

“VENGO A PONERME EL CHIP”. LA INCORPORACION DEL IMPLANTE SUBDERMICO AL PRIMER NIVEL DE ATENCION.
DEJEAN, Leticia; LUNA, Melisa E.; PARERA, Carla A.; RALL, Pablo M.; ROBERTUCCI, Nadia
CAPS N°10, Garibaldi 1897, José León Suárez, General San Martín, Buenos Aires. (011) 4580 1067. pablo.m.rall@gmail.com
Relato de experiencia
Gestión/Administración de servicios de salud
<p>Relato del proceso de incorporación del implante subdérmico como método anticonceptivo (MAC) en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) N°10 y N°20 del municipio de General San Martín, provincia de Buenos Aires. Se evalúan las fortalezas y debilidades en la incorporación y continuidad del implante en el primer nivel de atención, y se relata el inicio del seguimiento longitudinal de sus usuarias.</p> <p>Con la llegada del implante a los CAPS, sus equipos de salud decidieron ofrecerlo a toda mujer que lo deseara y no presentara contraindicaciones. El cambio jurisdiccional en el circuito de distribución del MAC y la consecuente disminución en su oferta llevó a una forzosa reestructuración de la estrategia de trabajo de los equipos.</p> <p>El relato pretende evidenciar que el implante subdérmico es una tecnología adecuada para el primer nivel de atención, al ser aceptado tanto por los equipos de salud como por las usuarias del mismo. De ahí que es indispensable concluir el seguimiento longitudinal de las mujeres ya que proporcionará conocimiento valioso generado en el primer nivel de atención, con la esperanza de que sirva para garantizar la presencia del mismo en el diseño, ejecución y evaluación de futuras políticas sanitarias.</p>
Atención Primaria de la Salud; Nueva tecnología; Implante subdérmico; Investigación en primer nivel de atención; Gestión local
Soporte técnico: Proyector multimedia

“Vengo a ponerme el chip”. La incorporación del implante subdérmico al primer nivel de atención.

Relato de experiencia
Gestión/Administración de servicios de salud
Julio 2015. Trabajo inédito

Dejean, Leticia. Médica Generalista

Luna, Melisa. Residente de Medicina General

Parera, Carla. Residente de Medicina General

Rall, Pablo. Residente de Medicina General

Robertucci, Nadia. Residente de Medicina General

Mención y agradecimiento: Andrea Perrota, Susana Rojas

CAPS N°10
Garibaldi 1897
José León Suárez
General San Martín
Buenos Aires
(011) 4580 1067
residenciacentrodiez@yahoo.com.ar

INTRODUCCION

El implante subdérmico es un método anticonceptivo (MAC) relativamente novedoso en la Argentina, aún más en el primer nivel de atención del sistema público de salud. El presente trabajo propone relatar la experiencia de dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del conurbano bonaerense, en el marco de la implementación de dicho MAC por parte del Ministerio de Salud de la Nación.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) garantiza a través del Sistema de Aseguramiento de Insumos la entrega de MAC en todo el país a mujeres en edad reproductiva que no tienen obra social ni prepaga y que utilizan el sistema público de salud. Para la efectiva distribución de los MAC y otro tipo de insumos de salud sexual y reproductiva el PNSSyPR utiliza la estrategia de distribución de medicamentos del programa Remediar + Redes del Ministerio de Salud de la Nación.

En el año 2013, el PNSSyPR se propuso ampliar la canasta de MAC incorporando MAC de nueva generación como el implante subdérmico. En la Argentina el implante subdérmico se encuentra desde 2010, con acceso solo a personas con atención privada de la salud. De los tres tipos de implantes disponibles en el mundo solo se comercializa uno, el Implanon NXT.

El implante fue probado y aprobado siguiendo estándares éticos y científicos internacionales¹. Los mismos excluyen a poblaciones menores de 18 años, razón por la cual no se dispone de datos de eficacia y seguridad para dicha población. Por este motivo, el PNSSyPR consideró necesario ampliar los datos obtenidos hasta el momento y realizar un seguimiento de adherencia para recabar datos de eficacia y seguridad con estudios post comercialización, que permitan una prescripción segura en la población de adolescentes menores de 18 años.

Para esto el PNSSyPR lanzó el *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico*, destinado a la población adolescente de 15 a 19 años con al menos un evento obstétrico en el último año. El mismo se enmarca en una de las líneas estratégicas del PNSSyPR que es la disminución del embarazo adolescente, específicamente previniendo la repetencia de un nuevo embarazo en adolescentes. El criterio utilizado para la selección de las jurisdicciones estuvo relacionado con los siguientes indicadores: tasa de fecundidad

¹ International Conference on Harmonization (ICH) E6, "Good Clinical Practice: Consolidated Guideline". 1996.

adolescente, nacidos vivos de madres adolescentes, mujeres adolescentes según cantidad de hijos, egresos hospitalarios por aborto, muertes maternas².

Las jurisdicciones seleccionadas para realizar el estudio fueron las provincias de Chaco, Formosa, Misiones, Santiago del Estero, dos regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires (RS XII y RS VI) y el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

El implante subdérmico se incorporó en dos etapas. En la primera etapa el PNSSyPR adquirió un total de 10.000 unidades, 8.000 de las cuales se entregaron a efectores de salud pública seleccionados en las siete jurisdicciones del país antemencionados. Los 2.000 restantes se distribuyeron a otras jurisdicciones del país, incluyendo a la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires (dentro de la cual se encuentran los dos CAPS del relato de experiencia). Para la segunda etapa está previsto promover el uso del implante subdérmico en mujeres en edad fértil, como un MAC más, ampliando el territorio de distribución del implante.

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Relatar el proceso de incorporación del implante subdérmico como método anticonceptivo en los Centros de Atención Primaria de la Salud N°10 y N°20 del municipio de General San Martín de la provincia de Buenos Aires, entre septiembre 2014 y julio 2015.

Objetivos específicos

2. Evaluar fortalezas y debilidades para la incorporación y continuidad del implante subdérmico en los CAPS N° 10 y N°20.
3. Iniciar la sistematización del seguimiento longitudinal de mujeres usuarias de implantes subdérmicos colocados en los CAPS N° 10 y N° 20.

UBICACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

La experiencia se llevó a cabo de septiembre 2014 hasta la actualidad, y con la intención de continuarla hasta mayo 2016. Fue llevada a cabo en dos CAPS – los CAPS N°10 y N°20 – del municipio de General San Martín, que se encuentra en el noroeste del conurbano bonaerense (Ver Anexo N°1).

² Álvarez, Adriana; Suárez, Natalia. Estudio de seguimiento y adherencia del IMPLANTE SUBDÉRMICO, en una población adolescente de 15 a 19 años, con al menos un evento obstétrico en el último año. Estudio N°: IMPL – MsaI – 07/2014. Versión 01.2 – julio 2014.

CONTEXTUALIZACION Y ENCUADRE INSTITUCIONAL

El municipio de General San Martín en el año 2010 contaba con 414.000 habitantes, el 1% de la población nacional³. Su economía está dominada por el sector industrial. En relación a salud el municipio cuenta con dieciocho CAPS, un centro de salud mental, uno de rehabilitación, dos hospitales locales, uno municipal, uno zonal y uno provincial interzonal de referencia.

El CAPS N°10 se encuentra en José León Suárez, en el barrio Villa Esperanza. El barrio fue construido a mediados del siglo XX sobre terreno pantanoso, al ritmo de la migración interna del primer peronismo. Dicho terreno, que era propiedad de una congregación religiosa, fue comprado con apoyo gubernamental por vecinos organizados en una cooperativa. El terreno fue loteado y se construyeron viviendas, espacios de recreación y se donó un lote al municipio para la construcción de un CAPS en reemplazo de la posta sanitaria precaria existente.

El área programática del CAPS comprende 200 manzanas con una población estimada de 15.000 habitantes. El área es predominantemente residencial, con casas de material, calles asfaltadas, electricidad, gas en red y servicio de recolección de residuos; la mayoría del área cuenta con cloacas, a excepción de Villa Esperanza⁴.

La historia del barrio de lucha y resistencia colectiva se ve reflejada en la historia del CAPS N°10, que la comunidad siente como propio. Desde directora/es históricamente elegida/os y defendida/os por la comunidad y el equipo de salud, a la participación activa de la comunidad en la vida del CAPS a través de un consejo local de salud y vibrantes grupos de pacientes, a una labor permanente en mejorar el acceso a los servicios de salud desde un enfoque de derechos.

Dicha labor incluye la colocación de DIU por Médica/os Generalistas desde fines de los '90, el acceso sin barreras a MAC, y un rol pionero en el abordaje del embarazo no deseado pasando de la realización de consejerías pre y post aborto desde un enfoque de reducción de daños al de Aborto No Punible. Esta trayectoria del equipo de salud del CAPS N°10 en materia de Salud Sexual y Reproductiva es reconocida en varias instancias institucionales, desde el nivel local al nacional, y explica en parte por qué el CAPS N°10 fue convocado para capacitarse en la colocación de implantes.

