

ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POST EVENTO OBSTÉTRICO EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD LAS FLORES, PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA ROSARIO

Médica Cabezas Riegelhaupt, Ana L.

Centro de Salud Las Flores; Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

Dirección: Flor de Nácar 6975, Rosario, Santa Fe, Argentina

C.P: 2000

Teléfono: 0341-153218207

E-mail: salzmica@hotmail.com

Trabajo de investigación con enfoque Cuantitativo

Gestión

Acompañar a las familias en su deseo de espaciar o limitar las gestaciones luego de un evento obstétrico es uno de los objetivos del Sistema de Salud. Este trabajo describe el acceso a la planificación familiar post evento obstétrico (PFPP) en las puérperas adscriptas al Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Las Flores, caracterizando el momento prenatal y puerperal de esta estrategia; así como, el perfil sociodemográfico de la población en estudio.

Métodos: Los datos surgen de lo registrado por el equipo, ya sea en la historia clínica y/o en los dispositivos electrónicos disponibles, sobre mujeres entre 14 y 45 años que tuvieron un control pre-natal y el evento obstétrico (EVO) consecuente en el año 2018.

Resultados: La población tiene en su mayoría entre 19 y 29 años y es multigestas (72%). La mediana de controles prenatales es de 7 por embarazada, donde se trabajó principalmente sobre métodos anticonceptivos de larga duración y ligadura tubaria (LT). En el momento puerperal los datos muestran un predominio en la utilización/elección de los métodos hormonales (72%) y de LT (16%); por otro lado, se evidencian limitaciones en el acceso al control puerperal y en el seguimiento adherencia a los métodos anticonceptivos de corta duración.

Conclusión: la PFPP se trabaja predominantemente en los controles prenatales mostrando algunas dificultades en el seguimiento durante el puerperio.

Propuestas: El control de salud del recién nacido surge como un momento para vincularse con las puérperas y continuar trabajando sobre planificación familiar con estas.

Planificación Familiar Post-Parto / Acceso / Métodos anticonceptivos

Soporte Técnico: Cañón multimedia, sonido, computadora.

Título: ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POST EVENTO OBSTÉTRICO EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD LAS FLORES, PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO.

Autora: Cabezas Riegelhaupt, Ana L.

Médica del Centro de Salud Las Flores; Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dirección: Flor de Nácar 6975, Rosario, Santa Fe, Argentina

C.P: 2000

Teléfono: 0341-153218207

E-mail: salzmica@hotmail.com

Septiembre, 2019

Trabajo de investigación inédito de enfoque cuantitativo.

Categoría temática: gestión de los servicios de salud.

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente escrito fue realizado como trabajo final para acceder al título de postgrado de médico generalista y de familia otorgado por la U.N.R.¹. El principal objetivo es caracterizar el acceso a la estrategia de planificación familiar postparto (PFPP) en la población de mujeres puérperas adscriptas al Centro de Salud (CS) Las Flores, para esto se describe el perfil de planificación familiar en el momento prenatal y en el puerperal. La utilización de MAC en el puerperio es evaluada a través de los registros existentes en el mencionado efector y se la considera como resultado final del acceso (acceso realizado) a la mencionada estrategia. Se aborda el concepto de **acceso** al sistema de salud (sus servicios y prácticas) como un proceso multicausal que finaliza en el uso de los servicios y prácticas que éste brinda, quedando así diferenciado de ingreso al sistema y o disponibilidad del recurso.

El tipo de MAC elegido también es expresión de la accesibilidad. Desde el año 2015, con interrupciones e incertidumbres respecto de la continuidad, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), brinda al municipio implantes de etonorgestrel y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), quienes junto al DIU de cobre (DIU Cu) ampliamente distribuido, constituyen el grupo de los MAC de larga duración reversibles (LARCs, por sus siglas en inglés, *long active reversible contraceptives*). Estos son considerados por diversas asociaciones profesionales y colegios como los ideales para utilizar en el puerperio ya que aseguran un período intergenésico mayor a los dos años.

El interés de trabajar sobre esta temática surge de inferir que las puérperas tendrían, por haber controlado su embarazo y ser cuidadoras de un infante, estrecho contacto con los servicios de salud y por ende estaría facilitado el acceso a los MAC acordes a su deseo y necesidad. Sin embargo, en mi práctica profesional he tenido ocasión de participar de procesos de atención de mujeres que cursaban un segundo embarazo, no buscado, dentro de los 24 meses de ocurrido el evento obstétrico previo. Estas puérperas refirieron haber utilizado MAC hormonales de corta duración que interrumpieron por diversos motivos (personales, familiares y /o de los servicios de salud) ocurriendo el mencionado embarazo. También llamó mi atención el escaso número de mujeres (puérperas o no) que utilizaban el DIU como MAC. Es de mencionar que, a la fecha de realización de este trabajo, no he hallado

¹ La dirección del trabajo de investigación estuvo a cargo de la Dra Adriana Huerta (Mg. En Salud Mental. Coordinadora Área de Investigación en Salud. Secretaría de Salud Pública de Rosario).

material escrito, de producción local disponible en los efectores territoriales, que exprese un consenso de los trabajadores entorno a la jerarquización de determinados métodos anticonceptivos en el puerperio con el objetivo de garantizar un período inter-genésico acorde a los deseos de la población y las recomendaciones internacionales.

Los interrogantes que motivan este trabajo aluden a identificar cuáles son los MAC disponibles en el CS Las Flores durante el año 2018, qué registros se realizan del trabajo sobre planificación familiar con las adscriptas durante los encuentros prenatales, en los controles puerperales y/ o del recién nacido; qué tipo de MAC se sugiere y cuáles utilizan las puérperas. Así mismo, surge la inquietud sobre la continuidad en el uso del método elegido a lo largo del primer año del evento obstétrico.

Planificación Familiar postparto

La PFPP [1] es una estrategia cuyo objetivo es espaciar los nacimientos, evitando embarazos no buscados y /o con corto periodo intergenésico. Abordada de forma integral comienza desde el primer contacto de la embarazadaⁱⁱ con el servicio de salud y continúa en las siguientes consultas relacionadas con el seguimiento del embarazo, internaciones y atención para el parto. También incluye las consultas relacionadas con el puerperio y con la salud del neonato e infante (crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, interurrencias, etc.). Implica el acceso de las mujeresⁱⁱⁱ a métodos anticonceptivos luego de un parto (vaginal o cesárea), ya sea con la intención de espaciar los embarazos o la de limitarlos definitivamente.

La PFPP apunta a garantizar la capacidad de la mujer y o pareja de decidir sobre el momento de la procreación en un periodo de alta vulnerabilidad de la mujer como es el puerperio. Las puérperas, tienen la mayor cantidad de necesidades de planificación familiar insatisfechas [2]; esto hace referencia a las mujeres en edad fértil y sexualmente activas que

ⁱⁱ Considerar la utilización de lenguaje inclusivo: personas con capacidad de gestar (incluye a la mujeres y a las personas transgénero) permitiría reconocer, nombrar y así poder trabajar respetando las elecciones de los sujetos con los que nos relacionamos; habilitando intervenciones más efectivas. Sin embargo, dado que no se presenta así en la literatura consultada, y a fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría aclarar las variables posibles, se mantiene la forma que usan las referencias nacionales e internacionales. Así también, considero aclarar que todas las menciones en genérico representan siempre a todos los géneros (Las, Les, Lxs y Los, ya que no hay acuerdo en la forma de registro), salvo cuando se especifique lo contrario.

ⁱⁱⁱ Llama la atención la poca mención, en las definiciones y sus consideraciones pertinentes, de las parejas como sujetos con los que trabajar la planificación familiar, la mayoría de los enunciados toman como sujeto de intervención a la mujer. Creo en la imperante necesidad de empoderar (nos) a las mujeres sobre su (nuestro) cuerpo, sus (nuestros) derechos sexuales y reproductivos. Pero, también, habría que evaluar si en esta limitada enunciación del componente masculino en el proceso de reproducción-gestación no implica/evidencia una ausencia de responsabilidad de éstos (los hombres) en un proceso que en la mayoría de los casos (excepción: inseminación artificial) son participes necesarios. Y, si esto no termina limitando la potencia de la estrategia.

no desean tener más hijos o bien, desean retrasar el siguiente embarazo y no utilizan ningún MAC^{iv}. Adquiriendo especial relevancia en las adolescentes y o en las poblaciones con derechos vulnerados (bajos recursos económicos, situación de calle, violencia familiar, problemas de accesibilidad a los servicios de salud, etc.) [3].

La impredecibilidad del retorno de la fertilidad en la mujer luego de un evento obstétrico es parte del fundamento la PFPP. Así también la heterogeneidad de las parejas en el retorno a la actividad sexual. Posterior a un parto la mujer que no amamanta puede ovular dentro de los 25 a 39 días [4]. La inhibición en la ovulación de la mujer que amamanta los primeros 6 meses depende de exclusividad y frecuencia de la práctica (lactancia materna exclusiva) [5].

En relación al periodo intergenésico, hay acuerdo de que un periodo menor a 18 meses [6] incrementa significativamente los riesgos materno-fetales (prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito), más allá de que la OMS en su definición de la estrategia de PFPP [2] plantea como objetivo asegurar intervalos no menores de 12 meses entre el último evento obstétrico (parto/ cesárea) y la fecha de inicio del siguiente embarazo (fecha de última menstruación).

Desde el punto de vista epidemiológico, la PFPP disminuye la morbimortalidad materna y neonatal.

En todo el mundo, más de 9 de cada 10 mujeres quieren evitar el embarazo los primeros 2 años después de haber tenido un parto, pero 1 de cada 7 no está usando ningún método anticonceptivo [7]. La planificación familiar puede evitar más de 3 de 10 muertes maternas, y 1 de 10 muertes infantiles si se logra un periodo inter-genésico mayor a 2 años.

