

ATENCIÓN Y COSTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA¹

por Mabel Bianco²

Buenos Aires – Diciembre 2015

¹ Informe realizado para UNFPA/NIDI (Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute)

² Este Trabajo fue elaborado con la cooperación del Lic. Alejandro Sonis en el análisis y las estimaciones de los datos de gasto directo y de la Seguridad Social y de Seguros Privados o prepagas y de la Prof. Lic. Susana Checa en el análisis del PNSSYR

ATENCIÓN Y COSTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA

Por Mabel Bianco

Antecedentes de la Planificación Familiar en Argentina

La Argentina fue tradicionalmente un país con políticas “pro natalista” desde sus orígenes. El vasto territorio nacional generó la necesidad de poblarlo y por ello se tendió históricamente a promover la natalidad y la inmigración para lograr el crecimiento poblacional. La importante inmigración especialmente a fines del siglo XIX y comienzos del XX, principalmente de origen europeo generó la incorporación de hábitos reproductivos que tendieron a estabilizar la natalidad. Con posterioridad se produce una segunda ola migratoria de países limítrofes e interna.

Si bien en la década de los sesenta se incorporan en el país los avances en Planificación Familiar –PF-, sin embargo estos chocan con las políticas de promoción de la natalidad que persisten en la dirigencia política. Es por ello que en la década de los 70”, primero un gobierno elegido por la ciudadanía, como luego la dictadura militar impone estas políticas muy marcadas de signo conservador y autoritario.

Si bien existían investigadores y servicios de salud con equipos profesionales especializados en PF muy capacitados, en 1974 en Argentina a partir de un decreto presidencial, Nº679 se prohibieron las actividades de Planificación Familiar en los servicios de salud públicos y en la Seguridad Social. Posteriormente en 1976 ese decreto fue reforzado por el Nº3.839. De esta manera la población para acceder a los Métodos Anticonceptivos -MAC- debía comprarlos pagando de su bolsillo e incluso debía abonar las consultas médicas, aunque esto no era frecuente porque los médicos tanto en los servicios públicos como en los de la seguridad Social, seguían recetándolos aunque estaba prohibido, pero no podían comprarlos con descuento en las farmacias, ni eran entregados en las de los hospitales y Centros de Atención Primaria. Recién en 1987 se logró derogar por un nuevo decreto presidencial nº2.274 el decreto de 1974. Sin embargo este nuevo decreto no permitió generar en el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación un programa nacional de Planificación Familiar, si bien se iniciaron acciones desde la Dirección de Salud Materno Infantil, tampoco logró asegurar la compra de MAC por parte del Ministerio y la distribución a las provincias. En 1989 con el cambio de gobierno nacional, se desactivaron todas las actividades de PF desarrolladas en el Ministerio de Salud y lo que se había avanzado en esos casi 2 años se interrumpió por un cambio drástico de la política de población del nuevo gobierno iniciado en 1989.

Con la recuperación de la democracia en 1983 hubo cambios sustantivos en la movilización de la sociedad civil, especialmente el movimiento de mujeres y de derechos humanos. Esto se tradujo en varios proyectos de ley que se generaron en el Congreso de la Nación para crear programas de Planificación Familiar. A partir de 1984, el gobierno iniciado en diciembre 1983 reconoció el derecho de las personas a decidir respecto a su reproducción, aunque recién en 1987 se logró derogar el decreto 679 eliminándose la prohibición de las actividades de Planificación Familiar en los servicios públicos y la seguridad social y se autorizó la prescripción de MAC.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y luego la IV Conferencia Internacional de la Mujer en 1995 realizada en Beijing, cambiaron el paradigma poblacional de control de la

natalidad por el derecho a decidir, determinando un incentivo a revisar estas políticas en el país. Luego de varias iniciativas parlamentarias a nivel nacional y también la sanción de algunas leyes provinciales de Salud Sexual y Reproductiva, en octubre del 2002 se aprueba la ley nacional 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que empieza a funcionar en marzo 2003. Si bien la ley se aprobó, hubo oposición de grupos conservadores que objetaron distintos aspectos, logrando que no se incorporara la anticoncepción quirúrgica y que la Educación Sexual obligatoria se limitara a las instituciones educativas públicas. Esto fue modificado en el 2006 cuando se aprueban dos leyes nacionales: la de Educación Sexual Integral N°26.130 que universaliza la obligatoriedad de esta educación en todas las instituciones educativas públicas y/o privadas, y la de Anticoncepción Quirúrgica N°26.150. Todas estas leyes son de carácter Universal por tanto deben brindarse en el sector público y en el de la Seguridad Social y Privado.

Caracterización del Sistema de Salud en Argentina

El sistema de salud en Argentina es muy fragmentado con tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Cabe señalar que en Argentina los servicios públicos de salud: hospitales y centros de Atención Primaria son gratuitos y puede acceder a ellos toda la población. La población con trabajo formal está cubierta también por la Seguridad Social, a través de Obras Sociales –OS- por sector ocupacional, generándose muchas con número variable de beneficiarios y administradas por los sindicatos y/o conjuntamente con el Estado en los casos de empresas estatales. La Seguridad Social en Argentina cubre al trabajador, a su cónyuge o compañera y a sus hijos hasta la mayoría de edad (18 años). La población cubierta por Obra Social disminuyó abruptamente en el 2002 con la crisis económica y la caída del empleo formal y si bien mejoró, nunca recuperó los niveles de cobertura de la década del 80. Actualmente esta se estima de alrededor del 58%.

El sector privado brinda su atención a través de seguros privados, ya que por los altos costos de la atención prácticamente no hay quien pueda pagar sino tiene un seguro. Desde los años 80 surgen los seguros privados que captan a los sectores de población con mayores ingresos que utilizaban antes servicios privados.

En la década del 90, especialmente a partir de 1995, con el aumento del desempleo y el deterioro de los servicios públicos de atención, surgen modalidades de seguros para cubrir solo algunas prestaciones como las de emergencia u otras, permitiendo a sectores de menores ingresos acceder a ellos. Además, el deterioro de las prestaciones de las Obras Sociales por la disminución de ingresos debido a la caída de los salarios sumado al aumento de los costos de las prestaciones, determinó que en muchos casos los grupos familiares con mejores ingresos se incorporen a seguros privados para mejorar su atención. En la última década algunas empresas y grupos de trabajadores con mejores salarios subcontratan las prestaciones de las Obras Sociales a través de empresas de seguros médicos, pagando adicionales en algunos casos, para ampliar sus beneficios. En la actualidad el porcentaje de población cubierta por estos seguros se estima es alrededor del 10%.

