

**PERCEPCIONES SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) DE LAS PERSONAS  
CON CAPACIDAD DE GESTAR DE VILLA LYNCH**

**Autoras:**

Bernardi Luana S., DNI 39.831.034, residente de Medicina General y/o Familiar  
Cabrera Marilina, DNI 37.276.940, residente de Medicina General y/o Familiar  
de Barros Natalia E., DNI 33.366.090, residente de Medicina General y/o Familiar  
Franciosa Ornella A., DNI 36.092.396, residente de Medicina General y/o Familiar  
Milán Agustina C., DNI 35.833.894, residente de Medicina General y/o Familiar  
San Miguel Rocío C., DNI 34.602.351, residente de Medicina General y/o Familiar

**Colaboradoras:**

Dovgan Nadia, DNI 31.010.820, Licenciada en trabajo social  
Rodriguez Mariela, DNI 32.983.216 , médica especialista en Medicina General y/o  
Familiar y en Cuidados Paliativos  
Sanmauro Karina, DNI 29.479.679, médica especialista en Medicina general y/o  
Familiar  
Zapata Martina, DNI 36.056.855, Licenciada en obstetricia.

**Lugar de Realización:** CAPS 13 Villa Lynch, Azcuenaga 4061, Villa Lynch, Gral San Martín. CP  
1672. Provincia de Bs. As./ Teléfono: 48300709/ Mail: [caps13villalynch@gmail.com](mailto:caps13villalynch@gmail.com)

**Fecha de realización:** Marzo - Septiembre 2023

**Trabajo Inédito**

**Tipo de trabajo:** Trabajo de investigación

**Categoría temática:** Educación para la Salud

**Acerca de las autoras:** El equipo de investigación lo conformamos 6 residentes de medicina general de diferentes años del CAPS 13 de Villa Lynch, dos médicas generalistas, una licenciada en trabajo social y una licenciada en obstetricia de nuestro Centro de salud. No contamos con tutor en lo relacionado a la investigación.

**PERCEPCIONES SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) DE LAS PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR DE VILLA LYNCH**

Bernardi, Luana S.; Cabrera, Marilina; de Barros, Natalia E.; Franciosa, Ornella A.; Milan, Agustina C.; San Miguel, Rocío C.

CAPS 13 Villa Lynch- Azcuenaga 4061, V. Lynch, San Martín; CP 1672; 48300709; caps13villalynch@gmail.com

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo

Trabajo inédito

Educación para la salud

Las consejerías en salud sexual y reproductiva son frecuentes en APS. En el último año, del total de consultas en nuestro CAPS, un 13 % corresponden al asesoramiento sobre MAC. En nuestra práctica observamos en el discurso de las personas atendidas, que la elección está condicionada por algunos mitos, barreras que impone el sistema de salud, y las experiencias de terceras personas. Objetivo: Recuperar los discursos de personas con capacidad de gestar de Villa Lynch acerca de su elección de MAC. Trabajo Cualitativo, descriptivo, fenomenológico. Resultados: Realizamos 12 entrevistas a personas con capacidad de gestar (de 24 a 55 años) domiciliadas en Villa Lynch. Recuperamos 3 temas principales: accesibilidad, conocimiento y perspectiva de género en la anticoncepción. Discusión: Todas las entrevistadas conocían más de un MAC perteneciente a la canasta básica. Prevalcieron, en la producción del conocimiento, las fuentes interpersonales centradas en las mujeres. Observamos una correlación entre la promulgación de leyes que favorecen la accesibilidad a los MAC con una mayor disponibilidad. A pesar de las diferencias en la edad no se evidenciaron cambios en los discursos analizados desde el eje perspectiva de género. Pocas entrevistadas recibieron información en el ámbito escolar pero la mayoría lo reconoce como importante. Notamos una preocupación sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y escaso o erróneo conocimiento sobre las mismas. Propuestas: Capacitarnos en habilidades comunicacionales y asesoría con perspectiva de género. Realizar investigaciones sobre ITS y las barreras impuestas por el sistema de salud para el acceso a MAC.

Métodos anticonceptivos, percepción, ITS, prevención

## **Introducción**

La salud sexual es un aspecto fundamental para el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia<sup>1</sup>. La salud sexual y la salud reproductiva se diferencian en algunos aspectos, pero están íntimamente relacionadas, tanto conceptualmente como en cuanto a la ejecución de programas y estudios<sup>2</sup>. En este marco, se entiende a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.

La promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental, según se expresa en el Documento elaborado por los países en la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe realizada en Montevideo en el año 2013, tal como se inscribía ya en 2003 en la Ley Nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25.673<sup>3</sup>.

Los derechos sexuales establecen la garantía de disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona. Los derechos reproductivos son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijas/es/os, el momento para hacerlo, la cantidad, con quién y el espaciamiento entre sus nacimientos. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles<sup>4</sup>.

La anticoncepción es una práctica de salud reproductiva, cuyos beneficios potenciales juegan un rol central en los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo el libre ejercicio de la sexualidad en ambos planos. Promover las opciones anticonceptivas de forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige brindar elementos para una elección informada.

La consejería en salud sexual y salud reproductiva (SSySR) es un espacio de encuentro entre integrantes del equipo de salud y personas usuarias, que tiene como objetivo principal fortalecer su autonomía para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera informada<sup>4</sup>. El modelo de trabajo de Consejería implica tener en cuenta la realidad de las personas como sujetos de derechos, e insertas en un contexto cultural y social. Está orientado por la perspectiva de derechos, el enfoque de género y la perspectiva de diversidad. Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente, accesible y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo (MAC), brindar gratis el que mejor se adapte a sus posibilidades de salud y preferencias. En el encuentro de las consejerías se habilita una construcción conjunta de saberes –entre el equipo de salud y las personas consultantes– sobre temas relacionados con la salud en torno a la sexualidad y a la reproducción como parte integral de las personas y, por ello, con sus características de singularidad.

