

**PROGRAMA REGIONAL DE FORMACION EN GENERO
Y POLITICAS PUBLICAS
FLACSO ARGENTINA
TESIS DE MAESTRIA EN GENERO SOCIEDAD Y
POLITICAS**

La Influencia de los Conocimientos, Percepciones y Representaciones de Género en la elección de Anticoncepción Intrauterina: Un estudio Regional en Mujeres, Varones y Proveedores de salud

Tesista: Gabriela Luchetti

Director/a: Mariana Romero

Mayo 2016

Agradecimientos	4
1. Introducción	5
2. Abordaje del problema	5
2.1. Aportes del enfoque de género.....	6
2.2. El enfoque de género aplicado al campo de la salud.....	8
2.3. Salud y derechos sexuales y reproductivos	10
3. El contexto	11
3.1. Contexto histórico institucional. La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina	11
3.2. Contexto e historia local. Neuquén: Ley y Programa de salud sexual y reproductiva	14
4. La anticoncepción	16
4.1. Necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA).....	18
4.2. El dispositivo intrauterino (DIU)	21
4.3. Las mujeres y el dispositivo intrauterino: conocimientos, percepciones y representaciones de género	22
4.4. Aceptabilidad/Adherencia/Satisfacción	24
4.5. Los varones y el dispositivo intrauterino: conocimientos, percepciones y representaciones de género	24
4.6. Los proveedores de salud	25
5. Preguntas, Hipótesis y Objetivos	31
5.1. Preguntas	31
5.2. Hipótesis.....	31
5.3. Objetivos	31
6. Metodología	32
6.1. Tipo de estudio y diseño.....	32
6.2. Técnicas de recolección de información	32
6.3. Entrevistas	32
6.4. Grupos focales.....	33
6.5. Criterios de inclusión	34
6.6. Criterios de exclusión.....	34
6.7. Población accesible muestreo.....	34
6.8. Análisis de los resultados	35
7. Descripción y análisis de los principales hallazgos.....	35
7.1. Entrevistas en profundidad.....	35
7.1.1. Resultados: conocimientos.....	36

7.1.2. Percepciones	42
7.1.3. Representaciones de género	48
7.2. Los grupos focales.....	54
7.2.1. Resultados grupo focal mujeres	54
7.2.2. Resultados grupo Focal Varones	63
8. Conclusiones	71
9. Bibliografía	74
Anexo	81
Instrumento de recolección de datos	81
Situación para análisis en grupo focal.....	84
<i>Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación</i>	85
Consentimiento informado al equipo de investigación para la realización de entrevistas y grupos focales.....	85

Agradecimientos

A mi Directora de Tesis Mariana Romero por su apoyo y dedicación

A las y los entrevistados por la buena disposición y el tiempo dedicado

A Ruth Zurbriggen y Graciela Alonso por su desinteresada colaboración

A Ignacio, Gonzalo y Ramiro por estar

1. Introducción

Este trabajo tiene como objetivos conocer y caracterizar los conocimientos, percepciones y representaciones de género de las mujeres y varones del conglomerado urbano Neuquén/Cipolletti (provincias de Neuquén y Río Negro) sobre la anticoncepción intrauterina y relacionar éstas con la elección o no del método. También se busca conocer y describir las representaciones de género de los proveedores de anticoncepción intrauterina y su posible influencia en la recomendación e inserción del método.

En base a estos objetivos se busca responder las siguientes preguntas:

-¿Cuáles son los conocimientos, percepciones y representaciones de género de las mujeres y varones del conglomerado urbano Neuquén/Cipolletti respecto del dispositivo intrauterino (DIU) y qué relación podrían tener éstas con la elección o no del método de anticoncepción?

-¿Qué influencia tienen los proveedores de salud y sus propias representaciones de género en la elección o no de la contracepción intrauterina?

El trabajo ha sido organizado en ocho capítulos a saber: 1. **Introducción** donde se identifica el propósito del mismo y la pregunta que guiará la investigación; 2. **Abordaje del problema:** en un primer apartado se describen los supuestos desde los que se parte para abordar el problema a investigar; luego se reportan los aportes del enfoque de género a éste y la relación existente con el campo de la salud; por último, se dimensionan los derechos y la salud sexual y reproductiva en relación a los supuestos desde los que partimos; 3. **El contexto:** se describe el contexto histórico institucional argentino y de la provincia de Neuquén, las legislaciones y políticas públicas en salud sexual y reproductiva; 4. **La anticoncepción:** en este apartado se desarrollan extensamente diversos aspectos que hacen a la anticoncepción en general y al método que nos ocupa, en particular, y el marco teórico en relación del DIU con las mujeres, los varones y los proveedores de salud; 5. **Preguntas, hipótesis y objetivos;** 6. **Metodología;** 7. **Descripción y análisis de los hallazgos;** y 8. **Conclusiones.**

2. Abordaje del problema

Para abordar el problema se parte de los siguientes supuestos:

- 1) El 38% de los embarazos en el mundo son no planeados y alrededor del 22% de ellos terminan en aborto (Alkema, 2013).
- 2) La reproducción y sus complicaciones recaen biológica y socialmente sobre las mujeres. La falta de acceso a la anticoncepción produce, potencialmente, mortalidad, enfermedad e infelicidad vinculadas a la no posibilidad de libre elección de cuándo, cómo y con quién tener hijos.
- 3) La inequidad de género es un factor que influye negativamente en el acceso y control de las mujeres a los recursos y al poder real y simbólico para la toma de decisiones.
- 4) La toma de decisiones libre e informada y el acceso a servicios de salud son claves en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y particularmente en la anticoncepción.
- 5) Las necesidades insatisfechas de anticoncepción son un grave problema de salud pública porque producen estragos en la salud de las comunidades, al no poder evitar un embarazo no planeado, y particularmente afectan los derechos de las mujeres a decidir su plan de vida. Esto impacta no solo en los indicadores de salud, sino también en los de desarrollo de los pueblos y comunidades y en su futuro. Evitar los embarazos no planeados ayudaría a evitar muerte y secuelas en millones de mujeres.
- 6) La anticoncepción, si bien en nuestro medio es considerada únicamente como una intervención médica, tiene enormes beneficios potenciales, no solo en la prevención de situaciones de salud y enfermedad, como la reducción de la mortalidad materna, sino en el empoderamiento de las mujeres a través del mejoramiento en las posibilidades de elecciones de vida y control simbólico del cuerpo.
- 7) Dentro de los métodos anticonceptivos, el DIU es altamente efectivo, seguro y promotor de calidad de vida y confidencialidad para una sexualidad libre y plena.
- 8) El método que nos ocupa, el DIU, está sub utilizado a pesar de sus ventajas y de que en nuestro país y región se entrega e inserta gratuitamente.

Se intentará indagar en los conocimientos, percepciones y representaciones de género de las mujeres y hombres y proveedores de salud de la región, para describir y analizar su influencia en la elección o no de este método anticonceptivo. Desde allí se realizarán aportes a la comprensión de su subutilización.

2.1. Aportes del enfoque de género

Para este trabajo realizaremos un recorte que incluye y relaciona las representaciones sociales de género con los cuerpos de las mujeres, con las elecciones

en cuanto a su reproducción, y su relación con un método anticonceptivo específico que en nuestra región está siendo subutilizado a pesar de proporcionar autonomía y calidad de vida, y que se inserta en el útero, para lo cual necesariamente, depende de la intervención de un proveedor capacitado para tal fin.

Nos posicionaremos utilizando la perspectiva de género como una herramienta de análisis imprescindible para comprender algunos de los fenómenos que trataremos de caracterizar aquí, por ejemplo: los conocimientos, percepciones y estereotipos de género de las mujeres y varones sobre la anticoncepción intrauterina y la relación existente entre éstas y la elección o no de este método anticonceptivo. En el mismo sentido indagaremos a los/as proveedores de salud.

El concepto de género se basa en el significado social construido alrededor de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres. Esta división atribuye, según el sexo, roles sociales, poder, acceso y distribución de recursos, y responsabilidades en los ámbitos públicos y privados. Estos significados construidos tienen una enorme relevancia en la formación de la identidad subjetiva, por lo que la categoría género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social (Gómez, 2002).

Históricamente, el feminismo fue el movimiento social que puso en duda las explicaciones acerca de que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres originaban y marcaban dominación por parte del sexo masculino (Lamas, 1999). Para esta autora, el género como concepto analítico ha sido central para el desarrollo de nuevos estudios interdisciplinarios. Si bien en un principio se usó para enfrentar el determinismo biológico, actualmente el concepto ha pasado a ser nodal en debates históricos sobre lenguaje, literatura, arte, educación, política, psicología, medicina, ciencia, derecho y trabajo.

La misma investigadora hace un llamado al feminismo para que amplíe su marco teórico y tome en consideración al conocimiento biológico, que junto al inconsciente hacen a la “diferencia sexual”. Remarca la resistencia a aceptar que hay una realidad biológica plasmada en el cuerpo y una realidad psíquica plasmada en el inconsciente, que nos obligan a ver la complejidad de los humanos en tanto cuerpos, mente e inconsciente inmersos en una sociedad, una historia y una cultura. “El cuerpo es lo que articula lo psíquico y lo social”, reafirma.

El género ocupa un lugar central, junto a etnia, edad y clase social, en los niveles macroeconómicos de asignación y distribución de recursos en una sociedad jerárquica.

En este nivel articula las dos dimensiones clásicas de trabajo: el no remunerado (trabajo reproductivo, cuidados, etc., ámbito privado) y el trabajo remunerado (productivo, ámbito público). La primera dimensión es asignada a las mujeres y la segunda, a los hombres. Esto genera asimetrías en el poder, en la distribución de recursos y de responsabilidades, sistema en el cual las mujeres ocupan el lugar subordinado.

La noción de género tal como fue concebida hace dos décadas viene sufriendo modificaciones y está siendo revisada, aun en sus fundamentos. Podríamos decir que la categoría género está en permanente construcción y deconstrucción, en el territorio de lo académico. Muchos pensadores, filósofos, científicos sociales e historiadores han dado sentido y han aportado para la recreación y crecimiento de la perspectiva sin olvidar como centrales en esta tarea a los movimientos de mujeres. El concepto se ha vuelto más complejo y cambiante (Bonder, 1998). Hoy ya no podemos decir simplemente que el género es una construcción social y cultural a partir de las diferencias sexuales.

Un área de la perspectiva, caracterizada por Teresita de Barbieri (1992) en *Sobre la categoría género una introducción teórico/metodológica* resulta sumamente interesante y aplicable al tema que nos ocupa. Allí hace referencia al enorme poder biológico de los cuerpos de las mujeres, por la capacidad de gestar, llevar adelante un embarazo y parir. Este poder es percibido por las sociedades y de alguna manera, a través de la historia se trastoca en un lugar subordinado y controlado para las poseedoras de tal poder. Esto se hace visible en tres dimensiones: en la búsqueda y logro del control de la capacidad reproductiva, la sexualidad, y el trabajo. Ejemplos visibles son la transformación del cuerpo de las mujeres en objeto de consumo sexual, la exaltación del pene como símbolo de poder y el relegamiento de las mujeres a la realización de trabajos que son socialmente subestimados, aun siendo imprescindibles.

El trabajo acumulado respecto del estudio de la categoría género es muy grande y su aporte como categoría de análisis de las ciencias no se puede prescindir. En lo cotidiano humano/individual la perspectiva de género abre un conjunto de oportunidades a los seres humanos desde una mayor riqueza y variedad de opciones laborales y vitales hasta el disfrute de otro tipo de relaciones afectivas y familiares.

2.2. El enfoque de género aplicado al campo de la salud

“La salud es un espacio de reproducción de las diferencias de todo tipo, a través de la acumulación o des-acumulación de capital social humano y cultural”. Esta forma de entender la salud expresada por Liliana La Rosa Huertas en un documento de la

Organización Panamericana de la Salud publicado en el 2004, permite relacionar la salud con la situación social subordinada de las mujeres. En ese trabajo, se afirma que son las mujeres, sobre todo las más pobres, quienes menos capitales acumulan a lo largo de su ciclo vital y que esto reproduce la situación de inequidad históricamente instalada.

La inequidad de género ha sido elevada de rango por las agencias internacionales de salud y se considera un determinante central de la situación de salud de una sociedad. Cualquier análisis que no haya integrado esta dimensión, no puede dar cuenta cabal de la realidad ya que no es suficiente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos sin abordar paralelamente las desigualdades injustas entre hombres y mujeres que existen en estos grupos (Gómez, 2002).

Son múltiples los ejemplos que muestran el “sentido común” que recrea las desigualdades de género y como éste enferma a hombres y mujeres y no les permite desarrollar en plenitud sus capacidades, a la vez que dificulta las interacciones entre ellos.

Uno de los mejores ejemplos de esto es lo atinente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En este plano, la inequidad de género instala doble moral, desconfianza, rechazo a la diversidad sexual, dificultades con el placer, dominación de los varones sobre las mujeres y sobre los varones que no cumplan con el rol asignado socialmente, entre otros.

Las representaciones que sostienen estos estereotipos muestran que las mujeres debe ser tiernas, sumisas, débiles, pasivas, soñar con ser madres, estar desinformadas sobre el placer sexual a la vez que ser responsables de la anticoncepción, sacrificarse por el hogar y su esposo, a costa de su equilibrio emocional y físico.

A los hombres, por otro lado, se les exige correr riesgos, mostrar valentía, ocultar sentimientos, estar informados sobre el sexo, pero no necesariamente sobre como evitar un embarazo, establecer relaciones utilitarias, y cumplir el rol de proveedor.

De todos estos estereotipos se pueden explicar situaciones que producen infelicidad y muchas alteran la salud de individuos y sociedades, por ejemplo: embarazos no planeados, abortos en situaciones de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, feminización de la epidemia de SIDA, violencia doméstica y sexual, femicidios, conflictos familiares violentos, alcoholismo y otras adicciones, discriminación y violencia contra personas homosexuales, etc.

La mayoría de las situaciones planteadas no son problemas de individuos que se exponen a riesgos sino que son evidencias del malestar social que se apoya sobre la inequidad de género.

2.3. Salud y derechos sexuales y reproductivos

La sexualidad y la reproducción son dos dimensiones básicas del desarrollo humano. Son centrales en la vida de las personas, repercuten en las experiencias y relaciones personales y se ven influenciadas por éstas y por el contexto más amplio de la vida, que abarca las circunstancias económicas, el nivel cultural, las oportunidades educativas y laborales, las condiciones de vida, la estructura familiar, las elecciones sexuales y de género y el entorno político, social, religioso, educativo y jurídico.

El proceso reproductivo recae biológicamente sobre el cuerpo de las mujeres y en este sentido, también sus complicaciones y pesares. A su vez, está influenciado por factores sociales, culturales, políticos, por la condición socioeconómica de las mujeres (educación, vivienda, alimentación), y por factores afectivos y relacionales que las afectan de distinta manera en distintos momentos. “Los derechos sexuales y reproductivos han sido incorporados a las agendas de las políticas públicas, con más dificultad que otros ejemplos: violencia de género” (Guzmán, 2011).

La IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994(CIPD 1994) fue un hito que implicó un cambio en el paradigma: de la racionalidad demográfico/económica enfocada en lo poblacional a una agenda amplia de derechos humanos y empoderamiento de las mujeres.

Aunque con muchas falencias en relación particularmente a la sexualidad femenina (Petchestky, 2000) hubo una elevación de categoría de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en tanto se transformaron en un derecho humano básico. Asimismo, se visualizó y puso en escena la sexualidad y la reproducción como centrales en la vida de las personas.

También se instalaron y comenzaron a tener visibilidad cuestiones silenciadas y complejas como la inequidad de género, la inequidad de clase, el poder patriarcal, el poder médico, la sexualidad como fuente de placer, los derechos de las llamadas minorías sexuales, la violencia de género, la maternidad elegida libremente y el derecho al aborto y cuestionaron el poder patriarcal sobre la reproducción (Checa, 2003: 10).

La definición de salud sexual y reproductiva trasciende el enfoque tradicional de salud materno infantil, rescata la función social de la reproducción humana, a la vez que

reafirma el derecho a elegir y a disponer de opciones. Se entiende a la salud sexual y reproductiva como un proceso fuertemente asociado al desarrollo de las mujeres (La Rosa Huertas, 2004).

El terreno de los derechos sexuales y reproductivos es definido por Correa y Petchesky en términos de recursos para obtener poder para la toma de decisiones seguras y efectivas en relación particularmente a la fecundidad y a la actividad sexual y todos los temas que de ellas devienen (placer sexual, diversidad, anticoncepción, aborto, violencia sexual, obstétrica y de género, enfermedades de transmisión sexual, cáncer genito mamario, y cuidados durante el embarazo y parto).

Tal lo dicho *ut supra* la reproducción recae biológicamente sobre el cuerpo de las mujeres y es básico que ellas puedan tener el “control sobre el propio cuerpo”. Pero en un universo “mediado socialmente” (Correa, Petchesky, 1994: 99-135) además de las familias, comunidades e historia personal de cada mujer, están también los proveedores y las proveedoras de salud y cuya influencia vamos a abordar también en nuestro trabajo.

3. El contexto

3.1. Contexto histórico institucional. La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina

En líneas generales, el recorrido histórico por las políticas públicas en salud sexual y reproductiva dejan ver dos etapas: primeramente la lógica del control poblacional y, luego de las conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995), la consideración de la lógica de los derechos. Cabe destacar la coincidencia temporal de estas conferencias con el debate por la reforma constitucional en Argentina.

Aun desde la perspectiva de género, los derechos de las mujeres son interpretados y plasmados en políticas hacia lo familiar, a través de una pareja heterosexual en la búsqueda de la procreación. Se estimula la mejoría en las condiciones de salud de las mujeres para promover y mejorar las condiciones del cuerpo femenino en la consecución de una maternidad saludable implementadas a través de políticas esencialmente “materno/infantiles” (Petracci, 2006).

La República Argentina tiene históricamente una de las más bajas tasas de fecundidad de América Latina que además precede a la transición demográfica que se produjo mucho más tarde en la región (López, 2005). Este fenómeno ha sido explicado

con referencia al proceso transitado por la sociedad argentina, donde se destaca la inmigración europea y la urbanización (Pantelides, 1989). Más tarde algunas investigaciones mostraron que esta situación de tasas de natalidad bajas y crecimiento demográfico lento se acompañaban de no uso o escaso uso de anticoncepción moderna (Pantelides, 1989; López, 1994). Esto permitió inferir la alta prevalencia de abortos auto inducidos y destacó el uso de la anticoncepción tradicional: coito interruptus, método del ritmo y preservativos (Ramos, 2000).

Argentina tiene una historia que podríamos definir como restrictiva en el acceso a la anticoncepción, sobre todo si la comparamos con otros países latinoamericanos, que siendo tal vez más conservadores y menos laicos fueron considerados de interés por agencias y ONG para, por ejemplo, estudiar el comportamiento en planificación familiar de sus poblaciones o instalar pequeños programas de anticoncepción (Felitti, 2012).

Lo que conocemos, desde la década de 1980 hasta el 2005, deviene de la encuesta de fecundidad en la ciudad de Buenos Aires de 1964 (Rothman & Janvry, 1975). En 1994 se incluyeron preguntas sobre fecundidad y anticoncepción en un módulo que se adicionó a la encuesta permanente de hogares (López, 1994).

Destacamos algunos trabajos cualitativos que indagaron otros aspectos de las decisiones reproductivas como los de Balan & Ramos (1989) y Llovet & Ramos (1986). Los estudios indicaron que la inexistencia de políticas públicas en relación a anticoncepción permite inferir que es una cuestión de mercado y que, como tal, fueron las clases más acomodadas quienes tuvieron acceso a estas novedades (Balan & Ramos, 1989).

Las primeras iniciativas de organización de servicios de anticoncepción en instituciones públicas datan de principios de la década de 1970. Estas iniciativas fueron llevadas adelante por interés individual de algunos profesionales de la salud y financiadas casi siempre por la industria farmacéutica y por la Asociación Argentina de Planificación Familiar, filial argentina de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) (Felitti, 2012).

A mediados de los '70 se plasmó en la política la ideología pro natalista del Estado argentino. El gobierno de Isabel Perón con su Decreto 659 de 1976 dispuso la prohibición de las actividades de planificación familiar y restringió la venta de productos medicinales anticonceptivos. Estas medidas fueron luego reforzadas por el decreto (3938/1977), esta vez del gobierno militar, que además de intenciones pro natalistas tenía aspiraciones de “reconstrucción moral de la sociedad argentina”.

La ya débiles y escasas iniciativas en relación a servicios de anticoncepción se vieron severamente afectadas por estos decretos y los servicios de salud pública estuvieron ausentes por 10 años en la prestación de este servicio a la población.

