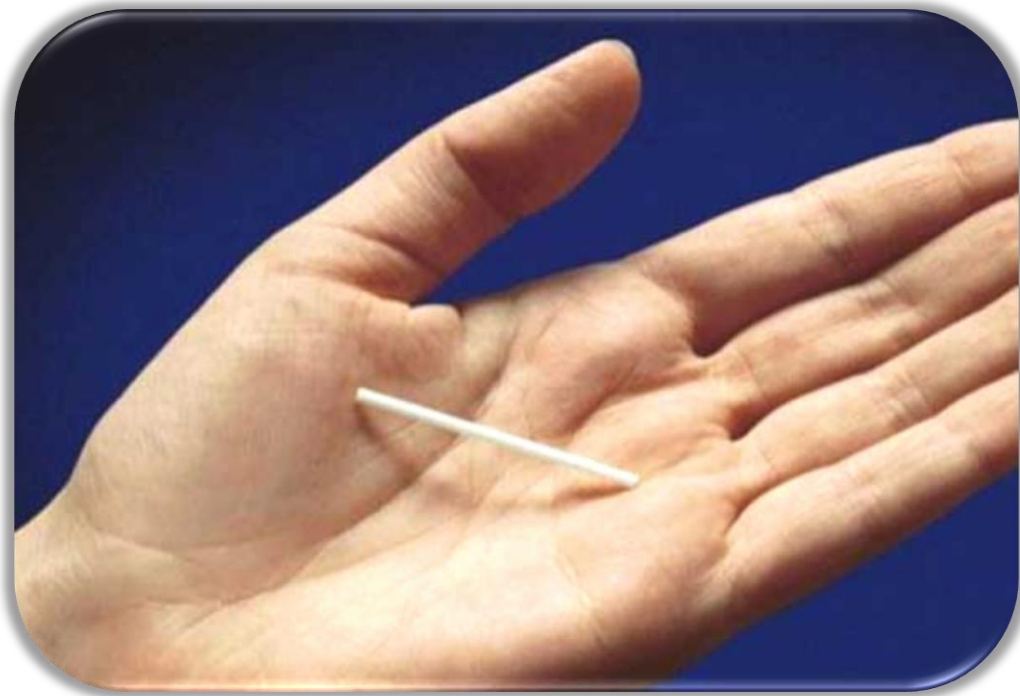


**INCORPORACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SUBDÉRMICA  
EN LOS EFECTORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
DE LA CIUDAD DE RAFAELA**

**ACOSTA, Agustina B.; BARALLE, María M.; BOIDI, Gisel R.; GENOVESE, Álvaro L.**



**LUGAR DE REALIZACIÓN:** Residencia de Medicina General  
Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"  
**DIRECCIÓN:** L. de la Torre 737; Rafaela - Santa Fe; CP 2300  
**TELÉFONO:** (03492) 421721  
**E-MAIL:** giselrominaboidi@gmail.com  
**TIPO DE TRABAJO:** trabajo de investigación  
**CATEGORÍA TEMÁTICA:** gestión  
**ENFOQUE:** cuali-cuantitativo  
**Trabajo inédito**

# INCORPORACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SUBDÉRMICA EN LOS EFECTORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE RAFAELA

Acosta, Agustina<sup>1</sup>; Baralle, María M.<sup>1</sup>; Boidi, Gisel R.<sup>2</sup>; Genovese, Alvaro<sup>1</sup>

1- Residentes de de Medicina General y Familiar Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"

2- Médica Generalista, tutora de la Residencia de Medicina General Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela" y Directora del CAPS N°1 - CIC Barrio Monseñor Zaspe

---

## PALABRAS CLAVES

Métodos Anticonceptivos de Larga Duración. Atención Primaria de Salud. Primer Nivel de Atención. Gestión Local. Implante Subdérmico.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En Argentina existe un programa nacional de salud sexual y procreación responsable, cuyo objetivo es garantizar los derechos sexuales y reproductivos del pueblo. Provee una canasta de métodos anticonceptivos de distribución gratuita a todos los efectores públicos del país, en la que se incorpora el implante hormonal subdérmico desde 2014. Constituye un método reversible de larga duración, altamente eficaz. **OBJETIVO:** Evaluar el proceso de incorporación de la Anticoncepción Hormonal Subdérmica en los equipos de salud del primer nivel de atención de Rafaela. **METODOLOGÍA:** estudio evaluativo observacional descriptivo longitudinal cuali-cuantitativo; procesamiento en Excel de datos cuantitativos extraídos de sistema informático provincial y registros de los equipos y análisis de entrevistas a informantes claves y equipos de salud. **RESULTADOS:** la incorporación comenzó en el hospital y en 2017 se extiende al primer nivel de atención, donde se colocaron 316 implantes versus 80 en el hospital. El 78% de los colocados se ajusto a la población objetivo del programa. Los criterios de selección de las usuarias fueron más adecuados en el primer nivel de atención que en el hospital. La tasa de extracción anticipada fue 5,7%. No todos los CAPS dispensan el método. La distribución del insumo y los periodos de faltante son las principales dificultades manifestadas por los equipos. Se planifico una distribución específica de APS. **CONCLUSIONES:** el implante se asimiló como una tecnología apropiada para el primer nivel de atención, constituyéndose el mismo como actor clave en el cumplimiento de los objetivos del programa nacional a nivel local.

## MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN

Los **derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR)** se inscriben en la categoría de derechos humanos, como parte de un derecho más amplio y universal que es el derecho a la salud. Entendemos por *Derechos Sexuales* aquellos derechos que involucran la capacidad de *disfrutar una vida sexual libremente* elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. Y por *Derechos Reproductivos* aquellos referidos a la *posibilidad de decidir* en forma autónoma y sin discriminación si *tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos*, para lo que se requiere disponer de información suficiente y *acceso a los medios adecuados* (López & Amorin, 2012). En nuestro país podemos identificar diferentes hitos históricos en el proceso de consolidación de los DDSSyRR, entre ellos la introducción 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 libremente sobre su vida sexual y reproductiva (Matía, Cattaneo, Musacchio, Wasyluk Fedyszak, & Leone, 2017). Luego de la Reforma de 1994 y en plena crisis social y económica del país en el año 2002, se produce la sanción de la **Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley Nacional N° 25.673)**. La misma permitió la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el 2003 (PNSSyPR) y por primera vez desde el Estado Nacional se comienza a ejecutar una política federal de salud que incluye la *dispensa directa de métodos anticonceptivos gratuitos para la población*. A su vez, en el 2006 se aprueban la **Ley de Anticoncepción Quirúrgica (Ley Nacional 26.130)** que incorpora a la *vasectomía* y la *ligadura tubaria* en el Plan Médico Obligatorio y la **Ley de Educación Sexual Integral -ESI- (Ley Nacional N° 26.150)** que promueve el derecho a todos los niños, niñas y adolescentes a *recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos* públicos, de gestión estatal y privada de todas las jurisdicciones del país. Estas leyes siguen en plena vigencia hasta el día de hoy, y a pesar de los numerosos ataques e intentos de retroceso que han promovido los sectores políticos y religiosos más conservadores de la sociedad, son el principal instrumento jurídico de garantía de los DDSSyRR

de todo el pueblo argentino y a su vez el principal marco de referencia y respaldo de las prácticas en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de los equipos de salud.

De acuerdo a lo que establece la ley que le da origen, el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** busca generar un marco político y administrativo que permita *garantizar el acceso* de todas las personas a los servicios de SSyR promoviendo la igualdad de derechos y oportunidades (PNSSyPR-MSN, 2012). Es así como desde el año 2003 distribuye de manera gratuita a los efectores públicos de salud de todas las provincias un botiquín de variados métodos anticonceptivos (anticonceptivos hormonales orales e inyectables, preservativos y DIU) que además están incluidos desde el año 2004 en el Plan Médico Obligatorio (PNSSyPR-MSN, 2012). A su vez, desde el año 2011 el **Implante Hormonal Subdérmico (IHSd)** marca IMPLANON NXT está registrado en Argentina (ANMAT, 2011) y sólo las usuarias que podían pagar su alto costo<sup>1</sup> pudieron acceder al mismo. Sin embargo en el año 2014 se incorporó a la canasta de insumos del PNSSyPR y luego en 2016 se sumó el DIU liberador de levonorgestrel (DIU-SIU), ambos **Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (MALD)** y reversibles. Se define como MALD a aquellos métodos que deben administrarse menos de una vez por ciclo menstrual. El IHSd es uno de éstos métodos, contiene 68 mg Etonorgestrel -metabolito activo del desogestrel- de liberación prolongada (ANMAT, 2011) y se administra mediante un colocador en el plano subdérmico de la cara interna del brazo no hábil mediante una técnica de baja complejidad.

La incorporación del IHSd se enmarca en la estrategia del PNSSyPR de promover el uso de MALD ya que su eficacia es independiente de la adherencia de las usuarias y no requiere esfuerzos adicionales por parte de las parejas por lo que su tasa de continuidad es alta (Abalos, Andoro, Calvares, Pont, Rebón, & Teseyra, 2017). Su **eficacia anticonceptiva** es muy elevada: Índice de Pearl 0,05 (OMS, 2018). Asimismo, esta característica implica que la tasa de falla del MAC sea muy baja - 0.01 - dado que el uso típico del método<sup>2</sup> es prácticamente igual a la del

---

<sup>1</sup> Precio IMPLANO NXT publicado por <http://www.alfabeta.net> el 06/09/2018: \$6,635.05

<sup>2</sup> Definido como el uso que el individuo le da al método elegido y es susceptible al error humano.

uso perfecto<sup>3</sup> (Graesslin O, 2008). Los **requisitos previos a su colocación** son: descartar contraindicaciones relativas o absolutas al método- categoría 3 y 4 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS-, medición de la TA y constatación de ausencia de embarazo. No constituyen requisitos previos necesarios los exámenes pélvico y mamario, Papanicolaou u otros métodos complementarios. (OMS, 2018).