Las consejerías en SSySR son actividades centrales y frecuentes en el Primer Nivel de Atención (PNA), ya sea en forma de atención individual (bajo las dos modalidades reconocidas: la consejería propiamente dicha y la oportunidad en la asistencia)<sup>4</sup>, así como en actividades en terreno y/o grupales de Promoción de la Salud. Por ejemplo, entre el 01/09/2022 y el 31/08/2023 concurren a nuestro Centro de Salud (CAPS 13 Villa Lynch) 3738 personas (FUENTE: Sistema de Información Sanitaria de San Martín - SISSAM). De las mismas, 2314 personas realizaron 6062 consultas a profesionales que tienen competencias para realizar asesoramiento e indicación de MAC (Medicina General y Familiar, Ginecología, Licenciada en Obstetricia, Pediatría). 773 (correspondientes a 393 usuarias) de estas consultas registran diagnósticos asociados al asesoramiento e indicación de MAC, correspondiendo a cerca del 13 % del total de las consultas. Podría haber un subregistro dado que en consultas con otros diagnósticos (tales como controles de salud, atención por Enfermedades Crónicas no Transmisibles, examen ginecológico, entre otros) se realiza consejería y entrega de MAC (oportunidad en la asistencia) pero no se registra de manera diferenciada. Si bien poco más de la mitad de estas consultas (consejerías específicamente dichas) fueron realizadas por Ginecología, la otra mitad corresponden a Obstetricia y Medicina General. Se colocaron 21 Dispositivos Intrauterino (DIU), todos por la ginecóloga, y 70 Implantes Hormonales, la mayoría por la licenciada en obstetricia y Medicina General.

Además, por enfermería se aplicaron ACI trimestrales a 20 usuarias y ACI mensuales a 105 usuarias. En este período analizado no hay registro uniforme de la entrega de otros MAC por lo que no se puede conocer datos fidedignos al respecto. Las usuarias que accedieron a estas consultas son casi todas del Área Programática del CAPS, con un rango de edad entre 13-50 años, y una moda de edad de 21 años, y el casi el 63% (246 usuarias) contaban con Cobertura Pública Exclusiva al momento de la consulta. También se realizaron actividades de Promoción de la SSySR en territorio: 4 talleres escuelas secundarias, armado de talleres junto a docentes de la escuela primaria, encuentros mensuales en una Sociedad de Fomento Barrial, y 5 encuentros en el grupo de Hábitos Saludables del CAPS.

Desde la práctica hemos reconocido que en nuestro CAPS se elige menos frecuentemente el DIU como MAC. Se reconocen en muchas de las atenciones realizadas a personas con capacidad de gestar que, al ofrecer este método, muchas prefieren no elegirlo basándose en experiencias negativas, generalmente de terceras personas, tales como falla frecuente del método con complicaciones durante el parto o en el recién nacido (“dolió más porque tenía el DIU”, “el bebé salió con el DIU en la frente”), mayores efectos adversos (menstruaciones más abundantes y/o dolorosas), complicaciones asociadas al procedimiento (“duele mucho”, “se me bajó dos veces y no me lo quisieron poner”), o barreras del sistema de salud para la colocación de dicho MAC (“no me lo pusieron porque no tuve hijos”, “no estaba menstruando”, “no pude hacerme los estudios que me pidieron”). Así mismo se reconoce un aumento de la elección del Implante Hormonal como MAC, y que se discontinúa frecuentemente el uso de MAC hormonales asociados a aumento de peso y dudas sobre el impacto en la fertilidad. Varios de los integrantes del equipo de salud teníamos experiencias similares, por lo que se dispusieron espacios de encuentros interdisciplinarios (Médicos Generalistas, Licenciadas en Obstetricia, Psicólogas, Promotora de Salud, Trabajadora Social) para reflexionar sobre lo observado que nos planteaba un posible problema. Hemos reconocido que teníamos presupuestos en los que coincidimos al respecto, algunos asociados al equipo de salud (menor oferta del DIU por parte del equipo de salud, por falta de formación para la colocación y/o por menor disponibilidad de tiempo, mayor oferta y acceso al Implante Hormonal por mayor capacitación del equipo de salud para colocarlo, consejerías “sesgadas” por opiniones personales centradas por ejemplo en la edad de las personas o en el acceso al recurso o en cómo ejercen su sexualidad) y otros asociados a los usuarios de MAC (menor “propaganda” del DIU en la comunidad, por ende, mayor

desconocimiento sobre el método, falta de información sobre “condiciones” para el uso de determinados MAC, mayor influencia sobre la elección del MAC de la opinión de pares que del equipo de salud, desconocimiento sobre derechos y accesibilidad a MAC).

En base a lo expresado anteriormente, y reflexionando sobre la importancia de fortalecer las prácticas de SSySR en nuestro medio, nos surgió la necesidad de conocer las impresiones de las personas con capacidad de gestar de Villa Lynch para así poder mejorar nuestras intervenciones a futuro.

El propósito de nuestra investigación es indagar no sólo sobre las características propias de los MAC que las personas con capacidad de gestar perciben y valoran, y que probablemente orientan su elección y preferencia de MAC, sino también sobre otros factores que pueden incidir en dicha preferencia, como sus conocimientos generales sobre MAC, las barreras de tipo sociocultural y de tipo institucional que la población enfrenta para acceder a los MAC, y las opiniones y experiencias de otras personas cercanas sobre anticoncepción. Como fortaleza del presente proyecto se puede resaltar el llevar a cabo un abordaje cualitativo teniendo en cuenta que la investigación en salud se caracteriza principalmente por un enfoque cuantitativo. Cuando detrás del problema se descubre la influencia de componentes culturales, de comportamientos o de creencias, se precisan diseños flexibles que permitan al investigador comprender la realidad y el entorno donde se produce.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los discursos de las personas con capacidad de gestar de Villa Lynch acerca de su elección de Método Anticonceptivo?

### **Objetivo general**

Recuperar los discursos de personas con capacidad de gestar de Villa Lynch acerca de su elección de MAC.

### **Objetivos específicos**

Identificar y describir las trayectorias de personas con capacidad de gestar de Villa Lynch en cuanto a la elección de los MAC.

Identificar y describir las barreras y los facilitadores en el acceso a los MAC de personas con capacidad de gestar de Villa Lynch.

Relacionar las características sociodemográficas de las personas con capacidad de gestar de Villa Lynch entrevistadas con la elección y el uso de MAC.

Reconocer en los discursos las experiencias de personas con capacidad de gestar de Villa Lynch en cuanto al uso de MAC en sus primeras relaciones sexuales, y en relación a las prácticas preventivas de ITS.

Identificar en los discursos de personas con capacidad de gestar de Villa Lynch, el conocimiento sobre instituciones, que garanticen los derechos en SSyR.

Describir qué MAC utilizan las personas con capacidad de gestar de Villa Lynch.

### **Diseño de investigación**

El diseño responde a un enfoque Cualitativo, siendo un estudio descriptivo y fenomenológico. Elegimos este modelo ya que se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, desde la perspectiva del sujeto<sup>5</sup>. Su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias. Tiene en cuenta las perspectivas de los participantes. El diseño fenomenológico se enfoca en la esencia de la experiencia compartida<sup>6</sup>.

