

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## ENCUESTA REGIONAL SOBRE DETERMINANTES DE LA OFERTA E INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO ENTRE PROVEEDORES DE SALUD

### *Regional Survey about Determinants of Supply and Insertion of the Intrauterine Device among Health Providers*

Gabriela Luchetti,<sup>1</sup> Mariana Romero<sup>2</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: El dispositivo intrauterino (DIU) es el método anticonceptivo más costo-eficiente entre los reversibles. Se reporta una baja utilización en Argentina y la región. Los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores pueden influenciar fuertemente la elección del método entre las usuarias. OBJETIVOS: Describir los CAP de los proveedores de salud en el conglomerado urbano Neuquén/Plottier/Centenario en relación con el DIU en 2013, para caracterizar los determinantes de su promoción y las posibles barreras. MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística de 335 ginecólogos, médicos generalistas y obstétricas. Se utilizó una encuesta en línea anónima. RESULTADOS: La tasa de respuesta fue del 31% (N = 103), con un 80% perteneciente al sector público. Los conocimientos fueron correctos, y hubo opiniones favorables al método. En 9 de 12 situaciones habituales planteadas, más de la mitad contestó que no lo recomendaría/insertaría. La mitad había insertado menos de 10 DIU en el año, y un 12% no había puesto ninguno. Dos de cada diez estaban preocupados por alguna de las razones indagadas. CONCLUSIONES: Los conocimientos y opiniones favorables al uso no se correspondieron con la baja cantidad de DIU insertados. Se visualizó poco aprovechamiento de intervenciones validadas por la evidencia. Se constataron barreras en la elegibilidad y el acceso.

**PALABRAS CLAVE:** Planificación familiar; Dispositivos intrauterinos; Proveedores; Barreras; Acceso

**ABSTRACT.** *INTRODUCTION:* The intrauterine device (IUD) is the most cost-efficient reversible contraceptive method. Low utilization is reported in Argentina and the region under study. Knowledge, attitudes and practices (KAP) of providers can strongly influence the choice of method among users. *OBJECTIVES:* To describe the KAP of healthcare providers in the urban conglomerate Neuquén/Plottier/Centenario as regards IUD in 2013, in order to characterize the determinants of promotion and possible barriers. *METHODS:* A descriptive observational cross-sectional study was performed with a non-probabilistic sample of 335 gynecologists, general practitioners and midwives, using an anonymous online survey. *RESULTS:* The response rate was 31% (N = 103), 80 of them working in the public sector. The knowledge was correct, and the opinions of providers were favorable to the method. In 9 out of 12 situations, more than 50% said they would not recommend or insert IUDs. Half of the people surveyed had inserted less than 10 IUDs in the previous year, and 12% had not inserted any. Two out of ten were concerned about some of the issues. *CONCLUSIONS:* The right knowledge and the favorable opinions do not correspond to the low number of IUDs inserted. There are barriers to eligibility and access, as well as little use of interventions validated by the evidence.

**KEY WORDS:** Family Planning; Intrauterine Devices; Providers; Barriers; Access

<sup>1</sup> Hospital Provincial Dr. Eduardo Castro Rendón, Neuquén.

<sup>2</sup> Centro de Estudios de Sociedad y Estado/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia", otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 10 de octubre de 2015  
**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 27 de octubre de 2016

**CORRESPONDENCIA A:** Gabriela Luchetti  
**Correo electrónico:** gluchetti56@gmail.com

**Registro RENIS N°:** IS000475

### INTRODUCCIÓN

La anticoncepción es una práctica médica, cuyos beneficios potenciales juegan un rol central en los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo el libre ejercicio de la sexualidad en ambos planos<sup>1,2</sup>. Esta práctica permite a las usuarias la posibilidad de espaciar y planificar el número de embarazos con seguridad y eficiencia, lo que tiene consecuencias positivas sobre su salud.

Promover las opciones anticonceptivas de forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige brindar 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 estas razones se requiere un intercambio fluido entre las/os usuarios y las/os proveedores/as, que según sus características puede influenciar fuertemente la elección del método<sup>3</sup>.