Las principales **reacciones adversas ocasionadas y su asociación a discontinuación del método son** (Blumenthal PD, 2008):

EVENTO ADVERSO REPORTADO	FRECUENCIA %	MOTIVO DE DISCONTINUACIÓN %
Cefalea	15.3	1.6
Aumento de Peso	11.8	2.3
Acné	11.4	1.3
Mastalgia	10.2	< 1
Labilidad Emocional	5.7	2.3
Dolor Abdominal	5.2	< 1

La alteración del patrón de sangrado es un evento adverso usual que no tiene repercusión clínica pero que se asocia a consultas reiteradas y discontinuación del método; los más frecuentes son amenorrea (22,2%), sangrado infrecuente (33,6%), sangrado frecuente (6,7%) y / o prolongado (17,7%) (Mansour D, 2008).

La distribución del IHSd por el PNSSyPR fue *priorizando inicialmente a la población adolescente de 15 a 19 años con al menos un evento obstétrico en el último año* (parto, aborto, cesárea). El suministro del insumo se realizó en jurisdicciones seleccionadas según la tasa de embarazo no planificado y se dispensaron aproximadamente 10.000 unidades en Misiones, Formosa, Santiago del Estero, Tucumán, Jujuy y en diversas regiones de la provincia de Buenos Aires (PNSSyPR-MSAL, 2017). A partir del año 2015 comenzó la distribución del implante al resto de las jurisdicciones del país, incluyendo la provincia de Santa Fe. En esta etapa además se *amplió la población objetivo priorizada a mujeres de 15 a 24 años que hubiesen tenido o no un*

<sup>3</sup> Definido como el uso correcto y consistente, sin interrupciones y sin factores intervinientes que afecten su desempeño.

*evento obstétrico en el último año* y se promovió la anticoncepción post evento obstétrico con MALD (PNSSyPR-MSAL, 2017). A la provincia de Santa Fe se enviaron 2800 implantes en 2015, 2000 en el 2016 y 7000 en el 2017 (PNSSyPR-MSAL, 2017). En los efectores públicos de salud de la ciudad de Rafaela, se incorpora a la cartera de métodos anticonceptivos (MAC) el IHSd a mediados de 2016 (casi en paralelo con el DIU-SIU). Inicialmente los mismos eran colocados sólo en el Hospital por profesionales tocoginecólogos y a partir de 2017 se extiende la práctica al Primer Nivel de Atención (PNA) distribuyendo los implantes a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de toda la ciudad.

Rafaela, capital del Departamento Castellanos, está ubicada al Centro-Oeste de la Provincia de Santa Fe. Es la tercera ciudad provincial en tamaño poblacional: según proyecciones realizadas a partir de los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC, 2010) -y tomando en consideración los registros sobre fecundidad, mortalidad y migraciones- en la ciudad de Rafaela habitan aproximadamente 104.000 personas (ICEDel, 2017) . Se trata de una población con *predominio de jóvenes* -44.6 % son menores de 30 años- y se destaca *un leve predominio del género femenino* -52,1%- , constatado con la “razón de masculinidad” que asciende a 91,8 hombres por cada cien mujeres (ICEDel, 2017). La red de efectores públicos de la ciudad de Rafaela está conformada por el *Hospital "Dr. Jaime Ferré"* - hospital nodal de financiamiento mixto de tipo participativo mediante el régimen de Autogestión de la Ley provincial S.A.M.Co; es Nivel V en complejidad y representa el Segundo Nivel de Atención local- y *11 Centros de Atención Primaria de Salud* que representan el PNA y tienen definidas áreas de influencia particulares diferenciadas del área programática del hospital en donde *73% de la población total* (72.454 habitantes) pertenece a zonas de georreferencia de los mismos (Nodo Salud Rafaela , 2018). La actual modalidad de *organización del trabajo de los CAPS* se produce mediante la lógica de Colegiados de Gestión (Campos, 2009) y desde este espacio, conformado por dos Coordinadoras de Subregión del Nodo de Salud, y en conjunto con un representante de cada equipo de salud de los CAPS, se discuten y planifican las micro-políticas de salud para el PNA. Actualmente el hospital está intentando trabajar con esta misma metodología y ha conformado un Colegiado de Gestión con Coordinadores de Cuidados

Progresivos específicos de área con el objetivo de integrar el trabajo de los distintos "servicios" de la institución y la articulación y referencia y contra-referencia con el PNA. Este proceso de transformaciones - que implica dejar de lado las viejas lógicas de la Administración e incorporar los modos de producción y organización del trabajo desde el concepto de Gestión en salud- se viene desarrollando hace aproximadamente 4 años y ha configurado un territorio de múltiples actores y disputas de poder y de sentidos como ocurre en cualquier proceso de "cambios de fondo". Es en este contexto técnico-político que se incorpora la AHSd como práctica a efectores públicos de salud de la ciudad. Con este trabajo de investigación pretendemos evaluar ese *proceso de incorporación de un nuevo método anticonceptivo* en los efectores públicos del PNA de la ciudad de Rafaela y reconstruirlo en relación a la *organización de las prácticas de los equipos de salud* y los *procesos de microgestión* asociados luego de dos años de su inicio.

## OBJETIVOS

**Objetivo General:** Evaluar el proceso de incorporación de la AHSd en los equipos de salud del PNA de los efectores públicos de la ciudad de Rafaela. **Objetivos específicos:** 1- Reconstruir el proceso de incorporación del IHSd a las prácticas de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolla cada equipo de salud del PNA. 2- Describir las modalidades de distribución, dispensa y aplicación del insumo en los distintos niveles de gestión. 3- Determinar la proporción de las usuarias que cumplen con los criterios de priorización del método establecidos por el PNSSyPR durante el período abril 2017- agosto 2018. 4- Determinar la tasa de extracción anticipada de IHSd, general y disgregada por CAPS, durante el período abril 2017-agosto 2018.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un **estudio evaluativo de tipo observacional descriptivo longitudinal cuantitativo** que desarrollamos en tres momentos metodológicos. **Primer Momento:** destinado a reconstruir el proceso de microgestión en la incorporación del nuevo método en los equipos de salud a través del contacto con sus protagonistas. Para ello realizamos las siguientes

actividades. **1. Entrevista con informantes claves:** Coordinadora de Cuidados Progresivos Materno-infantiles del Hospital "Dr. Jaime Ferre" Rafaela, Coordinadoras de Subregión Rafaela del Nudo Sanitario Región 2 y a la Farmacéutica responsable de la Droguería Nodal. Indagamos respecto al proceso de incorporación del IHSd desde el punto de vista de la gestión: incorporación del insumo, mecanismos de dispensación, capacitaciones a los equipos de salud, apreciaciones subjetivas del proceso. **2. Entrevistas con los equipos de salud del primer nivel de atención:** participamos de las reuniones semanales de planificación de los CAPS para conocer las prácticas de cada equipo en relación a la AHSd. Indagamos sobre organización de la práctica, modalidad de acceso de las usuarias, registros, dificultades en el proceso, asesoramiento y consejería a las usuarias, criterios del equipo para seleccionar a las usuarias, requisitos previos de colocación, reacciones adversas observadas y extracciones anticipadas. **Segundo Momento:** destinado a recabar información cuantitativa respecto a los implantes colocados en el período de tiempo estudiado. Para ello consultamos las siguiente fuentes de datos secundarias: **1. SICAP** (sistema informático de registro de atenciones y prácticas de todos los efectores del primer nivel de la provincia): se extrajeron datos sobre los IHSd colocados en los 11 centros de salud de la ciudad: cantidad total, edad de las usuarias y fecha de colocación y/o extracción. **2. Droguería Nodal:** se solicitó la cantidad total de IHSd dispensados por trimestre desde el inicio del proceso hasta el 31/8/2018 y disgregados por efector. **Tercer Momento:** realizamos la desgrabación de las entrevistas para su sistematización y análisis, utilizando la técnica de espiral interpretativo; y la tabulación y el procesamiento de los datos numéricos utilizando Excel.

## CONSIDERACIONES ETICAS

Los datos nominales extraídos de las fuentes de datos secundarias fueron borrados de la base de datos final con la que se trabajó en el estudio; se informó a todos los profesionales entrevistados respecto a los objetivos y metodología del trabajo de investigación y se les solicitó su consentimiento para ser entrevistados y grabados. No se presentó el protocolo ante Comité de Ética por la falta de existencia del mismo en nuestra localidad.



## RESULTADOS

De las entrevistas realizadas a los informantes claves y con los equipos de salud de los CAPS pudimos reconstruir el proceso de gestión y dispensa del insumo y su incorporación como práctica anticonceptiva primero en el Hospital durante el año 2016 y luego su utilización en el PNA a partir de abril de 2017. Esta reconstrucción fue complementada con el análisis estadístico de los datos cuantitativos obtenidos.

