

Resumen de políticas 2/2017

Introducción de obstétricas y obstétricos en la atención de la salud sexual y reproductiva: delegación de funciones.

Colocación, control y retiro de métodos de
anticoncepción reversible de larga duración (DIU e
implantes sub-dérmicos)

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva - PBA SSR
Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas

Conocé más en
ms.gba.gov.ar

Financiamiento: Este trabajo fue financiado por la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco del programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Conflicto de Intereses: La Lic. María Laura Andoro, la Lic. Mariela Paula Teseyra y la Dra. Carolina Alicia Rebón pertenecen al Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de Salud de las Personas, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Alejandra Calvaresi y Adriana Pont son referentes regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva provincial. El resto de autores y autoras declaran que no tienen conflictos de interés para declarar.

Agradecimientos: Los y las integrantes del Grupo Ejecutivo de este Resumen de políticas agradecen a las funcionarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por su colaboración en la provisión de los datos de SIP-Gestión 2015. A la Dra. Gabriela Luchetti por la provisión de datos no publicados de sus investigaciones sobre las actitudes de los profesionales ante el DIU en la provincia de Neuquén. A los y las participantes de las encuestas, por su valioso tiempo.

Cita sugerida: Abalos E, Andoro L, Calvaresi A, Pont A, Rebón CA, Teseyra MP. Introducción de obstétricas y obstétricos en la atención de la salud sexual y reproductiva: delegación de funciones. Colocación, control y retiro de métodos de anticoncepción reversible de larga duración (DIU e implantes sub-dérmicos). Serie Resúmenes de Políticas, N° 2. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, abril de 2017.

ISSN impreso 2545-7810 – ISSN en línea (en trámite)

Datos de contacto:

Edgardo Abalos
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Moreno 878 6° Piso
(S2000DKR) Rosario, Santa Fe. Argentina
Teléfono/Fax: 0341 4483887
edgardoabalos@crep.org.ar

Coordinación de la Serie Resúmenes de Políticas:

Silvina Ramos
Coordinadora técnica
Programa de Salud Sexual y Reproductiva – PBA SSR
Evelina Chapman
Subsecretaria de Atención de la Salud de las Personas

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Av. 51 N°1120, La Plata, Provincia de Buenos Aires
Teléfono: +54 (0221) 4292918
ssyrprovbsas@gmail.com
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/>

TABLA DE CONTENIDOS:

Mensajes Clave	4
1- Introducción:	5
Eficacia, disponibilidad y utilización de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.....	5
2- El Problema:.....	6
Indicadores sobre la utilización de métodos anticonceptivos en la Provincia de Buenos Aires:	6
Marco regulatorio sobre los métodos de anticoncepción reversible de larga duración:	7
Actitudes del equipo profesional médico ante los MALD:	9
Actitudes de las/os profesionales obstétricas y obstétricos ante los MALD:	10
La demanda y la disponibilidad de recursos humanos y servicios:	12
Marco regulatorio sobre los equipos profesionales que proporcionan métodos de anticoncepción reversible de larga duración:	12
En resumen:.....	14
3- Las opciones para abordar el problema:	15
Opción 1 – Intervenciones dirigidas a mejorar el entrenamiento de obstétricas y obstétricos en la colocación, control y remoción del DIU y los implantes sub-dérmicos.....	16
Opción 2 – Intervenciones dirigidas a mejorar la disponibilidad de acceso de las mujeres al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del ordenamiento normativo y la articulación con los diferentes niveles:.....	18
4- Observaciones sobre las opciones relacionadas con la equidad:.....	22
5- Referencias Bibliográficas:.....	23
6- Apéndices	28
Apéndice 1: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 1:	29
Apéndice 2: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 2:	29

Mensajes Clave

Marco general:

- Los Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (particularmente los Dispositivos Intrauterinos y los implantes sub-dérmicos) constituyen las opciones más efectivas para las usuarias que buscan anticoncepción reversible, y las más costo-efectivas para los programas.
- La Organización Mundial de la Salud, así como también las principales sociedades científicas y profesionales a nivel internacional relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva recomiendan ampliar el acceso a anticonceptivos altamente efectivos, de larga duración y reversibles para todas las mujeres y las adolescentes dentro de la gama completa de opciones anticonceptivas.

¿Cuál es el problema?

- La utilización de métodos altamente efectivos como el DIU y el implante sub-dérmico es escasa en relación a otros métodos menos efectivos.
- Existen barreras institucionales para el acceso de las mujeres a los MALD, que incluyen la variabilidad en la actitud profesional ante el método y las limitaciones en la infraestructura de los servicios y en la disponibilidad de recursos humanos.
- El marco regulatorio para la disponibilidad, prescripción y provisión de MALD necesita adecuarse a las recomendaciones de los organismos internacionales en forma coordinada entre los diferentes cuerpos y estamentos del estado, y en forma articulada con las instituciones educativas y sociedades científicas.

¿Qué sabemos (a partir de revisiones sistemáticas) sobre las opciones viables para abordar el problema?

- **Opción 1 – Intervenciones dirigidas a mejorar el entrenamiento de obstétricas y obstétricos en la colocación, control y remoción del DIU y los implantes sub-dérmicos.**
 - El entrenamiento de los equipos de salud para la indicación, colocación y control de DIUs e implantes sub-dérmicos aumenta su tasa de utilización, y posiblemente reduzca el número de embarazos no planeados y de abortos.
 - Las modalidades de entrenamiento basadas en tutorías en los lugares de práctica habitual del/la profesional (*on site mentoring and coaching*) podrían ayudar a sortear barreras de acceso a la capacitación, y reducir el costo de traslados de las mujeres hacia los centros de mayor nivel donde habitualmente éstas se realizan.
- **Opción 2 – Intervenciones dirigidas a mejorar la disponibilidad de acceso de las mujeres al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del ordenamiento normativo y articulación de los diferentes niveles.**
 - El marco regulatorio dentro de los estamentos del estado (Salud, Educación, etc.) debe estar coordinado siguiendo directrices actualizadas, basadas en evidencias científicas y orientadas a objetivos de salud.
 - La articulación con las sociedades profesionales y otras organizaciones de la sociedad civil favorecen la implementación de las políticas de ampliación de roles.
 - La articulación con el sector privado para la ampliación de roles de obstétricas y obstétricos en la colocación de DIU e implantes sub-dérmicos podría ayudar a descomprimir la demanda del sistema público de salud y mejorar la oferta de servicios en aquellos lugares donde los efectores públicos no se encuentran disponibles o accesibles.

1- Introducción:

Eficacia, disponibilidad y utilización de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración: Los métodos de anticoncepción reversible de acción prolongada (MALD), particularmente los DIU de cobre y hormonales y los implantes sub-dérmicos son considerados los más eficaces dentro de las opciones que permiten la restitución de la fertilidad una vez que se discontinúa su uso.¹ Sin embargo, particularmente en los países de medianos y bajos ingresos, estos métodos siguen siendo subutilizados a pesar de su disponibilidad y de los altos niveles de necesidades insatisfechas en esas regiones.^{2,3} Dentro de las razones que explican esta situación se han propuesto las percepciones erróneas por parte de las usuarias y de los equipos de salud sobre la seguridad y la eficacia de estos métodos, y la apreciación por parte de los gestores y los equipos de salud de que su baja utilización se debe a la falta de demanda por parte de las usuarias.^{4,5} También se ha mencionado como barrera la complejidad relativa para proporcionar los métodos,⁶ ya que a diferencia de otros anticonceptivos de corto plazo cuya adquisición y utilización correcta depende fuertemente de los y las usuarios/as, tanto el DIU como los implantes necesitan ser insertados y removidos por profesionales de la salud en ámbitos específicos.^{7,8}

Sin embargo, se ha demostrado que cuando la información es adecuada y no existen barreras para su acceso y adquisición, la aceptabilidad y continuidad en el uso del DIU y los implantes aumenta considerablemente, aún adolescentes y en nulíparas.⁹ También se ha sugerido que las políticas dirigidas a sortear estas barreras y facilitar la accesibilidad a los métodos de anticoncepción en general, y a los MALD en particular, son costo efectivas^{10,11} e impactan positivamente en otros indicadores de salud, como lo son la disminución de las tasas de embarazos no planeados y de abortos.^{12, 13}

Un estudio en Estados Unidos¹¹ estimó que de los 178.000 embarazos evitados por un programa de planificación familiar de financiamiento público en California, el implante y los DIU fueron los métodos más rentables, con un ahorro de costos de más de U\$D 7,00 por cada dólar gastado en servicios y suministros. Los anticonceptivos inyectables dieron ahorros de U\$D 5,60; los anticonceptivos orales U\$D 4,07; el parche U\$D 2,99; el anillo vaginal U\$D 2,55; los métodos de barrera U\$D 1,34; y los anticonceptivos de emergencia U\$D 1,43.

CUADRO 1: CONTENIDOS DEL RESUMEN DE POLÍTICAS

Este resumen de políticas compila evidencias de investigación a nivel global y local, obtenida de revisiones sistemáticas de la literatura y de investigaciones individuales, acerca de las barreras para ampliar la oferta y utilización de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (MALD) en las usuarias del Sistema de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, con especial énfasis en la población adolescente, las opciones para abordar el problema, y las consideraciones fundamentales de implementación.

EL RESUMEN DE POLÍTICAS **NO** CONTIENE RECOMENDACIONES. La preparación de este resumen de políticas incluyó los siguientes pasos:

1. Conformación del Comité Directivo compuesto por integrantes del CREP, y del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires;
2. Desarrollo y perfeccionamiento de los términos de referencia del documento, definición del problema y opciones viables para abordarlo, en consulta a través de encuestas, y con la ayuda de varios marcos conceptuales que organizan el pensamiento sobre las maneras de abordarlo;
3. Identificación, selección, evaluación y síntesis de la evidencia de investigaciones relevantes sobre el problema, las opciones y las consideraciones para la implementación;
4. Redacción del resumen de manera concisa y en un lenguaje accesible con los resultados de la evidencia de investigación local y global.

Las opciones para abordar el problema no son mutuamente excluyentes. Se pueden llevar a cabo de forma simultánea o se pueden extraer elementos de cada opción para crear una nueva opción. El resumen se preparó para informar a un **DIÁLOGO DELIBERATIVO** en el que la evidencia de la investigación es una (de muchas) consideraciones.

CUADRO 2: CONSIDERACIONES SOBRE LA EQUIDAD

Un problema puede afectar de manera desproporcionada a algunos grupos de la sociedad. Los beneficios, daños y costos de las opciones para abordar el problema pueden variar entre los grupos. Las consideraciones de implementación varían también según los grupos.