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2010.

⁴ Datos del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del área programática del CAPS N°10 realizado por la residencia de Medicina General del CAPS N°10 en 2013-14.

En la actualidad, el equipo del CAPS N°10 está conformado por una directora que es psicóloga, Administración, Maestranza, personal de Farmacia, Enfermería, Promotoras de Salud, Salud Mental, Trabajo Social, Podología, Nutrición, Odontología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Medicina General y una residencia de Medicina General que existe hace más de quince años y cuenta con una coordinadora (jefa de residentes) y catorce residentes.

El CAPS N°20 también se encuentra ubicado en José León Suárez, en el barrio Carcova. En 1977, el régimen dictatorial encaró una política de higiene ambiental que llevó a la creación de rellenos sanitarios en la periferia del conurbano bonaerense y con ellos del CEAMSE (el mayor relleno sanitario del país) en José León Suárez. Carcova ocupa aproximadamente 50 hectáreas de terrenos que previamente eran bañados y que hoy día lindan con el CEAMSE. El trabajo informal de reciclado de residuos en el relleno sanitario juega un rol preponderante en la economía local. Es un barrio de casas bajas, donde se evidencia la pobreza estructural. A pesar de la reciente realización de obras públicas que incluyó asfaltado y cloacas, sigue existiendo una precaria red de provisión de agua y disposición de excretas así como la ausencia de un tendido de gas natural⁵⁶.

El CAPS N°20 fue una posta sanitaria dependiente del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón hasta aproximadamente dos años cuando pasó a manos del municipio de General San Martín. De contar con un equipo de promotoras que realizaban sus tareas además de toda la labor administrativa, un magro equipo de especialistas que atendían como una extensión de su trabajo en el Hospital Eva Perón, y residentes de la residencia de Medicina General del CAPS N°10 que progresivamente atendieron en forma más numerosa y frecuente, hoy el CAPS N°20 cuenta con una dirección, administración, enfermería, maestranza, seguridad, nutrición, promotoras de salud, trabajo social, salud mental, obstetricia, pediatría y medicina general.

La oferta asistencial en Salud Sexual y Reproductiva en el CAPS N°20 toma fuerza en el 2011 cuando una Médica Generalista (del CAPS N°10, que atendía una vez por semana en la entonces posta) organiza la apertura de un consultorio para colocación de DIU en

⁵ Curutchet, Gustavo; Grinberg, Silvia; Gutiérrez, Ricardo. Informe sobre el estado del agua en el barrio Carcova. San Martín. Observatorio Ambiental Carcova. Informe Técnico para Divulgación. 2011.

⁶ Álvarez, Raúl Néstor. La basura es lo más rico que hay. Relaciones políticas en el terreno de la basura. El caso de los quemeros y los emprendimientos sociales en el Relleno Norte III del CEAMSE. 1ª ed. Buenos Aires: Dunker, 2011.

conjunto con una residente de Medicina General del CAPS N°10⁷. Fue un éxito, y marcó el inicio de una oferta cada vez más amplia en Salud Sexual y Reproductiva en línea con el enfoque de derechos y género heredado del CAPS N°10. En la actualidad, existen tres consultorios por semana (todos de Medicina General) que realizan asistencia y promoción en Salud Sexual y Reproductiva.

DESCRIPCION DE ACTORES Y SUJETOS

La presente experiencia está enmarcada, como se describió previamente, en el trabajo diario de dos equipos de salud de CAPS situados cada uno en barrios de características distintas del conurbano bonaerense. La experiencia está determinada, como se verá más adelante, por las políticas en Salud Sexual y Reproductiva llevadas adelante por los respectivos organismos y dependencias municipales, provinciales y nacionales.

En este sentido los primeros actores son las mismas usuarias destinatarias de políticas sanitarias como la incorporación de un MAC novedoso. Ellas son las que finalmente determinan lo adecuado que es una nueva tecnología para el primer nivel de atención, según sus costumbres, deseos, experiencias y expectativas.

En segundo lugar se encuentran la/os trabajadora/es de salud del primer nivel de atención, que a diario bregan por los derechos de las comunidades a las que acompañan. En el CAPS N°10 fueron protagonistas de la experiencia de la incorporación del implante como MAC:

- Una de las dos Médicas Generalistas
- La única Ginecóloga
- La residencia de Medicina General integrada por 13 residentes y una coordinadora, que realizan su actividad asistencial-formativa en los CAPS N°10 y N°20

En el CAPS N°20 fueron protagonistas:

- La residencia de Medicina General del CAPS N°10
- Las tres Promotoras de Salud
- Dos Médica/os Generalistas
- La directora del CAPS (Médica Generalista)

⁷ Pérez, Andrea; Mallo, Erica. Evaluación y promoción del DIU en APS. 2011. <http://www.famg.org.ar/index.php/trabajos-cientificos-congreso-2012#TICA>

En otro plano, el gestor, se ubican otros actores. Ellos son las autoridades del PNSSyPR, del PSSyPR y de la Dirección de Atención Primaria de Salud del municipio de General San Martín.

MARCO TEORICO

Atención Primaria de la Salud y Medicina General

En la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1977, se planteó la necesidad de garantizar la "Salud para todos en el año 2000". Un año más tarde en Alma Ata, quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), estrategia a la que adhirió la junta militar argentina en su momento y desde entonces el Estado argentino.

Esta propuesta surge y es aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de la salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada nación. Así, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de APS como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales⁸.

La Declaración de Alma Ata define a la APS como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"⁹.

Es así que la APS, para alcanzar la meta de "Salud para todos", requiere una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente. El primer nivel los

⁸ Ase, Ivan; Burijovich, Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009.

⁹ OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

constituyen los CAPS que actúan como la “puerta de entrada” natural al sistema institucional de servicios, con amplia capacidad para resolución de problemas y desarrollar una interpelación permanente con la comunidad. El segundo y tercer nivel de atención adquieren un nivel ascendente de complejidad y especialización, actuando sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención.

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS está el recurso humano, que debe poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto. En ese sentido, el/la Médico/a Generalista es uno de los componentes claves del recurso humano en el primer nivel de atención.

El/la Médico/a Generalista se asume como especialista del primer nivel de atención, quien guiado/a por valores de universalidad, equidad y solidaridad, reconoce los factores de determinación del proceso salud–enfermedad–atención tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares. Trabaja en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, siendo partícipe importante del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud–enfermedad–atención de la comunidad. Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial reconociendo a la persona como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario.

En el año 2008, la especialidad fue definida por el Consejo Federal de Salud como una de las especialidades prioritarias en el marco de la estrategia de APS que el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios locales sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud¹⁰.

Son competencias – entre otras – del Médico/a Generalista planificar, organizar y administrar los recursos necesarios con el fin de gestionarlos en beneficio de los y las pacientes, la familia y la comunidad, y el propio equipo de salud; analizar la satisfacción de la población destinataria respecto de las acciones realizadas, evaluar posibles ajustes de las estrategias implementadas; y participar de procesos de investigación y educación médica continua y permanente¹¹.

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Ministerio de Salud de la Nación, 2014.

¹¹ Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Medicina General y/o Familiar. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Ministerio de Salud de la Nación. 2010.

Enfoque de Derechos y Género en Salud Sexual y Reproductiva

La Declaración Universal de Derechos Humanos proclamó en 1948 que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. La salud sexual constituye un derecho fundamental de todo ser humano, como parte de un derecho humano más amplio, esencial y universal: el derecho a la salud.

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como derechos humanos por numerosos tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos, muchos de ellos con rango constitucional en nuestro país. Tal es el caso de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), incorporada a nuestra Constitución Nacional en 1994 (Artículo 75, inciso 22), en la que queda establecido el derecho de las mujeres a “decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (Parte IV, Artículo 16).

En su condición de derechos universales, son inherentes a mujeres y hombres sin discriminación alguna, ya sea de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, como queda establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

En esta línea, los derechos sexuales y reproductivos implican garantizar el disfrute de una sexualidad plena y elegida en función de sus propios deseos y preferencias, libre de violencia o coacción, respetando la identidad de género y orientación sexual de cada individuo; así como también la posibilidad de cada mujer de decidir, en forma autónoma, si tener o no tener hijos/as, el momento de tenerlos, el número que desea tener y con quién, y el intervalo entre sus nacimientos. Esta concepción de la sexualidad intenta correr la mirada que asociaba a la mujer a un rol exclusivamente reproductivo y materno para ubicarla como un verdadero sujeto de derecho, autónomo sobre su cuerpo.

En Argentina, la Salud Sexual y Reproductiva fue un tema relegado de la agenda política durante muchos años. Recién en 2002 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673), que permitió la creación del PNSSyPR en el 2003. El mismo busca generar un marco que permita garantizar el acceso de todas las personas a los servicios de salud, promoviendo la igualdad de derechos y oportunidades en materia de salud sexual. Desde el año 2003, el programa distribuye, de manera gratuita,

anticoncepción hormonal oral, inyectable y de lactancia, DIU y preservativos masculinos (incluidos en el año 2004 en el Plan Médico Obligatorio). En el año 2006, se incorporan la ligadura de trompas y la vasectomía con la sanción de la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica¹².