Lentamente, la recuperación de la democracia marca un hito fundamental en la aparición de leyes y políticas públicas en el área de los derechos sexuales y reproductivos. En 1983 Argentina sale de una feroz dictadura cívico-militar que había comenzado en 1976. Entre los avances visibles se derogan los decretos 659 y 3938, en 1986 se ratifica la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), y en 1988 se crea el Programa de Procreación Responsable en la ciudad de Buenos Aires (Pecheny, 2005).

A partir de este momento el debate de los derechos y la salud reproductiva se hizo público y desde mediados de los '90 (post Cairo y Beijing) muchas provincias crearon sus propias leyes y programas (Petracci & Ramos, 2006).

Recién en el año 2002, luego de innumerables debates en los que la Iglesia Católica fue un oponente importante para su aprobación, se logra sancionar la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y formaliza la incorporación en la agenda de las políticas públicas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En consonancia con los lineamientos internacionales esta ley busca garantizar una sexualidad sana y sin riesgos durante todas las etapas de la vida y la procreación responsable, como la posibilidad de elegir libremente cuántos hijos tener y con qué intervalo entre cada uno. Considera también imprescindible evitar embarazos no planeados y disminuir los abortos en condiciones de riesgo y la mortalidad materna.

La ley también se propone garantizar el acceso de toda la población a información sobre los métodos anticonceptivos y a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en general, no solo anticoncepción.

Las regulaciones y las políticas públicas en la Argentina se fueron adecuando a los debates y a las necesidades de la población y podría considerarse que hubo grandes progresos en el área, teniendo en cuenta que el Estado tiene una enorme deuda con sus ciudadanos/as en ese sentido.

Hoy el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ha llevado adelante acciones importantes para mejorar el acceso de las ciudadanas y ciudadanos a los métodos anticonceptivos, y aunque existen programas en la mayoría de las provincias, muchas de las acciones de políticas públicas en salud sexual y reproductiva

tienen gran dependencia del Estado nacional en lo referente a campañas, la existencia de líneas de información (0800saludsexual), la producción de guías y protocolos de atención, la provisión de insumos y las capacitaciones a proveedores.

A pesar de los progresos, persisten problemas con la calidad y la accesibilidad, a partir de barreras impuestas por los sistemas de salud, particularmente por sus proveedores (Capuccio, Niremberg, Pailles, 2016). Las bases de estas barreras incluyen, entre otras, el desconocimiento de las legislaciones internacionales, nacionales y provinciales, una concepción limitada de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los proveedores de salud en general. Esto último podría explicarse por la ausencia de mecanismos de control del cumplimiento de leyes nacionales y provinciales. Existe también escasa formación en la temática salud y derechos sexuales y reproductivos en las carreras de ciencias de la salud y no se considera el enfoque de género como contenido transversal.

Además de la escasez de monitoreo y evaluaciones en general, tampoco se usa la perspectiva de género para esto y para los diagnósticos de situación, en los diseños y en las soluciones que se implementan en las políticas y programas (Meng, 2004).

En relación a las/os usuarias/os de los sistemas de salud, la pobreza y marginalidad y la inequidad de género contribuyen a las escasas nociones de autocuidado y derechos humanos.

3.2. Contexto e historia local. Neuquén: Ley y Programa de salud sexual y reproductiva

Cabe aquí hacer referencia a la creación y funcionamiento de la ley y las políticas públicas en salud y derechos sexuales y reproductivos en la zona de nuestro estudio. La provincia de Neuquén fue la cuarta provincia argentina en sancionar una ley de salud sexual y reproductiva.

Por sus orígenes e historia, la sociedad neuquina es moderna y secularizada con niveles educativos altos y con una Iglesia Católica “progresista”. A principios de los ‘90 tenía conciencia de la buena calidad de su sistema público de salud y tenía una actitud de “dependencia complaciente” con los servicios estatales en general (Taranda, 1993).

En ese momento varios grupos de mujeres constituidos localmente se acercaron al sistema de salud con reclamos respecto de las prestaciones de salud sexual y reproductiva. Hasta entonces, en consonancia con la historia argentina respecto de la

salud y derechos sexuales y reproductivos, no existía ningún programa ni ordenamiento institucional ni referencia a la temática.

Las interacciones entre el sistema de salud y los grupos de mujeres se intensificaron, y luego de la Conferencia de El Cairo se produjo una ventana de oportunidad local dada por el contexto nacional e internacional favorable y el nombramiento de una funcionaria feminista, con profesión y formación académica del área de las ciencias sociales, lo que puede señalarse como un hecho relevante dentro de la tecnocracia médico hegemónica dominante. En este contexto, en el año 1996 la Subsecretaría de Salud convocó a la redacción de un anteproyecto de ley. El grupo redactor estuvo conformado por dos ONG's feministas "Condición Femenina" y "Mujeres por el derecho a elegir", mujeres de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH), médicas y médicos del sistema de salud, y representantes de la Iglesia Católica y de la Secretaría Provincial de la Mujer (Luchetti, 2012; monografía PRIGEPP inédita).

"El anteproyecto entró por mesa de entradas en la Legislatura bajo la figura de *"iniciativa popular"* el 26 de julio de 1996, y fue retomado por dos legisladoras, quienes promovieron su aprobación al año siguiente, sin modificaciones sustanciales al texto original. Fue llamativo lo expeditivo y poco debatido de su aprobación, que se hizo en una sesión nocturna y sin la presencia de las autoras del anteproyecto" (Herceg, Zurbriggen, Trpin, Lorenzi, 2005). Un año más tarde se reglamentó y se le otorgó presupuesto para el cumplimiento de los objetivos planteados. La Ley 2222 creó, así, el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

El Programa fue formulado únicamente por representantes técnicos designados por las autoridades. No hubo participación de los colectivos de la sociedad siguiendo las lógicas tradicionales de la etapa "desarrollista" del Estado neuquino.

La formulación de dicho programa denota que el proceso de planificación no fue riguroso. Los objetivos no coinciden con los enunciados referidos a cuestiones centrales como el enfoque de género, la intersectorialidad, la interdisciplinariedad, la diversidad cultural y étnica y la participación social ya que, en su mayoría, están específicamente enfocados en la salud, y no contienen a los derechos ni a otros sectores de la sociedad. Las estrategias metodológicas son correctas en su enunciación, pero la mayoría de ellas no se cumplen en la práctica.

Los logros objetivos tampoco están evaluados ya que el programa, desde el punto de vista de la gestión y organización, carece de la definición de metas e indicadores, aunque se cita la evaluación de proceso y resultados sin dar detalles (Luchetti, 2012).

Respecto a sus logros podemos decir que los más importantes fueron simbólicos en tanto el programa y su ley se convirtieron en referentes de la temática de género y derechos sexuales y reproductivos en la zona. Pero en los últimos años se limitó a seguir los lineamientos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y dejó de tener financiación propia para la compra de insumos anticonceptivos, presupuesto que había sido otorgado por ley. Todo lo cual representa claramente un deterioro en relación a su relevancia simbólica inicial.

Hoy persisten los mismos problemas que los enunciados arriba respecto del programa y la ley nacionales. Particularmente hacemos referencia a la inexistencia de acciones para saldar la brecha percibida en cuanto al desconocimiento de derechos tanto de los proveedores como de las/os usuarias/os y la falta de mecanismos de control del cumplimiento de leyes. Asimismo, se observa una escasez de monitoreo y evaluaciones en general de las políticas y programas y no hay uso de la perspectiva de género en los diagnósticos de situación, en los diseños, en las soluciones que se implementan y en la vigilancia y la evaluación de las políticas y programas.

4. La anticoncepción

Desde que los/as seres humanos han podido regular su fertilidad se ha generado una cultura anticonceptiva donde múltiples perspectivas interactúan y se complementan.

Hay dimensiones científicas, políticas, económicas y sociales que determinan que se imponga un método sobre otro y se investigue, produzca y comercialice, y eventualmente sea comprado y/o distribuido a través de políticas públicas y luego sea usado por la gente (Balan & Ramos, 1989). Todos estos factores suelen estar atravesados por los estereotipos de género.

La anticoncepción moderna implica la participación del conocimiento médico para su utilización. A partir de esto, los Estados y sus políticas públicas en salud sexual y reproductiva, y el medio ambiente legal y social al respecto, se vuelven actores importantes (Balan & Ramos, 1989).

La anticoncepción, aún vista como una práctica médica, tiene beneficios potenciales que juegan un rol central en la generación de los derechos sexuales y

reproductivos. Permite el libre ejercicio de la sexualidad y de la capacidad reproductiva dando la posibilidad de espaciar y de planear el número de embarazos. Esto último tiene también consecuencias positivas sobre la salud de las mujeres (Cleland & Bernstein, 2006).

Proporcionar las opciones anticonceptivas a las personas en una forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige brindar los elementos para una elección informada. Sin embargo, las elecciones de las mujeres están impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales. Estas elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural; y son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios, por lo cual requieren un intercambio entre las usuarias y las/os proveedoras/as, que según sus características puede influenciar fuertemente la elección del método (Harper, 2008). Como destacan algunos autores, el enfoque basado en los derechos supone una consideración de la historia, opciones y necesidades de las usuarias, y un proceso donde se incluyen los/as proveedoras/as como promotores y garantes de esos derechos. Para que la atención responda a este enfoque se deben considerar fundamentalmente las preferencias de las usuarias así como criterios sociales de hábitos y de accesibilidad entre otros (Stubbs & Schamp, 2008).

Si ponemos en el centro de la decisión de uso de un método anticonceptivo la preferencia de las usuarias, se impone analizar las múltiples dimensiones y planos que podrían influenciar estas preferencias. Entre las dimensiones más importantes se destacan las cognitivas, las psicosociales que configuran e incluyen necesariamente a los estereotipos de género y las referidas a las políticas públicas, particularmente el acceso a los servicios y la calidad de los mismos (Bertrand, 1995), que sin dudas también los incluyen.

Dentro de cada una de éstas, se visualizan diversos planos y matices que se interrelacionan, no son fijos, cambian con el tiempo y complejizan el análisis.

El estatus social y de género de las mujeres influye las opciones anticonceptivas más allá de sus propias preferencias, así como sesga también a los proveedores y al entorno cercano. Es por ello que la categoría género adquiere una dimensión central en el análisis de las preferencias.

Las barreras sociales de acceso a los métodos son enormes. Las interpretaciones religiosas y sistemas de valores limitan la movilidad y la capacidad de tomar decisiones autónomas por parte de las mujeres y en este plano el lugar subordinado que ocupan, y

en ocasiones la escasa adquisición de capitales humanos, sociales y culturales, que generan la pobreza y la inequidad de género, afectan profundamente sus decisiones.

Los proveedores han recibido menos atención, aun cuando se reconoce su importancia como facilitadores de la política pública y del acceso de las mujeres a la anticoncepción (Shelton, 1991; Shelton, 2001; Szulik, 2002; Salem, 2006; Campbell, 2006).

Desde el punto de vista de los resultados de las políticas públicas en anticoncepción se ha incrementado la proporción de mujeres en edad fértil que usan algún método anticonceptivo y esto ha contribuido a la reducción global de la mortalidad materna que se ha observado y registrado entre 1990 y 2010. A pesar de ello, los progresos son lentos y dispares. Como sabemos, las muertes de mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio constituyen una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública, y son también un trazador infalible de inequidad entre los países desarrollados y en desarrollo (Romero, 2013).

En este sentido Argentina presenta una tendencia estancada de la razón de mortalidad materna (RMM) desde 1990 y este ritmo de descenso no ha permitido lograr el cumplimiento de la meta del Objetivo del Milenio 5 (ODM 5). El objetivo planteado era reducir para el año 2015 en un 75% la razón de mortalidad materna; es decir, llegar a una razón de mortalidad materna de 13 por 100.000. La razón alcanzada fue de 32 por 100.000 (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación, 2015).

En relación a la región en estudio la situación es similar y los datos de los últimos años muestran una RMM de 24 por 100.000 (2008/2012).

4.1. Necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA)

El concepto de necesidades insatisfechas de anticoncepción ha sido acuñado por las agencias de cooperación internacional a los fines de poder medir la cantidad de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que no están usando ningún método anticonceptivo aunque no deseen tener más hijos o con deseos de posponer su maternidad. Tradicionalmente este indicador se ha medido solo entre las mujeres casadas o en unión de convivencia, dejando fuera de cualquier estimación a quienes no estando en pareja desean posponer o evitar la maternidad y tienen vida sexual activa,

particularmente las más jóvenes y adolescentes. Adicionalmente, indica un sesgo importante en cuanto a las evaluaciones sobre estas necesidades en los varones.

El concepto de Necesidades Insatisfechas de Anticoncepción (NIA) es importante en nuestro análisis porque destaca a las mujeres en riesgo de tener un embarazo no planeado y porque dentro de este concepto y su estudio se incluyen todas las dificultades que tienen las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficaces según su estatus social, de género, etnia, edad y otros. Aunque el uso de anticonceptivos en todo el mundo creció de 54,8% al 63,3% entre 1990 y el 2010 y la necesidad insatisfecha de planificación familiar disminuyó del 15,4% al 12,3%, en el 2015 (falta el otro año de referencia), 233 millones de mujeres no tendrán acceso a una planificación familiar moderna, según un informe global publicado en *The Lancet* (Alkema *et al*, 2013).

En los países en vías de desarrollo alrededor de 222 millones de mujeres entre 15 y 49 años que desean posponer o detener la reproducción, no están usando ningún método anticonceptivo (IPPF and Guttmacher Institute, 2010), aunque el nivel NIA ha decrecido ligeramente.

En Latinoamérica y el Caribe, donde el uso de anticonceptivos es relativamente alto, las necesidades insatisfechas son de alrededor de un 22% (OMS nota descriptiva 351/2013).

Se han ensayado muchas explicaciones para tratar de entender el embarazo no planeado y las necesidades insatisfechas de anticoncepción (Langer, 2013) pero una de las más importantes se relaciona al poco control que las mujeres tienen a lo largo de su vida sobre su propia sexualidad y fecundidad, en relación al rol social subordinado y a la contribución que hacen a la sociedad que las rodea.

Se calcula que la vida reproductiva dura unos 35 años, durante los cuales una mujer debería estar atenta y controlar su fertilidad, esto siempre y cuando cuente con los capitales humanos, sociales y culturales que le permitan ejercer ese control como un derecho esencial. A su vez, que se desarrollen en una sociedad que a su alrededor genere políticas públicas que le permitan acceder a los medios que se requieran para controlar su fertilidad y tener también una sexualidad elegida libre de coerción y violencia.

Los estudios acerca de las razones para no usar un método anticonceptivo hechos en esas dos últimas décadas del siglo XX encontraron que la falta de conocimiento

sobre los métodos y los temores a los efectos colaterales y riesgos para la salud fueron una razón prevalente especialmente en Latinoamérica (Bongaarts & Bruce, 1995).

Una revisión bibliográfica de encuestas a mujeres en edad reproductiva realizada en 2007 en países en vías de desarrollo (Hussain & Sedgh, 2007) muestra que la falta de conocimiento de los métodos ha declinado y prevalecen los temores a efectos colaterales y daños; también aparecen como razón la poca frecuencia de relaciones sexuales y la lactancia. Los mismos autores, reportan recientemente que las razones más frecuentes para no usar un método fueron la actividad sexual infrecuente y el temor a riesgos y efectos colaterales tanto en mujeres conviviendo en pareja como en las que no (Segdh & Hussain, 2014).

Muchos de estos estudios cumplen el objetivo de mostrar el riesgo desproporcionado de tener un embarazo no planeado, que tienen las mujeres más jóvenes, sin estudios, pobres o que viven en áreas rurales. Estos estudios son útiles para ver patrones y tendencias, son en su mayoría encuestas de demografía y salud (Bongaarts, 1995), y representan un promedio que permite ver algunos aspectos de los motivos para adoptar o no un método anticonceptivo, pero no han tenido en cuenta cuestiones como el contexto en el cual se toman las decisiones reproductivas y elementos trascendentes para su evaluación como la perspectiva de género, la realidad socioeconómica, la pobreza, la educación, el empleo, ruralidad y otras medidas subjetivas como el bienestar, la satisfacción y el empoderamiento.

Además del uso de estos diseños cuantitativos descriptivos poblacionales como las encuestas, se han hecho muchos estudios cualitativos examinando las barreras al uso de métodos anticonceptivos; aunque tienen como limitación el estar restringidos a un área geográfica, han identificado temas claves para su estudio. Uno de ellos es una revisión sistemática de 23 bases de datos que encontraron 12 trabajos cualitativos que reunían los criterios de inclusión y que estudiaban las limitaciones de las mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo para acceder a métodos anticonceptivos (Williamson *et al*, 2009).

En estos estudios se evaluaron: a) Conocimiento del riesgo de embarazo y acceso a los métodos, b) Preocupaciones en relación a los métodos, c) Influencia de su compañero sexual, d) Influencia y presiones sociales, e) Estatus social.

La revisión reporta poca percepción del riesgo de embarazo, falta de conocimientos o conocimientos erróneos, temores infundados en relación a efectos colaterales de los métodos y sobre todo a la infertilidad posterior al uso de

anticoncepción, temor a la desaprobación social, presiones, coerción y violencia de género para no usar método por parte de los compañeros sexuales.

Sin duda los estudios cualitativos son un aporte sustancial a nuestra habilidad para comprender las motivaciones más profundas de las mujeres para no usar métodos anticonceptivos.

4.2. El dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método de contracepción barato, seguro, altamente efectivo y reversible (Weir, 2003). El uso a largo plazo es altamente efectivo en relación a su costo (NICE, 2005). Es una muy buena opción anticonceptiva para gran número de mujeres, permite ser usado en la lactancia, en fumadoras o en mujeres con riesgo cardiovascular. Se puede insertar post parto y post aborto, puede usarse como anticonceptivo de emergencia y requiere pocos controles de parte de la usuaria y de los proveedores (ESHRE, Capri Workshop Group). Adicionalmente, no interfiere con la espontaneidad de las relaciones sexuales y da autonomía y confidencialidad a sus usuarias (FSRH, Faculty of Sexual and Reproductive Health Care Guidance).

Actualmente el DIU es el 2° método más prevalente de planificación familiar en el mundo después de la esterilización tubaria. Esto se debe a que se usa ampliamente en grandes países como China, Corea, Egipto y Vietnam. El 60% de las usuarias están en China (d'Arcangues, 2007).

A pesar de las potenciales ventajas y de que existen programas que lo proveen en forma gratuita, se reporta baja utilización de este método, aun en regiones en vías de desarrollo como Latinoamérica y El Caribe, donde hay una alta incidencia de embarazos no planeados, abortos inseguros, y muertes maternas (Salem, 2006).

Los datos de la Argentina aportados por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSYR, 2013) indican que 9,2% de las mujeres argentinas usan DIU frente a 51% que usa métodos hormonales y 30% que usa métodos de barrera. Además, el DIU se encuentra entre los insumos de la canasta básica de métodos anticonceptivos entregados gratuitamente por el programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR), y las obras sociales y prepagas deben cubrir el 100% de su valor.

Más allá de las barreras al uso de métodos en general, en relación a la anticoncepción intrauterina se agregan dos cuestiones que la hacen particular: se trata de

un dispositivo que se introduce en el cuerpo de las mujeres; esta maniobra debe ser realizada por un proveedor calificado. Por ambas razones podrían aparecer, probablemente con más fuerza que en otros métodos anticonceptivos, algunas cuestiones relacionadas al cuerpo de la usuaria y a su contexto y otras relacionadas también al bagaje contextual de los/as proveedores.

En otro plano, muy importante al momento de decidir, el hecho de depender de una maniobra de inserción realizada por de un proveedor calificado, le agrega particularidades ya que aumentaría la asimetría usuaria/proveedor.

4.3. Las mujeres y el dispositivo intrauterino: conocimientos, percepciones y representaciones de género

El DIU una vez insertado, no depende de la adherencia diaria y ello se suma a la efectividad propia del método. Además, garantiza autonomía y confidencialidad, y una muy larga duración. En contraste, la efectividad de los anticonceptivos orales y los métodos de barrera dependen en mucho de su uso correcto y consistente.

Los expertos opinan que este tipo de métodos al no requerir adherencia diaria, ser naturalmente muy efectivo y tener larga duración pueden tener un rol muy importante en ayudar a disminuir el número de embarazos no planeados a nivel poblacional (NICE, 2005).

Aun así las mujeres usuarias de cualquier método anticonceptivo requieren de una elección libre e informada ya que la satisfacción con el método y su éxito dependerán en mucho de la motivación, relacionada con el conocimiento y percepción adecuada sobre el método. Muchos estudios señalan la relevancia de la información en la elección, satisfacción y continuación de un método anticonceptivo (Sekade-Kigundu *et al*, 1996; NICE, 2005). En 37 de 71 países con datos de encuestas demográficas de salud o de SSYR el DIU era el método moderno menos conocido o el 2° menos conocido luego de la vasectomía entre las mujeres casadas en edad reproductiva. En países de África sub Sahara y Haití menos de la mitad de las mujeres conocían el método (IPPF/WHO, 2001).

