

ARTÍCULOS ORIGINALES

CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA POR ADOLESCENTES EN RAUCH, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Knowledge, Use and Access to Emergency Hormonal Contraception by Adolescent Population in Rauch, Province of Buenos Aires

Carolina Szames,¹ Sandra Vázquez,² Vilda Discacciati³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En Argentina, existen escasos datos sobre el conocimiento, la disponibilidad y el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) por parte de los adolescentes. OBJETIVO: Establecer el grado de conocimiento, utilización y distribución de la AHE por parte de adolescentes de 15 a 18 años que concurren a centros de salud o están escolarizados en el partido de Rauch. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal durante 2009-2010. Se aplicó una encuesta autoadministrada y anónima a adolescentes. Se recurrió a las planillas del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR) para determinar el número de AHE entregadas y se evaluó en forma similar la venta de AHE en las farmacias del partido. RESULTADOS: Se analizaron 387 encuestas. El 77% de los encuestados sabía de la existencia del método anticonceptivo, el 28% poseía un conocimiento adecuado acerca de él y el 11% lo había utilizado. No hubo distribución del insumo a nivel público, y el total de unidades vendidas en las farmacias fue de 142, de las cuales el 20% fueron adquiridas por adolescentes (76% femenino, 17% masculino, 7% sin datos). CONCLUSIONES: Los adolescentes no conocen adecuadamente las características de la AHE, aunque la utilizan y la obtienen principalmente a través de la compra en farmacias.

ABSTRACT. INTRODUCTION: In Argentina, there is scarce data on knowledge, availability and use of emergency hormonal contraception (EHC) by adolescents. OBJECTIVE: To determine the degree of knowledge, use and supply of EHC among 15- to 18-year-old adolescents attending school or health care centers in Rauch jurisdiction. METHODS: A descriptive, cross-sectional study was carried out in 2009-2010, including an anonymous self-administered survey completed by adolescents. The forms of the Sexual Health and Responsible Procreation Program were used to determine the number of EHC supplied, while the sales in the pharmacies of Rauch were evaluated in a similar way. RESULTS: 387 surveys were analyzed. 77% of the surveyed adolescents were aware of the existence of this contraceptive method, but only 28% had an accurate knowledge about it, and 11% had actually used it. There was not any public provision, and the total of units sold in pharmacies was 142 - 20% of them were purchased by adolescents (76% female, 17% male, 7% no data). CONCLUSIONS: Adolescents do not have an accurate knowledge of EHC features, although they use it and get it mainly through the pharmacies.

PALABRAS CLAVE: Anticoncepción hormonal de emergencia - Adolescentes - Conocimientos - Argentina

KEY WORDS: Emergency hormonal contraception - Adolescents - Knowledge - Argentina

¹ Hospital Municipal E. de la Fuente. General Belgrano, Provincia de Buenos Aires

² Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

³ Hospital Italiano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativía" para categoría individual, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 4 de mayo de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17 de mayo de 2012

CORRESPONDENCIA A: Carolina Szames
Correo electrónico: cszames@hotmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(11):16-22

INTRODUCCIÓN

La bibliografía nacional e internacional contiene escasa información sobre el conocimiento, el uso y la forma de obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) por parte de los adolescentes en Argentina. Hay estudios realizados desde 1995 sobre este tema, cuyos resultados muestran países con elevado, medio y escaso grado de conocimiento (Escocia, México y Sudáfrica, respectivamente).¹⁻³ En lo que respecta a la utilización, los trabajos difieren entre países con el 28%, como Suecia,⁴ y con un escaso 4%, como Sudáfrica.³

En Argentina, se desarrolló una investigación a nivel nacional que incluyó a 1.219 mujeres y varones de 15 a 50 años, así como a funcionarios y profesionales de la salud reproductiva. Los jóvenes de 15 a 19 años representaron el 14% de la muestra (n=179); el 10,6% conocía la AHE y el 53,1% sabía cómo obtenerla, principalmente a través de su compra en farmacias. La principal fuente de infor-

mación fueron los amigos y la escuela (41,3% y 39,1%, respectivamente), en detrimento del sector salud (13%).⁵

Las investigaciones recientes efectuadas en los profesionales que trabajan en atención primaria con adolescentes en Argentina revelaron un déficit de conocimientos sobre la AHE y la presencia de muchos prejuicios en torno a ella.⁵⁻⁷ Los resultados mostraron que el 78% de los pediatras conocen la AHE, pero solo el 58% prescribiría dicho método.⁸

Estos datos reflejan las dificultades que tienen los profesionales de la salud para acceder a la información correcta acerca del mecanismo de acción y poder transmitirla: existen barreras comunes al resto de los anticonceptivos y barreras específicas para la AHE.⁵