La ley 25.673 establece también que todas las personas a partir de los 14 años pueden acceder solos y solas a la consulta y se les debe proveer tanto de información como del MAC que hayan elegido, sin necesidad de consentimiento de los padres o adulto referente. A partir de los 18 años también puede acceder a un método quirúrgico (ligadura o vasectomía). En el caso de menores de 14 años se procurará la asistencia de los padres u otro adulto de referencia. Para el Código Civil, los mayores de 14 años tienen discernimiento, y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica¹³.

En la práctica diaria, la consejería integral en Salud Sexual y Reproductiva es la herramienta que utilizan los equipos de salud de los CAPS N°10 y N°20 con el objetivo esencial de promover la autonomía de la mujer en la toma de decisiones vinculadas a su cuerpo, sexualidad y procreación, libres de cualquier tipo de violencia. La misma busca generar un espacio de confianza y comunicación que facilite el acceso a información clara y de calidad y a los MAC elegidos, en un marco de respeto y confidencialidad.

Si se desea que las prácticas sean integrales y desde una perspectiva de derechos, no puede ignorarse la existencia de relaciones desiguales de poder entre mujeres y varones, propias de una sociedad patriarcal. La sexualidad y los derechos inherentes a ella están indudablemente atravesados por esta desigualdad, en gran medida naturalizada por usuarias y efectores de salud. Reconocer la compleja realidad social, cultural y política en la cual ambos están insertos resulta indispensable para incorporar el enfoque de género a las consejerías en salud sexual y reproductiva y en todas las demás intervenciones.

Este es el marco que busca orientar la práctica cotidiana de la/os trabajadora/es del campo de la salud y son el Estado y los efectores de salud quienes deben garantizar el pleno ejercicio de estos derechos y adoptar las medidas necesarias para prevenir su vulneración. Sin embargo, y aún con una Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en vigencia, continúan existiendo dificultades en el acceso de muchas mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.

¹² Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación. 2011.

¹³ <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>

Implante Subdérmico

La investigación y desarrollo del implante subdérmico comenzó en los laboratorios del Consejo de Población en 1966. El primer implante aprobado fue Norplant, en 1983. Consiste de seis varillas, cada una conteniendo 36 mg de levonorgestrel. En 1996 fue aprobado Jadelle, que consta de dos varillas que contienen cada una 75 mg de levonorgestrel. Luego surgió el implante monovarilla (Implanon/Implanon NXT), que fue presentado por primera vez en 1998 y aprobado en 2006. Versión mejorada del Norplant, este dispositivo libera diariamente pequeñas cantidades de etonogestrel, a diferencia de los otros sistemas de implantes que liberan levonorgestrel¹⁴.

En la Argentina solamente se comercializa el Implanon NXT. En el 2011 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica autorizó su uso en mujeres de 18 a 40 años¹⁵. En el 2013, amplió la autorización a mujeres en edad reproductiva¹⁶.

El implante subdérmico es un MAC hormonal sólo de progestágenos con doble mecanismo de acción: anovulatorio, y además produce espesamiento del moco cervical. Consiste en una pequeña varilla flexible de liberación prolongada que contiene 68 mg de etonogestrel y que se coloca debajo de la piel (subdérmico).

El uso del implante presenta las siguientes ventajas¹⁷:

- Alta efectividad anticonceptiva (99,5%) que no depende de la usuaria
- Duración contraceptiva de 3 años
- Es una excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos
- Según los criterios de elegibilidad de la OMS, que (casi) todas las mujeres puedan utilizarlo, siendo el embarazo y el cáncer de mama activo las únicas contraindicaciones absolutas
- Bajo costo a mediano y largo plazo
- No presenta efecto acumulativo del medicamento
- Rápido retorno a la fertilidad
- Tiene la ventaja adicional que se puede insertar en el postparto inmediato y no afectar a la lactancia

¹⁴ Grimes DA. Contraceptive implants and injectables: recent developments. The Contracept Rep. 2000;10(6):26-28.

¹⁵ http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/junio_2011/Dispo_4272-11.pdf

¹⁶ http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/agosto_2013/Dispo_5272-13.pdf

¹⁷ Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2012.

Para la colocación del implante al igual que con otro MAC hormonal, no son requisitos previos los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre o Papanicolaou. El implante se puede colocar en cualquier momento del ciclo menstrual, habiéndose descartado un embarazo. Es imprescindible que la usuaria reciba consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

La inserción del implante debe realizarse por un/a profesional específicamente entrenado/a, ya que requiere una pequeña intervención en la piel de la parte supero-interna del brazo. Se utiliza anestesia local para ponerlo, lo que hace que se demore unos pocos minutos. La colocación es subdérmica. Una vez colocado, el implante no se desplaza de su lugar a otras partes del cuerpo. La usuaria no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta. Cuando decida sacárselo deberá concurrir al médico/a, quien con otra pequeña intervención procederá a retirarlo.

En la consulta inicial se recomienda pactar con la usuaria una nueva visita luego de algunos meses. Pero será el equipo de salud o profesional que asiste a la usuaria, de acuerdo al perfil de la misma, quien asesorará y/o aconsejará el próximo encuentro y si es necesario solicitar otro tipo de seguimiento, para trabajar sobre las dudas que surjan. El método en sí mismo no necesita mayores controles.

Los implantes pueden extraerse en cualquier momento por razones médicas o personales pero, en cualquier caso, deberán extraerse como límite una vez transcurridos 3 años desde su inserción. La extracción puede llevarse a cabo en cualquier momento del ciclo menstrual. La pérdida de la eficacia anticonceptiva es prácticamente inmediata, por lo que, salvo que se desee la gestación, deberá instaurarse otro MAC. Para proceder a la extracción, se limpia la piel y se infiltra un anestésico tópico bajo el extremo del implante. Con el bisturí, se practica una incisión cutánea de 4 mm. Luego se retira suavemente usando una pinza pequeña. Este proceso requiere más tiempo que la inserción.

Los efectos adversos más frecuentes (>10%) son:

- Alteraciones del sangrado
- Cefaleas
- Acné (puede mejorar o empeorar)
- Variaciones de peso
- Tensión y/o dolor mamario

Las complicaciones son infrecuentes. Puede presentarse infección en el sitio de inserción en los dos primeros meses. Otra complicación es la dificultad en la remoción, que disminuye si la colocación y la extracción la realiza personal entrenado.

RELATO DE LA EXPERIENCIA

En el marco de la incorporación del implante subdérmico a la canasta de MAC del PNSSyPR antes descrita, de los 2.000 implantes que no fueron repartidos a las jurisdicciones incluidas en el *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico*, 1.250 fueron distribuidos a la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires en el segundo semestre del 2014. A su vez, también recibió 300 unidades originalmente destinadas a la Región Sanitaria VI de la misma provincia. Posteriormente el Ministerio de Salud de la Nación realizó una segunda compra de 35.000 implantes, de los cuales 1.000 fueron destinados a la Región Sanitaria V y de estos 475 al municipio de General San Martín¹⁸.

En septiembre 2014 la Región Sanitaria V convocó a una capacitación en colocación de implantes subdérmicos para trabajadora/es de distintos efectores públicos de la región sanitaria. Fue organizado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Región Sanitaria V (PSSyPR). La primera fue llevada a cabo en la sede de la misma en el municipio de General San Martín, y la segunda en el Hospital Zonal General de Agudos D. Mercante de José C. Paz.

De San Martín fueron convocados tres efectores públicos: los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Municipal Diego Thompson y Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, y el CAPS N°10. Según el PSSyPR la invitación al CAPS N°10 se basó en el reconocimiento de la trayectoria del equipo de salud del CAPS en varias líneas de trabajo relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, y específicamente en el abordaje integral del embarazo no deseado.

La primera capacitación fue teórico-práctica con prácticas de colocación y extracción sobre simuladores. La segunda capacitación constó de una observación de colocación en vivo y una práctica de colocación a una mujer preseleccionada con consejería en Salud Sexual y Reproductiva previa. Del equipo de salud del CAPS N°10 concurren a la

¹⁸ Información obtenida por medio de entrevistas telefónicas a autoridades de la Región Sanitaria V.

capacitación la médica Ginecóloga, una de las médicas Generalistas y tres médico/as residentes de Medicina General.

Ante la inminente incorporación del implante como una nueva tecnología, el equipo del CAPS N°10 se encontró no solamente con la necesidad de capacitarse en los aspectos técnicos de colocación y extracción de implantes. También surgió la necesidad de contar con mayor información para poder realizar una consejería sobre el implante y de despejar dudas acerca de la efectividad, beneficios, desventajas y ante todo la seguridad del MAC.