Los datos de la Argentina (ENNyS Argentina 2004/2005) indican que el DIU era el 3° método anticonceptivo más conocido después de los anovulatorios orales y el preservativo.

Estos datos se actualizaron con la ENSSYR (Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) en el año 2013. El trabajo da cuenta de que el DIU sigue siendo el 3° método más conocido luego de los anovulatorios orales y el preservativo, el 62,8% de las mujeres y el 37% de los hombres de entre 14 a 59 años lo conocen. En la región patagónica el conocimiento es un poco mayor, con un 73% para las mujeres y un 43% para los hombres.

Sin embargo cuando vemos su prevalencia de uso esta alcanza apenas al 9,2%, mientras que los anticonceptivos hormonales alcanzan una prevalencia nacional de uso del 51%. Sorpresivamente se reportan menos mujeres usuarias que en la ENNyS 2005, teniendo en cuenta que se han realizado algunas acciones para mejorar el acceso, desde el punto de vista programático.

En nuestro país y en otros países en vías de desarrollo muchas mujeres conocen el DIU pero tienen percepciones negativas respecto de él. Mucho de lo percibido está basado en hechos tales como el dolor en la inserción, el aumento del sangrado y el dolor menstrual, pero muchos otros se basan en mitos como el temor al embarazo, a la migración del dispositivo a través del cuerpo, a que debe usarse solo en las que ya han tenido hijos, o las posibilidades de embarazo con el dispositivo y sus efectos sobre los fetos y recién nacidos (Sekade-Kigundu *et al*, 1996; Alnakash *et al*, 2008).

También existen otras percepciones erróneas acerca del mecanismo de acción: que es abortivo, que aumenta el riesgo de infecciones, que provoca embarazos ectópicos. Las mujeres lo asocian también a la infertilidad y el cáncer. Es de destacar que algunas de estas percepciones erróneas son compartidas y sostenidas a lo largo del tiempo por los proveedores (Mishell Jr *et al*, 1995).

Los conocimientos de las mujeres acerca del DIU, encontrados en la bibliografía, fueron “modestos”: la mayoría no sabe acerca de su seguridad, efectos colaterales o cuáles son las candidatas ideales para usarlo. Muchas mujeres contestan que no saben pero la mayoría de las respuestas suelen ser “no estoy segura” (Madden, 2011). Como es de esperar, las usuarias actuales o ex usuarias tuvieron un mayor conocimiento que las no usuarias (Forrest, 1996).

También digno de destacar es la gran subestimación de su efectividad como método anticonceptivo y una sobreestimación de la efectividad de otros métodos como el condón y los métodos hormonales, sobre todo la píldora (Frost, 2012).

4.4 Aceptabilidad/Adherencia/Satisfacción

El concepto de “aceptabilidad” de un método anticonceptivo ha sido sujeto a revisiones y debates a través de los años. Primariamente se sostuvo que la aceptabilidad era una cualidad que hace que un objeto, persona, evento o idea, sea atractiva, satisfactoria, agradable o bienvenida. Las críticas a esta definición fueron que hacía depender la aceptabilidad solo del producto (en este caso la aceptabilidad dependía del tipo de anticonceptivo) (Heise, 1995; Sekade-Kigundu *et al*, 1996).

Más tarde se visualizó como un conjunto de atributos percibidos de diferentes maneras más o menos aceptables, según el entorno cultural.

La aceptabilidad del método elegido es fundamental para que la usuaria lo use correcta y consistentemente a lo largo del tiempo. Si este atributo no se cumple lo más probable es que lo discontinúe (NICE 2005). Es compleja de determinar y está influenciada por muchos factores. Algunos estudios muestran variables centrales en la aceptabilidad de los métodos como el nivel de efectividad y la duración, la reversibilidad, la fertilidad posterior, la confidencialidad y privacidad que otorga y por último los efectos colaterales y complicaciones (Lori, Heise, 1995). Estos atributos de los métodos interactúan dinámicamente con las percepciones de las mujeres en relación a su cuerpo y salud y su relación con los proveedores y el sistema de salud.

Los estudios muestran que la información de las usuarias, particularmente en efectos colaterales y riesgos y sobre todo su seguridad anticonceptiva es central para la aceptabilidad y adherencia (Sekade-Kigundu *et al*, 1996; Steiner *et al*, 2003).

También lo es la influencia de los proveedores en la aceptabilidad sobre todo en un método que es altamente dependiente de una maniobra de inserción y de cierto nivel de entrenamiento. Las opiniones, capacitación y conocimientos de éstos influenciarán fuertemente la elección del método (Comerasamy *et al*, 2003).

Cuando se mide específicamente, la satisfacción de las usuarias con DIU es muy alta incluso cuando se la compara con otros métodos (Forrest *et al*, 1996).

4.5. Los varones y el dispositivo intrauterino: conocimientos, percepciones y representaciones de género

La medicina y la demografía, disciplinas que han estudiado los procesos reproductivos, no han analizado en general el rol de los hombres. Muchas de las interpretaciones los identifica como actores que “apoyan” los procesos (anticoncepción,

aborto, trabajo de parto, embarazo, consultas) y este apoyo es visualizado como una contribución a la mejoría de la salud de las mujeres y los hijos (Figuroa-Perea, 1998).

En relación a la anticoncepción los estudios suelen visualizar a los varones como “obstaculizadores” de la misma o como “facilitadores”, pero no como seres participantes activos regulando su propia fecundidad. Esto último, sin duda, es posible el día de hoy solo con el uso de preservativos o la vasectomía.

En relación al método que nos ocupa sin duda el rol masculino se verá acotado porque se trata de un método femenino.

Existen pocos estudios específicos en relación a los hombres y el DIU; la mayoría son acerca de los conocimientos de éstos sobre el dispositivo. Como vimos, en Argentina, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva indagó sobre el conocimiento de los hombres (de 14 a 59 años) acerca del dispositivo intrauterino y un 37% manifestó conocerlo.

Un próximo trabajo tal vez deba teorizar en las negociaciones de mujeres y hombres previas a la elección del método, interiorizándose en las dimensiones que incluyan al poder.

4.6. Los proveedores de salud

En este apartado nos referiremos a los/as médicos/as ya que en nuestro país son los únicos que realizan las maniobras de inserción del DIU, aunque éste puede ser recomendado por otros proveedores.

Los proveedores individuales desempeñan un papel central en el asesoramiento, suministro, inserción y remoción de los dispositivos intrauterinos.

Contemplaremos aspectos de los proveedores que de alguna manera influyen en lo que recomiendan en relación a la anticoncepción y cómo estas recomendaciones llegan a las usuarias en una interacción compleja, desigual y atravesada por estereotipos de género. Los aspectos contemplados centralmente son el conocimiento y configuración de la práctica médica en general y algunos datos de la realidad local.

El DIU es un método particular en cuanto al importante rol que tienen los proveedores de salud; estos a través de la consejería se relacionan con su elección y su uso depende en última instancia de una maniobra de inserción realizada por un proveedor/a entrenado.

Sus actitudes influyen en si las usuarias optan por los dispositivos y en cómo los usan (Bertrand *et al*, 1995; Shelton, 2001; Szulik *et al*, 2002).

Se han identificado y descripto varias categorías de barreras atribuibles a los proveedores (Shelton, 2001; Espey *et al*, 2002). Entre ellas podemos citar las barreras a la elegibilidad, el sesgo del proveedor (opinión negativa sobre el método), el proceso retrasado innecesariamente, la competencia del proveedor para realizar las maniobras requeridas, las contraindicaciones desactualizadas e inapropiadas y el manejo inapropiado de efectos colaterales (Speizer *et al*, 2000; Stanback *et al*, 2001).

Argentina tiene una fuerte cultura médico-hegemónica. Las actividades de planificación familiar son realizadas como una actividad médica exclusiva ya que el equipo de salud participa escasamente.

Los estudios en este sentido hacen referencia a los conocimientos y habilidades de los proveedores, pero hay otras preguntas que deberíamos hacernos: ¿Qué es lo que determina las prácticas de los proveedores? ¿Quiénes son? ¿Cuáles son sus necesidades y motivaciones? ¿Cuáles son sus opiniones y actitudes? ¿Cuál es la cultura médica que influencia estas prácticas? ¿Cuál es el contexto social en el que proveen los servicios? ¿Cuál es el compromiso personal con su trabajo?

Por último, ¿cómo todas estas variables son atravesadas por la categoría género?

El trabajo de Shelton (2001) resalta aspectos que podrían contestar algunas de estas preguntas:

- **Aspectos del carácter humano en general:** se refiere a que, como seres humanos, todos tenemos una historia, una familia, etnia, género, religión, vecinos, comunidad, etc., además de necesidades, valores, orientación política, gustos y disgustos, miedos, supersticiones; todo esto influencia las opiniones y actitudes como sujetos/as y como trabajadores/as.

- **Aspectos de la cultura médica:** el campo de la medicina tiene su propia cultura, que influencia fuertemente a la mayoría de los trabajadores de la salud. Todos se ven influenciados por la “cultura médica”; ésta, con algunas diferencias, regionales y siempre casuales, es casi universal, y se caracteriza por: fuerte sentido de la jerarquía, conservadurismo, alta prioridad para los procedimientos técnicos, tendencia a aislar al personal de la clientela, dándose prioridad para tomar decisiones a solas con los/as clientes/as.

En la cultura médica argentina hay, además, actitudes corporativas. En este caso nos referimos a ginecólogos/obstetras quienes desde sus organizaciones científicas

(Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires -SOGIBA- y Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia -FASGO) promueven la idea de ser los únicos preparados dentro del equipo de salud para realizar las actividades de consejería y entrega de anticoncepción, por encima de otros miembros, como médicos generalistas, enfermeras, obstétricas y agentes de salud comunitarios. Sin embargo a la hora de realizar las actividades específicas suelen argumentar falta de tiempo para dar solución a las demandas en planificación familiar de la población y particularmente para dar una buena consejería.

La categoría género sin duda atraviesa la cultura médico hegemónica.

La medicina ha sido una profesión eminentemente masculina hasta hace unos años, a partir de los cuales se observa una radical feminización de la misma. Este es un dato importante a la hora de mirar las diferentes formas de atención médica que tienen mujeres y varones.

En nuestro país, se muestra claramente este fenómeno en los datos que proporciona el MSAL. En el grupo etáreo que va de los 50 a los 65 años se visualiza una preponderancia masculina en la cantidad de médicos varones cercana al doble, a partir de los matriculados de 49 a 40 años hay una pequeña preponderancia femenina y entre los 39 a 25 años la diferencia alcanza al doble a favor de las mujeres (Abramzon 2004).

En cuanto a los estudiantes de medicina la proporción actual es 60/40 mujeres/hombres en la mayoría de las facultades públicas de Medicina (Navarro Pérez 2015).

En otro sentido también las relaciones de género tienen un valor muy importante en la construcción histórica del conocimiento y la práctica médica. Muchos de los estudios han demostrado que mujeres y hombres conducen la consulta de manera diferente. Las mujeres dedican más tiempo promedio a cada consulta, indagan más aspectos psicosociales, la opinión del paciente y sus expectativas, así como tienen tendencia a usar recursos instruccionales, consultar a otras/os colegas y hacer hincapié en actividades preventivas. Aparecen como menos dominantes y dan participación a los/as pacientes en las decisiones relacionadas a su salud (Rotter, 2001).

Los médicos varones hacen más énfasis en aspectos puramente biológicos y clínicos de la enfermedad en cuestión (Roter, Hall, Aoki, 2002).

Estos y algunos otros aspectos diferenciales en el estilo de práctica médica han sido evaluados como “naturales” de las mujeres más que como habilidades técnicas y

profesionales, además de destacar un mayor compromiso con su trabajo (Delgado Sánchez, 2003).

Podemos decir que la buena comunicación médico/paciente se relaciona con alta adherencia a las recomendaciones y mejora los indicadores de salud física y mental (Rotter, 2003).

Por último cabe agregar que en el conocimiento y la práctica médica hay elementos sexistas en las políticas y programas, particularmente los de anticoncepción. Hay una normatividad medicalizada que sostiene estereotipos y una búsqueda de impactos demográficos que como mínimo ha desincentivado la presencia de los hombres en los procesos reproductivos (Figuroa-Perea, 1998).

- **Aspectos referidos a la elección del trabajo:** al elegir este tipo de trabajo, una persona puede estar influenciada por cosas positivas como la ética del trabajo, altruismo, competencia técnica, disposición para la solución de problemas, auto eficiencia, capacidad de organización, y propensión a la buena comunicación con los/as usuarios/as. Pero también sus motivaciones pueden ser tan variadas como: monetarias, intereses de crecimiento en la estructura jerárquica, posición social, control, reconocimiento de sus pares y superiores, apreciación de sus pacientes, etc.

A pesar de la preponderancia femenina actual en la profesión médica se visualiza una configuración relacionada a los estereotipos de género en cuanto a las especialidades que desarrollan en su práctica.

Las especialidades clínicas son ampliamente elegidas por las mujeres (verbigracia: Pediatría, Dermatología, Clínica médica, Medicina general y Psiquiatría) y las especialidades quirúrgicas (Cirugía, Traumatología) por los hombres, a excepción de la Ginecología y Obstetricia que, aunque siendo quirúrgicas, tienen un predominio de mujeres, tal vez porque su objeto de cuidado son específicamente las mujeres.

Esto de alguna manera representa una segregación y se visualiza la existencia de la división sexual del trabajo, porque quedan para los hombres no solo las especialidades que más prestigio social tienen, sino también en las que se gana mejor (Delgado Sánchez, 2003).

En este sentido, se ven menos mujeres en los cargos de autoridad en gestión como jefas de servicio y directoras de hospitales o de prestigio, como conducción en sociedades científicas, o en lugares académicos de alto nivel, como jefas de cátedra, decanas, etc.

También se transparenta cómo organizan sus trabajos los hombres y las mujeres según los estereotipos dominantes (las mujeres médicas priorizando sus responsabilidades atribuidas al rol de madres y cuidadoras, retrasando sus promociones laborales por embarazo parto y puerperio y tareas de cuidado) (Delgado Sánchez, 2003).

Ejemplo de lo dicho *ut supra*, en cuanto a las mujeres ginecólogas que son mayoría en la Argentina (Navarro Pérez, 2015) y como tal son mayoría en su participación en las sociedades científicas, es el análisis de las presidencias de la más prestigiosa y antigua de las sociedades científicas de Ginecología y Obstetricia de la Argentina, la SOGIBA, que tiene registro en su página web de sus presidentes desde el año 1908 hasta la fecha. En 107 años la presidencia de esta sociedad fue una sola vez ejercida por una mujer, en el año 2007.

Estos aspectos de la división sexual del trabajo seguramente influyen sobre los estilos de atención dominante, sobre todo en las áreas de Salud y Derechos sexuales y reproductivos y particularmente en las políticas y programas de anticoncepción.

- **Aspectos relacionados al control y confort del ambiente laboral:** a pesar de que los programas y gestores de éstos son los responsables de la planificación en la provisión de servicios y su calidad. Los proveedores también tienen una fuerte influencia en el ambiente laboral, y muchas veces la accesibilidad de las/os usuarias/os está amenazada por la comodidad y el control que estos ejercen sobre la extensión de los horarios de trabajo y la organización de éste según sus preferencias, para hacerlo cómodo y previsible. También ejercen control sobre el volumen de trabajo. Es casi universal que los centros de salud estén atestados de trabajo en las mañanas y con un sistema de turnos que obliga a largas esperas; pocos usuarios son vistos por la tarde, aunque el horario publicado y programado así lo indique (Katz *et al*, 2002).

- **Aspectos relacionados a los conocimientos, habilidades y prácticas:** en relación a estos aspectos la bibliografía es mucho más abundante. En los países desarrollados hay numerosas encuestas que enfocan el tema desde el conocimiento y los mitos de los proveedores incluso desde la calidad de la bibliografía que consultan (Stubb *et al*, 2008; Madden *et al*, 2009; Black *et al*, 2010).

Se encuentran también importantes referencias que contribuyen a perpetuar actitudes negativas de los proveedores, sobre todo médicos.

En una comparación entre libros de texto americanos e ingleses para estudiantes de medicina, se detectó que claramente se resaltaron las desventajas y complicaciones, aun las más raras, y se minimizaron las ventajas, incluida su efectividad. También hubo

importantes inexactitudes acerca del mecanismo de acción y errores y concepciones falsas respecto de los riesgos de su uso, especialmente en los textos americanos (Espey *et al*, 2002).

En un estudio realizado para evaluar la calidad de la información existente en internet para profesionales de la salud y para mujeres con acceso a esta herramienta y su impacto en las elecciones contraceptivas se vio que la información está amplia y fácilmente disponible, pero tiene errores y falsas concepciones, sobre todo respecto a los riesgos de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad (Weiss *et al*, 2003).

Siguiendo en esta línea cuando vamos a la bibliografía que realiza encuestas a médicos u otros proveedores de DIU en búsqueda de sus conocimientos existe amplia coincidencia en el tipo de errores y falsas concepciones respecto de mecanismos de acción, riesgos y beneficios e indicaciones y contraindicaciones (Harper *et al*, 2008)

En Argentina, si bien las revistas locales son escasas y las referencias al DIU en ellas también, existe información relevante, de buena calidad metodológica y accesible (NICE 2005; Grimes 2007; FFPSHC 2007; OMS 2009). A su vez, la Cochrane Library tiene 11 revisiones sistemáticas (evidencias nivel I) sobre el DIU y situaciones relacionadas a ellos, que derriba muchos mitos y provee información confiable a los proveedores.

En la actualidad la producción más importante al respecto, porque provee información relevante, actualizada y de calidad es la *Guía Práctica para Profesionales de la salud para el uso de métodos anticonceptivos* (Guía MSAL, 2012) generada por el programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Ministerio de Salud de la Nación, con un equipo técnico del propio programa y en coordinación con Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA).

En un estudio realizado por la autora en el año 2013 se buscó describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de salud, en relación al DIU, para caracterizar los determinantes de su promoción y oferta y las posibles barreras al mismo. Se aplicó una encuesta a proveedores de salud de la misma región de estudio de esta tesis. No se constataron importantes brechas en el conocimiento y la opinión de más del 80% de los proveedores acerca del DIU fue muy favorable, sin embargo más de la mitad de ellos había insertado menos de 10 DIU en el año y más del 10% no había insertado ninguno. También se visualizó poco aprovechamiento de intervenciones validadas por la evidencia como de alta adherencia y efectividad, como la inserción en

mujeres que no han tenido hijos, en el post parto, post aborto y como anticoncepción de emergencia.

Sin duda estos resultados en apariencia contradictorios enriquecerán este trabajo de investigación permitiendo indagar cualitativamente a los proveedores acerca de este fenómeno

5. Preguntas, Hipótesis y Objetivos

5.1. Preguntas

¿Cuáles son los conocimientos, percepciones y representaciones de género de las mujeres y hombres del conglomerado urbano Neuquén/Cipolletti respecto de la anticoncepción intrauterina (DIU) y qué relación podrían tener éstas con la elección o no del método?

¿Qué influencia tienen los proveedores de salud y sus propias representaciones de género en la elección por parte de una mujer de la contracepción intrauterina (DIU)?

5.2. Hipótesis

Por tratarse de un dispositivo que se coloca en el interior del cuerpo de las mujeres, específicamente en el útero, un órgano cuya función es la nidación de un embrión y el desarrollo de un feto, y con un rol relevante en el parto, las representaciones de género, los conocimientos y percepciones de las mujeres y sus compañeros, asociadas a su presencia, determinarían fuertemente las preferencias.

Al depender el uso de la contracepción intrauterina de una maniobra de inserción, o sea de la participación activa de un proveedor de salud entrenado, los conocimientos, vivencias y las representaciones de género de éstos, sumados a la asimetría de poder en la relación médico/paciente tendrían una fuerte influencia (probablemente mayor que en otros métodos) en la elección libre e informada.

5.3. Objetivos

1) Conocer y caracterizar los conocimientos, percepciones y representaciones de género de las mujeres y hombres del conglomerado urbano Neuquén/Cipolletti sobre la anticoncepción intrauterina y relacionar éstos con la elección o no del método.

2) Conocer y describir las representaciones de género de los proveedores de salud en relación a la anticoncepción intrauterina y su influencia en la recomendación e inserción de un dispositivo intrauterino.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo de tipo cualitativo con mujeres, varones y proveedores de salud de la ciudad de Neuquén y sus alrededores para comprender sus opiniones y actitudes respecto del dispositivo intrauterino y su influencia en la recomendación o adopción del método. Este estudio fue realizado por la tesista desde agosto de 2014 hasta agosto de 2015.