En primera instancia, se realizaron entrevistas en profundidad a informantes clave para rescatar información y a partir de allí elaboramos una entrevista semi estructurada para abordar a otros participantes. Las mismas se realizaron a personas con capacidad de gestar que viven en el área programática del CAPS 13 en Villa Lynch (delimitada por Av. Gral Paz, las vías del Ferrocarril Urquiza, San Carlos, Senet, Perdriel, A. Moreau de Justo, Av. Rodriguez Peña y Av. San Martín) durante el mes de Septiembre de 2023, y, al finalizar las mismas, se les entregó un encuesta orientada a obtener datos sociodemográficos (ver Anexo 1).

A las participantes se les solicitó que den su consentimiento informado previo a cada entrevista, de manera oral, informando sobre los fines de la investigación y el carácter anónimo de los testimonios que fueron grabados. Por ende, durante la realización del presente trabajo de investigación se respeta la Ley de protección de datos personales (Ley N° 25.326), tomando los debidos recaudos por los datos personales y sensibles. (ver Anexo 2)

### **Universo y Muestra**

Se seleccionó una muestra del universo en estudio, que corresponde a personas con capacidad de gestar que usen o hayan usado alguna vez un MAC, que residan en el área programática del CAPS 13 de Villa Lynch.

El tipo de muestreo fue por propósito, ya que acudimos a 3 referentes barriales de Villa Lynch con los que articula el equipo de salud del CAPS 13, para convocar a personas que cumplan los criterios de la muestra y puedan aportar información sobre el fenómeno de estudio. Se utilizó el principio de saturación de los datos, es decir, se detuvo la recolección cuando ningún dato nuevo o relevante surgió. La clave no está en la cantidad, sino en la calidad y profundidad de los datos.

### **Análisis de resultados**

Se basó en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura de las desgrabaciones de las entrevistas, utilizando el proceso de análisis con una propuesta descriptiva que se caracteriza por la identificación de temas emergentes y el agrupamiento en temas y subtemas<sup>7</sup>. Los datos obtenidos a través de la encuesta se utilizaron para describir el perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas y relacionarlos con los temas y subtemas obtenidos.

Para el análisis de resultados, se citó a cada participante con inicial del nombre y edad. Ejemplo: *“Hay muchos métodos como para no quedarte embarazada.”* (M48) Como todas las personas entrevistadas se perciben como “mujeres”, y se refieren a sus parejas heterosexuales como “hombres”, en la descripción de los resultados se utilizarán estos dos términos para simplificar la escritura.

### **Resultados**

Se realizaron en total 12 entrevistas a personas con capacidad de gestar con domicilio en la localidad de Villa Lynch, partido de San Martín. La convocatoria a la participación de las entrevistas se realizó por medio de 3 referentes barriales. El rango etario de las entrevistadas va desde los 24 hasta los 55 años, correspondiendo la mitad de ellas a menores de 30 años (Ver Anexo 3). A partir del análisis de las entrevistas pudimos recuperar diferentes subtemas que agrupamos 3 temas principales: accesibilidad a métodos anticonceptivos, conocimiento de métodos y rol de género en la anticoncepción.

<b>TABLA DE TEMAS</b>	
Accesibilidad a métodos anticonceptivos.	Facilitadores y obstáculos, mitos acerca de MAC.
	Función del Sistema de Salud.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	Trayectoria en MAC.
	Efectos adversos.
	Prevención de ITS.
	Uso de MAC en la 1° relación sexual.
	Construcción del conocimiento.
Perspectiva de género en la elección de un método anticonceptivo.	Producción y reproducción del discurso.
	Derechos y obligaciones.

### **Accesibilidad a método anticonceptivos**

En el presente trabajo se tomará como definición de accesibilidad, la relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Este vínculo se construye a partir de una combinación entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”<sup>8</sup>. Sobre este eje desarrollaremos algunas de las temáticas abordadas en las entrevistas realizadas, haciendo hincapié en la accesibilidad a los MAC, los facilitadores, las barreras y el rol del sistema de salud. Entre las entrevistadas, reconocemos que en las usuarias mayores de 45 años el primer acceso a MAC se da en el marco de otros motivos de consulta relacionados a su salud, en el caso de M46, en relación a su primer contacto con los MAC: *“empecé después que tuve mi primer hijo, a los 20 porque en realidad yo iba a empezar a los 16 (1996) pero te exigían que vayas con un mayor y eso quedó en la nada”*. Por su parte L48, quien contaba con obra social, refiere que su primer contacto con los MAC fue a los 17 años (1995) con el objetivo de regularizar ciclos menstruales y pudo acceder sola a un turno para consultar y así accedió al método. En su relato refiere *“...En mi época mucho tiempo atrás no era tan accesible de que las madres te lleven ginecólogas, era más cerrada la cosa, entonces yo recién a mis 17 (que yo ya trabajaba) entonces sola fui a la ginecóloga y empecé así, como para regularizar el periodo.”*

Cabe destacar que recién a partir de la década de los 80 comenzó a darse relevancia a la temáticas relacionadas con la SSyR. Antes de dicha época, las actividades destinadas al control de la natalidad estaban prohibidas (década de los setenta) y los programas públicos de salud estaban permeados por una clara ideología pronatalista. Con el devenir de nuevas

leyes se presenta un escenario en el que el estado se compromete a garantizar a la población el acceso a la anticoncepción<sup>9</sup>. En cuanto al momento histórico en el cual sucedió lo descrito, aún no estaba reglamentado el acceso a la atención a menores de 18 años<sup>3</sup>. En el año 2002 se sanciona la ley 25.673 la cual contempla a la población de menores de esta edad como beneficiaria de los derechos sexuales y reproductivos en similares condiciones que las personas adultas<sup>10</sup>. En la actualidad, las entrevistadas coinciden en que el acceso es más sencillo, R48: *“Hoy vas a una salita y te dan las pastillas, te dan inyecciones, te ponen el DIU...”*, C26: *“Sé que podés venir a pedir una salita o ir a un hospital”*. D30: *“Las anticonceptivas... ahora las voy a buscar a la salita pero antes sí, las compraba”*.

Entre los facilitadores se destaca la posibilidad de acceder gratuitamente a los MAC en los centros de salud; 10 de ellas tienen conocimiento acerca de la provisión en estos, 1 nombra únicamente el retiro de preservativos y otra no nombra el sistema público para su acceso, esto deja ver que hay un mayor conocimiento sobre el derecho al acceso a MAC. Esto se puede relacionar, entre otras cosas, con la implementación de la canasta básica de MAC y su inclusión en el plan médico obligatorio (2002), garantizando de esta forma el 100% de cobertura incluyendo a obras sociales y prepagas<sup>3</sup>.