Por estos motivos se realizó una devolución de la capacitación, y una capacitación teórica al interior del equipo de salud del CAPS N°10. Al momento de recibir los primeros implantes, el CAPS N°10 contaba con dieciséis profesionales capacitado/as para la colocación de los mismos. Además se llevó a cabo una revisión de la bibliografía existente, y se consideró oportuno investigar el impacto del implante a nivel local.

Cabe destacar que un aspecto clave de la experiencia fue la decisión que tomó el equipo de salud de ofrecer el implante como un MAC más, disponible para toda mujer que lo deseara. La decisión se tomó con un enfoque de derechos y género en consonancia con la trayectoria antes descrita en materia de Salud Sexual y Reproductiva, y también entendiendo que la partida de implantes destinada a la Región Sanitaria V no estaba sujeta a las condiciones del *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico*. El equipo de salud también consideró coherente ofrecer el implante en el CAPS N°20, lugar de trabajo y formación histórico de mucho/as integrantes del equipo.

A raíz de la inquietud respecto del impacto del implante a nivel local, se consideró importante poder contar con información que sirviera para evaluar la aceptabilidad del implante como nueva tecnología y para comparar la experiencia local con experiencias a nivel nacional e internacional. Se decidió llevar a cabo un seguimiento longitudinal de las mujeres usuarias de implantes a lo largo de un año. Se diseñó un instrumento que permitiera:

- Describir el perfil sociodemográfico de las usuarias
- Conocer los efectos secundarios más frecuentes del implante
- Registrar la satisfacción de las usuarias con el implante

Para el diseño del instrumento se hizo una revisión bibliográfica, con énfasis en trabajos publicados en la Argentina. Se encontraron y utilizaron dos estudios para diseñar

una historia clínica paralela (ver anexo N°2) de usuarias de implantes en ambos CAPS¹⁹²⁰. La historia clínica paralela era completada por el/la profesional que colocaba el implante, para luego ser archivada para el seguimiento de la mujer. Esto presentaba potencialmente – y de hecho presentó – una dificultad para registrar datos de forma sistemática y completa, ya que la práctica de colocación se debía documentar tres veces: en la historia clínica del CAPS, en un formulario del PNSSyPR a completar por cada implante colocado (ver anexo N°3) y en la historia clínica paralela.

El seguimiento de las usuarias de implantes se pautó en forma de controles a la primer semana, los 3, 6, 9 y 12 meses posteriores a la colocación. La intención de realizarle un seguimiento a cada mujer fue debidamente informada y consensuada con ella en la consulta de colocación. Los controles fueron originalmente pensados como consultas programadas en el consultorio por ese u otro motivo de consulta, entre otras razones para poder constatar variaciones del peso corporal en forma objetiva. El control de la primera semana tuvo la intención de monitorear la presencia de efectos locales frecuentes como hematomas, y otros menos frecuentes como grados variables de dolor o una infección en el sitio de colocación. Los controles trimestrales estuvieron diseñados para evaluar la satisfacción con el MAC y otras variables como efectos secundarios locales y generales, efectividad, etc.

En octubre 2014 en los CAPS N°10 y N°20 se comenzó a ofrecer el implante a las mujeres en consultorio como parte de la consejería en Salud Sexual y Reproductiva. A pesar de que esta fue la única instancia de difusión que se realizó en los CAPS, la demanda aumentó rápidamente y el motivo de consulta de *“vengo a ponerme el chip”* se transformó en uno de los más frecuentes en el consultorio de Medicina General y Ginecología.

De octubre 2014 a abril 2015 la distribución de los implantes estuvo a cargo del PSSyPR. El PSSyPR entregó una primera partida de diez implantes, cada uno con el formulario del PNSSyPR adjunto. Dicho formulario debía ser llenado, firmado y sellado por el/la profesional que colocó el implante, y servía como constancia de colocación. Colocados todos los implantes, algún miembro del equipo de salud del CAPS N°10 concurría personalmente a la sede del PSSyPR donde entregaba los formularios y a cambio recibía otro

¹⁹ Álvarez, Adriana; Suárez, Natalia. Estudio de seguimiento y adherencia del IMPLANTE SUBDÉRMICO, en una población adolescente de 15 a 19 años, con al menos un evento obstétrico en el último año. Estudio N°: IMPL – Msal – 07/2014. Versión 01.2 – julio 2014.

²⁰ Mazur, Viviana; García, Verónica; Salceek, Lara. Implantes hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. 2013. <http://www.famg.com.ar/images/th/pdf/trabajoscientificos2013/IMPLANTES%20HORMONALES.pdf>

lote de implantes. La única condición para recibir nuevos implantes era entregar los formularios del PNSSyPR correctamente llenados, a pesar de que las usuarias a las que se les había colocado implantes no estuvieran incluidas en el *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico*. Inicialmente se entregaban diez implantes por vez; con el correr de las semanas y el aumento de la demanda el equipo solicitó una entrega de más implantes hasta que finalmente se entregaban cuarenta por vez.

En el mismo período los tres efectores públicos del municipio de General San Martín colocaron un total de 413 implantes repartidos de la siguiente manera²¹:

- Hospital Municipal Diego Thompson: 156 implantes
- Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón: 10 implantes
- CAPS N° 10 y N°20: 247 implantes

En abril 2015, la Dirección de Atención Primaria de Salud del municipio de General San Martín se hizo cargo de la distribución de implantes en coordinación con el PSSyPR. Dicho traspaso de funciones se realizó con la intención de ampliar la distribución de implantes a un mayor número de efectores públicos municipales. Esto implicó por un lado que se empezara a distribuir implantes al CAPS N°20 en forma directa, y que se distribuyera una menor cantidad de implantes al CAPS N°10. De abril hasta junio al CAPS N°10 se distribuyeron aproximadamente quince implantes y al CAPS N°20 cuatro, y desde entonces hasta la fecha ninguno. La demanda generada en ambos CAPS durante los meses anteriores a abril no mermó a pesar de una reducción drástica en la oferta de implantes.

En el CAPS N°10 el equipo de salud decidió explicarles la situación a las mujeres que consultaban por el implante, y a las que permanecían firmes en su intención de colocárselo se las anotaba en una lista de espera (además de ofrecer otro MAC en forma temporal) que en poco más de seis semanas ya contaba con aproximadamente cincuenta mujeres. Al mismo equipo de salud no le quedaba claro cuántos implantes serían distribuidos al CAPS, con qué frecuencia, y si la distribución sería continua o no.

A la luz de esta nueva realidad respecto de la disponibilidad de implantes, en el equipo de salud se dio el debate acerca de cómo abordar el problema. Se optó por adoptar una serie de criterios para la colocación de los pocos implantes disponibles. Dichos criterios se basaron en los utilizados por el *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico* y en la experiencia del equipo en su contacto cotidiano con mujeres atravesadas

²¹ Información obtenida por medio de entrevistas telefónicas a autoridades de la Región Sanitaria V.

por un sinfín de complejidades y determinantes de salud. Se convocó telefónicamente a todas las mujeres en lista de espera (dejando en claro la escasez de implantes y la adopción de criterios) a una charla informal, en la cual se decidiría colectivamente a cuales mujeres se les colocaría el implante. A pesar del temor de que concurrieran más mujeres que implantes disponibles, una serie de factores (el tiempo transcurrido, el efecto de la llamada telefónica, etc.) hizo que asistiera la cantidad exacta de mujeres. A ellas se les colocó los últimos implantes disponibles en el CAPS N°10.

En el CAPS N°20 a lo largo de la experiencia hubo una demanda relativamente menor, principalmente por contar con mucho menos recurso humano que el CAPS N°10. Como resultado, la disminución en la oferta de implantes no generó el mismo impacto ni en las potenciales usuarias ni en el equipo. El equipo de salud optó por aplicar una serie de criterios similares al del CAPS N°10 para la colocación de implantes. En la actualidad tampoco hay implantes disponibles en el CAPS.

La continuidad en el seguimiento de las usuarias de implantes sufrió un traspie en febrero 2015 cuando la médica Ginecóloga del CAPS N°10 (una de las profesionales más activas en el seguimiento de las usuarias) renunció a su cargo. Hasta julio 2015 el seguimiento fue discontinuo, principalmente por una escasez de recurso humano y tiempo dedicado a dicha tarea. Ese mes se sumaron más residentes de Medicina General, permitiendo retomar con ímpetu la tarea del seguimiento de usuarias de implantes.

Ante la dificultad de concretar controles en forma personal (sea programada o circunstancial), previamente a la incorporación de más residentes ya se venían realizando controles en forma telefónica. Se continuó con esta modalidad de seguimiento, y en el CAPS N°20 se agregó la búsqueda activa de usuarias trabajando en forma coordinada con las promotoras de salud del equipo quienes citaban a las usuarias al CAPS.