6.2. Técnicas de recolección de información

Para responder el 1° objetivo se realizaron entrevistas individuales semi estructuradas a mujeres y varones mayores de 18 años que vivían en la ciudad de Neuquén y sus alrededores previo acuerdo y consentimiento informado. Para responder al 2° objetivo se realizaron dos grupos focales, con proveedores de salud involucrados en la recomendación y/o inserción de anticoncepción intrauterina en el mismo conglomerado urbano.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora y los grupos fueron coordinados por una moderadora de experiencia en el manejo de grupos. La investigadora se mantuvo en segundo plano y estuvo a cargo de la grabación observación y toma de notas para el análisis del evento.

6.3. Entrevistas

Se indagaron los conocimientos, saberes, vivencias, creencias y formas de actuar, respecto del DIU, de mujeres, hombres y proveedores de salud que cumplieran con los requisitos de ingreso según lo expuesto en el apartado de población y muestra

Con respecto a las representaciones de género se definieron como imágenes o creencias adquiridos a lo largo de la vida acerca de cómo debería ser un hombre y/o una mujer y de cómo deberían comportarse en general en relación a la anticoncepción, y en

particular respecto del método (DIU), la decisión de uso, la inserción o el uso efectivo y/o la discontinuación.

Las preguntas se estructuraron en tres ejes: ¿qué sabe?, ¿qué cree?, ¿qué hace o qué querría/debería hacer?

Se indagaron tres momentos que son claves: la decisión, la inserción y el uso y/o discontinuación del método. Se cree que estos tres momentos son subjetiva y sustancialmente diferentes en cuanto a la información que puedan aportar. Por ejemplo, en el momento de la decisión puede que la historia familiar con respecto a la anticoncepción (experiencias de madres, hermanas, etc.), los conocimientos y los estereotipos de género tengan un peso relativo muy grande. En el momento de la inserción, la experiencia de las pares podría relacionarse al dolor y al pudor en la consulta ginecológica, haciendo palpable la asimetría de poder entre el médico y la usuaria. En cuanto al uso efectivo/discontinuación se indagaron la existencia de temores y sensaciones subjetivas generadas por “un cuerpo extraño en el cuerpo”. La discontinuación del método es un momento sumamente importante para indagar, por su relación con los deseos de maternidad propios y de “otros”, también los estereotipos de género respecto de la opinión de la pareja sobre el método y la tolerancia a algún efecto colateral, versus un embarazo no deseado. El caso específico de la discontinuación solamente se indagó en el grupo de ex usuarias.

6.4. Grupos focales

En los grupos focales se buscó identificar aspectos subjetivos del colectivo de proveedores de DIU (ginecólogos y obstetras, médicos generalistas y eventualmente obstétricas) en relación a los estereotipos de género y su relación con este método anticonceptivo. Se trató de captar el ámbito simbólico de su sentido común y cultura dominante con respecto al método que nos ocupa y analizar la influencia de éstas en la recomendación y provisión del DIU.

Se realizaron cuatro nudos de conversación: en el 1° se les solicitó que conversen acerca de ellos/as mismos/as como usuarios/as de métodos anticonceptivos. En el 2°, acerca de ellos y ellas como médicos/as que recomiendan métodos anticonceptivos y sus opiniones y percepciones sobre el DIU. En el 3° nudo de conversación se les planteó una situación hipotética para que conversen acerca de ella y en el 4° nudo se les presentaron los resultados de una encuesta a proveedores de la zona

que fuera contestada por muchos/as de ellos/as para que opinen e interpreten los mismos subjetivamente.

6.5. Criterios de inclusión

Objetivo N° 1: la unidad de análisis fueron mujeres y hombres mayores de 18 años que vivían en la ciudad de Neuquén y alrededores. Se incluyeron todos aquellos que, hecha la propuesta, aceptaron ser entrevistados en los ámbitos citados. Antes de la misma y previa información pertinente se invitó a firmar un consentimiento informado que se adjunta.

Objetivo N° 2: la unidad de análisis fueron los grupos de profesionales de la salud que estaban habilitados por competencias profesionales para recomendar y/o insertar anticoncepción intrauterina en su práctica profesional habitual, en el área descripta para el estudio.

6.6. Criterios de exclusión

Los únicos criterios de exclusión para el estudio fueron una edad menor a la requerida de las participantes y el deseo de no participar del mismo.

6.7. Población accesible muestreo

En las entrevistas se incluyeron mujeres y varones mayores de 18 años (sin límite de edad superior) que vivían en la ciudad de Neuquén y que aceptaron ser entrevistados previa aplicación de un consentimiento informado. El muestreo fue no aleatorio y en las mujeres se tuvo en cuenta los criterios de:

- usuarias actuales o anteriores de DIU
- no usuarias de DIU

Se estimaron no menos de 4 entrevistas por cada segmento definido, entre 12 y 18 mujeres y entre 8 y 12 varones.

La muestra fue no aleatoria a partir de empleados y empleadas administrativos de la Universidad Nacional del Comahue, y del Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén y de la sala de espera de dos centros de salud de la ciudad de Neuquén (Sapere y San Lorenzo Norte).

En los grupos focales se invitó a participar a profesionales de la salud que estaban habilitados por competencias para recomendar y/o insertar anticoncepción intrauterina en su práctica profesional habitual (generalistas, ginecólogas/os, obstétricas), tanto del ámbito público y privado. Los grupos se conformaron con un mínimo de 5 y un máximo de 12 participantes. Se invitó en cada caso tratando de que estén equilibrados los representantes de los grupos por especialidad y por ámbito laboral (público/privado).

Se realizaron dos grupos focales: uno de varones y uno de mujeres.

6.8. Análisis de los resultados

El material obtenido de las entrevistas en profundidad y los grupos focales se transcribió y convirtió a documentos de Word. Posteriormente fue reducido, codificado manualmente y agrupado en categorías según un código común de respuestas. Luego se interpretaron las voces más significativas. Se sistematizó la información para realizar un análisis descriptivo de todas las categorías contenidas.

7. Descripción y análisis de los principales hallazgos

7.1. Entrevistas en profundidad

Se realizaron en total 37 entrevistas semi-estructuradas: 26 correspondieron a mujeres (13 eran usuarias y ex usuarias del DIU y 13 nunca habían lo habían usado) y 11 a varones.

Tabla 1 Edad Entrevistadas/os

	Usuarias DIU	No usuarias	Varones
Numero	13	13	11
Edad promedio	44 (60-27)	31 (50-30)	35 (50-25)

Como resultante del proceso descrito, se identificaron y consolidaron tres categorías: conocimientos, percepciones y representaciones de género para cada una de las categorías de entrevistados (mujeres usuarias y ex usuarias de DIU, mujeres que nunca usaron el DIU y hombres).

Entonces nos realizamos las siguientes preguntas:

En referencia a los conocimientos: ¿Qué y cuánto sabe y de donde viene lo que sabe?

En relación a las percepciones: ¿Qué cree? ¿Cómo actúa? ¿Qué hace? ¿Qué orientación global tiene su conducta?

Con relación a las representaciones de género: ¿Qué cree? ¿Cómo interpreta o reacciona? ¿Se sostiene el sentido común que recrea inequidades de género?

Luego de este análisis las categorías que surgieron como recurrentes se amalgamaron con conceptos teóricos de los/as distintos/as autores.

7.1.1. Resultados: conocimientos

En esta sección se presentan los resultados ordenados según las técnicas de recolección de información y los ejes temáticos. Se reporta primero el análisis de las entrevistas, independientemente si fueron mujeres usuarias o no o varones y posteriormente los resultados de los grupos focales.

Cuando nos preguntamos “qué y cuánto saben” vimos que la mayoría de los/as entrevistados/as de las tres categorías conocían el método al momento de realizar la entrevista. Sin embargo, los conocimientos sobre el DIU parecen, en general, escasos e imprecisos respecto de su cómo es o dónde se coloca y no se observaron muchas diferencias en el nivel de conocimientos entre las usuarias y ex usuarias y quienes nunca usaron el método aunque estas últimas reconocen no haber visto un DIU.

Así que la primera vez que me puse uno me pusieron uno de bronce, ¿puede ser? (Alba 61 ex usuaria)

Sabía que no iba a poder tener hijos, que con eso iba a estar bien porque es un método anticonceptivo. (Andrea 37 ex usuaria)

No sé nada. Que se pone en las trompas me parece. (Romina 23 no usuaria)

Que es una forma de anticoncepción, ... eh... que es como un tubito que te meten por la vagina y... no mucho más que eso. (Eugenia 31 no usuaria)

Conozco que existe. No he visto, eh... en persona digamos, un DIU. Nunca lo he visto. (Luisina 30 no usuaria)

Sí, lo tengo presente pero nunca lo ví ni se me ocurrió. (Daniela 30 no usuaria)

Ni idea... es para cuidarse. (Romina 22 no usuaria)

Los varones, si bien lo han escuchado e identifican como método anticonceptivo, comparten en general, el desconocimiento que relataban las mujeres.

Dispositivo Intra-Uterino. Lo único que sé es su denominación, digamos. Pero no muchas cosas más. No sé cómo se pone, realmente... que tamaño tiene... no tengo idea. (Laureano 25)

¡Ah! Que... No yo porque no... no sé, como que no... nunca estuve muy... pendiente ni investigué... sobre cada... cada método ¿no? Como que son las pinzas las que van hasta... las trompas ¿no? Algo así. (Matias 32)

Pero sé que es menos invasivo para el cuerpo de la mujer. Como que tiene menos consecuencias, digamos. No sé. (Maximiliano 31)

Sin embargo, algunos varones, con edad mayor a 30 y con educación secundaria o mayor pudieron dar precisiones sobre el método y hasta proponer un mecanismo de acción del anticonceptivo.

Creo que es un buen método, bien controlado y desmitificando la cosa que es con la que lo va a usar que no es ni abortivo, etc., una cantidad de cosas que están en la cabeza de todos. (Carlos 41)

Es un dispositivo intrauterino, lo entiendo como una especie de preservativo para la mujer, algo que va dentro de la vagina de la mujer o del útero, no sé muy fisiológicamente como es... impide, digamos, que el semen logre su cometido de fecundar, eso es lo que yo sé del DIU. (Francisco 42)

Bueno sé que DIU significa dispositivo intrauterino, es un artefacto anticonceptivo que se coloca dentro del útero de la mujer. Por lo que tengo entendido el DIU lo que hace es absorber o que se peguen los espermatozoides a él y que no lleguen a fecundar el óvulo. (Luciano 30)

Cuando nos preguntamos de dónde viene lo que saben y qué dice, según el origen del conocimiento.

Se categorizaron como fuente de conocimientos a las propias experiencias vividas, a la educación formal, a las informaciones procedentes de lo que otras personas piensan. En este ítem consideramos útil discriminar a la información procedente de los proveedores de salud porque se les asigna un peso particular, de la procedente de la comunicación social y la observación.

A pesar de estas categorías definidas para el origen de la información, lo que se visualiza y es bastante lógico que esté, es la presencia de múltiples fuentes en cada uno/a de los/as entrevistados/as, combinadas de distintas maneras en cada persona. Predominan la educación formal en los hombres y la información proveniente de otras personas, sobre todo las madres y los/as proveedores/as de salud en las mujeres tanto usuarias y ex usuarias como en las que nunca usaron el método. Hay muy pocas referencias a los medios de comunicación social.

En relación a las propias experiencias vividas no se ven conocimientos muy profundos o formales acerca del DIU. Tampoco se observa una diferencia muy notable en el tipo y profundidad del conocimiento entre las mujeres que lo usaron y las que no lo usaron.

Me lo mostraron como era el aparatito como una "S", con pelitos colgando en la punta y eso me lo colocaron en el cuello de útero. (Miriam 54 ex usuaria)

Hubo solo dos referencias a efectos indeseables del Dispositivo

Bueno yo me lo coloqué, en los meses y después las menstruaciones empezaron a ser más prolongadas, me venía como mínimo una semana, diez días y tenía muchos dolores. Y así lo aguanté pero no mucho. (Miriam 54 ex usuaria)

No lo pudo usar. No lo aceptaba el cuerpo, que se yo, necesitaba un DIU especial en forma de T y tampoco le funcionó. (Nicolás)

En general las mujeres no refirieron la educación formal como fuente de conocimiento sobre el DIU. Los varones sin embargo, casi en su totalidad hicieron referencia a la educación formal como fuente de conocimiento y varios de ellos hicieron referencia a los talleres de educación sexual que se daban en los años 90 en las escuelas primarias y secundarias de la provincia de Neuquén.

Me acuerdo de los talleres del secundario y en la Facu. (Fernando 40)

Y esa información la fijé en el primario creo, en los cursos de sexualidad. En séptimo grado o quinto grado, de ahí me acuerdo. (Laureano 24)

Y más o menos porque ví algún gráfico, me contaron... si, en el colegio, me mostraron. (Matías 32)

Lo que sé... es de talleres de sexualidad que tuvimos en finales de la primaria y durante la escuela secundaria. (Maximiliano 32)

Las/os entrevistadas/os también refieren a pares, allegados y familiares, particularmente las madres, como fuentes de información.

Si usted entrevistara a mi mamá, ella le diría maravillas del DIU si, para mí a favor porque ella nunca se quejó, al contrario, estaba muy maravillada con el DIU muy agradecida que inventaran algo. (Miriam 54 ex usuaria)

Y mi mamá me dijo: “relajáte y usá DIU”. (Ana 30 usuaria)

Creo que lo traigo desde mi mamá. Porque mi mama hoy tiene 64 años y lo usó mucho tiempo. (Andrea ex usuaria)

Los proveedores de salud son también una referencia importante de información, especialmente para las mujeres. Cabe destacar que en este caso, las mujeres reportan connotaciones predominantemente negativas, sobre todo las no usuarias.

El ginecólogo me advirtió que no lo aconsejaba antes de tener hijos porque traía ciertos problemas, no me acuerdo bien que era, pero no lo aconsejaba. Igual yo insistí y me lo puso. (Estela 62 ex usuaria)

Fui y le pregunté al ginecólogo y me dijo... mmm no, no para vos no. (Eugenia 30 no usuaria)

Mi ginecólogo no me dio demasiadas explicaciones porque él no me lo recomendaba para mí. (Aluminé 36 no usuaria)

Por último, se hace referencia a información obtenida de boca en boca, del sentido común. En este caso, se identifica al DIU como un método poco confiable para evitar un embarazo, con sus desventajas.

Yo tenía dudas, la mayoría de los cuentos es: “ah no, yo me quedé embarazada con el DIU”. (Miriam 49 usuaria actual)

Si lo conocía, inclusive tenía como mala prensa del DIU, que decían: que te quedas embarazada con el DIU. (Delia 60 ex usuaria)

Lo que yo observo en la realidad es que el común se deja llevar con el “no que mi vecina se quedó embarazada con el DIU”, entonces eso ha generado un miedo. (Marcela 40 usuaria actual)

Yo creo que hay ideas de que no funciona correctamente o que no es tan efectivo como otros métodos anticonceptivos. (Luciano 30)

Conozco demasiados casos o por lo menos en mi entorno cercano, incluso hermanas de Silvia que se han quedado embarazadas con DIU, lo cual no me generan confianza estos anticonceptivos a mí. (Paco 42 años)

Y si he escuchado malas experiencias con respecto a eso, más que nada que es doloroso, que es incómodo, he escuchado gente que se lo ha tenido que sacar porque le quedó mal. (Aluminé 36 no usuaria)

En los testimonios sobre el boca en boca también aparecen fantasías respecto a la presencia de un cuerpo extraño o “rechazo” que puede tener el cuerpo.

Por ahí lo que había escuchado era el rechazo que por ahí podía llegar a tener el cuerpo con el DIU. Por ejemplo mi mamá me contaba que ella lo expulsó, entonces desde ahí... (Gloria 27 usuaria actual)

Que lo rechazás, se te cae, se te pierde... de todo. (Delia 60 ex usuaria)

¿Es medio raro no?, tener una cosa de metal... (Ramiro 25)

También en estas versiones que circulan socialmente hay referencias a la presencia de los hilos o “pelitos” que pinchan o molestan a los hombres que se experimenta como un potencial problema.

Si he escuchado del tema de que el hombre no prefiere el DIU porque dice que siente los pelitos que quedan ahí. (Nicolás 35)

Por ahí esto de los famosos hilitos que son muy largos o que por ahí pinchan, entonces bueno, esto... (Carlos 41)

Hay alguna referencia al embarazo con DIU respecto a cómo nacería un bebé.

Tenía miedo que le nazca el bebe del DIU. Teníamos miedos, porque yo le decía que en Chile se veía que algunos lo tenían en la carita, los bebes nacían con el DIU en la carita, por eso le decía yo. Y cuando nació lo mirábamos. (Olga 60 años)

De esta primera dimensión referida a conocimiento y cómo este influye en la elección del método, puede decirse que la dimensión cognitiva es central al momento de elegir un método, sobre todo en lo que refiere a percepción de si se cuenta con “poca” o “mucha” información así como a la calidad de los conocimientos que podrían idealmente desactivar mitos y creencias que desalentaran el uso. De las entrevistas, en general, puede decirse que la información que poseen es escasa y poco precisa, independientemente de la experiencia de uso. Y aquí el espectro va desde no saber acerca de la forma del dispositivo, hasta cuál sería el potencial mecanismo de acción. Más específicamente, se destaca en esta dimensión la escasa confiabilidad que reportan sobre el DIU acerca de su eficacia anticonceptivo y los mitos que suele reportar la literatura (“duele”, “le pinchan los hilos durante las relaciones”, “se puede ir a cualquier lado”. La escasa confiabilidad viene de la mano de experiencias de “otros” y no necesariamente de la de las/os entrevistadas/os.

Pero además, para que el uso del DIU sea posible se requiere además de intención y decisión por parte de la usuaria y una maniobra de inserción realizada por otro que participa necesariamente; esto requiere de un esfuerzo consciente que otros métodos no necesitan

Por último, resulta un hallazgo del trabajo las diferencias observadas entre varones y mujeres respecto de la fuente de información. Como se indica, los varones

reportan la educación formal como fuente mientras que las mujeres hacen referencias al boca en boca de otras mujeres (amigas o familiares) y en ocasiones a los prestadores de salud, Esta diferencia podría atribuirse a algunas diferencias en la escolaridad formal de los grupos o a cierto sesgo de recordatorio –para las mujeres termina teniendo más importancia el reporte de uso de otras mujeres, por ejemplo- pero para concluir sobre este punto se deberían hacer otras indagaciones.

7.1.2. Percepciones

En este apartado nos preguntamos qué creen mujeres y varones acerca del DIU para eventualmente entender cómo estas creencias afectan las decisiones que se toman sobre el método.

Como puede observarse a partir de los testimonios, las percepciones están “moldeadas” en relación a la experiencia o no de uso y por ello presentamos los testimonios de forma separada.

Las usuarias o ex usuarias reportan confianza y refutan con su propia experiencia, los mitos o creencias de otros.

Lo que yo observo en la realidad es que el común se deja llevar con el “...que mi vecina se quedó embarazada con el DIU”, entonces eso ha generado un miedo. Pero siempre fue un excelente método. (Marcela 40 usuaria actual)

Es que de hecho mi compañera, Gloria, que es la que se puso el DIU, tenía mucho miedo ella. Yo le dije “yo siempre usé DIU, a mí siempre me resultó”, vos te lo vas a poner con esa idea de que, lo vas a estar expulsando, porque mentalmente tenés esa idea... pero no es así. (Mariana 33 usuaria actual)

Dos factores que se relevan como clave en la percepción es la confianza en la fuente de información que tuvo antes de la decisión y el hecho que la inserción no fue una instancia dificultosa.

No para nada, confiaba en lo que me habían colocado, así que en ese sentido no, no me molesta, no tengo problemas nada... Yo pienso que eso también vale la confianza que uno le tiene al profesional, ¡porque sí no! El me venía atendiendo desde hace un montón de tiempo, me habló muy sincero. Así que no tuve ningún problema, nada, sentí como un pinchacito y listo, ya está. Nunca tuve un problema. (Miryam 49)

No me influyó nunca en nada, así que no tuve nunca problemas con el DIU porque es un pinchacito que sentís nada más con el médico nomás no para nada, confiaba en lo que me habían colocado, así que en ese sentido no. (Delia 60)

Y ahí probé, y vengo como hace diez años y cada tres años me lo cambiaba porque, él me dijo cada tres años y ¡yo soy muy puntual!, así que cada tres años yo iba, me hacia todos los controles, me sacaba uno y ponía el otro. Ninguna dificultad tuve nunca más yo. (Miryam 49 usuaria actual)

Por último, la comprobación de la eficiencia anticonceptiva es, en el relato de las usuarias y ex usuarias, un determinante importante de su percepción, aun en aquellas que relatan haberse quedado embarazadas usándolo.