En América Latina, más de 5 de 10 mujeres presentan necesidades no satisfechas de anticoncepción dentro de los primeros 12 meses del postparto [8]. En la Argentina, entre las mujeres que cursaron un embarazo entre los años 2010 al 2014, 6 de cada 10 refirieron que no tenían intención de embarazarse. En el año 2015 esta proporción fue aún mayor (7 de cada 10) en las mujeres menores de 19 años [9].

Si enfocamos en las adolescentes que fueron madres por segunda vez, 5 de 10 no querían quedar embarazadas nuevamente o hubiesen querido esperar. El trabajo que

^{iv}“la necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje basado en las mujeres que están casadas o en unión consensual”
(http://interwp.cepal.org/sisgen/SisGen_MuestraFicha_puntual.asp?id_aplicacion=1&id_estudio=4&indicador=2183&idioma=e).

realizaron con esta población Georgina Binstock y Mónica Gogna (2014), ofrece datos de gran relevancia en relación a la PFPP; de las adolescentes que cursaron un segundo embarazo no planeado, el 37% reportó que utilizó métodos anticonceptivos (MAC) siempre, el 45% a veces y el 18 % casi nunca. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron los anticonceptivos hormonales combinados (ACO) y el preservativo (40% cada uno). Cuando comparan la utilización de MAC previo al primer embarazo con la utilización previa al segundo encuentran una mayor intención de cuidado luego del primer parto, pero poco eficaz [3].

Por su parte, el estudio *Choice* (San Luis, EEUU, 2007-2011) aporta información en relación a la elección y uso de MAC cuando se trabaja sobre barreras en el acceso como las económicas, culturales, etc. De las más de 9000 mujeres entre 14 y 45 años que participaron de este estudio, luego de la asesoría y garantizando accesibilidad y gratuidad de las prácticas y métodos, el 75% eligió un LARCs. Dentro de los participantes que eligieron LARCs, el 46% optó por DIU LNG, el 12% DIU de cobre y el 17% implante subdérmico [10].

1.1. Métodos anticonceptivos en disponibilidad y utilización en el contexto local

Actualmente la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (SSP) cuenta con variados métodos anticonceptivos para ofrecer; quirúrgicos e irreversibles (ligadura tubaria y vasectomía), reversibles de larga duración (implante subdérmico de etonorgestrel, DIU de Cu y DIU LNG) y reversibles de corta duración: MAC con sólo progestágeno (Acetato de Medroxiprogesterona intramuscular, comprimidos de levonorgestrel y comprimidos de desogestrel), MAC hormonales combinados (inyectables mensuales y en comprimidos diarios), preservativos masculinos y anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), comprimido único de levonorgestrel 1,5 mg.

La utilización por parte de la población de alguno de estos métodos resulta de la interacción de múltiples factores con distinto peso. En ese sentido, el trabajo del equipo de salud sobre esta temática adquiere gran importancia; considerando que la información que manejan los trabajadores de la salud y la que ofrecen a las usuarias condicionará en gran medida las posibilidades de elección de las mismas. Esto último está estrechamente vinculado con los conocimientos específicos respecto a los MAC, la disponibilidad de estos, la experiencia de cada trabajador con ellos y sus capacidades comunicacionales. También hay que considerar las particularidades culturales de la población (y los trabajadores), su relación con los servicios de salud y la accesibilidad a estos a lo largo del tiempo.

1.1.1. Consensos internacionales

A través de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, distintos organismos como la OMS (Organización Mundial de la Salud, ONU) y el CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, EEUU) proponen recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que un determinado MAC puede ser utilizado en forma segura. Clasifican los diferentes métodos en relación a la seguridad en su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. En tal sentido, considerando los criterios de elegibilidad, clasifican los diferentes métodos en cuatro categorías, observando en primer lugar, si el método anticonceptivo empeora la condición médica o genera riesgos adicionales para la salud y en segundo lugar, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo.

Hay diferentes formas de clasificar los MAC y evaluar su elegibilidad (Ver: Anexo 1); según las condiciones clínicas de los pacientes, el tiempo del puerperio, la lactancia materna, etc. También se pueden pensar en términos de la efectividad de los MAC en condiciones de su uso real y si son reversibles o no.

Conocer las diferentes clasificaciones y sus fundamentos nos permite contar con las herramientas técnicas necesarias para garantizar el derecho a elegir el mejor método para la población a la que brindamos atención. Y, de esta manera garantizar el acceso a la PFPP de forma efectiva y eficiente. Múltiples asociaciones y colegios profesionales [7-12], se posicionan respecto de la importancia de la inmediatez, la efectividad y la duración de los métodos anticonceptivos ofertados en el puerperio, reforzando en este sentido las ventajas comparativas de los LARCs, fundamentalmente tratándose de anticoncepción en poblaciones vulnerables [13].

1.2. Conceptualizaciones sobre acceso al sistema de Salud

En lo relativo al concepto de acceso, existen variadas formas de conceptualizar el acceso a los sistemas de salud, así como modelos teóricos que permiten operativizarlo. Este concepto varía entre autores, se modifica a lo largo del tiempo y de acuerdo con el contexto. Algunos autores, como Donabedian, utilizan el sustantivo *accesibilidad*—carácter o cualidad de que es accesible—, mientras que otros prefieren *acceso*—acto de ingresar, entrada— o

ambos términos para indicar el grado de facilidad con que las personas obtienen los cuidados en salud [14]. Aquí utilizaré ambos como sinónimo.

Para Donabedian el acceso es el *“grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención en salud”* [15]. Este autor plantea que la accesibilidad es uno de los aspectos de la oferta de los servicios de salud, relativo a la capacidad de producir servicios y de responder a las necesidades de salud de una determinada población. Accesibilidad, entonces, es más que la disponibilidad de recursos en un determinado momento y lugar. Se refiere a las características de los servicios y de los recursos de salud que facilitan o limitan su uso por potenciales usuarios. Es un factor de la oferta, importante para explicar las variaciones en el uso de los servicios de salud de grupos poblacionales y representa una dimensión relevante en los estudios sobre equidad en los sistemas de salud. Asimismo distingue dos dimensiones de accesibilidad: la socio-organizacional y la geográfica e indica que esas dimensiones se interrelacionan. La accesibilidad socio-organizacional incluye todas las características de la oferta de servicios, excepto los aspectos geográficos, que obstruyen o facilitan la capacidad de las personas de utilizar los servicios. Por ejemplo, políticas formales e informales que seleccionan a los pacientes según su condición social, situación económica o diagnóstico. Por otro lado, la accesibilidad geográfica se relaciona a la fricción del espacio, que puede ser medida por la distancia lineal, distancia y tiempo de locomoción, costo del viaje, entre otros.

Más allá de que las características de los individuos (sociales, culturales, económicas y psicológicas) no están incluidas en el concepto de accesibilidad de Donabedian, la relación de estos con el uso de los servicios es mediada por la accesibilidad, esto es, la accesibilidad expresa las características de la oferta que intervienen en la relación entre características de los individuos y uso de los servicios. Es decir, el autor por un lado delimita el alcance de su concepto al excluir de este las etapas de percepción de los problemas de salud (necesidad) y el proceso de toma de decisión en la búsqueda de servicios por los individuos; pero por otro lado avanza en la apertura del concepto de acceso más allá de la entrada a los servicios pues, para él, accesibilidad indica también el grado de (des)ajuste entre las necesidades de los pacientes y los servicios y recursos utilizados. En resumen, accesibilidad no se restringe apenas al uso o no de los servicios de salud, sino que incluye la adecuación de los profesionales y de los recursos tecnológicos utilizados a las necesidades de salud de los pacientes [14].

Frenk retoma la definición de Donabedian, planteando que la accesibilidad es el producto de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y la obtención de atención generados por la organización de los servicios de salud y las capacidades de la población para superarlos (en un determinado contexto geográfico y según los recursos disponibles). Este autor considera tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan los obstáculos del sistema con las capacidades de la población: 1) la ecológica, que relaciona los problemas que surgen por la ubicación de los lugares de atención con los recursos de tiempo y transporte de los usuarios; 2) la financiera, que vincula los costos de la obtención de atención con la capacidad financiera de los usuarios; y 3) la organizacional, que en los obstáculos incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera mientras que, en las capacidades, incorpora la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras. La distancia, los costos o los tiempos de demora que implican la atención no dan cuenta por sí mismos del acceso, sino que lo hacen al ponerlos en relación con el ingreso o el tiempo disponible de una población. Es por ello que son posibles distintas relaciones entre las capacidades de la población y los obstáculos generados por el sistema para un mismo nivel de acceso. Asociado a esta acepción del concepto de acceso a los servicios de salud, se utiliza el término barreras en el acceso, que suele ser usado para dar cuenta de elementos que impiden o dificultan la obtención de atención, una vez detectada la necesidad. Se incluyen aquí los mecanismos a partir de los cuales el sistema dificulta la utilización de los servicios (disponibilidad del servicio, tiempos de espera, distancia y costos) teniendo en cuenta su relación con las capacidades de la población para superarlos (recursos financieros y de transporte, así como el tiempo libre y la flexibilidad para manejar los tiempos de trabajo) [15].

Otra de las conceptualizaciones más utilizadas es la de Aday y Andersen [16], así como las posteriores revisiones y actualizaciones de la misma que ha realizado el propio Andersen [17], en las que incorpora las percepciones diferenciales de los sujetos ante los cuidados de la salud así como las experiencias previas y los circuitos de retroalimentación de estas con usos futuros de los servicios.

Aday y Andersen plantean que un marco básico para el estudio del acceso podría ser conceptualizado desde los objetivos de la política sanitaria a través de las características del sistema de cuidado de la salud y de la población en riesgo (*inputs*) hasta los resultados (*outputs*), que son la utilización actual de los sistemas de cuidado de salud y la satisfacción del consumidor con ese servicio [16]. En este modelo establecen una jerarquía en la cual los

factores contextuales, que son aquellos relacionados con las políticas de salud y la oferta de los servicios, intervienen en el uso de forma directa e indirecta, por intermedio de los factores individuales [14,16].

