

Spring 2016

El método anticonceptivo implante subdérmico para prevenir la repetición del embarazo adolescente en la provincia de Tucumán

Madelaine Hack

SIT Graduate Institute - Study Abroad, mhack@middlebury.edu

Follow this and additional works at: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Women's Health Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

Recommended Citation

Hack, Madelaine, "El método anticonceptivo implante subdérmico para prevenir la repetición del embarazo adolescente en la provincia de Tucumán" (2016). *Independent Study Project (ISP) Collection*. Paper 2309.
http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2309

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

El método anticonceptivo implante subdérmico para
prevenir la repetición del embarazo adolescente en la
provincia de Tucumán

The Implant Contraception Method to Prevent Repeated Adolescent Pregnancy in
Tucumán Province

Madelaine Hack

Consejeras de investigación: Maggie Méndez y Ana López

SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos
Mayo 2016

SIT Argentina: Public Health in Urban Environments
Spring 2016

El método anticonceptivo implante subdérmico para prevenir la repetición del embarazo adolescente en la provincia de Tucumán

Información Contextual: El método anticonceptivo implante *subdérmico* se utiliza para prevenir la repetición del embarazo adolescente entre mujeres de 14 a 24 años de edad que no tienen cobertura de salud (es decir, sin cobertura de una obra-social o pre-paga) y que han tenido un evento obstétrico (parto o aborto) en los últimos 12 meses. La prevención del segundo embarazo adolescente es una línea estratégica sumamente importante porque la tasa de embarazo adolescente ha mantenido su valor cercano al 15% por los últimos 20 años. En el caso particular de la provincia de Tucumán, está presenta un contexto interesante lo que lleva a realizar esta investigación ya que no tiene su propia ley provincial de salud sexual y reproductiva y es la única provincia que no está adherida a la ley nacional sobre este tema. La pregunta que surge a partir de esta problemática es: *¿Cómo se implementa el uso del implante subdérmico en la provincia de Tucumán por parte del programa provincial?*

Metodología: El trabajo se basó en entrevistas con distintos actores relacionados con el uso del implante subdérmico como método anticonceptivo. Fueron entrevistados 7 trabajadores en el equipo de salud del Hospital Eva Perón, en Banda del Río Salí, Tucumán, y del Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes en San Miguel de Tucumán, Tucumán y se les ha solicitado sobre el uso particular del implante subdérmico en los respectivos hospitales. Además, se han observado varias consultas médicas con madres adolescentes. Dos madres adolescentes, de 18 años de edad, fueron entrevistadas sobre sus experiencias personales y datos demográficos. Asimismo, dos referentes del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable del sistema provincial de salud fueron entrevistadas sobre el funcionamiento del programa. Finalmente, se ha consultado la base de datos de todas las mujeres de entre 14 y 24 años que recibieron el implante subdérmico en el sistema público entre marzo, 2015 y marzo, 2016—1274 mujeres en total—se han analizado los datos sobre edad, número de partos y abortos anteriores, previo uso de métodos anticonceptivos, y ubicación.

Resultados y Conclusiones: Las entrevistas con los referentes del programa provincial muestran cómo el programa nacional y provincial trabaja para distribuir los insumos a los efectores. Las entrevistas con los trabajadores de los equipos de salud muestran perspectivas diferentes sobre si el embarazo adolescente es planificado o no planificado, pero creencias similares que las mujeres son muy vulnerables debido a su estatus socioeconómico y contexto cultural y existe una profunda falta de información disponible y correcta sobre los métodos anticonceptivos. La falta de esta información refleja algunos factores culturales, como mitos sobre los métodos anticonceptivos en las comunidades. La base de datos releva que la mayoría de las mujeres que recibieron el implante indicaron que no hubieran usado ningún método anticonceptivo antes de la colocación del implante. Algunos efectos secundarios del implante se relacionan con la extracción del implante pero, por lo general, el método es bien-tolerado con muchas ventajas y una grande aceptación por parte de la comunidad. En la actualidad no existen más implantes debido al costo, aunque todavía existe mucha demanda y una importante oportunidad de usarlo en la estudiada provincia.

Abstract

The Implant Contraception Method to Prevent Repeated Adolescent Pregnancy in Tucumán Province

Contextual Information: The implant contraception method is used to prevent repeated adolescent pregnancy among adolescents between the ages of 14-24 who do not have secure healthcare coverage (without coverage from a union-supported healthcare plan [obra social] or a private healthcare plan) who had an obstetric event (birth or abortion) in the last 12 months. It has been guaranteed free and available in primary attention centers, clinics and hospitals since 2014 as part of the national Sexual and Reproductive Health Program. The prevention of teen pregnancy as a strategic objective is incredibly important because the teen pregnancy rate in Argentina has maintained its value of around 15% for the past 20 years. Tucumán province provides an interesting context for the study because it does not have its own provincial sexual and reproductive health law and is the only province that is not fully adhering to the national law on the subject. The question that arises is, “How is the sub-dermic implant implemented in Tucumán province as part of the national program?”

Methodology: The investigation is based in in-depth interviews with distinct actors related to the use of the sub-dermic implant contraception. Seven professionals in the healthcare teams of Hospital Eva Perón, in Banda del Río Salí, Tucumán, y Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes in San Miguel de Tucumán, Tucumán were interviewed about the use of the sub-dermic implant in the hospital. Additionally, a variety of consults about contraception methods were observed. Two adolescent mothers, 18 years old, were interviewed about their personal experiences and demographic information. Additionally two advisors from the provincial sexual and reproductive health program were interviewed about the operation of the national and provincial sexual and reproductive health programs. Finally, the database of all the women between 14-24 years of age who received the sub-dermic implant in the public healthcare system between March, 2015 and March, 2016—1,247 women in total—was analyzed for age, number of previous births and abortions, previous use of contraception, and location.

Results and Conclusion: The interviews with the advisors from the provincial program demonstrated how the provincial and national program work to distribute the contraceptive method to health centers. The interviews with professionals in the healthcare teams showed different perspectives on whether adolescent pregnancy is planned or unplanned, but an agreement that the women are very vulnerable due to their socioeconomic status and cultural context and there exists a profound lack of available and correct information about contraception methods. The lack of information reflects some cultural factors, like myths about contraception in the communities. The database revealed that the majority of women indicated that they did not use a contraception method before the insertion of the implant. Some secondary effects of the implant resulted in the removal of the implant but in general the method is well-tolerated with many advantages and acceptance with the community. Now, there are not any more implants due to cost, although there still exists demand and opportunity to use them.

Índice

- I. Agradecimientos, 5
- II. Introducción, 6
- III. Metodología
 - a. Poblaciones y ubicación de investigación, 7
 - b. Limitaciones de la investigación, 8
 - c. Trabajo de campo, 9
 - d. Información secundaria, 11
- IV. Desarrollo
 - a. Marco conceptual, 11
 - i. Métodos anticonceptivos utilizados en Argentina, 13
 - ii. Contexto en Argentina de embarazo adolescente, 14
 - iii. Contexto legal de métodos anticonceptivos y salud sexual, 16
 - iv. Estudio de caso: el contexto de Tucumán, 17
 - v. El uso de implante subdérmico en Tucumán, 20
 - b. Resultados
 - i. Diseño de la implementación al nivel programático, 21
 - ii. La vulnerabilidad de las mujeres que recibieron el implante, 22
 - iii. Embarazo planificado o embarazo no-planificado, 24
 - iv. Educación sexual, 25
 - v. Información disponible sobre métodos anticonceptivos: entre mitos y costumbres, 27
 - vi. Resultados cuantitativos: uso previo de métodos anticonceptivos, 29
 - vii. El uso de implante subdérmico
 - 1. Elegibilidad para el uso del método, 32
 - 2. Resultados cuantitativos: rango de edad, número de partos y abortos previos, 34
 - 3. Ventajas y desventajas del método, 34
 - 4. Después de la colocación: necesidad de sacarlo y seguimiento, 36
- V. Conclusiones, 37
- VI. Referencias, 41
- VII. Entrevistas, 42
- VIII. Anexo
 - a. Guía de preguntas para los trabajadores del equipo de salud, 43
 - b. Guía de preguntas para las madres adolescentes, 44
 - c. Nombre de efector y número de implantes colocados, 47

I. Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a...

Mi consejera, Maggie Méndez, por su ayuda durante todo el semestre—por su consejo durante la formulación del tema de investigación hasta sus revisiones del trabajo final.

Mi consejera, Ana López, por su apoyo durante el trabajo en campo, la facilitación de las entrevistas en los hospitales, y sus revisiones y sugerencias del trabajo final.

Mi directora académica, Ana Rita Díaz-Muñoz, por su ayuda en la facilitación del trabajo de campo en Tucumán.

Mi profesora de español, Alejandra Villar, por sus revisiones y sugerencias durante todo el proceso.

Valeria Lilubaroff, por su trabajo en la facilitación de la excursión educativa a Tucumán, que fue la chispa de esta investigación.

Todos los trabajadores en los equipos de salud en hospitales Instituto de Maternidad y Eva Perón por su ayuda y apoyo durante mi trabajo de campo.

El programa provincial de Salud sexual y procreación responsable del sistema provincial de Salud de Tucumán, por el acceso a la base de datos usado durante esta investigación.

El método anticonceptivo implante subdérmico para prevenir la repetición del embarazo adolescente en la provincia de Tucumán

II. Introducción

Este estudio investiga cómo se implementó el método anticonceptivo *implante subdérmico* en la provincia de Tucumán desde el punto de vista de los profesionales que trabajan en el sistema provincial de Salud, los médicos y demás profesionales del sistema de Salud de Tucumán y, finalmente, las madres adolescentes que recibieron el implante. Este análisis multidimensional muestra cómo los factores políticos, socioeconómicos y culturales afectan a la implementación del uso de este método.

El embarazo adolescente en la Argentina es un problema significativo. En la Argentina, la tasa de embarazo adolescente no ha bajado en los últimos 20 años, aunque, desde 2003, métodos anticonceptivos se encuentran más disponibles y de forma gratuita en el sistema público como parte del Programa nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En 2014, el programa añadió el implante subdérmico en la canasta de insumos para prevenir la repetición del embarazo adolescente entre mujeres de 14 a 24 años de edad que habían tenido un evento obstétrico en los últimos 12 meses y usaban exclusivamente el sistema público de salud.

Entonces, la provincia de Tucumán provee un contexto interesante para la presente investigación debido a su clima político por los siguientes motivos: primero, no posee su propia ley de salud sexual y procreación responsable, y, segundo, es la única provincia que no está adherida a toda la Ley Nacional sobre el tema. Aún así, el programa provincial de Salud sexual y procreación responsable completó la meta del uso de implante como línea del programa nacional de salud sexual y reproductiva.

III. Metodología

a. Poblaciones y ubicación de investigación

Este estudio se ha desarrollado durante el mes de mayo de 2016. El trabajo de campo se realizó en tres lugares de la provincia de Tucumán: la oficina del programa provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable de SI.PRO.SA (Sistema Provincial de Salud) en San Miguel de Tucumán, el Instituto de Maternidad [y Ginecología de Nuestra Señora de Mercedes] en San Miguel de Tucumán, y Hospital Eva Perón en Banda del Río Salí, Departamento de Cruz Alta.