El dispositivo intrauterino (DIU), es un método de contracepción asequible, seguro, altamente efectivo y reversible<sup>4,5,6,7</sup>. Su uso a largo plazo es altamente costo-efectivo<sup>4,5</sup>. Su eficacia es comparable con la de la ligadura de trompas de Falopio a cinco años de uso<sup>7</sup>. Permite ser usado en la lactancia, y en mujeres que fuman o tienen riesgo cardiovascular. Se puede insertar en períodos posparto y posaborto, y puede usarse como anticonceptivo de emergencia. En general, requiere pocos controles de parte de la usuaria y de los proveedores<sup>8,9</sup>. No interfiere con la espontaneidad de las relaciones sexuales y da autonomía y privacidad a sus usuarias<sup>8</sup>.

Actualmente el DIU es el segundo método de planificación familiar más usado en el mundo, después de la esterilización tubaria<sup>9</sup>. Sin embargo, del total de usuarias de DIU, sólo el 5% están en América Latina y el Caribe<sup>9</sup>. A pesar de las ventajas citadas y de que existen programas que lo proveen en forma gratuita, se reporta baja utilización de este método aunque en esta región hay una alta incidencia de embarazos no planeados, abortos inseguros y muertes maternas<sup>10</sup>.

En Argentina, el DIU se encuentra dentro de los insumos de la canasta básica de métodos anticonceptivos entregados gratuitamente por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR). Según la ley Nacional 25.673, las obras sociales y prepagas también deben cubrir a sus beneficiarias el uso de anticonceptivos. Los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2013<sup>11</sup> indican una prevalencia nacional de uso de DIU de 9,2%, frente al 50,2% de usuarias de anticoncepción hormonal y 30% de usuarias de métodos de barrera.

En la provincia de Neuquén la situación es similar en cuanto a la entrega gratuita por parte del Estado y al reconocimiento por ley de la cobertura por obras sociales y prepagas. A pesar de esta disponibilidad, los datos provinciales de 2010 indican que el 49% de las mujeres que se embarazaron y tuvieron un parto no lo habían planeado<sup>12</sup>. El aborto en condiciones de riesgo es históricamente la primera causa de mortalidad materna en Neuquén. La última evaluación data de 2011 e indica una persistencia de necesidades insatisfechas de anticoncepción y de barreras en el acceso a los métodos anticonceptivos. Es por ello que adquieren relevancia los conocimientos, las opiniones y las prácticas de los proveedores de salud.

En general, las opiniones de 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<sup>1,9,12-15</sup>: según la situación y las regulaciones de cada país, pueden ser médicos, obstétricas o enfermeras, y desempeñan un papel central en el asesoramiento, suministro, inserción y remoción de los DIU. Sus conocimientos, actitudes y prácticas influyen tanto en la

adopción de uno u otro método como en su uso correcto y en la continuidad en el tiempo<sup>15</sup>.

El acceso y las barreras son factores clave para la adopción de un método anticonceptivo<sup>14,15,16</sup>. El acceso es un componente de la calidad, pero tiene su propio peso: permite que la usuaria haga contacto fácilmente con el proveedor. Las barreras se definen como políticas o prácticas, injustificadas científicamente y basadas en una racionalidad médica, que de manera inapropiada impiden el uso de un determinado método que la usuaria ha elegido o elegiría, o impone barreras innecesarias durante el proceso, que disuaden o retrasan el uso del método. Estas barreras pueden ser vistas como un subtipo especial de limitaciones al acceso, situadas a nivel de las regulaciones nacionales, las políticas de los programas o en el plano del proveedor individual<sup>14,15</sup>.

Las barreras generadas por los proveedores en forma individual son un motivo importante de este análisis. Se han identificado y descripto varias categorías de barreras<sup>15</sup>. La mayoría de los estudios en este sentido hacen referencia a los conocimientos y actitudes de los proveedores<sup>14</sup>.

A los fines de este trabajo, las actitudes se definen como la forma de actuar de los proveedores, el comportamiento que emplean para realizar las actividades referentes a consejería, indicación e inserción del DIU. Responden a las creencias y cogniciones en general, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra del objeto del estudio, que predispone a una acción coherente con ella.