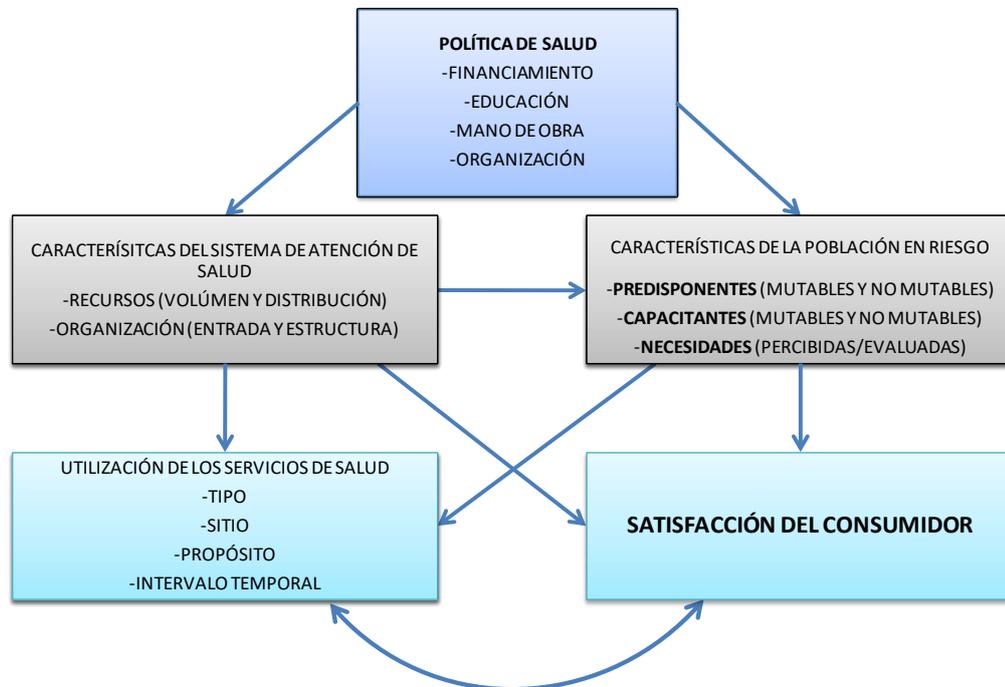


Figura 1. Marco teórico para el estudio del acceso.

Los autores sostienen que la **utilización de los servicios de salud** por parte de la población (características de la población en riesgo) depende de tres factores. Un primer grupo es el de los **predisponentes**, que existen de forma previa al surgimiento del problema de salud y que disponen anticipadamente a la utilización de los servicios. Aquí se encuentran los factores demográficos (género y edad); los de la estructura social (el nivel educativo, la clase social y la etnia), que están asociados con el estatus social y con el acceso a recursos y habilidades diferenciales para afrontar problemas; y los de información, creencias y concepciones de salud (actitudes y conocimientos sobre la salud y los servicios de salud). Un segundo grupo de factores es el de los **capacitantes**, que dan cuenta de los medios disponibles por un individuo y su familia para el uso de los servicios de salud (ingreso/cobertura) y los atributos de la comunidad donde vive (urbana, suburbana, región). Por último, el tercer grupo de factores es el de las **necesidades de salud** (causa más inmediata del uso de servicios de salud), entendidas como las condiciones de salud percibidas por las personas o la evaluada por el sistema de atención [16].

A su vez, se definen dos dimensiones del acceso: el acceso potencial (la presencia de recursos que habilitan a utilizar los servicios) y el acceso realizado (la utilización de los servicios). El acceso potencial está determinado por los factores capacitantes que son un subconjunto de los factores que determinan el acceso realizado (utilización) [16].

A partir de ello, Andersen plantea que hay equidad en el acceso a los servicios de salud cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud. En cambio, hay inequidad cuando la utilización se explica por la estructura social, la información, las creencias y las concepciones de salud o distintos recursos habilitantes (como el ingreso).

En revisiones posteriores, el autor incorpora explícitamente el sistema de salud como un determinante importante de la utilización, da cuenta de que existen múltiples influencia entre el uso del servicio de salud y el estado de salud (el sistema de salud impacta en el estado de salud de la población y este en la utilización de los servicios, a la vez que los resultados de experiencias previas impactan en futuras utilizations) e incorpora el concepto de acceso efectivo (la utilización del servicio que mejora la salud) y acceso eficiente (relación entre el nivel de cambio en la salud y el volumen del servicio utilizado) [17]. La utilización funciona como una validación externa del efecto que tienen las características de la población y del sistema.

Analizando el concepto que desarrolla Andersen se puede definir el acceso como un proceso multicausal hasta alcanzar el uso de los servicios de salud [18]. Interesa a este trabajo esta conceptualización porque permite, operativizarlo considerando el uso de MAC en el puerperio como **acceso realizado** a la PFPP y la utilización de LARCs dentro esta estrategia como una expresión de acceso eficiente y efectivo [19].

1.4. Descripción del CAPS Las Flores y su área de referencia

Este Centro de Salud, perteneciente a la SSP, fue inaugurado en el año 1980. Se encuentra ubicado en la calle Flor de Nácar 6975, a la entrada del Barrio Las Flores, en el distrito sudoeste. Su área de referencia [20] está limitada al sur por el terraplén de contención del Arroyo Saladillo (Calle Platón y Calle 513); al Norte por la Circunvalación (Avenida 25 de Mayo); al oeste por la Autopista Rosario- Buenos Aires (continuación del Bv. Oroño) y al este por Av. San Martín. Estos límites son coincidentes con los del Barrio que le da el nombre. Por otro lado, su área de influencia [**¡Error! Marcador no definido.**] se extiende hasta el Barrio Las flores Este, Barrio La Granada, Villa Gobernador Gálvez, y Álvarez, entre otros.

El equipo del Centro de Salud está conformado por tres enfermeros (uno de ellos cumple funciones de jefe), tres administrativos, dos mucamas, una farmacéutica (y pasante), una trabajadora social, dos odontólogas, dos psicólogos, una psiquiatra matricial y ocho médicas de distintas especialidades (2 pediatras, 3 generalistas, 1 clínica, 1 ginecóloga y 1 obstetra)^Y.

En el Barrio también hay un efector de salud Provincial (CS N15) que se ubica más al sur, a 5 cuadras del CAPS municipal. El Barrio Las Flores se encuentra aproximadamente a 7 km del distrito centro, conectándose con éste por una sola línea de colectivos: el 140.

Ambos CAPS comparten la población, muchas familias tienen historia clínica abierta y activa en los dos centros. Es de considerar que el CAPS Municipal tiene como maternidad de referencia a la perteneciente al Hospital Roque Sáenz Peña (HRSP), que fue renovada recientemente. El CS N15 deriva a la Maternidad del Hospital Provincial de Rosario, la cual se encuentra al doble de distancia que la del HRSP.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar el acceso a la PFPP de las mujeres adscriptas al CAPS Las Flores, que controlaron su embarazo en dicho efector y cuyo parto o cesárea ocurrió dentro del año 2018.

Objetivos específicos

- Caracterizar las mujeres en estudio según variables socio-demográficas y variables relacionadas con los antecedentes gineco-obstétricos.
- Describir **perfil de planificación familiar en el período prenatal** de las mujeres considerando: uso de MAC previo al embarazo y tipo de método empleado; período intergenésico previo (en la población de multigestas), condición de tratarse de un embarazo buscado o no buscado, número de controles prenatales realizados y registro de trabajo de PFPP en dichas consultas, así como el tipo de MAC elegido en esas consultas.
- Caracterizar **perfil de planificación familiar en el período puerperal** considerando: realización de controles puerperales, tiempo transcurrido entre EVO y

^YConformación del equipo en el año que se relevan los datos (2018-2019).

primer control puerperal y/o control del RN, registro de ofrecimiento/elección de PFPP en dichos controles, tipo de MAC elegido/prescrito, momento de la elección/prescripción; continuidad del MAC elegido a los 6 meses y al año del EVO, modificaciones ocurridas en el uso de MAC a lo largo del primer año del puerperio.

3. METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo y cuantitativo. La información fue obtenida de lo registrado en las Historias Clínicas Familiares (HCF), fichero de farmacia y registros de enfermería en el sistema informático. Los datos recabados corresponden a los registrados de mujeres entre 14 y 45 años que controlaron sus embarazos en el CAPS Las Floresy tuvieron al menos un control pre-natal y el evento obstétrico(EVO), parto o cesárea, consecuente dentro del período de tiempo comprendido entre el 1/1/18 al 31/12/18. Se trabajaron con los datos de retiro y / o colocación de métodos anticonceptivos hasta el 31 de mayo del 2019.

3.1. Búsqueda en Sistema Informático Municipal

a) Se relevaron las cargas de las cuatro profesionales que realizaban a esa fecha consultas de control y seguimiento de embarazos (la obstetra y las tres médicas generalistas en funciones durante el lapso de tiempo especificado). Los códigos de carga utilizados para investigar esto fueron:

- 1) Z340 Supervisión de primer embarazo normal
- 2) Z348 Supervisión de otros embarazos normales
- 3) Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado
- 4) Z358 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo
- 5) Z359 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación.

Esto arrojó un total de 140 pacientes cuyo diagnóstico en la consulta fue coincidente con alguno de los previamente descriptos.

b) Se buscaron las historias clínicas (HC) correspondientes, no hallándose 6. De las 134 encontradas, solo 72:

- 1) habían finalizado su embarazo dentro del 1/1/18 al 31/12/18;
- 2) realizaron la mayoría de sus controles prenatales en el CAPS;
- 3) se excluyeron los embarazos que terminaron en aborto, ya sea espontáneos o provocados.

c) De las 72 pacientes que finalizaron un embarazo ,controlado en este CAPS, durante el transcurso de año 2018 se relevan los datos en las HCF existentes:

1) **grupo conviviente** (se extrae del famiolograma o si se menciona en la historia individual);

2) **edad del recién nacido (RN)** al primer control (ya sea con la pediatra o médica generalista);

3) los hábitos, la ocupación, la escolaridad y los datos clínicos son tomados de las primeras hojas de la HCF o de la HC individual de la puerpera.

