizados en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. De las conversaciones con referentes de la Coordinación surge que su demanda se amplió y que esto se vio acompañado por un crecimiento de la disponibilidad del implante, tendencia que continúa. Cabe destacar que, desde comienzos del 2016, a tres años de su llegada al país, en un escenario de desinversión en salud y achicamiento de los programas de salud sexual, el implante subdérmico se amplió como estrategia de prevención del embarazo no planificado, incrementando tanto su disponibilidad como su presupuesto. En este sentido, si bien una política pública no puede ser leída en sus propósitos de manera unívoca, se trata al menos en su formulación de una política focalizada, orientada prioritariamente a adolescentes y mujeres con cobertura única del sistema público, que prevé entre otros efectos la disminución de costos en anticoncepción y en atención de embarazos no planificados para el subsistema sanitario estatal.

Hasta el momento existe muy poca información disponible y actualizada acerca de las características en la distribución y el uso del implante subdérmico en Argentina y en particular en la Ciudad de Buenos Aires, en relación con las cantidades, modalidades de gestión y de acceso al método³. Recientemente se han realizado algunas investigaciones que abordan el uso de este método, pero en todos los casos se han enfocado en la evaluación de parámetros clínicos, la continuidad en el uso, así como en la valoración de la satisfacción de la usuaria con el método.

Con relación al conocimiento disponible sobre el tema, a nivel nacional, la actual Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, publicó en 2018 un “Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina”. Se trató de un estudio realizado en efectores públicos del subsistema público de salud sobre 1.101 adolescentes y jóvenes que, al momento de colocarse el implante, en el año 2015, tenían entre 15 y 24 años. La investigación se orientó a conocer y analizar el nivel de adherencia de la población al uso del implante subdérmico, sus niveles de satisfacción y confianza, determinar sus

³ Al momento de presentar este Trabajo Final de Integración se había elaborado un informe de Situación y Respuesta 2016-2018 (CSSSeITS, 2019), publicado de manera reciente, muy cercano a la fecha de finalización del presente, por lo cual sólo se lo menciona, pero no se lo analizó entre los antecedentes de evaluación.

potenciales efectos secundarios y motivos de retiro. Entre sus hallazgos más relevantes se destaca que sólo el 13.1% del total de las mujeres de la muestra decidieron solicitar el retiro del implante, un porcentaje que se encuentra por debajo de los publicados por la evidencia internacional que lo ubican entre un 20 y un 30% a los tres años de su colocación (Calixto-Morales, et al., 2015; Arribas Mira, et al., 2009; Agrawal y Robinson, 2005). Por su parte, en términos de satisfacción el promedio nacional fue muy alto, situándose en torno a 9,4 de una escala del 1 al 10. En esta línea, la causa más referida por la cual las usuarias elegirían nuevamente colocarse el implante es su efectividad para prevenir embarazos, alcanzando un 70% (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2018).

En la provincia de Buenos Aires, se estudiaron los aspectos clínicos de adolescentes con antecedentes de parto o aborto, a quienes se les colocó el implante subdérmico (Giurgiovich, et al., 2015). Dentro de las complicaciones señaladas por el estudio el spotting fue la más frecuente, coincidiendo con la literatura internacional. Sin embargo, la investigación señala también el deseo de maternidad entre las principales causas, lo cual no se vio relevado de ese modo en otros estudios similares. Cabe destacar como dato de interés para la salud pública que este estudio realizado específicamente en población adolescente halló que luego de la colocación del implante, ninguna de las mujeres había utilizado preservativo. Por otro lado, más recientemente se evaluó en un centro de salud del partido de San Martín, la aceptabilidad del implante en el primer año de uso (Rall, et al., 2018). En este caso, además de relevar los efectos adversos, los cambios en el patrón de sangrado y las causas de extracción, se evaluaron los motivos de elección del método y el nivel de satisfacción. Con respecto a las causas más frecuentes de extracción, se destaca en primer lugar el aumento de peso. Por su parte, en lo que refiere a los motivos de elección, lo más frecuente es la superioridad comparativa con otros métodos y la comodidad de este.

En la Ciudad de Buenos Aires, se realizaron dos investigaciones que sistematizaron y evaluaron la experiencia del implante durante sus primeros años de uso, como práctica novedosa dentro del sistema de salud de CABA (Messina y Teodori, 2014; Mazur, García y Salceek, 2013). Cabe destacar que en todos los casos en que se evaluó este aspecto, el nivel de satisfacción con el método fue elevado. Asimismo, desde la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS se desarrolló recientemente una investigación -cuyos resultados aún no han sido publicados- sobre las características de los primeros 400 implantes en la Ciudad, estudio que retoma el seguimiento realizado en diferentes centros de salud. La investigación evaluó la experiencia de las mujeres con el implante: tiempo de uso, tipo de extracción, trastornos ocasionados, impacto del método en la vida sexual de la mujer, valoración subjetiva de la experiencia. Esta investigación resulta novedosa en términos locales ya que realizó el seguimiento de las mujeres durante los tres años de duración del implante y porque incluyó entre las variables a evaluar las motivaciones para la elección del implante como método anticonceptivo (Mazur, et al., 2018).

3. Actores involucrados en la política de Salud Sexual de la Ciudad de Buenos Aires

Cuando se habla de actores en el campo de las políticas públicas, se hace referencia a todas aquellas personas, grupos sociales, instituciones o sectores que tienen algún grado de implicación en la política. Los actores son aquellos que actúan, aquellos que llevan a cabo acciones relevantes con el fin de obtener un resultado (Dente y Subirats, 2014). En este caso, analizar los actores involucrados en la política de salud sexual de la Ciudad de Buenos Aires supone reconocer los intereses y valores, las creencias que dan lugar a definiciones específicas de un problema, sus recursos y capacidades, así como la postura adoptada frente a la política en cuestión. Asimismo, implica considerar las posibles alianzas, articulaciones y disputas entre los diferentes actores en el contexto analizado.

Los actores participantes en la política de salud sexual de la Ciudad de Buenos Aires, como en toda política pública son heterogéneos y se han ido modificando a la par de los cambios político-sociales. Por ejemplo, con la creación en el año 2006 del Programa Nacional de Educación Sexual Integral y la fuerza que han cobrado en los últimos años las organizaciones feministas académicas y de la sociedad civil en la definición de la agenda pública de salud, así como con la degradación del Ministerio de Salud de la Nación al rango de Secretaría y su reciente restitución. En esta línea, cabe aclarar que se trata de un mapa dinámico, cuyos actores, individuales y colectivos, seguramente irán variando en su relevancia, así como en sus posturas, capitales y relaciones en el transcurso del proceso de evaluación.

El presente mapa constituye una herramienta de planificación del diseño de evaluación aquí presentado. En este sentido, se trata de un acercamiento analítico que no intenta reflejar en su totalidad la complejidad y las particularidades que puedan existir al interior de cada actor, sino que busca presentar a los actores más relevantes según sus características y posicionamientos principales al momento de realizar el análisis. Se presentan entonces cinco actores o agrupamiento de éstos:

- En primer lugar y en consecuencia con el enfoque de derechos adoptado en el presente diseño, uno de los primeros actores a mencionar son las/os destinatarias/os de la política en cuestión. A nivel de la implementación de la estrategia de métodos anticonceptivos de larga duración identificamos a las personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) de CABA. Si bien en este grupo se incluye formalmente a toda persona que se atienda en el subsistema público de la Ciudad de Buenos Aires, en el caso del implante subdérmico la población objetivo se focaliza en mujeres jóvenes cis⁴ heterosexuales, que no posean cobertura del sistema de obras sociales y prepagas.

En su rol de beneficiarias de la política pública sus objetivos están enfocados mayormente a acceder a los servicios y recursos de SSyR que resuelvan sus demandas vinculadas con la anticoncepción y la salud sexual integral. Debido a la heterogeneidad que presenta en su composición, su posicionamiento y su capacidad de reconocerse como sujeto de derecho varía de acuerdo con el nivel de autonomía y empoderamiento, así como a las estrategias desplegadas desde cada equipo de salud.

Al tratarse de un sector de la sociedad atravesado por múltiples vulneraciones, sus capitales económicos y simbólicos son bajos. Sin embargo, en tanto actor colectivo, las mujeres de barrios populares han construido en los últimos años, en el marco del crecimiento del movimiento de mujeres, un capital político y social que las posiciona desde un lugar de resistencia y demanda ante la vulneración de sus derechos, en especial de aquellos vinculados con las desigualdades de género.

- En segundo lugar, se ubican las/os profesionales de salud de los centros de atención primaria de CABA que brindan servicios y/o recursos vinculados con la SSyR. Se trata también de actores involucrados de manera directa, ya que son quienes terminan de delinear la implementación de la política en SSyR de CABA. Entre sus objetivos más generales se encuentra el de brindar servicios de asistencia, prevención y promoción de la salud integral. Sin embargo, su constitución se caracteriza por la diversidad de profesiones y la heterogeneidad de valores y posiciones. Si se considera el alto grado de autonomía constitutivo de los profesionales de la salud, éstos pueden operar como grandes facilitadores u obstaculizadores. Sus posicionamientos varían fundamentalmente de acuerdo con la concepción de salud y específicamente de salud sexual con la cual se identifiquen, así como los juicios de valor que adjudiquen a las personas usuarias de los servicios de los centros

⁴ Cis es una abreviación del término Cisgénero, que hace referencia a aquellos individuos cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual.

de salud. Su capital económico es variable, pero en líneas generales puede considerarse medio. Por su parte, sí suelen contar con capitales simbólico, político y cultural medio a alto, lo cual se vincula con la legitimidad social de los profesionales de la salud y a las trayectorias académico-profesionales.

- En tercer lugar, se ubica el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Su rol es la planificación global del sector salud del GCBA, la ejecución de los planes, programas y proyectos del área de su competencia y la fiscalización del funcionamiento de los servicios e instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud. Se trata de un actor donde sus capitales simbólico, político y cultural son altos, tanto en lo relativo al prestigio social, a las capacidades y trayectorias de los equipos que lo integran, como a su capacidad de definir la agenda y los lineamientos de la política de salud. Sin embargo, en materia de capital económico se trata de un sector de gobierno al cual le es adjudicado un presupuesto enfocado mayormente al pago de sueldos y a la compra de insumos de salud, un presupuesto escaso considerando que se trata de un Ministerio de una de las regiones del país con más recursos.

El Ministerio de Salud como tal es un actor cuya caracterización es muy compleja debido a la multiplicidad y la heterogeneidad de actores e intereses que agrupa. Pueden ubicarse como parte de este gran actor a aquellas personas involucradas en la delimitación de los lineamientos estratégicos, en la formulación de las políticas públicas en materia de salud y en la gestión de las distintas instancias del ciclo de dichas políticas. Entre sus principales objetivos se encuentra el desarrollo de servicios de atención primaria con acceso universal equitativo y oportuno; el fortalecimiento de la Red de Hospitales; la mejora y ampliación de los Sistemas de Información; el desarrollo de acuerdos y la planificación intersectorial; la promoción del desarrollo de recursos humanos y la gestión de los recursos que permitan incrementar la calidad de la inversión. En el caso específico de las políticas en Salud Sexual y Reproductiva y del implante subdérmico, se trata, al menos en su formulación, de una política focalizada que busca entre otros efectos la disminución de los embarazos no planificados y de los costos para el subsistema sanitario estatal tanto de consultas e insumos en anticoncepción como en la atención de embarazos no planificados.

Dentro de este gran actor identificado como Ministerio de Salud se hallan dos actores decisivos en el diseño de evaluación aquí propuesto: la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS y la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. El primero de ellos con un rol central en el diseño y la implementación de la política en Salud Sexual y Reproductiva. La Dirección de Sistemas de Información, por su parte, se constituye en un actor fundamental para la generación y disponibilidad de datos en salud.

El período comprendido por el presente diseño de evaluación (2013-2018) está atravesado por un escenario político de cambios. Si bien los movimientos más importantes en la estructura institucional del estado luego del cambio de gestión a fines del 2015 se produjeron a nivel nacional, la Ciudad de Buenos Aires también sufrió modificaciones, por cambios propios en su funcionamiento y a consecuencia de los nacionales. Dentro de la órbita del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2016 se producen algunos movimientos en cuanto a la estructura del Ministerio de Salud y se crean nuevas funciones. Al tiempo que se produce la fusión, entre los programas de Salud Sexual y la Coordinación Sida, que da origen a la Coordinación Salud Sexual Sida e ITS, se crea en el 2017 con el decreto 118/17, la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria (DGSISAN).

La Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS si bien ve su estructura formal modificada, conserva gran parte del equipo y de los proyectos que venía desarrollando anteriormente. En este sentido, cabe mencionar la posición política de relativa autonomía de la coordinación, dado que sus líneas de trabajo han trascendido los lineamientos del ministerio en sus diferentes gestiones. Su principal objetivo está orientado a facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado integral de su salud sexual y su salud reproductiva. En cuanto a sus capitales y recursos se destaca su baja

disponibilidad de capital económico, tanto en términos de presupuesto para compras y licitaciones como en términos de personal, ya que la mayoría de sus recursos humanos comparten tareas con otras dependencias.

Por su parte, la DGSISAN tiene como principal objetivo planificar, adquirir, instalar y mantener los recursos informáticos y de comunicaciones, físicos y lógicos del nivel central de salud, de los hospitales y de los centros de atención primaria. Esta Dirección (DGSISAN) tiene entre sus funciones participar en el diseño de un sistema de información estadístico y de vigilancia epidemiológica con indicadores estadísticos y de gestión como elemento de planificación estratégica, y administrar un sistema de información para la gestión. Al interior de la DGSISAN, se ubica la Subgerencia operativa estadísticas de salud, que participa en el diseño del sistema de información estadístico de los indicadores de gestión. Tiene entre sus funciones, operar el sistema de información estadística y de vigilancia epidemiológica y elaborar los indicadores de gestión.

Paralelamente ese mismo año comienza la implementación gradual del SIGEHOS, que es el Sistema de Gestión Hospitalaria desarrollado por la Dirección General de Sistemas Informáticos del Ministerio de Salud. Este sistema provee a los hospitales y centros de salud del GCBA de una herramienta informática integral y unificada, destinada a la gestión. Dentro de estas modificaciones se ubica la creación, en el mismo año, de la Unidad de Proyectos Especiales Historia Clínica Electrónica (HCE) -actualmente Historia de Salud Integral (HSI)- bajo la órbita de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria. Desde esta unidad se implementa la Historia Clínica Electrónica (HCE) en los establecimientos sanitarios del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que representa el registro asistencial centralizado e integrado de todas las acciones atinentes al cuidado de la salud (consultas, prácticas, daciones, laboratorio, farmacia, etc.).

Con relación a los recursos y capitales, la DGSISAN es un actor que se destaca por contar con un capital económico relativamente alto, en relación con otras áreas de gobierno. Su creación se vio acompañada por una importante inversión en recursos materiales y humanos que permitió la digitalización de las historias clínicas, los estudios de laboratorio y los insumos de farmacia en un sistema informático unificado.

- En cuarto lugar se ubica otro agrupamiento de actores que involucra tanto a ministerios como a programas que planifican, ejecutan y fiscalizan políticas en materia de salud sexual, entre ellos: el Ministerio de salud de la Nación, el Ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de educación de la Nación en relación con el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, y los programas y direcciones con articulación directa con el programa de salud sexual de CABA, como la Dirección Nacional de Sida y ETS, Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino, Programa Nacional de Adolescencia, Programa Salud Integral de los Adolescentes CABA, Programa Materno Infantil CABA, la Coordinación Sida, entre otros.

En el terreno específico de los métodos anticonceptivos, si bien se ha ampliado el acceso y ha cobrado cada vez mayor relevancia la instancia de consejería para la decisión autónoma e informada de la mujer, las corporaciones médicas (en este caso en especial las de ginecología y obstetricia), así como los laboratorios y algunos organismos internacionales (en este caso especialmente la OMS), ocupan un lugar crucial a la hora de definir criterios de producción, distribución y uso de estos. Éstos últimos actores presentan la particularidad de contar con un gran capital económico y simbólico en el campo de la medicina. Cabe señalar que en el caso de los laboratorios la búsqueda de ganancias y la inserción de los medicamentos en la sociedad constituyen sus principales intereses, para lo cual además de la producción y distribución de las tecnologías, desarrollan una serie de dispositivos de producción y circulación de conocimiento dirigidos principalmente a los propios profesionales de la salud, aunque también a la población usuaria.

- Por último, pensar la política de salud sexual en términos intersectoriales lleva a la inclusión de actores de aquellas otras áreas que interactúan de manera directa con la política de salud sexual. Entre ellas, se incluye el área de la educación, con actores tales como los docentes y estudiantes de la Ciudad de Buenos Aires involucrados en la implementación de la ESI, los cuales intervienen principalmente en el intercambio de información y en la articulación con los servicios de salud de la ciudad. En ocasiones con acciones impulsadas desde el sector educativo y en otros en articulación directa con los equipos de salud.

En la misma línea de la intersectorialidad, se puede incluir entre los actores involucrados a las organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales que realizan talleres, campañas y consejerías en salud sexual y reproductiva. Éstos actúan mayormente como facilitadores en la implementación de la política ya que amplían las vías de difusión y vinculación con las/os destinatarias/os de la política en cuestión. Dentro de este último gran y heterogéneo agrupamiento de actores, se ubica la Iglesia Católica y las organizaciones religiosas articuladas, que si bien en su mayoría operan como obstaculizadores de las políticas que buscan garantizar los derechos sexuales y reproductivos, en las últimas décadas esta situación se ha ido diversificando y es posible identificar grupos como las Católicas por el Derecho a Decidir con gran protagonismo y activismo en materia de salud sexual y (no) reproductiva, cuya posición es de facilitadoras de la política.