No hemos encontrado diferencias en cuanto a la elección de MAC, al conocimiento o a la accesibilidad a los mismos relacionado con el tipo de cobertura que tenían las entrevistadas. Del total de ellas, 6 cuentan con cobertura pública exclusiva y 6 con obra social/prepaga. Si bien algunas de las entrevistadas que contaban con obra social/prepaga comentaron haber tenido alguna dificultad con la cobertura del método, se podría relacionar con el momento histórico en el cual sucedió, ya que no estaba reglamentada su obligatoriedad, como refieren R48 y A55 en sus relatos: *“En ese tiempo (1990) la obra social no te lo cubría (DIU), entonces era todo un tema. Por más que uno tenga la obra social, no se hacía cargo, porque en ese tiempo salía muy caro”*; *“lo pagué (DIU), porque la obra social no me lo cubría (1999)”* luego de la implementación de la ley 25.673<sup>3</sup> refiere *“fui a la ginecóloga...me lo cubrió la obra social y me lo puse”* (2010).

Los obstáculos mencionados por las entrevistadas luego de la implementación de la ley fueron el pedido de estudios para la posterior colocación de DIU, el rechazo a su colocación en nulíparas como refiere P24: *“hay médicos que no lo quieren poner si no tuviste bebés antes...”* y la negativa a la colocación del implante según edad y disponibilidad como relata M30: *“no llegué a ponerme ni el chip porque yo ya era grande porque decían que era*

*para los 25, 24.” En relación a los obstáculos para acceder a métodos irreversibles, dos de las entrevistadas describieron su deseo de acceder recibiendo como respuestas lo siguiente: “yo una vez me lo quise hacer con mi segunda hija...y me dijeron que todavía no podía porque todavía era chica..no lo podían hacer y que por ahí era con mamás de muchos chicos o con algún problema” (M48 a sus 19 años), esta misma entrevistada nos relata también que “con la última que yo tuve (2006), ya había una ley, y se podía, si vos querías hacerte la ligadura de trompas te las ligabas y bueno dije que sí”. Otra de las usuarias, D30 relata “me dijeron que era joven porque tenía 24/25 años, entonces como que me querían hacer esperar un poco más por si quería tener otro”. Creemos importante destacar que ambos episodios sucedieron previo al año 2006 a partir del cual se sancionó la ley 26.130, la cual reconoce a la ligadura tubaria y a la vasectomía como MAC, legalizando su práctica gratuita a mayores de edad, entendiéndose estas como personas con 16 años cumplidos, establecido por la ley 26.994, Código Civil y Comercial (CCyC), art. 26 último párrafo<sup>11</sup>.*

Otro tipo de obstáculo que encontramos al analizar las entrevistas fueron las interpretaciones erróneas o mitos, entendiendo estos como aquellas historias que explican la existencia de ciertas realidades relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos, lo cual puede causar desinformación y estigmatizar la salud sexual<sup>12</sup>. Algunos de los mitos mencionados por las entrevistadas son los siguientes: *“Al tomar las pastillas me producían las hormonas y quedaba embarazada” R48; “A veces quiere usar el que dan gratis (preservativo), pero a veces me hace mal, es como que siento que me deja irritado abajo” P24; “Tuve una experiencia que quedé embarazada con las pastillas.. de la salita de Villa Lynch, ahora tomo unas que son de marca y por ahora voy bien” M25. La entrevistada D30 refiriéndose en cuanto a recuperar fertilidad nos dijo: “como que costó hasta que se limpiara el cuerpo que venía de los 15 a los 19 tomando pastillas” Así como también C26 manifestó que “las pastillas me rechazaban los lentes de contacto”. Entendemos que estos mitos pueden ser uno de los factores que influyen al momento de elegir qué MAC usar, lo cual puede constituirse como una barrera en el acceso.*

En cuanto a la percepción de las entrevistadas acerca de a quién consultar sobre MAC, encontramos las siguientes referencias: E45: *“tenías que ir al médico, a la ginecóloga”*; D30: *“Hablé con mi mamá y fui a la ginecóloga”*; M48: *“yo le digo a mi hija...acércate a la salita y habla con la ginecóloga”*; M48: *“el clínico me dijo “bueno hace una consulta con la ginecóloga que ella te la dé y vamos a ir viendo a ver si te vuelve.. (referido a dolor*

*abdominal*"); P24: *"este año quiero volver al ginecólogo para plantear el tema del diu."* A55: *"las pastillas me estaban haciendo mal...fui a la ginecóloga y me dice 'mirá, si querés te podés poner un DIU, te va a dar resultado'."* En su mayoría las entrevistadas coinciden en que asistieron a una consulta por ginecología, siendo esta especialidad la referente en el discurso en cuanto a información y acceso a los MAC, aunque las estadísticas de las atenciones en el CAPS no muestran lo mismo (ver introducción).

### **Conocimiento sobre métodos anticonceptivos**

Dentro de esta categoría se pudieron percibir claramente 5 subtemas que fueron comunes entre las participantes.

El primero tiene que ver con los conocimientos que tienen las usuarias acerca de los métodos y cuales son sus trayectorias con los mismos. A partir de las entrevistas realizadas, observamos que coincide lo relatado en las mismas con las tendencias ya identificadas en estudios previos en Argentina<sup>13</sup>. Con respecto a qué métodos conocen, refieren: *"Y métodos más que nada para no quedar embarazada. La anticoncepción. Y nada hay un montón, una barbaridad, hay hormonales, hay de Barrera, después está el diu que no es ni de barrera ni hormonal."* P24; *"Conozco las pastillas, el DIU, el implante, la barrera... las inyectables"*. L48; *"Las anticonceptivas, las inyecciones, el preservativo y el DIU. En ese momento, no existía el chip, o quizás existía y no es tan como ahora"* R48. Con respecto a este último comentario (R48) creemos que se debe a que el implante subdérmico se incorporó a la canasta de insumos anticonceptivos del Programa nacional de salud sexual y reproductiva en el año 2014, con gran aceptación reflejado en la continuidad del uso y satisfacción de las personas adolescentes y jóvenes usuarias<sup>16</sup>. Ninguna usuaria manifestó conocer métodos que no están incluidos dentro de la canasta básica garantizada por parte del estado<sup>14</sup>. En los relatos, en ninguna de las entrevistas surgieron dentro de los métodos conocidos los anillos vaginales, el diafragma, campo de látex y los espermicidas, entre otros.

