

## **Anticoncepción después de...**

Barreras a la accesibilidad  
a la anticoncepción de emergencia en la Argentina



**MARIO PECHENY (DIRECTOR)**

**ANA MARÍA ANDÍA, LUCÍA ARIZA, JOSEFINA BROWN, MARÍA EPELE,  
LEANDRO LUCIANI CONDE, SILVIA MARIO Y MARÍA CECILIA TAMBURRINO**

# Anticoncepción después de...

Barreras a la accesibilidad  
a la anticoncepción de emergencia en la Argentina



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

Anticoncepción después de... : barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina / Ana María Andía ... [et.al.] ; dirigido por Mario Pecheny. - 1a ed. -

Buenos Aires : Teseo, 2010.

218 p. ; 20x13 cm. - (Salud pública)

ISBN 978-987-1354-73-3

1. Salud Pública. I. Ana María Andía II. Pecheny, Mario, dir.  
CDD 614



© UNFPA, 2010



Ministerio de  
Salud

Presidencia de la Nación

© Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2010



© Editorial Teseo, 2010  
Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-1354-73-3  
Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra,  
escribanos a: [info@editorialteseo.com](mailto:info@editorialteseo.com)

[www.editorialteseo.com](http://www.editorialteseo.com)

El trabajo de investigación origen de este libro fue realizado con el apoyo de las Becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia de Estudios Colaborativos Multicéntricos, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Agradecemos al Ministerio de Salud de la Nación y a UNFPA por el apoyo para la realización de este proyecto y esta publicación, particularmente a Zulma Ortiz, Silvina Ramos, Paula Ferro, María del Carmen Feijoó y Eleonor Faur.

Agradecemos también a Edith Alejandra Pantelides (CENEP) y por su intermedio a Enrique Ezcurra (OMS), por su orientación bibliográfica y sustantiva; a Santiago Morcillo y Gonzalo González, que colaboraron en el trabajo de campo; a Claudia Noriega, del Plan Mujer de San Juan; a Valeria Isla, Virginia Méndez, Eugenia Tarzibachi y Gabriela Perrota, especialistas en salud reproductiva; a Mónica Petracci (CEDES - IIGG); a David Brown y equipo, responsables del trabajo de campo y procesamiento inicial de la encuesta; a las mujeres y varones, así como a las y los profesionales y personal de los Programas y servicios en Buenos Aires, Mendoza y San Juan que han participado de las encuestas y las entrevistas.

La investigación recibió el Premio ISALUD 2009 - INVESTIGACIÓN Y SALUD.



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	13
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	15
<b>2. NOCIONES BÁSICAS Y PUNTOS DE PARTIDA</b> .....	17
¿Qué es la anticoncepción de emergencia? .....	17
Mecanismo de acción .....	18
Eficacia .....	18
Dosis .....	18
Efectos colaterales .....	19
El DIU .....	19
No son anticonceptivos de emergencia.....	20
La anticoncepción de emergencia y la salud pública en la Argentina .....	20
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	25
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	27
Componente cuantitativo .....	28
Componente cualitativo .....	29

<b>5. RESULTADOS</b> .....	33
5.1 Componente cuantitativo .....	33
Conocimiento de métodos anticonceptivos.....	33
Inicio de las relaciones sexuales y del uso de métodos anticonceptivos .....	37
Uso actual de métodos anticonceptivos .....	38
No usuarios de métodos anticonceptivos.....	44
Conocimiento de anticoncepción de emergencia .....	46
Uso de anticoncepción hormonal de emergencia .....	58
Accesibilidad a métodos anticonceptivos .....	60
Accesibilidad a la Anticoncepción Hormonal de Emergencia .....	62
Anticoncepción de emergencia y aborto .....	63
Opiniones generales sobre salud reproductiva, sexualidad y accesibilidad a la anticoncepción .....	64
5.2 Componente cualitativo .....	70
Trayectorias socio-afectivas de la primera relación sexual .....	71
La primera relación sexual.....	72
Entre el deseo, el placer y el cuidado: el tiempo.....	74
La protección en la primera relación sexual.....	75
Formas de cuidado .....	75
Métodos anticonceptivos y trayectorias .....	76
Diferencias de género en el uso de métodos anticonceptivos .....	76
Trayectorias socio-afectivas y elección del método.....	77
La información anticonceptiva.....	80
Acceso a los métodos.....	81