Dada la situación descripta para Argentina y la provincia de Neuquén, se planteó el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de salud en el conglomerado urbano Neuquén/Plottier/Centenario en relación con el DIU en 2013, para caracterizar los determinantes de su uso correcto y las posibles barreras.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo exploratorio transversal para indagar los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de DIU en el conglomerado urbano Neuquén/Plottier/Centenario. Se optó por este territorio porque alberga la mayor densidad poblacional de la provincia (66% de la población total) y se encuentran a menos de 18 kilómetros una de otra. Se realizó un censo de proveedores. Según los datos existentes en el área de estudio, al momento de la recolección de datos existían 321 proveedores de salud que cumplían los criterios de inclusión: médicos generalistas, tocoginecólogos, residentes de medicina general, residentes de gineco-obstetricia y obstétricas, que trabajaban en el sistema de salud pública, en el sistema de obras sociales y en el privado, que indicaban y/o insertaban DIU en su consulta habitual. La participación fue voluntaria y se solicitó a través de reuniones preliminares o contactos a la dirección de correo electrónico.

El trabajo de campo se inició con visitas a los servicios de tocoginecología y medicina general de las instituciones públicas y su área programática. Se realizó la presentación del protocolo y la entrega de los consentimientos informa-

dos y la obtención de los correos electrónicos personales. Para contactar a los profesionales del ámbito privado se hicieron visitas a distintas instituciones, y la investigadora concurrió a reuniones de la Sociedad de Ginecología de Neuquén y a dos cursos auspiciados por esta, donde se le permitió presentar brevemente el protocolo y obtener el consentimiento informado y los correos electrónicos de los concurrentes que cumplieran con los criterios de inclusión.

El instrumento fue volcado a una plataforma virtual, y cada participante recibió el enlace para acceder. Para el armado de la encuesta en línea, se contrató a una empresa especializada con amplia experiencia en estos desarrollos, que se ajustan a los requerimientos de la Ley de Datos Personales. El texto y el asunto que acompañaban la solicitud fueron redactados por la investigadora. En el texto se explicaba nuevamente el objetivo, las características del estudio y la garantía de anonimato. Se realizaron tres envíos a cada dirección con una diferencia de 15 días y un último envío a toda la lista, en el que se avisaba sobre la finalización de la recolección de datos (20 de diciembre de 2013).

La encuesta comprendió 36 preguntas de opción cerrada. La mayoría de ellas fueron adaptadas de un cuestionario publicado y validado<sup>3</sup>, que también había sido usado para explorar conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores respecto del DIU. Se desarrollaron preguntas adicionales para contextualizar y adaptar la encuesta a los objetivos que no figuraban en el cuestionario de referencia. Las preguntas estuvieron agrupadas en las siguientes categorías, según los objetivos planteados: perfil demográfico, profesional y laboral; conocimientos; actitudes; y prácticas. En las categorías citadas hubo preguntas dicotómicas o escalas valorativas tipo Likert.

Para la dimensión de los conocimientos se presentaron nueve aseveraciones correctas, basadas en evidencias sobre el DIU, y el proveedor debía manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. También se indagó acerca del entrenamiento recibido durante la residencia en torno a la inserción del dispositivo.

En la evaluación de las actitudes se hicieron preguntas acerca de la opinión general sobre el método, el grado de comodidad al proveer la consejería, la percepción de obstáculos para recomendar DIU y las preocupaciones sobre el método y sobre la selección de candidatas para usarlo.

La dimensión de las prácticas se evaluó con preguntas referidas al número de DIU que insertaban por año, los efectos colaterales mencionados en la consejería, la indicación de estudios como requisito previo a la inserción, el número de visitas previas a la inserción, la posibilidad de insertar el dispositivo en determinadas situaciones, el uso de la ecografía para controles de rutina y el número de complicaciones en la inserción durante los últimos años. Por último, para detectar barreras al acceso, se hicieron preguntas relacionadas con la logística que requiere el método y las condiciones de prestación del servicio: necesidad de sacar turnos, disponibilidad de insumos, asistencia durante la inserción, trámites administrativos, presencia de un proveedor específico para el método y existencia de manuales o guías clínicas.

El cuestionario fue testeado en dos instancias: con dos grupos focales de profesionales y por correo electrónico con 23 profesionales.

Para analizar los datos de la encuesta, se utilizaron técnicas descriptivas y análisis bivariados.

## RESULTADOS

En total se envió la encuesta a 335 proveedores. La tasa de respuesta fue de 31% (103/335 profesionales, 38 varones y 65 mujeres). Casi todos eran médicos, salvo 1 que se identificó como obstétrica.

La población fue estratificada por tipo de proveedor en tocoginecólogos, generalistas y obstétricas; con práctica pública, privada o ambas; y en dos substratos de residentes de medicina general y tocoginecología.