Queda así un grupo de población –alrededor del 40%- que solo tiene acceso al sector público y que se atiende obligadamente en los servicios públicos de salud. Esto no impide que personas beneficiarias de obras sociales y seguros médicos privados a veces se asisten en el hospital. Hay algunas prestaciones que son más fáciles de acceder en el sector público que en las Obras Sociales y los seguros privados. Por eso personas con cobertura de OS o seguros privados, las solicitan en el sector público. Esto ocurre en algunas prestaciones de PF, como la provisión y colocación del Dispositivo Intrauterino –DIU-. Otra prestación habitual de la población con cobertura es la atención en la emergencia, especialmente en accidentes callejeros y otros accidentes.

Atención en Salud Sexual y Procreación Responsable

Como se señaló anteriormente, la ley nacional 25.673 aprobada en octubre 2002 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación. Esto implicó la creación de una estructura funcional en el organigrama del Ministerio de Salud y la inclusión de un renglón en el presupuesto de ese Ministerio.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable -PNSSyPR- tiene el objetivo de elaborar las normas y prestaciones que se brindarán a través de este Programa y la capacitación del personal. Además de comprar los insumos necesarios para el programa los que son distribuidos a los programas provinciales. El mecanismo de compra y distribución de estos insumos es clave, ya que los servicios públicos donde se brindan estas prestaciones son provinciales o municipales y por lo tanto es clave llegar a cada centro de atención primaria y hospital en forma oportuna y al menor costo. Después de distintas modalidades y estrategias de distribución de los MAC probadas, el PNSSyPR adoptó la distribución a través del Plan Remediar. El Plan Remediar provee mensualmente en forma directa a cada centro asistencial público los medicamentos básicos, a los que se incorporaron los MAC. Esto implica un sistema de solicitud por centro asistencial con una rendición de provisión de los recibidos el mes anterior que asegura existencia permanente. Además hay una cantidad que se distribuye a los programas provinciales para cubrir faltantes o aumentos de consumo no previstos en los centros asistenciales

La ley 25.673 establece que las prestaciones de salud sexual y procreación responsable deben ser cubiertas gratuitamente por las Obras Sociales –OS- y los seguros médicos privados a sus beneficiarios. Para ello se las incluyó en el Programa Médico Obligatorio –PMO- que regula todas las prestaciones que las obras sociales deben proveer a sus beneficiarios/as.

En la ley 25.673, como se mencionó, quedaron por fuera la anticoncepción quirúrgica: ligadura de trompas y vasectomía. También la Educación Sexual se planteó obligatoria solo en las escuelas públicas, excluyendo a las escuelas privadas que en el país son aproximadamente la mitad de todas las escuelas primarias y secundarias del país. Esto fue superado en el 2006, al aprobarse dos leyes nacionales: la 26.130 y la 26.150 de Anticoncepción Quirúrgica y de Educación Sexual Integral, respectivamente. La primera ley no requiere ser ratificada por las provincias e incluye el cambio de la ley de ejercicio profesional médico que la prohibía. La ley extendió la cobertura gratuita a la Seguridad Social y los seguros privados. Sin embargo, la ligadura de trompas y las vasectomías, en general son poco practicadas en el sistema de salud, hay mucha resistencia por parte de los médicos y de la población; No hay datos en general pero se sabe que, para la ligadura de trompas en el sector público hay muchos rechazos y demoras, en el sector privado no existen datos, sin embargo hay rechazos denunciados por las beneficiarias.

Uso de servicios de Planificación Familiar

Los servicios de PF existían en Argentina y permitieron el acceso a métodos anticonceptivos modernos con la gran revolución que creó la píldora en todo el mundo. Este servicio hasta la sanción de la ley 25.673 de salud sexual y reproductiva, como se señaló antes, en el sector público y de la seguridad social estuvo prohibido desde 1973 hasta 1987, cuando se deroga el decreto 679 de 1973 y se reconoce el derecho de las personas a decidir sobre su reproducción. Es por ello que recién en el 2003 con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Reproductiva, se reincorporan las prestaciones de PF. Es por ello que en el país no había información sobre uso de métodos anticonceptivos y realización de esas prácticas en la población.

En el 2013 el INDEC, el Ministerio de Salud y las áreas de estadísticas provinciales realizaron una Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva –ENSSYR–, que estudió una muestra representativa de la población urbana (en localidades de más de 2000 habitantes) femenina de 14 a 49 años y de la población masculina de 14 a 59 años en base a la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares del tercer trimestre. La encuesta investigó el conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos -MAC-. El estudio de la población se realizó en seis regiones del país: 1) **Gran Buenos Aires**: Ciudad de Buenos Aires y los partidos del conurbano bonaerense; 2) **Pampeana**: resto de la Provincia de Buenos Aires y las provincias de Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe; 3) **Noroeste**: incluye las provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán; 4) **Noreste**: las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones; 5) **Cuyo**: las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis; y 6) **Patagónica**: las provincias de Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Antártida e Islas del Atlántico Sur. El relevamiento se hizo entre mayo y junio 2013 y abarcó una muestra representativa de 5092 mujeres de 15 a 49 años y 4919 hombres de 15 a 59 años.

El único antecedente similar previo en el país fue la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del 2007 realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, que estudió la población femenina de 14 a 49 años y el uso de MAC, en base a una muestra especialmente tomada y que difiere de la del 2013, especialmente porque la muestra abarcó a poblaciones urbanas de 5000 o más habitantes. Previamente hubo otros estudios parciales y no tan centrados en el uso de MAC y otras prestaciones de salud sexual y procreación responsable.

En la ENSSYR se indagó el conocimiento de MAC, que fue muy alto en mujeres y hombres. Solo el 1,3% de las mujeres y el 1,7% de los hombres encuestados no conocen ningún MAC: las mujeres conocen principalmente las pastillas anticonceptivas: 93,9% y los hombres el preservativo 95,1%. En todas las regiones del país los valores son similares con variaciones según los grupos de edad.