Esta provincia fue elegida por varias razones, sobre todo, por la accesibilidad de contactos e información. Gracias a los contactos preexistentes en el programa provincial, fue fácil encontrar contactos en los hospitales y conseguir entrevistas a través las diferentes locaciones. Debido a estos contactos y a una atmósfera general de apoyo y ayuda, los contactos en los hospitales fueron muy abiertos a la investigación y ofrecieron su ayuda de numerosos modos. Para empezar, la provincia de Tucumán muestra una tasa de embarazo bastante alto para realizar una investigación centrada en un método anticonceptivo usado específicamente, para prevenir el segundo embarazo adolescente. Adicionalmente, el programa provincial tiene una base de datos bien desarrollados porque ha cumplido con las metas del programa nacional sobre el uso del implante subdérmico. El contexto específico de la provincia, ya mencionado en el marco conceptual, resulta como un contexto muy interesante y rico para investigar cómo los factores culturales, socioeconómicos y políticos afectan la implementación del mencionado programa.

Por otro lado, a los hospitales elegidos concurren muchas pacientes que son madres adolescentes y/o adolescentes embarazadas. Por eso, se presentan servicios bien-desarrollados para asistir a estas pacientes, incluyendo equipos de adolescencia con atención ginecológica y obstétrica, consultas sobre métodos anticonceptivos, y el implante subdérmico para pacientes cualificadas. En el Hospital Eva Perón, por ejemplo, se ha colocado la mayor cantidad de implantes entre marzo del 2015 y marzo del 2016 en la provincia, lo que representa casi el 15% de todas las colocaciones del implante. En el Instituto de Maternidad, se ha aplicado la tercera cantidad más grande de implantes durante el mismo período en la provincia, más del 11% de todas las colocaciones (anexo, 47). El Hospital Avellaneda representa el efector donde se dispuso la segunda cantidad de implantes más grande durante el mismo período en la provincia, pero, sin embargo, sólo una cantidad apenas por debajo de la del Instituto de Maternidad .

Todos los entrevistados, incluyendo las madres adolescentes, respondieron muy abiertamente a las preguntas de la entrevista. Fue muy útil tener el apoyo de la médica de las madres porque ésta les proporcionaba confianza en la entrevista. También, el marco de las entrevistas con las madres, dentro del consultorio médico, ha otorgado legitimidad.

b. Limitaciones de la investigación

Originalmente, la idea de la investigación incluyó entrevistas con madres adolescentes contactadas a través de sus números telefónicos seleccionadas de la base de datos de mujeres receptoras del implante en la provincia. Desafortunadamente, después de varias conversaciones con ambos médicos y las referentes del programa provincial, esta metodología fue descartada dado que muchos de los números eran incorrectos y/o

estaban fuera de alcance, además de la dificultad inherente concerniente a las entrevistas telefónicas.

Gracias a la ayuda y al apoyo de una médica del Instituto de Maternidad, fue posible entrevistar a dos madres adolescentes durante sus controles para el implante subdérmico. Por lo tanto, obviamente, se presentaron limitaciones por el número de entrevistas con las madres adolescentes. Sin embargo, gracias a las observaciones llevadas a cabo durante las consultas, con la abundante información obtenida a través de las entrevistas con los trabajadores en los equipos de salud, referentes del programa, y con el análisis de la base de datos para hacer una investigación multidimensional.

Aunque no fue posible entrevistar a todos los trabajadores de los equipos de salud de ambos hospitales debido a la limitación de tiempo, se ha conseguido información y perspectivas bastante variadas y completas. Mientras que las entrevistas fueron concentradas en solamente dos hospitales, estos provee un contexto suficiente importante para la investigación debido a la grande cantidad de implantes colocados allá.

c. Trabajo de campo

El trabajo de campo está basado en una serie de entrevistas en torno a los tres grupos más importantes en el uso del implante subdérmico: las referentes del programa provincial, los trabajadores en el equipo de salud y las madres adolescentes en sí. Las entrevistas fueron conducidas el 21 de abril y entre 9 de mayo y 13 de mayo de 2016 en la provincia de Tucumán. El consentimiento informado fue obtenido para todos los entrevistados. Ambas madres adolescentes entrevistadas tenían más de 18 años de edad. Las entrevistas con los referentes y trabajadores del equipo de Salud fueron grabadas y transcritas por completas.

Las entrevistas en los hospitales consisten en entrevistas con varios empleados de la salud— médicos ginecólogos, obstétricos, trabajadores sociales y enfermeras—que trabajan con madres adolescentes y/o adolescentes embarazadas. Algunos de estos trabajadores formaban parte, específicamente, del equipo de adolescencia de sus respectivos hospitales, mientras otros eran miembros del equipo de atención ginecológica y obstétrica en general. Las preguntas iniciales consignaban con información sobre métodos anticonceptivos y salud sexual en general, y, después, información específica acerca del uso del implante subdérmico en el hospital.

En particular, en el Instituto de Maternidad, se ha entrevistado a una enfermera y a tres médicos. Dos de los médicos formaban parte de los equipos de atención ginecológica y obstétrica en general, y una médica era parte del equipo de adolescencia. La enfermera era parte de ambos equipos. También, se observó una consulta sobre métodos anticonceptivos con madres recientes de edades variadas, incluyendo de edades de entre 14 y 24 años de edad, dos consultas sobre métodos anticonceptivos, y cuatro consultas de control con las madres adolescentes que habían recibido el implante. Dos de estas madres fueron entrevistadas, las otras tenían menos de 18 años de edad por lo que no han podido ser entrevistadas oficialmente. Las entrevistas con las madres consisten en preguntas sobre datos demográficos y después sobre la percepción y satisfacción con el implante.

Con respecto al Hospital Eva Perón, han sido entrevistadas dos obstétricas y una trabajadora social. Todas ellas eran parte del equipo de adolescencia en el hospital. Además se observó una consulta sobre métodos anticonceptivos de una madre adolescente reciente.

Por otro lado, en la oficina del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable en SI.PRO.SA, se entrevistó a los dos referentes principales del programa. Las entrevistas consisten en preguntas sobre el funcionamiento del PSSyPR, el programa provincial, el uso de métodos anticonceptivos y Salud sexual en la provincia en general, y el uso del implante subdérmico, en particular.

d. Información secundaria

Para complementar todas las entrevistas y también trabajar con el programa provincial, se analizó la información provista por el programa provincial sobre todas las mujeres que recibieron el implante en el sector público en la provincia de Tucumán entre marzo de 2015 y marzo de 2016. La base de datos contiene la edad de la mujer y el tiempo de colocación, el número de partos y abortos al tiempo de colocación, el uso de métodos anticonceptivos antes de la colocación, el nombre del efector donde la mujer recibió el implante, y la localidad del efector. Dado que el análisis de la base de datos ha sido realizado por primera vez para esta investigación, resultó necesario ordenar y excluir algunos casos especiales, como las mujeres de más de 24 años y las menores de 14 años (83 pacientes en total). También, las entradas que no contenían información sobre edad, número de partos o número de abortos fueron excluidas (14 pacientes). Entonces, la base contiene información completa de 1274 mujeres en total.

IV. Desarrollo

a. Marco conceptual

[Para empezar](#), el embarazo adolescente se define como [un](#) embarazo de mujeres [de](#) entre 14 a 24 años [de edad y resulta](#) un problema grave en el [ambos ámbitos](#), [el](#) de la salud y [el](#) de la sociedad (OMS, 2014). Los riesgos que [corren](#) tanto las madres como los hijos [se encuentran](#) bien documentados en la literatura. A nivel mundial, si la madre tiene

menos de 18 años, su hijo tendrá [un 60% de](#) riesgo de muerte durante su primer año de vida (Coll ,2005, citado en Reina y Castelo-Branco, 2014). [Por un lado,](#) los hijos tienen una aumentada tasa de bajo peso al nacer. Y, [por esto,](#) están en riesgo de sufrir problemas [crónicos](#) de salud [durante](#) toda su vida. [Por otro lado,](#) en el caso de las madres, ellas tienen mayor riesgo de sufrir poco peso durante el embarazo, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y preeclampsia (Reina y Castelo-Branco, 2014). En el contexto de la sociedad, se ha documentado una mayor deserción escolar en el caso de madres adolescentes, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, van a tener un número mayor de hijos y tienen menos oportunidades de [obtener](#) un trabajo remunerado (Langer, 2002). Esta problemática [también](#) afecta a los hijos [durante](#) toda su vida—ellos usualmente terminan [con](#) menos años de educación y [perciben](#) menos ingreso que [los](#) hijos de madres [de mayor edad](#) (Reina y Castelo-Branco, 2014). [Además, en el caso de](#) las hijas, ellas corren un [mayor](#) riesgo de convertirse [también](#) en madres adolescente (Salvo ,2010, citado en Reina y Castelo-Branco, 2014).

[Además,](#) para esta investigación también se utilizará el trabajo realizado por López (2006), Reina y Castelo-Branco (2014) y Hernández et al (2007) sobre las causalidad del problema. [En este sentido,](#) el trabajo que se cita divide el problema entre la perspectiva psicológica, [por un lado,](#) y los factores de riesgo, [por el otro,](#) que son reflejados de [los](#) determinantes sociales. El tema de la perspectiva psicológica del embarazo adolescente tiene componentes de pensamiento “mágico” (como [es](#) nombrado por Reina y Castelo-Branco), [que responde a la](#) creencia de una adolescente [sobre la imposibilidad de](#) quedarse embarazada (Reina y Castelo-Branco, 2014). Estos pensamientos [son resultado de](#) la manifestación de [un](#)-desarrollo emocional incompleto y [de una](#) escasa

percepción del riesgo (Hernández et al., 2007). Las normas de género y la ideología de [un](#) amor romántico afectan las percepciones de las adolescentes y [por](#) consiguiente, [resultan en](#) dificultades para practicar sexo seguro (Gogna et al., 2008). No se puede dejar de mencionar que, en algunos casos, el embarazo adolescente es algo *deseado* por [ésta](#). De hecho, según López (2006), la maternidad es la fuente principal de reconocimiento social, autoestima y respeto de la familia y comunidad [para](#) las adolescentes que viven en condiciones socioeconómicas [bajas](#) (citado en Gogna et al., 2008).

El [vínculo](#) entre la psicología de las madres y [las bajas](#) condiciones socioeconómicas empieza a mostrar el impacto profundo que los determinantes sociales [poseen sobre](#) el embarazo adolescente. [En este sentido,](#) tres factores determinantes del embarazo adolescente [constituyen](#) el nivel de ingreso de la familia, el nivel educativo de la adolescente y [el lugar de residencia de](#) la adolescente. En el contexto mundial, usualmente la adolescente es una mujer pobre, sin mucha educación, y que vive en un área rural (OMS, 2014).

i. Métodos anticonceptivos utilizados en Argentina

[Además,](#) [son de utilidad,](#) para nuestro trabajo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles y las recomendaciones para las adolescentes. [Éstos cumplen](#) un [rol](#) clave para la prevención del embarazo y [la](#) transmisión de enfermedades sexuales. [En principio,](#) las categorías de anticonceptivos más generales [se enumeran en:](#) anticoncepciones de barreras, anticoncepciones hormonales, métodos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica, anticonceptivos químicos, método de lactancia amenorrea y, finalmente, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer. [Dentro de la](#) categoría de los métodos hormonales, hay métodos [con sólo](#) progesterona (una hormona)

y un sub-categoría de los anovulatorios (para prevenir [la](#) ovulación) que consiste en pastillas orales, inyectables trimestral o mensual~~mente~~, el sistema intrauterino de liberación y los implantes.