3.2. Variables de estudio seleccionadas

a) Sociodemográficas:

- 1) Edad
- 2) Convivencia
- 3) Situación conyugal
- 4) Nivel educativo alcanzado
- 5) Actividad escolar
- 6) Situación laboral

b) Antecedentes gineco-obstétricos:

- 1) Número de gestas/ número de hijos
- 2) Intervalo intergenésico

c) Planificación familiar:

- 1) Uso de MAC previo al embarazo
- 2) Tipo de MAC utilizado
- 3) Situación del último embarazo (buscado/ no buscado)
- 4) Número de controles prenatales
- 5) Registro de elección de PFPP
- 6) Tipo de MAC elegido
- 7) Primer control puerperal (días transcurridos desde el EVO hasta el primer control puerperal)
- 8) Primer control del recién nacido (días transcurridos desde el nacimiento hasta el primer control del RN)
- 9) Elección de MAC en el primer control puerperal
- 10) Continuación de MAC a los 6 meses del EVO

11) Uso de MAC al año del EVO

A los fines de esta producción, separo el trabajo sobre la PFPP en: un *momento prenatal*, seguido de un *momento puerperal* y del *control del recién nacido*, con el objetivo de esquematizar los puntos de encuentro del Sistema de Salud con la embarazada/ puérpera. Las variables: uso previo de MAC y tipo, situación de búsqueda del embarazo actual, número de controles prenatales, registro de trabajo de la PFPP en la consulta prenatal y tipo de MAC elegido, las considero representativas del momento prenatal. Por otro lado, las variables: realización del control puerperal en este efector, el tiempo desde el EVO hasta éste, el registro del ofrecimiento/ elección de MAC, clase de MAC elegido, adherencia en el primer año puerperal a éste, junto con el control del RN y los días transcurridos hasta éste, expresan el encuentro de la puérpera con el SSP en el momento puerperal.

3.3. Limitaciones metodológicas

Al ser una producción con datos de fuentes secundarias sólo refleja lo que fue registrado (ya sea en las HCF como en el sistema informático) y, como es de común conocimiento en las prácticas de salud, hay un importante sub-registro de lo trabajado. Con respecto a los datos del sistema informático, se suma la particularidad de las prácticas no asentadas por caída del sistema informático/ corte de luz. A estas situaciones, en lo que hace a la entrega de medicación por la farmacia (ACO, POPs, Mesigyna, MDPG), también aportan negativamente a la calidad de los datos la entrega de medicación fuera del horario de atención de ésta y/o por otros trabajadores del CAPS que no manejan las distintas formas de registro.

En lo que hace a la población, hay embarazadas que realizan sus controles prenatales en el efector municipal y los puerperales y/ o del neonato en el provincial. Así también, hay procesos de atención (que al vincularse con el segundo/ tercer nivel: HRSP, Hospital Provincial, Hospital Provincial Centenario, etc.; por diversos motivos, complicaciones de embarazo-parto- puerperio, etc.) continúan su atención en ese nivel. Es así que en los registros de CAPS de estas pacientes en particular pueden no figurar los controles puerperales correspondientes.

4. RESULTADOS

4.1. Variables sociodemográficas

1) Grupo etario.

Más del 50% de las mujeres que cursaron un embarazo en el 2018 tenían entre 19 y 29 años. Los grupos ubicados en los extremos están compuestos por pocas mujeres, entre 14 y 18 años: 7 pacientes (9,7%) y entre 40 y 45 años: 3 (4%). Este dato adquiere relevancia al comparar los resultados de USO de MAC con otros estudios, en particular la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) de 2013 [21], ya que en esta la distribución de la población según edad es bastante uniforme, cada grupo representa el 20% de la población total estudiada.

2-3) Convivencia y situación conyugal.

El 80 % de las mujeres refirió estar en pareja, mientras que cerca del 50% de las puérperas se encuentran en situación de convivencia.

4-5) Nivel educativo alcanzado y Actividad escolar.

El 80% de las puérperas finalizó la escuela primaria. Sin embargo el 75% no concluyó los estudios secundarios, y sólo el 10% refirió estar activo escolarmente.

6) Trabajo.

En cuanto a la inserción laboral, el 31% de las mujeres es ama de casa y un 18% se consigna desocupada. Llama la atención el alto porcentaje de casos (36%) donde no hay ningún registro de esta variable.

4.2. Antecedentes gineco-obstétricos

1-2) Número de gestas e intervalo intergenésico.

El número de gestas promedio es 2, 8 por mujer; y de hijos es 2,4. Hay 20 primigestas y 52 multigestas (72 %). Cabe considerar que las multigestas pueden presentar paridad cumplida^{vi} y esto incidir en la elección de MAC no reversibles.

^{vi} El término paridad cumplida se refiere a mujeres en edad reproductiva que están absolutamente seguras de no desear más hijos, también se conoce como paridad satisfecha. GUIA DE MANEJO DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA VOLUNTARIA POST PARTO. HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE Dr. Luis Tisné Brousse. AÑO 2017

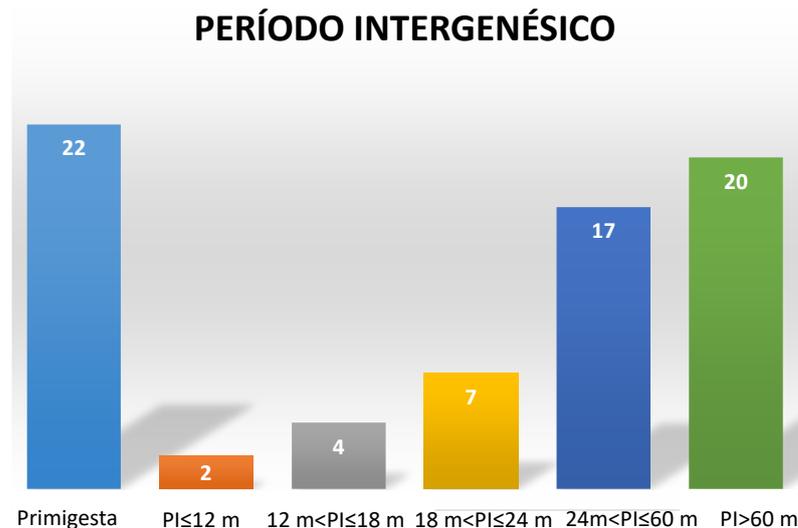


Figura 2. Intervalo intergenésico ($n = 72$, datos propios). En cada barra se indica el número total de mujeres correspondiente al grupo consignado. PI: Período Intergenésico.

Excluyendo las 22 primíparas^{vii}, las 50 puérperas restantes presentan la siguiente distribución en relación a su último periodo intergenésico: 2 presentan un periodo intergenésico menor a 12 meses, período intergenésico corto (PIC) para la OMS [2] y 37 (74%) tienen registro de un espacio mayor a 24 meses entre este embarazo y el anterior, lapso recomendado.

a) Planificación familiar:

1-2-3) Uso de método anticonceptivo previo al embarazo. Tipo de MAC utilizado. Situación del último embarazo (buscado/ no buscado).

En 16 (22%) de las 72 mujeres no había registro sobre la estrategia de planificación familiar utilizada previo al embarazo; en las 56 restantes, 26/72 (36%) no utilizaban MAC y 30 lo utilizaban (42%). De estas últimas, cerca del 80% (25/30) refirió utilizar métodos hormonales (14 ACO; 8 Mesigyna; 2 MDPG y una ACO más preservativo), sólo 3 tenían DIU^{viii} y 2 utilizaban preservativos.

La Figura 3 muestra los resultados relativos a la búsqueda del último embarazo. Se observa que 34 mujeres (47%) no presentan registro de esa información. En las 38 (53%) restantes: 25 refirieron haber buscado el embarazo y 13 no.

^{vii} La diferencia entre las primigestas y las primíparas, es que en este último grupo se incluyen las que tuvieron por primera vez un parto/cesárea pudiendo haber gestado y abortado previamente. Hay dos primíparas que no son primigesta.

^{viii} Los datos recolectados solo evidencian uso de DIU con cobre, de esta manera donde se lee DIU debe interpretarse como el DIU-cu.



Figura 3. Búsqueda del último embarazo ($n = 72$, datos propios).

De las mujeres que tiene registro de cursar un embarazo buscado (25): 9 no usaban MAC previos y 11 sí. De las 13 mujeres que no buscaban el embarazo, 8 tiene registro de que no utilizaban MAC previo a este EVO. Por otro lado, de las 5 mujeres que no buscaron este embarazo y estaban con MAC previo todas utilizaban métodos hormonales de corta duración (4 ACO y 1 Mesigyna).

4-5-6) Número de controles de prenatales. Registro de elección de PFP. Tipo de MAC elegido.

La mediana de controles de embarazo por mujer es de 7. Las que menos controles tuvieron concurren a 3 controles (4 pacientes); y el mayor número de controles realizados fueron de 12 a 2 pacientes. De las 72 mujeres solo 9 (12,5%) tienen menos de 5 controles prenatales^{ix}, con un promedio de 3,55 controles por paciente embarazada perteneciente a este grupo. 4 de las 9 fueron embarazos no buscados. Dentro del conjunto que tuvieron 5 o más controles prenatales [22] hay 63 mujeres (87,5%), con un promedio de 7,5 controles por embarazada perteneciente a este grupo.