Respecto al uso el 81,3% de las mujeres usa en el momento de la encuesta y el 81,4% de los hombres. Entre las mujeres usan en mayor medida las adolescentes y disminuye el uso con el aumento de la edad, las solteras usan más que las separadas/divorciadas, las unidas/casadas son las que usan menos. También aumenta el uso de MAC con el nivel educacional alcanzado. Los hombres siguen un patrón similar con un mayor porcentaje diferencial entre los solteros en relación a los separados/divorciados y casados/unidos. Respecto al tipo de MAC utilizado el 50,7% de las mujeres usan anticonceptivos hormonales; el 30% de barrera; el 9,2% DIU; el 6,9% ligadura de trompas y el 3,8% método tradicional (eyaculación por fuera). Entre los hombres el 48,6% usa métodos de barrera o sea preservativos, y el resto los métodos que usan sus mujeres o compañeras: hormonales, DIU y ligadura de trompas. Solo el 1,6% usa el método tradicional.

Se indagó en quienes usaban MAC al momento de la encuesta (mayo-junio 2013) cuantos los conseguían gratuitamente. Entre las mujeres que señalan obtener de manera gratuita un MAC son pocas las que acceden a este beneficio: tres de cada diez, cerca del 70% paga para obtenerla. Las mujeres sin cobertura presentan una situación mejor ya que algo menos de la mitad de ellas lo obtienen de manera gratuita en el sector público. Cuando se analizan las mujeres según grupos de edad, las que en mayor medida los reciben gratis son las adolescentes (14 a 19 años) 43,3%, seguidas por las de 30 a 39 años con el 35,8%, las de 40 a 49 años con el 28,9% y por último las de 20 a 29 años con el 28,1%. En las con cobertura el 24,9% los recibe gratis y el 44,8% en las sin cobertura. O sea una de cada cuatro mujeres entre 15 a 49 años con cobertura de OS y Prepagas o seguros médicos privados que usa MAC los recibe gratuitamente. Entre las mujeres sin cobertura una de cada dos mujeres que usan MAC los obtiene de manera gratuita. Esto indica un muy bajo cumplimiento de la cobertura según el PMO en las OS y Seguros privados, y también una baja cobertura del PNSSyR que atiende a las mujeres sin cobertura.

Cuadro 1. Obtención gratuita del método anticonceptivo utilizado en la actualidad por mujeres de 14 a 19 años, por grupo de edad y cobertura de salud. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013.

Mujeres de 14 a 49 años	Obtención gratuita del método anticonceptivo que utiliza			
	Total	Sí	No	Ns/Nc
Total del país	100	32,2	67,4	0,4
Grupo de edad				
14 a 19 años	100	43,3	56,2	0,6
20 a 29 años	100	28,1	71,6	0,3
30 a 39 años	100	35,8	63,3	0,9
40 a 49 años	100	28,9	71,0	0,2
Cobertura de salud				
Obra social o prepaga	100	24,9	74,7	0,4
Sin cobertura	100	44,8	54,7	0,5

Fuente: ENSSyR 2013.

En el caso de los hombres se observa una situación similar, pero con un aumento de los que compran los MAC, ya que entre los que usan MAC solo el 22,2% los recibe gratuitamente, o sea alrededor de uno de cada cinco. Cuando se analiza los varones con cobertura solo el 15,6% lo recibe gratis, o sea menos de dos cada diez. Entre los varones sin cobertura el 33,6% lo recibe gratuitamente, o sea uno de cada tres. En los hombres es menor la proporción que usan MAC gratuitos que entre las mujeres, tanto entre los con cobertura como entre los sin cobertura, esto se explica porque en general usan preservativos que tienen un costo que les permite comprarlos. Si se analizan esto según grupos de edad, los adolescentes varones (15 a 19 años) son los que en mayor proporción los reciben gratis. Los hombres entre 20 y 29 años son los que presentan la menor proporción que los obtienen gratis. Cabe señalar que los varones sin cobertura son reacios a concurrir a los servicios de salud sexual y reproductiva públicos, ya que estos en general se brindan en el servicio de ginecología, es por ello que no llaman la atención estos bajos guarismos de hombres sin cobertura que no los reciben gratis. Lamentablemente poco se hace desde las políticas públicas para captarlos y lograr relaciones más equitativas

entre varones y mujeres en las relaciones sexuales y reproductivas. Los adolescentes concurren a solicitar MAC cuando hay servicios especializados de adolescencia a los que asisten tanto mujeres como varones indistintamente.

Cuadro 2. Obtención gratuita del método anticonceptivo utilizado en la actualidad por varones de 14 a 19 años, por grupo de edad y cobertura de salud. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Obtención gratuita del método anticonceptivo que utiliza			
	Total	Sí	No	Ns/Nc
Total del país	100	22,2	76,7	1,1
Grupo de edad				
14 a 19 años	100	28,0	71,4	0,6
20 a 29 años	100	17,1	80,4	2,5
30 a 39 años	100	25,5	73,9	0,6
40 a 49 años	100	23,2	76,4	0,4
50 a 59 años	100	20,9	78,5	0,6
Cobertura de salud				
Obra social o prepaga	100	15,6	83,4	1,0
Sin cobertura	100	33,6	65,1	1,3

Fuente: ENSSyR 2013.

Como la publicación de la Encuesta no aporta otra información, para el presente estudio se procedió a cruzar las variables cobertura y grupos de edad y sexo de los que usan MAC al momento de la encuesta según gratuidad. Los resultados se presentan en el Cuadro 3 para las mujeres. Puede observarse que dentro de las que tienen cobertura las adolescentes son las que los reciben gratuitamente en mayor medida, seguidas por las de 30-39 años, luego las de 20-29 años y por último las de 40-49 años, pasando de 3,5 de cada 10 mujeres que usan o reciben gratis en las adolescentes a 1 de cada 5 en las de 40-49 años. Las que no tienen cobertura en todos los grupos de edad usan gratuitamente más que las con cobertura, con pequeñas variaciones según grupo edad. En todas las edades están alrededor del 50%. Esto indica que el PNSSyPR cubre solo al 50% de las mujeres sin cobertura que usan MAC. Los números en el análisis por grupos de edad son pequeños por eso no es posible un análisis en profundidad.