Una forma de identificar a los grupos que merece particular atención es el uso de "PROGRESS", que es un acrónimo formado por las primeras letras (en inglés) de las siguientes ocho formas que se pueden utilizar para describir grupos †:

- Lugar de residencia (por ejemplo, las poblaciones rurales y remotas);
- Raza/etnicidad/cultura (por ejemplo, las poblaciones originarias, poblaciones inmigrantes y poblaciones de minorías lingüísticas);
- Ocupación o experiencias en el mercado laboral en general (por ejemplo, situaciones de trabajo precario);
- Género;
- Religión;
- Nivel de educación (por ejemplo, la alfabetización en salud), y
- Situación socioeconómica (por ejemplo, las poblaciones desfavorecidas económicamente), y el capital social/exclusión social.

Este resumen de políticas se esfuerza en abarcar a todos los ciudadanos y ciudadanas, también presta especial atención al grupo de la población de usuarias adolescentes de métodos anticonceptivos. Muchos otros grupos merecen también consideración seria, y también se podría adoptar un enfoque similar para cualquiera de ellos.

† El marco PROGRESS fue desarrollado por Tim Evans y Hilary Brown (Evans 2003). Está siendo evaluada por el Área de Equidad de la Colaboración Cochrane como un medio para valorar el impacto de las intervenciones sobre la equidad en salud.

2- El Problema:

Indicadores sobre la utilización de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración en la Provincia de Buenos Aires: Existe información sobre la baja utilización del DIU en la provincia de Buenos Aires a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo¹⁴ publicada en el año 2009 (ENFR-2009) y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva¹⁵ del año 2013 (ENSSyR-2013). En la Tabla 1 se observa que la utilización del DIU ha permanecido estable y en niveles relativamente bajos (9,0% y 9,7%), descendiendo a 0% en la población de adolescentes.

Tabla 1: Utilización de Métodos Anticonceptivos

	ENFR-2009 ¹ N 2.720.089 (%)	ENSSyR-2013 ² Total 1.965.283 (%)	ENSSyR-2013 ³ 15-19años 235.097 (%)
Preservativo	47,6	39,9	52,5
Ritmo	9,6	1,5	0
Ac Orales	29,6	37,6	44,7
DIU	9,0	9,7	0
Diafragma	0,1	-	-
Coito interrumpido	1,8	2,8	0
Inyectable	-	2,7	2,8
Ligadura Tubaria	-	5,2	0
Otro	2,2	0,6	0
Total	100,0	100,0	100,0

¹ Provincia de Buenos Aires. Mujeres sexualmente activas que se cuidan siempre durante las relaciones sexuales por método utilizado

² Gran Buenos Aires. Total de mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado.

³ Gran Buenos Aires. Mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años por tipo de método anticonceptivo utilizado.

Fuente: Adaptado de ENFR-2009 y ENSSyR-2013

La falta de relevamiento acerca de la ligadura tubaria en la ENFR-2009 puede deberse a que Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica N° 26.130 fue promulgada en septiembre de 2006, y recién en marzo de 2009 el Ministerio de Salud de la Nación publicó las Guías de Contracepción Quirúrgica en Mujeres. Al momento del relevamiento de ambas encuestas no existía disponibilidad de implantes sub-dérmicos en el país, que fueron aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2011,¹⁶ comenzándose su comercialización al año siguiente.¹⁷

Marco regulatorio sobre los métodos de anticoncepción reversible de larga duración: En Marzo de 2012 se publica el documento **Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud**,¹⁸ elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación y la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). En estas guías se actualizan los criterios médicos de elegibilidad para la utilización de métodos anticonceptivos según las nuevas directrices de la OMS¹⁹ (Tabla 2), incluyendo los referentes al DIU y los implantes sub-dérmicos.

Tabla 2: Criterios médicos de elección del método anticonceptivo

CATEGORÍA	CONDICIÓN	CRITERIO CLÍNICO
1	Condición para la que no hay restricción para el uso del método	Use el método en cualquier circunstancia
2	Condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados	En general, use el método
3	Condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método	No se debe usar el método

Fuente: Adaptado de OMS 2009¹⁹

Los implantes sub-dérmicos fueron introducidos en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación en Julio de 2014.²⁰ El programa estuvo dirigido inicialmente a las adolescentes de entre 15 y 19 años sin cobertura social que hayan tenido al menos un evento obstétrico en los últimos 12 meses, en todas las jurisdicciones del país. Algunos distritos como la provincia de Santa Fe ampliaron el alcance del programa a beneficiarias entre 15 y 24 años, sin necesidad de un evento obstétrico previo.²¹ Si bien las

CUADRO 3: BREVE RESEÑA ACERCA DE LA LEGISLACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

En el año 1974, el **Decreto 659** del Poder Ejecutivo prohíbe actividades de control de la natalidad en hospitales públicos, restringe la comercialización de anticonceptivos y crea la Comisión Nacional de Política Demográfica. En 1977, la Junta Militar, mediante el **Decreto 3938** puso nuevamente en funcionamiento dicha comisión, y elimina las actividades de control de la natalidad. Luego del regreso de la democracia, en el año 1986 mediante el **Decreto 2274** del Poder Ejecutivo se deroga el decreto 659, estableciéndose en el Artículo 2 que *“...se realizarán las tareas de difusión y asesoramiento necesarias para que el derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercitado por la población con creciente libertad y responsabilidad”*. A partir del año 1988 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y algunas provincias comienzan a publicar Programas de Salud Reproductiva, algunos de ellos mediante la promulgación de decretos y leyes. El 21 de noviembre de 2002 se promulga la **Ley 25.673** que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, que en el inciso f) del Artículo 2 establece que se debe *“Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”*. La Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica **N° 26.130** de septiembre de 2006, establece en su artículo 1° que *“Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud”*. En el año 2009, con la sanción de la **Ley N° 26.485** se estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.

Fuente: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (<http://www.ossyr.org.ar/linea-de-tiempo.html>)

CUADRO 4: LA DECLARACIÓN DE BELLAGIO²⁹

El Grupo de Bellagio fue convocado por primera vez en el año 2012 por el Consejo de Población (Population Council), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y la Coalición de Suministros de Salud Reproductiva. El Grupo pidió un mayor acceso a los anticonceptivos reversibles de larga duración dentro de un marco que promueva los derechos y la calidad de la atención, asegure la equidad, y responda a las necesidades de las poblaciones más vulnerables de los países en desarrollo. En reconocimiento al tema principal de la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar del año 2013 en Addis Ababa: **“Acceso pleno, elección plena”** (*Full Access, Full Choice*), el Grupo Bellagio reafirma su compromiso de ampliar el acceso a anticonceptivos altamente efectivos, de larga duración y reversibles para todas las mujeres y las adolescentes dentro de la gama completa de opciones anticonceptivas. El Grupo Bellagio afirma que las mujeres, hombres y jóvenes que no disponen de una opción completa e informada de opciones anticonceptivas, **no tienen acceso completo**. Para expandir la elección y el acceso, el Grupo Bellagio llama a las comunidades globales y nacionales de planificación familiar focalizar en acciones prioritarias que incluyan garantizar el acceso equitativo a toda la gama de métodos de corto plazo, de acción prolongada, permanentes y de emergencia para retrasar, espaciar o limitar embarazos; educación a los usuarios, al personal de salud y a los políticos sobre la utilidad de los MALD como opciones de alta calidad y eficaces en el post-parto y post-aborto; y permitir la selección completa de métodos para las mujeres jóvenes, asegurando que los MALD están incluidos y existe personal capacitado para proveerlos en el sector público y privado.

jurisdicciones no han publicado a la fecha el número de implantes colocados y las características de las beneficiarias del programa, se estima que en 2016 se han distribuido más de 50.000 unidades. El 4 de agosto de 2016 el Ministerio de Salud de la Nación publicó la Decisión Administrativa 795/2016 en donde se aprueba la compra de 120.000 nuevas unidades.²²

Si bien tanto las Guías como el Programa se encuentran en línea con las directrices propuestas por la OMS y basados en las últimas evidencias científicas, aún persisten ciertas contradicciones tanto en otros organismos públicos como en las sociedades científicas respecto a las indicaciones de los MALD. El Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos²³ del año 2003 redactado por las principales sociedades profesionales relacionadas a la salud de la mujer, los niños, niñas y adolescentes, aún no fue actualizado. Este documento explícitamente no recomienda el DIU como primera elección para nulíparas y adolescentes sugiriendo evaluar posibilidad de otro método y valorar comportamiento sexual.

Los DIU actualmente disponibles en el mercado y autorizados por la ANMAT para su comercialización establecen en sus prospectos que no son métodos de primera elección para mujeres jóvenes que nunca han dado a luz,^{24,25} o que no pueden ser utilizados en el post-aborto o post-parto inmediato,^{24,25} o que sólo deben ser colocados por personal médico.²⁶ Respecto al implante subdérmico, la autorización en el año 2011²⁷ de la única marca comercialmente disponible en el país explícitamente lo indicaba sólo para mujeres de 18 a 40 años. Esta indicación fue modificada en el año 2015,²⁸ agregándose al prospecto la siguiente leyenda: *“La seguridad y eficacia de IMPLANON NXT se han establecido en mujeres de 18 a 40 años. Se espera que la seguridad y eficacia de IMPLANON NXT sea la misma para las adolescentes después de la pubertad”*.

En todos los documentos citados anteriormente se hace referencia explícita a que los MALD no protegen contra enfermedades de transmisión sexual (ETS), y con mayor o menor énfasis sugieren entre líneas que las conductas sexuales de las usuarias deben ser evaluadas por el equipo profesional al momento de su recomendación / indicación. Sin embargo, en el análisis secundario de un estudio que comparó la capacitación del equipo de salud para aumentar el acceso a los MALD versus la consejería habitual no se encontraron diferencias entre los grupos en el uso del doble método (14,3% vs 14,4%) o uso de condones (30% vs. 31%) en la última relación sexual durante el año siguiente a la intervención. La incidencia de ETS fue de 16,5 por 100 años-persona y no difirió entre los grupos de intervención y control.³⁰ Los autores concluyen que la capacitación de los equipos para aumentar el acceso a los MALD no compromete el uso del condón ni aumenta la incidencia de ETS entre las mujeres jóvenes. Sin embargo, el uso de métodos duales fue muy bajo en general, destacando la necesidad de reforzar los esfuerzos de prevención de ETS entre adolescentes y mujeres jóvenes.