Capítulo II

EL SISTEMA DE SALUD Y LA COORDINACIÓN

1. El sistema de salud en Argentina

En Argentina, el sistema de salud está organizado en base a tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado, cuya regulación en todos los casos es responsabilidad del Estado Nacional. Estos tres subsectores están presentes tanto a nivel nacional, como de las provincias y los municipios. La máxima autoridad en la materia es el Ministerio de Salud de la Nación, el cual tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de políticas, el dictado de normas y la ejecución de acciones para la coordinación entre los distintos subsectores. A nivel provincial y municipal existen los respectivos Ministerios y Secretarías de Salud. Los Ministerios de Salud de cada provincia son responsables del presupuesto público de salud de su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande. La Nación carece prácticamente de efectores propios, siendo los efectores públicos en su mayoría provinciales y en segundo lugar municipales (Bonazzola, 2010). En relación con los actores involucrados en la evaluación del sistema público de salud, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, perteneciente a la Oficina de la Presidencia de la Nación, es quien tiene a su cargo la evaluación de los programas sociales de los ministerios que lo componen, entre ellos el Ministerio de Salud. Las evaluaciones se llevan a cabo a través del Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales -SIEMPRO⁵, el cual funciona como un instrumento de gestión que genera información útil para la el diseño de programas y políticas públicas (Belló y Becerril-Montekio, 2011). El Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales es un sistema nacional que depende del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Entre sus principales funciones se encuentran las de diseñar e implementar sistemas para producir información destinada a organismos públicos que les permita diagnosticar la situación socioeconómica de la población y efectuar análisis útiles para la formulación de sus políticas. Por su parte, también se ocupa de monitorear el grado de avance en el cumplimiento de las metas propuestas en los programas y evaluar el grado de correspondencia entre el impacto previsto y el efectivamente alcanzado a través de su implementación.

Por otro lado, el sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una Obra Social que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Un aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la existencia de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI). Por su parte, el sector privado incluye tanto a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a Obras Sociales (OS) específicas o a

⁵ Entre las evaluaciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud destaca la evaluación del Programa Remediar 2003 y 2004 que estableció una línea de base del programa y llevó a cabo una medición de medio término para evaluar la capacidad de los mecanismos institucionales del Programa para lograr los resultados e impactos previstos y estudiar la correspondencia entre los objetivos del programa y los requerimientos de los beneficiarios. Por su parte, la Unidad de Investigación Estratégica en Salud del Ministerio de Salud ha llevado a cabo evaluaciones de resultado e impacto de los diferentes componentes de la Política Nacional de Medicamentos (Belló y Becerril-Montekio, 2011: 105).

sistemas privados de medicina prepagada, como a aquellos establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y a las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Tanto las OS como las EMP son fiscalizadas por el Ministerio de Salud a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), que es un órgano descentralizado responsable de la regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). Su principal objetivo es asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación vigente.

Varios actores coinciden en señalar la falta de integración y la fragmentación que caracteriza al Sistema de Salud Argentino (Belló y Becerril-Montekio, 2011; Bonazzola, 2010; Maceira, 2008). Al respecto, Maceira (2008: 11) señala que dicho sistema “constituye un ejemplo extremo de la segmentación característica de los sistemas de servicios de salud en la región latinoamericana”. En el caso argentino, esta fragmentación se da en dos dimensiones al mismo tiempo, geográfica, según jurisdicción y por tipo de cobertura, entre los distintos subsectores (Maceira, 2008). En el segmento público, la falta de instancias coordinadoras entre las diferentes jurisdicciones se vio agravada por las características financieras que adoptó el proceso de descentralización de los servicios de salud llevada adelante durante la década de los años noventa, fuertemente impulsado por la voluntad del gobierno nacional de modificar en su favor las relaciones financieras con las provincias y los municipios (PNUD, 2011). Según un informe publicado por el Programa Naciones Unidas para el Desarrollo en el 2011, esta fragmentación implica una falta de coordinación y articulación que obstaculiza la conformación de un verdadero “sistema” de salud e impide el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. En consecuencia, el sector salud de Argentina se caracteriza por ser segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y el financiamiento como con el acceso a las prestaciones (PNUD, 2011).

Con respecto a la cobertura de salud, el rasgo distintivo del sistema argentino es que el sector público ofrece servicios a los que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que además tengan otro tipo de cobertura ya sea de seguro social o privado. Esto implica que todo ciudadano independientemente de dónde resida y de su condición laboral tiene derecho a recibir una cobertura de salud por parte del Estado. Sin embargo, en la práctica el servicio al que se accede presenta grandes diferencias según se cuente o no con una cobertura adicional al sistema público y según el lugar de la República de que se trate. Sobre este último aspecto, un informe del PNUD señala lo siguiente:

Esta situación responde a la combinación de, al menos, dos factores: el elevado grado de descentralización que presenta el sector público y la significativa brecha de desarrollo y capacidades entre provincias. No obstante, dada la expansión del sector público y de la seguridad social, la población cuenta con un elevado grado de cobertura en relación con otros países de la región (PNUD, 2011: 23).

En relación con la distribución geográfica de la población que cuenta con cobertura de seguros tanto de obras sociales como de empresas de medicina prepaga, se registran provincias con poco más del 30% de población asegurada y otras en las que el porcentaje crece a más del 70%, valores extremos que se ocultan en el 52% promedio para el país (según datos del Censo 2010, relevados por PNUD para su informe 2011). La Ciudad de Buenos Aires es la región que presenta el menor porcentaje de población con cobertura exclusiva del subsistema público, con un 26% de población no cubierta con seguro, porcentaje que la ubica muy por debajo del promedio nacional (PNUD, 2011). Esta situación revela la existencia de importantes disparidades entre las necesidades, las capacidades y los recursos disponibles en cada una de las provincias. Otro aspecto importante relacionado con la inequidad en la cobertura de seguros de la población es su distribución por

niveles de ingreso. La carencia de cobertura de seguros de salud, y, consecuentemente, la mayor dependencia de los servicios ofrecidos por el sector público aumenta considerablemente a medida que disminuye el nivel de ingresos per cápita de las familias (PNUD, 2011).

2. El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires

La ubicación territorial de la Ciudad de Buenos Aires es completamente urbana, con gran accesibilidad geográfica a cualquiera de sus puntos. Al mismo tiempo, se encuentra inserta en un área metropolitana cuyos habitantes concurren en gran medida a la Ciudad en busca de atención de salud, ya sea porque sus habitantes trabajan en la Ciudad o porque la calidad en la atención y la disponibilidad de recursos fuera de la Ciudad presenta, en la mayoría de los casos, grandes limitaciones.

El desarrollo y crecimiento del sistema de salud de la Ciudad se adecuó, en parte, al modelo de desarrollo que tuvo la Argentina a finales del siglo XIX y parte del siglo XX, un país agroexportador donde el puerto y la ciudad se convirtieron en un centro estratégico. Este contexto configuró al sistema de salud porteño en un punto de referencia nacional, que implica un gran esfuerzo de planificación para satisfacer una demanda creciente de sus servicios de salud (Duré y Daverio, 2008: 25).

El Sistema de Salud de la Ciudad, tal como lo establece la Ley Básica, “está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (GCABA, Ley N° 153, art. 10). Esta ley, que se aprobó en el año 1999, introduce la concepción de salud integral e incluye los valores de la participación de la comunidad y la descentralización del subsector estatal (Duré y Daverio, 2008). Tal como lo establecen los artículos 15 y 16 de la ya mencionada ley, este subsector se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución, jerarquizando el primer nivel⁶; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la autoridad de aplicación. El subsector estatal de la Ciudad se compone de todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control (GCABA, Ley N° 153, art. 13).

Actualmente los efectores de salud del sub-sector público se organizan en 12 áreas programáticas⁷ dependientes de los Hospitales Generales de Agudos⁸. En total la Ciudad cuenta con 13 Hospitales Generales de Agudos (Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta), 2 Hospitales Generales de Niños (Elizalde, Gutiérrez), 14 Hospitales Especializados (Alvear, Borda, Moyano, Tobar García, Sardá, Udaondo, Muñiz, Oncología, Quemados, María Ferrer, IREP, Rocca, Santa Lucía, Lagleyze), 3

⁶ El primer nivel de atención comprende todas aquellas acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias (GCABA, Ley N° 153, art. 18).

⁷ Las Áreas Programáticas de Salud responden a una delimitación geográfico-poblacional.

⁸ Cabe mencionar que el decimotercero, el Hospital Rivadavia no cuenta con área programática propia ya que al momento de la regionalización sanitaria todavía pertenecía a la Nación, habiendo sido transferido a la Ciudad recién en 1993 (Bonazzola, 2010).

Hospitales Odontológicos (Dueñas, Carrillo, , Infantil Quinquela Martín), 2 Centros de Salud Mental, 1 Centro asistencial (Cecilia Grierson), 45 Centros de Salud y Acción Comunitaria, 32 Centros Médicos Barriales. Asimismo, el Sistema está complementado por Programas y Redes de Salud (Dirección General de Estadísticas y Censos).

Los 43 Centros de Salud y Acción Comunitaria (o Centros de Salud Nivel 1, como se denominan en el subsistema público de salud de la Ciudad, respondiendo a una organización de complejidad creciente) se nuclean por áreas programáticas y tienen la particularidad de que su organización responde a las necesidades del territorio. Son responsables de los procesos de identificación y abordaje de los problemas de salud, derivando a los hospitales a los pacientes que requieren la resolución de los problemas más complejos. Estos centros contemplan equipos conformados con base poblacional, conformando equipos multidisciplinarios (con un núcleo básico conformado por un médico generalista, un pediatra y un enfermero). Se constituyen como la puerta de entrada que organiza la relación de la población con el sistema de salud y de éste con las áreas del GCABA que participan del cuidado de los determinantes sociales de la salud. Tienen como objetivo principal la mejora continua en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado a través de la atención integral, el trabajo integrado con la comunidad, sus organizaciones y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan o comprometen la salud de la población en un área geográfica determinada (Ministerio de Salud GCBA, 2017).

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del 2016, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el porcentaje de población que sólo contaba con cobertura del sistema estatal de salud en 2016 era del 20%. El 80% restante está afiliada a algún sistema de atención de la salud, el 41% contaba con cobertura de una obra social y un 39% con prepaga o mutual. Asimismo, cabe destacar la heterogeneidad que presenta la Ciudad en su interior, variando ampliamente este porcentaje de cobertura por zona (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Respecto a la proporción de la población que sólo tenía cobertura de salud estatal, hubo una alta variabilidad entre las comunas: la 2, 6, 13 y 14, presentaron porcentajes por debajo del 8%, mientras que las comunas 4, 8 y 9 tuvieron los porcentajes más altos de su población con cobertura de salud pública exclusiva, encabezadas por la comuna 8 con un 50% (10 veces más que la comuna 14).

La salud en la Ciudad

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se encuentra dividida en 48 Barrios y desde el punto de vista político-administrativo se organiza en 15 Comunas con competencia territorial que agrupan distintos barrios⁹. El análisis por comunas permite desagregar los indicadores y observar las desigualdades existentes en la ciudad. La Ciudad presenta perfiles sociodemográficos e indicadores de calidad de vida muy dispares entre sus diferentes zonas geográficas. Si bien la CABA es una de las regiones con mejores indicadores de calidad de vida del país, al sur de esta, por ejemplo, estos indicadores son los más desfavorables, alejándose en muchos casos del promedio de la ciudad. En este sentido, se destacan las comunas 1, 4 y 8 que muestran las situaciones más desfavorables en términos socioeconómicos (y, junto con ellos, en el perfil de morbi-mortalidad): desocupación, pobreza, cobertura exclusiva en sistema público, niveles educativos, hacinamiento y saneamiento básico.

En la Ciudad viven 3,1 millones de según las proyecciones del INDEC para 2017 (Ministerio de Salud GCBA, 2017). La población total de la ciudad se mantuvo estable desde la segunda mitad del siglo XX. A partir de la década del 60 culminó la caída de la tasa de crecimiento completando la transición demográfica. Este periodo se caracterizó por un descenso de la tasa de mortalidad y de

⁹ La conformación de las comunas y sus competencias se encuentran reguladas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley Orgánica de Comunas N° 1777 (Boletín oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1996; Legislatura Porteña, s/ref.).

natalidad; lo que provocó un estancamiento del crecimiento vegetativo y envejecimiento de la población (Dirección de Estadísticas y Censos, 2013). La ciudad presenta una pirámide de población regresiva y envejecida, con 21% de sus habitantes mayores de 60 años. El 53,2% de esta población corresponde a mujeres y el 46,8% son varones. Este diferencial entre sexos se incrementa en los grupos de mayor edad, alcanzando en los mayores de 70 años un 35,1% de varones y un 64,9% de mujeres (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2017). El porcentaje de la población mayor de 65 años por sexo evidencia el proceso de feminización que enfrenta la Ciudad de Buenos Aires, dado el mayor peso de las mujeres, también asociado a los procesos de envejecimiento poblacional (Ministerio de Salud GCBA, 2017). El análisis por comunas presenta diferencias en la conformación demográfica. En las comunas 4, 7, 8 y 9 se observan estructuras más jóvenes (más de 23% de menores de 15 años); mientras que las comunas 2, 6, 11, 13 y 14 mostraron poblaciones más envejecidas (más de 18% de mayores de 64 años) (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2017). Asimismo, las comunas 4, 7, 8 y 9 tuvieron una Tasa Global Fecundidad (TGF) por encima de 2, superando el nivel de reemplazo poblacional. En el otro extremo, las comunas 2, 5, 6, 13 y 14 fueron las comunas con TGF más bajas.

Sobre el perfil epidemiológico de los habitantes de la CABA se destaca la alta prevalencia de patologías crónicas en el promedio de la población. Sin embargo, como ya se mencionó, esta jurisdicción encierra amplias inequidades en su interior, particularmente entre los distritos del sur y del norte. Nuevamente según el Análisis de Situación de Salud del 2016 las comunas de la región Sur (comunas 4, 8 y 9) registraron la mayor mortalidad general, con indicadores que superan el valor de la tasa general ajustada de CABA. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias constituyen las principales causas de mortalidad. A su vez, la tasa de mortalidad infantil de la Ciudad es una de las más bajas del país, pero su distribución al interior también refleja amplias brechas. Para el año 2016 la tasa de mortalidad infantil de la CABA fue de 7,2 muertes/1.000 NV. Al interior de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la mayor mortalidad infantil se registró en las comunas ubicadas en la zona sur; las tasas más altas se observaron en las comunas 1, 4, 8 y 9: la comuna 4 presentó el indicador más elevado (11,7 muertes/1.000 NV), seguida por las comunas 8 y 1 (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2017).

Otro indicador para analizar la variabilidad entre las comunas es la tasa de embarazo en adolescentes, esta tasa se calcula en mujeres de 10 a 19 años. Respecto al embarazo en adolescentes las comunas 1, 4 y 8 mostraron los picos más altos, por encima de 20 embarazos cada mil adolescentes, distanciándose del resto de las comunas y de la tasa de la ciudad (12,9). Esta tendencia se replica si se analiza la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años. Por su parte, las comunas 2, 13 y 14 muestran las tasas más bajas. Por último, con respecto a los embarazos no planificados, también las variaciones según establecimientos y zonas son amplias, con una máxima de 89% en el Piñero y un mínimo de 50% en Fernández. Los establecimientos de la zona sur-oeste, Piñero y Santojanni, muestran los porcentajes más elevados. De las mujeres que señalaron que no planificaban un embarazo, el 80% no utilizaba ningún método anticonceptivo. Nuevamente este indicador muestra diferencias según el efector, encontrando en el hospital Santojanni un registro del 97% de mujeres atendidas con embarazos no planificados que no utilizaban ningún método anticonceptivo, mientras que en el Pirovano el porcentaje desciende al 50% (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2017).

3. La Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS

La Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS depende del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus orígenes se ubican en el año 1987, cuando el Departamento de

Salud Familiar creó el Programa de Procreación Responsable dependiente de la entonces Municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el año 2000 la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable que tiene como principales objetivos garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población. A partir de este momento, se crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ese mismo año, mediante el Decreto Nº 1988/00, se creó la Coordinación Sida, que vino a dar respuesta a las necesidades de profesionales, equipos y organizaciones de la sociedad civil en lo relativo a la prevención y tratamiento del VIH-Sida.

En marzo de 2016 el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la Coordinación Sida integraron su trabajo bajo un nuevo programa denominado Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS (CSSSeITS), que opera actualmente en todos los hospitales públicos y establecimientos de atención primaria de salud en la ciudad, brindando recursos, servicios y actividades de educación y promoción de la salud. Si bien formalmente la Coordinación integró dos áreas de trabajo una relativa a la salud sexual y reproductiva y otra a la prevención de infecciones de transmisión sexual, en especial del VIH, en la práctica aún mantienen muchas líneas de trabajo independientes. En este caso, el trabajo se centrará en el componente de salud sexual y reproductiva de la Coordinación.

Su intervención se complementa con otros Programas centrales del Ministerio de Salud, realizando su acción transversal en Salud Escolar, Adolescencia, Materno Infantil. A su vez, el Programa se articula intersectorialmente con: Dirección General de la Mujer GCBA; Ministerio de Educación GCBA; Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes GCBA; Secretaría de Derechos Humanos. Convivencia en la Diversidad; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Sociedades científicas; Fondo de Población de Naciones Unidas.

El financiamiento del programa depende del presupuesto del Tesoro de la Ciudad. El programa no tiene recursos propios ni financiamiento externo. Si bien no dispone de presupuesto propio, se provee de insumos para la distribución a partir de los aportes del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación y a través de compras propias realizadas por el Ministerio de Salud del GCBA (Pistani, 2017). El Programa se implementa en el marco de una extensa red de establecimientos de diferente nivel de complejidad, con acceso universal y gratuito (Ley Básica de Salud N°153).

En octubre del 2018, se implementó en la Ciudad de Buenos Aires el Plan Integral e Interministerial de Salud Sexual y Reproductiva, en el que participan los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social de la Ciudad. El mismo incluyó mayor un presupuesto para la compra de insumos -en especial de métodos anticonceptivos de larga duración-, una ampliación de los días de consulta en salud sexual en centros de salud, la implementación de capacitaciones y una campaña de difusión en diferentes medios de comunicación, así como en espacios de la vía pública.