Un aspecto relevante que surgió es que varias de las usuarias utilizaron la palabra "anticonceptivas" como sinónimo de los anticonceptivos orales, así como también pudimos observar una percepción distinta sobre el preservativo como MAC. Si bien fue nombrado por todas las entrevistadas en sus discursos no representa un anticonceptivo sino un método para la prevención de ITS, haciendo mención a la necesidad del uso de otro MAC para prevenir el embarazo, dando a entender que el preservativo "no es suficiente". Muchas de

las entrevistadas lo mencionan recién cuando se les pregunta en profundidad sobre prevención de ITS. Como refiere C26 al recomendar un método: *"Primero preservativo porque es más para enfermedades que otra cosa y por ahí le diría pastillas."* Solo una de las entrevistadas (E45) lo tiene presente de manera determinante como una opción más dentro de los métodos anticonceptivos ante la primera pregunta sobre qué MAC conocen, tal cual lo citamos a continuación: *"Cómo MAC casi siempre use preservativo porque no tenía una pareja estable, entonces usaba preservativo más que nada."*

Respecto a métodos irreversibles, es decir ligadura tubaria y vasectomía, tres de las entrevistadas los mencionan y dos de ellas hubieran elegido ligarse como método si no hubiera sido por distintas barreras puestas por parte del sistema de salud, como fue referido previamente.

La anticoncepción de emergencia tuvo un conocimiento menor que los otros métodos, ya que sólo fue nombrada por dos entrevistadas. Consideramos que esto puede deberse a que fue incluida a partir del 2007 dentro de los métodos anticonceptivos que distribuye el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ofreciendo de manera gratuita en hospitales públicos y centros de atención primaria<sup>15</sup>. En cuanto a este método E45 refirió: *"Igual ahora está la inyección del día después ¿puede ser? O la pastilla del día después, que eso no se hace cuántos años hace pero en mi época creo que no estaba, o no se conocía."*

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados al menos una vez, de las 12 entrevistadas: 10 usaron pastillas anticonceptivas, 9 usaron preservativo, 5 DIU, 5 anticonceptivos inyectables, 2 utilizaron implante hormonal y solo 1 se realizó la ligadura tubaria. Actualmente 2 de las entrevistadas utilizan anticonceptivos orales, 2 tienen colocado el implante hormonal, 3 utilizan preservativo, 1 tiene colocado el DIU, 1 se realizó ligadura tubaria y 3 no utilizan MAC dado que dos están buscando embarazo y una se encuentra en menopausia. Desde una mirada cuantitativa, estos datos se asemejan a la distribución de porcentaje de uso de MAC que refleja la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: métodos hormonales (ACI + ACO + Implante) 50.5%, preservativo 29.7%, DIU 9.2%, quirúrgico 6.9 % y tradicionales 3.8% (ritmo, retiro, lactancia, hierbas, etc.)<sup>13</sup>.

El segundo subtema percibido se relaciona con los efectos adversos que las usuarias describieron en cuanto a los métodos utilizados. Durante las entrevistas surgieron

impresiones esperables que se sustentan en evidencia científica y se pueden identificar en varios casos como las causas de abandono o cambio de método.

En cuanto a los métodos hormonales (ACO y ACI) los efectos secundarios más frecuentes son: cambios en el patrón de sangrado, cefaleas, mareos, náuseas, mastalgia, cambios de peso, cambios de humor y acné<sup>4</sup>. En las entrevistas, se manifestó que algunas los dejaron de utilizar por los efectos gastrointestinales, irregularidades menstruales, aumento de peso, mareos, y dolor de cabeza, tal como refieren las usuarias: *"Yo dejé de tomar un año porque me estaban haciendo mal al estómago y en ese trayecto me quedé embarazada."* *"Las pastillas me caían mal, me bajaban la presión, me hacían doler las piernas así que no pude seguir tomando."* M48; *"Yo cuando la empecé a tomar me hacía doler mucho la cabeza, aumenté mucho de peso y entonces bueno, por eso las dejé también."* G24; *"Me puse inyecciones pero me hacían mal, porque me hizo engordar el doble."* *"Sí como que me venía más días. Con la pastilla 4 días y con las inyecciones dos semanas, era diferente."* M30

En cuanto al uso del dispositivo intrauterino (DIU), los efectos adversos posibles son: aumentos del sangrado menstrual/cambios en el patrón menstrual, anemia, y expulsión de DIU debido a las contracciones uterinas del cérvix<sup>4</sup>. Asimismo, las usuarias manifestaron algunos efectos adversos esperables, motivo que las llevó a cambiar de MAC, como sangrado abundante y descenso del DIU: *"El DIU sí, yo me lo quise poner cuando tuve a la segunda, pero la matriz lo rechazaba, así que dos o tres veces intenté y no lo pude poner."* M48; *"Con el Diu, lo tuve 5 años y me lo cambiaron, y ahí tuve muchas pérdidas de sangre, entonces me lo sacaron por el tema de que me puse anémica."* M46; *"Use DIU siempre o sea cuando me lo cambiaron al segundo DIU quede embarazada de la segunda porque se bajó".* L48

Como tercer subtema percibimos el conocimiento sobre la prevención de ITS de las usuarias entrevistadas. Podemos afirmar que el total de las entrevistadas mencionan al preservativo como un método para prevenir ITS pero no podemos concluir con exactitud qué infecciones conocen<sup>17</sup>. M25 refiere: *"Lo bueno sería cuidarse con preservativo. Por también muchas cosas que hay, enfermedades... no es sólo por quedar embarazada. Sino que son un montón de cosas más que uno aprende ahora de grande, por ejemplo mi caso. Cuando era chica no.. no tenía noción de eso, de tantas enfermedades que hay."* Con el fin de conservar el carácter abierto de las entrevistas, y por no ser un objetivo del presente trabajo, no se profundizó sobre el conocimiento. La única infección de transmisión sexual que surge en los relatos es el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Dos de las usuarias comentan al respecto:

*“Yo me cuido.. y mi tía me daba a entender que con las pastillas no me iba a cuidar a no tener VIH si yo me contagiaba. Me decía, vos tenés que decirle al muchacho que esté con vos que sí o sí se cuide con preservativo.”* M30; *“Hay muchas enfermedades contagiosas (no tan solo el VIH), hay muchísimas. que por ahí uno no las conoce.”* M48;