Influencia de factores socioeconómicos en las formas de cuidarse .....	82
Sobre emergencias: experiencias, prácticas y saberes ..	83
Diversidad de experiencias de “emergencia” .....	84
Uso de anticoncepción hormonal de emergencia .....	88
Fuentes y modos de circulación de la información sobre Anticoncepción Hormonal de Emergencia .....	89
Accesibilidad .....	90
Uso de anticoncepción hormonal de emergencia y modificaciones en las prácticas de cuidado .....	91
Campo semántico de la anticoncepción de emergencia .....	92
Anticoncepción... ¿después? .....	93
Confusiones entre la regularización de la menstruación y el aborto .....	94
La anticoncepción hormonal de emergencia, ¿es abortiva? .....	95
Conversaciones sobre sexualidad y anticoncepción .....	96
La consulta con profesionales .....	97
De la acción estatal y el conocimiento de las leyes vigentes .....	98
La distribución de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia .....	99
El problema con la difusión .....	100
La desinformación, la deficiente capacitación y el inadecuado funcionamiento en red conspiran contra los servicios .....	101
Acerca de los profesionales de la salud y las construcciones de sentido .....	104

El Estado y los “mecanismos” de anticoncepción hormonal de emergencia: de acción, de resistencia, de acceso .....	105
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>107</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>115</b>
<b>8. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>125</b>
<b>9. ACERCA DE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES .....</b>	<b>127</b>
<b>10. CUADROS .....</b>	<b>131</b>

## PRESENTACIÓN

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) junto al Ministerio de Salud de la Nación se complacen en presentar este estudio –realizado en el marco de las Becas Salud Investiga– que se propone conocer en profundidad las barreras al acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia desde la perspectiva de usuarias/os y proveedores de salud. En los últimos veinte años, la Argentina ha hecho grandes avances en la promoción de la salud sexual y reproductiva. A partir de la Ley que en 2003 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se intensifica la oferta de insumos anticonceptivos en los servicios de salud y su demanda por parte de la población. Sin embargo, la anticoncepción hormonal de emergencia, que forma parte de los insumos básicos que entrega el Programa desde 2007, no ha acompañado del mismo modo ese proceso. Su utilización ha estado por debajo de lo esperado. En este contexto, los embarazos no deseados y los abortos siguen constituyendo un problema para la salud pública y para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, particularmente reflejados en el estancamiento en la reducción de la tasa de mortalidad materna. Sin lugar a dudas, uno de los instrumentos que puede contribuir a revertir esta situación es la anticoncepción hormonal de emergencia.

Este estudio pone en evidencia la multiplicidad de barreras (económicas, institucionales, culturales, subjetivas,

etc.) que obstaculizan el acceso de este método por parte de la población en edad reproductiva. Desde el UNFPA y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, estamos convencidos de que estos resultados pueden contribuir enormemente al fortalecimiento de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva y a la posibilidad de que ciudadanas y ciudadanos pueden ejercer plenamente estos derechos. Esperamos que su lectura pueda aportar en esta dirección.

Eleonor Faur  
Oficial de Enlace  
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Paula Ferro  
Coordinadora  
Programa Nacional de Salud Sexual  
y Procreación Responsable  
Ministerio de Salud de la Nación

# 1. INTRODUCCIÓN

En la Argentina, los embarazos no deseados y los abortos constituyen un problema para la salud pública y para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones. Uno de los instrumentos que puede contribuir a prevenir dicho problema es la anticoncepción hormonal de emergencia, aquella que impide la fecundación con posterioridad al coito, en un plazo no mayor a cinco días. La población en edad reproductiva no parece haber incorporado aún este instrumento en el conjunto de métodos anticonceptivos disponibles, ni tampoco el sistema de salud ha brindado la información y la atención necesarias.