3. a. Objetivos del programa

- Facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y su salud reproductiva.
- Brindar información y asesoramiento profesional en métodos anticonceptivos.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Proveer métodos anticonceptivos a todos los efectores de la Ciudad de Buenos Aires.
- Promover el involucramiento de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad.
- Capacitar a los equipos de salud.
- Sensibilizar a la población en temas vinculados al cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva.

3. b. Funciones del programa

- Compra y distribución de métodos anticonceptivos;
- producción y distribución de material de difusión y educativo,
- producción de información estadística,
- reuniones mensuales con referentes,
- programas anuales de capacitación y otras capacitaciones,
- acompañamiento de los equipos para realización de tareas de promoción de la salud,
- difusión de materiales producidos por el Programa Nacional.

4. ANTECEDENTES DE EVALUACIÓN

4. a. Antecedentes de evaluación de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS

Entre los años 2009 y 2016, la Coordinación Sida (actualmente parte integrada de la Coordinación) publicó anualmente los boletines de Situación Epidemiológica del VIH-Sida en la Ciudad. Esta área de salud cuenta con una gran tradición en la publicación y divulgación de datos, nutrida principalmente de la información brindada por la epidemiología. En estos boletines se presentan principalmente los datos disponibles en relación con la cobertura y el acceso a las intervenciones preventivas, de diagnóstico y asistenciales. Se trata de una publicación que cuenta con el antecedente de Infosida, una herramienta publicada desde el año 2001 que presentaba el estado de situación de la epidemia de VIH/sida en la ciudad, así como experiencias de trabajo sobre el tema. Sin embargo, en lo que respecta al área de salud sexual y reproductiva actualmente la Coordinación no publica informes de gestión de manera periódica. Sí se publicó en el año 2017, a un año de la fusión de la Coordinación Sida y el Programa de Salud Sexual, un primer boletín que integraba datos de ambas líneas programáticas hasta 2015, pero no se repitió su publicación en años siguientes. Esto posiblemente se deba a la escasez de recursos humanos con los que cuenta y la gran cantidad de tareas que desarrolla en la provisión de insumos y la capacitación y asistencia permanente a los equipos de salud de la Ciudad.

Con respecto a los antecedentes de evaluación del Programa de Salud Sexual encontrados, el primero de ellos se remonta al año 1993, el Departamento de Salud Familiar de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires organizó el Seminario "Evaluación del Programa de Procreación Responsable", con el propósito de evaluar la experiencia de cinco años de implementación del programa de salud sexual. Los organizadores diseñaron una encuesta para el equipo de procreación de cada efector en la que se propuso realizar una evaluación de la estructura -recursos físicos, recursos humanos e insumos-, evaluación del proceso -área de dependencia, interrelación con otros servicios, días y horarios de atención, acciones intra y extramurales-, y evaluación de los resultados -cantidad de beneficiarias, tasa de deserción y tasa de fracasos (Defensoría del Pueblo y CEDES, (s/f): 67).

La única evaluación realizada por el Programa mismo fue en el año 1995. La misma fue de carácter participativo y sus resultados, cuantitativos y cualitativos, se volcaron en una publicación impresa, que actualmente no está disponible en formato digital. En 2002, la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires decidió evaluar la operación del Programa, proceso que estuvo a cargo del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Esta evaluación fue la primera de este tipo desarrollada en Argentina. Los objetivos de este proyecto fueron contar con una línea de base para medir mejoras y retrocesos, desarrollar estrategias e instrumentos para monitorear la implementación de políticas públicas y entrenar a las organizaciones de la sociedad civil para desarrollar el monitoreo en el futuro. Como parte de los resultados de la evaluación se destaca positivamente la ampliación de la cobertura de método anticonceptivos a partir de la ley del año 2000 y la percepción de una buena calidad en la atención, y se resaltan las dificultades en relación con la atención de complicaciones de abortos inseguros, el maltrato institucional y la falta de consejería anticonceptiva posaborto. Se destacó la solicitud de ligadura de trompas como la principal causa de reclamo a la Defensoría del Pueblo. A partir de los hallazgos de la evaluación se proporcionó capacitación tanto para los profesionales de salud como también para ONGs de mujeres y derechos humanos (Petracci y otros, 2007).

En el 2017, a un año de la conformación de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS que integra la Coordinación Sida y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, se realizó -entre los meses de julio y octubre de 2016- un análisis preliminar de la situación y respuesta (ASR) respecto de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) en la Ciudad de Buenos Aires. El propósito de este análisis preliminar fue el de contar con insumos para generar conversaciones con los equipos que desde hace casi

treinta años vienen llevando adelante la política desde el subsector público de salud. Consideramos este material como un elemento que permita generar un diálogo, y en este sentido lo presentamos como un “documento de trabajo”. El trabajo se realizó a partir de algunos indicadores de SSyR de la población, así como de los recursos, equipos, servicios y estrategias desarrolladas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, tomando como año principal de referencia el 2015. A partir de los resultados presentados se proponen las líneas de acción a seguir para mejorar la respuesta de la Coordinación, algunas de las principales son: aumentar la cobertura, con énfasis en comunas con mayor cantidad de población con cobertura pública, promover el uso de métodos de larga duración, mejorar la proporción de población bajo programa en los CeSAC, facilitar el acceso de la anticoncepción de emergencia, mejorar la cobertura de AIPE (anticoncepción inmediata pos evento obstétrico) a través de métodos transitorios y de preferencia los de larga duración y facilitar el acceso a las ligaduras tubarias por fuera del evento obstétrico y la realización de vasectomías. Este primer análisis de situación y respuesta sólo fue divulgado a modo de un resumen ejecutivo, de circulación sectorial, y constituyó la base para la elaboración del informe de situación y respuesta 2016-2019 (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2016).

4. b. Antecedentes de evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

El PNSSyPR cuenta con una trayectoria en la elaboración de boletines e informes, así como en la evaluación de sus políticas. De hecho, en el año 2018 ha publicado un estudio de seguimiento especialmente dedicado a la implementación del implante subdérmico. Entre los principales documentos encontrados que recogen estudios realizados por el propio programa o por otras instituciones encontramos los siguientes:

En primer lugar, se encontraron dos informes publicados por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS). El primero de ellos se trata del “Informe preliminar. Situación de la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva en Argentina en el periodo 2003-2008”. Con el objetivo de poder evaluar a posteriori el impacto de la implementación del Programa, el CoNDeRS realizó en agosto 2003 una evaluación de la Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en la Argentina desde la perspectiva de las personas usuarias. Este análisis basado en encuestas a informantes claves de las provincias, especialmente representantes de organizaciones de mujeres, de jóvenes, de derechos humanos, de VIH/SIDA y a personal de servicios de salud y de otros sectores del gobierno: Educación, Defensorías y Salud, constituye la línea de base. En el 2008, cinco años después, se realizó un nuevo análisis basado nuevamente en la aplicación de la encuesta a informantes claves. Tanto en 2003 como en 2008 se utilizó el mismo instrumento de recolección de datos, realizándose solo algunas modificaciones. Como parte de los principales aspectos abordados por esta evaluación está la oferta de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, en sus dimensiones de calidad de atención y provisión de insumos (anticonceptivos y medicación antirretroviral). Entre los principales resultados, el informe destaca que, si bien se logró la implementación del Programa en casi todo el país, es aún muy irregular el grado de su desarrollo e implementación. Se logró aumentar la cantidad de efectores en los que se distribuyen MAC, siendo lo que mejor funciona con relación a otras prestaciones como el cáncer genito mamario, las ITS y el VIH/SIDA, la violencia contra las mujeres y otras modalidades de anticoncepción como la quirúrgica y la AHE. Los aspectos detectados como críticos fueron la atención de las y los adolescentes y la difusión de sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos; así como la atención post aborto y del aborto no punible y la difusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La principal estrategia propuesta para enfrentar estos déficits fue la capacitación del personal.

El segundo documento publicado por el CoNDeRS, es el “Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Informe nacional 2010”. Este informe sintetiza la situación a nivel nacional del funcionamiento y la calidad de los servicios del PNSSyPR y fue elaborado con base en las tareas realizadas entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 por 18 grupos locales de CoNDeRS en diferentes provincias. Cada grupo local recogió información a través de las entrevistas realizadas a personal de los servicios de salud y funcionarios de gobierno - provinciales y municipales- de las áreas relacionadas. A partir de los resultados obtenidos, que permitieron detectar nudos problemáticos específicos en cada jurisdicción, se llevaron a cabo distintas acciones de exigibilidad, por ejemplo, pedidos de información pública, entrevistas con funcionarios/as y legisladores/as, sensibilización y capacitación de personal de salud, presencia en medios de comunicación, entre otras.

Por otro lado, en el año 2011 el PNSSyPR ha publicado “Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos Informe de Balance 2003-2011”. En esta publicación se destaca la coordinación con los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de cada provincia como un aspecto significativo del modelo de gestión del Programa, orientado a garantizar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y disminuir las desigualdades en esta área. Dicha vinculación entre políticas públicas nacionales y políticas públicas locales es valorada en su potencialidad para la instalación de una dinámica de trabajo que contemple las particularidades territoriales, sin perder de vista el carácter organizador que tiene el Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, como parte de la estrategia de intervención federal que desarrolla el PNSSyPR, el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación es postulado como un instrumento de gestión muy importante para realizar el seguimiento de la implementación de la legislación sobre derechos sexuales y reproductivos y el grado de cobertura alcanzado a través del Ministerio de Salud de la Nación. Es una herramienta de gestión fundamental para orientar esfuerzos y recursos, al tiempo que brinda la posibilidad de producir información para elaborar recomendaciones para futuras decisiones que redefinan y mejoren la calidad de la gestión del Programa. Como principales hallazgos, el informe hace foco en los avances que generó el Programa hasta el año 2011 en la provisión de métodos anticonceptivos, la capacitación a equipos de salud, el desarrollo de estrategias de comunicación, promoción y acceso a derechos y el desarrollo de un sistema de información y monitoreo.

En el año 2013, el PNSSyPR publica un nuevo documento “Informe de Gestión Anual 2013. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación”. Este documento recorre las acciones desarrolladas durante el año 2013 en pos del cumplimiento de las Líneas Estratégicas del PNSSyPR. En esta línea se evaluaron las actividades de capacitación y comunicación, la provisión y distribución de la canasta de insumos, entre otras dimensiones. Cabe destacar que en el año 2013 se inició la primera compra por Fuente Nacional de implantes subdérmicos. El informe destaca que en el 2013 se dieron avances y cambios en la metodología y en las herramientas informáticas utilizadas para el diseño y funcionamiento del Sistema de Aseguramiento de Insumos del PNSSyPR, con la finalidad de asegurar la distribución periódica y suficiente de insumos anticonceptivos a cada uno de los efectores de salud (Centros de Atención Primaria de Salud, Hospitales Públicos y otras instituciones de salud). Dichos avances han permitido sistematizar los datos requeridos para ajustar la asignación de anticonceptivos a las demandas locales y a la dimensión de su población objetivo. Una de las modificaciones se basó en que a los datos que el Programa venía utilizando para estimar y planificar la compra y distribución de métodos anticonceptivos y otros insumos, se incorporó la variable de consumo registrado por los establecimientos de salud de acuerdo con lo periódicamente informado por los Programas Provinciales.

Llegados hasta aquí, cabe mencionar que los datos sobre salud sexual y reproductiva disponibles hasta el momento a nivel nacional, tanto los referidos a la gestión del Programa, como aquellos referidos al uso y conocimiento sobre métodos anticonceptivos (recuperados de la Encuesta

Nacional de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva del 2013¹⁰), no incluían el implante subdérmico, ya que aún no se había introducido como parte de los métodos anticonceptivos disponibles en el país.

Más recientemente, en el 2016, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) realiza un análisis de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut. Este informe analiza las capacidades institucionales para la satisfacción de esos derechos, tanto a nivel nacional a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, como provincial en el estudio de dos casos. A nivel nacional aborda la salud sexual en relación con el acceso al aborto, a la violencia institucional y a los recursos materiales: presupuesto, insumos y materiales de comunicación. En relación con este último punto, que es el que más se vincula con el diseño aquí propuesto, el CELS señala un punto de inflexión con respecto al aseguramiento en la distribución de insumos de la canasta de métodos anticonceptivos que ofrece el Programa. Ese punto fue la articulación con el Programa Remediar, que permitió una distribución descentralizada a los efectores del primer y segundo nivel de atención de todo el país. En esta misma línea, el informe destaca la normalización y el aumento considerables en la provisión de los distintos insumos, en especial de métodos anticonceptivos, que se produjo a partir de 2009. Estos recursos fueron distribuidos tanto a los CAPS como a los programas provinciales, a fin de garantizar también la disponibilidad en los efectores del segundo y tercer nivel de atención. Asimismo, desde ese mismo año, se implementó un sistema de monitoreo para mejorar la distribución en base a la necesidad informada por cada jurisdicción. Por último, en relación con las estrategias de comunicación se destaca la implementación, a partir de 2010, de la línea 0800 de salud sexual gratuita y confidencial como una de las principales acciones para mejorar el acceso al asesoramiento e información (CELS, 2016).

Tal como ya fue mencionado, parte de las atribuciones y responsabilidades del Programa, establecen la compra y distribución de insumos para garantizar acceso a la anticoncepción para población usuaria del subsistema público de salud que no cuenta con obra social ni prepaga (preservativos; anticonceptivos hormonales inyectables, orales, para el período de lactancia, combinados y de emergencia; dispositivos intrauterinos –DIU–, cajas de instrumental para su colocación; y tests de embarazo). En el año 2014, esta cobertura se amplía a partir del ingreso del implante subdérmico al país y se incorpora este insumo con el principal objetivo de disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia y su repitencia.

En este sentido resulta un importante aporte el realizado por el primer estudio nacional publicado en el año 2018 dedicado exclusivamente a la implementación del implante subdérmico como política pública: el “Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina”. El objetivo del estudio fue conocer y analizar el nivel de adherencia de la población al uso del implante subdérmico, sus niveles de satisfacción y confianza, y determinar sus potenciales efectos secundarios y motivos de retiro. La investigación consistió en un estudio cualitativo, retrospectivo, mediante el uso de una encuesta telefónica semiestructurada a usuarias a las que se le colocó durante los últimos dos años un implante subdérmico provisto por el entonces Ministerio de Salud de la Nación.

Entre las principales conclusiones a las que arriba el estudio se encuentra el alto nivel de aceptación del implante por parte de sus usuarias demostrado por la continuidad en su uso, en especial entre las más jóvenes: el porcentaje de mujeres que deciden retirarse el implante antes del primer año de su colocación sólo alcanza el 11,9%. Por su parte, la tasa de retiro es menor entre mujeres entre 15 a 19 años (del 11%) que entre mujeres de 20 a 24 años (15%). En términos del

¹⁰ “Encuesta nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC 2013.

informe, esto ubica al implante como una estrategia significativa en el diseño de una política de prevención de embarazos no intencionales en la población adolescente. Asimismo, se resalta el impacto estadísticamente positivo y significativo que tiene la consejería en métodos anticonceptivos, al 95% de confianza, porcentaje hallado entre la presencia de consejería y la comodidad en el uso del implante tanto por parte de las adolescentes como de mujeres jóvenes. Ello concuerda con la evidencia internacional, que subraya la utilidad de brindar información como parte de una estrategia de decisión informada por parte de las mujeres. Como principales hallazgos el informe destaca los altos niveles de satisfacción en comodidad y confianza que identifica al implante como un método anticonceptivo de profunda aceptación y la relevancia de las consejerías para consolidar la comodidad de la usuaria y sostener la adherencia al método. Por su parte, en relación a las causas de retiro del implante, expresa que no es la efectividad del insumo el principal motivo para su discontinuación. Al igual que lo hallado en la evidencia internacional, los efectos secundarios que constituyen los principales motivos de retiro anticipado del implante se asocian a los problemas relacionados al sangrado menstrual, tanto la ausencia como el aumento de este, el aumento de peso y la cefalea. Finalmente, se señala que, al momento de la incorporación del implante subdérmico en la canasta de insumos anticonceptivos, todavía no se estaba implementando el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), del que actualmente forma parte la DSSyR. En esta línea, este informe se propone como evidencia nacional para sostener, dentro del Plan ENIA, la utilización del implante subdérmico como método de larga duración elegido frecuentemente por la población adolescente.

En último lugar, se encuentra el documento recientemente publicado (2019) "Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos". Este plan tiene la particularidad de haber sido diseñado y desarrollado de manera intersectorial entre los ministerios de Desarrollo Social, Salud y Educación en el año 2017. El mencionado informe, publicado en el año 2019, recupera el camino recorrido por el Plan ENIA, mostrando algunos de los principales resultados alcanzados y reflexiona sobre aspectos pendientes. Su propósito es acrecentar el conocimiento en materia de formulación e implementación intersectorial de políticas públicas para orientar la toma de decisiones en otras áreas de la gestión pública, así como servir de brújula para orientar los próximos pasos del Plan.

El informe describe la experiencia de armado y puesta en marcha del sistema de Información y Monitoreo del Plan. En esta línea se destaca que el Sistema de Información fue parte del diseño original del plan, cumpliendo con el objetivo de informar y retroalimentar la implementación de la política pública. El sistema recoge información a nivel territorial que se consolida en cada provincia y luego a nivel nacional. Entre los principales logros alcanzados a julio de 2019 que sistematiza el informe, se encuentran aquellos vinculados con la cantidad de escuelas (1145) y de estudiantes (280.263) alcanzados por las actividades del plan, la cantidad de escuelas con docentes y estudiantes con capacitación (1381), las escuelas con asesorías de salud integral (1.245) y los servicios de salud con asesorías de salud integral (611). En relación con las adolescentes cubiertas con métodos anticonceptivos y consejería en SSyR, el informe hace foco en la colocación de implantes subdérmicos y DIU: se han colocado 32.765 implantes y 627 DIU, logrando una cobertura del 41% de la población objetivo (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2019).