Por mi experiencia ha sido muy efectivo porque a mí me sirvió, fue realmente un anticonceptivo eficaz. (Estela 60 ex usuaria)

Me deja re tranquila, porque si usara solo preservativo sería otro mambo, estaría histérica, tengo miedo de quedarme embarazada. (Ana 30 usuaria actual)

Bueno a mí me funcionó perfecto. A los cinco años me lo cambié y me puse otro, nunca me molestó, nunca se me cayó, o sea nunca nada. No me quedé tampoco embarazada. (Delia 60 ex usuaria)

Lo usé y me lo saqué para ir teniendo mis hijos. Creo que es el mejor. (Marcela 40 usuaria actual)

Si, lo he usado. Es el único método anticonceptivo que he usado desde que empecé a cuidarme. Es el único, creo que este es el tercero que me pongo. Tuve mi primer hijo y me puse el DIU al momento y después me lo saqué y ahí me quedé embarazada de la nena, me volví a colocar el otro y ahora me lo cambié, es el tercero, tenía que hacer la renovación de los ocho años. Sí, es lo único que me ha servido, porque en realidad no sirvo para tomar anticonceptivos, por una cuestión de que me olvido y era un riesgo para mí. (Vanessa 32)

Entonces cuando fui a consultar, porque no me llegaba el período, entonces estaba embarazada. No pensé cosas malas... Una vez de que hice la consulta a la doctora me explicó y volví a intentarlo, después del segundo bebé. (Andrea 37 ex usuaria)

Las mujeres que no tuvieron experiencia con el DIU tienen percepciones del DIU como un objeto extraño a su cuerpo que en cierta medida explica la no elección de este método.

Me da impresión usarlo. (Florencia 28)

Lo que decía antes... meterme algo en el cuerpo. Me da como una impresión. Sí. Como un objeto ajeno como una violencia que por ahí la pastilla no me da. (Daniela 29)

No sé, me estoy metiendo algo en el cuerpo. (Florencia 30)

También percibían al DIU como un método “definitivo” sin tener en cuenta su reversibilidad y recupero inmediato de la fertilidad. En este sentido, entendían que podía ser para otra etapa de la vida.

Pero me lo pondría en un futuro pero no ahora no sé por qué. (Romina 23)

Yo en verdad me quería poner el DIU pero nunca termino... es como que si, como... como que está ahí, no sé por qué pero como que al final no lo termino de hacer porque me parece como que es un paso, un compromiso más serio, no sé por qué, con el cuerpo... (Florencia 29)

Siempre lo tuve muy asociado a otra generación. Mi madre tiene DIU. Me daba como ligadura de trompas. Como algo más definitivo. Siempre pensé que era algo como... si no sé... cuando ya cerraste la fábrica. Siempre lo asocié a algo más definitivo que las pastillas o preservativo. (Daniela 29)

Me dio para que tome anticonceptivos y me dijo que después si quería tenía la opción del DIU... Y me dijo... que... si no tenía planeado tener hijos en el primero o segundo año después de haber tenido a ella digamos, como que... tenía que tener planificado no querer tener hijos. No sé por qué... Pero me lo pondría en un futuro pero no ahora, no sé por qué. (Bárbara 30)

También en las no usuarias, sus percepciones se han moldeado por mitos que son transmitidos desde los proveedores de salud o por mujeres cercanas que no tuvieron experiencias satisfactorias.

Si, de haber pedido ponerme un DIU no sé si iba a poder porque no se podía porque yo no tenía hijos, obvio y porque era muy chica. (Angélica 25)

Digamos yo consulté porque me interesaba saber como un método para utilizar yo. Me dijo que, en definitiva, si fuera él no lo usaría o sea que si fuera su mujer no se lo pondría, que las consecuencias de ponérselo, que podía tener sangrado, que por ahí no era tan efectivo entonces el no me lo recomendó, para nada. Entonces como yo lo desestimé, dije “bueno, ya está si tiene tantas consecuencias o efectos colaterales” y si he escuchado malas experiencias con respecto a eso, más que nada que es doloroso, que es incómodo, he escuchado gente que se lo ha tenido que sacar porque le quedó mal. Bueno pero tengo experiencias cercanas, de mis tías por ejemplo, que quedaron embarazadas con DIU. (Alumina 36)

Después también me han dicho esto de que tenías que tener hijos para poder ponértelo y que suponte, yo... qué se yo, ¿cuándo quiero tener hijos? En dos, tres años. Que cuando te lo pones para cuando te lo tenés que sacar tendría que esperar un tiempo para que se me acomode... (Eugenia 30)

En particular, las experiencias de mujeres cercanas que quedaron embarazadas hace que se perciba como un método que no es confiable.

Mi hermana se quedó embarazada con el DIU. (Mirna 50)

Era como que para mí no iba a ser nunca seguro, siempre me dio esa sensación. (Angélica 25)

Y si, el fantasma de que mi mamá se quedó embarazada de mi hermana más chica con DIU puesto... (Eugenia 30)

Mi vieja tenía un DIU aparentemente cuando yo fui ge... concebida digamos. Y... continuó con el embarazo y qué se yo. (Luisina 29)

A ella se le formó todo el... o sea como que quedó embarazada pero a la vez el bebé no estaba, y me dio miedo a mi siempre. (Romina 23)

En referencia a la orientación global de la conducta de las que nunca usaron el dispositivo. También surge del análisis que las más jóvenes (particularmente treintañeras) parecen identificar al DIU como método de “otra época” o antiguo para otra etapa de la vida. Se suma a esto la información que refieren haber recibido de los proveedores acerca de que una mujer que no ha tenido hijos no debería usar DIU. También los proveedores de salud influyen negativamente la selección del DIU porque propician la idea que la inserción es dolorosa.

Y no, no me gusta pensar en que me va a doler eso. Porque siento que me va a doler en el momento que me lo pongan y después me va a generar un dolor. (Cecilia 47)

Me hice tatuajes y me dolieron mucho. Me lo hice igual y sufrí mucho dolor realmente. De hecho fue algo, un dolor muy grande. Y entonces, eh..., estaría preparada, digamos, para usar el DIU pero me da miedo. (Carolina 33)

Por su parte los varones perciben al DIU como algo ajeno, fuera del control, y que está en el cuerpo de otras. Esto parece generar, en el mejor de los casos, curiosidad así como así como de despreocupación, pasividad, de que no les incumbe, y que no pueden hacer más que mirar o estar.

Al ser un dispositivo que va adentro de la persona a mí me parece que le correspondía más a ella que a mí, igual tampoco deben ser apreciaciones mías, igual tampoco como que me involucraba demasiado en eso pensar todo lo contrario, ser el más pro, decir: “yo la acompañaría”, se da una situación compartida y todo lo demás; pero en la práctica y en la cotidianeidad, en el uno a uno, bueno uno siempre trata como de deslindar eso. (Fernando 42)

Yo creo que si da me gustaría ver como se hace, por curiosidad. Como presenciar los partos de mis hijos, curiosidad, no puedo hacer más nada. (Carlos 41)

En vez de comprar tantas pastillas anticonceptivas, quizás iríamos a un médico, que se coloque un DIU si la otra persona está de acuerdo y... Digamos el rol del hombre es mucho más pasivo. (Maximiliano 31)

¡Ah! Que... No yo porque no... no sé, como que no... nunca estuve muy... pendiente ni... investigué sobre cada... cada método ¿no? (Matías 33)

De ponerse en el lugar de tu pareja, quizás el DIU sea una mejor opción a, a la pastilla anticonceptiva porque trae en montón de hormonas... (Julio 50)

Al igual que las referencias de las mujeres no usuarias, preocupa la sensación de falta de control sobre el método por no poder verlo y saber que efectivamente está allí. *Prefiero el preservativo, por mi propia neurosis por ahí de poder ver la protección directo si ¿es por mi neurosis obsesiva propia! Igual no me opondría, porque si ella decide usarlo y se siente más segura... (Luciano)*

Con el DIU vas, te ponés eso ahí y no sé, se te mueve o no, pasa algo y por ahí no te enterás. Y es como esa cuestión ahí de... un terreno invisible digamos. (Roberto 31)

Yo lo tendría en cuenta, todo suma, pero las pastillas creo que son... es lo que se usa ahora y eso es lo que usaría. (Laureano 24)

Aun con la expresión de extrañeza, en las situaciones más auspiciosas, acompañan a las mujeres en la decisión, revelando en muchos casos que antes no habían pensado en el DIU y la anticoncepción en general.

Y el acompañamiento, digamos, le da más fuerza, más apoyo para tomar las decisiones. He escuchado del tema de que el hombre no prefiere el DIU porque dice que siente los pelitos que quedan ahí. (Carlos)

A mí me gustaría, o sea, llegado el caso, que, lo hemos hablado con mi novia de hecho, eh... si de acompañar digamos, de estar ahí, porque es lo que te digo. Nosotros es como... ¿no nos importa! Está la mina, la chica, poniendo el cuerpo ahí para nosotros... ningún problema. No vamos a tener un niño, nada. Estamos joya nosotros ¿viste? Pero hay una persona que está todos los días con... el... o tomando las pastillas

o lo que sea que el método que sea que... hay, hay que acompañar digamos. No podemos no hacernos cargo. (Roberto 31)

7.1.3. Representaciones de género

Las usuarias y ex usuarias opinan y reflexionan desde el lugar de la experiencia ya que son quienes “pusieron el cuerpo”.

Del análisis de sus declaraciones surge que sólo una minoría pensaba que la opinión y participación de la pareja de ese momento era importante en la decisión, aunque en ningún caso esto se plasmó en lograr efectivamente el acompañamiento, al momento de la inserción.

Cuando uno está en pareja, la opinión del otro lado, del marido es importante, porque la mujer se siente apoyada un poco en las decisiones y más cuando se tiene miedo y no se sabe. Digo que la opinión del de al lado sí la necesitamos. Las mujeres necesitamos eso. Que nos digan “mirá, probá”, que nos den un poco más de confianza. (Miryam 49)

Porque si le importa la mujer se tiene que interesar por las cosas que hace la mujer, su mujer. Me imagino, pienso. Yo digo que es así. (Miriam 52)

Tendrían que acompañar un poco más. De mi parte mi marido no es de ir, yo ya estoy acostumbrada a andar sola haciéndome tratamientos, estudios. (Silvana 32)

En cambio en relación a la toma de decisión sobre cuál método usar, la mayoría no consideró importante la opinión de su pareja masculina, en una postura de autonomía, entendiendo que “naturalmente” ellos asumían una posición pasiva. Claramente aparece como una responsabilidad de las mujeres el conocer y tomar una conducta activa en relación a la anticoncepción.

El no opinaba. No, él no opina nada, lo que yo digo está bien. (Alba 61)

Yo pienso que nuestro cuerpo es de uno y nosotros tomamos la decisión si te lo van a tocar. O sea: yo te voy a dar el permiso. Entonces si yo tomo una decisión... (Vanessa 32)

Yo lo decidí, vine, me puse el DIU y después le dije. (Marcela 41)

Siempre las decisiones las tomé yo. En todo caso a mi marido le he dicho nada más, le he contado. Pero siempre he decidido yo. (Delia 60)

Por eso mismo decido yo cuidarme, porque yo podría decir “hacete la ligadura vos” pero también sé y tengo muy en claro que soy yo la que me tengo que cuidar. (Andrea 37)

Mirá la decisión de no cuidarme, en un primer momento, fue mía, directamente. Por eso me quedé embarazada. Después, de ponerme el DIU, también fue mía. (Vanessa 32)

O sea se habla igual como tema de pareja, pero la que decide soy yo. Porque realmente es así. (Gloria 27)

Aparte no se metía en esas cosas. (Miriam 52)

No, tampoco era una cosa que le interesaba, era una cosa que se sabía, compartida, pero yo al ginecólogo fui sola, siempre fui sola. (Estela 59)

Pienso que sí, que sería bueno que la acompañen a una. Mi marido es muy bueno pero él nunca me acompañó a hacer esas cosas. (Andrea 37)

También en los testimonios aparece cierta justificación de la falta de involucramiento ligada a cierta división de las tareas.

Y después, cuando me lo coloqué, fui sola a la salita también. Me hubiera gustado que me acompañe pero él no tenía tiempo. (Andrea 37)

Se quedó cuidando a la bebé. (Ana 29)

No, porque él trabajaba en el campo y... (Alba 61)

Igual él trabaja afuera, así que por ahí no coinciden los días. (Olga 60)

No porque tenía la bebe y nenas chiquitas, entonces siempre se tenía que quedar con ellas, porque yo no tenía a nadie, entonces tenía que quedarse a cuidar a las nenas. (Miriam 60)

Las mujeres sí reconocen la influencia de sus parejas varones en la discontinuación del método aunque intentan una justificación vía las molestias que la pareja sentía o los deseos de paternidad.

Y después ya mi pareja me decía que le molestaba, que le pinchaba, así que... (Mirna 50)

Ahí fue feo, porque él se atacó, pero yo estoy segura, al día de hoy, el ginecólogo poco, muy discretamente me lo dijo pero bueno, él se atacó que él sentía el DIU y entonces en las relaciones él sentía el DIU, entonces me lo saqué por eso. (Estela 59)

Y él solamente opinó cuando me saqué el primer DIU, que me pidió que no me lo pusiera enseguida porque él quería tener otro hijo, y bueno, no me puse DIU y ahí fue cuando me quedé embarazada, pero fue la única decisión que por ahí el influyó en decirme algo con respecto al DIU. (Vanessa 32)

Las mujeres que no fueron usuarias del DIU parecen preferir mayor involucramiento o apoyo de la pareja en la elección del método anticonceptivo, también como idea general de anticoncepción “de a dos”. Surgen también de los testimonios posiciones de autonomía de las mujeres respecto de las decisiones reproductivas que parecen relevantes para entender las relaciones de género que se establecen.

Muchos hombres, que yo conozco no quieren tener hijos tan jóvenes y le piden a las mujeres que se cuiden y todo. Pero en el tema del DIU yo creo que si estás en pareja te tiene que apoyar en eso, más que nada para no traer un hijo al mundo sin querer. (Angélica 25)

Se lo contaría pero no sé si preguntaría “¿Te parece bien?” o “¿Me pongo un DIU?”... Por ahí me parece que sería una pregunta si tuviera que ver con el tema del embarazo, de la planificación del embarazo. Pero hoy no influye en eso, me lo puedo sacar cuando quiero y no pasa nada... (Daniela 29)

Pero sí me parece que... o sea yo, en este momento si me lo pongo es porque estoy en pareja y me gustaría que la persona me acompañe, como que esté en ese momento... no sé por qué. Digamos, es de a dos, o sea yo me voy a poner un DIU para cuidarme de un embarazo. No sé, me parece que es importante. Más allá que la decisión final eh... la tengo yo o la tiene una persona mujer pero, para mí si es importante. (Florencia 29)

El rol del hombre, si. Mmm... bueno en mi caso personal yo tengo mi marido, mi compañero, mi novio... como se le llame. Bueno, me parece que la mujer tiene que decidir sobre su propio cuerpo y el hombre tiene que acompañar en la decisión y ¡listo! Me parece muy importante que te acompañe tu pareja porque como es una la que pone el cuerpo, es una la que sufre el dolor, si existiera, en el caso del DIU. Parece que por lo menos te acompañe... Sentir un poco de seguridad o... no sé. Un poco de tranquilidad. (Carolina 30)

Tienen que participar porque es algo de los dos. Tienen que participar ellos también, y tomar las mismas decisiones que toma una en el tema de cuidados. (Mirna 50)

Que tendrían que tener el mismo rol que la mujer digamos. Que tendría que ser una... les tendría que importar lo mismo que a la mujer. (Romina 30)

En realidad es para mí, o sea me interesaría solamente a mí decidirlo. A mí no me molestaría que me diga "no me gusta que te pongas el DIU". Él no me va a obligar, yo me voy a poner para mí, es cuidado mío. De mí, de mi cuidado, de mi persona, de mi parte íntima no decide nada. (Romina 23)

Hoy el método anticonceptivo lo elijo yo. No lo consulto, digamos. Pero bueno, cuando decidimos pasar del preservativo a la pastilla fue una charla mutua, digamos, porque había que evaluar otros riesgos además del embarazo. (Eugenia 30)

En verdad... eh... me parece que la decisión es de una que es la que decide ponerse, o sea porque el cuerpo... porque es mi cuerpo. (Luisina 29)

Con un elemento de diálogo presente, en el sentido de que el hombre sepa de qué manera te cuidás y sea algo que se converse si a él le genera alguna incomodidad.

Como que esté abierto el canal de diálogo, o sea, no de manera como autoritaria y cerrada, pero sí obvio la última palabra siempre la tengo yo. (Alejandra 29)

Bueno, me parece que la mujer tiene que decidir sobre su propio cuerpo y el hombre tiene que acompañar en la decisión ¡y listo! (Bárbara 29)

Desde la perspectiva de los varones, se establecen diferencias entre “pareja estable” y otro tipo de relaciones y como la naturaleza de la relación determina la posibilidad de asumir alguna responsabilidad o intervención en la anticoncepción. Los testimonios sostienen los estereotipos que recrean las inequidades de género en relación a la elección y el acompañamiento para la anticoncepción intrauterina.

Salvo que haya un proyecto de familia. (Fernando 40)

Yo creo que en una pareja estable, las decisiones tienen que ser de a dos, yo te hablo como hombre en pareja. (Roberto 30)

Desde que estamos juntos como pareja estable... (Carlos 41)

Y compartir con la pareja; digamos, si es una pareja ocasional es medio difícil hacer charla profunda, pero dentro de la pareja estable uno toma las decisiones en conjunto. (Maximiliano 30)

A la vez hay reconocimiento a que las mujeres “ponen” el cuerpo en la reproducción y por ello mayor peso de la decisión de ellas. Si bien muchos reconocen el peso desigual, esta actitud también convalida la pasividad de los varones: “ella decide y yo apoyo lo que ella decida”, “es su cuerpo y ella decide y yo acompaño y solo si me lo pide”.

Está bien, pero no, de una lo haría. Si me lo pidiera, obvio. Quizás no. Es muy probable que no me saliera decirselo. Y eso también por el feminismo... eso de es mi cuerpo, es mi cuerpo, es mi cuerpo... (Ramiro 24)

El método anticonceptivo implica algo más que una decisión sexual, digamos, básicamente una decisión reproductiva y eso implica una decisión de pareja. Yo digo que sí, que uno tiene que acompañar en ese momento porque: considero mucho el

esfuerzo que hace una mujer a la hora de la sexualidad y de evitar la reproducción.
(Francisco 40)

Yo también me siento con menos responsabilidad al saber que está, digamos dentro de la persona, con menos responsabilidad de decidir y de tener alguna opinión sobre eso, más allá que sean las dos personas de la teoría, hablando de la práctica concreta.
(Fernando 42)

No siento que todos los hombres tengan que hacerlo. Como te digo, la decisión la tendría que tomar mayormente la mujer y sería muy bueno que el hombre la acompañe.
(Nicolás 35)

Si, a ver. Es su cuerpo por lo tanto tendría que decidir ella que método anticonceptivo usar. Yo acompaño lo que decida. Le preguntaría, porque por ahí no se siente cómoda yendo a... por ahí quiere ir sola o con otra mujer, le preguntaría, no trataría de meterme en eso. Si considera que es importante que vaya porque es un tema de pareja y demás, bueno si, lo haría. (Luciano)

Digamos el rol del hombre es mucho más pasivo. Y es raro, es raro, es... es una hijaputez del hombre me parece también porque no, no estamos muy al tanto de lo que ocurre en el cuerpo femenino. (Laureano 24)

Tengo mi lugar ahí, pequeño. Igual sigue siendo algo que ella toma la decisión obviamente. (Roberto 30)

Nosotros es como... ¡no nos importa! Está la mina, la chica, poniendo el cuerpo ahí, para nosotros es ningún problema. No vamos a tener un niño, nada. Estamos joya nosotros ¿viste? Pero hay una persona que está todos los días con... el... o tomando las pastilla o lo que sea que el método que sea que... hay, hay que acompañar digamos. No podemos no hacernos cargo. (Roberto 30)

7.2. Los grupos focales

Los grupos focales se realizaron con proveedores de salud, separados por sexo. El grupo de varones se conformó por 6 médicos gineco/obstetras. El promedio de edad fue de 46 años con un mínimo de 36 años y un máximo de 64, En cuanto a su práctica médica, 2 trabajaban solo en el hospital público, 2 en el sector privado únicamente y 2 que trabajaban en ambos sectores.

El de mujeres se integró de 4 gineco/obstetras, 1 licenciada en enfermería, dos obstétricas y dos médicas generalistas. El promedio de edad fue de 44 años con un mínimo de 30 años y un máximo de 60.7 de ellas trabajaban únicamente en el sector público y solamente dos en ambos sectores.

El criterio de separación de varones y mujeres se basó en la necesidad de visualizar posibles diferencias de género y estereotipos que afecten las formas de hacer consejería, atender y/o indicar anticoncepción a la vez que indagar cuáles eran los sentidos circulantes y cultura general especialmente en referencia a la anticoncepción y al DIU en particular.