Un aspecto emergente que nos gustaría resaltar es que dos entrevistadas brindaron ejemplos erróneos al hablar sobre las infecciones de transmisión sexual. G24 nos refirió: *“Yo sabía, o sea, por mis amigas que la infección urinaria... ella (en referencia a su amiga) una vez me había contado que no había usado preservativo, nada, entonces ella piensa que de ahí se le hizo una infección. Bueno, por ahí también lo higiénico, pero no otra, así, enfermedad no sé cuál te podría agarrar”*. En cuanto a recomendación hacia sus amigas, P24 comenta: *“Entonces le digo, anda a la ginecologa porque capaz tenés que hacerte algo, algún antibiograma o esas cosas, porque medio como que está usando óvulos a cada rato, y después no le pasa nada, y después tiene que cambiar de antibióticos.”*

El cuarto subtema lo constituyen las experiencias del uso de MAC en la primera relación sexual. De las 12 entrevistadas, 7 refirieron haber usado algún MAC, 5 de ellas solo preservativo, 2 utilizaron doble método (pastillas + preservativo), 4 no utilizaron ningún método y 1 no responde de forma directa si utilizó o no. Esto se puede comparar con los datos obtenidos en la encuesta nacional de SSySR realizada en el año 2013, la cual informa que casi siete de cada diez mujeres manifiestan haber utilizado algún MAC en su primera relación sexual, una amplia mayoría usó preservativo o condón (90%) encontrándose en segundo lugar las pastillas anticonceptivas, inyectables o implantes<sup>13</sup>. Resulta interesante que ante la pregunta acerca de la primera relación sexual, aquellas que no utilizaron ningún MAC intentan explicar el motivo, por ejemplo M46 y L48 dijeron con respecto a esto: *“No se usó, porque no se hablaba del preservativo”*; *“No, para nada, ni se habló, yo tenía 18 años y el chico con el que salía tenía 25 mucho más grande y fue rara y no, no se habló. Ni se usó ni se habló”*.

Por último, el quinto subtema percibido trata sobre la construcción del conocimiento. En cuanto a este eje podemos notar una diferencia según el grupo etario. Las usuarias mayores de 30 años manifiestan no haber recibido educación sexual en la escuela mientras que las menores de 30 relatan haber recibido algún tipo de información en salud sexual por parte de esta institución. Este cambio podría tener que ver con la sanción de la Ley 26.150 en el año 2006, que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral,

cuyos ejes conceptuales son: la valoración de la afectividad, el cuidado del cuerpo y la salud, el respeto por la diversidad, el ejercicio de nuestros derechos y el reconocimiento de la perspectiva de género<sup>18</sup>. De todas maneras, cuando profundizan más sobre el tipo de educación recibida, coinciden en que la misma habría sido muy escueta y no la consideran como principal fuente de su conocimiento. P24 comentó: *“No fue tan extensa digamos (la charla en la escuela). Fue ‘bueno chicos, este es el preservativo, es para evitar embarazos e infecciones’ y mostraron en una pata de la silla cómo ponerlo y nada más.”*

Respecto a la transmisión de información, las entrevistadas le dieron más importancia a la comunicación interpersonal (entre pares o intrafamiliar), que a la mediada por instituciones educativas o de salud. Dos entrevistadas manifestaron firmemente que su fuente de conocimiento fue un familiar directo (madre/tía), ambas menores de 30 años. Las otras 10 entrevistadas dijeron que antes *“no se hablaba de esos temas”*. M25, comenta: *“La verdad que nunca tuve a alguien que te hable de ese tema. Que te diga ‘cuidate’”,* L48 manifiesta: *“yo creo que también la época era otra. Hoy se habla mucho más, se sabe mucho más, por lo menos lo que yo vi en mi familia con mis hijas, mis sobrinas; nosotros por haber vivido en una época de más ‘esto no se habla, esto no se pregunta’, como que nosotros a eso lo fuimos cambiando con mis hermanas y mis cuñadas, esas cosas las fuimos cambiando, entonces con nuestras hijas fuimos más abiertas. En mi época, no.”* Tanto G24 como A55 nos comentaron en referencia a los Anticonceptivos orales lo siguiente: *“Yo sabía, que o sea, la gente que yo conocía me recomendaba y sabía que bueno funcionaba digamos... y bueno ahí fue que empecé a tomar primero las pastillas, bueno las dejé después de dos años o de año y medio, más o menos, pero fue a través de gente, de amigas. Así que sabía que tomaban pastillas y bueno me recomendaban.”*

### ***Perspectiva de género en la elección de métodos anticonceptivos***

Entendiendo la producción del discurso como una forma de actividad que implica la producción de lenguaje en situaciones de interacción o conversación, que puede realizarse en condiciones tanto monológicas como dialógicas, y que puede adoptar modalidades perceptivas igualmente diversas oral o escritas, podemos recuperar elementos de las entrevistas donde aparece un rol diferenciado de los hombres y de las mujeres, ya sea como referentes o responsables en la anticoncepción. Estos roles que la sociedad y la cultura

suponen para mujeres y varones, condicionan el ejercicio de la sexualidad y las posibilidades de cuidado de su salud<sup>19</sup>.

Como se mencionó anteriormente, es importante recordar que la selección de las entrevistadas se hizo por medio de 3 referentes barriales con la única condición de que sean personas con capacidad de gestar que vivan en el área de estudio. No se explicitó que cumplan con alguna identidad de género específica ni se utilizó en la convocatoria el término "mujeres". Sin embargo, del total de las entrevistadas, 11 se definieron como mujeres cis heterosexuales y 1 mujer cis bisexual, sin otros géneros o disidencias<sup>20</sup>.

Una de las características de las entrevistas fue el carácter binario en la manera de entender la variable sexo y las categorías mujeres y varones como directamente asociadas a determinada genitalidad.

Del análisis se desprende, que las mujeres entrevistadas hablan de MAC con sus amigas, o en algunos casos con su madre o figura femenina de confianza: M30 *"Yo le comenté a mi mamá ...ella me decía, vos sabes lo que viene, cómo te tenes que cuidar, o le tenía más confianza a mi tía. Mi mamá me hablaba siempre"*; M46 *"...En realidad tuve a mi nuera en su momento ella está de novia y me pregunto con que se podía cuidar , le hable de Vivi (ginecóloga)..."*; G24 *"...Nosotras, era lo mismo, la ronda de amigas (referido a ACO)"No mira está buena, esta comprala" bueno y así"*

En los discursos no aparece el "hombre" en la participación activa en la transmisión de información, opiniones, consejos y toma de decisiones compartida. L48 *"mi marido no le da bolilla a nada de esas cosas, como que yo estuve siempre muy presente con mis hijas entonces como que listo"*; P24: *"con mi viejo es imposible hablar del tema, es muy cabeza dura"*; M48: *"Yo a veces lo trato de integrar (padre de hijas)...como que lo ve raro sentarse a hablar con las chicas del tema"*. Solo 4 entrevistadas manifiestan haber dialogado estas temáticas con sus parejas sexuales: E45 *"Hablamos y estoy de acuerdo de que no usara porque éramos pareja y confío un poco en él y él en mí"*. G24 *"Él optó por usar preservativo. Pero sí, sí, hablamos. Hablamos siempre para prevenir."* Solo una refiere haber decidido en forma conjunta con su pareja sexual el MAC a utilizar: P24 *"planeamos con mi novio, no sé, colocarme el DIU en algún momento... lo planteamos este año recién"*.