De ahí los objetivos del estudio cuyos resultados se presentan, a saber: conocer la información y experiencias que usuarios/as, potenciales usuarios/as y profesionales tienen sobre la anticoncepción de emergencia; conocer en qué medida las concepciones ideológico-políticas, éticas y religiosas favorecen u obstaculizan la accesibilidad; y relevar factores institucionales que favorecen u obstaculizan el acceso a la anticoncepción de emergencia.

Para ello, se utilizó una metodología exploratoria, cuantitativa y cualitativa: una encuesta a 1219 mujeres y varones de 15 a 50 años en todo el país, una entrevista semi-estructurada a 54 mujeres y varones de las áreas metropolitanas de Buenos Aires, Mendoza y San Juan, y una entrevista semi-estructurada a funcionarios y profesionales

de la salud reproductiva en dichas áreas geográficas. Los resultados muestran que hay barreras comunes con el resto de los anticonceptivos (subjetivas, culturales, institucionales, económicas) y que hay barreras específicas, ligadas a la inadecuada información sobre el modo de funcionamiento de la anticoncepción hormonal de emergencia (básicamente, que hay tiempo entre el coito y la fecundación como para intervenir con un anticonceptivo adecuado en dicho lapso), el estatus legal de la misma, la accesibilidad en sentido estricto al método (dónde conseguirlo y cómo), entre otras. Tales barreras se experimentan diferencialmente en términos de sexo, edad, nivel de instrucción alcanzado y estrato socioeconómico, pero atraviesan todos los segmentos sociales estudiados.

La principal conclusión lleva a plantear la necesidad de intervenir en materia de información a la población y capacitación al personal de salud sobre anticoncepción de emergencia, su modo de funcionamiento y acceso, así como operar sobre las zonas grises que dificultan captar lo distintivo que tiene la anticoncepción poscoital, algo que a primera vista resulta contraintuitivo para la mayor parte de la población. Los vínculos entre anticoncepción regular, anticoncepción de emergencia e interrupción del embarazo continúan teñidos por confusiones varias.

## 2. NOCIONES BÁSICAS Y PUNTOS DE PARTIDA

### ¿Qué es la anticoncepción de emergencia?

Los anticonceptivos de emergencia (ACE) son métodos que se pueden usar para prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida.

El uso de los llamados anticonceptivos postcoitales o –erróneamente– “pastilla del día después” está reservado a los casos de verdadera emergencia: violación, coito no protegido, mala utilización o accidente con el método anticonceptivo regular usado, de los cuales no son un sustituto (von Hertzen *et al.*, 2002; WHO, 2007).

Los anticonceptivos hormonales de emergencia (AHE) no son más que dosis diferentes de los mismos anticonceptivos orales que se usan desde hace décadas. Los productos contienen un progestágeno, el levonorgestrel, y deben administrarse dentro de los primeros cinco días posteriores a la relación potencialmente fecundante. Hasta hace unos años se comercializaba un producto con estrógeno y progestágeno (método de Yuspe), de eficacia algo menor (Westley *et al.*, 1998).

## Mecanismo de acción

El levonorgestrel usado antes de la ovulación puede impedir el desarrollo folicular, la descarga de la hormona luteinizante (LH) –que regula la ovulación– y la liberación del óvulo. Su poder para inhibir la ovulación (Marions *et al.*, 2002; Durand *et al.*, 2001; Croxatto *et al.*, 2004) es menor mientras más avanzada esté la maduración del óvulo.

También podría alterar la migración y función de los espermatozoides en los órganos reproductivos de la mujer, ya que pocas horas después de su administración se produce una alteración en su transporte y vitalidad (Kesseru, Larranaga y Parada, 1973; Munque *et al.*, 2006).