5. Punto de partida: el proceso de pedido, distribución y registro del implante en la Ciudad de Buenos Aires

Este apartado intentará ser un primer acercamiento, por un lado, a los procesos a través de los cuales la Coordinación está implementando la distribución del implante subdérmico en el primer nivel de atención, y por el otro, a las modalidades de registro de los datos y la sistematización de dicha información. La elaboración de este se basó fundamentalmente en la observación participante en espacios de asesoramiento en salud sexual y reproductiva, las conversaciones con informantes clave que forman parte de la respuesta en la Ciudad y del diagnóstico elaborado por la Coordinación en el informe de Análisis de situación y respuesta 2016-2018.

En lo que respecta a las intervenciones del sistema de salud en materia de salud sexual y reproductiva (SSyR), se incluyen dos grandes líneas de acción, una vinculada con brindar información y asesoramiento -concretizada principalmente en los materiales de difusión y los espacios de consejería-, y la otra, orientada a garantizar el acceso a servicios e insumos -a métodos anticonceptivos y a las Interrupciones legales del embarazo (CSSSeITS, 2019). En relación con esta última, la provisión de insumos anticonceptivos ha sido desde el inicio del Programa (actual CSSSeITS) uno de los ejes centrales de trabajo, esto es, su provisión oportuna, completa e ininterrumpida a todos los efectores del subsistema público de salud. Actualmente los productos que conforman la canasta¹¹ de insumos del Programa son: anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales para lactancia, inyectable mensual, inyectable trimestral, anticoncepción hormonal de emergencia, Dispositivo intrauterino (DIU), implante subdérmico, SIU-LNG (sistema intrauterino con levonorgestrel), test de embarazo y tratamientos de misoprostol para realizar las ILE. Cabe destacar, como ya fue señalado anteriormente, que durante el año 2018 hubo una mayor inversión del Ministerio de Salud del GCBA destinada a aumentar la provisión de métodos de larga duración (DIU, implantes subdérmicos y SIU), en particular de implantes subdérmicos. Según datos de la Coordinación en base a las órdenes de compra, en 2018 un 52% de los métodos que proveyó fueron de larga duración (más de la mitad del total de los métodos provistos). Específicamente la cantidad de implantes adquiridos aumentó de 7.109 en 2017 a 9.484 en 2018 (CSSSeITS, 2019).

Las prestaciones en SSyR son accesibles en la Ciudad a través de los diferentes establecimientos que integran el subsistema público de salud: hospitales, centros de salud y centros médicos barriales. En este sentido, los centros de salud o centros de atención primaria revisten especial interés ya que representan la puerta de entrada al sistema de salud público.

Los CeSAC tienen un lugar privilegiado para la promoción comunitaria de los derechos sexuales y reproductivos y la difusión tanto de los métodos anticonceptivos como de los servicios destinados a proveerlos, siempre en el marco de consejerías en salud sexual (CSSSeITS, 2019: 21).

En los centros de Salud la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) se organiza en torno a los equipos de SSyR locales. Estos se conforman de manera multidisciplinaria y cuentan con uno o dos personas referentes, que son quienes mantienen una comunicación sostenida con la Coordinación y funcionan como el nexo entre ésta y el resto del equipo local. Este rol lo asigna cada equipo de salud y generalmente se identifica a partir de la manifestación voluntaria de la /el profesional en cuestión. Entre sus principales tareas se encuentra la de realizar los pedidos de insumos a la Coordinación, controlar el stock en el efector y reportar las estadísticas de colocación de implantes, SIU y de Interrupciones Legales del Embarazo (ILE).

Con respecto al registro de los insumos y prácticas en SSyR, y más específicamente de los implantes subdérmicos, se pueden identificar al menos tres vías de generación de datos: la primera de ellas, la Historia Clínica Electrónica (HCE o HSI), la segunda, la planilla de pedido de insumos confeccionada por la Coordinación y completada por los equipos de salud (sistematizadas en los

¹¹ El término canasta suele utilizarse en el campo sanitario para referirse a un conjunto de prestaciones o de insumos esenciales dentro de un programa o política.

registros administrativos de pedidos, compras y envíos) y, por último, la planilla de “rendición de cuentas” que envían los equipos de salud con los implantes colocados a la Coordinación.

En relación con la HCE¹², cabe mencionar que su reciente implementación para el sistema público de salud en el año 2016 implicó un cambio en la cultura institucional de las/os trabajadoras/es de salud, modificando la forma de registrar y manejar la información de sus pacientes. La HCE (también llamada posteriormente Historia de Salud Integral - HSI) se encuentra dentro del desarrollo del SIGEHOS, un sistema informático implementado por la Dirección General de Sistemas Informáticos del Ministerio de Salud, cuyo objeto es el de proveer de una herramienta integral y unificada para la gestión de los efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un sistema para la gestión de turnos, la carga de datos relativos a las/os pacientes (su historia clínica) y la gestión de insumos de farmacia.

Así como a nivel de la atención de pacientes, la historia clínica en papel fue reemplazada por su versión digital, a nivel de los servicios de salud de atención primaria, el SIGHEOS ha reemplazado en los centros de salud al SICESAC, el Sistema de Información de Centros de Salud. Este sistema fue desarrollado en 2003 (y estuvo vigente hasta el 2016) para la recolección sistemática de datos destinados a conocer el perfil de la población atendida y caracterizar las prestaciones que se brindan a la población. El mismo suponía un rol activo de los profesionales en la gestión de información, a la vez que proporcionaba información útil para los diferentes niveles de organización local. Estaba desarrollado para el trabajo en Atención Primaria de la salud, e incluía a las diferentes disciplinas del equipo de salud con definición de prácticas y prestaciones individualizada para cada una de ellas. El SICESAC se alimentaba de las planillas en papel que cada servicio completaba y se centralizaban en cada efector, posteriormente se digitalizaban y elevaban a nivel central de manera semanal.

En la Ciudad de Buenos Aires, el actual registro de salud (Historia de Salud Integral - HSI) es un registro único donde se consigna toda la información relativa a la salud de cada persona y su evolución a lo largo del tiempo, las consultas realizadas, los diagnósticos y tratamientos recibidos. En este sistema, el implante subdérmico es registrado por parte de la/el profesional que atiende la consulta tanto en daciones (que refiere a la entrega de cualquier medicación o insumo) como en prácticas realizadas (colocación de implante). Asimismo, existe la opción de seleccionar si la práctica y/o dación se encuentra enmarcada en algún programa de nivel central, en este caso el de Salud Sexual y Reproductiva.

Paralelamente al Sistema de Información en Salud (SIGHEOS), como mencionamos anteriormente, la Coordinación es un agente de producción de datos propios. La misma cuenta con sus registros administrativos referidos al movimiento de insumos, pedidos recibidos, órdenes de compra y entregas realizadas. Asimismo, la Coordinación recibe, por un lado, las planillas de pedido de insumos por parte de los efectores, y por el otro, las planillas electrónicas que aquí llamamos de “rendición de cuentas”. Estas planillas electrónicas en formato Excel, constituyen el registro de aquellos implantes colocados por establecimiento, completadas por los equipos de SSyR, este registro se realiza de manera paralela al de la HCE que es obligatorio en cada consulta. El envío de las planillas se realiza de manera semestral a través del referente de cada equipo local del SSyR.

En suma, la Coordinación releva y sistematiza los datos relativos a todos los insumos que provee a cada efector del sistema público de salud, así como la información sobre colocación de implantes, anticoncepción quirúrgica e interrupciones legales del embarazo, producida por los equipos locales de SSyR. Existen, como se observa, diversas vías de producción de datos conviviendo, bajo distintos mecanismos y soportes y con escasa o nula integración entre sí.

¹² Mediante la Ley N° 5669/2016, Ley de Historia Clínica Electrónica, se crea el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas y el Registro de Historias Clínicas Electrónicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Capítulo III

LA PROPUESTA DE EVALUACIÓN

1. Planteamiento de la evaluación

Esta evaluación se orienta a mejorar el funcionamiento del programa y contribuir a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires¹³. Se trata de una evaluación de proceso, que surge a partir de la necesidad identificada en conjunto con referentes de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, de:

- Realizar un uso eficiente de los esfuerzos y optimizar la utilización de recursos, tanto a través de la identificación de necesidades locales específicas de insumos, como de la revisión de los procesos de trabajo de cada equipo de salud.
- Generar información de manera periódica de todos los equipos de salud sexual, que sea de calidad y sistematizable a nivel central, a fin de contar con información confiable para, a futuro, poder medir el impacto de la política.
- Fortalecer a los equipos de salud en su capacitación, así como en los procesos de trabajo internos y en articulación con otros efectores -trabajo en red- y con el nivel central.

Particularmente, la presente evaluación está enfocada en la mejora de la gestión de insumos y en garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos de la forma más eficiente y efectiva posible en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Se espera que los principales destinatarios de los resultados y las recomendaciones sean los integrantes del equipo de la Coordinación en su conjunto. Sin embargo, será indispensable también el involucramiento y la comunicación efectiva de los resultados a los/as referentes de los equipos de salud sexual de los centros de salud, ya que son los actores clave para que las mejoras en la política puedan ocurrir y sostenerse en el tiempo, así como con otros actores encargados de la gestión de datos en salud.

Los fondos necesarios para llevar adelante la evaluación serán provistos por una partida extraordinaria del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires con destino al fortalecimiento de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, componente salud sexual, que se hará efectiva una vez aprobado el plan de evaluación.

En cuanto a su posicionamiento, la presente evaluación se define como una herramienta de gestión y de mejora de la política, en tanto ejercicio institucional habitual y participativo, que posibilita la retroalimentación y el aprendizaje sobre la propia práctica. En esta dirección, busca conformarse en un proceso de aprendizaje de los equipos involucrados en las distintas instancias de la política. Constituyéndose en el mecanismo para orientar los esfuerzos hacia las necesidades identificadas, como un insumo para el planeamiento estratégico de las intervenciones y la utilización de los recursos disponibles.

¹³ Los información y afirmaciones usadas en este trabajo, así como las propuestas desarrolladas se seleccionaron y construyeron con fines académicos, por lo tanto, si bien representa un potencial aporte al programa en cuestión no fue realizado con la intención de ser utilizado fehacientemente en esta instancia por el público destinatario de sus resultados y recomendaciones.

1. a. Relevancia de la evaluación

Dentro de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS de la Ciudad de Buenos Aires, el componente de salud sexual y reproductiva se encarga de abastecer a todos los efectores de la ciudad de los diferentes insumos vinculados con su área de injerencia. Esta función responde a algunos de sus principales objetivos, entre los que se encuentran: proveer métodos anticonceptivos a todos los efectores de la Ciudad de Buenos Aires, facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y su salud reproductiva, y prevenir embarazos no deseados, entre otros.

La Coordinación distribuye en los diferentes centros de salud, centros médicos barriales y hospitales de la Ciudad, una canasta con diferentes opciones de anticoncepción. Entre éstas se encuentran los métodos hormonales: anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de lactancia, inyectables mensuales o trimestrales, y el implante subdérmico; y los métodos no hormonales: DIU (dispositivo intrauterino), SIU (dispositivo intrauterino con levonogestrel) y el preservativo (método de barrera). El implante subdérmico es un método anticonceptivo hormonal de larga duración con efecto anovulatorio, disponible en Argentina desde el año 2013. La distribución de este método se enmarca en una estrategia de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS de promoción de métodos de larga duración como forma de generar mayor adherencia a la anticoncepción. La presente evaluación centra su atención en el implante subdérmico ya que se trata de un componente novedoso en la implementación de la política pública de salud sexual, que ha recibido una gran inversión en los últimos años y sobre el cual resulta necesario contar con datos actualizados y confiables para poder medir a futuro su impacto en relación, por ejemplo, a los embarazos no planificados y la prevalencia de ITS.

Existen diversos estudios disponibles acerca de la efectividad del implante subdérmico como método anticonceptivo, que avalan su implementación como política pública a nivel nacional (Gutiérrez Ramos, 2017; Trussell, 2011). Desde las ciencias sociales se han desarrollado investigaciones en torno a los servicios de salud y a la provisión de métodos anticonceptivos. Algunas de estas investigaciones abordan el Impacto de la asesoría en la elección anticonceptiva y le adjudican especial importancia al asesoramiento para favorecer una decisión informada previo a la colocación del implante (Ramdhan, et al., 2018). Al respecto se ha postulado que la consejería en salud sexual y salud reproductiva es determinante para la mayor adhesión y continuidad en el uso de los métodos de larga duración (DSSyR, 2018). Por su parte, el Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina realizado por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019), retoma investigaciones extranjeras a partir de las cuales se espera que la implementación de una estrategia de promoción del uso de métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs), disminuya las tasas de embarazos no planificados en la Ciudad a mediano y largo plazo, especialmente en el caso del embarazo adolescente. Sin embargo, al tratarse de un método relativamente nuevo, cuya incorporación a la política de salud sexual cuenta con una breve trayectoria en nuestro país, así como en la Ciudad de Buenos Aires, existe escasa información acerca de las características específicas de su implementación y experiencia de uso en la población local. Ante las dificultades para obtener información confiable, completa, sistematizada y accesible a nivel local, la presente evaluación se propone como un paso necesario para generar sistemas de información o, al menos en una primera instancia, mecanismos de producción de información que permitan a futuro contar con información disponible y monitorear el Programa de manera sistemática.

El acceso a la información es una herramienta fundamental para aumentar la calidad de las políticas, pues permite fortalecer las capacidades de planificación, gestión y evaluación de un programa o área de gobierno. Para ello es necesario trabajar sobre la organización de los datos y la

producción de información de calidad, útil y oportuna para la toma de decisiones. Pues, la generación de datos de manera sistemática e integrada contribuye a institucionalizar la evaluación en salud y a incorporarla como parte de las prácticas habituales de los equipos. En esta dirección, a partir del proceso retroalimentación entre los resultados y recomendaciones de una evaluación y el proceso de planificación de una política, es posible ir reorientando los esfuerzos y corrigiendo las líneas de acción del programa.

En la presente propuesta, se espera que la disponibilidad de datos facilite los procesos de realización de los pedidos, pudiendo prever tendencias por centro de salud, acortando los tiempos de entrega, evitando los períodos con faltantes, etc. Esto último reviste especial importancia en el caso de los insumos públicos en salud, dada la complejidad de los procedimientos de compra de estos recursos vía licitaciones, que muchas veces presentan dificultades o requieren largos procesos administrativos que pueden representar la falta de un insumo básico para la población a quien está destinado. Cabe destacar que, en el caso del diseño aquí presentado, no se trata sólo de una cuestión de eficiencia en relación a la adquisición y distribución de un insumo como lo es el implante subdérmico, sino que se trata también de contar con información para poder medir el impacto de esta política en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, poder evaluar, por ejemplo, la posibilidad efectiva de las mujeres que se atienden en la Ciudad de Buenos Aires de decidir autónomamente de tener o no un embarazo. Esto es, conocer quiénes y cómo están accediendo a los servicios de SSyR, si las personas que se están colocando el implante tuvieron embarazos no planificados previamente, si tuvieron dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos, si recibieron información oportuna y clara, etc. Ya que el acceso a los consultorios de salud sexual supone un contacto oportuno para brindar otros recursos y atender, además, otras demandas vinculadas con la salud integral.

Toda evaluación tiene la potencialidad de contribuir de manera importante a la construcción del conocimiento y al aprendizaje organizacional, tendiente a instalar a la práctica evaluativa como parte de la cultura organizacional. En este sentido, puede pensarse que incorporar la evaluación constituye uno de los mecanismos posibles para afianzar la legitimidad del Programa, tanto frente a los equipos de salud como a la sociedad en general y, en consecuencia, funcionar también como mecanismo de fortalecimiento de la democracia -a través, por ejemplo, de la publicación de informes con datos sobre las líneas de acción desarrolladas por el programa, sobre los resultados alcanzados, etc.

Para la presente evaluación se tomó el período 2013-2018 ya que abarca desde el comienzo de su implementación hasta el momento de elaboración del diseño e incluye en su duración cambios organizacionales en la gestión ministerial de la cual depende el programa que afectaron el manejo y la disponibilidad de información. Por su parte, la elección de los centros de atención primaria se funda en que los procesos de pedido de insumos presentan características específicas con relación a los hospitales. Asimismo, son ámbitos donde se dedica mayor tiempo a las consejerías en salud sexual y donde la referencia con la población usuaria suele ser cercana y frecuente, lo cual supone una elección bien informada del método y además permite un mayor acceso al seguimiento de las usuarias.

1. b. Estrategias de viabilidad y apropiación de los resultados

En relación con la viabilidad de la evaluación, así como a la implementación futura de las recomendaciones, la presente evaluación reviste interés para el programa y para el Ministerio de Salud, ya que el uso del implante subdérmico como método anticonceptivo, además de contribuir a ampliar las opciones en anticoncepción para sus usuarias, representa una forma segura y con alta efectividad de evitar embarazos no deseados por un período prolongado, constituyéndose en una

de las principales estrategias actuales para mejorar la adherencia a la anticoncepción. Esto último, supone, por un lado, un beneficio en términos de salud pública, y por el otro, redundante en una amortización de su costo, así como en una reducción del número de consultas por anticoncepción. Todas razones por las cuales, lograr un uso eficiente del recurso resulta de gran importancia para garantizar la eficiencia de la política pública.

Cabe destacar el buen vínculo que mantiene el Programa con los/as referentes de los equipos de salud, a partir de lo cual se han fortalecido los canales de comunicación y de relevamiento de datos. Si bien es cierto que ya existía una tradición dentro de la historia del Programa de Salud Sexual (hoy Coordinación) de mantener un contacto fluido y cercano con los equipos de salud, en los últimos años esta tendencia se ha afianzado y fortalecido con el sostenimiento de los encuentros mensuales con las y los diferentes referentes de la Coordinación, así como a través de la realización de constantes capacitaciones generales y en los distintos lugares de trabajo.