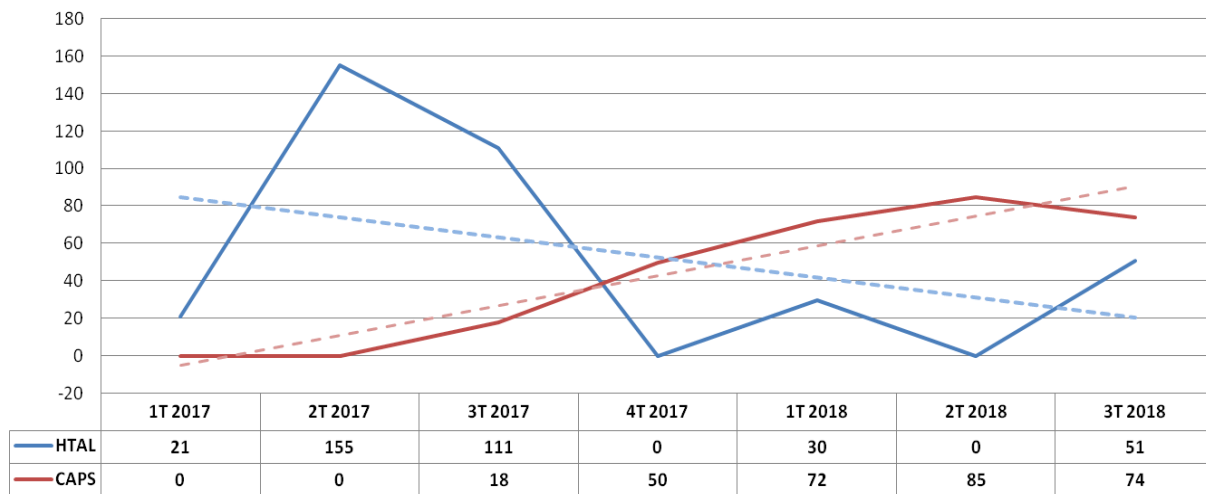
**Inicio de la AHSd:** La colocación de IHSd comienza en Rafaela en el marco de un proceso de transición de la dirección del hospital y transformación de los procesos de trabajo hacia el interior de los equipos de cada servicio descripto anteriormente en la contextualización de este trabajo. Cuando el nuevo director asignado conoce la disponibilidad de este nuevo MAC en la Droguería Nodal convoca a un grupo *profesionales del Servicio de Tocoginecología* del hospital que habían adquirido la destreza de colocación de IHSd durante sus residencias para que inicien la práctica. Colocaron implantes durante el año 2016 el Jefe de Servicio y una de las Jefas de Guardia quienes realizaron dicha práctica en *la Sala de Tocoginecología* del hospital y fueron capacitando a los concurrentes de la especialidad. Paralelamente comenzó a desarrollarse un *consultorio externo de Salud Sexual y Adolescencia (CeSSyA)* a cargo de la actual Coordinadora de Cuidados Progresivos materno-infantiles (especialista en ginecología infanto-juvenil) que también incorporó dicha práctica. Sólo fue posible acceder al registro escrito de los implantes colocados en ese espacio (que hoy continua otra profesional ginecóloga) ya que no hay registro informático de los colocados en la sala de Toco ginecología. En dicho consultorio se aplicaron **33 IHSd en 2016, 45 en 2017 y 2 en 2018**. En base a los diversos relatos obtenidos en las entrevistas, se puede inferir que la práctica en sus inicios no estaba enmarcada en los criterios de priorización del PNSSyPR o en una política institucional de SSyR o anticoncepción, por ello las usuarias que accedieron al método se seleccionaban en base a los criterios de elegibilidad de MAC de la OMS de acuerdo a la demanda: *"... se colocaron implantes a mujeres perimenopáusicas con contraindicaciones para uso de estrógenos o de otros MAC, mujeres con antecedentes de metrorragias y/o hipermenorreas y en algunas situaciones post Interrupción*

*Legal del Embarazo...*". El método empezó lentamente a ser conocido por las usuarias y a su vez se comenzó a derivar al CeSSyA a pacientes desde el Primer Nivel Atención para que se les coloque el método. *"...al observar la simplicidad de la práctica de colocación y el potencial como MAC de larga duración se realiza la propuesta a la dirección del hospital para impulsar esta práctica en los centros de salud donde hubo una excelente respuesta..."*. Se realizó una capacitación teórico-práctica ofrecida por el PNSSyPR convocando a los Equipos de Salud del PNA en abril de 2017 a través de la Coordinación de los CAPS y del Área de Cuidados Progresivos Materno-infantil del hospital. En la misma se expusieron los criterios de población objetivo priorizada y se realizó la práctica, en simuladores y luego en usuarias derivadas de 2 CAPS, de la técnica de colocación de los IHSd. A partir de la capacitación a los equipos del PNA se comenzó a promover el nuevo MAC en los centros de salud y creció exponencialmente la demanda del insumo. *"... había 50 implantes en la farmacia nodal y nadie los pedía y cuando se hace la capacitación en el primer nivel de atención no alcanzaban los insumos ..."*. En el período estudiado, desde abril de 2017 hasta agosto de 2018 se han colocado en los **CAPS un total de 316 IHSd: 173 en 2017 y 143 en 2018.**

**Gestión y dispensa del insumo:** Los MALD son provistos a las provincias a través del *Sistema de Aseguramiento de Insumos (SAI) del PNSSyPR*. En Santa Fe el circuito comienza en la *Droguería Central* que recibe los envíos del programa y distribuye, según la demanda, los IHSd a las *Droguerías Nodales* y desde éstas a los efectores. Una vez colocado el implante el profesional completa el *Formulario de Registro de las Personas Usuaris* con datos de la misma y el adhesivo del dispositivo colocado que debe entregarse a la Droguería Nodal y desde ahí se reenvían al PNSSyPR. Inicialmente la dispensa de los IHSd se realizaba desde Droguería Nodal a la Farmacia del Hospital y desde allí al resto de los efectores de la ciudad y también de la región. Pocos meses después del inicio de la colocación de los implantes en el PNA y con el objetivo de priorizar el recurso para los centros de salud, no sólo de la ciudad sino también de la región, se definió desde la Coordinación de los CAPS que los IHSd sean distribuidos desde la Droguería Nodal directo a los Centros de Salud independientemente de los dispensados a la farmacia del Hospital *"...los hospitales base tienden a chupar recursos y eso quita gobernabilidad al primer*

nivel, por eso la necesidad de una distribución específica de APS...". En el siguiente gráfico se muestran los implantes dispensados por Droguería Nodal a Hospital y CAPS durante el 2017 y el 2018 en donde se visualiza el aumento de la entrega en los CAPS (línea completa), relacionada a su vez con el aumento de la demanda, a partir de la entrega directa a los efectores y la tendencia (líneas entrecortadas) decreciente del Hospital versus la tendencia creciente de los CAPS.

**Cantidad de IHSd dispensados por Droguería Nodal por trimestre en Hospital y CAPS y tendencia general a lo largo del período 2017-2018**



**Dificultades y desafíos desde la perspectiva de la gestión:** Respecto a las dificultades mencionadas desde los espacios de gestión en relación a la solicitud, distribución y dispensa del insumo surgieron las siguientes situaciones: inicialmente, la primera dificultad se dio al momento posterior a la capacitación para los efectores del PNA, cuando la demanda del método aumentó súbitamente en un período breve de tiempo. *"...cuando se hace la capacitación en el PNA no alcanzaban los insumos, como cambió la demanda de un mes para otro, hubo que acomodar el pedido a la demanda."* Para comprender esta demora en la adecuación del insumo es importante conocer los mecanismos a través de los cuáles se obtiene el mismo, que en este caso es mediante compras centralizadas. Hay una serie de etapas para cumplimentar el proceso: el tiempo de licitación, la presentación de oferentes, la evaluación de las ofertas...Si alguna de estas etapas se retrasa, en consecuencia se retrasa también la

disponibilidad del insumo. Todo esto responde al inicio de la implementación de una nueva política cuando no se cuenta con ningún antecedente para estimar el volumen de la demanda. Respecto a las resistencias al interior de los equipos al momento de la dispensa del método, no se identificaron mayores cuestionamientos a la hora de ofrecer y administrar el IHSd. Sólo algunos profesionales en forma aislada se mostraron reticentes a la incorporación del mismo, pero no ofrecieron fundamentos ni evidencia que sustente su posición. Se destaca como importante reconocer que las preferencias o resistencias de los profesionales a prescribir determinados métodos pueden condicionar la accesibilidad a la anticoncepción *“...cuando van a vos, que estás en contra del método, tampoco vas a poder hacer el apoyo que necesita la paciente para sentirse más cómoda con el implante...”*. En relación con esto se subrayó que muchas de estas reservas al momento de prescribir MAC se vinculan a los perfiles formativos de los profesionales y a las habilidades y prácticas no adquiridas durante las instancias formativas que estos atraviesan; también se remarcó la necesidad de promover una modalidad de consejería que responda a un modelo de atención de la SSyR enmarcado en un enfoque de derechos humanos y con perspectiva de género *“...después siempre hay distintas opiniones profesionales acerca de los MAC que son las que direccionan las consejerías. Entonces, hay que trabajar con los profesionales para que la decisión sobre el MAC la tome la paciente y también trabajar que la anticoncepción no es asunto exclusivo de las mujeres sino de todos quienes deciden tener vida sexual activa, y en este sentido promocionar MAC que también puedan ser asumidos por los hombres como uso de preservativo, que cada día se encuentra más resistencia para el uso del mismo y promoción de anticoncepción quirúrgica masculina. ¿Por qué la mujer tiene que poner el cuerpo para todo? Ponemos el cuerpo para el embarazo, ponemos el cuerpo para el parto, ponemos el cuerpo para la lactancia y ¿también para la anticoncepción?...”*. En cuanto al uso racional del insumo se focalizó sobre la importancia de que en la consejería se aborden con claridad las ventajas y desventajas de cada MAC para prevenir posible discomfort con el método debido a reacciones adversas conocidas y en el caso particular del IHSd evitar la extracción anticipada *“...es importante presentar todas las opciones y ser claros en la consejería acerca de los pro y los contra y los cuidados a tener con cada método, pero a veces eso nos falta. Cuando no trabajas con el otro, cuando no hay suficiente tiempo de consejería surgen estas*