El levonorgestrel no altera el endometrio, y no hay evidencia de que impida la implantación del óvulo fecundado (Novikova *et al.*, 2007; Marions *et al.*, 2002; Durand *et al.*, 2001; Ortiz *et al.*, 2004), ni que afecte los procesos posteriores a la fecundación.

## Eficacia

La eficacia del levonorgestrel disminuye a medida que la toma se aleja del momento de la relación sexual no protegida (Westley *et al.*, 1998). La experiencia demuestra que, de todas las mujeres que toman AHE dentro de los cinco días posteriores a una relación sexual no protegida, sólo entre el 1 y el 2 por ciento comenzará a cursar un embarazo.

## Dosis

El régimen recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (von Hertzen *et al.*, 2002; WHO, 2007)

es de 1,5 mg de levonorgestrel administrado en una sola dosis. También pueden emplearse dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel cada una, con doce horas de diferencia. En todos los casos, la primera dosis, o la dosis única, debe tomarse lo antes posible, dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual no protegida.

## Efectos colaterales

No se han registrado complicaciones a largo plazo por el uso de AHE, si bien pueden presentarse náuseas, vómitos y, menos frecuentemente, dolor de cabeza y tensión mamaria pasajeros. Si los vómitos se producen dentro de las dos primeras horas de la toma, se debe repetir la dosis por vía oral con antieméticos o alimentos, o bien administrarla por vía vaginal.

Diversos estudios han encontrado que la disponibilidad de la AHE no disminuye el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos (Harper *et al.*, 2005; Walker *et al.*, 2004).

## El DIU

El dispositivo intrauterino (DIU) con carga de cobre se puede usar como ACE si se lo inserta dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual no protegida. Cuando es posible calcular el momento de la ovulación, el período en el cual es eficaz se extiende hasta cinco a siete días después de la ovulación (Trussel *et al.*, 2008), esto es, antes de que comience el proceso de anidación. En *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, la OMS sugiere la inserción del DIU hasta el día 12 del ciclo, sin restricciones, y en cualquier

otro momento del ciclo si hay certeza de que la mujer no está embarazada (WHO, 2005). Su eficacia como ACE es cercana al 100 por ciento, superior a la de la AHE, y en el caso en que se desee prolongar su uso como anticonceptivo regular, se lo puede dejar colocado durante diez años. No se recomienda en mujeres que están en riesgo de contraer o haber contraído una infección de transmisión sexual (ITS), como en los casos de violación. Su funcionamiento como ACE no está lo suficientemente estudiado y es motivo de controversias.

### **No son anticonceptivos de emergencia**

De composición parecida a la de los anticonceptivos de uso corriente, las pastillas *Dosdías* se utilizan en el diagnóstico de amenorreas secundarias, para descartar la existencia de un embarazo. Su toma está indicada cuando hay atraso menstrual.

El misoprostol es un protector de la mucosa gástrica que, asociado con diclofenac, se vende bajo los nombres comerciales de *Oxaprost* y *Blokium Prost*. Se usa con frecuencia como abortivo (Zamberlin, 2009; Romero, Zamberlin y Gianni, 2010).

La pastilla conocida como *RU-486*, que no se comercializa en la Argentina, es una antiprogesterona que se usa para interrumpir el embarazo dentro de las primeras semanas de gestación.

### **La anticoncepción de emergencia y la salud pública en la Argentina**

En la Argentina, los embarazos no planificados constituyen un problema para la salud pública y la calidad de vida

de mujeres y varones por múltiples razones y con múltiples consecuencias. La cantidad de abortos provocados<sup>1</sup>, la persistencia de muertes maternas por aborto<sup>2</sup> y las decenas de miles de egresos hospitalarios por complicaciones de abortos inseguros<sup>3</sup> dan cuenta de que los anticonceptivos no son utilizados sistemáticamente y/o que en algunos casos fallan. Después de una relación sexual sin protección –o si ésta falla– y en caso de no buscarse un embarazo, la evidencia mostró que la anticoncepción de emergencia previene eficazmente un embarazo, y evita así una potencial situación de aborto. La utilización de la ACE también se indica en los casos de violación, problemática que no será abordada en este trabajo (como así tampoco, para esos casos, la accesibilidad a la profilaxis post-exposición al VIH/sida).