Con respecto a los intereses de la población destinataria de la política, el implante subdérmico es un método que está siendo demandado ampliamente por la población usuaria del subsistema público de salud de la Ciudad, especialmente en su región sur. Si bien desde su incorporación al programa la disponibilidad de implantes ha aumentado notablemente, la amplia demanda en algunas ocasiones excede la capacidad de respuesta del programa en la provisión de los insumos y de los equipos de salud para su colocación, por lo que su gestión eficiente amerita especial atención.

En lo referente a la aplicación de los hallazgos y apropiación de los resultados, sabemos que es fundamental el involucramiento de los actores en el proceso de la evaluación. En efecto, en esta evaluación revisten especial importancia los datos producidos desde los efectores de salud, ya que son los que manejan los insumos y tienen un contacto directo con las personas usuarias de los servicios de salud sexual. Por lo tanto, la participación del equipo de salud hace parte fundamental en esta propuesta. Se espera que la participación de los actores involucrados en el proceso de evaluación, junto con una estrategia comunicacional adecuada –que incluya una presentación clara y accesible de los hallazgos– haga posible la apropiación de los resultados y su aplicación para la mejora de la política.

1. c. Preguntas de evaluación

El presente diseño de evaluación se presenta como una propuesta frente al siguiente interrogante: ¿Cómo se está realizando la distribución, la colocación del implante subdérmico y su registro en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires?

Para arribar a la pregunta principal de investigación se formularon una serie de preguntas relacionadas que buscan orientar la indagación: ¿Qué cantidad de implantes reciben los centros de salud y qué cantidad colocan? ¿Quiénes son las destinatarias de estos métodos? ¿Presenta características diferenciales según zona geográfica? ¿Se recibe la cantidad que se pide? ¿Los tiempos de entrega son los adecuados para el correcto funcionamiento de los servicios? ¿Cómo es el mecanismo de pedido?, ¿es eficiente? ¿Cuál es la opinión de los equipos de salud sexual respecto de los mecanismos de pedido y de registro? ¿Cómo es la disponibilidad de información, su calidad y uso?

1. d. Objetivos de la evaluación

El presente diseño de evaluación busca contribuir a la mejora de la gestión de insumos y a garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos de la forma más eficiente y efectiva posible en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Para ello se propone como objetivo general evaluar los procesos de distribución y registro del implante subdérmico en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el período 2013-2018. Su objetivo fundamental consiste en analizar los procesos a través de los cuales el programa está siendo implementado en su componente salud sexual para identificar y valorar cómo están funcionando específicamente la distribución y colocación del implante subdérmico en el primer nivel de atención, así como el registro y la sistematización de dicha información.

Como objetivos específicos se plantea los siguientes:

- Cuantificar y caracterizar a la población usuaria de diferentes métodos anticonceptivos en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Cuantificar y caracterizar específicamente a la población usuaria de implantes subdérmicos en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Identificar el alcance y las características de la distribución y colocación de implantes subdérmicos en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Identificar factores facilitadores y obstaculizadores en el acceso de las usuarias al implante.
- Generar información comunicable a los equipos de salud sobre la distribución y el uso de implantes en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Diseñar un sistema unificado de registro y pedido de insumos para todos los efectores del sistema público de la Ciudad.
- Generar información para orientar la capacitación y a fortalecer los equipos de los centros de salud que trabajen en salud sexual, específicamente aquellos que participen en espacios de consejería.

1. e. Hipótesis y juicios de valor

Sobre el registro de la colocación de los implantes: sólo se registra de manera individual en la historia clínica electrónica (HCE) pero no se puede exportar el dato para ser agrupado y sistematizado. No hay un registro central que unifique entrega o colocación de métodos anticonceptivos. Los datos registrados en la HCE no generan información agrupada sobre la población y ni los servicios de salud.

Sobre los pedidos de insumos: no se realizan siempre de la misma manera, ni la misma persona, los equipos son heterogéneos y los procesos locales adquieren diferentes formas. Esto puede producir dificultades en la elaboración del pedido, en cantidades inadecuadas o demora en los plazos necesarios para cumplir con la demanda.

Sobre las consejerías: el acceso es a través de diferentes profesionales y modalidades. La manera de transmitir la información y de dar acceso también es heterogénea. No hay diagnósticos locales sobre las dificultades o existen sólo de manera informal.

En el caso de existir información construida localmente (ya sea formal o informal, con mayor o menor grado de sistematización) no se utilizan los datos existentes para planificar las acciones necesarias tanto para actuar sobre las dificultades, obstáculos en la atención, así como para prevenir o mejorar las cuestiones asociadas al pedido de insumos.

La Coordinación mantiene canales de diálogo abiertos de manera permanente y sostiene espacios de intercambio periódicos con los/as referentes de salud sexual de cada equipo. Sin embargo, estos espacios que son pertinentes para la difusión de anuncios generales y lineamientos estratégicos de la política en salud sexual no son suficientes para establecer un intercambio fluido y un acompañamiento cercano de los equipos que permita trabajar sobre sus particularidades y necesidades específicas para su fortalecimiento.

2. Enfoque de evaluación elegido

La presente evaluación se posiciona desde un enfoque de derechos y una perspectiva de género. En tal dirección, parte de considerar a los derechos sexuales y reproductivos como un derecho humano y toma en cuenta para su análisis las dimensiones estructurales de las desigualdades de género. La pertinencia del enfoque de derechos está dada por la pregunta acerca de las condiciones actuales del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires y por la búsqueda de contribuir, a través de sus aportes, a promover su efectivización. En este sentido, se trata de un enfoque que implica un compromiso con la mejora de las condiciones de acceso a la salud y de garantía de los derechos. Con respecto a los actores sociales involucrados, concibe a los/as destinatarios/as de las políticas públicas como titulares de derechos y le atribuye al Estado la obligación de respetar los derechos humanos y de garantizar las acciones necesarias para que se cumplan.

El enfoque de derechos en las políticas considera principalmente el derecho internacional de los Derechos Humanos como un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas en el ámbito del desarrollo (Abramovich, 2004). En esta dirección, la presente evaluación considera a los derechos sexuales y reproductivos como un derecho humano y ubica el acceso a los métodos anticonceptivos, así como su elección autónoma e informada como un ejercicio del derecho a la salud sexual. Esta evaluación no sólo se propone mejorar la eficiencia en el uso de recursos, sino que principalmente persigue la mejora en el acceso a los recursos como mecanismo de efectivización de derechos. En palabras de Abramovich (2004), el enfoque de derechos considera como primer paso para otorgar poder a la sociedad civil, el reconocimiento de sus integrantes como titulares de derechos con capacidad de demanda y exigencia al Estado. En este sentido, apunta al fortalecimiento de las capacidades de los y las titulares de derechos y de los y las titulares de obligaciones, identificando como dimensiones a evaluar la comunicación y el acceso a la información y a recursos, como condiciones que favorecen la toma de decisiones informadas y como forma de construcción de autonomía.

Por su parte, adoptar una perspectiva de género en la evaluación supone considerar las relaciones desiguales de género que constituyen el sistema de salud y la sociedad en su conjunto, en pos de impulsar políticas que persigan la igualdad entre los géneros. Asimismo, adoptar esta perspectiva implica una apuesta por el empoderamiento de la población beneficiaria apostando a la construcción de autonomía y a su capacidad de incidir sobre las decisiones que les afectan directamente. Del mismo modo, intenta contribuir al cambio organizacional hacia prácticas internas y externas más equitativas. La perspectiva de género habilita importantes análisis en el campo de la sexualidad y la reproducción. Por un lado, porque culturalmente se han construido definiciones diferenciales en torno a las conductas sexuales y los roles en la reproducción para hombres, mujeres y disidencias, constituyéndose un ámbito importante de desigualdad. Por otro, porque las políticas

y programas de salud sexual y reproductiva han estado a cargo mayormente de hombres heterosexuales en posiciones de poder, que han relegado o ignorado las necesidades de las mujeres y las disidencias en la materia. En consecuencia, esta evaluación adopta un enfoque de género en un sentido doble, por un lado, por la materia de la que se ocupa el programa ya que analiza acciones tendientes a favorecer la construcción de autonomía de las mujeres y disminuir las desigualdades de género en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Por el otro, porque propone visualizar las asimetrías e inequidades e identificar las causas para formular medidas que contribuyan a superar las brechas sociales producidas por la desigualdad de género.

En este sentido, la presente evaluación parte de considerar la desigual distribución de responsabilidades atribuidas por género en relación con la reproducción, el cuidado y la anticoncepción, con las consecuencias físicas, mentales, económicas y sociales que esto conlleva. En efecto, la mayor parte de los métodos anticonceptivos reversibles que existen a nivel mundial y que ofrece en consecuencia el programa de la Ciudad de Buenos Aires, están destinados a mujeres, con la responsabilización de estas con respecto al cuidado contraceptivo. Al mismo tiempo, con respecto a los métodos anticonceptivos irreversibles (quirúrgicos), se observa una marcada diferencia entre la cantidad de ligaduras tubarias y de vasectomía que se realizan, siendo estas últimas prácticamente inexistentes. En este marco, la presente evaluación deberá considerar cómo las acciones desplegadas desde la política contribuyen a disminuir las desigualdades entre los sexos en función de las necesidades detectadas, así como generar recomendaciones en esta dirección.

El enfoque elegido destaca el carácter eminentemente político de la evaluación. Considerar las condiciones en que un programa es puesto en marcha, el sistema (de salud) en que se inserta, las relaciones sociales que involucra, entre otras cuestiones, obliga a complejizar la tarea de la evaluación, que debe complementar su expertise técnica con una lectura aguda del contexto y de los procesos de implementación. Al respecto, Palumbo (en Bustelo Ruesta, 2003) sostiene que la evaluación es una tarea racional pero que se lleva a cabo en un contexto político en el que hay que tener en cuenta que las políticas y programas que se evalúan son resultado de decisiones políticas y que la toma de decisiones a la que abona la evaluación se ubica inevitablemente en la arena política. En este sentido, Palumbo concluye que “la política y la evaluación están intrínsecamente interrelacionadas” (en Bustelo Ruesta, 2003: 9), de modo que la incorporación de la realidad política a los procesos de evaluación, tanto en los diseños como en la difusión de sus resultados, es crucial para realizar una evaluación útil que la misma logre impacto sobre las políticas.

Neirotti afirma que la evaluación es una práctica técnico-política, ya que siempre están presentes ambas dimensiones. Por un lado, siempre que se tiene en cuenta la relación entre los medios y los fines está presente la perspectiva técnica, ésta se refleja en la indagación acerca de los recursos, cómo se organizaron, qué uso se hizo de los mismos, qué resultados se lograron, etc. Los aspectos técnicos están en relación con las disciplinas y sus saberes específicos, como así también con las profesiones de cada campo. Pero al mismo tiempo la evaluación tiene un aspecto político, que está en relación con los actores, sus valores y sus intereses, y con las instituciones. El aspecto político está presente en la consideración de los valores que orientan las elecciones, las limitaciones y potencialidades institucionales, así como en el análisis de las relaciones de poder, las disputas y los consensos.

Abonamos entonces la idea de que la evaluación se encuentra directamente influenciada por concepciones y decisiones más amplias y complejas. Si restringimos el lugar de la evaluación a las cuestiones procedimentales, entonces acotamos su ámbito de incidencia a la mejora de la eficacia parcial de la intervención estatal. En cambio, si consideramos que la evaluación guarda relación con el complejo proceso de toma de decisiones sobre las políticas, debemos asumir que esta práctica se constituye en relación con definiciones más amplias, vinculadas con el Estado y la política (Amaya, 2014: 4).

En la misma línea argumental, Amaya sostiene que la evaluación no puede plantearse como una práctica exclusivamente técnica distanciada de los procesos políticos, las relaciones de poder y las lógicas institucionales.

3. Aspectos metodológicos

La metodología utilizada será mixta, involucrando datos cuantitativos y cualitativos, considerando pertinente su aporte a esta evaluación para dar cuenta tanto de las cantidades de insumos provistas por el Programa y las características de su distribución, así como de los procesos de trabajo y las percepciones de los actores involucrados sobre los mismos.

Se utilizarán datos secundarios, incluyendo los datos sistematizados por el Programa, en lo referente a pedidos, compras y envío de insumos, así como datos de cada centro de salud: registros, historias clínicas, bases de datos propias, propiciando su análisis conjunto. Por su parte, se utilizarán también datos de fuentes primarias, provenientes principalmente de la realización de encuestas a los integrantes de los equipos de salud sexual de los centros de salud y entrevistas a profesionales referentes de los equipos de salud sexual de cada efector, como así también los registros de las reuniones de trabajo con los/as referentes de la Coordinación. A través de las entrevistas a profesionales de la salud que intervienen en el acceso a los métodos, se intenta conocer entre otras cuestiones, el vínculo con el programa en relación con el pedido de insumos y la rendición de cuentas sobre los mismos, así como la información con la que cuentan, la modalidad de funcionamiento de las consejerías, los circuitos disponibles para el acceso al método y los procesos y herramientas involucradas en el registro de datos. La recolección y el análisis de los datos se realizará agrupando los centros de salud por comuna y por área programática a la cual pertenece, esto será así a fin de reflejar en la evaluación la situación en las diferentes zonas geográficas de la CABA, dada su variabilidad de indicadores sociodemográficos y de salud, así como la autonomía en el funcionamiento de los CeSACs y las consejerías.

Como parte del plan de recolección de datos, se incluyó una etapa de sensibilización en tanto punto de partida para iniciar un trabajo conjunto y a fin de propiciar la participación de todas las personas involucradas en la evaluación. Tal como señala Horton et al. (2008), quienes conduzcan el plan de la evaluación, en este caso los especialistas en el tema, podrán ofrecer un diseño inicial y la coordinación del proceso de recolección de los datos y su análisis. Sin embargo, para que esa evaluación produzca resultados prácticos que generen cambios en el funcionamiento de un equipo, organización o programa, es necesario que los posibles usuarios sean incluidos en todo el proceso de evaluación y sentirse responsables de sus resultados. En esta dirección, la propuesta inicial busca promover una revisión de las prácticas actuales de los equipos involucrados en función de la utilización posterior de los datos recabados, sus posibles sistematizaciones y reutilizaciones. Para ello se utilizará el taller de autoevaluación como una forma participativa de presentar y debatir con los equipos el Proyecto aquí propuesto. Para intercambiar y conocer las inquietudes y motivaciones y para generar compromiso y estímulo a participar. Se prevé también que su implementación permita repensar las preguntas de evaluación y terminar de ajustar los objetivos.

Asimismo, con respecto a las técnicas de producción de los datos, como se mencionó más arriba, se prevé la realización de entrevistas a referentes de los centros de salud y de la Coordinación, registro de las reuniones con los equipos de salud sexual de los centros de salud, revisión de registros de los efectores y del programa. Para el trabajo con los equipos de salud, el foco se centrará en el análisis de los procesos y los instrumentos existentes (planillas, formularios digitales de rendición de cuentas, etc). Como herramientas, en este caso, se propone la utilización de entrevistas para captar las percepciones y opiniones de las personas involucradas, así como la visión de los

procesos en evaluación y las propuestas para su mejora. Además, estas técnicas se complementarán con el relevamiento de los registros del programa, así como aquellos registros e informes del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Para el procesamiento y análisis de los datos cuantitativos se utilizará estadística descriptiva, a partir de la carga en planillas Excel, con la elaboración de tablas dinámicas y gráficos. Por su parte, para los datos cualitativos, se realizará el procesamiento y la sistematización a partir de la carga en una base de datos del programa ATLAS.ti.

El universo de la evaluación está conformado por los centros de salud de atención primaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se decidió elaborar una muestra de centros de salud. Para ello se tomó como referencia la división en comunas. La Ciudad se encuentra organizada en 15 Comunas que se rigen bajo la Ley 1.777 sancionada en 2005. Para la construcción de la muestra se exceptúan las Comunas 2, 6 y 13, ya que no tienen centros de salud. Se incluyó 1 CeSAC por comuna para 12 de las comunas, con el fin de incluir la heterogeneidad propia de la ciudad y en el caso de las comunas de zona sur (4, 7, 8 y 9) se duplicó su representación, incluyéndose 2 centros de salud para cada una de estas comunas. De este modo, la muestra quedó conformada por 16 de los 44 centros de salud existentes (se adjunta mapa con la distribución geográfica de los centros de salud de la Ciudad. Ver Anexo 4). Esta selección que otorga mayor peso en la representación a los centros de salud de la zona sur se realizó siguiendo el criterio de priorización de las comunas de zona sur presente en la estrategia de atención primaria de la salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. En estas comunas (4, 7, 8 y 9) se duplica la representación, ya que son aquellas que concentran mayor cantidad de centros de salud de la CABA, las que tienen mayor población a cargo por el alto porcentaje de población con cobertura pública exclusiva y son los que más implantes han solicitado en los últimos años (según la sistematización de pedidos de insumos realizada por la Coordinación).

4. Aspectos comunicacionales

4. a. Estrategias de comunicación de la evaluación

Como ya mencionamos en la introducción del presente trabajo diremos, retomando una vez más los aportes de Neirotti (2015), que la evaluación consiste en la elaboración de juicios valorativos orientados a la mejora de las políticas públicas. Sin embargo, en este apartado el foco estará puesto en las estrategias comunicacionales como condición de posibilidad para que esas mejoras en las políticas públicas se hagan finalmente efectivas. En palabras de Neirotti (2015: 4) “no puede haber mejora si no hay uso del conocimiento por parte de quienes están involucrados en las decisiones tanto en los niveles estratégicos como operativos”. Tal como señala el autor, esto nos lleva al problema de la comunicación, la apropiación del conocimiento producido por la evaluación y su uso por parte de los involucrados, todas cuestiones íntimamente vinculadas.