Los grupos fueron coordinados por una persona capacitada para tal fin y la tesista se ocupó de observación y la toma de notas.

Toda la actividad fue grabada y luego transcrita a un archivo de Word para su reducción, consolidación y análisis.

7.2.1. Resultados grupo focal mujeres

En el primer nudo temático se les preguntó cómo viven la anticoncepción como mujeres que además tienen una profesión determinada. (Ver anexo)

En este caso, varias comparten sus trayectorias anticonceptivas y las diferencias entre la formación que recibieron con la educación en anticoncepción actual. También hacen hincapié en el cambio cultural de una forma positiva y parecen rescatar para su trabajo con las mujeres, sus propias historias y vivencias.

Antes de pertenecer al equipo de salud veo sobre todo en mi familia, con mi gente, más cercanos, amigos, parientes, que hablar de anticoncepción, si vos tenías menos de 18 o 20 años era muy imposible, al menos en mi núcleo familiar.

Pero yo la diferencia que noto es muchísima y desde muy cerca porque es mi gente.

Yo particularmente que vengo de una formación ultra católica apostólica romana donde hablar de anticonceptivos era una cosa casi de malas palabras o de pecado, recién en quinto año del secundario una profe de biología se animó a decirnos.

Entonces la cuestión de anticoncepción no es solamente charlarlo con la mujer sino también con los varones.

Porque en mi casa son muy abiertos para todo pero para esto no. Por ejemplo yo tengo una prima de mi edad que a los 15 quedó embarazada, yo jugaba a la muñeca y ella jugaba con el bebé. Entonces en mi casa era así, ¿relaciones?... no. No se hablaba del tema.

Yo me fui a estudiar a Buenos Aires con 18 años y a la noche me llamaban, para ver si yo estaba durmiendo en mi casa y mi novio estaba durmiendo en su casa. Llamaban a la casa de mi novio, ¡que yo ya me había vuelto!, y así me siguieron hasta que me casé a los 23. Me volvieron loca. Ahora mis hermanos, los tres, los varones, traían las novias a la casa y con el cuarto cerrado y dormían ahí, o sea bien machista en ese sentido...

En mi caso parecía muy moderno pero de eso no se hablaba, utilizaban recursos, yo me acuerdo de mi papá, nosotros éramos relativamente chicos, los tres en la cama con mi viejo lleno de libros, el “De dónde venimos”, “El pollito” y era así. Mi mamá lo mandaba a mi papá para eso. Y después “De dónde venimos”, “Que me está pasando”, de eso sí tengo recuerdos. Pero de hablar de frente con mi vieja de eso no. Hasta que el día que yo quise irme a dormir a la casa de mi novio porque no me convenía que me trajera borracha después de la fiesta, ¡y se armó!, pero yo ya tenía 22 años... no me dejaban y yo no sabía cómo decirle a mi mamá y le decía: “yo ya inicié las relaciones sexuales” y mi vieja no era tan cerrada, ni nada.

En mi casa fue así como en la casa de XX, se hablaba a través de lo que hacía mi prima y no de lo que yo hacía, pero mi mamá no evolucionó nada en todos estos años, porque hace poco yo fui de vacaciones a mi casa y me olvidé la caja de pastillas, entonces ella le dijo a mi tía “la Lauri se olvidó las pastillas, capaz que voy a ser abuela” ¡pero ella no me iba a decir que olvidé las pastillas, esas cosas...

Varias relatan experiencias con el DIU tanto como usuarias actuales como ex usuarias reafirmando su efectividad como anticonceptivo, su confiabilidad y reversibilidad y el hecho de haber sido pioneras en algún sentido.

En mi casa cero hablar de anticonceptivos, de relaciones, de nada. De hecho recuerdo haber vivido mi primera menstruación así como de enfermedad, de haber llorado porque no sabía lo que era lo que me estaba pasando y recibir poco y nada de información. Posteriormente uno va intentando buscar información y acudí al médico, en mi adolescencia inicié mis relaciones con anticonceptivos orales por muy poco tiempo y de usuaria de DIU debo llevar 30 años por lo menos. En lo personal me pareció un muy buen método, me permitió elegir cuando embarazarme y cuando no, así que es un método en que confío.

Creo que fui precursora porque yo me coloqué un DIU sin haber tenido hijos, ¡hace años! Y fue una cuestión de salud, me asesoró, me acompañó a un ginecólogo que era el de ella y me coloco un DIU así que en realidad yo regulé con un DIU y muy buena experiencia y de hecho me los he renovado varios años, tengo tres hijos y solamente me los extraje cuando planificaba otro embarazo. Así que bueno, buena experiencia con el método, pero la verdad que es un abismo pensar en nuestras advertencias y en las de nuestros hijos hoy.

Hasta que no estuve trabajando y hasta que no fui sujeta de colocarme un DIU no había tenido una conversación particular sobre esto. Yo empecé con la anticoncepción vía oral y después inmediatamente por una cuestión de salud me pasaron al DIU, o sea yo antes de estar embarazada tuve un DIU.

En el segundo nudo temático se abordó el rol como proveedoras mujeres en relación a la anticoncepción y al DIU en particular. Las participantes hablaron de derechos, reconocieron que orientan la consejería y que influyen en la elección de los métodos. Si bien están abiertas a escuchar, no dudan en influir y resolver. En general, prima el criterio de urgencia en el uso de anticoncepción, haciendo énfasis en la no pérdida de oportunidades.

Yo hace 20 años que hago ginecología infantojuvenil y soy una convencida de que para todos los ginecólogos, todos los médicos, todo el personal de salud la anticoncepción es

una emergencia y el paciente que viene al consultorio a buscar un método anticonceptivo tiene que irse del consultorio con método anticonceptivo, tenga la edad que tenga.

Y ahora últimamente estoy fomentando el uso de DIU porque se tiende en la adolescencia a usar métodos prolongados. Antes el DIU era un cuco para los adolescentes y en este momento no, se cambió.

Les explico todo, pero en mi afán de que se vayan del consultorio con un método es como que no las dejo mucho pensar, y siempre como que indirectamente influyo, les digo “a vos te convendría” o les pregunto “¿no te querés poner el DIU ahora ya que viniste?”, entonces no es que ella se va, lo charla con su pareja, lo piensa, porque algunas ya vienen decididas pero otras no conocen nada de nada.

Yo influyo para que se vaya con algo, digamos que trato de tirar ideas...

Bueno yo mucho tiempo influí al no darle información del DIU a las nulíparas ¿por qué?, porque venía de la escuela, cuándo yo me incorporé allá por el año '92 al hospital, lo que teníamos era este mandato: el DIU a las nulíparas no. La que todavía no tuvo hijos, no.

Antes se hablaba de las infecciones, que el DIU podía provocar esterilidad, entonces había como un... no sé cuál era la evidencia y después eso se revirtió y hay otra postura, pero creo que decíamos lo que nos habían enseñado, lo que habíamos leído.

Las usuarias de DIU reconocen que su condición de usuarias las pone en un lugar de mayor comprensión y de ventaja en cuanto a sus posibilidades de recomendar o argumentar a favor del método y no parecen incómodas de compartir el hecho de que ellas lo usan. En la interacción, no desvinculan sus propias experiencias como sujetas de género y sexualidad en el momento de recomendar un método y lo ven como una ventaja. En ningún momento aparece en el discurso la posibilidad de vulnerar derechos con esta actitud claramente proactiva.

Yo si siento que a partir de que soy usuaria y de que han cambiado las recomendaciones, ahora les digo y creo que estoy influyendo. Es más, yo soy licenciada

en obstetricia, no coloco el DIU pero busco, persigo a los residentes o al que encuentro y les digo: “mirá, lo tengo acá, ahora podemos”... y se le pone y se va con el DIU puesto. Así que yo te digo que sí, desde mi lugar como usuaria, desde hace poco tiempo, no tanto como las chicas, pero sí. Y trato de que ellas lo elijan.

Cuento que hace más de once años que lo tengo, que es efectivo, les cuento mi propia experiencia y me parece que ahí aflojan también un montón de situaciones. Yo creo que también es muy diferente el diálogo que tenemos las enfermeras con las mujeres y con los varones también que por ahí otras disciplinas, pero el hecho de que ellas se sientan identificadas con vos creo que hasta relaja la conversación, y es bárbaro.

Yo en realidad empecé desde muy joven a tenerlo, entonces estos prejuicios de que previo a tener tu primer hijo no podés ponerte un DIU, yo en lo personal lo tengo totalmente descartado desde hace muchos años. Con lo cual lo puedo plantear dentro del abanico de la anticoncepción y si me preguntan... quizá influya porque una hasta con los gestos influye en las decisiones de los demás, pero no te puedo decir así directamente. En lo personal es un método confiable.

Yo también usé DIU antes de quedar embarazada y también yo creo que influye mucho en la decisión de las pacientes y siempre hay que poner al DIU como opción porque muchas ya vienen y dicen “no, porque me contaron que”, entonces empezamos a trabajar el ¿quién te contó?, si está controlado... y entonces si influyo.”

En el tercer nudo de indagación es a partir de la discusión de un caso que a continuación se transcribe:

Marcela tiene 19 años. Hace 4 años tuvo su primera relación sexual. Cuando sus relaciones son más estables va al centro de salud a buscar las pastillas anticonceptivas, también recurre al preservativo ya que a veces se olvida de tomarlas.

Desde hace 6 meses está de novia con un joven de 26 años. Como otras veces, se acercó al centro de salud y retomó el uso de pastillas anticonceptivas, aunque debido a los olvidos solicitó dos fines de semana seguido la anticoncepción de emergencia (AE) en el Hospital.

Preocupada por la reiteración del uso de AE, solicitó un turno en el consultorio de adolescentes que funciona los jueves en el Centro de Salud. La atienden Moira y Sandra, dos médicas residentes.

Cuando Marcela plantea su problema, agrega que está cansada del uso de las pastillas, que el mes pasado tuvo un atraso de 10 días y que eso le significó mucho temor de estar embarazada. Que no quiere volver a pasar por eso. Y que viene a ver qué puede hacer para no correr más riesgos, ya que el chico con el que sale pocas veces acepta usar el preservativo.

Sandra y Moira conversan con ella alternativas. En medio de la conversación, Sandra sugiere ponerle un DIU y Moira insiste que lo mejor sería que use la inyección mensual.

Esa mañana Marcela se va del Centro de Salud con el compromiso de volver la semana siguiente. Antes de irse retira unos preservativos de la caja disponible en la mesa de sala de espera.

La dinámica del grupo generó reflexiones sobre las situaciones vitales de las mujeres, de su posición, de las relaciones de pareja sin dejar de reconocer que terminan tratando a la anticoncepción como tema de mujeres. También expresaron que el sistema de salud y los proveedores no incorporan a los varones después de la niñez, tampoco en otros campos. El grupo reconoció una tensión entre la urgencia que implica la anticoncepción de una adolescente en riesgo no solo de embarazo sino de enfermedades de transmisión sexual, con una relación asimétrica con su pareja y la posibilidad de respetar derechos, dar tiempo para una decisión meditada y de abordar otros cuidados.

Acá es fundamental el preservativo, un chico grande de 26 años, si no lo usa... es de muchísimo riesgo. Después si se quiere poner el DIU se pone DIU, pero el preservativo tiene que ser obligatorio.

Hay una población que no estamos viendo y que no estamos trabajando que son los varones. Los vemos hasta los 6 años, en las visitas del niño sano; después los vacunamos. Yo siempre cuento como chiste que trabajé con un médico en San Lorenzo Norte que decía “los vemos hasta séptimo grado, después se mueren con la doble adultos puesta”, se mueren con la vacuna pero no les estamos diciendo a ellos la posibilidad y hablamos de anticoncepción como si fuera solamente un tema de mujeres, eso es una cosa.

Si está acá y tengo la posibilidad y la disponibilidad, ¿qué otras cosas tengo que esperar? Vuelvo sobre las oportunidades, sobre las vacunas. Es decir yo no le puedo decir “venite la semana que viene que te vacuno”, en esa semana pueden pasar tantas cosas... más si es una chica que ya ha estado expuesta varias veces a la anticoncepción de emergencia.

Si pero también tenés 10 días en los cuales nuevamente ella se está exponiendo al riesgo de un embarazo y además si su pareja no usa preservativos ni ella puede negociar el uso del preservativo. Quizá yo sería más insistente en que si fuera posible no pensarlo tanto por los riesgos a los que ella se está exponiendo.

Iba a decir algo similar a ella, es decir por cuantos profesionales pasa una mujer, hasta que cada uno con sus ideologías, sus formas de pensar, sus cargas culturales... hasta que la emboca, o sea vuelvo sobre lo mismo que conté antes, en vez de ser una decisión libre termina siendo una decisión del profesional que depende de lo que te guste y lo que quieras vas a decidir sobre la vida del otro. Se está generando eso.

Le preguntan a la mujer “¿cómo te vas a cuidar?”, no “¿cómo querés cuidarte?”, pero ¿cuidado desde dónde?, visto solamente desde un punto de control de la anticoncepción? o cómo vas a cuidarte en tu vida, si sos feliz, si estás contenta, si estás chocha de la vida, si tu marido te pega o no te pega, es decir me parece que estamos viendo el cuidado solamente como anticoncepción y me parece que el cuidado es mucho más amplio.

Seguir posponiendo y que cada uno que venga con su librito y le diga lo que tiene que hacer, me parece que es iatrogénico.

También el caso generó reflexiones sobre la sexualidad y el placer en el contexto de las relaciones de pareja y cómo en general, “cuidado” es cuidado de no embarazarse, de prevenir un embarazo frente a cualquier otro abordaje integral.

Yo también insisto mucho con lo que es el placer sexual, que es fundamental el placer sexual, que depende de ella y de él, de los dos, que pueden disfrutarlo al máximo, que

es lo más hermoso que tenemos y que si lo hacen de manera protegida no va a haber ningún problema.

El hijo viene cuando estás preparada, cuando encontraste un compañero y cuando los dos quieren. No porque me olvidé las pastillas o se me bajó el DIU y no me lo fui a controlar. Eso también me gusta y por eso gasto mucho tiempo y es importante, si pegaste onda cuando vinieron, quedarse la media hora o la hora que necesitás porque necesitan irse con esto claro: tu derecho de elegir cuando querés ser mamá.

Cuando le decimos cómo te vas cuidar, nunca hablamos de placer sexual, nunca hablamos de ser felices, de disfrutar plenamente su sexualidad. Asociamos la palabra cuidado con anticonceptivos y a los anticonceptivos que yo creo que son los más convenientes para vos, no los que yo te ofrezco y vos elegís. Ahí me agarra como un núcleo delirante en esto de “¿Qué le estamos diciendo?” Estamos dando una información que es sesgada, porque no damos toda la información y estamos cuidando una sola cosa que es la anticoncepción y no es la persona. Yo insisto mucho en la consulta de puerperio, que antes la hacíamos en conjunto con la de la primera vez y después decíamos son riesgos distintos, porque una cosa es tener la cabeza puesta como mamá, que tenés un montón de información y otra cosa es cuidarte a vos como mujer, que requiere otro tiempo, que es un tiempo tuyo, que es independiente de si va tu pareja o no.

Como último eje de temático se indagó la opinión del grupo sobre los resultados y conclusiones de una encuesta sobre DIU a proveedores de salud de la misma zona geográfica que fuera realizada por la tesista en el año 2013. El objetivo de esta encuesta autoadministrada fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de salud en el conglomerado de Neuquén y alrededores, en relación al Dispositivo Intrauterino, para caracterizar los determinantes de su uso correcto y difundido y las posibles barreras al mismo.

A grandes rasgos, los resultados de la encuesta mostraron que los encuestados tenían conocimientos y opiniones favorables respecto del DIU, pero estas opiniones no incidían en la baja cantidad de DIU insertados por año. La encuesta constató también una baja adherencia a intervenciones validadas por la evidencia científica, como la inserción en adolescentes, en mujeres que no han tenido hijos, en el post parto y post

aborto inmediato y como anticonceptivo de emergencia. Por último, la encuesta reveló barreras en la elegibilidad y el acceso.

Se preguntó a las participantes del grupo qué opinaban de los resultados y qué creían que estaba pasando y aparecieron dos explicaciones. Una, en relación al área de lo laboral, hace referencia a que insertar un DIU en el contexto de un consultorio de atención ambulatoria, requiere más tiempo y más trabajo, a diferencia, por ejemplo, de hacer una receta de anovulatorios orales, y sería por ello que muchos proveedores evitan o difieren la inserción a pesar de la valoración positiva. La palabra “comodidad” y “tiempo” aparecen en referencia al trabajo en los consultorios de atención ambulatoria.

Para mi es la comodidad del médico, el tiempo; es más fácil hacer la receta y no dedicarle media hora en ponerle el DIU a la paciente. Tenés que ir, buscar la caja, conseguir el DIU, preparar todo, tomarte tu tiempo. Para mi pasa mucho por el tiempo.

El factor tiempo en el consultorio es un factor predominante. Cuando uno tiene una lista de 13 pacientes y entra esta paciente que dice que se quiere colocar un DIU, el noventa por ciento no se lo pone.

A mí me da la sensación de que un poco es por el tiempo, por la cuestión de los turnos. Entonces yo opté por eso, la paciente está acá. ¿Cómo la voy a hacer ir?, si después no vuelve o vuelve embarazada.

Me parece que ahí que vengan con la menstruación es pérdida de oportunidad, es esperar a que te venga el mes que viene la menstruación y es perdida de oportunidad. Nosotros la hacemos comprar un test en la farmacia y si no está embarazada, listo, lo ponemos.

La otra explicación que encuentran a los resultados de la encuesta se refiere al área más personal. Hablan de “temores” por falta de entrenamiento y en relación a la autoestima. Las participantes indican que la falla del DIU, en cualquier sentido (embarazo, descenso, perforación, etc.) puede ser vivenciada por el proveedor como un fracaso personal, en tanto si algún otro método falla, como los anticonceptivos orales, no se vive de la misma manera, ya que no depende de ellos.

Estas vivencias que fueron identificadas como una influencia negativa a la hora de recomendarlo.

Para mí hay gente que lo pone con tan poca frecuencia que cuando coloca uno y, por ejemplo, hay un descenso, lo vive como un fracaso personal. El otro día quería poner uno yo post parto inmediato a una paciente de altísimo riesgo social... ¿y si se le desciende?, entonces esos miedos, a que se le descienda, lo viví como un algo personal.

Yo lo vivo como un fracaso personal.

Yo le puse uno a una paciente que tiene lupus, una adulta joven y lo expulsó y realmente me sentí muy traumada.

Yo creo que por un lado puede ser el tiempo y por el otro lado creo que es la falta de confianza en el método. Una cosa es decir que es un buen método y exponer verbalmente todas las ventajas y otra cosa es que cada uno de nosotros estemos convencidos y tengamos realmente confianza como para que el otro pueda confiar.

El compromiso adicional de que sos vos el que lo está poniendo y que si se le corre, se le cae, también alguna responsabilidad tenés.

La perforación es otro cuco, si bien poco frecuente, yo la viví con mucha angustia y la verdad que me trajo un miedo extra que la verdad que después de eso el otro que fui a colocar transpiré.

Me da cierta tranquilidad, no le voy a pedir ecografía todas las semanas, pero una ecografía sí.

Por último, el grupo identificó diferencias dadas por el género del proveedor. *Es que las personas que ponen DIU son pocas, los médicos varones, por ejemplo, estamos referenciando a las mujeres... pero en general casi todas estas prácticas las hacen las mujeres.*

7.2.2. Resultados grupo Focal Varones

La guía aplicada en el grupo focal de los proveedores varones tenía nudos temáticos similares. En ese sentido, el primer nudo temático se relacionó con sus vivencias con la anticoncepción y cómo la viven como varones médicos proveedores de la misma.

Es interesante constatar que aparecen “corridos” del lugar de varones usuarios de anticoncepción, como si ese aspecto de sus vidas no fuera posible contemplarlo en este espacio o como si no tuviera ninguna relación con ellos como médicos proveedores.

En lo que a mí me pasa en mi familia, tiene menos importancia, lo que yo opino para mi familia es que lo voy a usar con mi esposa y decidiremos juntos como evitamos su embarazo, por ejemplo.

Y en la vida particular también ha sido con mi compañera una decisión muy en conjunto, justamente a poco de ser papá, el tercero, yo creo que tenemos que buscar algo definitivo, yo creo que otro método ya no sería conveniente pero es un tema discutido con mi señora.

Yo creo que hay dos roles. Uno es el rol público de nuestra profesión y de la especialidad que nosotros tenemos, y un rol íntimo el cual se resuelve en la intimidad con la persona con quien nos relacionamos.