Cuadro 3. Obtención gratuita del MAC utilizado por las mujeres según grupos de edad y cobertura. Argentina, junio 2013.

Grupo de edad	Mujeres			
	Con cobertura		Sin cobertura	
	Gratuito	No gratuito	Gratuito	No gratuito
14 a 19 años	34,2%	64,5%	52,6%	46,1%
20 a 29 años	23,5%	76,3%	46,2%	53,5%
30 a 39 años	28,0%	70,6%	52,4%	46,3%
40 a 49 años	22,3%	77,1%	49,2%	50,8%

Fuente: Cuadro elaboración propia según base de datos ENSSyR 2013

Cuando se analiza la gratuidad del acceso de los varones a los MAC según grupo de edad y cobertura (Cuadro 4) se observa que los con cobertura, excepto en el grupo de adolescentes, solo 1 de cada 5 lo reciben gratis, sin prácticamente variaciones entre los distintos grupos de edad. Cuando se analiza los sin cobertura se observa que los mayores de 30 años registran las mayores proporciones de obtención gratuita. Teniendo en cuenta que estos grupos de edad son los que menos usan el preservativo, se supone que este porcentaje de obtención gratuita de MAC corresponde a los que usan sus compañeras a través del PNSSyPR. Entre los adolescentes varones sin cobertura el porcentaje de MAC gratuitos que usan no alcanza a 4 de cada 10, teniendo en cuenta que en este grupo de edad el principal método y casi único que usan es el preservativo es evidente que la mayoría lo compra en forma directa. Esto coincide con la baja utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva públicos por parte de los varones debido a la falta de servicios en sectores para atención de varones. Entre los adolescentes y jóvenes un reclamo persistente es la falta de servicios propios para adolescentes lo que entre otros problemas los obliga a concurrir a los servicios de ginecología para obtener MAC o preservativos, algo que los desagrada porque son fundamentalmente concurridos por mujeres de diferentes edades.

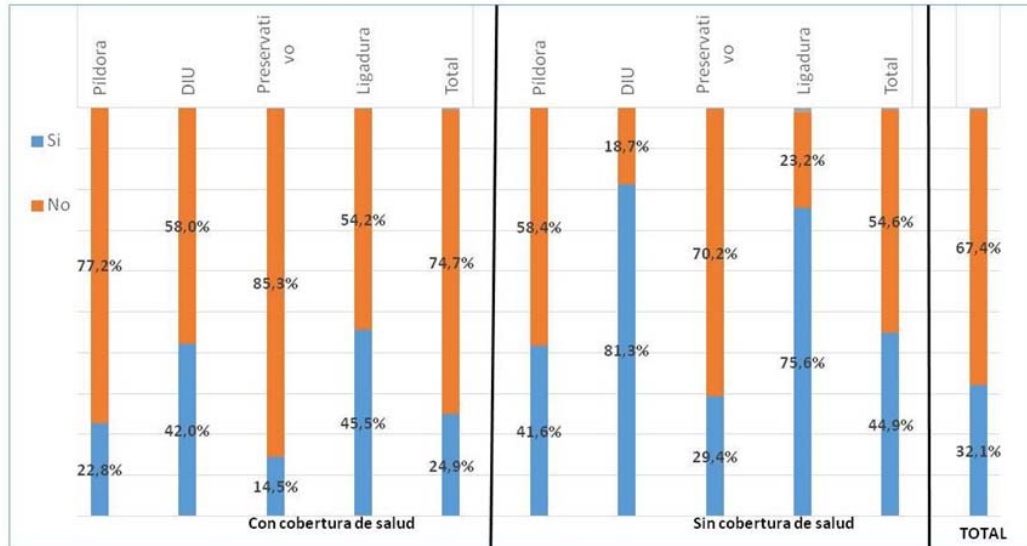
Cuadro 4. Obtención gratuita del MAC utilizado por los varones según grupos de edad y cobertura. Argentina, junio 2013.

Grupo de edad	Varones			
	Con cobertura		Sin cobertura	
	Gratis	No gratis	Gratis	No gratis
14 a 19 años	26,5%	73,0%	37,6%	60,8%
20 a 29 años	20,6%	78,6%	34,6%	64,2%
30 a 39 años	20,3%	78,8%	44,0%	56,0%
40 a 49 años	20,1%	79,4%	50,0%	47,1%
50 a 59 años	19,7%	77,6%	49,5%	50,5%

Fuente: Cuadro elaboración propia según base de datos ENSSyR 2013

Es importante señalar que la gratuidad depende del tipo de MAC que se usa. En el Gráfico 1 se observa que entre las mujeres con cobertura la mayor gratuidad se registra para la ligadura de trompas: 45,5% y el DIU 42,0%. La píldora solo en el 22,8 % es gratis y los preservativos en el 14,5%. Las mujeres sin cobertura en el caso del DIU tienen la mayor gratuidad: 81,3% y en la ligadura de trompas el 75,6%, las píldoras el 41,6% y los preservativos el 29,4%. Esto indica como las mujeres sin cobertura para la colocación del DIU y la ligadura de trompas concurren a los servicios públicos de salud, los que alcanzan una alta cobertura. Sin embargo cabe aclarar que la ligadura de trompas y el DIU son métodos/prácticas poco utilizados por las mujeres en el país. Es evidente que tanto en las mujeres con cobertura como las sin cobertura los MAC más costosos tanto por el insumo como por la práctica profesional, como son la ligadura de trompas y el DIU, las que usan/practican lo hacen gratis, mucho más que las píldoras y los preservativos, que como son más baratos y además de más fácil acceso en una alta proporción los usan pagandolos y evitando todos los trámites y gestiones necesarias.

Gráfico 1. Gratuidad del método anticonceptivo según cobertura de salud y tipo de método. ENSSyR 2013.



Fuente: Elaboración de Silvia Mario en base a datos ENSSyR 2013

Estos datos se usaron para estimar el gasto en PF de la población cubierta por obras sociales y los seguros privados.