La ley nacional 25.673<sup>3</sup>, antes mencionada, plantea como objetivo, entre otros, potenciar la participación femenina en la toma de decisiones de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la

disposición del propio cuerpo. En concordancia, una de las entrevistadas refirió: E45: *“Y la que más más tiene que decidir que usar o qué es la mujer, siempre se tiene que hablar con la pareja y todo para ponerse de acuerdo, pero en definitiva la mujer es la que después va a tener los problemas o va a tener que afrontar las cosas que le suceden tanto enfermedades como sí después queda embarazada, tener la criatura porque he visto casos que el hombre no se hizo cargo no tiene ningún problema, después la mujer es la que queda con la criatura.”* Forma parte de la misma ley el derecho de las parejas a ejercer libremente la sexualidad y el derecho reproductivo<sup>10</sup>. Solo una de las entrevistadas hace referencia a esta responsabilidad compartida: M48 *“¿Por qué siempre la mujer tiene que llevar la responsabilidad de cuidarse?, si él también tiene relación con ella y él también tiene que cuidarse...no es el 100% solo de la mujer”*.

Se puede interpretar que en los discursos de las entrevistas se reproduce la división del trabajo entre lo público y lo privado. Entendiendo el espacio público, “como todo lo que abarca las tareas relacionadas con la vida económica, política y social. Hasta hoy un espacio mayoritariamente adjudicado y ocupado por varones aun cuando las mujeres participen en él”; mientras que, la esfera privada “abarca tareas relacionadas con tareas del hogar, actividades de cuidado y aquellas derivadas de éste, orientadas a satisfacer las necesidades de los hogares”. Estas tareas son invisibilizadas socialmente y no remuneradas económicamente<sup>21</sup>. Entendiendo que los cuidados en salud pertenecen al ámbito privado, y por ello asignado históricamente al rol femenino, el uso de métodos anticonceptivos responde a la organización social descrita anteriormente, ya que un embarazo modifica el trayecto de vida de la persona, y la toma de decisiones muchas veces queda ajena al rol masculino. Por otro lado, con respecto al ámbito público asociado al rol masculino, esto se manifiesta en los discursos ya que varias de las entrevistadas nos dijeron que a sus parejas masculinas “les molestaba” el uso del preservativo, o lo tomaban como un “acto de desconfianza” si no querían usarlo.

En el análisis de este tema no se perciben diferencias en los relatos acorde a la edad de las entrevistadas.

## **Discusión**

En primer lugar, concluimos que todas las entrevistadas conocían más de un MAC, y todos los nombrados son los que se encuentran incluidos en la canasta básica.

En base al análisis realizado, se observa una clara correlación entre la promulgación de leyes que favorecen la accesibilidad a MAC con una mayor disponibilidad y menor presencia de obstáculos en la obtención de estos métodos. Sin embargo, persisten creencias erróneas o mitos, que influyen en las decisiones de las mujeres, y requieren ser desmitificadas. Aunque el conocimiento no parece ser una limitación, aún persisten prácticas en el sistema de salud que no cuentan con respaldo científico y que imponen barreras. Es necesario reflexionar sobre nuestras propias prácticas y trabajar hacia cambios que mejoren la accesibilidad.

Por otro lado, ha surgido un interrogante a partir de las entrevistas con respecto al conocimiento que tienen las mujeres sobre ITS. Observamos que todas las entrevistadas reconocen la posibilidad de contagiarse enfermedades a partir de las relaciones sexuales, y nombran al preservativo como principal método para prevenirlas, pero cuando se exploran sobre qué información tienen de las mismas, se observaron respuestas diversas. Algunas participantes mencionaron únicamente el VIH, otras respondieron con información errónea y/o mitos y en su gran mayoría desconocían cuáles eran las ITS. Así como también manifestaron que la decisión del uso del preservativo está relacionada directamente a las personas con genitales masculinos. Es importante señalar que el objetivo de este estudio no era investigar el nivel de conocimiento de las entrevistadas sobre las infecciones sino la prevención de las mismas, sin embargo notamos una preocupación generalizada sobre este tema, en un contexto epidemiológico que acompaña esta preocupación.

Considerando los datos sociodemográficos obtenidos, la edad es la única variable que impacta de manera positiva en las experiencias de las entrevistadas. Las mayores de 30 años manifiestan no haber recibido educación sexual en la escuela mientras que las menores de 30, sí, relacionándose con la implementación de las de Educación Sexual Integral en las escuelas y la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. También hay diferentes experiencias en el acceso y la posibilidad de elección de MAC según la edad o el momento histórico que relatan, posiblemente asociado a leyes promulgadas y cambios sociales que permiten visibilizar la temática. Ni la orientación sexual, ni el tipo de cobertura, ni la cantidad de hijos influyen en los relatos en cuanto al conocimiento de MAC. En el único tema en el que no tuvo ningún impacto la edad fue en cuanto a la perspectiva de género.

Con respecto a la producción y reproducción del discurso y responsabilidad en la anticoncepción, predominan las fuentes interpersonales con un rol central en las mujeres. Estas suelen ser referentes y responsables, compartiendo esta información principalmente con amigas o figuras femeninas de confianza, como madres o tías. En contraste, en los discursos surge que los hombres no desempeñan un papel activo en estos temas. Además, las entrevistadas expresan que la responsabilidad de la toma de decisiones en cuanto a MAC recae principalmente en las mujeres y se sienten más involucradas en este aspecto. Sólo en un caso se menciona la importancia de la responsabilidad compartida entre la pareja en la elección y el uso del método.

En todo lo expuesto anteriormente la perspectiva de género es un eje transversal a todo lo relacionado con SSySR. Si bien se notan cambios culturales sobre esta temática, y opinamos que hoy en día se habla más del tema, creemos que aún no se ve un impacto sobre la perspectiva de género que atraviese a toda la sociedad. No sabemos si se debe a una cuestión de tiempo, o si faltan aún nuevas intervenciones.