Entre los médicos, había 44 ginecólogos y 58 médicos generales. La inserción profesional se muestra en la Tabla 1. El 65% tenía más de 10 años de antigüedad en la profesión, y la edad media era de 44 años con un desvío estándar de 11,3. El total de los encuestados recomendaba DIU en su consulta habitual, y sólo 9 de ellos no insertaban el dispositivo.

El 49% de los encuestados respondió que tenía hasta cinco consultas de anticoncepción en una semana. La amplia mayoría había recibido capacitación sobre la inserción de DIU durante su residencia (91% y 94% de los ginecólogos y médicos generalistas, respectivamente). En cuanto a sus habilidades para la consejería y la inserción, 9 de cada 10 ginecólogos y generalistas las percibían como muy buenas.

La evaluación de los conocimientos respecto del mecanismo de acción, las fallas del método, el riesgo de expulsión, la potencial infertilidad y el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica fue adecuada en los dos tipos de profesionales definidos. Sin embargo, el nivel de conocimientos resultó escaso al evaluar el riesgo de embarazo ectópico, la visita de control posterior a la inserción, la no recomendación de visitas de seguimiento y del uso rutinario de la ecografía.

Las opiniones coinciden favorablemente (8-9 de cada 10) acerca del DIU en general, su efectividad anticonceptiva, su seguridad, su costo-eficiencia, la facilidad de la inserción y la posibilidad de colocación posparto o posaborto (Tabla 2).

Según la opinión de la mitad de las personas que respondieron, las mujeres no están interesadas en el método. Esta proporción no varía por especialidad ni por práctica en el sector público o privado.

Al indagar acerca de los posibles obstáculos para recomendar/insertar un DIU, sólo un 27% reportó preocupación por la falla del método y un porcentaje similar, por la posibilidad de perforación uterina en la inserción. Estas proporciones

TABLA 1. Especialidad e inserción profesional de los participantes.

Profesión/especialidad	Total	Pública	Privada	Ambas
Ginecólogos	44	24	14	6
Generalistas	58	55	1	2
Total	102	79	15	8

Fuente: Elaboración propia

aumentaron a 40% entre los profesionales que ejercen su práctica en el medio privado.

En el mismo sentido, al indagar actitudes y prácticas posibles en la elegibilidad para la indicación/inserción de un DIU, en 9 de las 12 situaciones listadas de la práctica diaria 4 de cada 10 encuestados, como mínimo, consideraron poco o nada probable recomendar e insertar un DIU (Tabla 2). Adicionalmente, los encuestados mencionaron la necesidad de realizar al menos dos visitas previas a la inserción y hasta tres (si se considera sólo aquellos con práctica privada). En estas visitas se solicita prueba de embarazo (44%) y test de Papanicolaou (28%). La mitad refirió usar siempre/frecuentemente la ecografía para el control del dispositivo, y esta proporción sube a 9 de cada 10 entre quienes tienen práctica privada.

Respecto de las prácticas profesionales, la mitad había colocado menos de 10 DIU en el último año, y un 12% no había puesto ninguno. Un 34% de los encuestados manifestó haber tenido complicaciones en los últimos cinco años en la inserción.

Para conocer la accesibilidad institucional, se interrogó a los profesionales sobre la logística y las actividades habituales en el lugar de trabajo. El 84% manifestó que se debe sacar turno para la inserción, el 80% que hay siempre insumos y material estéril y el 76% que hay siempre dispositivos disponibles. Sólo el 23% señaló que las usuarias deben realizar algún trámite administrativo, aunque con diferencias según respondieran ginecólogos o generalistas (40% y 7%, respectivamente) y según su actividad en la práctica pública o privada (8% y 8,7%, respectivamente).

## DISCUSIÓN

La tasa de respuesta de 31% está dentro de los valores aceptables para encuestas en línea según la literatura<sup>17-19</sup>. Se esperaba un mayor número de respuestas, habida cuenta de que estuvieron convocados el 99% de los proveedores que cumplían los criterios de inclusión.

Llama la atención la casi nula participación de las

obstétricas del área. Probablemente esto se deba a que el marco legal argentino no las habilitaba a insertar un DIU.

A pesar de que la mayoría indica haber recibido entrenamiento, y se autopercebe como bueno o muy bueno al momento de recomendar e insertar un DIU, de que posee los conocimientos adecuados, tiene opiniones favorables y manifiesta sentirse cómodo realizando consejería, más de un 50% inserta menos de 10 DIU por año.