Para pensar en el tipo de comunicación que se va a desarrollar durante todo el proceso evaluativo, resulta fundamental trabajar desde el principio sobre el sentido de la evaluación, en el para qué y para quién y con quiénes se va a realizar. Esto es, concebir a la comunicación como un aspecto constitutivo de todo el proceso de evaluación y planificar desde un comienzo los canales de comunicación, sus audiencias y contenidos. En este sentido, el presente diseño postula la participación de todos los actores a lo largo del proceso evaluativo. Lo que se busca es que las diferentes personas involucradas se apropien del proceso y sus resultados y esto posibilite posteriormente el uso de lo producido.

Se trata de una tarea a la que los evaluadores debemos tener como práctica permanente la construcción de significado del conocimiento producido. Hay distintas audiencias, distintos

públicos, cada uno de ellos con intereses e inquietudes diferentes. Cuando un conocimiento se torna significativo tiene mayor proclividad de ser apropiado por los involucrados y de generar mayor conciencia de la conveniencia de su aplicación. Para esto no hay nada mejor que abrir, de una forma u otra, una amplia participación en la producción del conocimiento (Neirotti, 2015: 5).

A nivel de la comunicación, este diseño propone el acceso fluido a la información generada en los distintos momentos del proceso. Este acceso constante a la información, así como la participación en su producción, se postula como una de las principales estrategias para que las personas involucradas se sientan parte de la evaluación, convocadas por su sentido y vean, en la medida de lo posible, sus intereses reflejados en la misma. Por su puesto que no se trata de una circulación permanente e incontrolada de información, sino más bien de una comunicación planificada y coordinada por el equipo evaluador hacia y con los distintos públicos, con instancias más controladas y otras con mayor apertura y participación de los involucrados. De este modo, la presente propuesta evita centrar la circulación de información de manera exclusiva en los tradicionales informes de mitad de término y final. Por el contrario, esta forma de pensar la comunicación implica desplegar distintas estrategias donde predomine una circulación bidireccional de la información.

Como parte de la planificación de una comunicación permanente con los diferentes públicos involucrados, es necesario pensar mecanismos para construir legitimidad en torno al proceso mismo de evaluación. Es decir, que la evaluación sea reconocida e incorporada como ejercicio de mejora, con el fin de que sus resultados sean realmente apropiados por el conjunto de los involucrados en la política. Pues, si los resultados no se incorporan a la práctica cotidiana de quienes intervienen de una u otra manera de esa política, la mejora no será posible.

Una evaluación centrada en la utilización incluye varios pasos en el proceso evaluativo, que identifican a los posibles usuarios y los compromete con dicho proceso, estimulando así su compromiso con la evaluación y su comprensión y aceptación de los resultados (Horton, 2015: 129).

Además de mantener a los participantes informados acerca de los avances y hallazgos, esto es, de ser transparente en las intenciones y en las actividades que se van llevando a cabo, una forma de construir esa legitimidad es incorporar a los involucrados y destinatarios en la construcción del sentido de la evaluación. Una forma de hacerlo es poniendo a debate sus objetivos y co-construyendo los principales interrogantes de la misma, así como identificando de manera conjunta las posibles aplicaciones futuras de los resultados.

En esta línea, entre las primeras estrategias de comunicación, se propone realizar encuentros de presentación de los involucrados y de sensibilización, donde se trabajen los objetivos y las etapas de la evaluación. Estos se encuentran se espera que posibiliten la constitución de equipos de trabajo, propiciando la integración entre los participantes, al tiempo que se compartan y clarifique la orientación de la evaluación. Esto último, reviste especial importancia a la hora de pensar la aplicabilidad y sostenibilidad de los resultados, ya que, si bien la participación de los involucrados puede propiciar un acercamiento a los procesos cotidianos de implementación de la política, también puede generar tensiones o malestar asociados a la medición de la propia tarea. Cabe mencionar que, dentro de los efectos no deseados más frecuentes en una evaluación, se encuentra la desconfianza de parte de los involucrados respecto de los motivos para realizarla, así como de los efectos sobre sus tareas cotidianas. Para evitar estos efectos, es importante dejar en claro que el objetivo es la mejora del programa y no el control o la sanción de los participantes. Es importante entonces, trabajar desde el principio con los involucrados los propósitos y los principios básicos que orientan la evaluación para evitar la sensación de que los que están siendo evaluados son los/as participantes, o que su trabajo será juzgado.

Una de las cuestiones a considerar a la hora de planificar la comunicación de la evaluación es prever instancias de presentación en donde los diferentes actores se conozcan e identifiquen a los/as referentes o coordinadores de la evaluación, así como los canales existentes para hacer llegar sus aportes, inquietudes, o cualquier otra información. En esta línea, se prevé la planificación de canales de comunicación accesibles y abiertos al aporte de los distintos actores involucrados. Para ello resulta crucial el trabajo con los equipos de trabajo ya conformados y con los/as referentes o coordinadores de estos, ya que esto supone el reconocimiento y la inclusión de los canales de comunicación ya existentes.

Es importante señalar aquí, por ejemplo, el rol de quienes conducen los centros de salud, ya que su inclusión y compromiso serán claves para posibilitar desde la participación del equipo de salud en las actividades de la evaluación, el acceso a información relevante para el proceso, hasta facilitar los cambios institucionales necesarios para implementar las recomendaciones de la evaluación. Al respecto Horton et al. señalan la relevancia del apoyo a la evaluación por parte de quienes ocupan los cargos directivos “ellos también deben autorizar el uso del tiempo y de los recursos que requiere la evaluación. Más importante quizás es el poder que tienen para promover u obstaculizar el uso de los resultados de la evaluación, ya que deciden las medidas de seguimiento y los cambios que se harán una vez terminada la evaluación” (Horton, 2008: 106).

Otra de las herramientas propuestas en el presente diseño para facilitar la comunicación a lo largo de la evaluación, es la realización de talleres y reuniones de trabajo que, por un lado, utilicen metodologías participativas, y por el otro, contemplen la participación efectiva no sólo de quienes coordinan la evaluación, sino de los diferentes públicos participantes. En estas instancias resulta pertinente destacar la importancia de retomar las propuestas y aportes emergentes, como condición para que la información y el conocimiento no circule en una única dirección.

4. b. Comunicación de los resultados y las recomendaciones

Partiendo del supuesto de que el uso de los resultados también debe planificarse, el presente diseño prevé que la comunicación de los avances y resultados parciales se vayan transmitiendo y co construyendo con el equipo de la Coordinación, sin esperar a la fase final para transmitir los hallazgos. Esto se hará efectivo a través de las estrategias de comunicación mencionadas en el apartado anterior. Los resultados parciales se irán compartiendo en las reuniones y talleres planificados durante todo el proceso de evaluación. Además, el equipo evaluador se compromete a elaborar formalmente dos informes. Un informe parcial, que presente el progreso de la evaluación y sus principales dificultades o cuestiones emergentes y un informe final, que sintetice los principales hallazgos y formule de manera comprensible y aplicable recomendaciones para la mejora de la política. En un primer momento, estas recomendaciones se presentarán como un insumo a trabajar en encuentros de diálogo con la totalidad del equipo, buscando acuerdos y realizando las modificaciones necesarias para que esas recomendaciones sean tomadas por los equipos en sus procesos de trabajo cotidianos. Finalmente, las recomendaciones co-construidas serán incluidas en el informe final, así como las propuestas específicas de implementación de estas.

Para que se produzca el uso de los resultados es clave orientar tanto la producción de datos como la presentación de los resultados a los intereses de los involucrados. Para ello es necesario haber identificado los diversos grupos de interés, sus demandas, grados de interés y capacidades de injerencia en el curso de la política. También es necesario considerar que “al presentar los resultados de una evaluación, es importante tener presente que los diferentes grupos pueden verse afectados por los resultados. Los resultados decisivos deben ser manejados con discreción, para evitar el desconcierto público y posibles reacciones violentas que puedan reducir el empleo constructivo de

los resultados” (Horton, 2015: 123). En esta línea, del informe final se realizarán dos presentaciones, un primer informe que reúna toda la información recabada durante el proceso de evaluación en relación con el proceso de pedido y distribución de insumos, así como al registro y uso de los mismos, destinado a los funcionarios de la Coordinación. El otro informe, se elaborará en conjunto con los/as referentes de la Coordinación e incluirá una descripción del proceso, las actividades desarrolladas, los principales hallazgos y las recomendaciones para los equipos de salud. Este estará orientado a la instalación de modificaciones en los procesos de trabajo en pos de la mejora de la política. Esta estrategia responde a la necesidad de debatir y validar los resultados y las recomendaciones con los individuos clave del programa. “Involucrar a las partes interesadas y a quienes pueden tomar decisiones en la formulación o en la validación de las conclusiones y recomendaciones, se puede lograr que éstas sean mejor comprendidas y aceptadas, lo cual, a su vez, promoverá el seguimiento y la acción que vendrán luego” (Horton, 2015: 116).

Asimismo, se elaborará en conjunto con el equipo de la Coordinación un material de difusión para las personas usuarias de los centros de salud, que informe acerca de la investigación realizada y que presente sintéticamente los principales resultados en relación con las dimensiones evaluadas que representen interés para ese público, como ser la disponibilidad de recursos, variedad, cantidades, formas de acceso, etc.

Presentar los resultados en un formato que le resulte útil a sus destinatarios, supone elaborar informes y/o materiales de difusión en diferentes formatos y extensiones según los públicos a quienes vayan dirigidos, para que sean accesibles y el uso de la información generada se vea facilitado. En el caso de los públicos destinatarios de la presente evaluación se destacan al menos tres grandes grupos: los/as referentes de la coordinación, funcionarios en cargos de dirección; los profesionales que conforma los equipos de SSyR de los centros de salud y las personas usuarias de los centros de salud.

En este caso si bien el equipo de la Coordinación y los equipos de salud sexual son interdisciplinarios y contemplan diferentes trayectorias profesionales y distintas posiciones jerárquicas, existe un lenguaje compartido en cuanto a la especificidad del trabajo en salud sexual en atención primaria en el subsector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esta condición compartida facilita el intercambio y posibilita el uso de terminología específica. Sin embargo, no debemos obviar la existencia de culturas institucionales específicas, que forman parte de las particularidades locales de cada centro de salud. Teniendo en cuenta esta característica de los equipos de trabajo, a la hora de trabajar sobre los hallazgos y resultados, es muy importante considerar y abordar las dinámicas institucionales como condición de posibilidad para la introducción de cualquier modificación en los procesos de trabajo. Por el contrario, en el caso de las personas usuarias de los centros de salud, no es posible presuponer un conocimiento específico del tema y se desconoce las pertenencias y trayectorias de los destinatarios, en este caso el lenguaje utilizado para ello el divulgativo y el contenido a difundir no se centrará en el proceso de evaluación, sino más bien una presentación simplificada de algunos de los resultados (Capriles, 1984).

5. Consideraciones éticas

La presente evaluación se realizará conforme a los principios emanados de la Ley Nacional 25.326/00 (Protección de los datos personales), la Declaración de Helsinki (1964) de la Asociación Médica Mundial y actualizaciones posteriores y conforme a la legislación nacional (Código Civil y Comercial de la Nación, artículos 58 y 59) y local (Ley 3301 “Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud”, Decreto 58/2011, Resolución 595/2014), y con los lineamientos de la Guía para Investigaciones en Salud Humana (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Se tomarán todos los recaudos necesarios para garantizar el correcto manejo de la información generada y la manipulación de los datos se hará manteniendo la confidencialidad de las personas participantes.

6. Equipo técnico

La presente será una evaluación mixta, por lo que supondrá el trabajo conjunto entre el equipo que gestiona el programa y los evaluadores externos. Esta conformación del equipo resulta pertinente ya que se busca repensar los procesos de trabajo actuales y se necesita tanto la guía de la mirada externa y especializada, como la activa participación de aquellos que conocen de cerca el funcionamiento del programa, así como el compromiso de sus integrantes para generar aprendizajes que perduren en el funcionamiento del equipo.

Entre los evaluadores internos, el equipo evaluador estará conformado por los integrantes del componente salud sexual de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS de diferentes sectores y coordinado por una referente coordinadora. Lo integran la responsable de la gestión de pedidos y logística de métodos anticonceptivos. Los/as referentes del área de capacitación a equipos de salud y un integrante del área de comunicación de la Coordinación. Asimismo, participarán como parte integrante del equipo, los/as referentes de salud sexual de los equipos de los centros de salud, uno por efector.

El equipo de evaluadores externos estará conformado por los siguientes perfiles profesionales:

- 1 profesional especializado en coordinación de equipos con formación en evaluaciones en el área de salud y con experiencia en la aplicación del enfoque de derechos a sus funciones de evaluación.

Perfil profesional:

Título universitario en una disciplina de Ciencias Sociales o de la Salud.

Maestría o superior en salud pública, gestión de proyectos sociales, políticas públicas o afines.

Estudios especializados y conocimiento en Evaluación de programas y proyectos.

Experiencia no menor a 8 años en gestión y coordinación de proyectos de salud.

Experiencia no menor a 6 años en dirección de equipos multidisciplinarios de evaluación.

Experiencia en interlocución con autoridades ministeriales.

Funciones:

Organizar, coordinar y conducir la ejecución de la evaluación.

Mantener comunicación constante con el equipo referente de la Coordinación.

Dirigir al equipo de trabajo.

Participar en la planificación, la programación de actividades requeridas por el plan de evaluación.

Realizar la presentación del informe final con las autoridades y el equipo referente de la Coordinación.

- 2 profesionales con formación en evaluación y gestión, experiencia específica en el campo de la salud sexual con una perspectiva de género.

Perfil profesional:

Título universitario en una disciplina de Ciencias Sociales o de la Salud.

Estudios especializados en salud sexual y reproductiva, derechos humanos o género.

Experiencia en investigación social aplicada.

Experiencia en equipos de trabajo multidisciplinario y en ejercicios de evaluación.

Funciones:

Acompañar el desarrollo de todo el proceso de evaluación.

Realizar acciones de seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo establecido.

Mantener reuniones conjuntas con el equipo de referentes de la Coordinación y con referentes del equipo de salud.

Elaborar informes y reportes de actividades.

- 2 profesionales especializados en metodologías de evaluación.

Perfil profesional:

Título universitario en una disciplina de ciencias sociales, de la Salud, económicas o estadística.

Estudios de posgrado en evaluación de políticas públicas, metodología de la investigación, estadística, demografía, epidemiología.

Experiencia en el desarrollo de metodologías de evaluación de programas o proyectos sociales,

Experiencia en el campo de la salud en el desarrollo de procesos de seguimiento y evaluación.

Habilidades de trabajo en equipo y comunicación.

Facilidad para integrar equipos de trabajo multidisciplinario.

Funciones:

Realización de entrevistas a los/as referentes de los centros de salud.

Articular la relación y la comunicación entre los/as referentes de los equipos de salud y el equipo de la coordinación.

Coordinación del trabajo en terreno de los encuestadores.

Elaborar informes y reportes de actividades.

Colaborar con otras actividades que se definan en el transcurso del proyecto.

Diseñar e implementar talleres y entrevistas junto a actores locales.

Facilitar la vinculación con los equipos de los centros de salud.

- 4 encuestadores.

Perfil profesional:

Estudiantes intermedios o avanzado de sociología, ciencia política, psicología, con experiencia en encuestas presenciales. Experiencia en el sector público de salud (no excluyente).

Funciones:

Realización de encuestas presenciales en centros de salud. Entrega mensual de la información recabada al coordinador de terreno. Disponibilidad part-time (rango de 8 a 12hs). Serán capacitados durante una jornada previo al inicio de la evaluación.

7. Cronograma

Al tratarse de una evaluación de proceso que basará sus juicios sobre una realidad dinámica, consideramos pertinente que la duración máxima de la misma no supere los 6 meses para que sus resultados conserven la vigencia.

Cronograma de actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
1. Elaboración del diseño y los instrumentos						
2. Revisión del diseño (técnicas participativas) y presentación del <u>diseño a la totalidad del equipo interviniente</u>						
3. Encuentros de integración del equipo y talleres de sensibilización						
4. Trabajo de campo: aplicación de los instrumentos, paralelamente entrevistas a referentes profesionales de la salud y usuarias de los centros.						
5. Procesamiento de datos.						
6. Contratación y cruzamiento con registros del programa y de <u>cada centro en caso de existir.</u>						
7. Entrega del informe de avance y presentación en encuentros de trabajo con los responsables del programa y los referentes de los <u>centros de salud.</u>						
8. Análisis de los datos construidos durante el proceso de evaluación y elaboración de conclusiones, hallazgos y <u>recomendaciones.</u>						
9. Presentación de los resultados y recomendaciones.						

8. Propuesta financiera

El presupuesto máximo destinado a esta evaluación es de **\$ 1.516.000**

El presupuesto incluye: honorarios a los evaluadores y encuestadores, viáticos, gastos de logística, productos de librería, etc.

Recursos Humanos: \$1.440.000

1 consultor senior (coordinador) 40hs/mes. \$50.000 mes. $6 \times 50.000 = \$300.000$

4 consultores semi-senior 50hs/mes. \$37.500 mes. $6 \text{ meses} \times 37.500 = \$225.000 / \text{consultor} = \900.000

4 consultores junior: encuestadores 36hs/mes. \$15.000 mes. $4 \text{ meses} \times 15.000 = \$60.000 / \text{consultor} = \240.000

Los consultores deberán ser monotributistas y la modalidad de contratación será a través de un contrato de locación de servicios por los meses acordados en cada caso.