Se decidió como criterio de inclusión para el seguimiento de usuarias de implantes una fecha de colocación hasta el 31 mayo 2015, por dos razones. Por un lado la mayoría de las/os profesionales realizando el seguimiento son residentes de Medicina General, y varios de ellos completan la residencia el 31 mayo 2016. A partir de dicha fecha se contará con un reducido recurso humano para llevar a cabo un seguimiento continuo y de calidad. Por otro lado, considerando la merma en el número de implantes colocados antes descripta, se consideró que el n aportado por los implantes colocados de octubre 2014 a mayo 2015

serían más que suficientes para poder llevar a cabo un estudio del impacto del implante de calidad.

En julio 2015, con vistas a la publicación del presente trabajo, se analizaron los datos de seguimiento recolectados hasta esa fecha. Se diseñó una base de datos y se cargaron todas las historias clínicas en ella. La idea original fue publicar los datos del seguimiento como un estudio cuantitativo una vez recolectados los datos de 12 meses de seguimiento de todas las usuarias (previsto para fines de mayo 2016), y que para el presente trabajo se debiera: 1. Priorizar el relato de la experiencia de ambos CAPS y 2. Presentar datos del perfil de las usuarias de implantes. Con los datos en mano, se confirmó la pertinencia de esta idea original ya que aparte del n del total de usuarias de implantes ($n=166$), a la fecha se contaba con un n de controles insuficientes para realizar una evaluación del impacto del implante (n de controles a los 3 meses=91, n de controles a los 6 meses=31).

Por dichos motivos, se anexan (Ver anexo N°4) en forma de gráficos los datos del perfil de las usuarias de implantes (recolectados al momento de la colocación) y se deja su análisis para más adelante en el presente trabajo. A continuación se describen datos respecto de las contraindicaciones del implante y las extracciones realizadas hasta la fecha.

Cabe destacar que de las 166 mujeres a las que se les colocó el implante, ninguna presentó una contraindicación absoluta (Categoría 4 de los criterios de elegibilidad de la OMS) y solamente una presentó una contraindicación relativa (Categoría 3 de los criterios de elegibilidad de la OMS) – una mujer con menos de seis semanas post parto con lactancia positiva.

Hasta la fecha se extrajeron seis implantes. Uno de ellos se extrajo a los 15 días de la colocación porque la mujer estaba embarazada al momento de la colocación, a pesar de una conducta adecuada respecto de la irregularidad menstrual que refería (incluyendo dos test de embarazo en orina negativos). Los otros se extrajeron entre los dos y seis meses posteriores a la colocación por alteraciones menstruales (uno por sangrado frecuente, uno por sangrado prolongado y uno por amenorrea) y cefalea más aumento de peso (una mujer). De estas usuarias, todas optaron por otro MAC (dos ACO, dos ACI mensual y una ACI trimestral).

ANALISIS E INTERPRETACION DE LA EXPERIENCIA DESARROLLADA

Al entender de la/os autores del presente trabajo, el horizonte hacia donde caminan los equipos de salud de los CAPS N°10 y N°20 es un sistema de salud universal, gratuito y de calidad. Llegar allí implicaría jerarquizar al primer nivel de atención en el marco de la estrategia de APS, y por ende convertir en reales protagonistas de dicho sistema a sus trabajadora/es y a las comunidades donde trabajan y luchan por la salud todos los días. Esto requiere indefectiblemente que la puesta en marcha del sistema – desde las micro hasta las macro políticas – sea una tarea colectiva para asegurar que responda a demandas reales, que pueda ser evaluado desde su ejecución en lo cotidiano, y que las críticas constructivas que merezca se traduzcan en cambios en un sentido positivo.

En este sentido la voluntad férrea de los equipos de salud en cuestión de ponerse al hombro cualquier política sanitaria que amplíe los derechos de las mujeres, puede destacarse como la mayor fortaleza a lo largo de la experiencia. La herencia de una trayectoria en defensa de los derechos de las mujeres se suma a la presencia de profesionales comprometidos, que permitió que el CAPS N°10 fuera el primer efector del primer nivel de atención municipal en ser capacitado, que casi toda/os la/os profesionales se interesaran en capacitarse en colocación y extracción, y que se hiciera eficiente el circuito de distribución de implantes para sostener la oferta.

En línea con lo anterior, se destaca la capacidad de los equipos de trabajar partiendo de la realidad, y de permitirse debates al interior del mismo a la hora de tomar decisiones atravesadas por la bioética, la equidad y el derecho a la salud. Cuando la realidad vislumbró una oferta de implantes continua en el corto-mediano plazo, el producto del debate fue la aplicación del mismo criterio que para cualquier otro MAC: a la mujer que solicita el implante (y no tiene contraindicaciones), se le garantiza el implante. Cuando esta realidad cambió en forma drástica, el equipo llevó adelante un debate no falto de tensión que finalmente (y necesariamente) cambió el criterio. Es así que se aplicó una serie de criterios más amplios que los del *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico* (estos se consideraron correctos desde el punto de vista de una investigación, pero insuficientes), que tuvieran en cuenta la realidad local de las mujeres usuarias de los CAPS y fueran acordes a los principios bioéticos y el compromiso del derecho a la salud de los equipos.

El mayor condicionante de la experiencia fue que los equipos de salud de los CAPS N°10 y N°20 – al no ser reales protagonistas de la política de incorporación del implante

como MAC – nunca tuvieron información clara respecto de la disponibilidad del recurso (a pesar de reiterados intentos). Esto imposibilitó una planificación a nivel local que permitiera gestionar la oferta del implante e informar mejor a las usuarias, y fue una de las principales causas de la tensión generada tanto entre los equipos y las usuarias como al interior de los mismos. Es indispensable poder contar con esta información en el futuro, tanto en el caso del implante como el de cualquier otra política sanitaria.

Otro condicionante, que es una constante en el primer nivel de atención, es la enorme dificultad para poder investigar y producir nuevos conocimientos en dicho nivel. Poder no solo identificar un problema de salud a investigar, sino poder llevar adelante una planificación sólida, una ejecución efectiva y una evaluación que aporte a nuevos conocimientos, es dificultoso dadas las condiciones laborales del primer nivel de atención. El principal condicionante es el escaso recurso humano. Si no fuera por la presencia de la residencia de Medicina General, el equipo del CAPS N°10 no estaría en condiciones adecuadas para realizar una investigación de la envergadura de la experiencia relatada. Sumado a esta escasez, el recurso humano existente tiene insuficiente tiempo destinado a la investigación. Esto se evidencia ante la imposibilidad de llevar adelante un seguimiento de las usuarias de implantes en la forma originalmente planificada (personalmente en el CAPS), que determinó un cambio de estrategia. Este cambio (llamadas telefónicas, trabajo interdisciplinario con Promotoras de Salud, etc.) resultó igualmente difícil de llevar a cabo, demostrado por un bajo porcentaje de controles trimestrales a 3 y 6 meses respecto del *n* total de usuarias.

Respecto de los datos analizados hasta la fecha, hay varios resultados que merecen al menos un comentario en el presente trabajo. La edad de las mujeres que eligieron el implante permite considerar que en caso de aplicar el criterio del *Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico* para la oferta del implante, un considerable porcentaje de la población de mujeres en edad fértil (67%, la población entre 20 y 49 años) estaría privado de la posibilidad de contar con el implante como un MAC. Teniendo en cuenta las ventajas del implante antes descriptas y el perfil socioeconómico de las usuarias de los CAPS N°10 y N°20 (ver en el Anexo N°4. los gráficos “Asistencia actual a institución educativa”, “Máximo nivel educativo alcanzado” y “Situación laboral actual de usuarias de implantes”), es un dato a tener en cuenta tanto a nivel local como central.

Varios datos permiten concluir que el implante resultó ser una buena incorporación a la canasta de MAC disponibles, tanto en términos generales como en situaciones particulares. El porcentaje de mujeres que utilizaba un método de barrera (mayormente preservativo) o no utilizaba ninguno previo a la elección del implante (58%) resulta llamativo; sugiere por un lado que esas mujeres no les resultaban adecuados los demás MAC y que el implante sumó en ese sentido, y por otro lado que la incorporación del implante fue positivo al ofrecerle a un número considerable de mujeres un MAC de larga duración y de alta efectividad que no venían utilizando. El porcentaje de usuarias que amamantaban (28%) sugiere que el implante es un MAC aceptado por esa población, dato que ofrece una ventaja clara – comparado con MAC como el ACO de lactancia – a la hora de garantizar un MAC que permita garantizar un intervalo intergenésico adecuado de manera cómoda para las mujeres. Respecto de los antecedentes obstétricos de las usuarias, el altísimo porcentaje de usuarias no multíparas (81%) deja a las claras el potencial que ofrece la incorporación de un MAC respecto del intervalo intergenésico y sobre la tasa de fecundidad en dicha población.

El gráfico “Implantes colocados por mes” es ilustrativo del aumento rápido de la oferta a medida que los equipos se capacitaron, la caída en el número de implantes colocados en el mes en que la mayoría de la/os profesionales capacitada/os estuvo de licencia (Marzo 2015) y la caída evidente posterior al cambio en el circuito de distribución antes descrito.