Son claras las barreras a la elegibilidad del método, que se visualizan cuando se los interroga acerca de la probabilidad de recomendar o insertar a mujeres nulíparas o jóvenes. Al seleccionar las candidatas para el método, se restringe la recomendación e inserción a un grupo de posibles usuarias. En esta área es crítica la diferencia con las publicaciones<sup>4,5,8,9</sup> y las evidencias reportadas, que han ampliado las indicaciones y mejorado los criterios de elegibilidad del método<sup>20,21</sup>.

En cuanto a la competencia de los proveedores, la mayoría de ellos no había insertado un número suficiente de DIU por año. Esta frecuencia no permite conservar las habilidades para la inserción<sup>4,5</sup> y podría tener un efecto negativo en las actitudes proactivas para la recomendación e inserción.

En el área de los procesos para garantizar la accesibilidad institucional, si bien no se detectan barreras, el acceso no está asegurado. Hay necesidad de sacar turnos y de realizar dos visitas como mínimo. Estas situaciones contrastan con la existencia de material estéril, dispositivos y otros insumos necesarios, que están disponibles en la mayoría de los casos.

Las conclusiones más relevantes de este estudio son las siguientes:

- Hay una contradicción entre los conocimientos adecuados, las opiniones favorables, la predisposición para la consejería y la escasa referencia a preocupaciones y obstáculos indagados con la efectiva recomendación y/o inserción de DIU en la práctica diaria de los proveedores de la región.
- El escaso número de dispositivos insertados por proveedor por año no alcanza para mantener las competencias

TABLA 2. Opiniones sobre DIU por especialidad e inserción profesional.

Opiniones	Especialidad			Práctica profesional		
	General % (N)	Ginecólogo % (N)	Generalista % (N)	Pública % (N)	Privada % (N)	Ambas % (N)
Método excelente	92,2 (95)	86,4 (38)	96,4 (54)	97,5 (78)	73,3 (11)	75 (6)
Muy efectivo	95,1 (98)	93,2 (41)	96,4 (54)	97,5 (78)	86,7 (13)	87,5 (7)
Costo-eficiente	92,9 (95)	90,9 (40)	94,6 (53)	93,8 (75)	86,7 (13)	87,5 (7)
Muy seguro	93,2 (96)	86,4 (38)	98,2 (55)	98,8 (79)	66,7 (10)	87,5 (7)
Las mujeres no lo eligen	52,4 (54)	54,5 (24)	50 (28)	53,8 (43)	40 (6)	62,5 (5)
Inserción fácil	87,4 (90)	93,2 (41)	82 (46)	86 (69)	93,3 (14)	87,5 (7)
No es abortivo	91,3 (94)	93,2 (41)	89,3 (50)	91,3 (73)	86,7 (13)	100 (8)
Necesita visitas de seguimiento	76,6 (82)	79,5 (35)	78,6 (44)	73,8 (59)	100 (15)	100 (8)
Se puede insertar posparto	76,6 (82)	75 (33)	86 (47)	83,6 (67)	53,3 (8)	87,5 (7)
Posaborto	78,6 (81)	79,5 (35)	78,6 (44)	82,5 (66)	46,7 (7)	100 (8)
Como anticoncepción de emergencia	42,7 (44)	36,4 (16)	46,4 (26)	41 (39)	60 (9)	37,5 (3)
Probable juicio por mala praxis	45,7 (47)	45,5 (20)	48,2 (27)	41,3 (33)	60 (9)	62,5 (5)
Total	103	44	58	80	15	8

Fuente: Elaboración propia

requeridas y puede determinar barreras al uso difundido y correcto.

- Un grupo importante de proveedores considera poco probable ofrecer o insertar un dispositivo a mujeres con alta necesidad de un método seguro, costo-eficiente y generador de autonomía, como las solteras, las nulíparas, las menores de 20 años, las que no tienen pareja estable o las que viven con VIH.

- Se visualiza un escaso aprovechamiento de intervenciones validadas por la evidencia<sup>4,5</sup> como de alta adherencia y efectividad: inserción en nulíparas, posparto, posaborto y como anticonceptivo de emergencia<sup>20,21,22,23</sup>.

- No se detectan problemas en la provisión del método, pero el acceso no está garantizado debido a la exigencia de un exceso de controles, el uso de la ecografía como rutina, el mayor número de visitas y requisitos de inserción, la necesidad de sacar turnos y de hacer trámites administrativos.