[En primer lugar, el llamado “implante subdérmico”](#) se define como [un conjunto de](#) pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer. El único método de implante disponible en Argentina es el *Implanon NXT*, que tiene una duración de 3 años y un índice de seguridad de 99.5% (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Como [afirma](#) Hernández et al. (2007) sobre [éste](#), hay preocupaciones que [el mencionado](#) método puede disminuir el patrón de sangrado de menstruación o que [este método llevaría a](#) las adolescentes [a no](#) usar métodos que [las protejan](#) contra enfermedades [de transmisión sexual](#). (Hernández et al., 2007). Por consiguiente, a partir del año 2013, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [ha dejado de recomendar](#) el implante para adolescentes [o](#) para mujeres post-parto [antes](#) de las 6 semanas después del parto. Ahora, con el cambio general [hacia una mayor](#) aceptación del implante para las adolescentes (OMS, 2015) y, también, [para un](#) uso inmediato después de un evento obstétrico (CDC, 2013), el implante [en](#) Argentina se usa para ambos casos.

ii. Contexto en Argentina de embarazo adolescente

Es imperativo para este trabajo tomar en cuenta los resultados de las investigaciones realizadas por Gongora et al. (2008), Coll (2005), Oizerovich (2011) [quienes](#) contextualizan el embarazo adolescente en Argentina. Primero, la tasa de embarazo adolescente en Argentina ha mantenido valores cercanos [al](#) 15% por los últimos 20 años (UNICEF, 2013). Como [menciona](#) Oizerovich (2011), la edad media del

primer embarazo en Argentina entre madres adolescentes es [de](#) 16.6 años (2011, citado en Reina y Castelo-Branco, 2014). Según Coll (2005), 17 de cada 18 madres adolescentes viven en [situación de pobreza](#) (2005, citado en Reina y Castelo-Branco, 2014). [De acuerdo a](#) Reina & Castelo-Branco (2014), la diferencia entre “[pobre](#)” y “[rico](#)” refleja [una](#) inequidad social profunda, y esta disparidad socioeconómica [representa](#) una barrera en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en el país (2014). El nivel educativo también tiene una relación profunda con la tasa de embarazo adolescente. La proporción de madres con niveles educativos bajos es casi 3 veces mayor que en el caso de madres con niveles educativos altos (Coll, 2005, citado en Reina y Castelo-Branco, 2014). La situación del estado civil es variada entre las madres adolescentes. 52% de madres entre 15-17 vivían con una pareja al tiempo de registrar su recién nacido. Por madres de 18-19 años, el porcentaje es 71%. En general, las madres adolescentes tenían hijos con varones de la misma edad o un poco mayor (Gogna et al., 2008).

[Cabe agregar que](#) la investigación [sobre](#) madres adolescentes [argentinas](#) realizada por Gogna et al. (2008) es especialmente interesante porque se [ha descubierto](#) que [sólo](#) 30% de las madres recibieron información sobre la planificación familiar después de su parto, aunque 9 de [cada](#) 10 madres indicaron que estaban dispuestas al uso de anticonceptivos en el futuro inmediato y querían esperar por lo menos 2 años hasta su siguiente parto. Al mismo tiempo, en realidad, el embarazo adolescente es un evento repetido para muchas [de ellas](#). [El](#) 32.5% de [las](#) madres adolescentes de 18-19 años de edad tiene más [de](#) un hijo, 7.6 tienen 3 o más (Gogna et al., 2008).

iii. Contexto legal de métodos anticonceptivos y salud sexual

Es necesario entender el marco legal de los anticonceptivos en Argentina. Desde 1974 hasta 1986 [los](#) anticonceptivos [estaban](#) prohibidos. El Decreto 659 de 1974, durante el gobierno de Isabel [de](#) Perón, prohibía la difusión de anticonceptivos y [provocó el cierre de](#) 60 consultorios de planificación familiar en los hospitales públicos. [Asimismo, en](#) 1974, el gobierno militar [prohibió](#) todas [las](#) actividades de control de natalidad [y](#) no solamente en los hospitales públicos [_](#) como parte [de](#) [el](#) Decreto 3.938 (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2013). Con el regreso de la democracia al país, los métodos anticonceptivos [también empezaron](#) a regresar. El Decreto 2.274 de 1986 reconocía el derecho de la pareja a decidir el número de hijos y [el espacio entre los](#) partos. [Sin embargo, no fue](#) hasta 1991 que una provincia creó una ley de salud sexual y reproductiva, y no [fue](#) hasta 2002 que [fue sancionada](#) la ley a nivel nacional. La provincia de La Pampa fue la primera provincia que creó su ley, y [_](#) en 1996, varias provincias [han intentado](#) crear sus propias leyes, aunque no todas fueron exitosas. La combinación [entre el Poder Ejecutivo, la](#) oposición por [parte de](#) la Iglesia Católica y otros sectores [conservadores](#) eran barreras difíciles [de sortear](#) (Schuster y Jurado, 2005). La investigación realizada por Schuster y Jurado (2005) compara las leyes provinciales [_](#) e identifica algunos temas importantes para entender el espíritu legal de las leyes. La mayoría de las provincias que [cuentan con](#) sus propias leyes (9 de 17) se refiere a la “salud reproductiva,” [aunque](#) menos a la “salud sexual.” [Los](#) objetivos comunes incluyen prevenir, disminuir o evitar abortos (6 de las provincias) y promover la salud sexual y/o educación sexual (4 de las provincias). Con respecto al primero, es necesario tomar en cuenta que 5 de las provincias (Jujuy, Salta, Santa Fe, Mendoza y Chaco) se refieren a la “vida desde la concepción.” Sobre los

métodos anticonceptivos, específicamente, [existe una](#) variabilidad entre cómo las provincias clasifican y/o promueven los métodos naturales como [la](#) abstinencia. Un caso extremo es la provincia de Misiones, donde la ley [apunta a](#) que los métodos naturales “son los únicos que además de respetar la dignidad, integridad moral y naturaleza de la mujer, garantizan su equilibrio físico y psicológico, y contribuyen a exaltar su rol de compañera, respetada y amada en la pareja”. Esta ley adicionalmente solicita la participación activa de la Iglesia Católica en la promoción de métodos naturales. En resumen, muchas provincias [poseen](#) su propia ley de salud sexual y reproductiva pero [la naturaleza de](#) la leyes varía (Schuster y Jurado, 2005).

A nivel nacional, la Ley 25.673 creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) en 2002. Este programa garantiza, [de una](#) forma totalmente gratuita, el método anticonceptivo elegido si la persona tiene más [de](#) 14 años [de edad](#) (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). La ley [enfoca su](#) perspectiva en los derechos sexuales y reproductivos, [y se adapta al](#) derecho a la planificación familiar reconocido por [la](#) OMS. Dos objetivos claves para esta investigación son la prevención [de](#) embarazos no deseados, [por un lado](#), y [la](#) promoción de la salud sexual de los adolescentes, [por el otro](#) (Ley 25.673, 2002). La prevención del embarazo no planificado de la adolescente es una línea estratégica de PNSSR, [y](#) específicamente se busca prevenir la repetición de un nuevo embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

iv. Estudio de caso: el contexto de Tucumán

La provincia de Tucumán provee un contexto interesante para el caso de estudio [a](#) causa de [su](#) situación política. En el marco político, Tucumán no [cuenta con](#) su propia ley provincial de salud sexual y reproductiva. Además, la provincia es la única que no está

adherida a toda la ley nacional 25.673 de salud sexual y reproductiva (La Gaceta, 2016). Sin embargo, la provincia [posee](#) un programa de salud sexual y reproductiva. Además, el aborto es un tema contencioso—recientemente una mujer fue privada de su libertad y [sentenciada](#) a 8 años de cárcel por homicidio agravado de su feto, [aunque](#), en realidad, fue un aborto espontáneo (La Gaceta, 2016).

Con respecto a [la población](#) adolescente en Tucumán, UNICEF realizó, [en 2011](#), un estudio comprehensivo de [ésta](#) en la provincia que provee el contexto demográfico, socioeconómico y epidemiológico. En 2010, [el](#) 19.6% de la población de Tucumán [estaba constituida por](#) adolescentes. El porcentaje de hogares con adolescentes y necesidades básicas insatisfechas en 2010 eran [de](#) 19.6%--3.1% más que el promedio nacional. Además, la provincia tenía [una](#) menor cobertura de agua corriente y cloacas en hogares con adolescentes que el promedio nacional en 2010. [En relación con](#) la cobertura de salud, 43.6% de los adolescentes tenían cobertura exclusivamente [en el](#) sector público en 2010.

Acerca del embarazo adolescente, el porcentaje de nacidos vivos [de](#) madres adolescentes es más alta que [la cantidad total](#) del país . Este porcentaje aumentó [un](#) 4.4% entre 1991 y 2011. [Actualmente](#), el porcentaje de nacidos vivos [de](#) madres adolescentes en 2011 [es de](#) 17.8%. No se puede dejar de mencionar que este porcentaje variaba [incluso](#) dentro de la provincia—de 12.6% en el departamento de Yerba Buena a 27.3% en el departamento de la Cocha (UNICEF, 2011).

El mayor porcentaje de embarazo adolescente se encuentra en el departamento de la Cocha

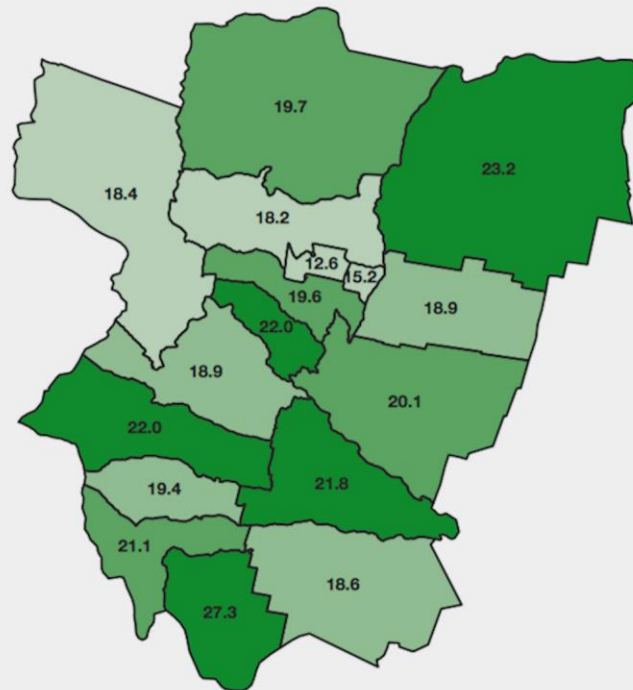
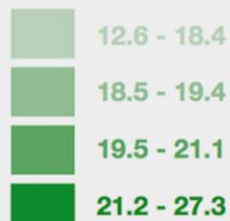


Figura 1. UNICEF. 2011. *Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes.* Fuente: DEIS, MS Nación.