Desde los años 1960 y 1970 se han utilizado diversos métodos post-coitales (empleo de altas dosis de estrógenos y progestágenos, el más conocido es el llamado “régimen de Yuspe”). A partir de los estudios clínicos avalados por la OMS en 1998 y años subsiguientes (Westley *et al.*, 1998; von Hertzen *et al.*, 2002), se considera que la mejor opción –por su mayor eficacia y sus menores efectos colaterales– es el uso del levonorgestrel (LNG) en una o dos píldoras (total:

---

<sup>1</sup> Por tratarse de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en la Argentina. Las estimaciones recientes indican que ocurren entre 372.000 y 522.000 abortos inducidos por año (Pantelides y Mario, 2006).

<sup>2</sup> Cada año, alrededor de 80 mujeres mueren por complicaciones de abortos inseguros en la Argentina. Estas complicaciones han sido la primera causa de mortalidad materna en los últimos veinte años, representando el 30 por ciento de esas muertes. La tasa de mortalidad materna fue de 4.0 por 10.000 nacidos vivos en el año 2008. El 21 por ciento de estas muertes se debió a embarazos terminados en aborto (Ministerio de Salud, 2009).

<sup>3</sup> En el año 2007 se registraron 59.960 hospitalizaciones por aborto en los efectores estatales de salud (Ministerio de Salud, 2010).

1,5mg) dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual. En la Argentina se comercializan por lo menos cuatro marcas para tomas de una o dos pastillas. Si bien no es una práctica nueva, las políticas públicas que apuntan a favorecer la accesibilidad a la AHE son recientes.

También son recientes las escasas investigaciones sobre ACE en la Argentina. Sobre accesibilidad, estas investigaciones (Portnoy y Berkenwald, 2006; Portnoy, 2006) identifican dificultades de diversa índole. Poco se sabe sobre los obstáculos específicos a la ACE y sus núcleos problemáticos, y cómo podrían superarse mediante una política de salud pública. Las barreras a la ACE se traducen en perjuicios a la salud individual y colectiva que afectan particularmente a las mujeres y entre ellas a las de menores recursos materiales y simbólicos.

Los factores que obstaculizan o facilitan el acceso a la ACE son de tipo subjetivo (informaciones y valoraciones de las personas: por parte de usuarias/os y potenciales usuarias/os, profesionales de salud y funcionarias/os, sobre la acción y efectos de la ACE, y sobre su estatus normativo) y de tipo objetivo (institucionales de los servicios: recursos humanos disponibles capacitados y entrenados en ACE, contenido y calidad de las consultas ginecológicas, existencia de consejerías, disponibilidad en guardias; y externos, tanto a nivel de la sociedad como del Estado: marco normativo, disponibilidad de insumos, logística, campañas). Además, dado que cuanto menos tiempo transcurre desde la relación sexual, mayor es la eficacia de la ACE, y dado el carácter excepcional de su uso (no regular ni previsible), hay factores temporales que se traducen en necesidades específicas de disponibilidad y acceso (por ejemplo, en relación con las guardias, la exigencia o no de recetas).

Hay factores vinculados con la percepción de zonas grises entre lo legítimo y lo ilegítimo, lo legal y lo ilegal, lo recomendable técnicamente y lo no-indicado. Estas zonas

grises refieren a la dificultad que tiene la población en distinguir entre anticoncepción regular, ACE y métodos abortivos, así como las distintas etapas y temporalidades que van desde el coito hasta la gestación. Para los profesionales de la salud existe información y evidencia disponible, y habría que evaluar si esa disponibilidad se traduce en el efectivo ofrecimiento en los casos indicados. A su vez, el propio estatus social y legal del aborto plantea tensiones específicas que tiñen las percepciones sobre ACE.