Actitudes del equipo profesional médico ante los MALD:

Como se dijo anteriormente, tanto el DIU como los implantes necesitan ser insertados y removidos por profesionales de la salud en ámbitos específicos, por lo tanto estos actores juegan un rol importante en el proceso de elección y acceso a los métodos por parte de las usuarias. Tradicionalmente estas prácticas se encontraban dentro de la esfera del ámbito médico y su promoción fuertemente influenciada por ellos.^{31,32} Pero aún dentro de la comunidad médica se han visto diferencias en las tasas de prescripción de MALD según se trate de especialistas en medicina general y familiar o especialistas en ginecología y obstetricia.^{32,33} Aún dentro de una misma especialidad, las tasas de prescripción podrían verse influenciadas por otras variables como por ejemplo los años de experiencia profesional.³⁴ La utilización de criterios demasiado restrictivos en pos del mejor interés de las pacientes muchas veces determina que la oferta de opciones se vea muy limitada y se comporte como una barrera de acceso para todas las usuarias, pero en especial para los subgrupos más vulnerables. Un estudio conducido en Estados Unidos³⁵ demostró que la utilización de MALD entre las médicas que prescriben y colocan métodos anticonceptivos era mayor que el de la población general (41,7% vs. 12,1%), y que estos resultados permanecieron consistentes al estratificar por variables como la etnia y nivel educativo.

CUADRO 5: PERCEPCIONES DE LOS MÉDICOS SOBRE EL USO DEL DIU

En una encuesta a 103 médicos y médicas especialistas y en formación de Medicina General, Tocoginecología y Obstetricia del sector público y privado de la provincia del Neuquén,³⁶ más del 90% de las personas encuestadas opinó favorablemente acerca del DIU en sus aspectos generales, incluida la efectividad y seguridad. Sin embargo, **el 50% respondió que las mujeres no están interesadas en el método.** Incluso, 4 de cada 10, consideraron poco o nada probable recomendar y colocar un DIU, a pesar de tener una opinión favorable sobre el mismo. **El 45% no lo recomienda a menores de 20 años, el 65% no lo recomienda a nulíparas, y el 31% a mujeres solteras.** Al indagar acerca de las opiniones que pueden resultar en obstáculos para recomendar un DIU, sólo un 27% expresó preocupación por la falla del método o por la posibilidad de perforación uterina en la inserción. Otra encuesta de la misma autora a 54 asistentes a un congreso de Obstetricia y Ginecología, en su mayoría médicos y médicas residentes en la CABA y en la provincia de Buenos Aires arrojó resultados similares, con el agregado que **el 95% considera que las obstétricas no deben colocar el DIU.**³⁷

CUADRO 6: PERCEPCIONES DE OBSTÉTRICAS Y OBSTÉTRICOS SOBRE EL USO (Y NO USO) DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

512 Profesionales obstétricas y obstétricos pertenecientes a la Provincia de Buenos Aires y el resto del país fueron invitados a participar de una encuesta anónima y auto-administrada realizada utilizando la metodología en línea (*Survey Monkey*), con recordatorios semanales. Se obtuvieron 158 respuestas (31%), durante las 3 semanas que la encuesta estuvo en línea. La participación fue voluntaria en todos los casos. Hubo 4 pedidos de exclusión (0,8%).

La encuesta fue auto-administrada y anónima. Constó de 20 preguntas sobre los siguientes tópicos: (1) Los métodos anticonceptivos (elegibilidad en población general y adolescentes, focalizando en MALD); (2) Acceso y adherencia (oportunidad y contenidos de la consejería, barreras para el acceso y utilización de MALD); (3) El perfil de los profesionales que pueden prescribir/colocar los diferentes métodos y las instituciones donde pueden realizarse estas prácticas; y (4) Las características del/ de la respondente (edad, años y lugar de pertenencia de su ejercicio profesional).

En relación al perfil de los respondentes, El 98,1% fueron mujeres, sus edades oscilaron más frecuentemente entre los 20 y 59 años, el 67,5% manifestó tener más de 5 años en el ejercicio de su profesión. De las 107 personas que reportaron su pertenencia institucional, el 89,7% respondieron que trabajan en efectores de la Salud Pública del 1° y 2° nivel, el 3,7% sólo lo hace en el sector privado, el 2,8% desarrolla su actividad en hospitales públicos de 3° nivel. Dos personas sólo trabajan en instituciones educativas del sector privado, una pertenece a la gestión pública de gobierno y otra no se encuentra en actividad.

Actitudes de las/os profesionales obstétricas y obstétricos ante los MALD: En el análisis de las respuestas a una encuesta en línea realizada por el Comité Ejecutivo de este Resumen de Políticas a profesionales obstétricas y obstétricos de la República Argentina, uno de los determinantes más frecuentes para que una mujer no acceda o adhiera a un método anticonceptivo resulta de la escasa, falsa o confusa información que se les brinda a los y las usuarios/as, y de entrevistas que resultan inadecuadas. El 68% de las personas encuestadas considera que el determinante más importante para la prescripción de un método es la elección de la mujer. El resto dio prioridad a la paridad (9,8%), el antecedente de fallas de otros métodos (9,0%), la edad (7,4%) y la intolerancia de las mujeres a otros métodos (5,7%). El 65,5 % de profesionales obstétricas y obstétricos consideran que no existe límite de edad luego de la menarca para la colocación del DIU (Tabla 3), y el 60,3 % incluyen al DIU y al implante como opciones de anticoncepción válidas para adolescentes.

Tabla 3: Edad en la que una persona sexualmente activa puede colocarse el DIU

Opciones	N	%
A partir de los 18 años	30	25,2
A partir de los 25 años	11	9,2
No existe límite de edad luego de la menarca	78	65,5
Total	119	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta en línea 2016 a profesionales obstétricas/os de la Argentina.

Respecto del perfil profesional que debe reunir el/la prestador/a de salud para prescribir, colocar, controlar y remover el DIU, la mayoría opina que tanto los equipos de profesionales médicos como de obstétricas y obstétricos están capacitados para hacerlo (Tabla 4). El 48,1% opina lo mismo en relación al implante sub-dérmico. Sólo el 9,3% opina que el personal de enfermería con el entrenamiento adecuado también está capacitado para colocar, controlar y remover el DIU, y un 6,5% incluye además a los trabajadores comunitarios entrenados para realizar estas tareas.

Tabla 4: Opiniones sobre el perfil profesional adecuado para prescribir, colocar y controlar el DIU

Opciones	N	%
Médico/a Generalista o de Familia	0	0,0
Médico/a especialista en Tocoginecología	22	20,4
Médico/a (sin importar especialidad) con el entrenamiento adecuado	1	0,9
Profesional Obstétrico/a	6	5,6
Licenciado/a en Enfermería con el entrenamiento adecuado	1	0,9
Trabajador/a comunitario/a con el entrenamiento adecuado	0	0,0
Sólo médicos/as de Familia Generalistas o Tocoginecólogos/as	6	5,6
Sólo médicos/as	3	2,8
Sólo Médicos/as y obstétricas/os	52	48,1
Sólo profesionales de la salud (excluye trabajadores/as comunitarios/as)	10	9,3
Todos ellos	7	6,5
Total	108	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta en línea 2016 a profesionales obstétricas/os de la Argentina.

En las recientemente publicadas Guías de la OMS para la optimización de la Salud Materno Neonatal (OPTIMIZEMNH)³⁸ se incluye a obstétricas y obstétricos como personal calificado para la inserción y remoción de DIU e implantes sub-dérmicos (Gráfico 1).

Sin embargo, la adopción de nuevos roles a las actuales funciones de obstétricas y obstétricos pueden acarrear otros desafíos. En una encuesta a obstétricas en el Reino Unido,³⁹ quienes tradicionalmente juegan un papel central en la atención de la salud de la mujer, éstas confirmaron que todas daban consejos sobre anticonceptivos de rutina, pero generalmente en forma superficial. Consideraron que este componente era de menor importancia entre sus funciones y que se sentían inadecuadamente capacitadas para ello. Además, identificaron

Gráfico 1: Recomendaciones de la OMS sobre sustitución de roles

	Trabajadores legos	Enfermeras auxiliares	Parteras auxiliares	Enfermeras	Parteras	Médicos Clínicos	Médicos Especialistas	Médicos no especialistas
Provisión de Anticonceptivos								
Consejería	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anticonceptivos inyectables	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y remoción de DIU	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y remoción de Implantes	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ligadura tubaria	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Vasectomía	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓

✓ Recomendado ✓ Recomendado con monitoreo y evaluación ✗ No Recomendado ✗ Sólo en el contexto de investigaciones

Fuente: Traducido de <http://optimizemnh.org/optimizing-health-worker-roles-maternal-newborn-health/>

muchas barreras para discutir la anticoncepción, incluyendo la falta de tiempo y privacidad, o que las madres estaban más preocupadas por las cuestiones relacionadas su bebé que por la anticoncepción. Expresaron su preocupación por asumir un papel más importante que el de dar asesoramiento sobre anticonceptivos, especialmente proporcionar MALD, dada su carga de trabajo actual. Otro de los problemas identificados es que la provisión de MALD por parte de obstétricas y obstétricos puede percibirse como una intromisión en la esfera profesional del cuerpo médico,⁴ lo que podría resultar en una resistencia de este grupo profesional. Como una barrera adicional se señaló que en los actuales planes de salud en algunos países, sólo los servicios prestados por los médicos son reconocidos y/o reembolsados, lo que podría limitar la viabilidad financiera de la estrategia.