Los gráficos “Cómo conoció el implante” y “Motivo de elección del implante” demuestran la casi ausencia de campañas de difusión, y el peso del boca en boca y la difusión en los CAPS para que las mujeres tengan a su disposición información sobre el implante. Vuelve a demostrar el rol que podría jugar el implante, satisfaciendo la demanda de una población importante de mujeres insatisfechas con los MAC actualmente ofrecidos.

SINTESIS Y PROPUESTAS

El presente trabajo pretende evidenciar que el implante subdérmico es una tecnología adecuada para el primer nivel de atención, al ser aceptado tanto por los equipos de salud de los CAPS N°10 y N°20 como por las usuarias del mismo. Es indispensable concluir el seguimiento longitudinal propuesto de las mujeres ya que proporcionará conocimiento valioso generado en el primer nivel de atención, con la esperanza de que sirva para garantizar la presencia del mismo en el diseño, ejecución y evaluación de políticas sanitarias.

ANEXOS

Anexo N°1.



Anexo N°2.

Historia clínica de seguimiento de usuarias de

Implantes sub dérmicos. CAPS N° 10 y 20.

1) DATOS PERSONALES

NOMBRE APELLIDO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....DNI:.....

TELEFONO:..... DIRECCION:

NACIONALIDAD:.....

ESTADO CIVIL:.....

TRABAJA: SI- NO HORAS SEMANALES:

2) ¿COMO CONOCIÓ EL METODO?

Personal de salud.... Medios de comunicación..... familiares/amig@s.... Otros....

3) ¿POR QUE ELIGE ESTE METODO PARA CUIDARSE?

.....

4) CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE IMPLANTE. (*A)

ABSOLUTAS: (categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)

- EMBARAZO ACTUAL:
- CANCER DE MAMA ACTIVO:

RELATIVAS: (categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)

- LACTANCIA MATERNA MENOR A 6 SEMANAS POST PARTO:
- CURSANDO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA O EMBOLIA PULMONAR:
- EPISODIO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA O DE ACV Y ESTABA USANDO IMPLANTES:
- HISTORIA PERSONAL DE CANCER DE MAMA Y SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD ACTUAL DURANTE 5 AÑOS:
- CIRROSIS SEVERA DESCOMPENSADA:
- ADENOMA HEPATOCELULAR Y TUMORES MALIGNOS DE HIGADO:
- LES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS POSITIVOS O DESCONOCIDOS:
- SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA ANTES DE LA EVALUCION

5) **FECHA DE COLOCACIÓN:**

6) **ESCOLARIDAD:**

• ¿ASISTE A LA ESCUELA ACTUALMENTE? SI- NO
NIVEL QUE ESTE CURSANDO.....

• ¿ASISTIO A LA ESCUELA? SI- NO
MAXIMO NIVEL ALCANZADO:.....

7) **ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS**

GESTAS: PARTOS:..... CESAREAS:.... ABORTOS:.....

FECHA DE ÚLTIMO PARTO/AB/CES:.... MAC ACTUAL:

LACTANCIA ACTUAL: SI – NO FUM:

RITMO MENSTRUAL: (*B)

- CICLOS NORMALES:
- SANGRADO INFRECUENTE:
- SANGRADO FRECUENTES:
- SANGRADO PROLONGADO:
- SANGRADO ABUNDANTE:

8) **PESO: TALLA: TA:**

9) CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

	Primer semana	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Patrón de sangrado					
Amenorrea					
Sangrado infrecuente					
Sangrado frecuente					
Sangrado prolongado					
Sangrado abundante					
Ciclos normales					
Otros					
Efectos adversos					
Mastalgia					
Acné					
Peso: (kg)					
Cefaleas					
Dolor abdominal					
Otro que señale la usuaria					
Efectos locales					
Irritación					
Dolor					
Hematoma					
Prurito					
Implante palpable					

- Si presenta alteraciones menstruales: ¿es algo que le preocupa/Moleste? SI-NO
 PRIMER SEMANA.....
 3 MESES.....
 6 MESES.....
 9 MESES.....
 12 MESES.....

COMENTARIOS.....

- En caso de amenorrea: ¿sentiste la necesidad de realizarte un test de embarazo?
 3 MESES SI / NO
 6 MESES SI / NO
 9 MESES SI / NO
 12 MESES SI / NO

COMENTARIOS.....

Grado de satisfacción de la usuaria del 1 al 10 (siendo 10 Altamente Satisfecha)

PRIMER SEMANA.....
 3 MESES.....
 6 MESES.....
 9 MESES.....
 12 MESES.....

Extracción del método

- Fecha: ____ / ____ / _____
- Motivo de la extracción:
- ¿Continua con algún método? Si No
- ¿Cuál?

(*)Referencias

A- Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona OMS

Categorías	Condiciones
1	No hay restricción en cuanto al uso del MAC
2	Una condición en donde las ventajas del uso del MAC generalmente superan los riesgos teóricos o probados
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el MAC

B- Patrón de Sangrado: evaluar por trimestres

Patrón de sangrado	Características
<i>Amenorrea:</i>	ausencia de sangrado
<i>Sangrado infrecuente:</i>	menos de 2 episodios de sangrado-goteo
<i>Sangrado frecuente:</i>	más de 5 episodios de sangrado-goteo
<i>Sangrado prolongado</i>	episodio de sangrado-goteo de más de 10 días de duración
<i>Sangrado abundante</i>	Según percepción de la usuaria

Anexo N°3.

FORMULARIO 1 – Para ser completado por personal del Efecto en el que se coloca el implante a la paciente

A) Identificación del Implante

A1. INICIALES de Nombre/s y Apellido/s de la usuaria

DNI: _____

COLOCAR AQUÍ LA ETIQUETA QUE CONTIENE N° DE IMPLANTE, N° DE LOTE y EL STICKER ALFANUMÉRICO CORRESPONDIENTE

A2. Fecha de colocación del implante:

--	--	--

B) Datos del Efecto

1) Provincia:

2) Localidad:

3) Centro de Salud

4) Hospital

C) Datos de contacto de la usuaria

5) Teléfono (línea fija) / Indicar código de área:

6) Teléfono celular/ Indicar código de área:

7) Dirección:

8) Correo electrónico:

9) Edad:

10) País de nacimiento:

Argentina <input type="checkbox"/>	Bolivia <input type="checkbox"/>
Paraguay <input type="checkbox"/>	Perú <input type="checkbox"/>
Otro país <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

11) Estado civil

En pareja / unida / casada <input type="checkbox"/>	Soltera / sin pareja <input type="checkbox"/>
Separada / Divorciada <input type="checkbox"/>	Otro estado <input type="checkbox"/> ¿cuál? <input type="checkbox"/>

12) ¿Cuántas personas viven con vos en tu hogar?

13) ¿Con quién quienes vivís actualmente? (marcar todas las nombradas por la usuaria)

pareja <input type="checkbox"/>	hija/o <input type="checkbox"/>	hermana/o <input type="checkbox"/>
mamá <input type="checkbox"/>	papá <input type="checkbox"/>	tías/os <input type="checkbox"/>
Otro familiar <input type="checkbox"/> ¿cuál/es?:		
Otro no familiar <input type="checkbox"/> ¿cuál/es?:		

14) ¿Asistís a la escuela o a un centro educativo actualmente?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → pasa a pregunta N° 16
-----------------------------	---

15) ¿Qué nivel estás cursando?

Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>
EGB 1 <input type="checkbox"/>	Terciario <input type="checkbox"/>
EGB 2 <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>
EGB 3 <input type="checkbox"/>	

16) ¿Asististe a la escuela o a un centro educativo en alguna oportunidad?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → pasa a pregunta N° 19
-----------------------------	---

17) ¿Hasta qué nivel cursaste?

Nivel Inicial <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>
Primario <input type="checkbox"/>	Terciario <input type="checkbox"/>
EGB 1 <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>
EGB 2 <input type="checkbox"/>	
EGB 3 <input type="checkbox"/>	

18) ¿Completaste ese nivel?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

19) ¿En este momento estás trabajando?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → pasa a pregunta N° 21
-----------------------------	---

20) ¿Cuántas horas semanales trabajás (aprox)?

<input type="text"/>	Colocar cantidad de horas semanales
----------------------	-------------------------------------

21) ¿Estás buscando trabajo?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

E) Antecedentes obstétricos

22) ¿Cuántos hijos tenés?

23) ¿Qué edades tienen tus hijos?

Hijo 1
Hijo 2
Hijo 3
Otro

24) ¿Cuántos embarazos tuviste?	
25) ¿Cuántos partos (vaginales / cesáreas) tuviste?	

26) ¿Tuviste algún aborto?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> pasa pregunta 28
-----------------------------	--

27) ¿Cuántos?

28) ¿Me podrías decir la fecha del último parto o aborto? dd/mm/año

--	--	--

29) Me podrías decir el tiempo (semanas, meses) que pasó desde el último parto o aborto y el reinicio de tus relaciones sexuales. Colocar la cantidad de semanas o meses.