Otro aspecto importante es el clima en general sobre la salud sexual en los equipos de salud ~~t~~ucumanos. Para orientar esta investigación, es de utilidad ~~la~~[la](#) ~~el~~[el](#) ~~investigación estudio~~ realizado~~o~~a por Cappuccino, Nirenberg y Pailles en 2005 sobre este tema. ~~La investigación~~[Este](#) consistía en entrevistas y grupos focales con médicos, profesionales y técnicos vinculados con la salud sexual y reproductiva en 6 locaciones a través el país, incluyendo ~~en~~[a](#) la provincia de Tucumán. Los autores ~~primeramente,~~ identificaron fuentes generales que pueden obstaculizar la implementación o efectividad de la ley nacional: las concepciones, creencias y perfiles de formación del equipo de salud y los sistemas de creencias, las filiaciones religiosas, la baja consciencia de los propios derechos y la falta de información adecuada sobre salud sexual y reproductiva. En líneas generales, los problemas prioritarios eran identificados como el embarazo no

deseado/inoportuno y el embarazo adolescente. Generalmente sobre los anticonceptivos, [los](#) problemas identificados incluían [la](#) resistencia de [los](#) médicos por oposición ideológica o por oposición económica (sobre la implementación de [l](#) DIU en el sector privado [contra el](#) público) y [la](#) resistencia a la entrega de métodos anticonceptivos a adolescentes sin la presencia de familiares adultos responsables. En Tucumán, específicamente, los problemas [de](#) salud sexual y reproductiva identificados [se enumeran como los siguientes](#): falta de conocimiento sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, falta de prevención sobre salud sexual y reproductiva, mitos sobre ciertos métodos anticonceptivos como abortos, machismo, alcoholismo y violencia, el sexo como tabú y el embarazo adolescente. [Además, los](#) principales problemas señalados en los servicios de salud sexual y reproductiva incluía [ciertos](#) asuntos con la capacitación y provisión de insumos, y [la](#) oposición de la Iglesia Católica a los métodos anticonceptivos (Cappuccino et. al, 2005).

v. El uso del implante subdérmico en Tucumán

[Para empezar](#), este método fue incorporado como parte de la canasta de insumos del programa nacional de salud sexual y reproductiva en 2014. En su primera etapa, [se focaliza](#) en aquellas adolescentes entre 14 a 24 años que hayan tenido un evento obstétrico (parto o aborto) en los últimos 12 meses y que no tienen cobertura segura. La cartera sanitaria nacional adquirió 10.000 unidades con [una](#) gran mayoría para distribuir entre las áreas con una tasa de embarazo adolescente alta y un estatus socioeconómico bajo (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Según un referente del programa provincial del Salud sexual y reproductiva en Tucumán, la provincia completó la meta del uso de implante como línea del programa nacional de salud sexual y reproductiva. Como parte del

programa, se [colocaron](#) 1.520 implantes y la población objetivo fue [de](#) 1.526 adolescentes

(referente 1, comunicación personal, 26 de abril).

b. Resultados

i. Diseño de la implementación al nivel programático

El uso del implante subdérmico como política pública fue implementado para prevenir el segundo embarazo adolescente. Para diseñar la incorporación de este método en la canasta de insumos, PSSyPR eligió la población objetivo. Este proceso incluía el uso del censo nacional de 2010 de todas las adolescentes. De esta población, el programa ha excluido a todas las adolescentes cubiertas por obras sociales o pre-pagas. Por consiguiente, se determinó que el 60% de estas adolescentes deberían usar un método anticonceptivo. De este 60% de todas las adolescentes cubiertas meramente por el sistema público, el programa provincial quería que 5% tenía el implante. Al nivel nacional, esta meta se llegó a 39.700 adolescentes, y en Tucumán, 1.526 adolescentes

(referente 1, comunicación personal, 26 de abril).

La difusión de los implantes del programa nacional a los efectores—CAPS, CICs, policlínicas y hospitales—está [bajo](#) el mando del programa provincial. El programa nacional compró todos los insumos, y los distribuyó a las provincias de acuerdo con la población objetiva de cada provincia. Otro referente explicó que el programa provincial decidía cuántos implantes iban a cada efector, los profesionales que estaban capacitados para colocar el implante, y, por último mantenía una comunicación permanente con las áreas operativas, encargadas de los efectores, y el programa nacional (referente 2, comunicación

personal, 26 de abril).

Además, otro trabajo específico del programa nacional consistía en la creación de los protocolos para la colocación del implante. Ese protocolo ha sido configurado en las capacitaciones. Ambos programas realizaban las capacitaciones con los profesionales para los efectores.

Por otro lado, es imperativo tomar en cuenta que la meta de esta implementación estaba enfocada de los determinantes sociales de salud y del embarazo adolescente.

Como explicó unas de las referentes:

“El implante que se toma como política pública en el programa nacional de 2013 es solamente para las mujeres que no tienen obra social, y que son de condiciones sociales bajas. Esta es la población más vulnerable. ¿Por qué? Porque son pobres, porque son adolescentes, porque son mujeres. Es decir, que como una medida muy completa, pudimos trabajar con todos los principios éticos y pudimos ser equitativos, justicia, y pudimos trabajar género, porque trabajamos con las más vulnerables que sean adolescentes” (referente 1, comunicación personal, 26 de abril).

Como puede observarse, había una mirada social muy amplia con esta implementación. Además, una meta del programa incluía la re-integración de estas mujeres, algunas características que presenta este grupo poblacional es que es un grupo más vulnerable y marginalizado, tanto en el sistema educativo y el sistema laboral. Estas características del grupo poblacional en el que se centra el programa del implante, fueron mencionadas y repetidas en las entrevistas con los trabajadores en los equipos de salud. En el siguiente apartado se describirá con mayor detalle cuales son las vulnerabilidades que presentan dicho grupo.

ii. La vulnerabilidad de las mujeres que recibieron el implante

La vulnerabilidad de estas mujeres se puede describir en la intersección de diferentes determinantes sociales. Casi todos los trabajadores de los equipos explicaron esta vulnerabilidad en relación con la combinación entre un bajo nivel de ingreso y un

bajo nivel educativo, entre otros. Como dijo una trabajadora del Hospital Eva Perón, “Son pacientes de muy bajos recursos, pobres, y algunas con exclusiones sociales, que no tienen mucho acceso a la información” (Trabajadora social 1, comunicación personal, 11 de mayo). Por otro lado un trabajador del Instituto de Maternidad explicó la situación vulnerable de las mujeres como un combo de nivel económico bajo, nivel educativo bajo, y un nivel dificultoso hacia a la salud.

No había una caracterización determinada del nivel educativo, pero en una entrevistada se ha relevado el rango educativo desde mujeres analfabetas a estudiantes en la escuela secundaria (Enfermera 1, comunicación personal, 9 de mayo). Otros trabajadores mencionaron que muchas mujeres se encontraban por afuera del sistema educativo. De las dos madres entrevistadas, una estaba estudiando en la universidad y la otra tenía estudios secundarios incompletos. Ella dejó a asistir a escuela después de haber quedado embarazada (Madre adolescente 1 y 2, comunicación personal, 12 de mayo). Además, otro factor referido en ambos hospitales fue el uso de drogas. El uso de drogas fue citado en ambos casos del uso por las mujeres y una causa de inestabilidad en la familia de las mujeres. Por otro lado, un médico mencionó que un problema grave asociado al uso de drogas era que las mujeres, bajo sus efectos, usualmente no tomaban el anticonceptivo oral diariamente o no usaban el preservativo en toda relación sexual. Un factor integral de la situación de las pacientes en Eva Perón era la situación precaria de algunos de los hogares; por ejemplo, algunas mujeres viven en hogares ilegales a la orilla del río y algunas no cuentan con baños (Obstetra 1, comunicación personal, 11 de mayo).

Además, la descripción del estado civil de las mujeres no fue consistente. De las dos madres adolescentes entrevistadas, una estaba casada y la otra estaba cohabitada con

su pareja (Madre adolescente 1 y 2, comunicación personal, 12 de mayo). Algunos trabajadores explicaron que ellas, en general, están en pareja y cohabitan con ella. Otros dijeron que las mujeres, usualmente, eran madres solteras (Médico 2, comunicación personal, 10 de mayo). La diferencia en opinión es una reflexión de las diferencias en estado civil mencionadas por Gongga (2008). En esta investigación aproximadamente la mitad de las adolescentes vivían en pareja al tiempo de registrar a su recién nacidos (Gongga et al., 2008). La consistencia en las entrevistas realizadas sí existió en la descripción de la edad del varón: en general, el varón es mucho más mayor que la mujer. Esta descripción varía de la descripción de las parejas realizadas por Gongga (2008). Se cuenta que, en general, los varones son de la misma edad o son apenas un poco mayores que las madres adolescentes (Gongga et al., 2008).

La vulnerabilidad se manifestó en la falta de oportunidades para muchas de estas mujeres. Muchos trabajadores dijeron que, usualmente, ellas no asistían a la escuela ni trabajaban. El estudio de Gongga (2008) se muestra que la mitad de las madres adolescentes no estudiaba ni trabajaba al momento de quedar embarazada de su primer hijo (Gongga et al., 2008). Esta vulnerabilidad mencionada concuerda con las fuentes referidas en el marco contextual. Como se ha mencionado arriba, la OMS (2014) identificaba tres determinantes sociales de embarazo adolescente, dos de estos eran un bajo nivel económico y un bajo nivel de educación (OMS, 2014). Asimismo, la investigación de Langer (2002) expuso que las madres adolescentes poseen menos oportunidades de [obtener un trabajo remunerado](#) (Langer, 2002).

iii. Embarazo planificado o embarazo no-planificado

La caracterización del embarazo como embarazo planificado o embarazo no planificado entraba en disputa entre los entrevistados. Por un lado, con respecto al

embarazo planificado, una médica lo definió como, “la paciente adolescente que se embaraza porque está buscando la contención que la familia no tiene, o está buscando un embarazo para tener un proyecto de vida, que es la embarazo” (Médico 3, comunicación personal, 10 de mayo). Otro trabajador mencionó, “Hay familia o adolescentes, lo cual, ser madres, es como lo que se visualizan socialmente para ellas. Entonces, si no lo ven como malo, o nada, tener un bebé a quince años, o algo así. Es como posicionarse socialmente en otro lugar” (Trabajadora social 1, comunicación personal, 11 de mayo). Existía la idea de que una combinación entre la inestabilidad en el hogar, un proyecto de vida de ser madre, y, por último, la aceptación cultural de embarazo adolescente llevaba al embarazo buscado. Por otro lado, un entrevistado explicó, “Generalmente, la gran mayoría de la población adolescente tienen un embarazo no deseado, si se puede llamar “por error”, debido a que no conocen los métodos, no conocen el ciclo, y no conocen su hormonas sexuales” (Médico 2, comunicación personal, 10 de mayo). Para este trabajador, el embarazo no deseado se generaba por la falta de conocimiento sobre la planificación familiar.