La demanda y la disponibilidad de recursos humanos y servicios: Como ya fuera mencionado, la necesaria provisión institucional de los MALD puede resultar en una barrera de acceso, sobre todo en aquellos lugares donde la infraestructura de los servicios (espacios, días y horarios adecuados), y la disponibilidad de recursos humanos calificados es escasa o deficiente, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor parte de las veces los nuevos programas suman una responsabilidad adicional a la asignación de cargos ya establecida (y muchas veces sobre-exigida).⁴⁰ También se hizo mención a la percepción, por parte de muchos profesionales, que la baja utilización de los MALD, particularmente el DIU se debe a la falta de demanda por parte de las usuarias.³⁶ Cabe preguntarse, en virtud de las actitudes muchas veces restrictivas de algunos profesionales para indicar este tipo de métodos, la falta de oportunidades para una adecuada consejería, y las barreras administrativas del sistema de salud (horarios reducidos, falta de turnos programados, largos tiempos de espera, etc.), contribuyen a esta baja demanda. Existe evidencia de que una vez que la disponibilidad real de un método de planificación familiar se introduce en una sociedad, el comportamiento normal de las personas (como consumidores de mercado), es la recepción con beneplácito y adopción de estas nuevas tecnologías, que no se habían deseado hasta que se convirtieron en algo realista, y que esta adopción es independiente de su nivel socio económico o educativo.⁴¹

La medida en que la ampliación de roles de las obstétricas y obstétricos de la provincia de Buenos Aires para realizar prácticas de colocación, control y remoción de MALD debe también analizarse en el contexto de la infraestructura, la planta de recursos humanos y su productividad existentes en la provincia en general, y en cada una de las sub-regiones en particular. Según los datos de la Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires,⁴² el 36% de las consultas en especialidades obstétricas en la provincia durante el año 2014 fueron realizadas por obstétricas y obstétricos (Tabla 4), variando entre el 6% en la Región Sanitaria II y el 48% en la Región Sanitaria IX.

Tabla 4: Consultas en especialidades obstétricas. Provincia de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Consultas Especialidades Obstétricas			
	Médicos/as	%	Obstétricas/os	%
I	70.749	72	27.108	28
II	93.546	94	5.451	6
III	58.723	65	31.369	35
IV	84.639	83	17.267	17
V	576.442	63	337.523	37
VI	634.570	54	550.224	46
VII	432.455	72	164.805	28
VIII	158.474	83	33.348	17
IX	10.363	52	9.600	48
X	48.716	73	17.722	27
XI	276.776	66	141.676	34
XII	169.697	57	126.432	43
Total	2.615.150	64	1.462.525	36

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Marco regulatorio sobre los equipos profesionales que proporcionan métodos de anticoncepción reversible de larga duración: Las competencias requeridas para la colocación y remoción de los MALD en el mundo se han ido ampliando con los años a otros colectivos profesionales como lo son las obstétricas y obstétricos, y el personal de enfermería y auxiliares. Las guías del Reino Unido,⁸ Canadá⁴³ y Chile,⁴⁴ entre otras, específicamente mencionan que “*midwives*” y “*matronas*” debidamente entrenadas se constituyen en personal calificado para la colocación y remoción de DIU e implantes sub-dérmicos. En Suecia las obstétricas proporcionan la mayor parte de estos servicios.² Tanto las guías argentinas¹⁸ como las uruguayas⁴⁵ mencionan genéricamente que los MALD deben ser colocados por profesionales de la salud adecuadamente entrenados/as.

CUADRO 7: CONTROVERSIAS EN LA LEY NACIONAL SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE OBSTÉTRICAS Y OBSTÉTRICOS

La **Ley Nacional N° 17.132** de Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración,⁴⁶ promulgada en 1967, establece en su Título VII, Capítulo II-DE LAS OBSTÉTRICAS, Artículo 49: “*El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las **personas de sexo femenino** que posean el título universitario de obstétrica o partera, en las condiciones establecidas en el artículo 44*”. Si bien este artículo nunca se reglamentó, tampoco fue alcanzado por las sucesivas derogaciones, modificaciones, sustituciones, y agregados de normas complementarias que sufrió la ley desde entonces, y aún sigue vigente.⁵⁰

En lo referente a sus “...actividades de colaboración de la medicina...”, (Título VII, Capítulo I, Artículo 48), se establece que queda prohibido anunciar o aplicar procedimientos técnicos o terapéuticos **ajenos a la enseñanza que se imparte en las universidades o escuelas reconocidas del país**, artículo que tampoco se reglamentó.⁵¹ Entre las actividades descriptas en los artículos 50 a 52 y en el Decreto de Reglamentación 6.216/1967 sólo se hace referencia a la atención del embarazo, parto y puerperio.

En relación a la competencia de Obstétricas y Obstétricos para la colocación y remoción de MALD en la República Argentina, el anteproyecto para modificar la Ley Nacional N° 17.132⁴⁶ de Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración del año 1967, proponía en su Artículo 9, Inciso 17: “*Brindar asesoramiento, proporcionar y prescribir métodos de anticonceptivos, por vía oral, inyectables y colocar dispositivos intrauterinos previa capacitación en Universidades Estatales o Privadas con título de Especialista*”, y en el Artículo 7, Inciso d: “*Mantener idoneidad profesional mediante la actualización permanente y efectuar la recertificación de conformidad con lo que determine la reglamentación del Ministerio de Salud de la Nación*”.⁴⁷ Finalmente este anteproyecto se convirtió el 21 de octubre de 2010 en Proyecto Exp. N° 7719-D-2010, actualmente sin tratamiento en el Parlamento, y en donde se elimina el párrafo relacionado a la colocación del DIU.⁴⁸

En la provincia de Buenos Aires, La ley provincial N°14.802⁴⁹ promulgada el 20 de noviembre de 2015 modifica la ley 11.745 vigente desde 1995 y plantea nuevos alcances del ejercicio profesional de las y los profesionales Obstétricas/os y Licenciadas/os en Obstetricia, incluyendo entre sus competencias profesionales la colocación de Dispositivos Intrauterinos (DIU), previa acreditación otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Artículo 7, Inciso 20). No se hace mención en dicha ley a los implantes sub-dérmicos, aunque el encabezado de dicho artículo se especifica

explícitamente que “...*Se consideran los siguientes como alcances del ejercicio profesional, los que podrán cambiar según los avances de la ciencia y la tecnología...*”. En el mismo artículo, Inciso 19, se mencionan dentro del alcance del ejercicio profesional “*Brindar asesoramiento, consejería e indicar métodos anticonceptivos*”. La habilitación de sus competencias se establecen en el Artículo 4 por “...*acreditación académica de Obstétricas/os y/o Licenciadas/os en Obstetricia en su carrera universitaria (...) que tengan título válido otorgado por Universidad Nacional, Pública o Privada...*”.

La ley de Educación Superior N° 24.521⁵² promulgada parcialmente en agosto de 1995 establece en su artículo 42 que “...*los títulos con reconocimiento oficial certificarán la formación académica recibida y habilitarán para el ejercicio profesional respectivo en todo el territorio nacional, (...). Los conocimientos y capacidades que tales títulos certifican, así como las actividades para las que tienen competencia sus*

poseedores, serán fijados y dados a conocer por las instituciones universitarias, debiendo los respectivos planes de estudio respetar la carga horaria mínima que para ello fije el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades”. A ese respecto, el título de Licenciado/a en Obstetricia de la Universidad de Buenos Aires otorga, entre otras, la competencia de “Realizar actividades de educación sexual y procreación responsable, y proporcionar y/o prescribir métodos de planificación familiar, localmente disponibles y culturalmente aceptables”.⁵³

En resumen:

- La utilización de métodos altamente efectivos como el DIU y el implante subdérmico es escasa en relación a otros métodos menos efectivos.

- Existen barreras institucionales para el acceso de las mujeres a los MALD, que incluyen la variabilidad en la actitud profesional ante el método y las limitaciones en la infraestructura de los servicios y en la disponibilidad de recursos humanos.

- El marco regulatorio para la disponibilidad, prescripción y provisión de MALD necesita adecuarse a las recomendaciones de los organismos internacionales en forma coordinada entre los diferentes cuerpos y estamentos del estado, y en forma articulada con las instituciones educativas y sociedades científicas.

CUADRO 8a: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (I)

Se buscó la evidencia de investigación disponible sobre las opciones para abordar el problema primeramente de una base de datos constantemente actualizada que contiene más de 5000 revisiones sistemáticas sobre mecanismos de prestación, financieros y de gobernanza dentro de los sistemas de salud: Health Systems Evidence.²¹ Se buscó además en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS,²² en la Base de datos de la Colaboración Cochrane²³ y en Medline.²⁴ Las revisiones se identificaron buscando primero en la base de datos para revisiones que contenían palabras claves relacionadas con el tópico en el título y / o resumen. Las palabras clave (y sus variantes) incluían Anticoncepción / Implante subdérmico / DIU / MALD / obstétrica/ matrona / partera/ sustitución de roles. Las palabras claves se utilizaron en idioma español e inglés. Las revisiones adicionales se identificaron buscando en la base de datos revisiones que abordaron las características de las opciones que no se identificaron usando palabras claves relacionadas con el tema. Los hallazgos claves de los autores de la revisión se extrajeron de las revisiones identificadas. Cada revisión se evaluó también en términos de su calidad (Calificación AMSTAR), aplicabilidad local (proporción de estudios que se llevaron a cabo en el país o en países similares al nuestro), consideraciones sobre la equidad (proporción de estudios que tratan explícitamente a los grupos priorizados) y el grado de enfoque de la revisión en el tema. La evidencia general sobre las opciones se resumió a continuación y se introdujeron las advertencias relevantes sobre los hallazgos principales de los autores de la revisión con base en evaluaciones de calidad, aplicabilidad local, y equidad.

3- Las opciones para abordar el problema:

La elección y acceso a un MALD por parte de una mujer está fuertemente influenciada por una serie de factores complejos, en donde el sistema de salud juega un rol importante. Si bien las preferencias, el conocimiento que se tenga sobre las opciones y las necesidades particulares al momento de elegir y decidir siguen siendo importantes, la accesibilidad a los servicios y a los insumos, la actitud y los conocimientos de los y las profesionales de la salud a cargo de proveer los métodos y otros factores externos, como el marco normativo y legal también influyen dicha elección. La evidencia muestra que otros integrantes del equipo de salud, como lo son las y los profesionales obstétricas y obstétricos, pueden satisfacer en forma idónea las crecientes demandas de la población. Un estudio realizado en el estado de Washington en el año 2014 entre mujeres adscriptas al seguro de salud gubernamental *Medicaid* que requirieron MALD, mostró que las obstétricas, si bien representaban el 19,7% del total de profesionales que proveyeron el método, realizaron el 30,1% de todas las prácticas durante ese año.⁵⁴

Se pueden seleccionar, a partir de la evidencia disponible en la bibliografía, diferentes opciones para abordar las dificultades para ampliar la provisión y la utilización de MALD en la Provincia de Buenos Aires a partir de la ampliación de roles de obstétricas y obstétricos. Para promover el debate sobre los pros y contras de las opciones potencialmente viables, se han seleccionado aquéllas relacionadas a los dos ejes identificados en la sección anterior, que incluyen:

- 1- Intervenciones dirigidas a mejorar el entrenamiento de obstétricas y obstétricos en la colocación, control y remoción del DIU y los implantes sub-dérmicos.
- 2- Intervenciones dirigidas a mejorar la disponibilidad de acceso de las mujeres al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del ordenamiento normativo y la articulación con los diferentes niveles.