Las cifras que enmarcan la problemática del embarazo de las adolescentes en Argentina muestran en 2009 un 15,67% de madres de hasta 19 años, sobre un total de 745.336 nacidos vivos y una tasa de mortalidad materna de 4 0/000. De ese grupo se registraron 35 defunciones en todo el país.⁹

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "el riesgo de mortalidad materna en las adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres en edad fértil y cuatro veces mayor si son menores de 15 años. La mortalidad materna sigue siendo una de las causas principales de muerte en las jóvenes, principalmente por abortos y partos en situaciones inadecuadas".¹⁰

En 2002 se creó en Argentina el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR) en el Ministerio de Salud de la Nación, a fin de ofrecer a toda la población: acceso a la información en sexualidad, consejería, provisión gratuita de métodos anticonceptivos (MAC), prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) –incluido VIH/SIDA– y de la patología genital y mamaria, prevención del aborto –incluido el tratamiento de sus complicaciones– y, finalmente, atención del embarazo y del parto.

Uno de los objetivos específicos del programa es promover la salud sexual y la procreación responsable en la adolescencia. Entre los MAC cuenta con la AHE, consistente en la alta dosis de un progestágeno (el levonorgestrel) que se utiliza dentro de los cinco días de una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no planificado. Dentro de este marco se aplica el concepto de emergencia, por lo que no se sustituyen los MAC de uso regular.¹¹

La AHE retrasa o impide la ovulación e interfiere con la función espermática, sin presentar efecto posterior a la fecundación.¹²

La investigación se desarrolló en el partido de Rauch (perteneciente al partido homónimo, en la región centro-este de la provincia de Buenos Aires), cuya población es de 15.061 habitantes y está compuesta en un 17% por jóvenes de entre 10 y 19 años.⁹

En el partido de Rauch, la cantidad de hijos de madres menores de 20 años se incrementó entre 2000 y 2006 de 33 a 50 (21,27% sobre el total de nacidos vivos).¹³

El objetivo de esta investigación fue establecer cuál

es el grado de conocimiento, la forma de utilización y el modo de obtención de la AHE por parte de la población adolescente del partido de Rauch.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo compuesta por adolescentes de 15-18 años de ambos sexos que concurren a establecimientos educativos o dependencias de salud del partido de Rauch. Se llevó a cabo un muestreo consecutivo de conveniencia entre el 1 de agosto de 2009 y el 31 de enero de 2010. Se incluyó a aquellos adolescentes que estuvieron presentes en la escuela el día seleccionado para la encuesta, con previa firma del consentimiento informado por los padres y con el asentimiento informado del participante. Para los jóvenes incorporados en las dependencias de salud, se aplicaron los mismos criterios. Quedaron excluidos del estudio los adolescentes que eran incapaces de comprender la encuesta.

Se estudiaron las siguientes variables:

- datos personales: edad, sexo, escolaridad propia y escolaridad de los padres;
 - hábitos de los adolescentes: consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales;
 - aspectos de la vida sexual y reproductiva de los adolescentes: inicio de relaciones sexuales, situación actual de pareja, uso de MAC, consulta por anticoncepción, percepción de riesgo de embarazo, relación sexual sin protección, antecedentes de embarazos e hijos;
 - conocimiento de la AHE: se consideró suficiente con cinco o más respuestas correctas frente a las preguntas planteadas (definición del método, plazo correcto para tomarla, posibilidad de protección en otras relaciones sexuales de embarazo dentro de ese ciclo menstrual, necesidad de prescripción médica, protección contra ITS, dosis correcta, reaparición de la menstruación, probabilidad de daño al feto si la mujer está embarazada, nivel de eficacia respecto a anticonceptivos orales [ACO], relación tiempo de ingesta/ eficacia);
 - uso de la AHE: utilización al menos en una ocasión por parte de la mujer o de la pareja femenina del varón encuestado, evaluando la responsabilidad de la pareja al solicitar la AHE y la utilización del método con anterioridad;
 - lugar de obtención de la AHE: dispensación a través de centros de salud/hospitales o compra en farmacias;
 - accesibilidad: facilidad o dificultad para la obtención;
 - vías de información: origen real y deseado.
- Los instrumentos de recolección de datos y de análisis fueron los siguientes:
- Encuesta a adolescentes

En cada escuela y en una fecha predeterminada, se realizó una encuesta anónima y estructurada, coordinada por la investigadora del proyecto. Se encuestó a los alumnos presentes pertenecientes a los tres años del Polimodal. Para la autorización parental, se envió un documento de consentimiento informado donde se explicaba el proyecto

y se solicitaba la firma. Dicho documento también contenía el asentimiento informado del participante. Se utilizaron las aulas o la biblioteca de las escuelas.