El segundo nudo temático se refirió a su rol con las usuarias frente a la anticoncepción en general. De la dinámica de la discusión se observa que algunos ginecólogos varones entienden que las mujeres no vienen a consultar las dudas sobre las ventajas/desventajas de los métodos sino que más bien arriban con la decisión tomada. Pareciera que al igual que los entrevistados varones, hasta reconocen este lugar casi pasivo en la decisión. no visualizan la fuerte influencia que potencialmente tienen sobre las usuarias, más bien lo contrario.

Por ahí vienen pacientes que dicen: “vengo a ver con qué me puedo cuidar”, hay veces en las cuales la toma de decisión de la planificación es únicamente de la mujer y no de las parejas.

A mí, el grupo de pacientes que me toca atender muy pocas veces realmente me pasa que me pregunten sobre asesoramiento del método, si en privado y de clase media, digamos. Y en general la paciente viene ya con su decisión. Pocas veces me pasa: “¿Doctor, cuáles son los métodos anticonceptivos que tengo disponible, que puedo usar?”. La paciente viene y dice: “quiero pastillas” o “quiero DIU”, lo que más te preguntan por ahí es “cuál es la mejor pastilla”, o “quiero este DIU”, pero pocas

veces pasa que preguntan con que se pueden cuidar, entonces uno ahí interrogaría sobre su situación de pareja, pero realmente son pocas veces que pasa eso.

Estoy notando eso: que la embarazada viene buscando el método definitivo, “ya quiero que me ligue las trompas”.

Y yo iba a la sala de internación a reforzar la idea de que la ligadura tubaria era una situación definitiva y me sentí ridículo porque pasaron tantas cosas para que ella tomara la decisión, que cuando yo llego, ya estaba internada, ya estaba tomada la decisión, como que estaba tratando de imponerle una cuestión personal, que no tenía nada que ver con lo que estaba pasando con ella.

Tengo la sensación de que, por lo menos mi experiencia, no sé si llegue a cambiar la convicción de alguna paciente a pesar de que, sobre todo a jóvenes, les hablo y les hablo y cuando tomaron esa decisión, me da la sensación de que la tomaron. No pude revertir una opinión. Esa es la sensación.

Hay un reconocimiento de la capacidad de influenciar si la usuaria es joven (menor de 30 años) y opta por un método definitivo.

Entonces ahí yo me tomo un tiempo más con las pacientes menores, y he tenido un buen resultado de convencerlas ahí sí con el DIU. Poner el DIU como la alternativa y garantía de eficacia de método anticonceptivo similar a la ligadura de trompas y varias veces las he convencido y se han puesto el DIU y han evitado la ligadura de trompas. Entonces les digo: “mirá lo tenés cinco años puesto y después de estos cinco años ves. Y pasá esta barrera de los 30 años y a ver qué pasa”; y bueno gratamente hay pacientes que acceden.

También dentro de este nudo temático se les preguntó si abordaban el rol del varón en la consulta. Los participantes reconocen que no es una prioridad y hasta minimizan su rol, haciendo referencia a él ante la intervención de la moderadora.

La que viene a anticoncepción es sola, como un control ginecológico.

En mi caso particular, se suele tocar y por ahí corro con la ventaja de que muchas pacientes vienen con la pareja, que es la consulta o el control pre natal, entonces ahí

tengo la oportunidad y tratamos de hablar bastante con la pareja. Lo que si noto es que generalmente la pareja está parada atrás. El varón participa bien poco; la que siempre toma la posta es la mujer y la que habla es la mujer y la que me da la sensación de que va a tomar la decisión es la mujer.

Anticoncepción, paciente sola. Esa es mi experiencia habitual. Es raro que venga... salvo alguna parejita joven, pero habitualmente es la mujer sola. Y con eso suficiente, digamos. No es que si no viene la pareja o el marido no la van a asesorar.

Particularmente, hacen énfasis en la autonomía de las mujeres si ellas han seleccionado el DIU.

Y la otra es que muchas mujeres, por lo menos cuando vienen a pedir el Dispositivo Intrauterino, piden por favor, confiabilidad y secreto cómplice de la colocación de un DIU... “porque si mi marido se entera de que yo me pongo un DIU”...

Tuve una época de bastante cantidad de DIU puestos, bastante cantidad de DIU sin complicaciones, bien aceptados y ni mención de la pareja.

Con respecto a tu pregunta del DIU, las experiencias con respecto al varón es siempre la pregunta de si me va a pinchar o molestar durante la relación sexual, pero no más allá de eso.

En el tercer nudo de indagación se presenta el mismo caso que se usó para el grupo focal de las prestadoras mujeres. La única salvedad es que en vez de ser dos prestadoras mujeres son dos varones, de modo de lograr cierta identificación con la historia.

Respecto de la actitud de los médicos, critican la indecisión frente a lo que entienden es una situación que hay que resolver pronto. Algunos notan que la adolescente mujer se va del consultorio sin anticoncepción si no fuera por los condones que se lleva al salir. En este grupo tampoco se resuelve el dilema de si hay que sugerir o resolver directamente los casos de anticoncepción.

Lo primero que se me ocurre, yo haría hincapié por un lado, por lo que significa la prevención en enfermedades de transmisión sexual y todo eso. Evidentemente, veo acá

la diferencia de edad entre uno y otro y me parece que es lo habitual en chicas muy jovencitas con su pareja de mucho más... yo colocaría un DIU.

Primero veo una chica que por lo menos tiene conocimiento de la anticoncepción y está segura por su preocupación, es consciente de que la pastilla es un método que no le va, es consciente de que hay que cuidarse, o sea es una paciente que nociones tiene. Y lo segundo es que es una paciente que recurre a buscar una ayuda y se encuentra con dos opiniones, entonces me da la sensación que se fue con más dudas que certezas, porque le tiraron “te conviene esto, te conviene lo otro” y así.

El asesoramiento de los médicos me parece que está bien. No sé si... yo sigo manteniendo esa sensación de que quizá los médicos sugirieron lo que debían pero no sé si trabajaron bien, porque ella arriba hace referencia de que al novio no le gusta usar preservativo y abajo dice “me voy y llevo preservativos”, y se va con preservativos. Justo el método que el novio no quiere usar. “y voy a volver la semana que viene”, o sea como que se fue sin que su problema se resolviera.

Si bien son capaces de ver y marcar algunos estereotipos de género como una mayor dominancia del varón mayor en la relación, al decir que esta diferencia disminuye cuando la mujer es adulta, desestiman las desigualdades de género y de poder en la toma de decisiones, a las que puede además agregarse la dada por la edad.
Pero van cambiando me parece con la edad, porque después las mujeres cuando pasan la etapa adolescente es como que empoderan de su salud sexual.

Esto de que el chico sabe pocas veces usar el preservativo es la constante y yo habitualmente insisto con la paciente de que ella tiene que hacer valer sus derechos, digamos. “o usas preservativos o no hay tu tía”, como que insisto mucho en ese aspecto.

Acá la figura masculina tiene 26 años y ella 19. Si ella tuviera 26 años... hay un sometimiento acá... solamente no es varón o mujer, sino es la etapa de la vida.

En estos testimonios también surge el concepto de “idiosincrasia”, como marca constitutiva de roles fijos para el varón y para la mujer.

Porque por un lado lo que es la idiosincrasia del varón y de la mujer en la elección de los métodos anticonceptivos, me parece que acá arrancaron con todo, el varón no quería, como que les falta orientación en el uso del método anticonceptivo, entonces por más que tengamos los métodos por ahí no están siendo usados racionalmente y la gente no sabe bien, o tiene miedo.

Ella le pone más peso al embarazo que a las enfermedades de transmisión sexual. Eso es una constante en el varón y en la mujer se está mucho más preocupada por el embarazo no planificado que...

Si el varón estuviese preocupado por el embarazo le insistiría más... “bueno cuidate con algo” o sea es como que él no usa preservativo pero tampoco le dice, bueno al menos ahí...

Al igual que en el grupo focal de mujeres, como último eje de temático se indagó la opinión sobre los resultados y conclusiones de la encuesta mencionada previamente.

En este caso, en general se mostraron de acuerdo con la contradicción entre buena opinión y conocimiento sobre el método y el escaso número de DIUs colocados.

Para mí lo que dice la encuesta es lo que siento, tengo la impresión de que yo no tengo prejuicios hacia el DIU, sino al contrario, pero si me decís “¿Cuántos DIU colocaste?”, pocos. Tengo la sensación de que pongo menos DIU que...

He colocado muchos DIU y tenemos experiencia, hemos tenido complicaciones por supuesto, pero las complicaciones graves o importantes son muy pocas. No tengo claro por qué en mi práctica habitual pongo pocos DIU.

Al mismo tiempo refieren descreer de la influencia que pueden tener en las decisiones de las usuarias, indicando que en realidad son las mujeres las que no lo eligen, en coincidencia con los hallazgos de la encuesta referida.

No quieren tener un cuerpo extraño, quieren controlar su cuerpo, entonces hablan como que ellas toman una decisión y la decisión para ellas es esa: no quieren tener algo raro en el cuerpo. No sé qué pensarán las que se lo colocan o que temores tendrán.

Se les puede decir que si ellas no quieren tener algo raro en el cuerpo pueden tener un bebe en el cuerpo, ¡que ya es bastante raro!

Pero yo no tengo miedo de poner un DIU, al contrario, insisto en colocarlo, pero el paciente es el que cuando se lo sugerís no... ¿y por qué?, “porque no” es como que desde ahí viene.

Y después en otras circunstancias creo que la decisión queda limitada a la paciente y no siempre lo elige como método.

Creo que cuando queda en la decisión de la mujer la tendencia es a no colocarlo.

Y pareciera que la adopción sólo se realizó en los casos que ellos influyeron. Pero para mí básicamente siempre está la voluntad de la paciente, la decisión de la paciente y cuando más coloca DIU el ginecólogo un poco es en este escenario que en mayor o menor medida hay cierta injerencia en las decisiones.

Yo digo, en mi percepción es eso, he trabajado en distintas circunstancias y creo que en donde más puse DIU fue en los casos en los cuales con un estilo paternalista definitivamente le impuse el método.

En consonancia con lo que opinaron las colegas mujeres aparecen los temores a las complicaciones y fallas del método y la sensación que si algo no sale bien ellos son los responsables, en contraposición con el rol que juegan con otros métodos donde la usuaria es “la que falla”. Por ello, en los casos que colocan el DIU justifican el uso del control con ecografías basado en su poca confiabilidad. Puede percibirse cierta desconfianza en el método a pesar de las evidencias bibliográficas.

Yo creo que en algunos médicos hay temores, sobre todo porque muchos ponen el DIU y después piden la ecografía, esa es la mejor forma de decir “yo tengo miedo de lo que hice” porque hace años no necesitábamos una ecografía después de poner un DIU.

Y por otro lado me parece que todos sabemos las complicaciones y los efectos colaterales que existen en todas las actividades que uno realiza como médico. Ahora,

siempre que tenemos un efecto colateral o algo, siempre y sobre todo los que tienen personalidad culposa se siente “culpa”, de que pudo haber tenido que ver, digamos.

Forma parte, por lo menos a mí me pasa, que si una mujer se embaraza con un DIU es un garrón impresionante.

Yo creo que quizá inconsciente o conscientemente uno va a tratar también de buscar el método o de influenciar a una paciente en el método que menos complicaciones le traiga. O sea si yo veo que es una paciente que puede andar bien con un anticonceptivo oral, que no va a tener problema, y por ahí le voy a sugerir no exponerla a un riesgo de yo pasar por una perforación, por más que haya colocado y tenga experiencia y el riesgo de complicarme esta, o sea las complicaciones existen, y me puede tocar, entonces si tengo una paciente que no tiene indicación precisa de tener que usar un DIU y le puedo ofrecer otra cosa y bueno yo creo que, quizá inconscientemente si es constante con las pastillas y no tiene contra indicación seguimos con las pastillas.

Si se queda embarazada con la pastilla uno no siente culpa, porque fue ella la que se equivocó. Pero yo, sinceramente, el DIU corrido es diferente al tener la duda si ese DIU está bien o no. Por ahí vos tenés razón, lo de la ecografía inmediata por ahí resta culpa a uno.

En la comparación se visualizan similitudes y diferencias entre proveedores mujeres y varones en relación a la anticoncepción en general y al DIU en particular a partir de lo observado en los grupos.

En relación al primer eje temático, la comparación muestra que las proveedoras mujeres se comprometen más desde una perspectiva personal mientras que los proveedores varones dejan translucir un escaso interés en hablar de ellos y la anticoncepción y separan claramente lo personal de lo laboral, dejando a la anticoncepción como algo meramente laboral/profesional. Es más, los varones descartaron que sus cuestiones personales en relación a la anticoncepción tuvieran que ver con lo profesional/laboral con una clara distinción entre un terreno público y uno privado.

En el segundo eje temático, las proveedoras mujeres se reconocen como proactivas en relación a la consejería anticonceptiva. Hacen primar el criterio de

urgencia de la anticoncepción sin desconocer los derechos que asisten a las consultantes y se reconocen cómodas en su influencia en la elección de métodos. En cambio los varones prefieren abstenerse de recomendar o influir en las decisiones y no pueden ver la potencial influencia positiva que podrían tener en relación a la recomendación de un método.

Al analizar el caso presentado como ejemplo, se observan las posiciones de los 2 núcleos anteriores. Por un lado, tanto mujeres como varones resaltan con diferentes estilos la necesidad de no perder tiempo en la prevención del embarazo no planeado y las enfermedades de transmisión sexual. Por el otro, si bien ambos pueden ver como las asimetrías de género y las diferencias en el poder para tomar decisiones pueden afectar la salud sexual y reproductiva, los varones desestiman las inequidades de género haciéndolas dependientes de su condición de mujer adolescente (solo de la edad). Las mujeres por su parte, reconocen como el sistema de salud “borra” a los varones y abordan con más integralidad la consejería en relación a situaciones vitales.

Tanto uno como otro grupo manifestaron la responsabilidad que deviene de la maniobra de inserción del DIU, compromiso que no sienten cuando se trata de recetar otro método anticonceptivo.

Una diferencia a destacar es que en ningún momento las proveedoras refirieron que las mujeres no eligen el DIU, en cambio los proveedores varones afirman esto y no pueden reconocer la posibilidad de su influencia proactiva a favor del mismo. Sostienen que hacerlo implicaría una actitud “paternalista” y eventualmente de vulneración de derechos para no hacerlo. Sin embargo a lo largo de toda la conversación la palabra “derechos” estuvo ausente en este grupo.

Por último, otra diferencia es que las mujeres reconocen críticamente que insertar un DIU da mucho más trabajo, insume más tiempo y conlleva un compromiso mayor, por lo que muchos/as evitan su colocación o recomendación.

8. Conclusiones

Los resultados de este estudio proveen pistas acerca de lo que termina resultando en una baja prevalencia del DIU como método anticonceptivo entre la población de mujeres.

Por un lado, y mirado desde la perspectiva de las usuarias, hay claras diferencias entre las opiniones de las mujeres usuarias y ex usuarias respecto de las que nunca lo

usaron. Las primeras lo refieren como un método seguro, confiable, que han usado en los intervalos entre un embarazo y otro, Identifican además referentes clave –otras mujeres de la familia, por ejemplo- con experiencias positivas con el DIU. En las que nunca lo usaron prevalecen mitos acerca de su escasa eficacia relacionada con historias de mujeres que se quedaron embarazadas con el DIU. Suman además la idea de que es un método “más permanente”, para parejas estables, o “antiguo” (sus madres lo usaban). En general, no hay percepción de la posibilidad de inserción y remoción del dispositivo. Al mismo tiempo, se percibe al DIU como un método sobre el que se ejerce poco control, esto es, las mujeres no pueden saber si está bien, si funciona o no, a diferencia de los que requieren intervención directa y cotidiana como los anticonceptivos orales. La necesidad de intermediación de un proveedor de salud también desalienta su elección. Estas percepciones, unidas a las de un objeto que se introduce en el cuerpo parecieran actuar desalentando el uso. Opiniones similares surgen de los varones: la idea de un “cuerpo extraño” versus una pastilla o un inyetable les parece que requiere de más exposición por parte de las mujeres. Asimismo, de distintas maneras dicen participar de la decisión aunque en todas las situaciones reconocen que es “ella” la que debe decidir y creen que tienen que acompañarla de manera particular en este caso porque es un objeto que tienen que insertarse. También se reconoce y se refuerza que la “responsabilidad anticonceptiva” recae en las mujeres, al punto que las mujeres naturalizan que los varones no estén presentes por motivos laborales.

Desde la perspectiva de las/os profesionales se reconoce que inciden en las decisiones reproductivas de las usuarias. Las proveedoras mujeres se reconocen como proactivas en relación a la consejería anticonceptiva. Hacen primar el criterio de urgencia de la anticoncepción sin desconocer los derechos que asisten a las consultantes y se reconocen cómodas en su influencia en la elección de métodos. Se involucran inclusive desde sus experiencias personales y la consejería para la adopción del DIU mientras que los varones consideran que sus experiencias y las de sus parejas no inciden en la práctica profesional. Otra diferencia observada es que las profesionales mujeres reconocen que la consejería y provisión (inserción) del DIU requiere más tiempo y dedicación que la provisión de otros métodos.

Resulta revelador que tanto en las proveedoras mujeres como a los varones, la falla del método en cualquier sentido (embarazo, expulsión del DIU , descenso del DIU) genera sentimientos de fracaso profesional a diferencia de lo que les sucede con otros métodos anticonceptivos. Se entiende que si una mujer se queda embarazada tomando

pastillas no es responsabilidad del profesional, mientras que si falla el DIU podría serlo. Esta percepción podría tener influencia en las recomendaciones que finalmente se dan a las usuarias. ,

En el análisis del caso presentado se ejemplifican algunas de las conclusiones que precedes: por un lado, tanto mujeres como varones resaltan con diferentes estilos la necesidad de no perder tiempo en la prevención del embarazo no planeado y las enfermedades de transmisión sexual. Por el otro, si bien ambos pueden ver como las asimetrías de género y las diferencias en el poder para tomar decisiones pueden afectar la salud sexual y reproductiva., los varones desestiman las inequidades de género haciéndolas dependientes de su condición de mujer adolescente (solo de la edad). Las mujeres por su parte, reconocen como el sistema de salud “borra” a los varones y abordan con más integralidad la consejería en relación a situaciones vitales.

Tanto uno como otro grupo manifestaron la responsabilidad que deviene de la maniobra de inserción del DIU, compromiso que no sienten cuando se trata de prescribir otro método anticonceptivo. Una diferencia a destacar es que en ningún momento las proveedoras refirieron que las mujeres no eligen el DIU, en cambio los proveedores varones afirman esto y no pueden reconocer la posibilidad de su influencia proactiva a favor del mismo. Sostienen que hacerlo implicaría una actitud “paternalista” y eventualmente de vulneración de derechos como argumento para no hacerlo. Sin embargo a lo largo de toda la conversación la palabra “derechos” estuvo ausente en este grupo.

Para cerrar, llama la atención que no se hayan mencionado otros mitos citados en la bibliografía como el temor a la migración del dispositivo por el cuerpo, o a que es un método abortivo.

¿Cómo seguir?

A la luz de estos hallazgos regionales se genera, entre otras, la necesidad de indagar en relación a las cuestiones deficitarias de la educación sexual formal y de comunicación social en relación a las percepciones y acceso a métodos particularmente al DIU. Es de esperar que la ESI pueda enmendar en parte estas falencias en los grupos más jóvenes.

También queda por indagar la influencia (o la falta de) del marketing de la industria farmacéutica en relación al DIU comparado con el que se ejerce con los anovulatorios orales o el implante subdérmico. Cuánto del resultado final de estas observaciones es producto de la presión de la industria en pro de determinados mensajes

o prácticas debería ser motivo de interés para mejorar las opciones disponibles para las mujeres.