Gasto gubernamental en Planificación Familiar

Por la estructura y finalidad del PNSSyPR el Ministerio de Salud de la Nación compra y provee a todos los efectores públicos sean de dependencia local, provincial y/o nacional. Esto significa que el gasto de los insumos de PF a todos los efectores públicos son provistos por el gobierno nacional. Las provincias y municipios se hacen cargo del gasto de personal y la infraestructura para las consultas, excepcionalmente en caso de falta de provisión por parte del PNSSYPR compran, excepto la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires que compran y complementan lo entregado por Nación. El Ministerio de Salud de la Nación también cubre en general la capacitación de personal y la producción de materiales de difusión e información, sin embargo creemos que sería necesario que los programas provinciales tuvieran presupuesto para hacer capacitación y también producir materiales de difusión ya que las acciones de la Nación son insuficientes y en los materiales a veces no consideran algunas características propia. Es por esto que la información fue recabada en el Ministerio de salud de la nación y también se entrevistaron y obtuvo información de Ciudad de Buenos Aires y de provincia de Buenos Aires. También se entrevistó a las autoridades de la provincia de Santa Fe porque algunos años compró pero en el 2014 no compraron.

En años anteriores la provincia de Santa Fe ante falta de provisión de anticonceptivos por parte de Nación, como tiene un laboratorio central que produce algunos medicamentos, produjo anticonceptivos para suplir la falta de entrega de la Nación. Como así se reduce significativamente el costo de los mismos, la provincia de Santa FE le ofreció al Ministerio de Salud de la Nación abastecerlo para distribuir en todo el país para abaratar costos. Esto requería una inversión previa para adecuar la planta para producir en cantidad y la provincia de Santa Fe no tenía fondos para eso, pidió a la Nación un préstamo pero no se lo concedió por tanto no se pudo

concretar esto. Según información suministrada por las autoridades de la provincia de Santa Fe el ahorro hubiera sido importante. Por ejemplo en el caso del Microviar de Bayer que tenía un costo de \$46, en el Laboratorio de Santa Fe como máximo hubiera costado \$12, esto es una disminución de más de un 60%.

Estimación del gasto de los hogares en Planificación Familiar

Para esta estimación se consideraron los datos de la Encuesta Nacional de Gasto en los Hogares –ENGHO– realizada por el INDEC en 2012/2013. Esta encuesta relevó en 37000 hogares del país el gasto entre el 16 de marzo 2012 y el 19 de marzo 2013. Se encuestaron las personas residentes en viviendas particulares en localidades de 5000 habitantes o más del país. Las principales variable estudiadas fueron los gastos clasificados en 9 finalidades: 1- alimentos y bebidas, 2- bienes y servicios varios, 3- educación, 4- equipamiento y mantenimiento del hogar, 5- recreación, 6- indumentaria y calzado, 7- propiedades, combustibles, agua y electricidad, 8- salud y 9- transporte y comunicaciones. El análisis se hizo por quintil de ingreso.

El gasto en salud correspondió al 5,6% del total del gasto y osciló del 4% en el primer quintil al 6,8 al quintil cinco (Cuadro 5). El principal gasto de los hogares de todos los quintiles corresponde al rubro alimentos y bebidas, seguido por transporte y comunicaciones. En los hogares del primer quintil, el gasto en alimentos y bebidas asciende al 43,4% del total del gasto, disminuyendo en las del quintil 5 al 26,2%, o sea los de menores ingresos gastan casi el 50 % solo en comer y beber.

Cuadro 5. Participación de los rubros de gasto en el gasto total de los hogares. Total país y por quintil de ingreso per cápita del hogar. Años 2012/2013.

En porcentajes sobre el total de gasto

Rubro de gasto	Quintil de ingreso per cápita del hogar					Total país
	1	2	3	4	5	
Alimentos y bebidas	43.4%	37.8%	35.8%	31.9%	26.2%	33.2%
Indumentaria y calzado	9.7%	9.4%	8.7%	9.1%	7.7%	8.7%
Vivienda	8.0%	8.5%	8.7%	10.0%	12.9%	10.2%
Equipamiento y funcionamiento del hogar	6.6%	6.7%	6.9%	7.2%	8.2%	7.3%
Salud	4.0%	5.0%	4.7%	6.1%	6.8%	5.6%
Transporte y comunicaciones	13.7%	17.3%	19.1%	19.7%	20.1%	18.6%
Esparcimiento y cultura	5.9%	6.7%	8.1%	8.5%	10.2%	8.3%
Educación	2.5%	2.9%	2.7%	2.7%	3.2%	2.9%
Bienes y servicios varios	6.2%	5.7%	5.3%	4.9%	4.8%	5.2%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENGHO 2012/2013. INDEC.

El gasto en salud comprende el gasto en medicamentos; en otros insumos; artefactos/equipos; consultas medicas; odontología; servicios auxiliares; cirugía, partos e internaciones y seguros. El gasto en medicamentos es el más relevante (41,1%) de todo lo gastado en salud, con una variación entre el primer quintil del 56,1% y el quinto con el 30,2%, esto indica el gasto en medicamentos pesa más en el grupo de menores ingresos. Dentro de los gastos en Salud de esta encuesta hay cuatro asociados a PF: 1- anticonceptivos hormonales, 2-

preservativos, 3- anticonceptivos mecánicos o sea DIU, diafragma y otros, y 4- consultas ginecológicas y obstétricas.

Para calcular el gasto directo en PF se tomó en cuenta el promedio del gasto mensual por hogar y de estos se calculo lo correspondiente a PF, para ello se consideró el gasto en anticonceptivos hormonales, preservativos y mecánicos por quintil, a lo que se agregó una estimación del gasto en consultas medicas, en base a los datos de consultas de PF de un trabajo elaborado en 2014 por FEIM que señala que el 22% de las consultas medicas se pueden estimar debidas a PF.³

Cuadro 6. Gasto promedio mensual (de bolsillo) por hogar en planificación familiar según rubro. Total país y por quintil de ingreso per cápita del hogar según ENGH0. Años 2012/2013.