- Existe una notable diferencia entre las actitudes y prácticas de los proveedores que tienen práctica pública exclusiva y los que tienen práctica privada exclusiva.

El número de encuestados no fue suficiente entre los proveedores del medio privado para generalizar las conclusiones. Se trata de una limitación, porque en ese estrato se encontraron las características más probables de generar barreras para el uso correcto y difundido del DIU.

Sorprende asimismo la actitud de las obstétricas de la región, ya que apenas una contestó el cuestionario.

**Cómo citar este artículo:** Luchetti G, Romero M. Encuesta regional sobre determinantes de la oferta e inserción del Dispositivo Intrauterino entre proveedores de salud. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Mar;8(30):8-12.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundez A, Glassier A, Innis J. Planificación Familiar: la agenda inconclusa. Serie Salud Sexual y reproductiva. *The Lancet*. 2006;368:1810-27.
- Stubbs E, Schamp A. The Evidence Is In. Why Are IUDs Still Out? Family Physicians' Perceptions of Risk and Indications. *Canadian Family Physician*. 2008;54(4):560-566.
- Harper C, Blum M, Heinke de Bocanegra T, Darnay P, Speidel J, Policar M, et al. Challenges in Translating Evidence into Practice. The Provision of Intrauterine Contraception. *Obstetric & Gynecology*. 2008;111(6).
- Long Acting Reversible Contraception (LARC): The Effective and Appropriate Use of Long Acting Reversible Contraception. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*; 2005. [Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/resources/longacting-reversible-contraception-975379839685>] [Último acceso: 21/10/2016]
- Intrauterine Contraception. Faculty of Sexual and Reproductive Health Care Guidance. *FSRH*; 2007. [Disponible en: <http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>] [Último acceso: 21/10/2016]
- Weir E. Preventing Pregnancy: A Fresh Look at the IUD. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;169(6):585-585.
- Crosignani PG, et al. The ESRE Capri Workshop Group. Intrauterine Device and Intrauterine System. Update. *Human Reproduction Update*. 2008;14(3):197-208.
- Thonreau PF, Almont TE. Contraceptive Efficacy of Intrauterine Devices. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:248.
- Salem R. Se renueva la atención en el DIU. Baltimore John Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. *Population Reports*. 2006 [Disponible en: <https://www.k4health.org/sites/default/files/b7spanish.pdf>] [Último acceso: 21/10/2016]
- Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: Who, When, Where and Why? On Behalf of The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. *The Lancet*. 2006;368(6).
- Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Presentación de resultados 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Ministerio de Salud de la Nación*.
- Comunicación Personal Dirección General de Información, Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.
- Bertrand J, Hardee K, Magnani R, Angle M. Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs. *Int Family Planning Perspectives*. 1995;21:63-69:874.
- Campbell M, Nalan N, Potts M. Barriers to Fertility Regulation: A Review of the Literature. *Studies in Family Planning*. 2009;37(2):87-98.
- Shelton J. The Provider Perspective: Human After All. *International Family Planning Perspectives*. 2001;27(5).
- Shelton J, Angle M, Jacobstein R. Medical Barriers to Access to Family Planning. *International Family Planning Perspectives*. 1992;340(8831):1334-35.
- Robling M, Ingledew D, Gillespie D, Greene G, Ivins R, Russell J, et al. Mode of Data Elicitation, Acquisition and Response to Surveys: A Systematic Review. *Health Technology Assessment*. 2012;16(27).
- Van Geest JB, Johnson T, Welch VL. Methodologies for Improving Response Rates in Surveys of Physicians. *Evaluation Health Professions*. 2007;30(4):303-21.
- Kelleman SE, Herold J. Physician Response to Surveys. A Review of the Literature. *Am J Prev Med*. 2001;20(1):61-7.
- World Health Organization. Reproductive Health. (2010). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. World Health Organization. [Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1)] [Último acceso: 21/10/2016]
- Canadian Contraception Consensus. SOGC Clinical Practice Guideline. *JOGC*. 2004;219-232.
- Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Copper Containing, Framed Intra-Uterine Devices for Contraception. *Cochrane Database Sys Reviews*. 2007;CD005347.
- Grimes D, Lopez L, Manion C, Schultz K. Cochrane Systematic Reviews of IUD Trials: Lesson Learned. *Contraception*. 2007;75:55-59.