El desacuerdo entre si el embarazo adolescente es planificado o no planificado se ve reflejado en las mismas discrepancias en las investigaciones realizadas. Es interesante notar que el trabajador que dijo, en general, el embarazo era no planificado también afirmó que el estado civil de la madre generalmente era soltera. Por otro lado, los trabajadores que refirieron al embarazo planificado mencionaron que el estado civil de la madre era en pareja.

iv. Educación sexual

Sobre todo, se identificó una profunda falta de educación sexual. La causa de ésta ha sido atribuido, por los entrevistados, a las diferencias en la cultura, la Iglesia, y/o las

políticas sobre educación sexual. Aunque la Ley de Educación Sexual Integral en las escuelas fue reconocida en las entrevistas, tres principales problemas se identificaron: primero, la resistencia de la Iglesia en las escuelas católicas (privadas), segundo, una débil implementación de educación sexual en las escuelas públicas debido a la idea que ésta es considerada como un tema tabú, y, tercero, por el hecho de que muchas de las adolescentes están afuera del sistema educativo. En términos de las políticas, existen aquellas que no están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. La falta de una ley sobre Salud sexual a nivel provincial y la inconformidad con la Ley Nacional se dieron como ejemplos de una falta de apoyo a la Salud sexual al nivel político. La Iglesia fue referida en ambos de los contextos como una muestra a la resistencia a Salud sexual y resistencia a los métodos anticonceptivos específicamente.

Con respecto a la “cultura”, la palabra fue usada mucho en relación con el desconocimiento pero para significar aspectos diferentes; por ejemplo, en una entrevista, se ha hecho referencia al proyecto de vida de las adolescentes de ser madres. Por esta razón, no existía una fuerte cultura de educación sexual (Médico 1, comunicación personal, 9 de mayo). En otra, se mencionó la cultura en el contexto de la transmisión de información dentro de la población y a través de generaciones (Médico 2, comunicación personal, 10 de mayo). Finalmente, algunos citaron la “cultura de cuidarse” (Trabajadora social 1, comunicación personal, 11 de mayo) y esto se refiere a la “adherencia”. Una referente utilizó la definición de la calidad de la toma de cualquier medicamento y la continuidad de su uso. En este sentido, el uso del implante no depende de la usuaria y la adherencia es de un 100%. Pero para métodos como la pastilla, es posible olvidar tomarla un día (Referente 1, comunicación personal, 26 de abril). Las obstetras dijeron que las mujeres no poseen una cultura de cuidarse--una cultura de ser regular--con los

anticonceptivos como la pastilla (Obstetras 1 y 2, comunicación personal, 11 de mayo). Por consiguiente, la mención de la cultura a través de las dimensiones diferentes de educación sexual muestra una presencia generalizada de la cultura dentro de presente tema.

v. Información disponible sobre métodos anticonceptivos: entre mitos y costumbres

A causa de la falta de educación sexual formal en las escuelas, la información es transmitida de diferentes maneras, principalmente, de boca en boca entre amigos, vecinos, y dentro de la familia, entre otras. Con respecto a la familia, existe transmisión sobre la información sexual de abuela a madre, abuela a hija, o madre a hija. El principal desafío de la transmisión informal de información es la propagación de mitos sobre anticonceptivos. Todos los entrevistados mencionaron los mitos. Una selección de mitos citados sobre los métodos en general son los siguientes: el DIU no es bueno porque el chico nace después con él en la cabeza, el DIU produce cáncer, las pastillas los hacen poner nerviosas, o las engordan, o las afean, el preservativo disminuye la sensación y la ligadura de trompas las vuelven locas. Sobre el implante en particular, el mito más mencionado fue que si no se sangraba por causa del uso de métodos anticonceptivos, la sangre “se iba por otra parte.”

Otra consecuencia de la transmisión informal de información es el uso de palabras diferentes para describir métodos anticonceptivos. Primero, no todas conocen la frase “métodos anticonceptivos.” Un trabajador del Hospital Eva Perón mencionó esto, y durante las observaciones en el hospital se observó una madre adolescente que no la conocía. Ella estaba con su madre, y la madre traducía la frase como “para cuidarse.” Después, la trabajadora social agregó que las frases más comunes eran “para cuidarse” o “para prevenir el embarazo” (Trabajadora social 1, comunicación personal, 11 de mayo). Además, las

mujeres que no conocen el implante subdérmico, se refirieron a él como “chip” y en pocos otros casos, el “DIU de brazo”. El uso de “chip” para referirse al implante fue citado en cada entrevista.

En la cultura popular, el “chip” ha sido aceptado. Ningún entrevistado mencionó que las mujeres generalmente rechazaron el método. De hecho, ellos dijeron “Todas las menores querían el implante, y las que no estaban embarazadas también querían el implante” (Médico 3, comunicación personal, 10 de mayo) y “El Implanon no es el método más utilizado en el hospital, sí es el más buscado” (Obstetra 2, comunicación personal, 11 de mayo). Algunas de las madres adolescentes asistían a su consulta con su hermana. La hermana era más joven y no había tenido relaciones sexuales, pero tenía su primer novio. La madre adolescente preguntó si era posible que su hermana recibiera el implante. A la hermana no le gustaban los otros métodos anticonceptivos de duración larga. Sin embargo, debido al hecho de que la hermana no había tenido un parto ni aborto y no había más implantes, no era posible recibirlo. Las hermanas decidieron comparar el implante en la farmacia y regresar al hospital para colocarlo.

Esta aceptación del “chip” bien-desarrollado se debe a dos factores primarios. Al principio de la incorporación del implante en la canasta de insumos, se crearon videos sobre la colocación y cómo el método funciona. Un referente atribuyó la aceptación, en parte, a estos videos y medios de comunicación (Referente 2, comunicación personal, 26 de abril). Otro entrevistado citó que algunas pensaban en el alto costo del método como una señal de valor (Médico 3, comunicación personal, 10 de mayo).

Además dado que la transmisión de información ocurre por vías informales, los trabajadores de los equipos de salud es la fuente principal de información correcta y

completa. Un médico citó la falta de información total como un desafío porque las consultas llevaban más tiempo dado que ellos necesitaban explicar todo sobre el método (Médico 1, comunicación personal, 9 de mayo). Otro médico repitió el rol central de los equipos de salud en la educación sexual de la gente, “Debería hacerse una información más detallada y una difusión más amplia...difundirnos más sobre la población, como para que la gente tenga confianza...” (Médico 2, comunicación personal, 10 de mayo). Por otro lado, la trabajadora social describió una parte de su rol como el reforzamiento del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos recibido en las consejerías (Trabajadora social 1, comunicación personal, 11 de mayo). Los trabajadores asumieron el rol de educadores en los hospitales durante las consultas privadas y charlas con muchas mujeres. Con relación a esto, se observó una charla con madres recientes sobre métodos anticonceptivos. El médico presentó cada opción, incluyendo la manera de uso y sus ventajas y desventajas. Adicionalmente, él mencionó la importancia del uso del preservativo con otro método anticonceptivo para prevenir enfermedades de transmisión sexual. Resultaba de suma importancia tener las charlas cuando las madres estaban en el hospital post-parto porque era difícil tener la seguridad de que una mujer regresaría para una consulta específica sobre métodos anticonceptivos.

vi. Resultados cuantitativos: uso previo de métodos anticonceptivos

De las dos madres adolescentes, una indicó que usaba preservativo y la otra dijo que usaba la pastilla. Sin embargo, la primera dijo que el uso del método falló, y la que usaba la pastilla mencionó que la pastilla “le hacía mal” (Madre adolescente 1 y 2, comunicación personal, 12 de mayo). Para analizar los resultados cuantitativos, se hace referencia a la base de datos provista por las autoridades de programa de Salud sexual y procreación responsable de Tucumán. Los datos eran auto-reportados por las madres y recolectados por los

trabajadores en los equipos de salud de cada efector. Los datos fueron mandados por al programa provincial para el análisis de la provincia en general. Esta investigación no reunió datos nuevos, pero analizó la base de datos por la primera vez. El gráfico 1 muestra que la mayoría de las mujeres entre 14 y 24 años de la provincia reportó que no usaba ningún método anticonceptivo antes de la colocación del implante. El método más usado era el anticonceptivo oral, y el siguiente el anticonceptivo oral de lactancia, usado durante el amamantamiento.

Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres 14-24 años de edad antes de colocación de implante subdérmico en la provincia de Tucumán (Marzo, 2015-Abril, 2016)

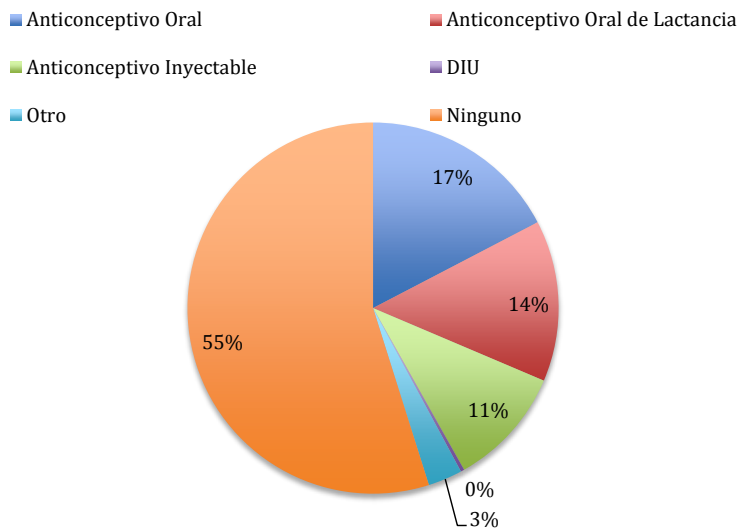


Gráfico 1: Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres 14 y 24 años de edad antes de colocación de implante subdérmico en la provincia de Tucumán (marzo de 2015-marzo de 2016). El uso de preservativo está incluido dentro de "otro". Fuente: Base de datos del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable.

Con este gráfico, es importante tomar en cuenta que los datos eran auto-reportados y recolectados por muchos trabajadores diferentes. El programa, y consecuentemente, la investigación, no tiene información sobre cómo cada trabajador

hizo la pregunta, y, por lo tanto, existe la posibilidad de que los resultados se vean afectados por el marco de la pregunta. Sin embargo, está claro que por lo menos había una grande porción que mujeres que no usaba ningún método anticonceptivo antes de la colocación del implante.

En ambos sub-grupos de edad, entre 14 y 18 y 19 y 24 años, la respuesta más común consistía en ningún método anticonceptivo, siguiéndole el anticonceptivo oral. En este gráfico, se pueden ver los datos en total otra vez, comparando los sub-grupos.