El espacio de la consulta prenatal se considera uno de los más importantes para trabajar la planificación familiar postparto [23]. En este estudio, no se encontraron registro de esto en 9 historias clínicas, 12% del total. De las 63 (87,5%) que sí tenían registro de trabajo, en 17 no se encuentra expresado el MAC sugerido por el trabajador de salud y o elegido por

^{ix} Para considerar que un embarazo de bajo riesgo se encuentra bien controlado, la mujer debe presentar más de 5 controles prenatales durante su transcurso(OMS).

la paciente. En las 46 restantes, el profesional registró haber recomendado como MAC en el puerperio: LARCs (61%) y la LT (26%).

7-8) Control puerperal. Primer control del recién nacido.

Si seguimos los registros del proceso de atención en el CAPS de estas 72 mujeres, vemos que 14 (19%) no tienen control puerperal en este efector luego del EVO y 58 (81%) si. De las que tiene control puerperal [24], 35 (49% del total) concurren dentro de los 14 días del EVO, 13 mujeres concurren luego de los 14 días pero antes de los 40 y 10 puérperas luego de transcurridos estos (Ver Figura 4). Cabe destacar que de las 14 mujeres que no retornaron al control puerperal, solo 2 no controlaron a sus niños en el CAPS. Presentándolo de otra manera, hay 12 mujeres que controlaron a sus infantes en este efector pero ellas no accedieron al control puerperal en este CAPS.



Figura 4. Registro del control puerperal ($n = 72$, datos propios).

Con respecto al control del recién nacido/a^x (Ver Figura 5): 6 no tienen registros de controles en este CAPS, 24 fueron llevados dentro de la semana de ocurrido su nacimiento, 26 neonatos entre los 7 a 14 días y 15 accedieron al control en el CAPS pasados los 14 días.

^x El grupo está constituido por 71, ya que hubo un mortinato.

PRIMER CONTROL RECIEN NACIDO

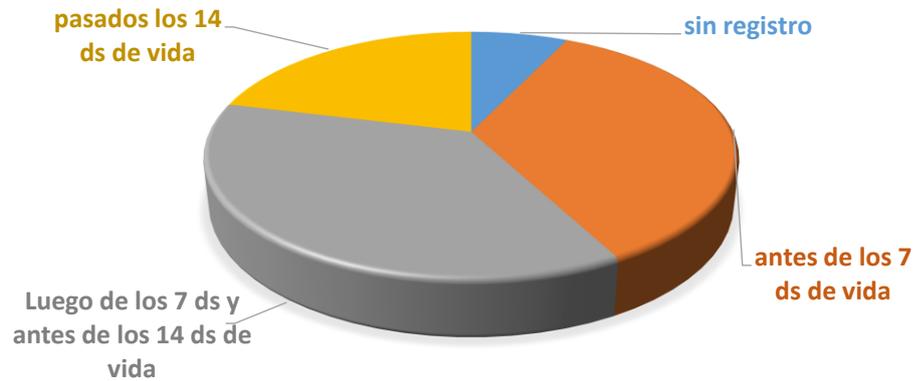


Figura 5. Primer control del recién nacido en el CPAS ($n = 71$, datos propios).

9) Uso de MAC en el puerperio.

Durante el año en el que se obtienen los datos, en el CAPS Las Flores los MAC disponibles para utilización en el momento de la consulta son: DIU de Cu, con la salvedad de que se cuentan con dos cajas con el instrumental requerido para la colocación (por lo que si en un día se utilizan las dos, se debe esperar al siguiente, o hasta que se cumpla el ciclo de esterilización), Acetato de Medroxiprogesterona inyectable, pastillas de levonorgestrel y desogestrel, levonorgestrel 1, 5mg, anticonceptivos hormonales combinados en comprimidos y la presentación inyectable mensual y preservativos masculinos. Los DIU liberadores de LNG y los implantes son por pedido nominal previo (el tiempo hasta el arribo a la institución es variable dependiendo de la provisión y logística del PNSSyR, stock en droguería central y logística de esta al centro de salud). Esto permite la utilización inmediata si hubiese alguno pedido previamente para otra paciente (y aún no fue colocado) pero retrasa la colocación de los mismos en días a semanas si no hubo un pedido previo, y/o hubiese un retraso en su provisión o distribución.

ELECCIÓN DE MAC EN PRIMER CONSULTA PUERPERAL

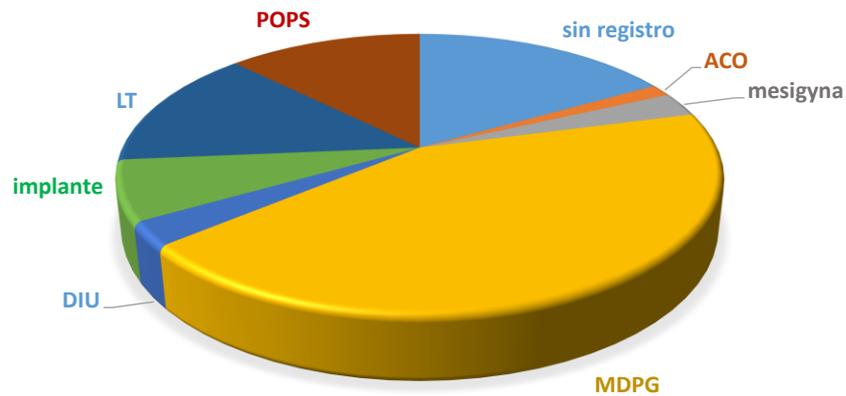


Figura 6. Elección de MAC en la primera consulta puerperal ($n = 72$, datos propios). Sin registro, 17%. Puérperas con MAC, 83%: MDPG, 43%, LT, 14 %, POPs, 12%, implante, 7%, Mesigyna, 3%, DIU, 3% y ACO, 1%.

Al momento del primer control puerperal, 12 mujeres no tiene registrado elección de MAC, 10 de estas pertenecen al grupo que no tienen registro de control puerperal. De las 60 que tiene registrado tipo de MAC, 72% eligen método hormonal^{xi}, 12% eligen LARCs (implante 8,3%–DIU 3,3%), y 16% eligen un método de definitivo (LT).

11) Continuación de MAC a los 6 meses del EVO.^{xii}

A los 6 meses de ocurrido el EVO, prácticamente se duplica el número de puérperas sobre las que no hay registro (21/67). De las mujeres con las que se cuentan datos, 28 utilizan MAC hormonal^{xiii}, 9 métodos definitivos y 9 LARCs (4 DIU y 5 implantes).

USO DE MAC A 6 MESES

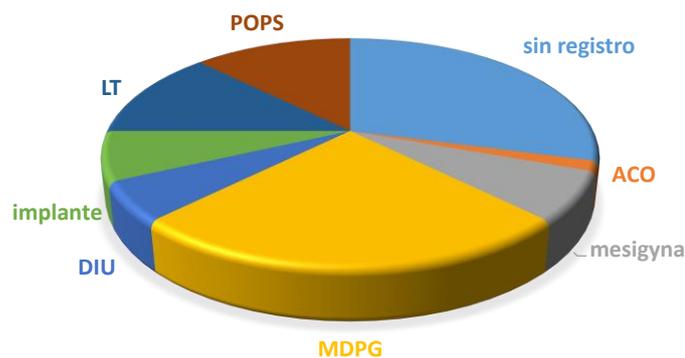


Figura 7. Uso de MAC a los seis meses del EVO ($n = 67$, datos propios). MDPG, 25%, LT, 12 %, POPs, 13%, implante, 7%, Mesigyna, 7%, DIU, 6%, ACO, 1%, y sin registro, 29%.

^{xi} Excluyendo implante de etonorgestrel.

^{xii} Número de puérperas que al 31 de mayo 2019 tiene 6 meses o más de puerperio: 67.

^{xiii} Excluyendo implante de etonorgestrel.

12) Uso de MAC al año de ocurrido el EVO.^{xiv}

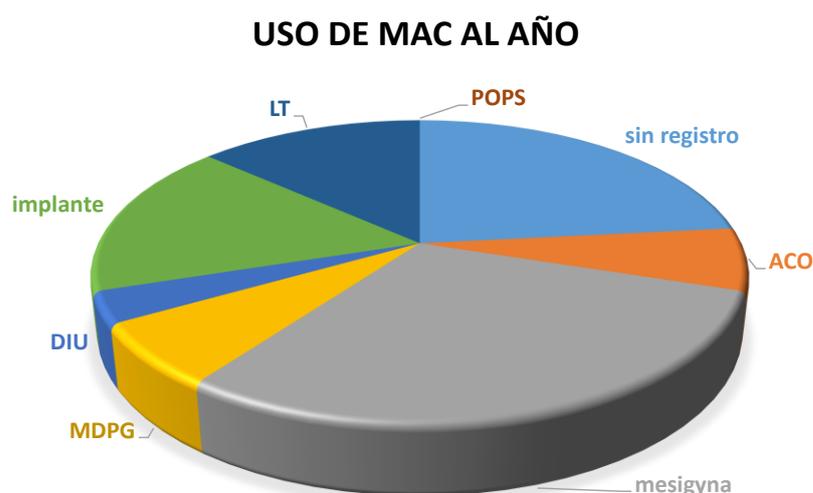


Figura 8. Uso de MAC al año de ocurrido el EVO ($n = 30$, datos propios). MDPG, 7%, LT, 13 %, POPs, 0%, implante, 17%, Mesigyna, 30%, DIU, 3%, ACO, 7%, y sin registro, 23%.

Del grupo cuyo EVO fue entre enero y mayo del 2018 ($n = 30$), de 7 no se hallan registros de uso de MAC. De las 23 restantes, 13 utilizan MAC hormonales, 6 LARCs (5 implantes y 1 DIU) y 4 con LT.