Recursos Materiales: \$ 76.000

Artículos de librería: incluye biromes, anotadores, impresiones de informes parciales, impresión y encuadernación del informe final: \$6.800

Una computadora para uso de la coordinación de la evaluación: Notebook: Memoria RAM de 4 GB o superior. Procesador Intel Pentium, Intel Core 2 Duo o superior. Sistema operativo Windows (7 o 10). Paquete office. \$ 40.000

Gastos de traslados y logística: consideran los gastos en combustible para los viajes del equipo técnico (exceptuando a los encuestadores) a las reuniones en los centros de salud y a la oficina de la Coordinación. Viáticos por mes/persona \$1.600. $7 \times 1700 = \$11.200$

Refrigerio: incluye productos de confitería y cafetería para reuniones entre el equipo técnico y la coordinación, así como para las reuniones en las que participen los/as referentes de los equipos de salud sexual. \$ 3.000/mes * 6= \$18.000

Una oficina con mobiliario adecuado, computadora y proyector disponible, cedida por la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS= sin costo

Salón de usos múltiples (SUM) o sala de reuniones cedida por los centros de salud: sin costo.

Forma y plazos de pago

El pago al Equipo Evaluador se realizará en efectivo o mediante transferencia bancaria y en tres plazos según los siguientes hitos de trabajo:

Se prevé el primer pago (40%) a contra entrega del diseño de la evaluación, un segundo pago (20%) con la entrega del informe de avance y el restante (40%) al finalizar la evaluación y contra entrega del informe final.

El lugar de trabajo y reunión del equipo será la sede de la Coordinación (Donato Álvarez 1236. Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En el caso de las reuniones con los/as referentes de salud sexual de cada centro de salud se utilizará el SUM o algún espacio del centro de salud cedido para tales fines.

CONSIDERACIONES FINALES

1. Principales hallazgos

A modo de cierre, y continuando con lo desarrollado en los apartados anteriores, esta última parte retoma de manera sintética algunos de los principales hallazgos. Estos surgen del ejercicio de acercamiento preliminar a los procesos de pedido, distribución y registro del implante en la Ciudad de Buenos Aires, expuesto en el punto cinco del capítulo dos. Asimismo, se ensayan conclusiones preliminares y se proponen algunas recomendaciones, ambas cuestiones basadas apenas en una primera aproximación al diseño de evaluación aquí presentado. En relación con los hallazgos se presentan agrupados en torno a tres ejes ordenadores, el primero de ellos vinculado con el impacto de la modalidad de registro de información en los procesos de trabajo de los equipos de salud, el segundo, se enfoca en la duplicación de los registros y la incomunicación entre las diferentes vías de producción de datos y el último de ellos, muy vinculado al punto anterior, se refiere a las dificultades en el acceso y uso de la información producida.

Con respecto al primer eje, sobre el impacto en los procesos de trabajo de los equipos de salud, se encontró que, en líneas generales, para los equipos de salud la incorporación de la Historia Clínica Electrónica trajo aparejada una sobrecarga de trabajo al sumarse una cantidad de campos a ser completados a la hora de la consulta. En lo que refiere al implante, por un lado, al igual que toda dación y práctica en salud requiere ser registrada en la Historia Clínica Electrónica, y por otro, en el caso específico de estos insumos, se solicita también una carga extra en de la planilla que debe ser remitida semestralmente a la Coordinación. En este caso, la coexistencia de dos canales de registro paralelos implica un aumento de la carga de trabajo administrativo al momento de la atención, relacionado con la provisión de insumos. Esto es así, ya que el mismo dato que debe completarse en la historia clínica durante la consulta, también debe duplicarse en la planilla mencionada. Esta doble carga puede constituirse con frecuencia en una de las causas del envío de información de mala calidad a la Coordinación, pues, muchas veces esta segunda carga se realiza luego del momento de la atención, generalmente por falta de tiempo, y puede implicar en muchos casos olvidos y un consecuente subregistro de los insumos utilizados.

Cabe señalar que estos dos registros tienen también diferentes destinos en cuanto al actor que gestiona los datos. En este sentido, el segundo de los ejes se refiere a la doble vía de producción y circulación de los datos sobre implantes en la Ciudad, así como a la falta de comunicación entre estos diferentes canales. En este caso se trata de datos de los cuales su producción y manejo está a cargo de diferentes áreas del Ministerio de Salud de manera paralela y se da a través de mecanismos también distintos. Actualmente, como mencionamos, la información relativa a los insumos distribuidos y utilizados es recopilada por el sistema SIGHEOS, a través de la carga en la historia clínica electrónica, y por la Coordinación a través de una planilla de cálculo de Excel. Estas planillas cuentan con un bajo nivel de sistematización, así como con un inexistente cruce de datos con los recabados por el SIGHEOS.

Este segundo eje, apunta a uno de los desafíos más importantes ya que implica la comunicación y la coordinación entre actores con intereses diversos y lógicas de funcionamiento muy distintas, tanto en relación con los recursos de que disponen como en relación con los enfoques y valores. El resultado de esta coexistencia es la fragmentación en los sistemas de registro y generación de datos, utilizándose criterios diferentes para su construcción y sistematización. Se terminan generando productos muy diversos y con vías de circulación sin puntos de contacto, lo cual empobrece en lugar de enriquecer la información producida. A su vez, este escenario plantea limitaciones para el uso de esta información en el diseño de las intervenciones y en la mejora de la política en salud sexual y reproductiva, cuestión que se vincula con el tercero de los ejes.

En estrecha vinculación con el punto anterior, el tercer y último de los ejes se refiere a las dificultades en el acceso y uso de la información producida. En esta línea, resulta relevante referirse a la circulación y utilización de los datos. Por un lado, en cuanto al acceso a los mismos, la Coordinación comparte la información que ésta produce con los equipos de salud sexual en las reuniones mensuales y los encuentros de capacitación, socializando las tendencias generales en cuanto a eventos de salud, la entrega de insumos y la realización de diversas prácticas vinculadas con la salud sexual y reproductiva. Asimismo, es posible solicitar a este programa desde los diferentes equipos de salud los datos detallados sobre su efector y área programática a los fines de enriquecer y guiar su trabajo a nivel local. En este sentido, cabe destacar el trabajo realizado por el equipo de la Coordinación, aún con sus limitaciones, ya que, si bien se trata de un importante programa del Ministerio de Salud, cuenta con escasos recursos humanos y financieros lo cual dificulta las tareas de sistematización y producción de información.

Por el otro lado, la Dirección General Sistemas de Información Sanitaria (DGSISAN), quien recibe datos del SIGHEOS, ofrece a través del portal disponible en los centros de salud para sus trabajadores, algunos datos en forma de reportes con unas pocas categorías preestablecidas. Sin embargo, estos reportes proveen escasa información y no se actualizan de manera constante. En lo que refiere a salud sexual sólo se pueden obtener datos de consulta por especialidad, pero no por motivo de consulta, ni por práctica realizada, como tampoco se brinda información sobre insumos recibidos o entregados, ni aquellos datos que permitan construir un perfil de usuarias/os. Si bien la HCE permite realizar un seguimiento de la trayectoria personal de una/un paciente y su grupo familiar, no permite contar con datos agrupados, estadísticas poblacionales ni de servicios de salud, aun cuando se trate del propio servicio. En este sentido, con la desaparición del manejo local las estadísticas por efector (al caer en desuso el SICESAC), los equipos perdieron la capacidad de gestionar sus propios datos. Del mismo modo que la digitalización de la historia clínica trajo aparejados cambios en los procesos cotidianos de trabajo, implicó también modificaciones en el acceso y la circulación de los datos. Esta nueva relación de los equipos de salud con la información representa potencialmente tanto una oportunidad para una centralización y una gestión más eficiente de los datos, como una pérdida de autonomía y acceso a información local. En otras palabras, podría decirse que los recientes cambios en la informatización de los datos en salud de la Ciudad, a partir de la implementación del SIGHEOS, permitieron por un lado la sistematización y centralización de todos los datos del subsistema público reduciendo notablemente el subregistro y la convivencia de criterios y modalidades de registro diversas. Al mismo tiempo, representó una concentración de información y poder, con su consecuente pérdida de autonomía para los equipos de salud.

2. Conclusiones preliminares y recomendaciones

La disponibilidad de insumos y la calidad en el acceso a los métodos anticonceptivos, incluyendo la información necesaria para su elección y el acompañamiento profesional durante el período de uso, son elementos fundamentales en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. En este marco, el mecanismo de evaluación propuesto apunta a incorporar no sólo una mirada de eficiencia técnica, sino también de eficacia en el alineamiento de la estrategia programática del sistema de salud con las necesidades de la población.

Existen indicios de una preocupación del equipo de la Coordinación por dar una mayor institucionalización a la producción y utilización de datos vinculados con la política de salud sexual de la Ciudad. Esto se refleja en los esfuerzos por la sistematización y presentación de información local en los encuentros mensuales con los efectores. Asimismo, se evidencia su compromiso con la capacitación de los recursos humanos en salud, instalando y sosteniendo la capacitación anual que

reúne a gran parte de los equipos que trabajan en la temática en la Ciudad. Sin embargo, la falta de recursos destinados a la producción y difusión de datos de manera pública y sistemática muestran un claro límite en esta área. Se espera que el documento producto de la evaluación aquí propuesta sea un insumo que fundamente la necesidad de destinar mayores recursos al desarrollo de un sistema de información unificado para la política de Salud Sexual de la Ciudad.

El acceso a la información es una herramienta fundamental para aumentar la calidad de las políticas, pues permite fortalecer las capacidades de planificación, gestión y evaluación de un programa o área de gobierno. Por ello es necesario trabajar sobre los procesos de producción de los datos y de información de calidad, útil y oportuna para la toma de decisiones, así como sobre la circulación y uso de dicha información. Asimismo, la generación de datos de manera sistemática e integrada contribuye a institucionalizar la evaluación en salud y a incorporarla como parte de las prácticas habituales de los equipos. En esta dirección, a partir del proceso retroalimentación entre los resultados y recomendaciones de una evaluación y el proceso de planificación, es posible ir reorientando los esfuerzos y corrigiendo las líneas de acción del programa. En la presente propuesta, se espera, por ejemplo, que la disponibilidad de datos facilite los procesos de realización de los pedidos, pudiendo prever tendencias por centro de salud, acortando los tiempos de entrega, evitando los períodos con faltante, etc. Esto último reviste especial importancia en el caso de los insumos públicos esenciales en salud, cuya adquisición muchas veces presentan dificultades o requieren largos procesos burocráticos que pueden representar la falta de un insumo básico para la población a quien está destinado. Así, este diseño busca impulsar modificaciones en las prácticas (en los procesos de registro, de pedidos y de circulación de la información) y dejar capacidad instalada para el fortalecimiento de una cultura evaluativa (Neirotti, 2015). Como se ha mencionado, en el diseño aquí presentado, no se trata de ocuparse solamente de una cuestión de eficiencia técnica en relación con la adquisición y distribución de un insumo como lo es el implante subdérmico, así como el resto de los métodos anticonceptivos. La perspectiva de derechos aquí adoptada, pone el foco en la importancia de la disponibilidad de información como una forma de, por un lado, medir el impacto de esta política en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, y por otro, contribuir a su garantía. En esta misma línea, se busca mejorar los mecanismos de pedido y distribución de insumos como garantía de ejercicio del derecho de las personas con capacidad de gestar que se atienden en la Ciudad de Buenos Aires a decidir autónomamente, en especial, en un contexto donde la interrupción voluntaria del embarazo aún no es legal.

En esta línea están pensadas las siguientes **recomendaciones**:

- Frente a la diversidad de mecanismos y canales de producción de información, uno de los principales aspectos sobre los que se recomienda trabajar es en lograr una gestión unificada de los datos relativos a la salud sexual y reproductiva de la Ciudad. Para ello se propone establecer procesos comunes de gestión de los datos en los diferentes centros de salud, tanto de registro como de generación de pedidos, unificando criterios, campos a completar y procedimientos a seguir. Unificando, por ejemplo, los pedidos de los diferentes insumos, aunque conservando la flexibilidad que puedan requerir según tiempos de uso y de espera de cada uno. De este modo, se evitaría la reiteración de los mismos pedidos, la pérdida de información en el proceso, las equivocaciones, etc. Contar con un sistema de información integrado permitiría, entre otras cosas, identificar errores y desvíos en la implementación del reparto de los métodos anticonceptivos. Al mismo tiempo, permitiría tener elementos para proponer estrategias y asignar recursos a la reformulación de las acciones, con el objetivo de que la política resulte más eficiente y efectiva. En este sentido, se identifica la necesidad de reemplazar las planillas de cálculo de pedido y rendición de cuentas, por la carga unificada por sistema de todo lo recibido y lo entregado de manera estandarizada que permita su procesamiento al interior del centro, así como entre diferentes centros y a lo largo del tiempo.

- En relación con la capacitación y consolidación de los equipos y de canales de comunicación, se propone la trabajar, en cada efector, en la consolidación de los equipos para afianzar el trabajo

interdisciplinario y la coordinación entre servicios. En esta línea, la propuesta incluye fomentar la realización de reuniones de equipo a nivel de cada centro de salud para adaptar las líneas de trabajo generales a las características locales y generar intercambios frecuentes en los equipos locales. Lo encuentros de trabajo grupales, promueven el conocimiento de las tareas y actividades de los diferentes integrantes y facilita la división de roles y funciones al interior del equipo. Por su parte, para lograr la implementación de la gestión unificada de los datos, se propone acompañar el proceso con encuentros de capacitación e intercambio sobre el tema, a fin de lograr consenso y una mejor incorporación a los procesos de trabajo.

- Por otro lado, se propone trabajar en la demanda de datos por parte de los equipos de salud sexual y su utilización en la planificación de sus intervenciones, organización y funcionamiento de los servicios, etc. Aquí la sensibilización y la capacitación de los equipos ocupa nuevamente un importante rol para la incorporación de nuevos procesos de trabajo. En esta línea, se propone impulsar capacitaciones en planificación local basada en datos. En términos de gestión de los datos, la recomendación se orienta a promover y afianzar el trabajo conjunto entre los responsables de la planificación y gestión del programa a nivel central y los equipos de salud encargados de su implementación cotidiana en los centros de salud. En este sentido, se propone continuar y fortalecer el intercambio de datos en los encuentros mensuales, así como trabajar de manera particular con cada uno de los equipos según las diferentes necesidades y características locales. En suma, la tendencia apunta a que los equipos conozcan qué datos existen, tanto porque dan cuenta de su trabajo cotidiano, como porque constituyen insumos fundamentales para mejorar la planificación de sus intervenciones.

- Para el nivel central, la propuesta está en tender a la generación de reportes o informes públicos de circulación periódica que puedan dar cuenta de la distribución de insumos de salud sexual en particular y de las acciones tendientes a garantizar el cumplimiento de los derechos en esta área de la salud. Una sugerencia, que se vincula con esta dimensión pero que excede la presente propuesta es la de elaborar un sistema georreferenciado de la distribución de los recursos en Ciudad de Buenos Aires para poder correlacionarlos con otros indicadores de salud y sociodemográficos (a través de un sistema de información geográfica). Implementar un enfoque analítico territorial como el que implica la georreferencia de los sistemas de información en salud, es una estrategia que recupera la trama territorial y el carácter situado de las intervenciones en salud.

- Por último, como condición de posibilidad para unificar criterios y esfuerzos en la administración de los datos, es necesario iniciar gestiones para coordinar entre los diferentes actores que producen datos sobre salud sexual y reproductiva en CABA. Para promover la articulación de las diferentes instancias del estado, actualmente fragmentadas se propone utilizar el informe de esta primera etapa diagnóstica como un primer insumo y proponer trabajar las propuestas y recomendaciones conjuntamente entre la Coordinación y la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.

En líneas generales, la propuesta acompaña la tendencia actual dentro del sistema de salud en particular, y de la gestión pública en general, orientada a digitalizar los datos e integrarlos en un sistema unificado que incluya todos los métodos anticonceptivos para toda CABA. Se seleccionó para esta primera evaluación el proceso de distribución, registro y colocación del implante priorizándolo como un proceso crítico. Sin embargo, se espera que esta evaluación constituya el punto de partida, aprovechando el impulso de conocer el estado de situación de una tecnología anticonceptiva novedosa para el país y para la Ciudad de Buenos Aires sobre la que no hay aún muchos datos locales. La evaluación aquí propuesta busca constituirse en un punto de referencia para orientar los cambios que fortalezcan la gestión de la política (Neirotti, 2015). Contar con información completa, actualizada y confiable es la base para que la evaluación se vuelva parte integral de la política pública tendiente a fortalecer la retroalimentación constante entre evaluación y planificación.

APÉNDICES

APÉNDICE 1. Mapa de actores

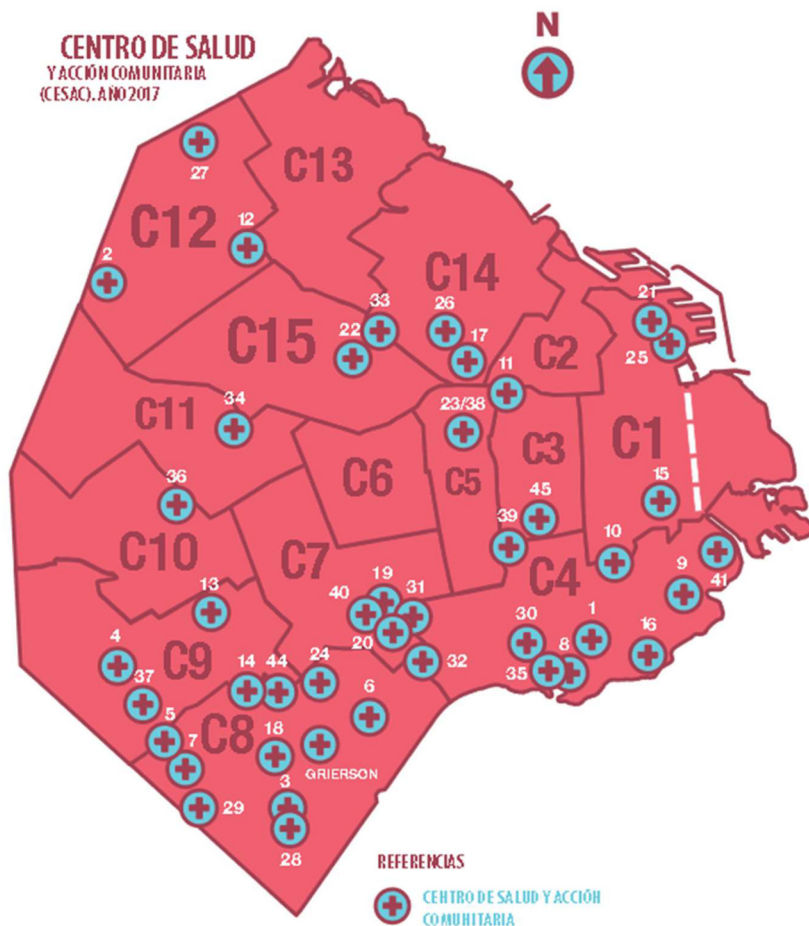
(En archivo adjunto)

APÉNDICE 2. Matriz de evaluación

(En archivo adjunto)

ANEXO

Anexo 1. Mapa de los centros de salud y acción comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2017.