Puede que la adolescente no recuerde el tiempo transcurrido (marcar esa opción) de lo contrario semanas o meses que pasaron entre el parto y el reinicio de las relaciones sexuales)

No recuerda

Semanas: _____

Meses: _____

30) Me podrías decir el tiempo (semanas, meses) que pasó desde el último parto o aborto y el uso de métodos anticonceptivos

Puede que la adolescente no haya usado ningún método (marcar esa opción) de lo contrario ver días, semanas o meses que pasaron entre el parto y el inicio en el uso)

No usó ningún método → pase a pregunta N°34

Días: _____

Semanas: _____

Meses: _____

31) ¿Qué método estuviste utilizando?. Marcar todos los que la adolescente nombre

Pastillas <input type="checkbox"/>	
Inyectable <input type="checkbox"/>	
Preservativo <input type="checkbox"/>	
DIU <input type="checkbox"/>	
Otro método <input type="checkbox"/>	¿Cuál?.....

32) ¿Quién te recomendó ese método?

33) ¿Lo obtuviste gratuitamente?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

34) ¿Por qué no utilizaste ningún método?

La lista que se presenta a continuación es tentativa, marcar con una cruz todas las que señale la adolescente y prestar atención si el motivo fue otro y escribirlo en el casillero correspondiente

No tiene dinero para comprarlos <input type="checkbox"/>
No conoce los métodos <input type="checkbox"/>
La pareja no quiso que usara <input type="checkbox"/>
Teme que le hagan mal <input type="checkbox"/>
No tiene relaciones sexuales <input type="checkbox"/>
Otro motivo <input type="checkbox"/> ¿Cuál?

F) Patrón de sangrado

35) Fecha de última menstruación (dd/mm/año)

Fecha: ___ / ___ / ___

36) Patrón de sangrado

Ciclos normales

Sangrado infrecuente

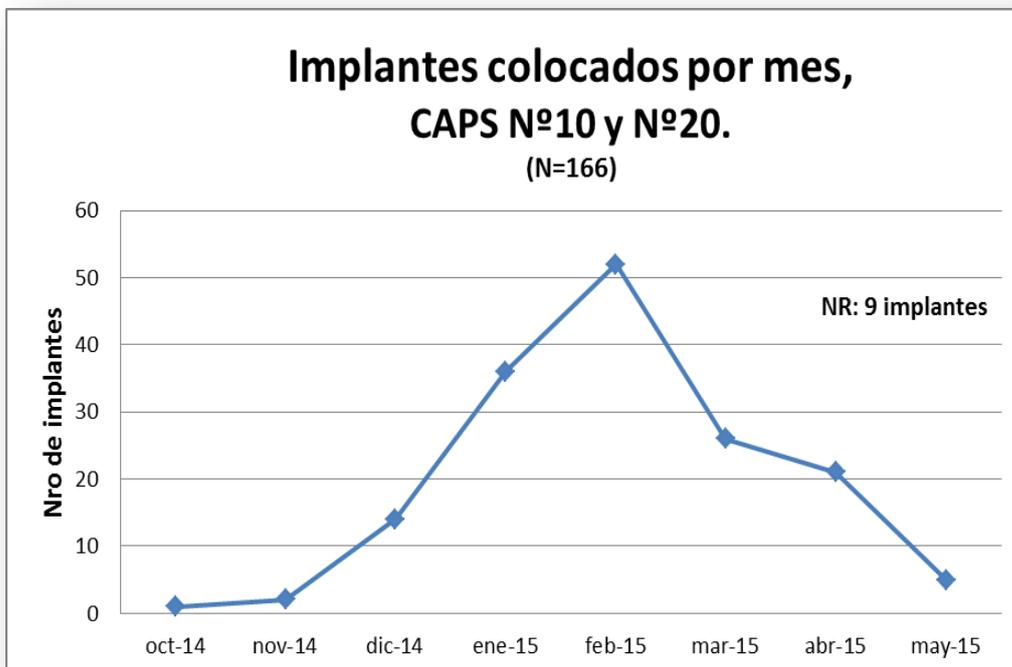
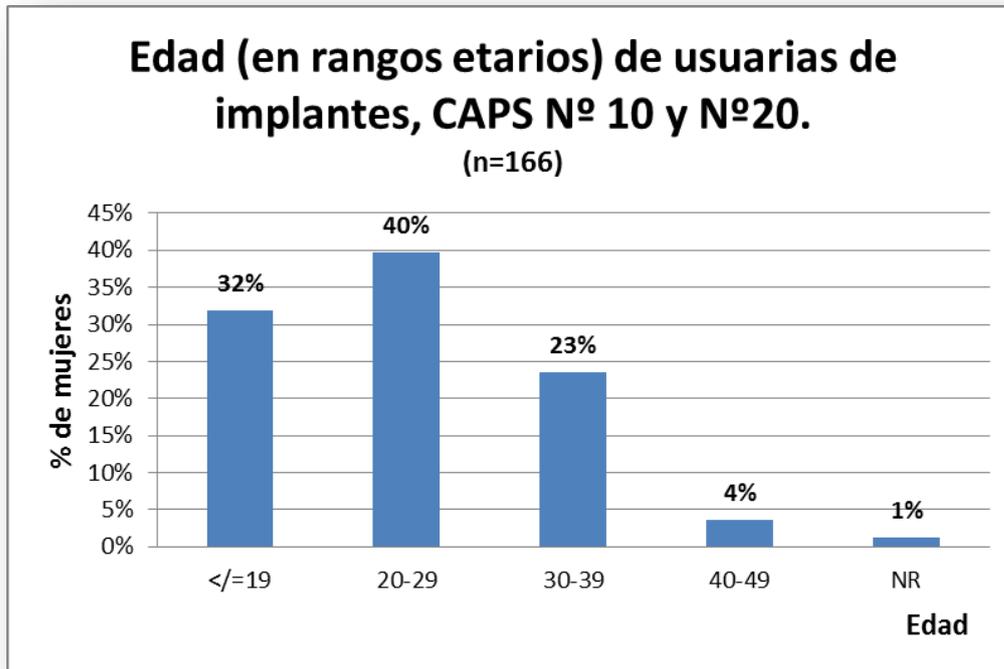
Sangrado frecuente

Sangrado prolongado

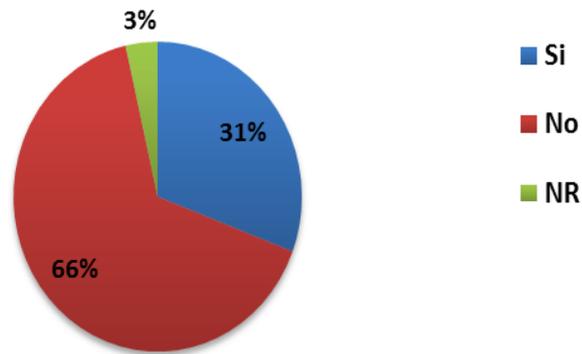
Sangrado abundante

Anexo N°4.

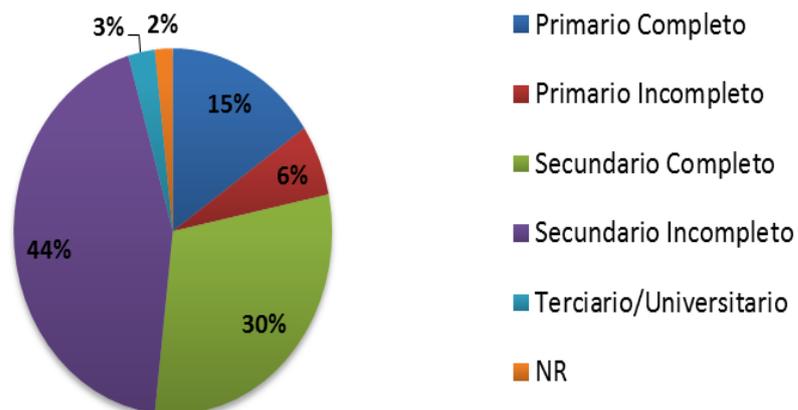
Referencias de abreviaturas de los gráficos: NR – No registrado.