Gasto promedio mensual en pesos por hogar en valores 2012/2013

Quintil de ingreso per cápita del hogar	Quintil de ingreso per cápita del hogar					Total país
	1	2	3	4	5	
Anticonceptivos hormonales	231.9	174.7	219.5	275.9	248.3	230.0
Preservativos	20.0	45.9	164.4	39.8	90.1	79.8
Anticonceptivos mecánicos	14.1	6.9	19.3	22.9	24.7	17.3
Consultas	11.3	17.9	19.0	9.3	13.9	13.7

Fuente: Elaboración propia en base a la ENGH0 2012/2013. INDEC.

Esto indica un alto gasto directo (o de bolsillo) de las personas en PF en Argentina. En cuanto a en que se gasta y como pesa según el quintil, cabe señalar que los hogares con menores ingresos gastan proporcionalmente más, especialmente en anticonceptivos hormonales, menos en preservativos y casi la mitad del gasto en anticonceptivos mecánicos, entre los que está el DIU, un anticonceptivo de mejor costo beneficio ya que tiene una duración de 10 años y protege con una efectividad similar a los hormonales. Este alto gasto de bolsillo en PF en Argentina se corresponde a lo observado en general en América Latina y el Caribe según un Informe de IPPF de la región del Hemisferio Norte y el Foro LAC que señala que en los países de la Región el gasto de bolsillo de salud es más alto que en el mundo y también en Salud Sexual y Reproductiva, indicando que en promedio en la región, uno de cada tres dólares U\$S que se gasta en la región para Salud Sexual y Reproductiva proviene de los bolsillos de las personas. El documento señala que en la región la mayoría de los insumos anticonceptivos son adquiridos con recursos de los hogares, y que los MAC figuran entre los medicamentos más vendidos en las farmacias en seis países de la región.⁴

El cuadro siguiente muestra el peso relativo de los distintos tipos de insumos en relación a los ingresos del hogar. A diferencia de los valores en pesos que se ajustaron a los aumentos ocurridos a Diciembre del 2014, en este cuadro se observa el peso relativo que en los hormonales es cuatro veces mayor en el quintil 1 en relación al quintil 5, esto indica una regresividad importante.

³ Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer –FEIM-. “Vigilancia Ciudadana: un tema de mujeres y derechos humanos”. 2015. Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/Vigilancia_Ciudadana_FEIM_2015.pdf

⁴ Tobar, Federico (2013) La trampa del ingreso medio: Una crisis de crecimiento del en el aseguramiento de insumos de salud Sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Nueva York, UNFPA; y Fondo de Población de Naciones Unidas e Instituto de Interdisciplinarios Holandesa de Demografía (2012) Financial Resource Flow for Population activities in 2012, Nueva York, UNFPA

Cuadro 7. Relevancia del gasto en planificación familiar sobre el ingreso total del hogar. Total país y por quintil de ingreso per cápita del hogar. Años 2012/2013.

En porcentaje respecto al ingreso total del hogar

Quintil de ingreso per cápita del hogar	Anticonceptivos hormonales	Preservativos	Anticonceptivos mecánicos	Consultas
1	8.3%	0.7%	0.5%	0.4%
2	3.7%	1.0%	0.1%	0.4%
3	3.8%	2.9%	0.3%	0.3%
4	3.7%	0.5%	0.3%	0.1%
5	2.0%	0.7%	0.2%	0.1%
Total país	3.5%	1.2%	0.3%	0.2%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENGHO 2012/2013. INDEC.

Luego se estimó el gasto total anual de los hogares de todo el país según quintil de ingreso para el año 2014, expresándose ese total en el cuadro siguiente. Como la Encuesta es de marzo 2013, se actualizaron los valores a diciembre 2014 a través del Índice de Precios al Consumidor –IPC– sector salud. En el cuadro 8 puede verse como los gastos totales anuales de los hogares para compra directa (gasto de bolsillo) de Anticonceptivos hormonales es el principal volumen de gasto según ingreso de los hogares, siendo mucho mayor en todos los quintiles a los otros gastos. Solo el quintil 5 supera en casi un 25% al gasto en Anticonceptivos hormonales. El gasto en consultas es un 50% menos en el quintil 1 en relación al quintil 5, o sea las consultas generan el doble y un poco más de gasto directo en los hogares con ingresos más altos, pero en valores mucho menores a los gastos totales en MAC. Los preservativos aumentan el gasto total de los hogares a partir del quintil 3 en adelante. El quintil 3 tiene un gasto muy alto en preservativos, esto indica que en estos sectores con mejores ingresos, el cuidado de la prevención del VIH/sida es mucho mayor que en los del primero y segundo quintil.

Cuadro 8. Gasto total (de bolsillo) en rubros de planificación familiar según la ENGHO 2012/2013. Total país y por quintil de ingreso per cápita del hogar. Actualizado a 2014.

Quintil de ingreso per cápita del hogar	Anticonceptivos hormonales	Preservativos	Anticonceptivos mecánicos	Consultas	Total
1	143,316,601	802,147	1,110,136	9,674,811	154,903,695
2	74,352,923	336,438	691,391	13,379,462	88,760,215
3	78,283,039	12,154,121	3,057,721	16,901,204	110,396,085
4	75,792,901	4,024,104	2,571,292	12,875,411	95,263,708
5	184,408,795	3,746,748	1,101,832	19,972,315	209,229,690
Total	556,154,259	21,063,558	8,532,372	72,803,203	658,553,392

Fuente: Elaboración propia en base a la ENGHO 2012/2013. INDEC.

Estimación del gasto en PF de las Obras Sociales y Prepagos, Argentina 2014

El sector de obras sociales según ley nacional 25673 tiene entre las prestaciones médicas obligatorias -PMO- la atención en Salud Sexual y Reproductiva incluida la provisión gratuita de MAC. Lamentablemente no es posible cotejar su cumplimiento ya que las obras sociales –OS- no están obligadas a brindar información de sus prestaciones. Las personas beneficiarias para hacer reclamos deben hacerlos a través de la oficina de defensa al consumidor, como en caso de la adquisición de cualquier otro bien. El gasto de las OS y los Seguros Medicos privados o Prepagos es por lo tanto muy difícil de conocer, ya que cada OS o sea las 300 o más existentes y los Prepagos tienen sus propias estadísticas y estas no son públicas. Por ello es necesario trabajar con estimaciones.