*cuestiones de querer sacarlo antes de tiempo...". Por último, se hizo hincapié en la necesidad de construir acuerdos al interior de los equipos de salud en pos de consolidar la incorporación de esta nueva política a la práctica habitual de los CAPS "...en los equipos cuando hay personas que no se sienten parte sabotean los procesos. Entonces hay que ocuparse de incluir a todos los integrantes en estos para poder llevar adelante las tareas que nos corresponden, lo que muchas veces queda en segundo plano por la demanda de atención que nos sobrepasa..."*

### **Procesos al interior de cada equipo de salud del PNA:**

**CAPS N° 1:** el equipo de salud está conformado por tres enfermeras, dos médicas generalistas, una médica con dedicación a pediatría, una residente de medicina general, una psicóloga, dos kinesiólogos, tres administrativas y un odontólogo. Tiene 5085 personas adscriptas, un promedio mensual de 1700 atenciones entre enfermería y medicina y su horario de atención es de 7 a 17 hs. En este efector, previo a la distribución de implantes para ser colocados en los centros de salud, se derivaron y acompañaron *15 usuarias al hospital entre abril 2016 y abril de 2017*. Posterior a la capacitación para los equipos de salud y la distribución de los implante en los CAPS, se colocaron durante el período estudiado **76 IHSd (46 en 2017 y 29 en 2018) y se extrajeron 7**. La colocación de implantes en este CAPS se inició mediante la promoción activa del método a las usuarias que el equipo consideraba candidatas a un MALD. Las cuatro primeras fueron invitadas a colocarse el implante en la capacitación de los equipos de salud previo asesoramiento; a esta capacitación asistió una de las médicas generalistas que actualmente coloca implantes ya que la otra médica había adquirido la destreza previamente acompañando a las pacientes a colocarse el implante en el hospital cuando todavía no estaban disponibles para la colocación en el CAPS. En esa primera instancia, los **criterios de priorización** del insumo incluyeron principalmente usuarias adolescentes y jóvenes en situación de vulneración de derechos con gestas previas y/o dificultades en el uso correcto de otros MAC; la gran mayoría de ellas pertenecía a grupos familiares con los que se venían desarrollando diversas intervenciones socio sanitarias. Se realizó una búsqueda activa de estas pacientes y la consejería estuvo a cargo de las médicas generalistas y se realizaba la colocación del implante a la brevedad en el caso de que la usuaria aceptara el método. Durante este proceso inicial se le

enseñó a una de las enfermeras a colocar los implantes para sumarla al proceso de asesoramiento y colocación *"...apenas empezamos a colocar le enseñamos a una de las enfermeras que estaba interesa y enseguida empezó a colocar implantes a la par nuestra, además es la que mejor técnica de extracción tiene así que los implantes que debemos extraer se los derivamos a ella..."*. El método se hizo popular entre las usuarias y la demanda aumentó y los criterios de priorización se hicieron más flexibles incluyendo a mujeres con contraindicaciones a estrógenos e intolerancia a otros MAC hormonales o trastornos del ciclo a pesar de no estar incluidas en el rango de edad priorizado desde el PNSSyPR: *"... para nosotros una solicitud de anticoncepción o dificultades con la misma son consideradas emergencias y además no le negamos el implante o cualquier otro método a nadie si está disponible..."*. En los períodos de faltantes de insumo se creó una lista de espera que superó ampliamente la disponibilidad del mismo, situación que el equipo marca como **principal dificultad**: *"...cuando empezó el periodo de faltante la lista de espera llegó a ser de 30 usuarias interesadas en el método que concurrían varias veces al mes a preguntar si habían llegados los chips ... esto nos hizo ver la necesidad imperiosa de muchas mujeres de acceder a un MALD y que no requiera de una conducta sistemática de administración como los ACO o los ACI... ofrecimos DIU y Ligadura pero no tuvo la misma aceptación..."*. En relación a la **modalidad de acceso al método** el equipo relata que las usuarias suelen consultar en administración por "el chip" y que desde ahí, previa toma de datos personales con teléfono, se las deriva con la medica generalista que esté atendiendo en ese momento o con la enfermera que coloca implantes para que se le realice una breve consejería y se programe un turno a la brevedad para un asesoramiento más completo, se adopta esta modalidad con el objetivo de *"...no perder oportunidades"*. Además se les ofrece sistemáticamente a las embarazadas menores de 25 años en las últimas consultas prenatales y a las adolescentes cuando concurren a realizar los certificados escolares. Como **requisito previo** se solicita siempre test de embarazo realizado el día de la colocación exceptuando puérperas a las que se las cita a los 21 días postparto para la colocación sin test previo. El equipo manifiesta como otra dificultad la necesidad de realizar test de embarazo en sangre, dilatando el momento de colocación, debido a los faltantes periódicos de test de embarazo en orina. La **modalidad de registro** es en SICAP y en un fichero calendario con los datos personales de las pacientes

ordenados por fecha de extracción; en el mismo se incluyen también las pacientes del área programática o adscriptas al centro de salud que se hayan colocado el implante en otro lugar: *"... para nosotros la principal importancia del fichero radica en poder anticiparnos al momento de extracción para poder ubicar y avisarles a las usuarias que deben concurrir a sacárselo..."*. En relación a las **reacciones adversas** observadas refieren que la más frecuente es la amenorrea y es bien tolerada por todas las usuarias aunque es motivo de consulta frecuente a pesar del reaseguro y la información dada en la consejería previa *"...muchas al principio consultaban solicitando test de embarazo porque no les venía, recordaban que les habíamos dicho que lo más probable era que no menstruaran mas pero igual necesitaban confirmar con el test..."*; se han presentado a su vez casos de cefalea intensa que no ha cedido con AINES, un caso de problemas digestivos intensos (náusea, vómito y dolor abdominal persistente) y un caso de molestias persistentes en el sitio de colocación asociado a hipermenorrea que han sido **motivos de extracción**. El aumento de peso no constatado es un motivo de consulta frecuente y el equipo refiere que realiza reaseguro permanente de las pacientes en relación a esto ya que es asociado a solicitud de extracción. Por último mencionan como una preocupación **la circulación de falsa información** a través de las redes sociales y el refuerzo de esto por parte de algunos profesionales de los equipos de salud (incluyendo una profesional enfermera de este CAPS) en relación a mitos sobre el implante que son motivos de consulta de las usuarias y de otras pacientes no usuarias del método que requieren de reaseguro. En estas situaciones se hace énfasis en toda la información científica disponible que avala la eficacia y seguridad del método para evitar que se siga divulgando información falsa o tergiversada.

**CAPS N° 2:** el equipo está conformado por tres médicos generalistas, una residente de medicina general, una pediatra, dos administrativos, psicóloga, nutricionista y odontóloga. En este centro el horario de atención es de 6 a 18; tiene una población adscripta de 6492 usuarios y un promedio de 2000 atenciones mensuales. En el período estudiado en este CAPS se ha colocado un total de **47 IHSd (17 en 2017 y 30 en 2018) y se extrajeron 3**. El equipo relata que el **asesoramiento** es realizado por todos los médicos y enfermeras pero sólo colocan implantes una médica residente de medicina general y una médica generalista que asistieron a la

capacitación de equipos de salud. Durante el asesoramiento se informa sobre todos los métodos anticonceptivos y las reacciones adversas posibles. A su vez, algunos integrantes del equipo focalizan en la consejería la probabilidad alta de presentar amenorrea utilizando el implante "*...remarcamos esto porque hay pacientes a las que les pesa no menstruar todos los meses...*" y otros sobre la ventaja del implante por sobre otros MAC ya que éste es independiente de la adherencia de la usuaria en relación a los olvidos, las mujeres que presentan dificultades en el uso de otros MAC "*...pasan de la mano de uno de los profesionales que referencia a los profesionales que colocan...*" para ofrecer el implante. El personal administrativo y de enfermería, debido a que se encarga de la dispensa directa de los MAC, detecta a las pacientes con problemas en la adherencia a AOC y AIC y las referencian para consejería para implantes. A su vez **acceden** también a la consejería específica de implantes todas las usuarias detectadas por los profesionales del equipo en consultas varias, todas las que solicitan el método y especialmente las mujeres que concurren al control del recién nacido con la pediatra y son referenciadas inmediatamente con la residente de medicina general. El equipo refiere adherir a los **criterios** de priorización del PNSSyPR y además han consensado promover de manera activa el implante en mujeres con riesgo obstétrico, contraindicaciones para el uso de otros métodos y situación de vulneración de derechos; para esta última opción se reserva un stock de implantes ya que es considerado como una "emergencia" y debido a que han tenido períodos de faltante del insumo. La **gestión del insumo** es coordinada principalmente por una administrativa que solicita a la farmacia nodal los implantes, los mismos deben ser retirados por algún miembro del equipo salud con movilidad propia lo que fue marcado como una dificultad en la gestión; la misma los recibe y coloca en cada caja de implante una ampolla de lidocaína y un formulario de registro y los almacena en la administración con el resto de la canasta de MAC. Además se encarga del stock para "emergencias", gestiona los turnos de las pacientes y en períodos de faltante registra a las usuarias en una lista de espera y las contacta cuando el insumo está disponible. Como **requisito** previo a la colocación del implante, se solicita test de embarazo solo a aquellas pacientes que refieren FUM incierta. El **registro** de la práctica se realiza en SICAP y a su vez la residente de medicina general tiene un registro de los implantes colocados por ella. Con respecto a las **dificultades con el insumo** han mencionado: los períodos



prolongados de faltante del mismo, la necesidad de retirarlo personalmente y la particularidad de la población adscripta al CAPS en relación a las vías de comunicación para avisar la llegada del insumo: *"...acá en el barrio los números de teléfono duran una semana y es re difícil re-localizar a la paciente en lista de espera..."*.