Opción 1 – Intervenciones dirigidas a mejorar el entrenamiento de obstétricas y obstétricos en la colocación, control y remoción del DIU y los implantes sub-dérmicos:

A diferencia de lo que sucede con otros métodos de planificación familiar como los anticonceptivos orales o inyectables, tanto para la colocación del DIU y los implantes sub-dérmicos como para su remoción, es necesario que los y las integrantes de los equipos de salud cuenten con habilidades técnicas específicas. Pero la mera capacitación no es suficiente. Los equipos deben contar con la motivación necesaria para querer dedicar el esfuerzo extra que implica proporcionar estos servicios, y mantener sus habilidades. Por lo tanto, además de una sólida formación, se recomienda la selección de los equipos con mayor potencial, especialmente de los cuadros de nivel medio, con fuerte supervisión y apoyo.⁵⁵ La búsqueda arrojó información acerca de dos tipos de intervenciones:

Capacitación de los equipos de salud: No se identificaron revisiones sistemáticas de investigaciones referidas específicamente al efecto de la capacitación de obstétricas y obstétricos en la utilización de MALD u otros resultados clínicamente importantes tales como la tasa de embarazos no planeados o de abortos. Una revisión Cochrane sobre intervenciones educativas breves dirigidas a jóvenes⁵⁶ incluyó una investigación aleatorizada por grupos (*clusters*) que tuvo como objetivo mejorar el acceso a los MALD y disminuir las tasas de embarazo a través de la capacitación de los/as proveedores sobre consejería y entrenamiento en la inserción del DIU e implantes. La intervención educativa fue multifacética, de ½ día de duración, e incluía material audiovisual con información acerca de los MALD y entrenamiento práctico para su colocación. El estudio fue conducido en 40 clínicas de aborto y de planificación familiar de 15 estados de los Estados Unidos.⁵⁷ Los autores vieron una mayor proporción de mujeres que optaron por los MALD en las clínicas donde se realizó entrenamiento del personal (27,9%) que en el grupo control (16,8%). Hubo además una menor tasa de embarazos en el subgrupo de clínicas de planificación familiar del grupo intervención. Los autores concluyen que la capacitación de los/as proveedores mejora sustancialmente el acceso y utilización de los MALD. Sin embargo no se provee información acerca del perfil profesional de los equipos que prestaban servicios en las clínicas intervención y control, ni de sus habilidades previas en la colocación de DIU e implantes. No es posible además discriminar el efecto en la elección de las mujeres de la consejería per se, del de la destreza profesional y autoconfianza para recomendar y colocar los métodos.

Modalidades de capacitación: Respecto a las formas de entrenamiento, las tutorías en el lugar habitual de trabajo (*mentoring and coaching*) de los equipos profesionales han sido propuestas como una estrategia alternativa a los talleres o cursos de capacitación tradicionales.⁵⁸ Esta estrategia intenta sortear las barreras de acceso a la capacitación que experimentan muchos profesionales (cupos y horarios restringidos, lucro

CUADRO 8b: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (II)

(continuación)

Se prestó atención a las revisiones que no contenían estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva (es decir, revisiones “vacías”) y a las revisiones que concluían que existía incertidumbre acerca de la opción a partir de los estudios identificados. Ser consciente de lo que **no se sabe** puede ser tan importante como ser consciente de lo que **se sabe**. Cuando una opción sólo tiene respaldo de una revisión vacía o con incertidumbre o existen dudas sobre su calidad, la aplicabilidad local de sus hallazgos, o una falta de atención a las consideraciones de equidad, se podría comisionar una investigación primaria o se podría proponer la opción con esos recaudos explícitos y diseñar un plan de monitoreo y evaluación como parte del plan de implementación.

cesante, traslados, costos, etc.). Varios estudios observacionales con diseño antes/después evaluaron el efecto de intervenciones multifacéticas que incluían esta modalidad de entrenamiento para obstétricas/os y enfermeros/as en la adopción de MALD y otros resultados.⁵⁹⁻⁶² En todos ellos se ve un significativo aumento en la utilización de MALD luego de la intervención. Sin embargo, no es posible diferenciar en estos estudios el efecto del entrenamiento del efecto de la disponibilidad del método (antes escasa o nula en los lugares donde se condujeron los estudios) o de la habilitación de nuevos recursos humanos para su promoción, prescripción y colocación.

Mantener las competencias para los procedimientos de remoción de los MALD es otro de los puntos que deben considerarse.⁶³ Las oportunidades para la capacitación práctica son limitadas debido a que la demanda de remociones es relativamente baja o inexistente durante los cursos o talleres de capacitación. Aún habiendo recibido entrenamiento, los/as profesionales pueden encontrarse, al regresar a sus trabajos habituales, con muy pocas mujeres que requieran remoción, lo que disminuye sus posibilidades de mantener las habilidades necesarias. Los planes de capacitación en colocación de DIU e implantes deben tener en cuenta el entrenamiento en su remoción.

Tabla 5: Resumen de los hallazgos claves de las intervenciones dirigidas a mejorar el entrenamiento de obstétricas y obstétricos en la colocación, control y remoción del DIU y los implantes sub-dérmicos.

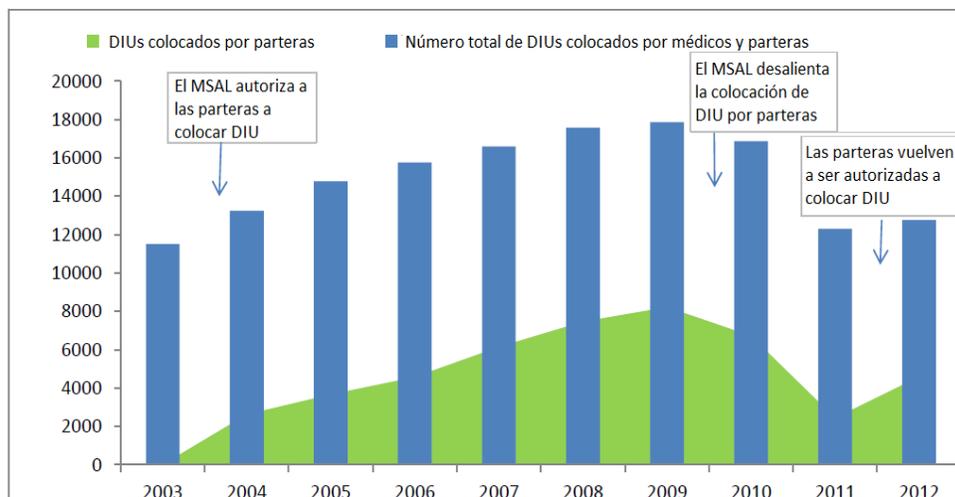
Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> El entrenamiento de los equipos de salud en indicaciones, colocación y control de DIU e implante sub-dérmicos aumenta su tasa de utilización, y posiblemente reduzca el número de embarazos no planeados y abortos. Las modalidades de capacitación basadas en tutorías en los lugares de práctica habitual del/la profesional (<i>on site mentoring and coaching</i>) podrían ayudar a sortear barreras de acceso al entrenamiento.
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> Si bien no se reportan efectos adversos de estas intervenciones, la calidad de la evidencia es muy baja.
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> Mayor utilización de recursos relacionados al entrenamiento de las personas encargadas de la provisión de MALD si éste no se encuentra ya incluido en la currícula profesional. Mayores costos logísticos en las capacitaciones basadas en tutorías en los lugares de práctica (movilización de los tutores, visitas múltiples de tutorías, etc.) Las capacitaciones basadas en tutorías en los lugares de práctica disminuyen los costos para las mujeres que no necesitan ser citadas y trasladarse a los efectores de mayor complejidad, donde generalmente se realizan las tareas de entrenamiento profesional.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> La evidencia directa sobre el efecto del entrenamiento de los cuadros profesionales no permite conocer el efecto específico de la intervención en obstétricas/os. La evidencia proveniente de estudios observacionales no permite aislar el efecto de la capacitación de obstétricas/os y enfermeros/as del de otras intervenciones (provisión de insumos, disponibilidad de RRHH, etc.).
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> Se debe asegurar la sustentabilidad de la intervención para la capacitación continua y la incorporación de nuevos RRHH. Los programas de capacitación deben considerar el entrenamiento adecuado en la remoción de MALD.
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres valoran la interacción con profesionales obstétricas/os y de enfermería. Los/as profesionales valoran que los programas de entrenamiento se realicen en su ámbito de trabajo habitual.

Opción 2 - Intervenciones dirigidas a mejorar la disponibilidad de acceso de las mujeres al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del ordenamiento normativo y la articulación con los diferentes niveles.

Como ya se mencionara, existe cierta heterogeneidad en el marco regulatorio de los diferentes estamentos del Estado en relación a las indicaciones prescriptivas de los MALD (particularmente el DIU), y en las competencias requeridas para su prescripción y provisión. Esto se debe posiblemente a la falta de coordinación en la incorporación de las nuevas evidencias, que en ocasiones cambian o se reajustan rápidamente, en sus procesos internos de actualización, generalmente más burocráticos. Las sociedades científicas y otras organizaciones de la sociedad civil, quienes juegan un rol importante al elaborar directrices y recomendaciones basadas en el último conocimiento científico, también siguen normativas propias para su producción y actualización. Se realizó una búsqueda sistemática de revisiones y documentos que evaluaran las políticas de articulación entre los diferentes estamentos del Estado, entre el Estado y la sociedad civil (incluyendo las sociedades científicas) y entre el Estado y el sector privado, para facilitar el acceso de las mujeres a los MALD mediante la disminución de las barreras regulatorias para su optimizar su disponibilidad y la de profesionales a cargo de su provisión.