Para esta estimación se utilizó 1- el valor estimado dentro del PMO de cada componente de los insumos y de la consulta de servicios de Sexual y Reproductiva, en base a la estimación realizada por Van Der Kooy y otros, de la Consultora Prosanity en el 2014, para el gasto de las Obras Sociales y de los Seguros privados. 2- Este valor se aplicó a los datos de la población usuaria estimada según la cobertura analizada en base a la ENSSYR, obteniéndose entonces el gasto de las OS y Seguros médicos privados , esta estimación se hizo para la población cubierta por estos sistemas,

El gasto anual se multiplico por la población cubierta obteniéndose el dato del gasto total por año gastado por estas instituciones, esto se observa en el Cuadro 9

Cuadro 9 Gasto total estimado en planificación familiar de Obras sociales y Prepagos 2014.

En millones de pesos valores corrientes 2014

Rubro	Gasto anual	población usuaria estimada	Total gasto de obras sociales y prepagos
Consulta	99 \$	3,530,871.00	349,556,229 \$
Métodos	633\$	3,530,871.00	2,235,041,343\$
Total	732	3,530,871.00	2,584,597,572\$

Elaboración propia en base a Van Der Kooy, 2014

En el cuadro 10 se estimó como este gasto global se distribuye según el total de las obras sociales y según sus componentes: Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y PAMI (la obra social que nuclea a los jubilados y pensionados). También el gasto que corresponde a las Prepagos o Seguros Privados. Para esto se utilizó la estimación de la población cubierta por estas distintas instituciones según el estudio de Sanguinetti del 2015.

Cuadro 10 Gasto total en planificación familiar de Obras sociales y Prepagas 2014 por institución.

En millones de pesos valores corrientes 2014

Institución	Consulta	Métodos Anticonceptivos
Obras Sociales Nacionales	175,234,201.09	1,120,436,861.53
Obras Sociales Provinciales	90,863,314.06	580,974,523.26
PAMI	56,160,181.90	359,084,799.43
Subtotal Seguridad Social	322,257,697.06	2,060,496,184.22
Prepagos	27,298,531.94	174,545,158.78
Total	349,556,229	2,235,041,343

Estimación propia en base Sanguinetti, 2015

Análisis y recomendaciones

La creación del PNSSYR en marzo del 2003 fue un avance muy importante para permitir la provisión gratuita de MAC a la población en los servicios públicos de salud de todo el país, así como la información y el asesoramiento sobre reproducción y Planificación Familiar –PF-

Si bien la ley de creación del programa incluyó estas prestaciones en el Programa Médico Obligatorio a fin de asegurar la provisión gratuita a la población cubierta por las Obras Sociales y los seguros privados, es evidente que en esas instituciones, estas prácticas y prestaciones se cubren en baja proporción y en muchos casos se piden requisitos adicionales que dificultan el acceso. Esto genera desaliento y que las que no pueden comprarlos opten por concurrir al servicio público de salud donde es más fácil y sencillo conseguir la atención en estos casos en forma totalmente gratuita.

La Encuesta de Gasto de los Hogares realizada por el INDEC en 2012/2013 evidencia esto al señalar que la población con cobertura recibe en baja proporción métodos anticonceptivos y/o prácticas vinculadas a Planificación Familiar en forma gratuita. Si bien la proporción que dice recibir gratis varía según a que método o práctica se refiere, en general las mujeres reciben en mayor proporción que los hombres y como máximo solo una de cada cuatro mujeres con cobertura que usa un método/prestación lo recibe gratis, o sea la cobertura es solo del 25%.

Respecto a la población que se atiende exclusivamente en el Sector Público, ya que carece de otras coberturas, según la Encuesta de Gasto de los Hogares, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva no cubre adecuadamente a quienes usan estos métodos /prestaciones. **A casi 13 años de implementado el PNSSYR que solo la mitad o un poquito más de las mujeres que usan métodos /prestaciones los reciban gratuitamente, indica que la cobertura es insuficiente.** También en las personas beneficiarias exclusivas del sector público, según el tipo de MAC o prestación varía la proporción de uso gratuito como se observa en las con cobertura. Por ejemplo la colocación de DIU es cubierta en más alta proporción que los métodos anticonceptivos hormonales en pastillas y los preservativos. También para la ligadura de trompa la proporción que lo hace gratis es mayor que para los otros métodos. Sin embargo como tanto el uso del DIU como la ligadura de trompas son muy poco frecuentes y para las cuales las mujeres tienen aun muchas dificultades para conseguirlas, especialmente en los servicios públicos de salud por resistencias y prejuicios de los profesionales .En el caso del DIU las mujeres se resisten a usarlo porque dudan de su efectividad, por eso es poco solicitado a pesar de ser un método muy

recomendable por su alta efectividad, la comodidad de requerir pocos cuidados y su larga duración (10 años). Todo esto lo hace un método de un alto costo-beneficio pero aún poco usado.

Una de las principales limitaciones para el acceso de las personas a los MAC y prestaciones de PF es que aun la mayoría de la población desconoce que tienen derecho a ellas y en muchos casos aunque conozcan ese derecho no saben donde pedirlo. Desde el nombre del Programa y /o consultorio: Salud Reproductiva es algo desconocido para la población y al cual no está familiarizada de su existencia los servicios de salud públicos. Planificación Familiar es algo más conocido por la población e incluso aunque no lo conozca por el nombre entienden mejor que servicio presta y la asocian más fácilmente al objetivo de su atención. Para mejorar esto el PNSSYPR debería difundir este derecho y las prestaciones que brinda. Si bien la ley plantea debe hacerse cada año una campaña, esto no se cumplió en estos 13 años, excepto un breve periodo de una campaña de un organismo internacional.

En el caso de los varones la otra gran restricción para el uso de estos servicios es que estos consultorios en el sector público funcionan en o asociados a los servicios de Ginecología, o sea son muy específicos para atención de mujeres y los hombres no concurren a ellos por ese motivo.

A esto se agrega que en muchos hospitales y Centros de Atención primaria el personal, especialmente algunos profesionales se oponen por creencias personales, religiosas, desconocimiento profesional y/o prejuicios a indicarlos o realizarlas si son prácticas, pero no se definen y clasifican como “objetores de conciencia”, entonces esa condición no es conocida por la población hasta que consulta por primera vez a ese profesional o servicio.