En el seguimiento durante un año, de lo registrado en materia de anticoncepción en este grupo de pacientes, vemos que se incrementa la ausencia de registros a medida que se llega al año del EVO. Como evidencia la figura 9, el incremento de los sin registros resulta a expensas de las pacientes con MAC hormonales de corta duración, de quienes pasados los 6 meses del EVO disminuyen significativamente los datos de colocación y o retiro. Esto adquiere relevancia, ya que estas mujeres también dejan de estar protegidas por la MELA (método de amenorrea de lactancia). La información con la que se cuenta luego del primer semestre muestra una tendencia al cambio de los métodos hormonales de sólo progestágeno por los combinados al incorporar la alimentación mixta el lactante (a los 6 meses del nacimiento). Con respecto a los LARCs, la adherencia es del 100 % en todas las usuarias.

^{xiv} Número de puérperas que al 31 de mayo 2018 tiene 12 meses o más de puerperio: 30.

USO DE MAC DURANTE EL PRIMER AÑO PUERPERAL

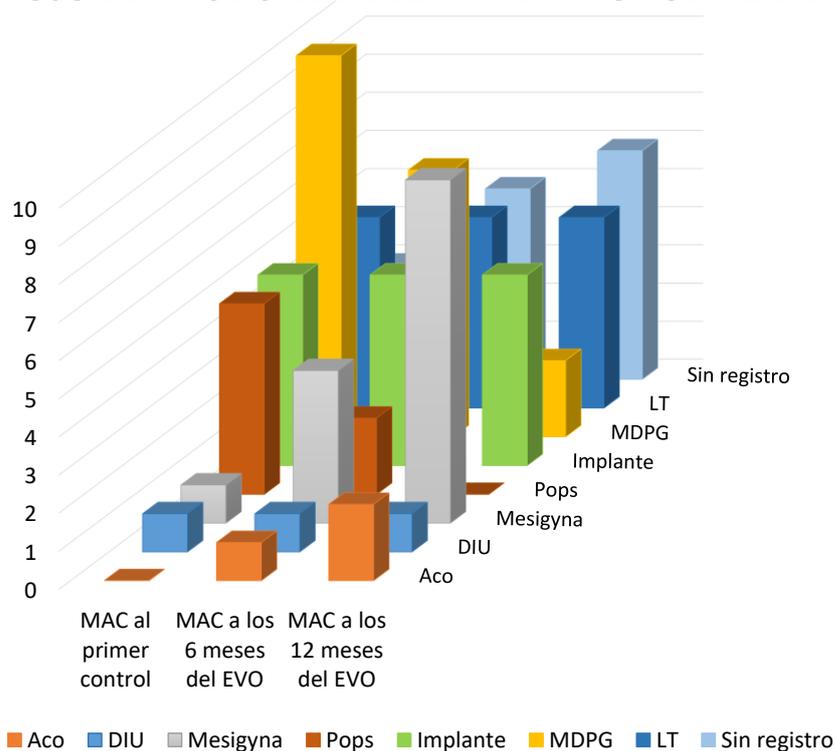


Figura 9. Modificaciones en el uso de MAC durante el primer año puerperal ($n = 30$, datos propios), discriminando para cada MAC los tres controles en el año.

5. DISCUSIÓN

Utilizando el modelo de Andersen, los factores predisponentes de nuestra población son: el perfil socio-demográfico; representado por mujeres de 19 a 29 años, que habitan el barrio Las Flores, conviven con su pareja, no terminaron la escuela secundaria, se reconocen amas de casa y poseen bajo nivel económico^{xv}). Por otro lado, los factores capacitantes resultan de su hábitat urbanizado y la oferta de servicios y prácticas que el SS brinda en el barrio XXX desde los CAPS y la red con la que estos se vinculan (determinantes del acceso potencial). Para finalizar con las características de la población, presentadas dentro de este modelo, se encuentran las necesidades que en este caso en particular están dadas por la preferencia de espaciar los embarazos de la mayoría de las puérperas y los riesgos que presenta un intervalo intergenésico corto para la salud materno-infantil, expresados en los objetivos de la estrategia para la PFPP, la legislación vigente y los fundamentos del programa de SSy R Municipal.

^{xv} No se recabaron en este estudio datos sobre ingreso económico, se infiere el nivel económico por datos indirectos: habita el barrio Las Flores, la mayoría no finalizó la secundaria y son desocupadas o amas de casa.

En este trabajo el USO de MAC se interpreta como acceso realizado al SS en general y a la estrategia de la PFPP en particular, siendo en nuestra población de un 83 % al primer control puerperal, similar a lo esperado para una población con características demográficas comparables en la ENSSyR [21]. Lamentablemente a la fecha de este estudio no se cuentan con datos regionales y o nacionales sobre el uso de MAC en el puerperio, por lo que las comparaciones nacionales son con el uso de MAC en mujeres en edad fértil.

La distribución entre los distintos tipo de MAC, en particular porcentaje de uso de LARCs se interpreta como acceso eficiente, presentando nuestra población un porcentaje equiparable al de EEUU. Cabe destacar, que esto último es a expensas del número de implantes colocados con un muy bajo uso de DIU. Por otro lado, tomando al período intergenésico, en el subgrupo de las pacientes multíparas, como acceso efectivo, el resultado es alentador.

De las variables trabajadas, hay resultados que resultan destacables y ameritan un desarrollo particular.

- Según la ENSSyR [21] la población que habita la Región Pampeana (con un perfil socio-demográfico comparable al de las puérperas atendidas en el 2018 en este CAPS) tiene conocimiento de los diferentes tipos de MAC según la siguiente distribución: reconocen principalmente las pastillas anticonceptivas (9 de 10 mujeres) y el condón o preservativo masculino (8 de 10 mujeres); 6 de 10 encuestadas identifican el DIU , y en menor proporción los anticonceptivos hormonales inyectables (4 de 10); con relación a la anticoncepción quirúrgica las mujeres mencionan en mayor medida la ligadura tubaria que la vasectomía (2 de 10 vs. 1 en 20). 1 de cada 10 de las mujeres encuestadas identifica la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Estos datos contrastan con lo registrado en nuestra población en relación a la utilización de métodos anticonceptivos en el puerperio, en particular en lo que se refiere a métodos no hormonales (preservativo/ DIU/ LT); pudiendo ser el manejo de un bagaje particular de información sobre los MAC parte de la explicación de las diferencias encontradas en los porcentajes de USO de MAC al comparar con la mencionada encuesta.
- Más allá de que el 47 % de las puérperas presentó antecedentes clínicos y o comorbilidades, ninguno de estos presentaba una contraindicación para la oferta ni utilización de los métodos de alta efectividad (LARCs y LT). Así también, estos antecedentes fundamentan el profundo trabajo con la población entorno a los riesgos

que podría conllevar un futuro embarazo y la eficacia de los LARCs para asegurar el período intergenésico acorde.

- El análisis del promedio de hijos y del periodo intergenésico realizado evidencia la efectividad de la PFPP a la fecha. Hay acuerdo que el periodo intergenésico recomendado [25] es de 24 meses o más, y nuestra población de multigestas cumple con este objetivo en más de un 70%. Respecto del período intergenésico corto, si usamos el corte de 18 meses [6,25], 6 puérperas entran dentro de este grupo (12 %). Esto podría considerarse un porcentaje exitosamente bajo si lo comparamos, por ejemplo, con datos de EEUU donde el 35 % de los embarazos fue concebido dentro de los 18 meses del anterior [26]. En ese sentido, podemos decir que previamente hubo acceso efectivo a la estrategia de la PFPP, ya que en un 97 % de la población se cumplió el objetivo de la OMS (período intergenésico mayor a 12 meses) entre el evento obstétrico previo y el actual embarazo.

Cabe mencionar que 24 embarazos (casi el 50%) presentaban período intergenésico largo (PIL), período entre el último parto y el siguiente embarazo mayor a 60 meses (5 años) [6] lo que figura en la literatura con un aumento de riesgos para el binomio materno-fetal.

- Con respecto a la situación de búsqueda del embarazo, resulta llamativo el escaso registro de esta variable. Primeramente, si la ausencia de esta información en la historia clínica representa que la preguntas sobre la búsqueda y situación del actual embarazo no fue hecha, estaríamos ante una posible limitación en el acceso a los derechos de estas mujeres, ya que no se habría podido abordar la temática de la Interrupción Legal del Embarazo con ellas. Así también, la información relacionada con la intencionalidad del embarazo en curso, así como la utilización de MAC, nos puede orientar sobre el conocimiento y uso de los MAC previo al evento obstétrico y apuntar al más recomendado para esta mujer luego de transcurrida la gestación. Por otro lado, un embarazo no buscado puede tener diversas repercusiones en diferentes áreas de esa familia durante su transcurso y luego de este, por lo que contar con ese dato permite mejorar la atención familiar, en el sentido de la integralidad y la calidad de ésta.

- En lo relativo al trabajo sobre PFPP en las consultas prenatales, en este estudio carecían de este registro 9 historias clínicas, 12% del total, un porcentaje bajo si se

compara con los datos de diferentes estudios [23]. En Argentina, por ejemplo, sólo el 58% de las jóvenes puérperas encuestadas refirió haber recibido información sobre MAC en los controles prenatales [27]. En relación al número de controles, la mayoría de las pacientes atendidas realizó más de 5 controles durante su embarazo evidenciándose el acceso de esta población a las consultas prenatales y a la conserjería sobre MAC, con valores superiores a los de la región. Si focalizamos en los métodos trabajados: los LARCs, se ven priorizados en el control prenatal, así como la LT. Este trabajo se refleja en el número de LT en esta población, no evidenciándose en el número de DIU colocados. Por lo que se podría suponer un particular rechazo en la población a este método por historia/mitos circulantes a los que se podría sumar parcialidad/limitaciones comunicacionales en la conserjería del equipo de salud participante.

- Si comparamos el acceso de las puérperas al control y el seguimiento de ésta a lo largo del primer año del puerperio (presencia de control postparto en el efector, tiempo transcurrido hasta dicho control y registro de retiro/colocación de MAC elegido en los primeros 12 meses) con el acceso a las consultas prenatales, podemos hipotetizar una priorización desde lo organizativo institucional de la mujer gestante y/o de las usuarias respecto de su salud.