### **Propuestas y relevancia para la medicina general, equipos de salud y salud comunitaria**

A partir de la investigación surgieron las siguientes propuestas:

Realizar una devolución a las referentes barriales sobre los hallazgos de esta investigación para planificar de manera participativa actividades de promoción de salud y autocuidado con perspectiva de género haciendo enfoque en desmitificar e incentivar la autonomía de las usuarias, asegurando el acceso a información oportuna, completa, actualizada y validada científicamente sobre derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en MAC.

Continuar con los espacios de capacitación sobre habilidades comunicacionales convocando a profesionales con expertise en perspectiva de género para lograr entablar un diálogo empático con los usuarios que permita ir deconstruyendo el modelo masculino tradicional hegemónico tanto en las consultas como en las actividades de promoción. Planificaremos actividades de sensibilización en la temática para el equipo de salud del CAPS, para detectar y disminuir barreras en el acceso y transmisión de mitos/conocimientos erróneos

Comunicar a los referentes de la Secretaría de Salud de San Martín, los hallazgos de esta investigación y poner en consideración futuras investigaciones sobre ITS y sobre barreras

impuestas por el sistema de salud para el acceso al MAC. Respecto a este último tema proponemos hacer una investigación por triangulación de métodos que incluya entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y revisión de historias clínicas de usuarias.

### **Bibliografía**

1. Salud sexual. (s/f). Who.int. Citado el 7 de julio de 2023, de <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
2. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Who.int. Citado el 7 de julio de 2023, de <https://acortar.link/MwRfa>
3. Ley 25.673 [Internet]. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2002 [citado el 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/Q7HH1R>
4. Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2023. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/yZBhAE>
5. Método fenomenológico hermenéutico.(S/f). Edu.co. Citado el 7 de julio de 2023. Disponible en: <https://acortar.link/F4PrOq>
6. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2010 [citado el 24 de agosto de 2023];21(2):68–73. Disponible en: <https://acortar.link/Dg5kXK>
7. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. *Pensando Psicol* [Internet]. 2019;15(25):1–24. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/download/2956/2771/723>
8. Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez, Sotelo, et al. EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS [Internet]. Edu.ar. [citado el 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/4ibqaG>
9. Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M, Gogna SD. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos [Internet]. Scielosp.org. [citado el 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/RdCLIG>
10. Protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes [Internet]. Gob.ar. [citado el 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/wS6m0n>

11. LEY 26130 [Internet]. RÉGIMEN PARA LAS INTERVENCIONES DE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA. 2006 [citado el 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
12. González HAH. ¿Son mitos o realidades? [Internet]. Ipas cam. 2020 [cited 2023 Sep 26]. Disponible en: <https://acortar.link/bxPOYi>
13. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 [Internet]. ENSSyR 2013 Presentación de resultados. 2014 [citado el 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssyr\\_2013.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssyr_2013.pdf)
14. Constanza Leone. Acceso Seguro Y Gratuito a métodos anticonceptivos [Internet]. [cited 2023 Sept 26]. Disponible en: <https://acortar.link/SB9RKY>
15. Provenzano B. Anticoncepción hormonal de emergencia [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2017 [citado 2023 Sep 26]. Disponible en: <https://acortar.link/CxjWr5>
16. Rebón C. IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS [Internet]. Gob.ar. 2022 [cited 2023 Sep 26]. Disponible en : <https://acortar.link/lpc3Wg>
17. González EA, Breme P, González DA, Molina TG, Leal IF. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 2023 Sep 26];82(6):692–705. Disponible en: <https://acortar.link/fcdHPg>
18. PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL [Internet]. Infoleg. 2006 [cited 2023 Sep 26]. Disponible en: <https://acortar.link/xNf7O>
19. Viviana. G. La perspectiva de género en salud sexual y reproductiva [Internet]. Academica.org. [citado 27 septiembre 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/r2Di96>
20. Beatriz Bolatti V, Sebastián Gómez P. La participación de varones y mujeres jóvenes en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva en Argentina: género y asimetrías socioeconómicas. Poblac Salud Mesoam [Internet]. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2023];18(2):1–34. Disponible en: <https://acortar.link/TyHRe4>
21. Trabajo y equidad: un enfoque de género. [Internet]. Adobe.com. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/jb1adS>

## **Anexo 1:**

### ***Encuesta semi estructurada a realizar al finalizar la entrevista:***

- Edad
- Género autopercebido:
- Orientación sexual:
- ¿Tiene hijos? SÍ / NO ¿Cuántos?
- ¿Tiene cobertura social? SÍ / NO ¿Cuál?
- ¿Tiene empleo actualmente? SÍ / NO

	En relación de dependencia		Informal
--	----------------------------	--	----------

- ¿Recibe alguna ayuda social? SÍ / NO
- ¿Es el principal ingreso económico del hogar? SÍ / NO

## **Anexo 2:**

### ***Consentimiento informado***

Te informamos que esta es una entrevista anónima, la cual será grabada con el objetivo de llevar a cabo un Proyecto de Investigación sobre el uso de métodos anticonceptivos; los datos serán desgrabados y podrán ser publicados eventualmente a futuro como parte de un trabajo de investigación a una sociedad científica.

La finalidad de la grabación es para agilizar la toma del dato (a mano demora más tiempo) y los usos de la grabación serán sólo a los fines del análisis. Luego de la misma se realizará un breve encuesta sociodemográfica con fines estadísticos.

Durante la realización del presente trabajo de investigación se respeta la Ley de protección de datos personales (Ley N° 25.326), tomando los debidos recaudos por los datos personales y sensibles.

La idea es poder conocer distintas opiniones para colaborar con este proyecto de investigación, siéntase libre de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es justamente su opinión sincera.

**Anexo 3:*****Características de las participantes de las entrevistas:***

Considerando: "M" = "mujeres" ; "hete" = "heterosexual"; "bi" = "bisexual"

Nombre	M46	L48	E45	R48	C26	D30	M25	G24	P24	M30	M48	A55
Edad	46	48	45	48	26	30	25	24	24	30	48	55
Género	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Orientación sexual	hete	hete	hete	hete	hete	hete	hete	hete	bi	hete	hete	hete
Hijos/as	2	3	-	3	-	3	1	1	-	-	4	1
Cobertura Pública	no	no	no	no	no	si	no	si	no	si	si	si
Empleo	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si
¿Ayuda social?	no	no	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
Ppal. ingreso del hogar	si	no	si	si	si	si	no	no	no	no	no	si
Dirección	Villa Lynch											