Algunas prácticas y MAC son mas resistidas por la población que otras y por lo tanto requieren una especial atención por parte del PNSSyPR, como por ejemplo el DIU. La mujeres lo consideran muy confiable, muchas dicen haber quedado embarazadas teniendo el DIU colocado sin poder saber bien si lo tenían colocado o lo habían expelido y no se controlaron. No distinguen el cuidado que deben tener al comienzo de su uso, de la efectividad ulterior del mismo. También tienen muchas fantasías y nociones erróneas sobre que le produce al compañero o esposo, si este siente los hilos que quedan por fuera del cuello del útero durante la penetración y esto le altera la relación sexual. Por todos estos motivos no lo piden y si se los ofrece el médico se resisten a usarlo. Este es un motivo que atenta contra la continuidad y eficacia de la anticoncepción, porque prefieren el uso de las píldoras aunque son más fáciles de discontinuarlas por olvido, porque exige ir todos los meses a retirarlos con el gasto en tiempo y dinero que esto implica, el riesgo de tomarlas mal por no entender bien la explicación, entre las causas mas frecuentes por las cuales tienen interrupciones. Además los anticonceptivos hormonales pueden producirles más inconvenientes y malestares por la dosis de hormonas que ingieren.

Todo esto sin embargo no es fácil de revertir y exige que el PNSSYR y los programas provinciales y locales tengan estrategias más precisas y orientadas a mejorar la oferta y la demanda. Para ello deberían desarrollar políticas pro-activas de difusión, cabe señalar que la ley establece se deben hacer campañas de difusión por lo menos una vez al año, algo que no se cumplió ni cumple en estos 13 años de existencia del programa. Se promuevan actividades con las mujeres especialmente de sectores carenciados conocer estos métodos y perder los temores, para ello se requiere un programa especial de trabajo comunitario, que en algunos periodos se efectuó por ejemplo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con las promotoras de salud, pero luego se las contrato para la prestación de servicios y se abandonó el trabajo comunitario. También se deben dedicar esfuerzos a la capacitación permanente y continúa del personal de estos servicios: profesionales, técnicos y administrativos

para lograr todos conozcan y tengan mensajes superadores de sus prejuicios o nociones personales. Además capacitar a los profesionales para que se actualicen en estos métodos y prácticas, sus indicaciones y formas de uso y aplicación además de la ley que garantiza el acceso a la población. La actitud negativa de muchos profesionales por que no conocen sobre anticoncepción porque no era motivo de estudio en el pregrado, lo que en gran medida contribuye a mantener la creencia errónea en las mujeres por ser estos profesionales los que “saben” de esto y, por lo tanto, lo que les dicen es lo que vale, aunque en muchos casos es erróneo.

El desafío mas importante es lograr que el PNSSYPR realmente cumpla una función integral de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la PF en la que se espera toda la población sin cobertura que usa o quiere usar MAC tenga acceso a la información, la atención oportuna y la provisión gratuita. A la población cubierta por OS o prepagos, el desafío es que reciban la información y atención que quieren sin dilaciones y en forma gratuita. El control de esta cobertura se deberá promover a través de una campaña de difusión a sus beneficiarios obligatoria que el Estado debe exigirles y controlar para que todos conozcan sus derechos y les facilite el acceso a las prestaciones y atención que ese programa implica. Después de 13 años de la sanción de la ley de SSyPR que en las OS y los seguros privados con tasas de cobertura de 25% entre las mujeres con cobertura que usan MAC y del 50% en las sin cobertura, es una baja cobertura que requiere se estudien y analicen los motivos y se superen urgentemente.

Lo más importante será que quienes manejan estos programas a nivel central y en las provincias y municipios entiendan que estos derechos conquistados por la ciudadanía deben permitirles el acceso a los beneficios que la ley señala y que esto debe ser respetado en todos los servicios públicos y de la seguridad social y los seguros privados y sin ningún tipo de discriminación ni penalidad alguna.

*Este Trabajo fue elaborado con la cooperación del **Lic. Alejandro Sonis** en el análisis y las estimaciones de los datos de gasto directo y de la Seguridad Social y de Seguros Privados o prepagos y de la **Prof. Lic. Susana Checa** en el análisis del PNSSYR.

BIBLIOGRAFÍA

- Federación Internacional de Planificación Familiar/Región del Hemisferio Occidental –IPPF-. *“El dinero importa en países de renta media. Fondos para la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe (ALC)”*. 2015. Disponible en: https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/IPPF_MoneyMatters_LO9sp-Web.pdf
- Fondo de Población de Naciones Unidas e Instituto Interdisciplinario Holandés de Demografía (2012). *“Financial Resource Flows for population Activities in 2012.”* Nueva York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GPAR%202012%20Sept.pdf>
- Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer –FEIM-. *“Vigilancia Ciudadana: un tema de mujeres y derechos humanos”*. 2015. Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/Vigilancia_Ciudadana_FEIM_2015.pdf

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo –INDEC-. “ENGHo Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012/2013. Resumen metodológico. 2013”. Disponible en:
http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/engho/engho2012_resumen_metodologico.pdf
- Jorge Raúl Jorrat [et.al.], Ministerio de Salud de la Nación. “Utilización y gasto en servicios de salud en Argentina 2010”, Argentina 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación; Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación; Programa Nacional de Procreación Responsable y Salud Sexual y Reproductiva –PNSSyPR-; Instituto Nacional de Estadísticas y Censo –INDEC-. “Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 -ENSSyR 2013- : Presentación de resultados”, Argentina 2013.
- Tobar, Federico (2013) La trampa del ingreso medio: Una crisis de crecimiento del en el aseguramiento de insumos de salud Sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Nueva York, UNFPA; y Fondo de Población de Naciones Unidas e Instituto de Interdisciplinarios Holandesa de Demografía (2012) Financial Resource Flow for Population activities in 2012, Nueva York, UNFPA
- Van der Kooy, E. Pezzela, H. y Roldán, R. “Programa Médico Obligatorio. Estimación del Gasto Necesario para Garantizar la Cobertura. Actualización Julio 2014”. Prosanity Consulting.