Así también, los datos evidencian un acceso diferencial a la consulta neonatal versus la puerperal (a beneficio de la primera), aun considerando una distancia temporal mayor para el control de la mujer. Se puede proponer múltiples explicaciones para esto, por ejemplo: barreras en el acceso de tipo socio-organizacional: priorización (mayor número de turnos disponibles) en los turnos de los neonatos y no así de la puérpera, la misma mujer debe disponer de tiempo para retirar dos turnos (concurrir en diferentes días y horarios), presentarse a dos consultas (tiempo en la sala de espera más el tiempo de la consulta) con menor disponibilidad de este de su parte (tiene un recién nacido a su cargo, la mayoría de nuestra población son amas de casa y tienen más de un hijo); barreras culturales: la salud del neonato es más importante que la de la madre, o bien la madre no corre riesgo; etc. Es por todo esto que habría que re-estructurar el contacto del recién nacido y o infante con los servicios de salud como un momento para abordar la salud de la mujer y la PFPP, o bien captar las mujeres con dificultades en el acceso y generar un espacio específico para trabajar con ellas [23].

- Este último punto desarrollado junto con el déficit en los registros sobre la situación laboral en un alto número de las mujeres evidencia una debilidad en el abordaje integral de estas familias.

- Al cotejar los datos de Uso de MAC en el puerperio de la población de mujeres del CAPS Las Flores con los registrados por la ENSSyR 2013 [28] a nivel de la región pampeana (hormonal 61,8%; DIU 8,3%; quirúrgico 5,3%; condón 22,4%; barrera 0,0%; tradicional 2,2%) vemos que hay un llamativo predominio de los métodos quirúrgicos y de los hormonales en los resultados del presente trabajo. El USO de DIU en nuestra población se encuentra por debajo de los datos de la región y los nacionales (9,2%).

En lo que respecta a los LARCs como grupo, hay que tener en cuenta que la encuesta Nacional se realizó antes de que el PNSSyR ampliara la canasta (año 2015), lo que limita la comparación posible. Podemos realizarla con los datos aportados por un estudio en EEUU (2012-2015) [29] que informa un porcentaje de 15,3% de uso de LARCs en puérperas similar al hallado en las puérperas de Las Flores. Sin embargo, si comparamos con los datos del estudio *CHOICE* (EEUU) nuestros porcentajes resultan bajos para todos los LARCs; pudiendo evidenciar barreras en la accesibilidad de estas prácticas. En ese sentido, es de destacar que de los 5 implantes colocado 3 fueron en el Hospital, antes del alta y solo dos en el CAPS.

Es llamativo número de LT en comparación con los datos nacionales, pudiendo ser parte de la explicación la edad de las puérperas de este trabajo (ver grupos etarios) y el número de multigestas.

- Es interesante destacar lo que acontece con algunos sub-grupos de mujeres. Por ejemplo, las puérperas que cursaron un embarazo no buscado y que no utilizaban MAC previo a este (n: 8), luego del EVO: 2 se colocaron implantes, 2 eligen POPs, una se ligó las trompas, otra siguió con MDPG y 2 no retornaron a los controles. En promedio las mujeres de este grupo tienen 3 hijos por mujer. Y un promedio de gestas de 3,6. La edad promedio de este grupo es de 28 años. Por otro lado, las puérperas que no buscaban el embarazo y utilizaban MAC previamente (n: 5) luego del EVO una eligió implante, 2 POPs, 1 MDPG y 1 Mesigyna. Este grupo tiene 1,8 de hijos promedio. Su edad promedio es 21 años. Estos dos grupos son en los que se debe fortalecer la PFPP y en particular el ofrecimiento de los LARCs [29]. Considero que así fue interpretado por los servicios de salud, ya que el 23% de las puérperas de este grupo se colocaron implantes; sin

embargo, los DIU están ausentes. Queda la inquietud de qué ocurrió con las dos puérperas que no buscaban el embarazo, no utilizaban MAC y no retornaron a los controles puerperales. Así también, esta información invita a la reflexión sobre el trabajo en la elección del tipo de MAC, principalmente la conserjería, en relación a la eficacia de los MAC con el uso real. De 5 puérperas que no buscaban el embarazo y estaban con MAC hormonal de corta duración, 4 retornaron a esos métodos luego del EVO.

- Otro grupo que se destaca es el de las mujeres en cuyas HC no había registro de trabajo sobre la PFPP. A pesar de la ausencia de registros en estas 9 HC, 3 de las puérperas que pertenecen a este grupo salen de la maternidad con el implante de Etonorgestrel colocado, y 2 con la LT realizada; esto puede ser evidencia del sub-registro (fue trabajado en la consulta prenatal pero no se registró en la HC) así como de lo oportuno de las intervenciones del segundo nivel.
- En lo que respecta a la adherencia de los MAC a lo largo del primer año de puerperio, la muestra resultaría pequeña para comparar con los datos nacionales, pero aquí el objetivo es mostrar la constancia en el uso de los LARCs, cuyo porcentaje podría estar sobrevalorado porque son las pacientes que los eligieron las que cumplieron un año de EVO a la fecha de cierre del estudio. El uso de MAC en el grupo de mujeres que al 31 de mayo del 2019 cumplen 1 año o más de transcurrido el EVO demuestran que adherencia a los LARCs es del 100% al año. Un porcentaje alto en comparación con los datos nacionales [19] evidenciando la eficiencia y la aceptabilidad del método. Por otro lado, preocupa el número de mujeres de las que no se cuenta con registros de utilización de algún tipo de MAC, lo que se podría vincular con la dificultad para adherir a los MAC hormonales de corta duración y la limitación en el acceso al control puerperal.

6. CONCLUSIONES

Los grandes ausentes. En lo desarrollado hasta ahora hay varias ausencias, que ocupan mucho espacio.

- **Las parejas.** Como se presenta al comienzo, y bien lo aclara el nombre de la estrategia, la PFPP, incluye a la familia de la embarazada. En este trabajo no se encontraron registros en las historias clínicas de trabajo con los hombres sobre PFPP ni

MAC. No hay aclaración de ofrecimiento/ elección de los usuarios de ningún tipo de MAC^{xvi}.

- **Preservativos, MELA y MAC tradicionales** (coito interruptus, abstinencia, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer etc.). El preservativo figura sugerido por el profesional en algunas consultas (nunca como único método), lo escaso de su registro resulta llamativo ya que es reconocido en la ENSSyR como el MAC de elección en un 22% de las encuestadas. Tampoco hay mención del uso, ofrecimiento y/o trabajo en el espacio de la consulta, de los métodos tradicionales, por lo que no figuran en la variable “tipo de MAC”. Infiero que esto es resultado en parte del sub-registro (en particular lo que se refiere al preservativo), de la formación de los trabajadores de la salud y de las particularidades culturales de la comunidad (trabajadores del CAPS incluidos).

- **La PFPP durante la estadía en el Hospital.** Conserjería sobre MAC en la Maternidad. El paso de la embarazada por el Hospital, (usualmente Hospital Roque Saenz Peña para esta población), es uno de los pilares fundamentales de la estrategia. En este trabajo se describen parte de los resultados, las LT realizadas a las puérperas en el puerperio inmediato (8) y los implantes (3) colocados también en ese momento. No se desarrolla este momento de la estrategia, ya que no hay copia de lo trabajado en el segundo nivel en la HCF del CAPS. Es importante remarcar que algunas puérperas siguen sus controles puerperales (inmediatos/mediatos) en el segundo/ tercer nivel debido a complicaciones y/o complejidad de las intervenciones/ comorbilidades presentadas. Pudiendo ser uno de los motivos de no retorno al control puerperal y/o control puerperal tardío.

- **La PFPP en las atenciones al neonato.** Como figura al desarrollar la estrategia de PFPP, esta incluye la conserjería sobre MAC en todas las instancias de contacto con la mujer/ pareja, siendo las consultas de seguimiento y desarrollo del neonato, así como la atención para la inmunización y/o interurrencias pediátricas, espacios a aprovechar. A la fecha de este estudio, hay escasos registros en la HC del neonato y/o de la pareja parental en relación a la PFPP realizados por quienes intervienen en las mencionadas prácticas de salud del infante (Pediatras, Generalistas, Enfermeros, etc.).

^{xvi} En todo Rosario en el 2018 se realizaron 18 vasectomías en el SS Municipal. Informante clave Dr. D.Teppaz.

Respecto del acceso a la PFPP durante los diferentes momentos del proceso de atención de la embarazada/puérpera, se evidencian dificultades en la llegada al control puerperal y en el seguimiento de la mencionada estrategia. Utilizar las atenciones al recién nacido/neonato para identificar las puérperas sin MAC, trabajar la PFPP o bien vincularlas con el profesional idóneo podría ser una práctica a la fecha no utilizada y a considerar.

Algunas inquietudes: el porcentaje de utilización de LT y DIU resultan llamativos, sería de gran utilidad contar con datos distritales y o municipales para avanzar en el análisis. Así también, el abordaje cualitativo de esta situación con entrevistas a los profesionales y la población.

Abordar el acceso a un servicio y/o práctica de salud desde la oferta da una visión limitada de este; considero trascendental la mirada de los usuarios. Como se plantea en los CME de la OMS: *“...desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural particular; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos, generalmente, requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales. Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen las características de la persona usuaria potencial, el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de las y los pacientes.”*[30]

ANEXO 1

Categoría 1: Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.

Categoría 3: Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.

Categoría 4: Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Tabla 1. Adaptada de *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* [31].