FUENTE: DGEyC (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA), Ministerio de Salud.

Fuente: Buenos Aires en números año 5, N° 5, 2018. Dirección General de Estadísticas y Censos.

Ministerio de Economía y Finanzas. Recuperado de:

https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2018/10/2017_05_buenosaires_en_numeros.pdf

ANEXO 2. Legislación de relevancia en el tema (*selección de artículos*)

Ley N° 418/2000 - SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Artículo 2º.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de Salud.

Artículo 3º.- Objetivos generales. Son objetivos generales:

- a. Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.
- b. Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- c. Disminuir la morbimortalidad materna e infantil.

Artículo 4º.- Objetivos específicos. Son objetivos específicos:

- a. Prevenir mediante educación e información los abortos provocados.
- b. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.
- c. Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección.
- d. Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
- e. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.
- f. Incrementar los servicios de psicoprofilaxis del parto.
- g. Promover los beneficios de la lactancia materna.
- h. Garantizar la existencia en los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género.
- i. Orientar las demandas referidas a infertilidad y esterilidad.
- j. Difundir la información relacionada con la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- k. Contribuir a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y patología gónitomamaria.
- l. Contribuir al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y patología gónitomamaria.
- m. Contribuir a la prevención del embarazo no deseado.
- n. Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y sus padres sobre la salud reproductiva y la procreación responsable, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Artículo 5º. - Destinatarias/os. Son destinatarias/os de las acciones de la presente Ley la población en general, especialmente las personas en edad fértil.

Artículo 6º.- Efectores. Los efectores de las acciones previstas en la presente Ley son: los equipos de salud de los centros polivalentes, hospitales generales y hospitales monovalentes de salud mental, los servicios de obstetricia y ginecología, tocoginecología, urología, adolescencia de los establecimientos asistenciales y los centros de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad y de todos aquellos sobre los cuales la autoridad de aplicación tenga competencia. Se propicia la atención interdisciplinaria.

Artículo 7º.- Acciones. Se garantiza la implementación de las siguientes acciones:

- a. Información completa y adecuada y asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular.

- b. Todos los estudios necesarios previos a la prescripción del método anticonceptivo elegido y los controles de seguimiento que requiera dicho método.
- c. Prescripción de los siguientes métodos anticonceptivos, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio, no abortivos, aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación; elegidos voluntariamente por las/los beneficiarias/os luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente: - de abstinencia periódica;- de barrera que comprende preservativo masculino y femenino y diafragma;- químicos que comprende: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales y esponjas;- hormonales;- dispositivos intrauterinos.(Conforme texto Artículo 2º de la Ley 439 BOCBA 997).
- d. Provisión de los recursos necesarios y en caso de ser requerido, la realización de la práctica médica correspondiente al método anticonceptivo elegido.
- e. Promoción de la participación de los padres, en la medida que sea posible, en todo lo relativo a la salud reproductiva de sus hijos.
- f. Información acerca de que el preservativo es por el momento el único método anticonceptivo que al mismo tiempo previene de la infección por VIH y del resto de las enfermedades de transmisión sexual.
- g. Implementación de un sistema de información y registro y de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en la presente Ley con estadísticas por sexo y edad.
- h. Evaluación periódica de las prestaciones.
- i. Capacitación permanente a los agentes involucrados en las prestaciones de salud reproductiva y procreación responsable con un abordaje interdisciplinario, incorporando los conceptos de ética biomédica y la perspectiva de género.
- j. Capacitación de agentes de salud, educación y desarrollo social para informar y asesorar en los temas previstos en el artículo 4º de la presente ley.
- k. Realización de actividades de difusión, información, y orientación sobre los temas previstos en el artículo 4º de la presente ley.
- l. Diseño e implementación de estrategias de comunicación y educación dirigidas de manera particular a las/os adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo.
- m. Coordinación de acciones entre los distintos efectores tendiente a la constitución de una red de servicios. Seguimiento especial a la población según enfoque de riesgo.
- n. Coordinación de acciones con diferentes organismos públicos interjurisdiccionales, privados y no gubernamentales, que por su naturaleza y fines puedan contribuir a la consecución de estos objetivos.
- ñ. Realizar la atención integral del embarazo, parto, puerperio y lactancia en condiciones apropiadas, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas.

Artículo 8º. - Nuevos métodos. Se faculta a la autoridad de aplicación de la presente Ley a incorporar nuevos métodos de anticoncepción, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio, no abortivos, debidamente investigados y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación. (Conforme texto Artículo 3º de la Ley 439 BOCBA 997).

Ley N°25673/2002 - CREACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

Artículo 1º - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Artículo 2º - Serán objetivos de este programa: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir

embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Artículo 3° -El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

Artículo 5° - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para: a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud; b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa; c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa; d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/ sida y cáncer genital y mamario.

Artículo 6° - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT; c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Artículo 7° - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico. Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Decreto 1282/2003 Reglamentación de la Ley N°25.673

Artículo 1º- El MINISTERIO DE SALUD será la autoridad de aplicación de la Ley N° 25.673 y de la presente reglamentación.

Artículo 2º.- A los fines de alcanzar los objetivos descriptos en la Ley que se reglamenta el MINISTERIO DE SALUD deberá orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación. Asimismo, se deberán implementar acciones que tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda.

La ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias. Las acciones deberán ser ejecutadas desde una visión tanto individual como comunitaria.

Artículo 6º.- En todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescripto, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas, derecho que es innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4º del presente, sobre las personas menores de edad.

Ley N°5669/2016. Ley de Historia Clínica Electrónica

Creación del sistema integrador de historias clínicas electrónicas y el registro de historias clínicas electrónicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 1º. - Establécese el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) para todos los habitantes que reciban atención sanitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a cuyo efecto se crea por la presente la Base de Datos única, que permitirá el almacenamiento y gestión de toda la información sanitaria, desde el nacimiento hasta el fallecimiento, contenida en historias clínicas electrónicas, en los términos de esta Ley y su reglamentación. Los datos obtenidos durante el período que se extienda la gestación deben ser consignados en la historia clínica de la progenitora.

Artículo 2º. - Objeto. La presente Ley tiene por objeto la integración y organización de la información sanitaria de las personas en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; regular el funcionamiento, los principios y los estándares con que debe gestionarse la misma mediante el uso de tecnologías apropiadas; mejorar la eficiencia del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como:

- a) Regular el funcionamiento del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE);
- b) Fijar los parámetros para la confección de sistemas de historia clínica electrónica;
- c) Garantizar a los pacientes el acceso a la información sanitaria contenida en las historias clínicas electrónicas, conforme lo establecido por la Ley N° 153 # de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- d) Promover la aplicación de un sistema de seguridad que garantice la identificación unívoca de las personas, la confidencialidad, veracidad, accesibilidad e inviolabilidad de los datos contenidos en la Historia Clínica Electrónica (HCE), perdurabilidad de la información allí volcada y recuperabilidad de los archivos.

Artículo 3º. - Aplicación. La presente Ley es de aplicación para el registro de todas las prestaciones sanitarias efectuadas en el ámbito del territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

TITULO III DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y LA INFORMACIÓN SANITARIA

Artículo 9º. - Definición. La Historia Clínica Electrónica (HCE) es el documento digital, obligatorio, con marca temporal, individualizado y completo, en el que constan todas las actuaciones de asistencia a la salud efectuadas por profesionales y auxiliares de la salud a cada paciente, refrendadas con la firma electrónica o digital del responsable.

Artículo 10.- La Historia Clínica Electrónica (HCE) es equivalente a la historia clínica registrada en soporte papel en los términos de la Ley N° 26.529. La implementación de la Historia Clínica es progresiva y no implica la derogación de las disposiciones vigentes en materias de historias y registros clínicos compatibles con el soporte informático.

TÍTULO VI DEL SISTEMA INTEGRADOR DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Artículo 23.- Créase el Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) que centraliza la compatibilización e integración de la totalidad de la información sanitaria contenida en las Historias Clínicas Electrónicas pertenecientes a pacientes que reciban asistencia a la salud en establecimientos asistenciales, públicos, de la seguridad social o privados, o en consultorios privados dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que debe encontrarse disponible para su consulta a través de redes electrónicas de información accediendo a la misma mediante la creación de un usuario y contraseña, tanto para los profesionales como para los pacientes.

Artículo 24.- La tecnología aplicada para el diseño e implementación del SIHCE debe garantizar, para todas y cada una de las Historias Clínicas Electrónicas (HCE) su permanencia en el tiempo, la inalterabilidad de los datos, la reserva de la información y la inviolabilidad de su contenido. Asimismo, debe responder a los principios generales de la presente Ley.

Artículo 25.- EL SIHCE debe: 1. Almacenar de forma centralizada el set de datos mínimos identificatorios de las personas, un conjunto mínimo de datos básicos sanitarios, que pueden ser accedidos, visualizados, registrados y modificados según lo establece la presente normativa y su reglamentación. La especificación sobre estos conjuntos de datos es determinada por la Autoridad de Aplicación.

2. Registrar la existencia de información sanitaria en cada Historia Clínica Electrónica (HCE), en la unidad mínima que determine la reglamentación o la Autoridad de Aplicación, y la modificación y acceso a la misma.

3. Asegurar la disponibilidad de la información contenida en cada Historia Clínica Electrónica (HCE) para el paciente, o su representante legal, derechohabientes o en su defecto al cónyuge y para usuarios autorizados en el ámbito de la atención de salud al paciente.

4. La Autoridad de Aplicación debe arbitrar los medios necesarios para que el paciente pueda tener su Historia Clínica Electrónica (HCE) con posibilidad de acceso remoto, garantizando su integridad, perdurabilidad y disponibilidad de datos en tiempo y forma, a cuyo efecto se debe definir por vía reglamentaria, los protocolos de comunicación y seguridad de datos.

5. Asegurar la continuidad de la asistencia de salud a brindar a cada paciente en los distintos lugares en que lo que requiera, mediante el intercambio de Información sanitaria a solicitud o autorización del paciente, o su representante legal o derechohabientes.

6. Brindar información estadística para el diseño y aplicación de políticas de salud pública que permitan el mejor ejercicio del derecho a la salud, manteniendo la privacidad y confidencialidad de los datos personales de identificación del titular de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

REFERENCIAS

1. Fuentes documentales y normativa

Gerencia Operativa de Epidemiología (2017). Subsecretaría de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015). Plan General de Acción de Gobierno 2015-2017. Recuperado de: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2015/05_plan_accion_gobierno2015_2017.pdf

Ley N°5669 (2016). Ley de Historia Clínica Electrónica. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5669.html>

Ley Nacional N°25.673 (2002) Creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable y su decreto reglamentario Decreto Nacional N°1.282 (2003) reglamentación de la Ley N°25.673. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf

Ley N°418 (2000) Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_418.pdf

Ley N°25.326 (2000) de Protección de Datos Personales. República Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>

Ley N°153 (1999) Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_salud.pdf

Ley N°26.529 (2009) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

Ley N°3.301 (2009) Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3301.html>

Ministerio de Salud GCBA, (2017). Plan de Salud CABA 2016 - 2030. Recuperado de: <http://lista10.com.ar/site/wp-content/uploads/2017/11/Plan-del-Ministerio-de-Salud-2030-digital.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2013) Derechos sexuales y reproductivos. Leyes que reconocen tus derechos.

Ministerio de Salud, GCBA (2016). En equipo. Publicación de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. (2019). Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019. Recuperado de:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2018). "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación", 3era edición. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2018). "Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación". Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

2. Bibliografía

Abramovich, V. (2004). "Una Aproximación al Enfoque de Derechos en las Estrategias y Políticas de Desarrollo de América Latina". CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales, Argentina). Documento preparado para: "Derechos y Desarrollo en América Latina: Una Reunión de Trabajo" Santiago, Chile, 9 y 10 de diciembre de 2004.

Amaya, P. (2016). *Evaluación de políticas y programas públicos: un aporte al fortalecimiento del Estado*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Doctorado en Políticas Públicas y transformación social. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas.

Amaya, P.; Bonicatto, M.; Iparraguirre, M.; Hallak, Z. (2014). Evaluar programas sociales para consolidar la inclusión social. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4512/ev.4512.pdf

Asociación Médica Mundial (2013) Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/investigacion/comite-central-de-etica-en-investigacion/documentos-de-interes>

Belló, M., Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de argentina. *Salud Pública de México* 53 (2): 96-108.

Bertuzzi, R. (2012). Anticoncepción en mujeres usuarias del servicio de atención primaria de la salud. Tesina de grado. Carrera de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, diciembre de 2012.

Borja Segade, C.; García Varela, P; Hidalgo Lorite, R. (2011). *El enfoque basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores*. Red EnDerechos.

Bustelo Ruesta, M. (2003). "¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación?". En Bañón I Martínez, R. (Comp.) *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Editorial Díaz de Santos. Madrid.

Capriles Arias, O. (1984) "Comunicación y cultura en el reino de Big Brother". En: *Revista Nueva Sociedad* 71: 42-54.

CELS (2016). Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad y CEDES (s/f). Programa Ciudadanía y Sexualidad. Manual para organizaciones de la sociedad civil. Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/307601683_Programa_Ciudadania_Sexualidad_Manual_para_Organizaciones_de_la_Sociedad_Civil

Dente, B. y Subirats J. (2014). *Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

Faúndez, A. y Weinstein, M. (2014). *Guía de evaluación de programas y proyectos con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad*. México: ONU Mujeres.

Fernández, A.M. y López, M. (2005). Vulnerabilización de los jóvenes en Argentina: política y subjetividad, *Revista Nómadas*. Bogotá. Universidad Central de Bogotá, Colombia. 132- 139.

Gutiérrez Ramos, M. (2017). Controversias sobre anticoncepción. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 63(1):83-88.

Horton, D. (2008). Evaluación del desarrollo de capacidades: Experiencias de organizaciones de investigación y desarrollo alrededor del mundo [en línea] /Horton, D., Alexaki, A., Bennett-Lartey, S., y otros. Cali, CO: Centro Internacional de Agricultura Tropical (CIAT). *Publicación CIAT N° 362*. ISBN 978-958-694-096-2.

Lázaro, B. Estudio comparado sobre institucionalización de la evaluación en Europa y en América Latina, Colección Estudios n°15. Serie Estados de la cuestión. Área Finanzas Públicas. Madrid, 2015.

Maceira, D. et.al. (2008). El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias: aprendizajes del seminario La Atención Primaria de la Salud. Fundación CIPPEC. 1a ed. - Buenos Aires.

Mokate, K. M., (2000). Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social – INDES. Versión modificada.

Montengro Pereira E., Lara Ricalade R., Velásquez Ramírez N. (2005) Implantes anticonceptivos, *Revista Perinatal Reprod Hum* 19 (1): 31-43.

Neirotti, N. y Pereyra, D. (2017). Documento CLAD, Reflexiones sobre la formación en evaluación en Argentina. El caso de la Especialización en Evaluación en Políticas Públicas, UNLa- UNAJ.

Neirotti, N. (2015). “Hacia un nuevo paradigma”. IV Conferencia de ReLAC “El futuro de la evaluación en América Latina y el Caribe: Desarrollo, equidad y cultura”. Lima, Perú, 11 al 13 de marzo de 2015.

Neirotti, N. (2012). Evaluation in Latin America: Paradigms and practices. In S. Kushner & E. Rotondo (Eds.), *Evaluation voices from Latin America. New Directions for Evaluation* 134, 7- 16. Traducción al español del autor.

Niremberg, O. (2010). Enfoques para la evaluación de políticas públicas (Capítulo).

Petracci, M., Ramos, S. y Szulik, D. (2007) Evaluación estratégica del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Buenos Aires, en *Revista Temas de salud Reproductiva* (4): 123-133.

Recuperado de: <http://www.diassere.org.pe/temas-de-salud-reproductiva/revista-no-4/evaluacion-estrategica-del-programa-de-salud-reproductiva-y-procreacion-responsable-de-buenos-aires-argentina/>

Pistani, M. L. (2017). *Implementación de la política de acceso a Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de Buenos Aires*. Memoria fin de Máster. Máster de estudios propios en anticoncepción, salud sexual y reproductiva en Iberoamerica. Sociedad española de contracepción.

PNUD (2011). Aportes para el desarrollo humano. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. 1a ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Ramadhan R.C., Simonds E., Wilson C., Loukas, M., Oskouian, R.J. y Tubbs, R.S. (2018). Complications of Subcutaneous Contraception: A Review. *Cureus* 10(1): e2132. DOI 10.7759/cureus.2132

Rodriguez Vilela, P. y Tapella, E. (2018). *Dejar huella. Historias de evaluaciones que marcaron la diferencia* - 1a ed. - San Juan: Editorial UNSJ.

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2019). Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. 1a ed adaptada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro digital. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_enia_-_recorrido_logros_y_desafios.pdf

Suárez, N. y Cattaneo, V. (2017). Ley nacional de salud sexual y procreación responsable no 25673 y decreto reglamentario 1282/2003. Ministerio de Salud de la Nación, OPS/OMS. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario>

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83:397–404.