**CAPS N° 3:** conforman el equipo una médica generalista, un pediatra, dos enfermeros y una administrativa. Tiene 6339 adscriptos y un promedio mensual de 800 atenciones; el horario de atención es de 6 a 12 hs. En el periodo estudiado el equipo refiere que ha colocado un total de **19 IHSd -sólo 15 se encuentran registrados en SICAP- 10 fueron colocados en el 2017 y 5 en 2018 y se extrajeron 2**. Se inició la práctica de AHSd con una usuaria del centro de salud que participó de la capacitación de los equipos como voluntaria y a la misma asistió la médica generalista. Posteriormente los implantes colocados fueron en función de la solicitud expresa de las usuarias que conocían previamente la disponibilidad del mismo y además se adecuaban a los **criterios seleccionados** por el propio equipo para priorizar el recurso. En relación a esto, además de adherir al criterio de priorización propuesto por el PNSSyPR, el equipo selecciona usuarias con gesta previa e historia de mala adherencia al control prenatal y/o mala adherencia a otros MAC. En este centro el **asesoramiento** es brindado por la medica generalista e incluye la consejería en opciones de otros MAC, las reacciones adversas posibles del implante y se refuerza el concepto de que se trata de un MALD de alto costo que debe ser utilizado racionalmente para evitar extracciones anticipadas: *"... a las usuarias con dudas les recomiendo el uso de métodos convencionales para no desperdiciar un recurso importante, valioso y carísimo en una persona que después no lo va a aceptar..."*. El personal de enfermería asiste en el proceso de colocación: *"...la doctora fue la protagonista de todo, nosotras solamente ayudamos..."* pero estaría dispuesto a realizar la práctica de ser necesario. La **modalidad de acceso al método** implica una consejería previa a cargo de la médica generalista mediante la entrega de turno programado en horario especial y ante la solicitud de la usuaria. Posterior a la consejería, quienes deciden usar el método, son derivadas a una segunda consulta para la colocación del mismo que se programa en base a la agenda diaria de consultas y la demanda habitual del centro; de todos modos se considera la colocación en la misma consulta de la

consejería si la usuaria refiere dificultades para acceder en otro momento. Como **requisito previo** se solicita un test de embarazo que la usuaria debe realizar el mismo día del turno asignado para la colocación y además se firma un consentimiento informado. Luego el **seguimiento** de la paciente se realiza en función de la demanda de la misma en relación a la aparición de reacciones adversas o nuevas dudas respecto al método. En general el equipo relata buena tolerancia y adherencia "*...las pacientes lo aceptan re bien, lo aceptan con gusto...*"; las principales consultas posteriores a la colocación fueron vinculadas a eventos adversos y deseo de maternidad que pudieron resolverse mediante asesoramiento y reaseguro de la paciente exceptuando las dos circunstancias que culminaron con la extracción anticipada del implante. Una de las situaciones se asoció a intolerancia constatada que no resolvió con tratamiento específico y la otra por *disconfort* con el método no asociado a la presentación de eventos adversos constatadas en el contexto de un padecimiento subjetivo de la paciente; esta situación continuó con un embarazo no deseado que culminó en la interrupción del mismo. El **registro** de la práctica se realiza en SICAP y además existe un registro especial llevado a cabo por la médica generalista en donde consta los datos personales de la usuaria, la fecha de colocación y el adhesivo rotulado del implante colocado. En relación a las dificultades **en el acceso al insumo** el equipo refiere que como la demanda del mismo no es elevada nunca han tenido faltantes.

**CAPS N° 4:** el equipo está conformado por 2 médicas generalistas, una médica pediatra, una médica ginecóloga, un odontólogo, una psicóloga, una médica residente de medicina general y dos administrativas. Su horario de atención es de 6 a 18 hs, tiene un promedio mensual de 2000 atenciones y 10.101 adscriptos. Durante el periodo estudiado se han colocado 78 IHSd (36 durante 2017 y 42 durante 2018) y 2 fueron extraídos. Los implantes son colocados por la médica residente y por la ginecóloga. El resto del personal no coloca. Cuando se realizó la **capacitación** para equipos de salud, asistió una médica generalista que actualmente no está trabajando en este centro. La ginecóloga había recibido capacitación para la práctica durante su residencia y la residente, que se encontraba de licencia, fue capacitada por una compañera residente. Respecto a la **modalidad de acceso al método**, las pacientes

generalmente inician su recorrido por enfermería, donde son controladas previo a la consulta médica. Habitualmente, en el contexto del primer control de recién nacido las pacientes son referenciadas para control puerperal, donde reciben consejería sobre MAC *“...cuando citamos a una paciente para el control del bebé, desde enfermería le damos un turno en el puerperio para que sea examinada por un médico y este le explique sobre los diferentes MAC...”*. Las pacientes que se acercan voluntariamente a solicitar anticoncepción fuera del contexto de puerperio deben sacar turno programado para consejería en anticoncepción. Una vez que la paciente elige usar el implante se le programa turno para la colocación del mismo y se les solicita que realicen test de embarazo el día previo a la colocación. En relación con la disponibilidad del insumo, al principio hubo un gran aumento de la demanda, razón por la cual debió confeccionarse una lista de espera para acceder al método *“...las pacientes se empezaron a contar entre ellas y se acercaron a solicitarlo...”*. El personal de administración tuvo a cargo la confección de la lista con los datos de las pacientes; a medida que llegaba el insumo se tomaba contacto con ellas, previa consulta con los médicos para coordinar cuántos turnos podían dar ese día. En casos particulares *“de extrema necesidad”* y siempre y cuando haya insumo disponible se coloca el implante en el momento de la solicitud, pero en líneas generales la colocación es diferida. En este centro de salud no se cuenta con ningún registro específico de las usuarias de implante, solamente se carga la práctica en SICAP. En cuanto a la **extracción anticipada**, la residente de medicina general retiró 2: una paciente que luego de 5 meses aproximadamente de la colocación consultó por una reacción alérgica local asociada a prurito y dolor que no cedió con tratamiento. El otro caso fue una paciente que consultó luego de un año de haberse colocado el implante porque el mismo estaba partido. Como **obstáculos administrativos** para la obtención del insumo el equipo planteó la necesidad de ir a buscarlos a la farmacia nodal *“...nos manejamos bien con mucha voluntad, porque hay que retirarlos al otro lado de la ciudad y primero llamar por teléfono para ver si hay. No es imposible pero podría ser más ágil y llegar con el resto de la medicación...”*. Acerca de la aceptación del método por parte de la población refieren que en general hay buena respuesta, algunas pacientes reconsultan por referir aumento desmedido de peso asociado al implante y con reaseguro continúan utilizando el método. También se han recibido algunas consultas por temor de embarazo ante la amenorrea

y en estos casos se entrega test de embarazo para reasegurar a la paciente. Cabe destacar que la ginecóloga es la única profesional que no participa de las reuniones de planificación, motivo por el cual no hay criterios compartidos en cuanto a priorización de usuarias o requisitos previos a la colocación del IHSd.

**CAPS N° 5:** el equipo de este centro está conformado por una médica generalista, una médica pediatra, dos enfermeras, un administrativo, una odontóloga y una psicóloga. Tiene 4336 adscriptos y un promedio de 1380 atenciones mensuales; su horario de atención es de 6 a 12 hs. La medica generalista no coloca implantes y no asistió a la capacitación de los equipos de salud. En las situaciones en las que las usuarias solicitan el método, son referenciadas con la ginecóloga del CAPS N° 4 para su asesoramiento y colocación, pero el equipo que referencia gestiona el insumo.

**CAPS N° 6 y 7:** en ambos centros se desempeña la misma médica generalista; abren de 6 a 12 hs y cuentan con una enfermera y administrativo cada uno; a su vez en el CAPS 6 hay odontología y kinesiología y en el CAPS 7 hay una psicóloga y una gineco-obstetra (la misma que concurre al CAPS 9). En el CAPS 6 hay 3705 adscriptos y el promedio de atención mensual es de 480; en el CAPS 7 hay 2505 adscriptos y tiene un promedio de 400 atenciones mensuales. La medica generalista de ambos CAPS no ha colocado implantes a la fecha y la gineco-obstetra del CAPS 7 no recomienda MALD por lo que en ambos CAPS no se ha realizado promoción activa del método "*... en general de esas cosas se encarga la doctora y no lo comenta con nosotras...*". Actualmente a raíz de un reemplazo por licencia de la medica generalista que atiende en ambos centros, se está promocionando el método y ya se ha colocado un implante.