Condición	DIU- Cu	DIU- LNG	Implante ETG/LNG	AOC PAV/AVC	AOPS	AMPD EN-ENT
Lactancia materna			2	4	2	2
	<21 ds postparto					
	21 a <30 ds postparto con factores de riesgo para TEV*		2	3	2	2
	21 a <30 ds postparto sin otros factores de riesgo para TEV*		2	3	2	2
			1	3	1	1
Postparto en mujeres que no estén amamantando			1	4	1	1
	<21 ds con o sin factores de riesgo para TEV*					
	>21 ds a 42 ds Sin otros factores de riesgo para TEV*		1	2	1	1
	Con otros factores de riesgo para TEV*		1	3	1	1
			1	1	1	1
Postparto (en mujeres que estén o no amamantando, incluso luego de cesárea	<10 min del alumbramiento	1	Sin LM 1, con LM 2			
	>10 min del alumbramiento < de 4 semanas	2	2			
	>de 4 semanas	1	1			
	Sepsis puerperal	4	4			

*DIU-LNG: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; Implante ETG/LNG: implante con etonorgestrel/levonorgestrel; AOC: anticonceptivo oral combinado; PAV/AVC: parche anticonceptivo combinado; AOPS: anticonceptivo oral solo progestágeno- desogestrel/levonorgestrel; AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito; EN-ENT: enanteato de norestisterona; LM: lactancia materna.

**Los números se asignan de acuerdo a la Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [32]:

***En negrita y cursiva se indican diferencias entre las clasificaciones.

Tabla 2. Adaptada de la edición 2015 de “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” [33].

Condición	DIU-Cu	DIU-LNG	Implante ETG/LNG	AOC PAV/AVC	AOPS	AMPD EN-ENT
Lactancia materna	<42 ds postparto		2	4	2	3
	>42 ds <6m postparto		1	3	1	1
	>6 meses postparto		1	2	1	1
Postparto en mujeres que no estén amamantando	<21 ds		1		1	1
	Sin otros factores de riesgo para TEV			3		
	Con otros factores de riesgo para TEV			4		
	>21 ds a 42 ds		1		1	1
	Sin otros factores de riesgo para TEV				2	
	Con otros factores de riesgo para TEV				3	
>42 ds			1	1	1	1
Postparto en mujeres que estén o no amamantando, incluso luego de cesárea	<48 hs incluida la colocación inmediata luego de la expulsión placenta	1	Sin LM 1, con LM 2			
	>48hs a < de 4 semanas	3	3			
	>de 4 semanas	1	1			
	Sepsis puerperal	4	4			

* Las siglas y categorías son las mismas de la Tabla 1.

** Factores de riesgo para trombo embolismo venoso (TEV) ej; edad > 35 años, TEV previo, trombofilia, transfusión en el parto, cardiomiopatía en el periparto, BMI>30kg/m2, hemorragia en el postparto, cesárea, pre-eclampsia o tabaquista.

***En negrita y cursiva se indican diferencias entre las clasificaciones.

Tabla 3. Métodos anticonceptivos según su efectividad [7].

		Tiempo de duración	Momento de comienzo en relación al parto	Lactancia materna	ETS
Métodos anticonceptivos de alta efectividad (tasa de fallo menor a 1 por mil)					
Definitivos	Ligadura tubaria (tasa de fallo 2x 1000) Si se realiza una cesárea electiva puede ser conveniente realizar la LT en ese momento		Dentro de los primeros 7 días postparto, o pasadas las 6 semanas.	No Interfieren	No evitan el contagio
	Vasectomía (tasa de fallo 1x1000)		En cualquier momento (si se considera antes del parto se debería evaluar las tasas de sobrevivencia del neonato).	No Interfieren	No evitan el contagio
No definitivos	Dispositivos intrauterinos De cobre (dependiendo del modelo)	5 a 10 años	Se pueden colocar en el postparto inmediato hasta las 48 hs de ocurrido el evento. Y luego de las 4 semanas.	No Interfieren	No evitan el contagio
	Dispositivos intrauterinos Liberadores de levonorgestrel (tipo mirena)	7 años		No Interfieren	No evitan el contagio
	Implante subdérmico (dependiendo del tipo)	3 a 5 años	Desde el postparto inmediato, si se colocan luego de las primeras 4 semanas o hay dudas de ovulación realizar test de embarazo previo.	No Interfieren	No evitan el contagio
Métodos efectivos (tasa de falla de 3 o más en 100 usuarios)					
	Anticoncepción con progestágeno solo inyectable (POI, Depo-Provera®)	12 semanas	Desde el postparto inmediato, si se colocan luego de las primeras 4 semanas o hay dudas de ovulación	No interfieren	No evitan el contagio
	Píldoras anticonceptivas con progestágeno solo(POPs) Los comprimidos de levonorgestrel actúan modificando el moco cervical y	toma diaria sin descanso		No interfieren	No evitan el contagio

tiene un margen estrecho de variabilidad en el horario de la toma diaria (+/- 2horas). Las pastillas de desogestrel actúan inhibiendo la ovulación, y permiten un rango de 12 hs en la variabilidad de la toma diaria [34].		realizar test de embarazo previo.		
Anticonceptivos hormonales combinados estrógenos/progestágeno (ACO). Tasa de fallo cercana a 9 usuarias de 100.	deben tomarse 21 días y descansar 7 días	Sin FRCV partir de las 3 semanas. Con FRCV desde las 6 semanas.	Interfieren	No evitan el contagio
Método de amenorrea de lactancia (MELA) Está limitado por su duración. Cuando la mujer retorna a menstruar, se disminuye la frecuencia de amamantamiento (requiere exclusividad de la lactancia materna) o el lactante cumple 6 meses se debe utilizar otro MAC.		Desde el postparto inmediato	No interfieren	No evitan el contagio
Métodos menos efectivos (tasa de falla de 12 en 100 usuarias)				
Preservativos masculinos y femeninos		Desde el postparto inmediato	No interfieren	Evitan el contagio
Métodos al menos efectivos (tasa de falla igual o mayor a 18 en 100 usuarios)				
Coito interrumpido. La tasa de fallo es alrededor de 18 cada 100 parejas		Desde el postparto inmediato	No interfieren	No evitan el contagio
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Tasa de fallo cercana a 24 de 100 usuarias		En las mujeres que dan el pecho, requiere al menos de tres o cuatro ciclos menstruales	No interfieren	No evitan el contagio
Anticoncepción de emergencia (luego de la RS de riesgo). levonorgestrel (1,5 mg) La colocación de un DIU de emergencia es el método más efectivo y además sigue actuando como MAC por los años que dure ese DIU		Desde el postparto inmediato	No interfieren	No evitan el contagio

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Ginebra: OMS; 2014.p. 1.
- [2] Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Ginebra: OMS; 2014.p. 2.
- [3] Binstock G, Gogna M. Entorno del primer y del segundo embarazo adolescente en la Argentina. En: Cavenaghi S, Cabella W, (ed.). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa (Serie e-Investigaciones N° 3). Río de Janeiro: FNUAP, ALAP Serie e-Investigaciones. 2014; 197-83.
- [4] ACOG. Committee opinion. Immediate postpartum long acting reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2016;128(2):32–7
- [5] Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata L, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016 MMWR Recomm Rep 2016;65 (3): 90.
- [6] Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri S, Carla Padilla-Amigo. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2018; 83(1). 53-61.
- [7] RCOG. Best practice in postpartum family planning. London: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015. Best Practice Paper No. 1.
- [8] Ross J, Winfrey W. Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need During the Extended Postpartum Period. *International Family Planning Perspectives.* 2001; 27(1):20–27. p 22
- [9] Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019. Ministerio de Educación. Ministerio de Desarrollo Social. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- [10] Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *Journal of Women's Health.* 2015; 24(5):349-353.
- [11] Oduyebo, T., Zapata, L. B., Boutot, M. E., Tepper, N. K., Curtis, K. M., D'Angelo, D. V., Whiteman, M. K. Factors Associated with Postpartum Use of Long-Acting Reversible Contraception. MONTH 2019 American Journal of Obstetrics & Gynecology. Pag 1
- [12] Comité de Opinión sobre Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARCS). AMAdA 2018 <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-antteriores/volumen-14-n-2-2018/262-comite-de-opinion-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-LARCS-amada-2018> (acceso 29/6/19)
- [13] Immediate postpartum long-acting reversible contraception. Committee Opinion No. 670. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:32–7
- [14] Travassos C, Martins M. Umarevisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20 (2):190-198.
- [15] Ballesteros MS, Freidin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de Factores de riesgo 2009. *Salud colectiva.* 2015;11(4):523-535.
- [16] Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. *Health Service Research.* 1974;9 (3): 208–220.
- [17] Andersen, R. (1995) “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?” en *Health and Social Behavior* 36 (1):1-10.
- [18] Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(5): 1-15.
- [19] Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de

datos del Protocolo de Investigación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2018.

[20] Producción de conocimiento en el campo de la salud: La comunidad, la salud y los procesos de atención. Definiciones de área de influencia y área de responsabilidad. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/225942/1183448/file/Area%20de%20influencia%20y%20area%20de%20responsabilidad.pdf>. Acceso 22/2/19

[21] 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. Pág. 28-29

[22] Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. República Argentina. Edición 2013. Pág. 30.

[23] Vernon R. Meeting the Family Planning Needs of Postpartum Women. *Studies in Family Planning*. Volume 40 Number 3 September 2009: 235-45.

[24] Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. República Argentina. Edición 2013. Pág. 216.

[25] Moorea Z. Pfitzer A. Gubinb R. Charuratb E. Elliott L. Crofta T. Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. *Contraception* 92 (2015) 31–39

[26] Zapata L, Murtaza S, et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 February ; 212(2):2

[27] Zamberlin y col. Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes de 14-20 años. *Rev Argent Salud Pública*, 2017; 8(32): 29

[28] 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. Pág. 36

[29] Oduyebo T, Zapata LB, Boutot ME, et al. Factors associated with postpartum use of longacting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2019;XX:XX.

[30] Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2018.

[31] Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata L, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65 (3):10-11

[32] Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición. Resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2014. 3.

[33] Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición. Resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2014.

[34] Jorge Varas C. Píldoras sólo con progestágenos: Recomendaciones basadas en evidencia. *Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2010; 5(2): 155-164.