Porcentaje de mujeres según edad usando métodos anticonceptivos antes de colocación de implante subdérmico en la provincia de Tucumán (Marzo, 2015-Abril, 2016)

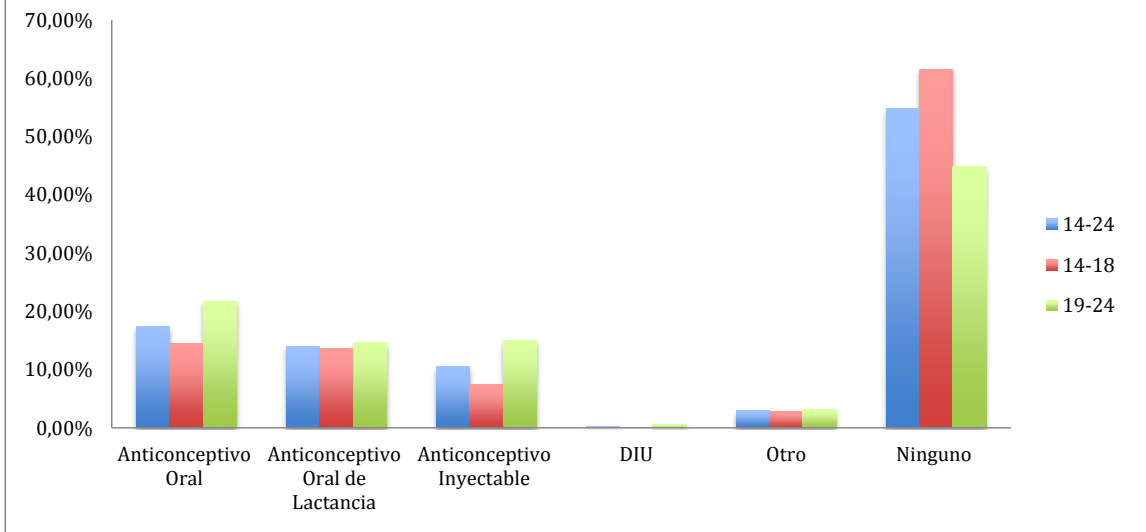


Gráfico 2: Uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de 14 y 24 años de edad antes de la colocación de implante subdérmico en la provincia de Tucumán (marzo de 2015 y marzo de 2016). Los datos en total también fueron divididos entre los sub-grupos de 14 a 18 y 19 a 24 años de edad. Fuente: Base de datos del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable.

Un punto clave mostrado en el gráfico 2 consiste en la diferencia en el porcentaje de mujeres de entre 14 y 18 y 19 y 24 años que reportaron que no usaban ningún método anticonceptivo. Para mujeres de 14 a 18, el porcentaje era de 61%, en comparación con el

porcentaje de 45% para las mujeres de 19 a 24 años. La diferencia se ve reflejada en el porcentaje aumentado de mujeres de 19 a 24 años que reportaron que usaban el anticonceptivo oral (22% contra 14% de las de 14 a 18 años) y el anticonceptivo inyectable (15% contra 7% de las de 19 a 24 años).

vii. El uso de implante subdérmico

1. Elegibilidad para el uso del método

Para empezar, ambos hospitales, el Hospital Eva Perón y Instituto de Maternidad usaron con criterio de elegibilidad que las mujeres no contaran con obra social o prepaga. Sin embargo, ambos hospitales tenían otras cualificaciones. En Instituto de Maternidad, por ejemplo, eligió incluir como criterio que la mujer tuviera su hijo con un buen resultado prenatal debido al hecho de que algunas mujeres querían sacarse el implante después de la muerte perinatal de su hijo para volver a embarazarse. Adicionalmente, el Instituto de Maternidad se centró en el uso del implante para menores de 18 años (Médico 2, comunicación personal, 10 de mayo). El Hospital Eva Perón se enfocó en las adolescentes de alrededor de 14 años de edad y hasta las de 20 años de edad, pero priorizó el riesgo de la mujer. En este sentido, para definir “riesgo,” los trabajadores usaron el número de partos e hijos, edad muy temprana, y/o una situación de calle, o adición, como ejemplos de riesgo. Ellas dijeron que enfocaron más en el riesgo total que en solamente la edad de la mujer porque había muy pocos implantes (Trabajadora social 1, Obstetra 1 y 2, comunicación personal, 11 de mayo). Aunque hay diferencias en las normas de elegibilidad entre los hospitales, ambos usaban el método en relación con las edades de las mujeres, el número previo de partos y número previo de abortos.

2. Resultados cuantitativos: rango de edad, número de partos y abortos previos

Como ya sido mencionado, el rango de edad de las mujeres que recibieron el implante a través la provincia era de 12 hasta 48 años. Los casos de adolescentes menores a 14 años o más de 24 años fue en casos especiales y, por eso, fueron excluidos de la base de datos.

Edad	Número de Mujeres (provincial)	Promedio de Edad (provincial)	Número de Mujeres (Instituto de Maternidad)	Promedio de Edad (Instituto de Maternidad)	Número de Mujeres (Eva Perón)	Promedio de Edad (Eva Perón)
14-24	1274	18,2	141	16,65	189	17,49
14-18	768	16,56	132	16,41	131	16,25
19-24	506	20,7	9	20,22	58	20,28

Tabla 1: Edad y promedio de edad de mujeres 14-24 que recibieron el implante en la provincia de Tucumán entre Marzo, 2015 y Marzo, 2016. Se dividió el rango de edad en total de 14-24 años en dos subcategorías de 14-18 y 19-24. Datos sobre Instituto de Maternidad y Hospital Eva Perón son incluidos en los datos de la provincia en total y también separados. Fuente: Base de datos del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable.

A nivel provincial, se puede observar que el promedio de edad era aproximadamente de +/- 2 años entre los promedios de edad en las subcategorías de 14 a 18 años y 19 a 24 años, respectivamente. Además, se muestra que el promedio de edad en el Hospital Eva Perón era mayor que el promedio de edad en el Instituto de Maternidad y ambos promedios eran menores que el promedio provincial.

En general, las mujeres tenían un parto previo antes de la colocación del implante.

Edad	Promedio Número de Partos (Provincial)	Promedio Número de Partos (Maternidad)	Promedio Número de Partos (Eva Perón)
14-24	1,23	1,06	1,22
14-18	1,02	1,03	0,98
19-24	1,54	1,33	1,75

Tabla 2: Promedio de número de partos previos de mujeres 14 a 24 que recibieron el implante en la provincia de Tucumán entre marzo de 2015 y marzo de 2016. Se dividió el rango de edad en total de 14 a 24 años en dos subcategorías de 14-18 y 19-24. Los datos sobre el Instituto de Maternidad y el Hospital Eva Perón están incluidos en los datos de la provincia en total y también de forma separada. Fuente: Base de datos del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable.

El promedio de número de partos previos por mujer era más alto entre el sub-grupo de 19 a 24 años en comparación con el número de mujeres de entre 14 a 18 de edad

a través de toda la provincia y también en los hospitales específicos. El promedio de número de partos previos por cada mujer entre el sub-grupo de 19 a 24 años de edad era más alto para las pacientes de Eva Perón, incluso más alto que el promedio provincial. El promedio de número de partos previos por mujer entre el sub-grupo de 19 a 24 años de edad era más bajo para las pacientes del Instituto de Maternidad, menor que el promedio provincial.

Con relación al número de abortos previos, la gran mayoría de mujeres reportaron que no habían tenido un aborto previo; 87 de las 1.274 mujeres, 6,8% de todas las mujeres entre 14 y 24 años de la provincia, reportaron haber tenido uno o más abortos. No se encontraron diferencias significativas entre los sub-grupos de edad ni entre los efectores. Es importante tener en cuenta que el aborto es ilegal en casi todos casos. El aborto sólo es legal cuando un médico decide que el embarazo puede ocasionar un daño para la salud o la vida de la mujer, o en casos de violación de una mujer mentalmente discapacitada. La segunda condición fue modificada en marzo de 2012, cuando la Corte Suprema decidió que el aborto es legal para todas las víctimas de violación (Burke, 2012). Además, en el caso particular de Tucumán específicamente, hubo un el caso reciente sobre el aborto. Debido a estas restricciones sobre el aborto legal, quizás el número de mujeres que reportaron que habían tenido un aborto es menor al número real. Se informó sobre 59 mujeres que no habían tenido un parto ni aborto que recibieron el implante.

3. Ventajas y desventajas del método

Hubo un acuerdo por sobre todos los trabajadores y referentes sobre las ventajas del método. La duración de tres años y la facilidad de colocar fueron las ventajas mencionadas en cada entrevista. Otras ventajas mencionados incluían la idea de que era

un método discreto y reversible. Adicionalmente, se mencionó que el control para el método es muy fácil, especialmente, en comparación con el DIU, cuyo control requiere una ecografía (Médico 1, comunicación personal, 11 de mayo). En relación con las desventajas, principalmente había preocupaciones con respecto a los cambios en el período menstrual, sobre todo, en el caso de algunas mujeres quedaban de menstruar. De acuerdo a lo que explicó un referente, a la mujer latina y, en particular a la mujer argentina, le gusta menstruar cada mes, especialmente debido a los mitos sobre la falta de la menstruación (Referente 1, comunicación personal, 26 de abril). En el caso de las madres adolescentes, una de las entrevistadas había dejado de menstruar después de la colocación del implante y la otra tenía menstruación irregular (Madre adolescente 1 y 2, comunicación personal, 12 de mayo). Otro cambio mencionado relacionado con la menstruación fue la ginecorragia (período sangrante por fuera de la menstruación). En el caso de los efectos secundarios a largo plazo, uno de los mencionados fue la cefalea que las mujeres atribuían al implante. Asimismo, algunas mujeres se refrieron al aumento de peso como un efecto secundario del implante subdérmico. El aumento de peso fue un punto de desacuerdo entre los trabajadores del equipo de salud porque resultaba difícil estar seguro de que el cambio fuera causado por el implante y no por cambios hormonales o debido a un problema metabólico.

Otro de las preocupaciones se relaciona con el uso de preservativos y fue mencionada tanto por los trabajadores en los equipos de salud como por los referentes. Se ha hecho referencia, muchas veces, al uso del “doble método” en relación con el uso de implante junto al preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexuales. Un trabajador expresó su preocupación por algunas mujeres que no utilizan el preservativo, algo que se interpreta como un fracaso al no haber logrado transmitir la importancia de su

USO (Médico 3, comunicación personal, 10 de mayo). Los referentes también consideraron el uso de un método anticonceptivo sin el preservativo como un error de la consulta.

4. Después de la colocación: necesidad de sacarlo y seguimiento

Aunque en la gran mayoría de los casos no fue necesario sacar el implante, algunas de las desventajas mencionadas originaron la necesidad de sacarlo. La ginecorragia, cefalea, y el aumento de peso derivaron en algunas extracciones. Adicionalmente, algunas mujeres querían sacarlo antes de los tres años para embarazarse otra vez. Como ya fue mencionado, algunas veces este deseo fue acompañado por la muerte del recién nacido (Médico 2, comunicación personal, 10 de mayo). El dinámica entre el varón y la mujer también afecta la decisión de sacar el implante para tener más hijos. Cuando el varón es de mayor edad, un caso frecuente, y el varón quiere tener más hijos, usualmente la mujer decide sacarlo (Médico 3, comunicación personal, 10 de mayo). Sin embargo, ninguna de las madres adolescentes se han hecho sacar el implante, y ambas dijeron que se encontraban satisfechas con el método (Médico 1, comunicación personal, 9 de mayo).