**CAPS N° 8:** este centro cuenta con una médica clínica, un médico generalista, una psicóloga, dos enfermeras, una odontóloga y una administrativa; abre de 6 a 12 hs, tiene 4494 adscriptos y un promedio mensual de 900 atenciones. Se han colocado en total 29 IHSd (17 en 2017 y 12 en 2018) y se han extraído 2. La **promoción del MALD** la realiza todo el equipo, pero es el servicio de enfermería el que aporta la mayor captación de las pacientes y quien promovió

inicialmente el método "...por enfermería pasan todos los pacientes, entonces cuando las mujeres venían para las anticonceptivas empezamos a promover el implante...". A su vez las enfermeras realizan la consejería previa informando sobre las características del método, las reacciones adversas posibles, cómo es el procedimiento de colocación y la consejería posterior entregando preservativos y un comprimido de ibuprofeno, brindando asesoramiento sobre prevención de ITS e indicando las pautas de cuidado. La **modalidad de acceso al método** por parte de las usuarias es también a través de enfermería; son citadas posterior a la consejería mediante un turno programado al finalizar el horario de atención habitual y la práctica de colocación la realiza el médico generalista que asistió a la capacitación de implantes. Como **requisito previo** se les solicita un test de embarazo que deben realizar en el día fijado para la colocación. La **modalidad de registro** es a través de un fichero especial, gestionado por enfermería, de las pacientes a las que se les ha colocado implantes donde se consignan los datos personales, los antecedentes ginecoobstétricos y la fecha de colocación y de extracción. En las situaciones en las que hubo faltante del insumo, principal **dificultad** mencionada por el equipo, se realizó una lista de espera, se garantizó otro MAC y al llegar los implantes se les recitó para colocarlos.

**CAPS N° 9:** el equipo de este CAPS está conformado por un médico generalista, una gineco-obstetra, dos enfermeras, dos administrativas, una odontóloga y una psicóloga. Tiene 4913 adscriptos, 1400 atenciones mensuales en promedio y su horario de atención es de 6 a 12 hs. En este CAPS existía la demanda del método pero no había ningún profesional que lo colocara (la gineco-obstetra del CAPS no recomienda ni prescribe métodos de larga duración y el médico generalista no había podido asistir a la capacitación de equipos de salud). A raíz de un reemplazo por licencia del médico generalista, la generalista que asume ese reemplazo capta la demanda y en conjunto con enfermería y una residente de medicina general se convoca a 8 usuarias interesadas para realizar una consejería grupal y la colocación de los implantes en junio de 2018. En esa instancia participó el médico generalista de dicho CAPS, momento donde adquirió la práctica y es actualmente quien garantiza el acceso a la AHSd acompañado por el personal de enfermería que promueve el método, no así por la profesional ginecóloga. De los 8

implantes colocados uno ha sido extraído por hipermenorrea que no respondió a tratamiento farmacológico.

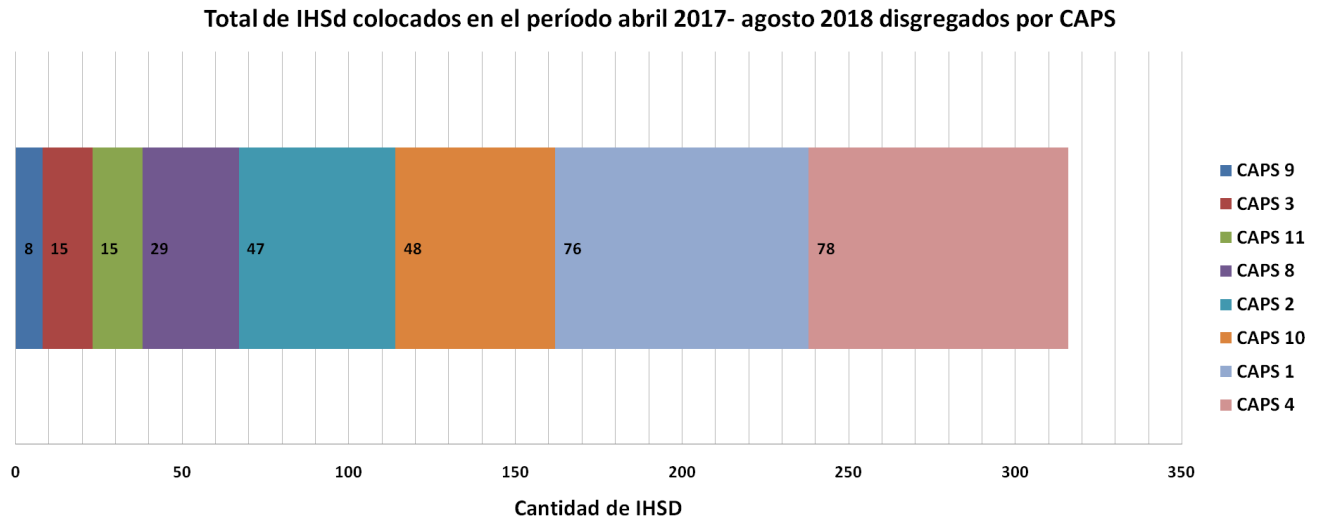
**CAPS N° 10:** el equipo está conformado por una médica generalista, dos enfermeras, una nutricionista, una psicóloga, una trabajadora social, una agente comunitaria y una administrativa. Tiene 1236 adscriptos, 490 atenciones mensuales promedio y abre de 7 a 15 hs. Durante el período estudiado se han colocado **48 IHSd (40 en el 2017 y 8 en el 2018) y se ha extraído 1**. En la entrevista el equipo manifestó que la anticoncepción es una prioridad en sus prácticas habituales: *"... para nosotros como equipo el tema de anticoncepción es una emergencia y si alguien consulta para saber cómo cuidarse no se va sin un anticonceptivo, no importa si se captó en enfermería o en ventanilla con la administrativa o si no concurre como paciente sino como acompañante, se toma enseguida igual..."*. La **promoción** inicial del implante fue de todo el equipo y hubo buena respuesta de la comunidad con el método. El mismo se ofrece activamente en las diversas consultas de usuarias que tienen **criterios de priorización** definidos por el propio equipo: además de focalizar en la población de 15 a 25 años y en las gestas previas *"...un gran problema acá es el embarazo adolescente..."* se incorporó al grupo destinatario prioritario desde el inicio a mujeres en situación de vulneración de derechos conocidas y trabajadas por el equipo. Para la colocación se cita a las mujeres en el horario final de atención del centro en relación a la demanda diaria pero en los casos que el equipo considera "urgentes" se realiza la colocación el mismo día de la consulta y/o se adapta los horarios disponibles de las usuarias. La colocación está a cargo de la médica generalista que asistió a la capacitación de implantes pero una de las enfermeras manifestó interés en aprender la práctica.

**CAPS N° 11:** el equipo está conformado por una médica generalista, una enfermera, una nutricionista, un odontólogo y una administrativa. Tiene 406 adscriptos y 450 atenciones mensuales promedio. Se colocaron **16 implantes (7 en 2017 y 9 en el 2018) y no se extrajo ninguno**. Quienes colocan implantes son la médica generalista y la enfermera. En cuanto al **sistema de registro**, se carga en SICAP y se registra en la historia clínica de la paciente.

Actualmente la enfermera está confeccionando un fichero calendario, pero no cuentan con todos los datos registrados en las planillas que se entregan al PNSSyPR "*...como buscar a las pacientes con implantes colocados en cada historia clínica se complica, comenzamos un registro de tipo fichero calendario, para poder facilitar en un futuro la identificación de las pacientes a quienes debemos contactar para extracción del implante...*". En cuanto a la **modalidad de acceso**, la mayoría fueron colocados por solicitud de las pacientes y durante consejería de anticoncepción en puerperio. Por el costo y la dificultad para disponer del recurso priorizan adolescentes hasta 19 años con antecedentes obstétricos, en especial con gestas múltiples. Dado que la generalista del centro coloca DIU, optan por ofrecer ese método a las mujeres multíparas mayores de 19. Refieren no haber extraído ningún implante por reacciones adversas conocidas. Sin embargo, son frecuentes las consultas por solicitud de extracción debido a cefaleas, alteraciones del ciclo menstrual y aumento de peso que las pacientes atribuyen al implante. Algunas pacientes solicitan periódicamente test de embarazo para constatar que la amenorrea no sea causada por una gesta "*...ya sabemos que no están embarazadas, pero les damos el test igual, así se quedan tranquilas...*". También reciben consultas frecuentes por dolor y prurito en zona de colocación del implante. En cuanto al **momento y requisitos para la colocación**, en general los colocan en cualquier momento del ciclo, no piden test de embarazo previo a todas, solo lo solicitan si la paciente refiere FUM incierta. Justifican esta práctica en que la mayoría de las pacientes que se colocaron implante venían utilizando regularmente otros métodos, estaban todas identificadas por la enfermera -quien se encarga de la dispensa de MAC en el centro de salud en conjunto con la administrativa. Cuando no disponen del insumo, la enfermera registra datos de la paciente para contactarla y le ofrecen otro método hasta que el mismo llegue. Como **obstáculos** en cuanto a la obtención del insumo destacan el hecho de que para disponer de los implantes alguien del equipo debe retirar los mismos en la droguería central.