Articulación entre los diferentes estamentos del Estado: En nuestro país, la Ley de Educación Superior establece que los conocimientos, capacidades, actividades y competencias que los títulos profesionales certifican son fijados por las instituciones universitarias, cuyos planes de estudio son aprobados por el Ministerio de Educación en acuerdo con el Consejo de Universidades. No se encontraron revisiones sistemáticas sobre intervenciones destinadas a evaluar la articulación normativa entre el sector educativo y el sector salud para mejorar la utilización de MALD a partir de la ampliación de roles de otros sectores profesionales. Los estudios comparativos que involucran la participación del sector educativo para evaluar resultados de salud sólo incluyen intervenciones dirigidas a adolescentes en escuelas para prevenir conductas sexuales de riesgo y/o incentivar el uso de métodos anticonceptivos seguros.^{64,65} Otros países han logrado acuerdos intersectoriales dentro del Estado para ampliar las capacidades profesionales de obstétricas y obstétricos. El Marco para la Certificación de Contracepción Intrauterina⁶⁶ del Colegio de Obstétricas del Estado de Columbia Británica en Canadá establece que la certificación para la práctica especializada en la inserción de anticoncepción intrauterina se puede obtener a través de los cursos o programas establecidos por las Universidades y aprobados por el Colegio

Gráfico 2: Número total y proporción de inserciones de DIU por parteras, en relación con decretos y políticas emitidas por el MSAL



Fuente: Traducido de USAID Jordan⁶⁸

que cumplan con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud. Esta iniciativa fue adoptada posteriormente en otros estados.⁶⁷ En Jordania, en cambio, el Ministerio de Salud tomó directamente a su cargo el proceso de certificación de obstétricas para la colocación del DIU. En el año 2004 el Ministerio de Salud publicó un decreto que permitía a las parteras de los centros de atención primaria proporcionar

servicios de inserción y remoción de DIU bajo la supervisión de médicos capacitados. Sin embargo, una evaluación 10 años después de iniciada la estrategia⁶⁸ mostró su fragilidad, ya que desacuerdos internos dentro del mismo Ministerio desalentaron en el año 2009 la inserción de DIU por parte de obstétricas, circunstancia que llevó varios años contrarrestar (Gráfico 2).

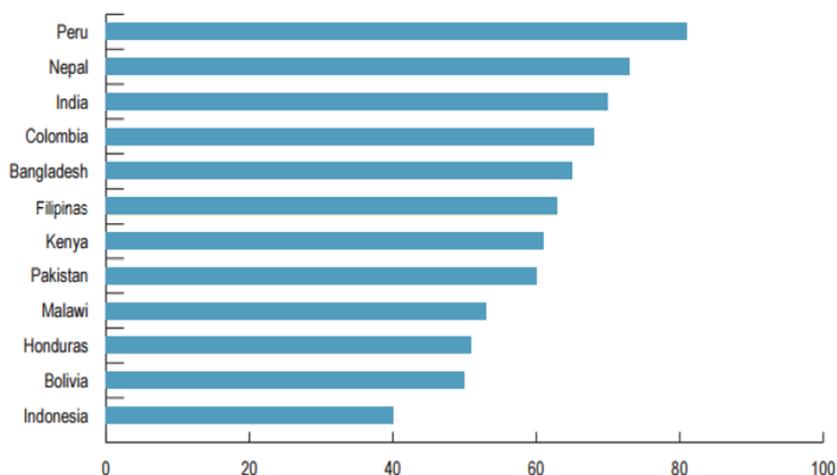
Articulación entre el Estado y la Sociedad Civil: Existen experiencias en varios países donde el plan de gobierno para incrementar la planta de recursos humanos capacitada para la provisión de MALD incluye alianzas con otros sectores. Entre las varias iniciativas del Estado de Washington⁵⁴ en los Estados Unidos para disminuir la tasa de embarazos no planeados se encuentra la articulación con organizaciones privadas de la sociedad civil para brindar capacitación profesional mediante cursos en línea con créditos para Educación Médica Continua.⁶⁸ La Iniciativa de Planificación Familiar del Estado de Colorado, implementada en el año 2009 por el Departamento de Salud Pública y Ambiente incluyó alianzas con donantes privados para reforzar el Programa Federal de Planificación Familiar (Título-X), que incluía el entrenamiento de los recursos humanos del programa encargados de la provisión de MALD, entre otras acciones dirigidas a mejorar su accesibilidad. Dos años después, una evaluación del programa⁴³ mostró que el número de mujeres que optaron por un MALD había aumentado en un 23%, y su uso entre los jóvenes de 15 a 24 años aumentó del 5% en 2008 al 19% en 2011. De manera acumulativa, una de cada 15 mujeres jóvenes de bajos ingresos había recibido un método de larga duración, frente a una de cada 170 en 2008. Las tasas de aborto disminuyeron 34% y 18% entre las mujeres de 15-19 y 20-24 años, respectivamente. La mayoría de los programas puestos en marcha en África y Asia para aumentar la disponibilidad de MALD por medio de suministro de insumos, mejoras en la infraestructura y ampliación de roles para su provisión incluyó alianzas con organizaciones no gubernamentales.⁶¹ Estas estrategias, si bien permiten una rápida implementación y amplia cobertura son menos efectivas a la hora de lograr la sustentabilidad.

El Programa Federal de Planificación Familiar Título X, oficialmente conocido como la Ley Pública 91-572 o de "Investigación en Población y Programas Voluntarios de Planificación Familiar", fue promulgado en Estados Unidos bajo la presidencia de Richard Nixon en 1970 como parte de la Ley de Servicios de Salud Pública. Título X es el único programa de subvenciones federal dedicado exclusivamente a proporcionar planificación familiar integral y servicios de salud preventiva relacionados.

Articulación entre el Estado y el sector privado: La importancia del sector privado en la prestación de servicios de salud reproductiva es una variable que también debe considerarse. En algunas regiones, particularmente en comunidades pequeñas, estos servicios son los que se encuentran más próximos a los usuarios, o los únicos disponibles. Muchas mujeres obtienen productos y servicios de SSyR directamente del sector privado, aun cuando la indicación inicial se originó en un efector público. Esto es particularmente frecuente para los métodos de corta duración. Sin embargo, el sector privado sirve a menos del 10 por ciento de las mujeres que utilizan métodos de acción más prolongada o permanente como la esterilización y el DIU.⁷⁰ Además del menor uso general de los MALD en el sector privado, un gran porcentaje de mujeres pertenecientes a los quintiles superiores de ingresos en algunas regiones obtienen estos métodos del sector público⁷¹

El sector privado funciona de acuerdo a las reglas del mercado. Las empresas privadas invierten en brindar servicios de planificación familiar en respuesta a la demanda y dependen de que la inversión sea rentable. La demanda de los consumidores, la fijación de precios, la estabilidad política y económica y el acceso regular y fiable a los insumos de suministro son elementos clave para determinar la rentabilidad. El sector privado está necesariamente afectado por el gobierno a través de las regulaciones y las restricciones legales.

Gráfico 3: Porcentaje de usuarias de MALD de los dos quintiles de riqueza superiores que obtuvieron el método del Sector Público



Fuente: Ugaz J. 2014⁷¹

(Gráfico 3). Estas situaciones repercuten no sólo en la disponibilidad de insumos en los efectores del sector público, sino también en la capacidad del sistema de salud (infraestructura, recursos humanos) para dar respuesta a las demandas de los sectores más vulnerables. Los motivos de esta situación responden a múltiples causas, siendo los costos directos del DIU y los implantes un factor determinante que ha llevado a la implementación

de estrategias (subsídios, franquicias, etc.) dirigidas a reducir costos y mejorar el acceso. En relación a los recursos humanos, la ampliación de roles a obstétricas y obstétricos del sector privado podría jugar también aquí un papel importante mejorando la oferta de recursos calificados en aquellos lugares donde no existen efectores públicos o estos se encuentran saturados, y junto al resto de las medidas tendientes a disminuir costos, mejorar el acceso para las usuarias de la seguridad social y el sector privado mediante el aumento de la oferta de equipos calificados. Un estudio de caso en Filipinas muestra que las parteras privadas pueden proveer DIU de manera viable y de esta manera ampliar la cobertura de la demanda no satisfecha en la comunidad.⁷⁴ Inicialmente los costos directos de las prácticas (principalmente el aprovisionamiento de los DIUs) fueron subsidiados por Organizaciones no Gubernamentales como parte de programas de promoción de utilización de métodos anticonceptivos. Sin embargo, en junio de 2013 el Ministerio de Salud comenzó a reembolsar los servicios del DIU prestados por parteras privadas acreditadas, dado el éxito de la iniciativa y la aceptabilidad por parte de las mujeres de recibir de ellas estos servicios en sus comunidades. Otros estudios de caso en Ghana, Indonesia, Perú, Uganda y Zambia⁷⁵ mostraron resultados similares, enfatizando el rol facilitador de los organismos del estado en la eliminación de barreras regulatorias y la promoción de prerrogativas financieras. La viabilidad de la expansión de la cobertura de las necesidades de planificación familiar mediante alianzas con los institutos de la seguridad social también ha sido reportada en El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, y México.⁷⁶

Tabla 6: Resumen de los hallazgos claves de las Intervenciones dirigidas a mejorar la disponibilidad de acceso de las mujeres al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del ordenamiento normativo y la articulación con los diferentes niveles.

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Un marco regulatorio ordenado y coordinado entre los diferentes estamentos del Estado (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, etc.) posiblemente de más sustentabilidad a las políticas y programas que las disposiciones de algunos de ellos en forma aislada. • Las articulaciones con las sociedades científicas, otras organizaciones de la sociedad civil y el sector privado constituyen un apoyo importante para la implementación de la política y posiblemente contribuyan a su sustentabilidad.
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien no se reportan efectos adversos de estas iniciativas, la calidad de la evidencia es muy baja. • Las políticas o acciones que dependen fuertemente de financiamiento externo corren riesgo de no poder sostenerse en el tiempo.
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> • La articulación con los colegios y asociaciones profesionales podrían disminuir los costos iniciales de entrenamiento en la ampliación de roles de obstétricas/os al ser estas actividades incluidas en la currícula de formación de grado. • Se debe evaluar el costo-beneficio de subsidiar total o parcialmente la actividad privada de obstétricas/os en la colocación de MALD para optimizar los recursos del sector público dirigido a poblaciones vulnerables y mejorar el acceso en aquellos lugares donde no hay cobertura del sector público.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • No existe evidencia de estudios comparativos en ninguna de estas iniciativas. • Las recomendaciones provienen de la evaluación de programas implementados en otros países, algunos de ellos con sistemas de salud y de acreditación profesional diferentes al nuestro.
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> • El ordenamiento regulatorio y articulación entre los diferentes estamentos del estado y otras organizaciones (como las organizaciones profesionales y sociedades científicas) son frecuentemente reportadas como elementos facilitadores para la sustentabilidad de la política de ampliación de roles.
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres valoran la interacción con profesionales obstétricas /os y de enfermería. • Los/as profesionales médicos/as pueden percibir la ampliación de roles como una intromisión en su esfera profesional.

4- Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad:

En lo referente a las actitudes y calificación profesional para la provisión de MALD, la capacitación de obstétricas y obstétricos (actualmente habilitados en la Provincia de Buenos Aires) en su colocación, control y remoción permitiría sortear las barreras institucionales que actualmente sufren las mujeres para acceder a estos métodos. La incorporación de estos cuadros profesionales, que actualmente se encuentran en actividad en espacios y horarios propios, no sólo incrementaría la planta técnica habilitada, sino que además ampliarían la oferta de lugares y horarios disponibles para satisfacer las demandas de la población.

La capacitación por medio de tutorías en los lugares habituales de trabajo podría contribuir a disminuir inequidades para los y las trabajadores/as de la salud provenientes de localidades alejadas de los centros tradicionales de entrenamiento, disminuyendo costos de traslados y mantenimiento, lucro cesante, etc. Por otro lado, la relación cercana de los/as trabajadores/as con sus pacientes y el conocimiento de sus necesidades reales podrían actuar como elementos facilitadores para la indicación correcta del método adecuado y para su control posterior. En relación a las usuarias de los métodos, esta modalidad disminuiría los costos de traslado hacia los centros de capacitación, ampliaría las opciones de horarios y lugares cercanos a sus domicilios donde se prestan estos servicios, mejorando la accesibilidad.

La articulación entre los estamentos del Estado pertenecientes al sector de la salud y el educativo para la capacitación y certificación de los recursos humanos en las habilidades y competencias que respondan a las necesidades de la salud de la población desde su formación de grado optimizan la utilización de los recursos del estado en términos de accesibilidad y equidad. Las sociedades profesionales pueden contribuir a la capacitación continua y de post-grado.

La articulación con los prestadores de salud privados mediante la ampliación de roles de obstétricas y obstétricos de este sector podrían mejorar el acceso a los MALD en aquellas regiones donde no existen efectores públicos de salud con capacidad para proporcionarlos, o donde éstos se encuentren saturados. Por otro lado, los costos directos e indirectos de estos métodos determinan que muchas beneficiarias de la seguridad social o la salud privada recurran a hospitales públicos para acceder a los mismos, disminuyendo las oportunidades de acceso de las poblaciones más vulnerables.

5- Referencias Bibliográficas:

1. Trussell J. Contraceptive Efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2011.
2. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K; INTRA Writing Group. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*. 2014 Mar;89(3):162-73.
3. Joshi R, Khadilkar S, Patel M. Global trends in use of long-acting reversible and permanent methods of contraception: Seeking a balance. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Oct;131 Suppl 1:S60-3.
4. Garrett CC, Keogh LA, Kavanagh A, Tomnay J, Hocking JS. Understanding the low uptake of long-acting reversible contraception by young women in Australia: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2015 Sep 10;15:72.
5. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying counseling needs of nulliparous adolescent intrauterine contraceptive users: a qualitative approach. *J Adolesc Health*. 2013 Mar;52(3):293-300.
6. Madden H, Eckley L, Hughes L, Lavin R, Timpson H. Long Acting Reversible Contraception, Young Women and Social Norms. Applied Health and Wellbeing Partnership. Centre for Public Health, Faculty of Education, Health & Community. Liverpool John Moores University. Liverpool, March 2014.
7. Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception. Editors: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; 2005 Oct (Updated 2013). ISBN 1-904752-18-7.
8. NICE clinical guideline 30. Long-acting reversible contraception (update). National Institute for Health and Care Excellence. Issued: September 2014. ISBN: 978-1-4731-0719-9.
9. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012 May 24;366(21):1998-2007.
10. Forrest JD, Samara R. Impact of publicly funded contraceptive services on unintended pregnancies and implications for Medicaid expenditures. *Fam Plann Perspect*. 1996 Sep-Oct;28(5):188-95.
11. Foster DG, Rostovtseva DP, Brindis CD, Biggs MA, Hulett D, Darney PD. Cost savings from the provision of specific methods of contraception in a publicly funded program. *Am J Public Health*. 2009 Mar;99(3):446-51.
12. Biggs MA, Rocca CH, Brindis CD, Hirsch H, Grossman D. Did increasing use of highly effective contraception contribute to declining abortions in Iowa? *Contraception*. 2015 Feb;91(2):167-73
13. Ricketts S, Klingler G, Schwalberg R. Game change in Colorado: widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014 Sep;46(3):125-32.
14. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
15. Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
16. http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/junio_2011/Dispo_4272-11.pdf Último acceso: 09/12/2016
17. <http://www.lanacion.com.ar/1493702-llego-al-pais-el-anticonceptivo-subcutaneo> Último acceso: 09/12/2016
18. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Serie: Actualización Profesional. Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Marzo de 2012.
19. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4ª edición, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf Último acceso:

10/12/2016

20. MSAL. Boletín de Prensa: Ministerio de Salud de la Nación presenta nuevo anticonceptivo destinado a adolescentes <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/2110-ministerio-de-salud-de-la-nacion-presenta-nuevo-anticonceptivo-destinado-a-adolescentes> Último acceso: 09/12/2016
21. Gobierno de Santa Fe. Boletín de Prensa: salud capacitó a sus trabajadores para implementar un nuevo método anticonceptivo. <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/213092/> Último acceso: 09/12/2016
22. Boletín Oficial de la República Argentina. Ministerio de Salud. Decisión Administrativa 795/2016. <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/149054/20160805> Último acceso: 09/12/2016
23. Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos. Sociedades participantes: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Revista AMADA Vol. 2 Nº 1, agosto 2006: 5-25. <http://amada.org.ar/consenso-sobre-dispositivos-intrauterinos> Último acceso: 09/12/2016
24. ANMAT. Disposición 5314, 22 de agosto de 2013. BAYER S.A. PM 58-32: NOVA-T 200 http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/agosto_2013/Dispo_5314-13.pdf Último acceso: 09/12/2016
25. ANMAT. Disposición 7409, 2 de septiembre de 2015. BAYER S.A. MIRENA/LEVONORGESTREL. http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/septiembre_2015/Dispo_7049-15.pdf Último acceso: 09/12/2016
26. ANMAT. Disposición 5202, 26 de julio de 2011. ORGANON ARGENTINA S.A.Q.I. Multiload-cu 250, Multiload-cu 375. http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/julio_2011/Dispo_5202-11.pdf Último acceso: 09/12/2016
27. ANMAT. Disposición 4272, 22 de junio de 2011. ORGANON ARGENTINA S.A.Q.I. IMPLANON NXT. http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/junio_2011/Dispo_4272-11.pdf Último acceso: 09/12/2016
28. ANMAT. Disposición 2888, 17 de abril de 2015. MSD ARGENTINA S.R.L. IMPLANON NXT /ETONOGESTREL. http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/abril_2015/Dispo_2888-15.pdf Último acceso: 09/12/2016
29. Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), and Reproductive Health Supplies Coalition. 2013. "2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice." 18 December. Available at www.popcouncil.org/pdfs/2013RH_BellagioConsensus.pdf. Último acceso: 01/12/2016.
30. El Ayadi AM, Rocca CH, Kohn JE, Velazquez D, Blum M, Newmann SJ, Harper CC. The impact of an IUD and implant intervention on dual method use among young women: Results from a cluster randomized trial. *Prev Med.* 2016 Oct 20;94:1-6.
31. Bahamondes L, Makuch MY, Monteiro I, Marin V, Lynen R. Knowledge and attitudes of Latin American obstetricians and gynecologists regarding intrauterine contraceptives. *Int J Womens Health.* 2015 Jul 16;7:717-22.
32. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. *Obstet Gynecol.* 2012 Apr;119(4):762-71.
33. Rubin SE, Campos G, Markens S. Primary care physicians' concerns may affect adolescents' access to intrauterine contraception. *J Prim Care Community Health.* 2013 Jul 1;4(3):216-9.
34. Philliber AE, Hirsch H, Mortillaro L, Turner R, Arons A, Philliber S. Impact of years of clinical experience on perceived contraindications and barriers to the use of LARC: a survey of family planning providers. *Women's Health Issues.* 2014 Sep-Oct;24(5):503-9.
35. Stern LF, Simons HR, Kohn JE, Debevec EJ, Morfesis JM, Patel AA. Differences in contraceptive use between family planning providers and the U.S. population: results of a nationwide survey. *Contraception.* 2015 Jun;91(6):464-9.
36. Luchetti G, Romero M. Determinantes de la oferta e inserción del dispositivo intrauterino (DIU) entre los proveedores de salud. Una encuesta regional sobre conocimientos actitudes y prácticas. *Salud Pública de México.* EN PRENSA.
37. Luchetti G, Olguin M, Hita L, D'angelo M, Cabrera L, Morales. Opiniones, experiencias y prácticas con el

- dispositivo intrauterino (DIU). Una encuesta a asistentes al congreso de SOGIBA 2012. XXIII Congreso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Libro de Resúmenes de Ginecología. Mayo- Junio de 2013. N° 0069:11.
38. World Health Organization. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012.
 39. McCance K, Cameron S. Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting reversible contraception: a qualitative study. J Fam Plann Reprod Health Care. 2014 Jul;40(3):177-83.
 40. Sadler Spencer M, Obach King A, Luengo Charath MX, Biggs MA, Plana P, Urrutia C. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Organización CulturaSalud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago de Chile, 2010.
 41. Campbell MM, Prata N, Potts M. The impact of freedom on fertility decline. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2013, 39, 44–50.
 42. Consultas en Especialidades Obstétricas. Subsecretaría de Planificación - Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/> Último acceso: 11/12/2016
 43. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman WV, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Ferguson C, Fortin C, Kielly M, Mansouri S, Todd N for the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can 2015;37(10):S1–S28.
 44. Normas Técnicas y Guías Clínicas Sobre Regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). MINSAL, Santiago de Chile, 2015.
 45. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de Orientación Anticonceptiva. Métodos Temporales y Permanentes. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Departamento de Planificación Estratégica de Salud, Área de Salud Sexual y en Salud Reproductiva, Programa de Salud Integral de la Mujer. Montevideo, Uruguay, 2013.
 46. PODER LEGISLATIVO NACIONAL (PLN). Ley 17.132. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. <http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/ley-17132.pdf> Último acceso: 10/12/2016
 47. Anteproyecto de Ley 17132/67 - Exp. N° 7719-D-2010. Disponible en: <http://www.aoargentina.org.ar/noticias/64-proyecto-de-ley.html?start=1> Último acceso: 10/12/2016
 48. PROYECTO DE LEY 7719-D-2010. OBSTETRICIA. REGIMEN PARA SU EJERCICIO PROFESIONAL.21/10/2010. <http://www.aoargentina.org.ar/noticias/64-proyecto-de-ley.html?start=2> Último acceso: 10/12/2016
 49. SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Ley 14.802. <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14802.html> Último acceso: 10/12/2016
 50. Leyes Sanitarias Nacionales – Textos actualizados. LEGISALUD, Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. LEY 17.132 <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/sitioPLS/leyesSanitariasNacionales/leyesLSN/L17132.html> Último acceso: 10/12/2016
 51. Decreto reglamentario de la ley 17.132 sobre el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. SAJ. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. <http://www.sajj.gob.ar/6216-nacional-decreto-reglamentario-ley-17132-sobre-ejercicio-medicina-odontologa-actividades-colaboracin-dn19670006216-1967-08-30/123456789-0abc-612-6000-7691soterced> Último acceso: 10/12/2016
 52. InfoLeg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 24.521. Ley de Educación Superior. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm> Último acceso: 11/12/2016

53. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Licenciatura en Obstetricia.
<http://www.uba.ar/download/academicos/carreras/lic-obstetricia.pdf> Último acceso: 11/12/2016
54. Cawthon L. Use of Long-Acting Reversible Contraception by Washington Women on Medicaid. RDA Report 9.108. July 2015. Disponible en: <https://www.dshs.wa.gov/sesa/rda/research-reports/use-long-acting-reversible-contraception-washington-women-medicaid> Último acceso 12/12/2016
55. Shelton JD, Burke AE. Effective LARC Providers: Moving Beyond Training (Republication). *Glob Health Sci Pract.* 2016 Sep 29;4(3):356-8.
56. Lopez LM, Grey TW, Tolley EE, Chen M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD012025. DOI: 10.1002/14651858.CD012025.pub2.
57. Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, Morfesis J, Goodman S, Darney PD, Westhoff CL, Speidel JJ. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *Lancet.* 2015 Aug 8;386(9993):562-8.
58. Lee DJ. Training to fit intrauterine devices/intrauterine systems for general practitioners: is there an alternative method of service delivery? *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007 Jul;33(3):205-7.
59. Gueye B, Wesson J, Koumtingue D, Stratton S, Viadro C, Talla H, Dioh E, Cissé C, Sebikali B, Mamadou Daff B. Mentoring, Task Sharing, and Community Outreach Through the TutoratPlus Approach: Increasing Use of Long-Acting Reversible Contraceptives in Senegal. *Glob Health Sci Pract.* 2016 Aug 18;4 Suppl 2:S33-43.
60. Muthamia M, Owino K, Nyachae P, Kilonzo M, Kamau M, Otai J, Kabue M, Keyonzo N. The Tupange Project in Kenya: A Multifaceted Approach to Increasing Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *Glob Health Sci Pract.* 2016 Aug 18;4 Suppl 2:S44-59.
61. Ngo TD, Nuccio O, Pereira SK, Footman K, Reiss K. Evaluating a LARC Expansion Program in 14 Sub-Saharan African Countries: A Service Delivery Model for Meeting FP2020 Goals. *Matern Child Health J.* 2016 May 6. [Epub ahead of print].
62. Montufar E; Morales C; Vernon R; Brambila C; Solórzano J. Improving access to long-term contraceptives in rural Guatemala through the Ministry of Health. [Mejoramiento del acceso a anticonceptivos a largo plazo en las zonas rurales de Guatemala a través del Ministerio de la Salud]. Washington, D.C., Population Council, *Frontiers in Reproductive Health*, 2005 Aug. [33] p. (USAID Cooperative Agreement No. HRN-A-00-98-00012-00; USAID Development Experience Clearinghouse DocID / Order No. PN-ADE-149).
63. Christofield M, Lacoste M. Accessible Contraceptive Implant Removal Services: An Essential Element of Quality Service Delivery and Scale-Up. *Glob Health Sci Pract.* 2016 Sep 29;4(3):366-72.
64. Hindin MJ, Kalamar AM, Thompson TA, Upadhyay UD. Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *J Adolesc Health.* 2016 Sep;59(3 Suppl):S8-S15.
65. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, Bhutta ZA. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *J Adolesc Health.* 2016 Oct;59(4S):S11-S28.
66. College of Midwives of British Columbia. Framework for Midwife Certification for Intrauterine Contraception. Approved June 24, 2013, revised February 29, 2016. Disponible en: <http://cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2016/03/Framework-for-Intrauterine-Contraception.pdf> Último acceso: 18/12/2016
67. IUC Certification Process Approved by: Nunavut Midwifery Registration Committee. Date: June 17, 2016. http://www.irespectmyself.ca/sites/default/files/documents/process_for_midwife_certification_for_insertion_of_iuc.pdf Último acceso: 18/12/2016
68. Health Systems Strengthening II (HSS II) A Decade of Task Sharing in Jordan; Lessons for Policy and Service Delivery. HSS II and MOH Woman and Child Health Directorate, the Hashemite Kingdom of Jordan. Wadi Saqra, Arar Street, Bldg No. 215. Amman – Jordan. October 2012.
69. CARDEA. Training, Organizational Development and Research. <http://www.cardeaservices.org/resourcecenter/inserting-long-acting-reversible-contraception-larc->

[immediately-after-childbirth](#) Último acceso: 18/12/2016

70. Rosen JE. Contracting for Reproductive Health Care: A Guide. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 1818 H Street, NW. Washington, DC 20433. December 2000. ISBN 1-932126-34-1
71. Ugaz, J. Provision of LA/PM through the Private Sector: What do DHS data tell us? SHOPS Project, Abt Associates. Presentation, Technical Consultation on Long-acting and Permanent Methods of Contraception in the Private Sector, Washington, DC, March 4, 2014.
72. Hanson K, Kumaranayake L, Thomas I. Ends versus means: the role of markets in expanding access to contraceptives. Health Policy Plan. 2001 Jun;16(2):125-36.
73. Agha S, Do M. Does an expansion in private sector contraceptive supply increase inequality in modern contraceptive use? Health Policy Plan. 2008 Nov;23(6):465-75.
74. SHOPS Project. 2014. Private Midwife Provision of IUDs: Lessons from the Philippines. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
75. White, Patrice, Leah Levin. December 2006. The Potential of Private Sector Midwives in Reaching Millennium Development Goals. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc.
76. Sánchez A, Abramson WB, Quesada N. Estudios de caso: la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en institutos de seguridad social en cinco países de América Latina: Avances en el acceso a servicios e insumos de planificación familiar. 2008. Arlington, V.a.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

6- Apéndices

Las siguientes tablas proporcionan información detallada acerca de las revisiones sistemáticas identificadas para cada opción. Cada fila de la tabla corresponde a una revisión sistemática en particular. El enfoque de la revisión se describe en la segunda columna. Los principales hallazgos de la revisión que se relacionan con la opción se enumeran en la tercera columna, mientras que en la cuarta columna se presenta una clasificación de la calidad general de la revisión. La calidad de cada estudio se ha evaluado utilizando AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Reviews - Un Instrumento de Medida para Evaluar Revisiones), que califica la calidad global en una escala de 0 a 11, donde 11/11 representa una revisión de la más alta calidad. Es importante señalar que la herramienta AMSTAR se desarrolló para evaluar revisiones enfocadas a intervenciones clínicas, de modo que no todos los criterios se aplican a las revisiones sistemáticas relativas a mecanismos de prestación, financieros o de gobernanza dentro de los sistemas de salud. Si el denominador no es de 11, los evaluadores consideraron no pertinente un aspecto de la herramienta. Al comparar puntuaciones, es, por lo tanto, importante tener en mente las dos partes de la puntuación (es decir, el numerador y el denominador). Por ejemplo, una revisión con una puntuación de 8/8 es, en general, de calidad comparable a una revisión de puntuación 11/11, siendo ambas consideradas "altas puntuaciones." Una puntuación alta indica que los lectores de la revisión pueden tener un alto nivel de confianza en sus hallazgos. Una puntuación baja, en cambio, no significa que se debe descartar la revisión sino que se puede tener menos confianza en sus hallazgos y que la revisión se debe examinar a profundidad para identificar sus limitaciones. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems*).

Las tres últimas columnas proporcionan información acerca de la utilidad de la revisión en términos de aplicabilidad local, equidad y aplicabilidad del tema. La quinta columna señala la proporción de estudios que se realizaron en países de medianos y bajos ingresos, mientras que la sexta columna indica la proporción de estudios incluidos en la revisión que tratan explícitamente de uno de los grupos priorizados - es decir, las poblaciones vulnerables La última columna indica la aplicabilidad del tema de la revisión en términos de si aborda o no arreglos de entrega, arreglos financieros, intervenciones de implementación, etc.

Toda la información proporcionada en las tablas de los apéndices ha sido tomada en cuenta por los autores del resumen de políticas para la elaboración de tablas 1-3 del texto principal del resumen.

Apéndice 1: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 1: Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las usuarias hacia el DIU y los implantes sub-dérmicos

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
Consejería especial dirigida a adolescentes para promover el uso de anticoncepción (4 estudios)	Intervenciones educativas breves para mejorar el uso de anticonceptivos entre jóvenes ⁵⁶	Consejería especial + capacitación versus consejería estándar: Tasa de embarazos al año (clínicas de Planificación Familiar, ajustado): (HR 0,60 IC95% 0,39 a 0.97; evidencia baja)	10/11	1/11 China, Estados Unidos	4/11 Sólo adolescentes (el resto incluyó jóvenes <25 o <21 años)	Arreglos de entrega/ Provisión de servicios

De esta revisión sistemática sólo una investigación aleatorizada por grupos⁵⁷ evaluó una intervención pertinente para este Resumen de Políticas. Los resultados que se reportan en la Tabla del Apéndice 1 corresponden a ese estudio y no a los resultados generales de la revisión sistemática.

Apéndice 2: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2: Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes del equipo de profesionales de la salud en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos

No se han publicado hasta la fecha revisiones sistemáticas de intervenciones evaluadas en investigaciones comparativas que focalicen en la articulación entre los organismos del Estado, o entre el Estado y la Sociedad Civil, las Asociaciones Científicas y Profesionales y el sector privado para optimizar el entrenamiento y capacitación de los equipos profesionales de obstétricas y obstétricos en la prescripción, colocación, control y remoción de MALD. La evidencia indirecta compilada en este Resumen de Políticas proviene de evaluaciones de programas de implementación de algunas de estas iniciativas llevados a cabo en otras regiones.