Finalmente, no es posible evaluar barreras a la ACE sin abordar la cuestión de la autonomía y las relaciones sociales que definen la agencia o capacidad de actuar de las mujeres y de las parejas. De ahí que fuera necesario comenzar a indagar, en la línea de las investigaciones y datos sobre accesibilidad a anticonceptivos, y apoyándose en las investigaciones sobre aborto, cuáles son los problemas específicos de la ACE, que no se conocen de manera adecuada.



### 3. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta la diversidad en materia de género, grupo etario, nivel socioeconómico y educativo, historia reproductiva y regional, el proyecto buscó:

- Conocer la información y experiencias de usuarios/as, potenciales usuarios/as y profesionales sobre la AHE
- Conocer en qué medida las concepciones ideológico-políticas, éticas y religiosas favorecen u obstaculizan la accesibilidad a la AHE
- Relevar factores institucionales que favorecen u obstaculizan el acceso a la AHE

Se indagó acerca de factores de tipo subjetivo y de tipo objetivo; factores temporales (ligados a la situación de emergencia) que se traducen en necesidades específicas de disponibilidad y acceso; factores vinculados con las dificultades de distinguir entre anticoncepción regular, ACE y métodos abortivos (y las tensiones derivadas del estatus legal del aborto en la Argentina); factores relativos a la autonomía y las relaciones sociales que definen las capacidades de actuar de las mujeres y de las parejas.

Se buscó determinar la accesibilidad específicamente a la AHE, en el marco general de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, con el propósito de prever estrategias para aumentar la accesibilidad, también específicamente, a la AHE.

El propósito es proveer elementos concretos para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas en materia de AHE, desde una perspectiva de género y derechos humanos.

## 4. METODOLOGÍA

En la investigación, de carácter exploratorio-descriptivo, se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos. En el componente cuantitativo se llevó a cabo una encuesta a una muestra representativa de la población de 15 a 50 años residente en localidades de la Argentina de 300.000 habitantes y más. En el componente cualitativo se realizaron entrevistas semi-estructuradas a mujeres y varones con y sin experiencia en el uso de ACE, y a profesionales de la salud reproductiva, en tres distritos: áreas metropolitanas de Buenos Aires, Mendoza y San Juan.

Los datos fueron analizados por componente y luego triangulados. En el componente cuantitativo, se siguió la organización temática del formulario de encuesta, presentando tabulados a nivel total, y desagregados por sexo, grupo de edad, máximo nivel de instrucción alcanzado y estrato socioeconómico. En el componente cualitativo, se realizó un trabajo de tipo interpretativo siguiendo la secuencia temática de la guía de entrevista e incorporando los temas emergentes. En la exposición de ambos componentes, se discuten las hipótesis teóricas previas y emergentes, las cuales se integran en el capítulo de discusión.

## Componente cuantitativo

En el abordaje cuantitativo, la recolección de información se realizó mediante una encuesta. El cuestionario diseñado tuvo en cuenta la bibliografía consultada y los hallazgos preliminares de las entrevistas semi-estructuradas. Contempló un módulo de información socio-demográfica (del entrevistado/a y del hogar al que pertenece), un módulo de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, un módulo de conocimiento y uso de anticoncepción de emergencia y un módulo de opinión respecto de los estereotipos y roles de género, la salud sexual y reproductiva, el papel del Estado y el aborto. Se incluyeron preguntas de respuesta abierta y de respuesta precodificada. Los resultados se integraron en una base de datos que se trabajó con un software para estadísticas en ciencias sociales, y se realizó un análisis de las temáticas abordadas según sexo, grupo de edad, máximo nivel de instrucción y estrato socioeconómico del hogar.

El trabajo de campo fue realizado por la consultora *AZ Research* durante noviembre y diciembre de 2007. La duración promedio de las encuestas fue de 40 minutos.