**Asistencia actual a institución
educativa. Usuarias de implantes,
CAPS N°10 y N° 20**
(n=166)

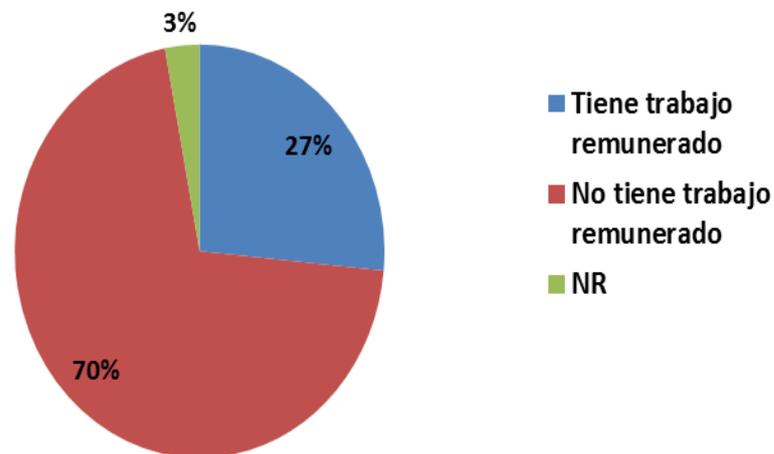


**Máximo nivel educativo alcanzado.
Usuarias de implantes, CAPS N°10 y N° 20**
(n=166)



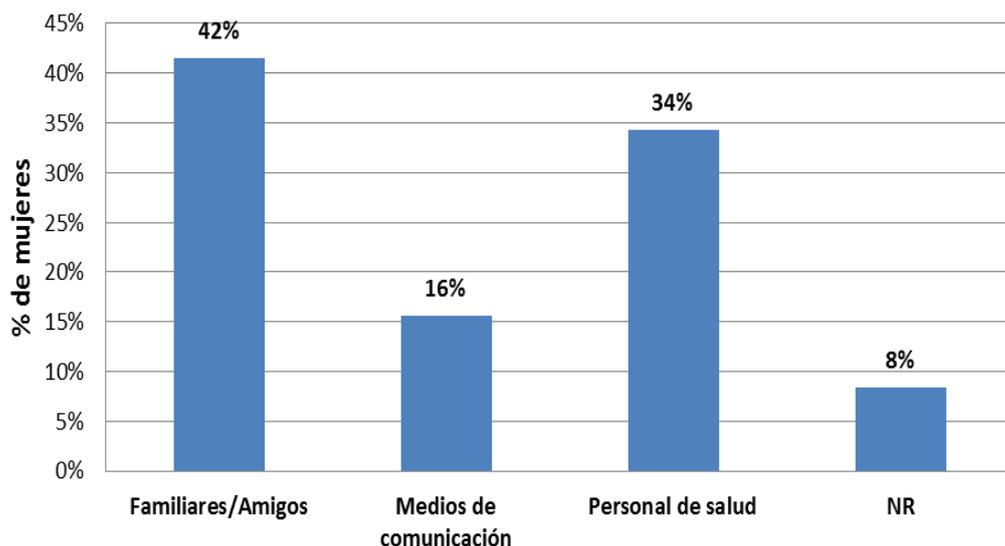
Situación laboral actual de usuarias de implantes, CAPS N°10 y N° 20.

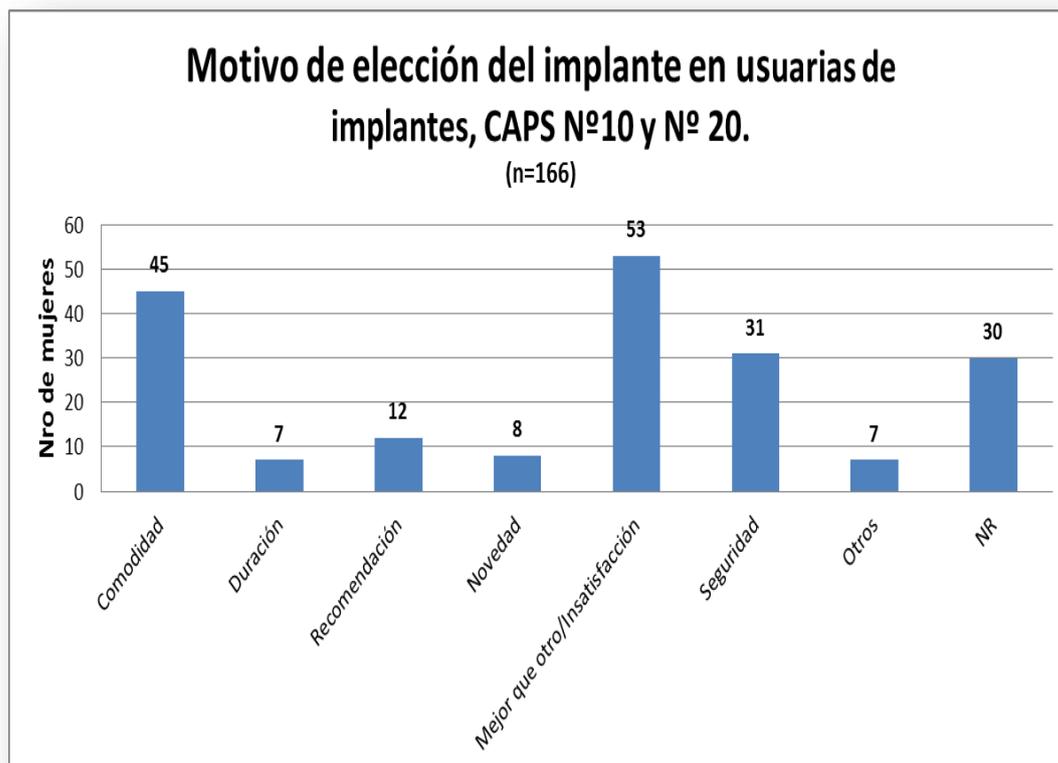
(n=166)



¿Cómo conoció el implante? Usuarias de implantes, CAPS N°10 y N° 20

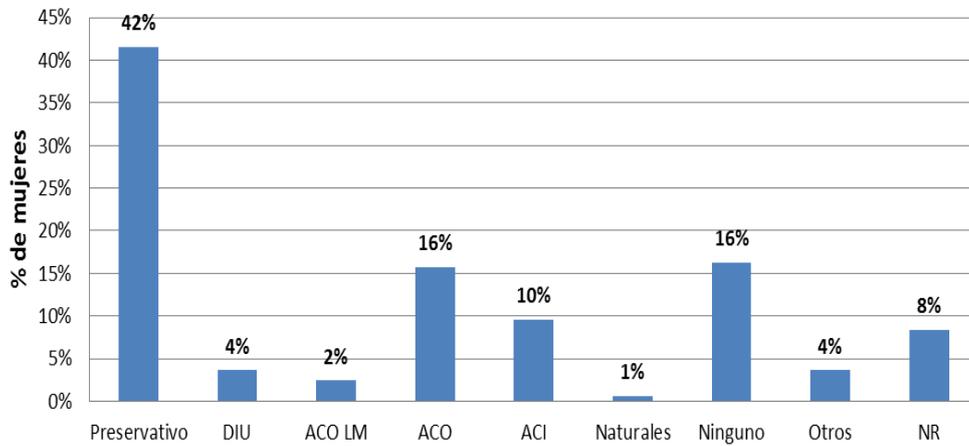
(n=166)





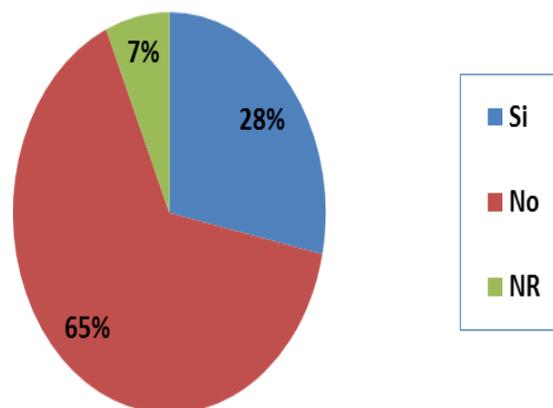
Nota: Las variables incluidas en la abscisa son categorías construidas a partir de la frecuencia de los motivos explicitados por las usuarias para la Pregunta 3) de la historia clínica paralela. La categoría *Comodidad* abarca respuestas alusivas a la facilidad de uso del implante, que el implante no requiera controles, el no tener que recordar una toma, etc. (“Para no ir a la salita”). La categoría *Duración* incluye respuestas sobre la prolongada duración del implante. La categoría *Recomendación* incluye recomendaciones mayormente de la madre de la usuaria y de algún miembro del equipo de salud (“Me lo recomendó mi mamá”). La categoría *Novedad* abarca respuestas sobre lo novedoso del implante y/o el deseo de probarlo al ser nuevo. La categoría *Mejor que otro/Insatisfacción* abarca respuestas relacionadas con la superioridad percibida del implante respecto de otros MAC y/o varias causas de insatisfacción con MAC anteriores ej. Incomodidad o dolor con el uso habitual, falla del MAC, efectos adversos (“Por el dolor con inyecciones a repetición”, “Dolor con el DIU”, “Porque soy muy colgada”, “Las pastillas me caen mal”). La categoría *Seguridad* abarca las respuestas alusivas a la seguridad, efectividad y/o confiabilidad del implante. Finalmente, la categoría *Otros* incluye respuestas singulares y poco frecuentes (“Para mantener la lactancia”, “Es discreto”, “No manipula genitales”).

MAC anterior a la colocación del implante, usuarias de implantes, CAPS N°10 y N° 20.
(n=166)



3 mujeres utilizaron doble método (preservativo + otro MAC)

Lactancia materna (Sí/No) en usuarias de implantes, CAPS N°10 y N° 20 .
(n=166)



Paridad de usuarias de implantes, CAPS N°10 y N° 20.

(n=166)