**La producción de los CAPS en números:** Como referimos anteriormente, durante *el período abril 2017-agosto 2018 se han colocado 316 IHSd en los CAPS de la ciudad*. En el

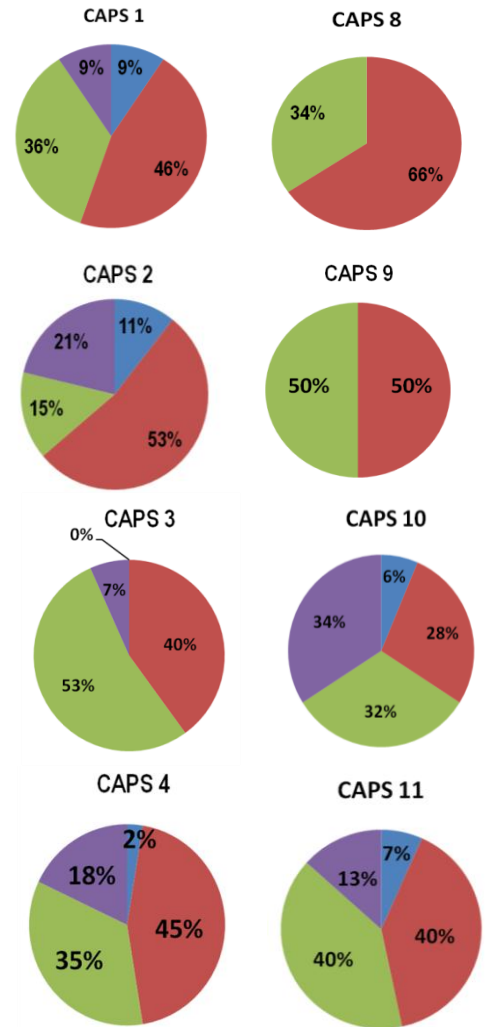
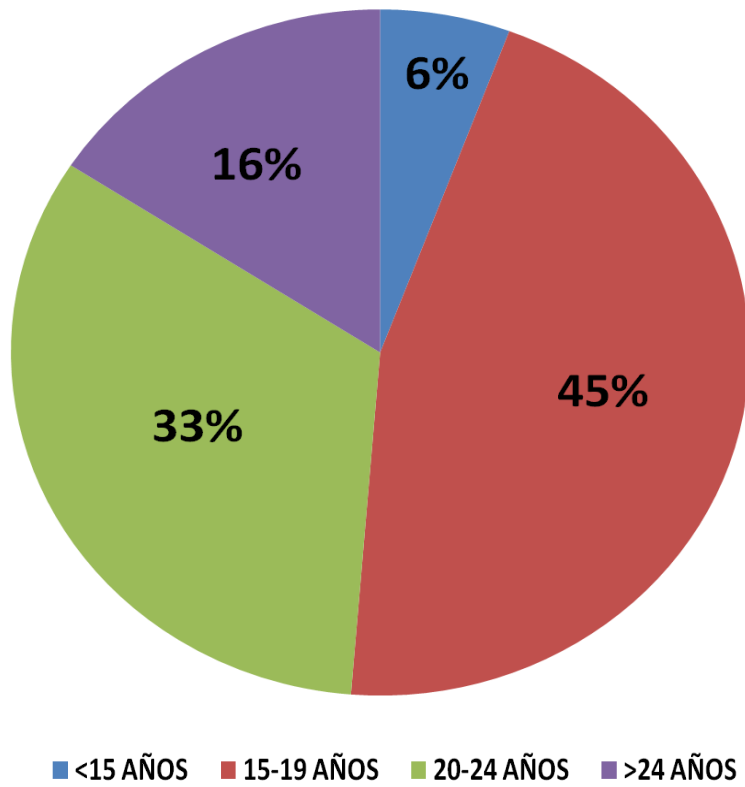
siguiente grafico se resume la cantidad total de implantes colocados disgregados por CAPS (están incluidos sólo los centros donde se realiza la práctica).



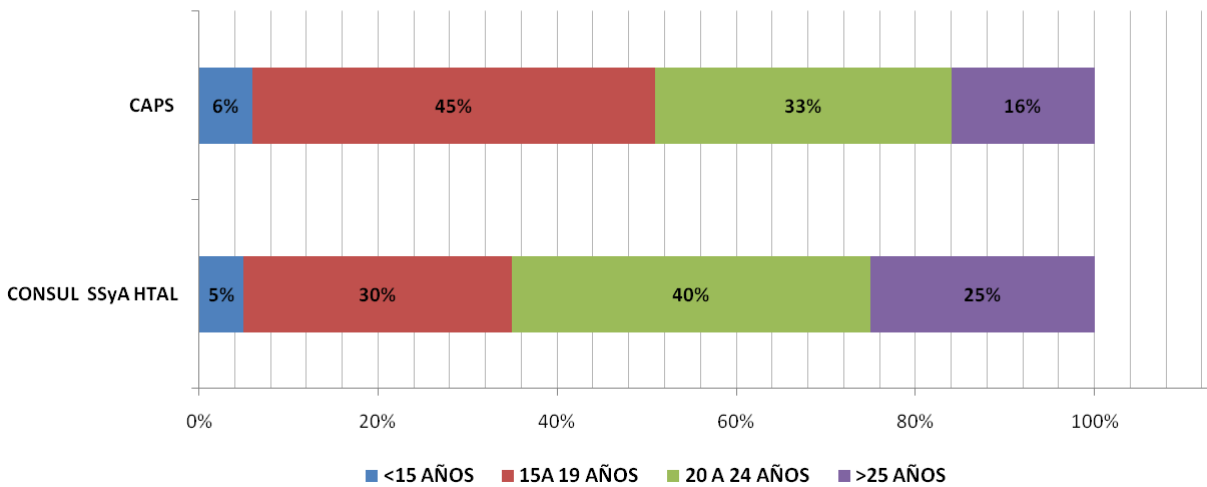
En relación a la proporción de usuarias que cumplen con los actuales ***criterios de población objetivo establecidos por el PNSSyPR***, observamos que ***el 78 % de las usuarias seleccionadas en el periodo estudiado están incluidas en los mismos***. Si bien en el análisis individual de cada CAPS todos superan el 60% de usuarias dentro de la población objetivo priorizada, se presentan algunas singularidades a destacar: los CAPS 8 y 9 no han incluido usuarias por fuera de los rangos de edad incluidos en el programa; el CAPS 10 es el que presenta mayor proporción de usuarias de más de 25 años y los CAPS 1 y 2 mayor proporción de usuarias menores de 15 años. El gráfico a continuación resume los resultados totales y de cada centro obtenidos del análisis de los datos extraídos de SICAP.



**Proporción de IHSd colocados en el período abril 2017-agosto de 2018 según rango de edades Total y disgregados por CAPS**

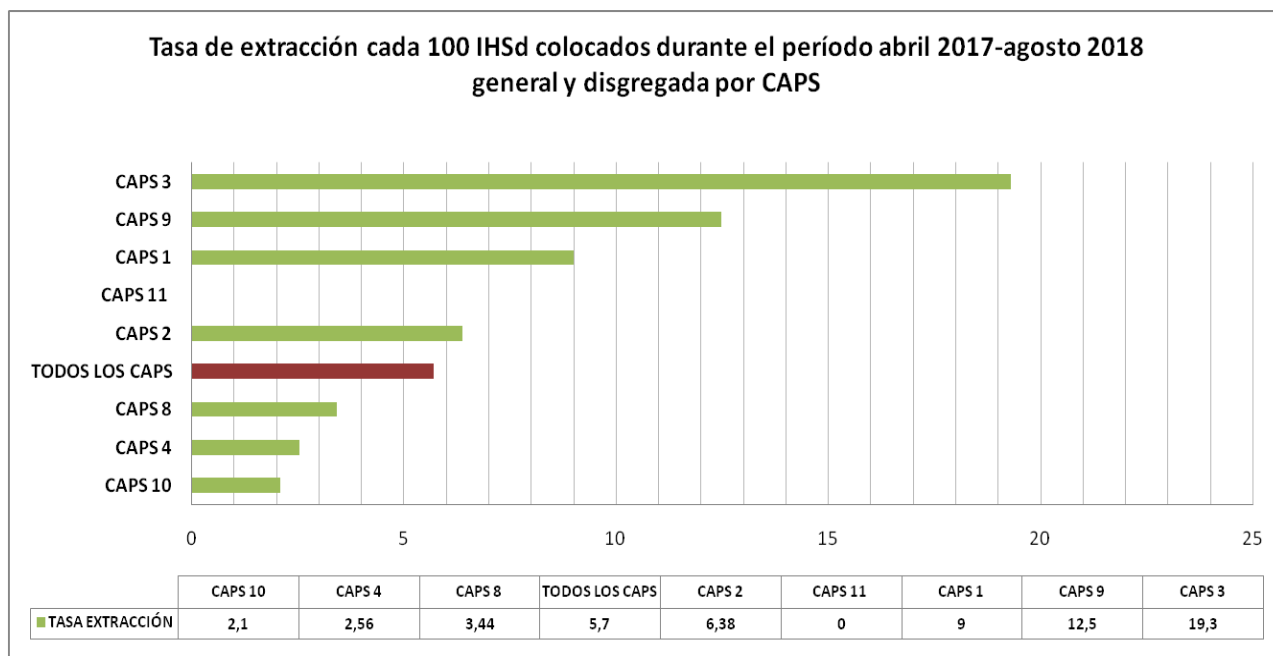


**Proporción de IHSd colocados durante el período abril 2017-agosto 2018 según rango de edades en CAPS y Consultorio de SSyA del Hospital**



Como se observa en el anterior gráfico, si comparamos la **proporción de implantes colocados según rangos de edad en los centros de salud vs. el consultorio de SSyA del Hospital**, se evidencia un mayor porcentaje de adolescentes entre 15-19 años que recibieron el método en el PNA en relación con las captadas por este consultorio del hospital destinado específicamente a esta población.