9. Bibliografía

- Abramzón, M. (2005). Argentina: recursos humanos en salud en 2004. 1ra Ed Buenos Aires. OPS
- Ábalos E, Ramos S & Romero M (2010) Intervenciones en políticas y sistemas de salud. Hoja Informativa del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva
- Actas Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994
- Alkema L, Kantorova V, Menozzi C & Biddlecom A (2013) National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*, 381(9878), 1642-1652
- Alnakash AH (2008) Influence of IUD perceptions on method discontinuation. *Contraception*, 78(4), 290-293
- Balán J & Ramos S (1989) La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares. In *Documentos Cedes* (No. 29). Cedes
- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ & Angle MA (1995) Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International family planning perspectives*, 64-74
- Black KI, Sakhaei T & Garland SM (2010) A study investigating obstetricians' and gynaecologists' management of women requesting an intrauterine device. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50(2), 184-188
- Bonder G (1998) Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas*
- Bongaarts J & Bruce J (1995) The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in family planning*, 57-75
- Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN & Potts M (2006) Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in family planning*, 37(2), 87-98
- Cappuccio M, Nirenberg O & Pailles J (2006) El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Petracci, M. y Ramos, S., comp. *La*

- política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, CEDES, Buenos Aires, (Pág. 81-82)
- Cleland J & Bernstein S (2006) Planificación familiar: la agenda inconclusa. *The Lancet*, 368
- Comerasamy H, Read B, Francis C, Cullings S & Gordon H (2003) The acceptability and use of contraception: a prospective study of Somalian women's attitude. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 412-415
- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Presidencia de La Nación.http://www.politicassociales.gov.ar/odm/provinciasymunicipios/buscador_odm_result.php
- Correa y Petchesky R. (1994) Los derechos sexuales y reproductivos en perspectiva feminista, cap 8. Rg SenA Germain y I Chen editors, Harvard Univ Press
- Correa Sonia and Petchesky Rosalind (2001) “Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista.” Figueroa J, comp. *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG: 99-135
- Checa Susana (2003) Derechos Sexuales y Reproductivos. Revista Encrucijadas. UBA. Buenos Aires
- d'Arcangues C (2007) Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception*, 75(6), S2-S7
- Datos sobre la satisfacción de la necesidad anticonceptiva en los países en desarrollo. Guttmacher Institute, IPPF (2010)<http://www.guttmacher.org>
- De Barbieri T (1992) “Sobre la categoría de género. Una introducción teórica-metodológica” en Debates en Sociología N°18. PUC. Perú
- Delgado Sánchez A, Távora Rivero A & Ortiz Gómez T (2003) Las médicas, sus prácticas y el dilema de la feminidad
- Dirección General de Información del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, año 2011.Fuente: Sistema Informático Perinatal
- Encuesta Nacional sobre Salud sexual y Reproductiva. Presentación de resultados (2013).ENSSYR. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.PNSSYPR. http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_2013.pdf
- ESHRE Capri Workshop Group (2008) Intrauterine devices and intrauterine systems. *Human Reproduction Update*, 14(3), 197-208

- Espey E & Ogburn T (2002) Perpetuating negative attitudes about the intrauterine device: textbooks lag behind the evidence. *Contraception*, 65(6), 389-395
- Felitti K (2012) La revolución de la píldora: sexualidad y política en los sesenta. Edhasa
- Figueroa-Perea JG (1998) Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva Some elements for interpreting men's presence in reproductive health processes. *Cad. Saúde Públ*, 14(Supl 1), 87-96
- Forrest JD (1996) US women's perceptions of and attitudes about the IUD. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(12), 30S-34S
- Frost JJ, Lindberg LD & Finer LB (2012) Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 107-116
- FSRH. Faculty of Sexual and Reproductive Health Care Guidance (2007) "Intrauterine Contraception". <http://www.fsrh.org.uk>
- Gómez Gómez E (2002) "Equidad de género y Salud: retos para la acción". *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am. Public Health* 11(5/6)
- Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF (2006) Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4. Art. No.: CD006034. DOI: 10.1002/14651858.CD006034.pub2
- Guzmán Virginia (2011) Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la institucionalidad de género, Seminario PRIGEPP FLACSO, unidad II
- Harper CC, Blum M, de Bocanegra HT, Darney PD, Speidel JJ, Policar M & Drey EA (2008) Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 111(6), 1359-1369
- Heise LL (1995) Beyond acceptability: reorienting research on contraceptive choice. *Reproductive Health Matter for the WHO*
- Herczeg G, Lorenzi B, Trpín M, Zurbriggen R (2005) "La Ley Pcial. 2222 (De Salud Sexual y Reproductiva de Neuquén) en perspectiva: un análisis crítico sobre lo que habilita y lo que inhabilita". Trabajo final Seminario: Ciudadanía y políticas públicas de igualdad de oportunidades para las mujeres a lo largo de la vida. Especialización en Estudios de las Mujeres y de Género. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue

- Hussain R, Bankole A & Singh S (2007) Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. Alan Guttmacher Institute
- Katz KR, Johnson LM, Janowitz B & Carranza JM (2002) Reasons for the low level of IUD use in El Salvador. *International Family Planning Perspectives*, 26-31
- Lamas M (1999) “Género, diferencia de sexo y diferencia sexual” en *¿Género?*, Debate Feminista, Año 10, Vol. 20, México, edición de octubre
- Langer A & Fleck F (2013) The new women's health agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(9), 628-629
- La Rosa Huertas L (2004) “Descentralización del Sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género”, Organización Panamericana de la Salud: Unidad de Género y Salud, Washington, abril 2004
- Ley 25673:<http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley.php>
- LoCicero AK (1993) Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Social Science & Medicine*, 37(10), 1261-1269
- López EM (2005) Anticoncepción y fecundidad en la Argentina: prácticas, opiniones y políticas. Tesis Doctoral
- Llovet JJ & Ramos S (1986) La planificación familiar en Argentina: salud pública y derechos humanos. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, (38), 25-39
- Madden T, Allsworth JE, Hladky KJ, Secura GM & Peipert JF (2010) Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception*, 81(2), 112-116
- Madden T, Secura GM & Peipert JF (2011) Women's knowledge about intrauterine contraception. *Obstetrics and gynecology*, 117(1), 48
- Meng G (2004) Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género? Buenos Aires: Foro por los Derechos Reproductivos y Foro Nacional de Salud. http://www.cejamericas.org/doc/documentos/salud_sexual
- Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud (2012)<http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>
- Mishell DJ & Sulak PJ (1997) The IUD: dispelling the myths and assessing the potential. *Dialogues in Contraception*, 5(2), 1

- Navarro Perez P. Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina 2015. http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/Estudio_Demografia_Medica_Argentina_2015.pdf
- NICE National institute for Health and Clinical Excellence Long Acting Reversible Contraception (LARC): The effective and appropriate use of long acting reversible contraception Guideline (2005) <http://www.nice.org.uk/pdf/CG03fullguideline>
- OMS Ginebra (2011) Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos. Cuarta Edición, 2009
- Pantelides EA (1989) La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX (No. 41). Cenep
- Pecheny M (2005) Yo no soy progre, soy peronista: ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 25, 26
- Petchesky Rosalind (2000) “Sexual Rights: inventing a concept, mapping an international Practice” en *Framing the sexual subject*. Ed. Richard Parker *et al.* California University Press, p. 81-103. Traducido por CLADEM
- Petracci M & Ramos S (2006) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia. En *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. CEDES
- Romero M, Abalos E, Ramos S (2013) La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Hoja Informativa del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (8)
- Roter DL & Hall JA (2001) How physician gender shapes the communication and evaluation of medical care. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 76, No. 7, pp. 673-676). Elsevier
- Roter DL, Hall JA & Aoki Y (2002) Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Jama*, 288(6), 756-764
- Rothman AM & Janvry BD (1975) Fecundidad en Buenos Aires: informe sobre los resultados de la encuesta de fecundidad en el área de capital y Gran Buenos Aires, 1964
- Salem R (2006) “Se renueva la atención en el DIU: expandiendo las opciones anticonceptivas de las mujeres para responder a sus necesidades” *Population*

- Reports. Serie B N° 7. Baltimore John Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO ProjeT, febrero 2006
- Sedgh G & Hussain R (2014) Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, 45(2), 151-169
- Sekadde-Kigundu C, Mwathe EG, Ruminjo JK, Nichols D, Katz K, Jessenky K & Liku J (1996) Acceptability and discontinuation of Depo-Provera, IUCD and combined pill in Kenya. *East African medical journal*, 73(12), 786-794
- Shelton J, Angle M, Jacobstein R (1992) “Medical Barriers to acces to family planning” *International Family Planning Perspectives* 340 (8831):1334-35
- Shelton JD (2001) The provider perspective: human after all. *International Family Planning Perspectives*, 152-161
- Steiner MJ, Dalebout S, Condon S, Dominik R & Trussell J (2003) Understanding risk: a randomized controlled trial of communicating contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 102(4), 709-717
- Stubbs E & Schamp A (2008) The evidence is in. Why are IUDs still out? Family physicians’ perceptions of risk and indications. *Canadian Family Physician*, 54(4), 560-566
- Szulik D, Ramos S, Gogna M, Petracci M & Romero M (2002) La responsabilidad de los médicos ante las políticas sobre anticoncepción y aborto. In *Seminarios Salud y Política Pública* (Vol. 2002, No. 6). CEDES
- Taranda D, Ocaña M (1993) “El Estado de la provincia de Neuquén, sus políticas públicas: un ejemplo de mediación”. En: Favaro O, Mases E, Ozonas L, Taranda D, (comp.) *Estado Capital y Régimen Político*. Ed. El Espejo Neuquén. Págs. 23-48
- Weir E (2003) Preventing pregnancy: a fresh look at the IUD. *Canadian Medical Association Journal*, 169(6), 585-585
- Weiss E & Moore K (2003) An assessment of the quality of information available on the internet about the IUD and the potential impact on contraceptive choices. *Contraception*, 68(5), 359-364
- WHO Nota descriptiva N 351 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- WHO Scientific Group Technical Report Series 753(1987) Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices. Report Geneva. World Health Organization

Williamson LM, Parkes A, Wight D, Petticrew M & Hart GJ (2009) Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reprod Health*, 6(3), 1-12

Anexo

Instrumento de recolección de datos

Entrevistas individuales. Categorías definidas:

- **Mujeres**

1) **usuarias actuales**

2) **ex usuarias**

3) **no usuarias**

- **Varón**

Datos mínimos de los/as entrevistados

Nombre:

Sexo:

Edad:

Nivel educativo actual:

Pareja:

Hijos:

Usuaría actual/anterior/nunca:

Cuánto tiempo de uso cada uno:

Cuántos:

Motivo de extracción:

Ídem hombres si pareja fue usuaria o lo es actualmente:

Preguntas

Mujeres usuarias actuales o ex usuarias

En todas las preguntas se indagará sobre tres momentos: la decisión, la inserción, el uso y eventualmente la discontinuación

Qué sabe

1) Háblame de lo que sabes sobre el DIU (Ej. cómo es, cómo actúa, efectividad, problemas, ventajas)

2) ¿De dónde viene lo que sabes? ¿Cómo lo conociste?

Cómo fue/es su experiencia

3) Háblame del momento en que decidiste ponértelo (indagar la influencia de su pareja y familia de ese momento e influencia del/los proveedores y el sistema de salud, temores)

4) Háblame del momento de la inserción (Ídem)

5) Háblame de cómo fue/es tenerlo adentro del cuerpo (temores, preocupaciones y fantasías. Que, siente, que cree y cómo actúa y actuó)

6) *¿Estuviste/estas satisfecha con el DIU como método anticonceptivo?*

7) *¿Tuvo alguien alguna influencia para que decidieras dejar de usarlo?*

Representaciones de género

8) *¿Qué pensaba tu pareja del método y que actitudes tenía al respecto?*

9) *¿Qué importancia tuvo en tu decisión tu pareja en ese momento?*

10) *¿Por qué?*

11) *¿Hubo alguien de la familia o el entorno amigos o personal de salud que tuvo peso en la decisión, inserción o durante el uso o en la discontinuación?*

12) *¿Cómo? ¿por qué?*

Para mujeres no usuarias

En todas las preguntas se indagara sobre tres momentos: la decisión, la inserción y el uso

Qué sabe sobre el DIU

1) Háblame de lo que sabes sobre el DIU (como es, mecanismo de acción, efectividad, problemas, ventajas)

2) *¿De dónde viene lo que sabes? ¿Cómo lo conociste?*

Qué cree

3) *¿Tienes algún temor al método o algo de lo que sabes o has escuchado te produce temor, preocupación, rechazo? (Dimensiones a indagar decisión, inserción, uso)*

Qué hace como actúa (la persona)

4) *¿Te pondrías un DIU?*

5) *¿Por qué?*

(Dimensiones a indagar Momentos decisión, inserción, uso)

Género

5) *¿Qué importancia tendría en tu decisión para ponerte o no ponerte un DIU tu pareja en ese momento?*

6) *¿Por qué?*

7) *En el momento de la inserción es importante la presencia de tu pareja?*

8) *¿Hay alguien de la familia o el entorno amigos o personal de salud que podría tener peso en la decisión, inserción o durante el uso?*

9) *¿Cómo? ¿por qué?*

10) Suponiendo que estuvieras cómoda y feliz con el DIU, pero tu pareja te pidiera que te lo saques ¿cómo reaccionarías?

Para Hombres

En todas las preguntas se indagará sobre tres momentos: la decisión, la inserción y el uso

Que sabe sobre el DIU

- 1) Háblame de lo que sabes sobre el DIU (cómo es, mecanismo de acción, efectividad, problemas, ventajas)
- 2) ¿De dónde viene lo que sabes? ¿Cómo lo conociste?

Qué cree

- 3) ¿Tienes algún temor al método o algo de lo que sabes o has escuchado te produce temor, preocupación, rechazo?

Qué hace, cómo actúa

- 4) ¿Acompañarías la decisión/la inserción y el uso de tu pareja respecto de un DIU?
- 5) ¿Por qué?

Género

- 6) ¿Qué importancia crees que tendría tu opinión en la decisión de tu pareja para ponerse o no ponerse un DIU?, o en general ¿qué importancia tiene la opinión de los hombres/parejas en la decisión de ponerse un DIU o a la hora de discontinuar su uso?
- 7) ¿Por qué?
- 8) ¿Hay alguien de la familia o el entorno amigos o personal de salud que podría tener o haber tenido peso en lo vos opinas actualmente respecto de decisión, inserción o el uso de DIU?
- 9) ¿Cómo? ¿Por qué?

Grupos focales

Datos mínimos de cada participante

Nombre

Edad

Sexo

Profesión/especialidad

Público/privado/ambos

Preguntas para grupos focales de proveedores/as de salud

Se realizarán cuatro nudos de conversación: en el 1° se les solicitará que conversen acerca de ellos/as mismos como usuarios/as de métodos anticonceptivos. En el 2° acerca

de ellos y ellas como médicos/as que recomiendan métodos anticonceptivos y sus opiniones y percepciones sobre el DIU. En el 3° nudo de conversación se les planteará una situación hipotética para que conversen acerca de ella y en el 4° nudo se les presentaran los resultados de una encuesta a proveedores de la zona que fuera contestada por muchos/as de ellos/as para que opinen e interpreten los mismos subjetivamente.

El grupo será coordinado por un moderador de experiencia en el manejo de grupos. La investigadora se mantendrá en segundo plano y estará a cargo de la grabación observación y toma de notas para el análisis del evento.

Situación para análisis en grupo focal

Marcela tiene 19 años. Hace 4 años tuvo su primera relación sexual. Cuando sus relaciones son más estables va al centro de salud a buscar las pastillas anticonceptivas, también recurre al preservativo ya que a veces se olvida de tomarlas.

Desde hace 6 meses está de novia con un joven de 26 años. Como otras veces, se acercó al centro de salud y retomó el uso de pastillas anticonceptivas, aunque debido a los olvidos solicitó dos fines de semana seguido la AE en el Hospital.

Preocupada por la reiteración del uso de AE, solicitó un turno en el consultorio de adolescentes que funciona los jueves en el Centro de Salud. La atienden Moira y Sandra, dos médicas residentes.

Cuando Marcela plantea su problema, agrega que está cansada del uso de las pastillas, que el mes pasado tuvo un atraso de 10 días y que eso le significó mucho temor de estar embarazada. Que no quiere volver a pasar por eso. Y que viene a ver qué puede hacer para no correr más riesgos, ya que el chico con el que sale pocas veces acepta usar el preservativo.

Sandra y Moira conversan con ella alternativas. En medio de la conversación, Sandra sugiere ponerle un DIU y Moira insiste que lo mejor sería que use la inyección mensual.

Esa mañana Marcela se va del Centro de Salud con el compromiso de volver la semana siguiente. Antes de irse retira unos preservativos de la caja disponible en la mesa de sala de espera.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Consentimiento informado al equipo de investigación para la realización de entrevistas y grupos focales

*Como investigadora responsable la/lo invito a participar en el estudio de investigación que llamaremos: **La influencia de los conocimientos, percepciones y representaciones de género en la elección de anticoncepción intrauterina (DIU): un estudio regional en mujeres, hombres y proveedores de salud.** El mismo es acerca de los conocimientos y percepciones en relación al Dispositivo Intrauterino, conocido popularmente como DIU y se llevara a cabo en la ciudad de Neuquén y alrededores. Se trata de entrevistas en profundidad y grupos de discusión con mujeres, hombres personal del equipo de salud mayores de 18 años que vivan en este conglomerado Urbano, los cuales serán elegidos por conveniencia según los objetivos planteados en la investigación.*

*Dicho proyecto de estudio se enmarca en la concreción de la tesis de la **Maestría en Genero Sociedad y Políticas PRIGEPP/FLACSO** cohorte 2011/2012 para lo cual no se tiene financiamiento.*

Propósito del estudio:

el propósito de este estudio es aportar a los decisores de políticas públicas, nuevas y/o diferentes miradas que den información sobre las creencias, códigos y saberes de las mujeres, hombres y proveedores de salud de la región, en relación a la elección o no de anticoncepción intrauterina (DIU). La comprensión de estos procesos podría generar acciones o políticas tendientes a la mayor utilización del Dispositivo Intrauterino (DIU) o generar conocimientos para enriquecer la discusión de aspectos poco contemplados hasta el momento, en referencia al poco uso del DIU en nuestra región.

Procedimientos a realizar: a) entrevistas individuales

Se realizaran a mujeres y hombres seleccionados mayores de 18 años que acepten participar. Se le solicita su autorización para grabar la entrevista y tomar notas.

El tiempo estimado de cada entrevista será de entre 30 minutos a una hora. Y las únicas personas presentes serán Ud. y la entrevistadora. Se le realizarán preguntas en referencia a su conocimiento Y/o experiencias con el Dispositivo Intrauterino y se espera que Ud. hable con toda libertad acerca de ello.

Se garantiza la confidencialidad de su identidad. En el registro grabado y/o escrito solo figurará su nombre de pila, Número de ficha y datos de sexo, nivel educativo, edad y antecedentes reproductivos mínimos.

b) Grupos focales

Son grupos de discusión, que en este caso estarán formados por, médicos/as generalistas y Ginecólogos y obstétricas. En ellos se espera que Ud. Pueda opinar discutir abiertamente sobre el tema DIU de acuerdo a sus vivencias y saberes y escuchar las opiniones de los demás integrantes. Se le solicita autorización para grabar y tomar notas y no habrá registro de la identidad de sus integrantes, solo se le solicitara el llenado de una ficha con su nombre de pila y los datos de su edad sexo, antecedentes reproductivos y nivel educativo. El tiempo estimado para los grupos será de entre 90 y 120 minutos.

Riesgos asociados a la participación en el estudio: *las preguntas de las entrevistas y grupos de discusión, se relacionan con datos subjetivos, opiniones, vivencias y saberes, además de alguno respecto, su historia reproductiva. Se garantiza el absoluto anonimato de las respuestas dado que no resulta posible identificar a quien pertenece cada registro. Asimismo, nadie por fuera de este estudio tendrá acceso a la información volcada en las entrevistas y grupos.*

Beneficios de la participación en este estudio: *no hay beneficios directos para usted por su participación en este estudio. Sin embargo, se espera que sus resultados contribuyan a mejorar el conocimiento sobre la elección o no del DIU como método anticonceptivo y produzca conocimiento científico que mejore las prácticas anticonceptivas en general y con el DIU en particular.*

Devolución de la información obtenida por la investigación

Una vez que el trabajo esté terminado será elevado con dictamen favorable de su directora a PRIGEPP/FLACSO quien lo enviará a dos evaluadores externos que dictaminaran su aprobación y nota final.

Una vez aprobada la tesis será subida al sitio web de PRIGEPP/FLACSO <http://www.prig pepp.org/index.php>

Se espera que sea aceptada y recomendada para su publicación.

Se presentara en los seminarios que organiza la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue.

Alternativas para la participación: *usted tiene derecho a no aceptar participar en las entrevistas personales o en los grupos aun cuando haya firmado este formulario aceptando participar. También tiene derecho a no responder alguna de las preguntas.*

Si usted tiene cualquier duda o inquietud respecto de este estudio, puede comunicarse conmigo a:

Dra. Gabriela Lucchetti

TE: 299 154591987

E-mail: gluchetti56@gmail.com

Este estudio fue aprobado por la CAIBSH, Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos, de la Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén.

Ante cualquier duda sobre sus derechos como sujeto de investigación puede comunicarse con el Dr. Luis Justo, coordinador de la CAIBSH al correo electrónico: caibsh_nqn@yahoo.com.ar o al (0299) 449 5590 – 449 5591 int 7550. Dirección postal: Antártida Argentina y Colón, Edif. CAM 1 -CP 8300- Neuquén Capital.

Declaración de consentimiento:

He leído toda la información contenida en este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente en participar en este estudio, respondiendo a las preguntas de la entrevistadora y dando mi opinión con toda libertad en forma individual, o participando en los grupos de discusión no quedando mis datos personales registrados en ningún registro, y comprendo que tengo el derecho de no aceptar participar sin que esto afecte mi relación con la investigadora o tenga consecuencias para mí.

Firma