La encuesta fue administrada a una muestra de la población de 15 a 50 años de edad y es representativa de la población de esas edades residente en las localidades mayores a 300.000 habitantes.

La muestra fue auto-ponderada. Se realizaron un total de 1219 encuestas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza, Gran Tucumán, La Plata, Mar del Plata, Gran Salta, Gran San Juan y otras localidades.

Algunas variables presentan una estructura diferente al promedio nacional cuando se comparan con las que surgen del Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2001. En la muestra está ligeramente subrepresentado el grupo

de 15 a 19 años, y el nivel de instrucción es más elevado, lo cual se explica en el contexto de poblaciones pertenecientes a grandes centros urbanos. En la sección 10, Cuadros, se incluye un tabulado con las características sociodemográficas de la población entrevistada (Cuadro 12).

Teniendo en cuenta que los datos presentados provienen de una muestra, los porcentajes deben interpretarse con cautela, pues tienen un margen de variación estadística. La muestra tiene un error estándar del 2,8 por ciento con el 95 por ciento de confianza.

Como variable independiente se incluye el estrato socioeconómico del hogar al que pertenecen los entrevistados. Dicho indicador complejo se construyó a partir de la combinación de atributos del jefe/a del hogar (definido como el principal receptor de ingresos) con la tenencia de bienes durables en el hogar. Las variables consideradas son: cobertura de salud, máximo nivel de instrucción alcanzado, condición de actividad, categoría y calificación de la ocupación para el jefe. Entre los bienes durables de propiedad del hogar contemplados están: televisor, videograbador, heladera con *freezer*, computadora personal, aire acondicionado, automóvil, etc.

## **Componente cualitativo**

A través del componente cualitativo se buscó acceder a la red de significaciones y discursos de las y los protagonistas a fin de comprender mejor los factores que obstaculizan o facilitan el acceso a la AHE. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a mujeres y varones en edad reproductiva, residentes en las áreas metropolitanas de Buenos Aires, Mendoza y San Juan (cada una con distintas tradiciones en políticas públicas en materia de salud reproductiva), así como a profesionales y funcionarios de las respectivas

áreas de salud reproductiva. El contacto con los entrevistados se realizó mediante informantes clave y a través de la técnica de bola de nieve, a partir de servicios de salud y de vínculos personales.

Las guías de entrevista tuvieron las dimensiones acordes a los objetivos específicos y a la población entrevistada: información y experiencia de ACE (incluyendo situaciones de emergencia anticonceptiva), valoración de la ACE y factores institucionales que facilitan o dificultan la accesibilidad.

Las entrevistas duraron entre 45 minutos y dos horas y media. Previo acuerdo de la persona entrevistada, las entrevistas fueron grabadas y transcritas, codificadas y analizadas con ayuda de un software para análisis de material cualitativo.

El total de entrevistas realizadas fue de 70. Seleccionando los casos según criterios de muestreo teórico, la distribución final fue de 54 casos de mujeres y varones con y sin experiencia en el uso de ACE, y 16 profesionales de la salud reproductiva. Fueron realizadas 25 entrevistas en Mendoza (20 casos, 5 profesionales); 27 en San Juan (20 casos, 7 profesionales) y 18 en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (14 casos, 4 profesionales).

Las 54 entrevistas a mujeres y varones que han usado y que no han usado AHE quedaron distribuidas de la siguiente manera:

<b>MUJERES</b>											
<b>AMBA</b>				<b>Mendoza</b>				<b>San Juan</b>			
<b>NES Medio Bajo o menor</b>		<b>NES Medio o mayor</b>		<b>NES Medio Bajo o menor</b>		<b>NES Medio o mayor</b>		<b>NES Medio Bajo o menor</b>		<b>NES Medio o mayor</b>	
Usó ACE	No usó	Usó ACE	No usó	Usó ACE	No usó	Usó ACE	No usó	Usó ACE	No usó	Usó ACE	No usó
1	2	4	1	2	3	4	1	2	3	3	1