Después de los tres años, las mujeres necesitan regresar al efector para hacerse extraer el implante y reemplazarlo por uno nuevo, o para cambiar el método anticonceptivo. Ni el Hospital Eva Perón ni el Instituto de Maternidad cuentan con un amplio stock de implantes por el momento, y, por lo tanto, había preocupaciones en ambos hospitales que cuando las mujeres regresen después de los tres años, no existirían implantes para el reemplazo. Los referentes, cuando fueron preguntados sobre este tema, respondieron que el programa provincial ya ha pedido más implantes al programa nacional, pero que aún no sabe si va a obtenerlos. El problema, según ellos, es simplemente económico: el implante es mucho más caro que los otros métodos en el

sector público (\$1USD por mes para anticonceptivos orales, entonces \$36USD por tres años de la pastilla contra alrededor de \$200USD a \$300 más por el implante) (Referente 2, comunicación personal, 26 de abril).

V. Conclusiones

El uso del implante subdérmico en la provincia de Tucumán ilumina el vínculo entre el embarazo adolescente y los contextos socioeconómicos y culturales. A nivel político del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable, el embarazo adolescente se reconoce como una barrera para oportunidades educativas y laborales para las mujeres. Debido a esta falta de oportunidades y a un bajo nivel socioeconómico y educativo, estas mujeres son muy vulnerables.

El debate en torno a si embarazo adolescente puede considerarse como planificado o no planificado refleja las causas principales de esta fenómeno. Por un lado, los factores culturales sobre los proyectos de vida y las dinámicas de género influyen en las perspectivas de las mujeres. Para muchas de las mujeres, su proyecto de vida es ser madre. Entonces, algunas veces el embarazo es algo deseado. Por otro lado, existe una profunda falta de información disponible y correcta sobre los métodos anticonceptivos. Aunque haya educación sexual en las escuelas públicas, ésta no resulta suficiente por varias razones. Sobre todo, se presenta una débil implementación de la ley porque, culturalmente, el tema es tabú. En el caso de las escuelas católicas, por ejemplo, no se enseña educación sexual, y también se expresa una oposición a los métodos anticonceptivos. Muchas de las mujeres no cumplen con la escuela secundaria completa, muchas están afuera del sistema educativa en general, y, por eso, no reciben educación sexual en las escuelas. Por consiguiente, las principales fuentes de información sobre los

métodos anticonceptivos se transmiten, más bien, de boca en boca transmisión entre familiares y a dentro de la sociedad en general.

No obstante, la transmisión de boca en boca genera algunos problemas; principalmente porque se encuentran muchos mitos sobre los métodos anticonceptivos. Adicionalmente, a esto, la gente no usa palabras médicas para aludir a la salud sexual; por ejemplo, se refiere a los métodos anticonceptivos como “para cuidarse” o “para prevenir el embarazo,” y se refiere al implante subdérmico como “el chip” o “DIU de brazo.” La información incorrecta o incompleta deriva en desconfianza en los métodos anticonceptivos. A través de la provincia, la mezcla de la cultura y la falta de educación parecían reducir el uso de los métodos anticonceptivos en general. La mayoría de las mujeres que recibieron el implante no habían usado ningún método anticonceptivo antes de la colocación del implante. Sería muy interesante explorar más este fenómeno.

Específicamente, sobre el implante, la cultura al mismo tiempo impide y ayuda a la implementación del método. El mito que alude a que si una mujer no menstrua, la sangre “se va por otra parte” se encuentra arraigado en las comunidades de los hospitales. Este mito resulta en un claro escepticismo inicial sobre el método. Debido a una falta de educación sexual suficiente, la manera y las especificaciones sobre el método no son del todo conocidas por la gente y esto contribuye a la continuación del mito. Sin embargo, debido al mismo boca a boca transmisión de información, se observa una perspectiva generalmente bien sobre el método. “El chip” fue difundido a través de la cultura popular porque hubo información en los medios de comunicación sobre el método y creencias que el costo refleja el valor del método. Aunque el método no sea el más usado, sí es el más buscado por las mujeres, incluso por mujeres sin eventos obstétricos previos.

Las ventajas médicas y la aceptación cultural del implante se posicionan en un nivel único. Unos de los principales problemas con el uso de los métodos anticonceptivos es la falta de adherencia. Es necesario mencionar que las adolescentes poseen la peor tasa de adherencia entre las otras mujeres de distintas edades. Los métodos como el preservativo y el anticonceptivo oral faltan adherencia completa: por ejemplo, en el caso del preservativo, la necesidad de portarlo cada vez en una relación sexual deriva en una barrera a la alta adherencia. En relación a la pastilla, la necesidad de recordar tomarla cada día al mismo momento también se traduce en una barrera significativa. Los métodos anticonceptivos para adolescentes de larga duración, como el inyectable, el DIU y el implante subdérmico, muestran una adherencia alta del 100% porque no dependen de la usuaria. Sin embargo, el inyectable sólo dura por un mes o tres meses. El DIU y implante, no obstante, tienen una duración significativamente más larga. Por otro lado, el control para el DIU es más intenso que el control para el implante, por otro lado. En un contexto donde no existe una fuerte “cultura de cuidarse,” la necesidad de tener una ecografía para el control quizás consista en una barrera para muchas mujeres. Adicionalmente, parece que los mitos sobre el DIU son más dañinos que los mitos sobre el implante para la aceptación al método, y, por eso, el uso del método. Una nueva pregunta que surge luego de esta investigación se formula de la siguiente manera: ¿cómo los trabajadores de los equipos de salud pueden mitigar los mitos relacionados con el conocimiento cultural? La aceptación cultural de este método es un componente integral al éxito de la implementación del implante subdérmico, esto es algo donde el DIU parece a faltar.

No se puede dejar de mencionar que el implante subdérmico tiene detenta algunas desventajas médicas. Principalmente las problemáticas centrales se relacionan con los

cambios en los períodos menstruales, por ejemplo, el cese de la menstruación o la ginecorragia, y el aumento de peso. Futuras investigaciones científicas sobre los efectos secundarios del implante serían muy útiles para los médicos. Las desventajas resultan en algunas extracciones del implante. No obstante esto, existen preocupaciones sobre el no uso del preservativo por parte de las mujeres para prevenir enfermedades de transmisión sexual, aunque sí existe un acuerdo sobre la necesidad de una buena consulta para reforzar el uso del preservativo. Por lo general, el método disfruta de una alta satisfacción en la mirada tanto de las mujeres como de los trabajadores en los equipos de Salud.

Por último, actualmente, el problema más grave con el uso del implante se refleja en que, simplemente, que no hay fondos suficientes para comprar más implantes. Entonces, el costo del implante es un gran desafío del método. Sin embargo, los resultados de esta investigación muestran, claramente, que este método cumple un rol importante en la canasta de insumos. Nuevas posibilidades analíticas sobre este tema podrían enfocarse en una comparación puntual entre este método y los otros métodos de larga duración. Adicionalmente, una investigación podría analizar la reintegración de las mujeres que recibieron el implante al sistema educativo y laboral. Esta meta del programa provincial de salud sexual y procreación responsable es muy valiosa, y justificaría el costo más alto del implante si las mujeres tuvieran más oportunidades educativas y laborales que aquellas mujeres con la alta probabilidad de quedarse embarazadas nuevamente. En comparación, con el costo del embarazo adolescente—en ambos los contextos, tanto el de la salud y aquel relacionado con la sociedad—el costo del implante subdérmico vale la pena en gran medida.

VI. Referencias

Burke, H. (2012, octubre 12). Rape Victims Struggle to get Legal Abortions in Argentina. *Returners (USA)* [en línea]. [consulta: 24 de Mayo, 2016].

Cappuccino, M., Nirenberg, O., Pailles, J. El Equipo de Salud Ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. [en línea]. (2005). En Petracci, M., Ramos, S. (compiladores). *La Política Pública de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Aportes para Comprender su Historia.* [en línea]. (2006). [consulta: 4 de Mayo, 2016].

Center for Disease Control and Prevention. (Centro de control de enfermedad). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. (Recomendaciones para el uso de anticonceptivos de E.E.U.U). [en línea]. (2013). [consulta: 13 de Abril, 2016].

La Gaceta. Reclaman a la Ministra de Salud que Garantice el Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva. [en línea]. (2016). [consulta: 10 de Marzo, 2016].

La Gaceta. La Condenaron por Homicidio Agravado y no por Aborto. [en línea]. (2016). [consulta: 12 de Mayo, 2016].

Gogna, M., Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I., Zamberlin, N. Adolescent Pregnancy in Argentina: Evidence-Based Recommendations for Public Policies. (Embarazo Adolescente en Argentina: Recomendaciones Basadas en la Evidencia para Políticas Públicas). [en línea]. (2008). *Reproductive Health Matters*, 16(31). [consulta: 29 de Marzo, 2016].

Hernández, J.C, Quesada, M.Y, Valdés, A.I, García, P.H, Boza, A.V. Anticoncepción en la Adolescencia. [en línea]. (2007). *Rev Cubana Endocrinol* 18(1). [consulta: 23 de Marzo, 2016].

Langer, A. El Embarazo no Deseado: Impacto sobre la Salud y la Sociedad en América Latina y el Caribe. [en línea]. (2002). *Rev Panam Salud Pública* 11(3). [consulta: 3 de Abril, 2016].

Ley 25.673 (2002). Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. [consulta: 23 de Marzo, 2016].

Ministerio de Salud de la Nación. Métodos Anticonceptivos: Guía para un Acceso sin Barreras. [en línea]. (2010). [consulta: 20 de Marzo, 2016].

Ministerio de Salud de la Nación. Métodos Anticonceptivos: Guía Práctica. [en línea]. (2012). [consulta: 20 de Marzo, 2016].

Ministerio de Salud de la Nación. *Ministerio de Salud de la Nación Presenta Nuevo Anticonceptivo Destinado a Adolescentes*. [en línea]. (2014). [consulta: 2 de Abril, 2016].

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. *La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos: 30 Años de Democracia y una Historia de Leyes y Políticas Públicas para Celebrar y Continuar Exigiendo*. [en línea]. (2013). [consulta: 5 de Mayo, 2016].

Organización Mundial de Salud. *Embarazo Adolescente*. [en línea]. (2014). [consulta: 14 de Abril, 2016].

Organización Mundial de Salud. *Medical Eligibility Criteria for Contraception Use. (Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos)*. 4 edición. [en línea]. (2010). [consulta: 14 de Abril, 2016].

Reina, M.F y Castelo-Branco, C. *Teen Pregnancy in Argentina: A Reality (Embarazo Adolescente en Argentina: Una Realidad)* [en línea]. (2014). [consulta: 23 de Marzo, 2016].

Schuster, G., Jurado, M.G. *Análisis Comparativo de la Legislación Nacional y Provincial en Materia de Salud Sexual y Reproductiva*. [en línea]. (2005). En Petracci, M., Ramos, S. (compiladores). *La Política Pública de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Aportes para Comprender su Historia*. [en línea]. (2006). [consulta: 4 de Mayo, 2016].

UNICEF. *Situación del Embarazo Adolescente en Argentina, en el Día Mundial de la Población*. [en línea]. (2013). [consulta: 14 de Abril, 2016].

UNICEF. *Adolescentes en Tucumán*. [en línea]. (2011). [consulta: 26 de Abril, 2016].