La **tasa general de extracción anticipada** de implantes (calculada como la cantidad de implantes extraídos cada 100 implantes colocados durante el período abril 2017-agosto 2018) fue de **5.7**. En el siguiente gráfico se pueden observar las tasas de extracción de cada centro ordenadas de mayor a menor y su relación con la tasa promedio general.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Del análisis de la reconstrucción del proceso de incorporación del nuevo MAC a las prácticas de SSyR de los equipos de salud del PNA podemos inferir, en primer lugar, que la accesibilidad al IHSd está directamente relacionada con los procesos de organización del trabajo de cada equipo. Los CAPS que consideran la anticoncepción como una emergencia, y que presentan modalidades de atención más flexibles, menor burocratización del proceso de

dispensa y mayor diversidad de profesionales que promueven y administran el método, son aquellos que orientan sus prácticas a las necesidades de anticoncepción de las usuarias y que más IHSd han colocado.

En relación a esto, también es importante destacar el rol que desempeña enfermería en la accesibilidad a las prácticas de anticoncepción en los CAPS: en la mayoría de ellos son las enfermeras quienes se encargan de la dispensa de los métodos; esto les permite identificar problemas de adherencia de las usuarias y brindar asesoramiento oportuno. En algunos de estos centros fueron ellas quienes tomaron la iniciativa en la promoción activa del método y actualmente sostienen el proceso a pesar de no haber participado de la instancia de capacitación para su colocación. Ésto permite reconocer aun todavía vestigios del modelo medico-hegemónico en las prácticas de los equipos de salud. Por ello nos parece importante, como propuesta a futuro, diversificar los tópicos de las capacitaciones destinadas a enfermería - actualmente centradas en salud materno infantil e inmunizaciones - incorporando espacios de formación específicos en SSyR. A su vez, el hecho de que en dos centros de salud el personal de enfermería sea también proveedor del método permite poner en tensión los imaginarios del resto de los equipos de salud que vinculan determinadas prácticas exclusivamente con la figura del profesional médico. Consideramos que el IHSd puede ser administrado por cualquier proveedor debidamente capacitado y que esto aporta no sólo al aumento de la capacidad instalada de los equipos en relación a la práctica y a la accesibilidad de las usuarias a la misma, sino que también promueve la democratización del conocimiento y la circulación del poder hacia el interior de los equipos. Asimismo, y en base a los relatos que permiten vislumbrar que las posiciones individuales de algunos profesionales obstaculizan los procesos colectivos y por ende se constituyen en barreras en el acceso a los DDSSyRR, nos parece necesario promover activamente la formación e incorporación de trabajadores al sistema público de salud que comprendan su rol como garantes de derechos y puedan enmarcar sus prácticas en una perspectiva de género.

Respecto a la selección de las usuarias del MAC, se pudo observar que la adherencia a los criterios de priorización propuestos por el programa se fortalecieron a partir de la incorporación del IHSd al PNA luego de la capacitación destinada a los centros de salud, a diferencia de la modalidad de selección de las mismas cuando la dispensa del MALD sólo se realizaba en el hospital. Esto pone de manifiesto la necesidad de promover la adscripción de los equipos de salud a las políticas y programas sanitarios, considerando que la consolidación de las mismas a nivel territorial es la única garantía del cumplimiento de sus objetivos. Por otra parte, es importante visualizar cómo este proceso de adscripción a los objetivos propuestos generó una apropiación del recurso, en donde mediante la ampliación de los criterios de la población objetivo - recogiendo las singularidades de cada comunidad- se adaptó esta macropolítica a las necesidades de la misma, a través de la incorporación del concepto de vulneración de derechos. En palabras de Hugo Spinelli: no hay política sin sujetos (Spinelli, 2010) . Por otro lado, se evidencia a partir del análisis cuantitativo de los datos y del relato de informantes claves, que el papel de los centros de salud en la promoción y dispensa del MAC constituyó un punto de inflexión en el acceso de las usuarias al mismo: esto legitima al IHSd como una tecnología apropiada para el PNA como se demuestra en otros trabajos similares (Mazur, García, & Salceek, 2013).

Todos los equipos coincidieron en que la principal dificultad fue cómo gestionar la demanda en los períodos de faltante del insumo: esto da cuenta por un lado de la necesidad de optimizar los procesos de macro, meso y microgestión del insumo y por el otro de promover el desarrollo de flexibilidad al interior de los equipos de salud para poder afrontar escenarios cambiantes en relación a la disponibilidad de los recursos. A su vez, los impedimentos enfrentados en la distribución inicial de los implantes impulsó un modelo de distribución del insumo específico para APS; esto demuestra que la lógica hospitalocéntrica sigue aún en vigor y que es necesario disputar sentidos, espacios y recursos de forma permanente para jerarquizar el rol de PNA en la estrategia de APS.

Respecto a la aparición de eventos adversos todos los equipos coinciden en que la amenorrea constituye el motivo más frecuente de re-consulta y lo asocian al valor simbólico que tiene para las mujeres el hecho de menstruar. Por otro lado, el aumento de peso auto-percibido es relatado como la principal consulta de solicitud de extracción anticipada del IHSd. No obstante, el principal motivo de extracción efectiva son las alteraciones del patrón de sangrado y el discomfort de la paciente con el método no asociado a efectos adversos conocidos atribuibles al IHSd. En este sentido, fortalecer los espacios de asesoramiento respecto a eventos adversos y particularidades del método podría tener una influencia en la disminución de la tasa de extracción anticipada y en una mayor aceptación del método por parte de la usuarias.

Es importante dar cuenta de las graves falencias observadas a la hora de registrar las prácticas en salud, motivo que dificultó el cumplimiento de algunos objetivos planteados en este trabajo. A propósito de esto, es imprescindible contar con información válida sobre los propios servicios de salud: el alcance de la cobertura, la eficiencia y quizá lo más importante: la capacidad para resolver los problemas más frecuentes en el ámbito local, donde la investigación socio-sanitaria en territorio tiene un rol primordial. Estamos convencidos de que la investigación debe ser desarrollada y producida en el PNA e incorporar como investigadores a los actores de este nivel, ya que este proceso de recolección de datos a nivel local y su agregación en niveles superiores, sitúa a los establecimientos de salud y a sus profesionales, como actores fundamentales dentro de la organización del SIS, siendo una primordial fuente de datos cuantitativos (Boidi, Dellavia, & Perret, 2015). A futuro sería necesaria una evaluación del impacto de la incorporación de los MALD en relación a la tasa de embarazo no planificado y la tasa de embarazo adolescente en nuestra ciudad, así como también conocer la aceptabilidad del método por parte de las usuarias.

Por último -entendiendo que los modos y prácticas en torno a la anticoncepción se encuentran particularmente atravesados por múltiples subjetividades e intereses que los condicionan- consideramos necesario y pertinente continuar profundizando los procesos de producción de conocimiento a nivel local en materia de SSyR que nos permitan comprender y

transformar aquellos fenómenos que operan en detrimento de la garantía de los DDSSyRR de los diversos colectivos que integran el pueblo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

**Abalos, E., Andoro, L., Calvares, A., Pont, A., Rebón, C., & Teseyra, M. (2017).** Introducción y reintroducción de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres usuarias del sistema público de salud con especial énfasis en adolescentes. La Plata: Programa SSyR de la Provincia de Buenos Aires.

**ANMAT. (2011).** Disposición N° 4272.

**Blumenthal PD, G.-D. K.-P. (2008).** Tolerability and clinical safety of Implanon. Eur J Contracept Reprod Health Care. , Suppl 1:29-36.

**Boidi, G. R., Dellavia, B., & Perret, M. (2015).** Estructura y funcionamiento de la Red de Efectores Públicos de Salud del PNA de la ciudad de RafaelA. Rafaela, Santa Fe, Argentina

**Campos, G. W. (2009).** Gestion en Salud en Defensa de la Vida. Buenos Aires: Lugar Editorial.

**Emerson, E. M., & Tulio, B. F. (2016).** Trabajo, producción del cuidado y subjetividad: textos seleccionados. Buenos Aires: Lugar Editorial.

**Graesslin O, K. T. (2008).** The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. Eur J Contracept Reprod Health Care , Suppl 1:4-12.

**ICEDel. (2017).** Relevamiento Socioeconómico Rafaela. Municipalidad de Rafaela.

**INDEC. (2010).** Censo Nacional de Población y Vivienda. Buenos Aires.

**López, N., & Amarin, E. (2012).** Derechos sexuales y reproductivos. Hacemos campaña por nuestros derechos. Serie Participación Comunitaria. Buenos Aires. PNSSyPR-MSN.

**Mansour D, K. T.-P. (2008).** The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. Eur J Contracept Reprod Health Care. Suppl 1:13-28.

**Matía, M. G., Cattaneo, V., Musacchio, O., Wasylk Fedyszak, M. S., & Leone, C. (2017).** Los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. Buenos Aires. PNSSyPR-MSN.

**Mazur, V. M., García, V. M., & Salceek, L. (2013).** Implantes Hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. Villa Lugano. CABA.

**Nodo Salud Rafaela (2018).** Informe Atenciones Primer Nivel de Atención Rafaela 2015-2017. Rafaela.

**OMS. (2015).** Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos.

**OMS. (2018).** Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.

**PNSSyPR-MSAL (2017).** Estrategia del implante subdérmico en la canasta de insumos. Coapacitación para Equipos de Salud. Buenos Aires.

**PNSSyPR-MSN (2012).** Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud. Buenos Aires.

**Spinelli, H. (2010).** Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. Vol.6 N°.3 .