VII. Entrevistas

Referentes 1 y 2 del programa provincial de Salud sexual y procreación responsable, oficina de sistema provincial de salud de la provincia de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, 26 de abril, 2016

Médico 1 y Enfermera 1 del equipo de salud de Instituto de Maternidad y Ginecología de Nuestra Señora de Mercedes, San Miguel de Tucumán, Tucumán, 9 de mayo, 2016

Médico 2 del equipo de salud de Instituto de Maternidad y Ginecología de Nuestra Señora de Mercedes, San Miguel de Tucumán, Tucumán, 10 de mayo, 2016

Médico 3 del equipo de salud de Instituto de Maternidad y Ginecología de Nuestra Señora de Mercedes, San Miguel de Tucumán, Tucumán, 10 de mayo, 2016

Trabajadora social 1, Obstetras 1 y 2, Hospital Eva Perón en Banda del Río Salí, Departamento de Cruz Alta, Tucumán, 11 de mayo, 11 de mayo, 2016

Madre adolescente 1, Instituto de Maternidad y Ginecología de Nuestra Señora de Mercedes, San Miguel de Tucumán, Tucumán, 12 de mayo, 2016

Madre adolescente 2, Instituto de Maternidad y Ginecología de Nuestra Señora de Mercedes, San Miguel de Tucumán, Tucumán, 12 de mayo, 2016

VIII. Anexo

a. Guía de Preguntas para los trabajadores del equipo de salud

Consentimiento Informado:

Me llamo Maddie Hack y soy estudiante de MiddleburyCollege en los Estados Unidos. En Buenos Aires, participo en un programa académico de Salud Pública de SIT en la Universidad ISALUD. Como una parte de este programa, estoy investigando sobre el uso del implante como método anticonceptivo en la provincia de Tucumán.

Le agradezco su disponibilidad y cooperación con este proyecto. Después mis investigaciones, voy a juntar la información de las entrevistas en un ensayo. Para escribir luego ese informe me gustaría grabar esta entrevista, pero solamente si usted se siente cómodo y me lo permite. Si en algún momento se siente incómodo/a, o no quiere contestar una pregunta, o quiere terminar la entrevista, por favor avíseme y no tendré problema en hacerlo. No hay ninguna consecuencia si usted no quiere participar, ni hay compensación por su participación si escoge participar. Para proteger su privacidad, usted puede ser referido por un seudónimo, o puede ser anónimo si usted quiere. También no voy a hacer mención en el informe cualquier información que le resulte sensible.

Muchas gracias por su ayuda en esta investigación. Le agradezco muchísimo que usted me reciba y comparta su experiencia sobre el tema que estoy estudiando. Si usted desea cuando termine mi trabajo puedo compartir con usted los resultados.

Primero, preguntaré algunas preguntas más generales y después sobre el uso de implante específicamente

1. ¿Cómo [describiría](#) su rol en el equipo [de médico en el que trabaja](#)?
2. ¿[Usted](#) trabaja [regularmente](#) con las adolescentes embarazadas y/o madres adolescentes?
3. ¿Usted podría caracterizar las madres adolescentes y adolescentes embarazadas que asisten a su hospital?
 - a. En términos de indicadores demográficos como edad, [estado](#) civil, etc?
 - b. En términos de indicadores socioeconómicos como nivel educativo, nivel de ingreso, etc?
4. En líneas generales, ¿cómo usted describiría la situación de métodos anticonceptivos y salud sexual en la provincia?
[Usted considera que hay determinantes que afectan la utilización de los métodos anticonceptivos? Puede especificar alguno? \(se puede indagar con ejemplos como religiosos, políticos\)](#)

5. ¿Cómo usted describiría el uso del implante como método anticonceptivo en su hospital?
6. ¿Cómo su hospital trabaja con el programa provincial y/o nacional de salud sexual y reproductiva sobre el implante?
7. ¿Cuáles son los desafíos que ustedes enfrentan sobre el uso del implante?
8. En su opinión desde el punto de vista médico, ¿cuáles son las ventajas y cuáles son las desventajas de la utilización del implante?
9. ¿Usted podría describir como es la consejería sobre métodos anticonceptivos que usted o otros miembros de su equipo realiza con las adolescentes?
 - a. ¿Cómo usted promociona el implante con las adolescentes para la selección de este método?
10. ¿Cuáles son las percepciones de las adolescentes sobre el método? Ellas les gustan la idea o les genera miedo?
 - a. Algunas de ellas refieren al implante como el “chip”?
11. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de las adolescentes con el uso de este método?
 - a. Hubo algún caso, en que la adolescente quería sacarlo?
 - b. Algunas mencionaba cambios en la menstruación?
12. En su opinión, ¿el uso del implante fue exitoso para prevenir la repetición del embarazo adolescente?

b. Guía de Preguntas para las Madres Adolescentes

Consentimiento Informado:

Me llamo Maddie Hack y soy estudiante de Middlebury College en los Estados Unidos. En Buenos Aires, participo en un programa académico de Salud Pública de SIT en la Universidad ISALUD. Estoy trabajando bajo del programa provincial de salud sexual y reproductiva del ministerio de salud del sistema provincial de salud para una investigación sobre el uso del implante como método anticonceptivo en la provincia de Tucumán.

Le agradezco su disponibilidad y cooperación con este proyecto. Después mis investigaciones, voy a juntar la información de las entrevistas en un ensayo. Para escribir luego ese informe me gustaría grabar esta entrevista, pero solamente si usted se siente cómodo y me le permite. Si en algún momento se siente incómodo/a, o no quiere contestar una pregunta, o quiere terminar la entrevista, por favor avíseme y no tendré problema en hacerlo. No hay ninguna consecuencia si usted no quiere participar, ni hay compensación por su participación si escoge participar. Para proteger su privacidad, usted podrá ser anónima. También no voy a hacer mención en el informe cualquier información

que le resulte sensible.

Muchas gracias por su ayuda en esta investigación. Le agradezco muchísimo que usted me reciba y comparta su experiencia sobre el tema que estoy estudiando.

Guía de Preguntas:

Primero, voy a empezar con algunas preguntas sobre datos demográficos y después sobre sus percepciones y satisfacción con el implante.

1. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que usted cursa o cursó?

<input type="checkbox"/>	Primaria Incompleta
<input type="checkbox"/>	Primaria Completa
<input type="checkbox"/>	Secundaria Incompleta
<input type="checkbox"/>	Secundaria Completa
<input type="checkbox"/>	Estudios Superiores

2. ¿Te encuentras estudiando actualmente?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

a. *Si no, ¿Usted dejó de asistir a escuela antes de embarazarse o después?*

<input type="checkbox"/>	Antes
<input type="checkbox"/>	Después
<input type="checkbox"/>	Otro

3. ¿Usted tiene hijos?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

4. ¿Cuántos hijos usted tiene?

5. En su primer embarazo, ¿cuántos años tenía cuando quedó embarazada?

6. ¿Con quien usted vive?

<input type="checkbox"/>	Padre
--------------------------	--------------

Madre
Hij@
Herman@
Prim@
Tí@
Abuel@
Pareja/novio
Otro

6.7. ¿Cuál es su estado civil? ~~Está en pareja actualmente?~~

Sí
Casada/No
Pareja
Separada
Otro

7.8. ¿Cuántos años ~~tenía tu mamá cuando su mamá tenía cuando ella~~ se embarazó con usted?

Siguiente, tengo algunas preguntas sobre su experiencia con el implante y métodos anticonceptivos

1. ~~Antes de qued@r embarazada por primera vez, utilizaba un@sted se embarazó, estaba usted usando un método anticonceptivo?~~

Sí
No
Sí
No

a. Si sí, ¿cuál? ~~Si sí, ¿cuál método?~~

Condón
Pastilla
DIU
Inyectable
Otro

a. Si no, ¿por qué?

2. ¿Por qué eligió el implante como método anticonceptivo?

Formatted: Indent: Left: 1,27 cm, No bullets or numbering

Commented [M1]: Está pregunta no la haría sino pondría con quienes vivis? Y luego preguntaría Estás en pareja actualmente? (porque puede ser por muchas razones el embarazo, por una noche, o con un novio, alguna situación de violencia, entonces puede llegar a provocar malestar!! Hay que tratar de hacer algunas preguntas sin ser muy directo

Commented [M2]: Ojo con esta pregunta, de no ser tan directo, yo le diría antes de quedar embarazada por primera vez (si tuvo varios hijos o si tuvo uno solo)

Formatted: Numbered + Level: 2 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 1,9 cm + Indent at: 2,54 cm

Formatted: Font: Times New Roman, Font color: Gray-90%

3. ¿Todavía usted está usando el implante?

Sí
No

a. Si no, ¿por qué dejó a usarlo?

4. ¿Cuál es su satisfacción con el implante en una gama de 1 a 10, con 1 referido a “no estoy satisfecha” y 10 a “estoy muy satisfecha”

b. ¿Por qué eligió este número?

c. Nombre de efector y número de implantes colocados

<u>Efector</u>	
CAPS 11 de Marzo	5
CAPS 17 de Octubre	14
CAPS 25 de Mayo	9
CAPS Acheral	5
CAPS Alto Verde	26
CAPS Baclini	4
CAPS Bienestar	2
CAPS Bo Jardin	5
CAPS Canal Norte	7
CAPS Colombres	17
CAPS Corazón de María	3

CAPS Delfin Gallo	3
CAPS el Cadillal	6
CAPS el Chañar	2
CAPS Eva Perón	3
CAPS Graneros	10
CAPS Iltico	3
CAPS las Talitas	3
CAPS los Nogales	11
CAPS los Pinos	15
CAPS Monseños Diaz	3
CAPS Pablo VI	6
CAPS Ramón Carrillo	3
CAPS República de Italia	4
CAPS San Andres	1
CAPS San Felipe	3
CAPS San Martin	4
CAPS San Rafael	13
CAPS Santa Clara	2
CAPS Sarmiento	12
CAPS Silvestre	9
CAPS Tapia	3
CAPS Villa 9 de Julio	17
CAPS Villa Amalia	3
CAPS Villa Carmela	3

CAPS Villa de Leales	4	
CAPS Villa Muñecas	1	
CAPS Villa Nueva	9	
CAPS Villa Obrera	20	
CAPS Villalonga	2	
CAPS Yerba Buena	4	
CIC el Chañar	11	
CIC los Chañaritos	6	
CIC Miroli	4	
Hospital Avellaneda	154	12.22%
Hospital de Aguilares	52	
Hospital de Concepción	115	9.06%
Hospital de San Pablo	19	
Hospital de Santa Ana	22	
Hospital de Santa Lucia	7	
Hospital de Tafí del Valle	26	
Hospital de Trancas	24	
Hospital El Bracho	5	
Hospital Eliseo Cantón	37	
Hospital Estacion Araoz	1	
Hospital Eva Perón	189	14.89%
Hospital Gral. La Madrid	97	
Hospital Juan B Alberdi	26	

Hospital Padilla	2	
Hospital Santa Rosa de Leales	4	
Hospital Tafí del Valle	1	
Instituto de Maternidad	141	11.11%
Policlínica Alderetes	6	
Policlínica Banda del Río Salí	9	
Policlínica Delia F Palma	6	
Policlínica Mariano Moreno	4	
Policlínica San Jose	1	
Policlínica Santa Rita	14	
Policlínica Villa Mariano Moreno	8	
Policlínica Villalonga	4	