Participaron todas las escuelas del partido: tanto las públicas (Escuela Secundaria de Educación Técnica N°1, Escuela Secundaria N°1 y N°2 y el Centro Educativo N°5 para la Producción Total) como las privadas (Instituto Secundario Rauch, Instituto Inmaculada Concepción y Escuela Agropecuaria "Eustaquio Díaz Vélez").

En el ámbito de la salud, se realizó una encuesta similar a todos los adolescentes que consultaron en forma ambulatoria. Para ello, se instruyó previamente a las secretarías y enfermeras/os. Participaron los centros N° 1, 2, 3 y 4, el Centro Integrador Comunitario y el hospital.

La encuesta fue autoadministrada y anónima, con respuestas cerradas de opción múltiple, dicotómicas/policotómicas o esquema de verdadero/falso. Se depositó en una urna a sobre cerrado, con el consentimiento informado firmado colocado fuera del sobre.

El instrumento utilizado fue la adaptación de una encuesta aplicada en un estudio similar efectuado en España.¹⁴

- Planillas del PSSyPR y similar para farmacias

Se evaluó el número del anticonceptivo otorgado/vendido a los menores de 18 años en el ámbito de salud pública

y en las farmacias del partido.

En el análisis de las encuestas, las variables categóricas se expresaron como número de casos y porcentaje. Se utilizó un programa de cálculo para la transcripción de los datos obtenidos. El procesamiento de los registros se realizó de forma manual.

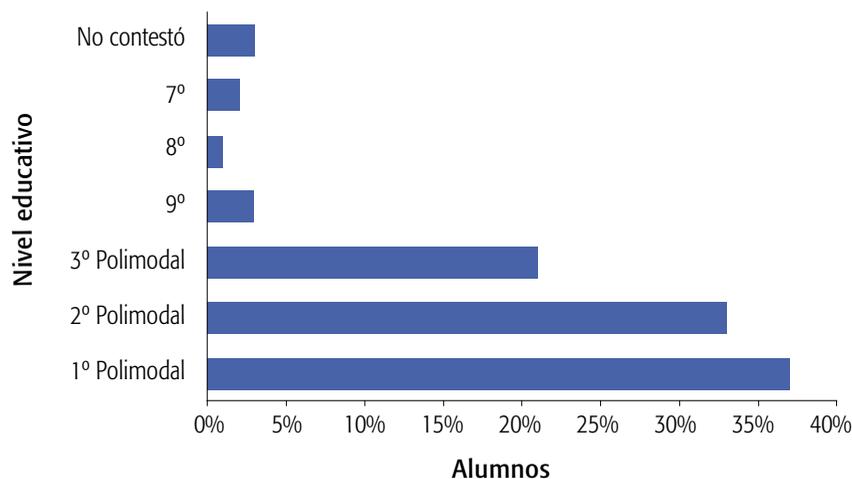
Para el análisis de las planillas del PSSyPR y farmacias, se recolectaron los datos obtenidos entre julio de 2009 y abril de 2010. Se consignaron el sexo y la edad del usuario, y el análisis se realizó con un programa de cálculo.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

RESULTADOS

Se realizaron 450 encuestas en escuelas, centros de salud y consultorios externos del hospital. Del total, 63 fueron excluidas del análisis ya que no cumplían los criterios de inclusión del protocolo: 61 por no poseer el consentimiento informado firmado por los padres, una por la edad de la encuestada (20 años) y una por presentar respuestas opuestas (verdadero y falso en el mismo ítem). Se analizaron 387 encuestas. Las características de sexo y edad se describen en la Tabla 1. La mayoría correspondía a

GRÁFICO 1. Distribución de los alumnos según nivel educativo, Rauch, 2009-2010, n= 387.



Nota: 7º, 8º y 9º equivalen a 1ro, 2do y 3er año del ciclo secundario en otras jurisdicciones del país.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 1. Características demográficas de la población, n=387.

Sexo	Edad (años)					Total
	15	16	17	18	N/C E	
Femenino	37	58	80	35	3	213
Masculino	44	38	48	24	3	157
N/C S	3	2	8	2	2	17

Abreviaturas: N/C S= no contestó sexo; N/C E= no contestó edad.

Fuente: Elaboración propia.

alumnos de primer o segundo año de Polimodal (Gráfico 1). En general, tenían padres y madres que, de manera similar, habían recibido educación primaria y secundaria.

El 79% de la población encuestada consumía alcohol, el 23% fumaba y el 2% consignó el consumo de sustancias ilegales.

El 39% de los adolescentes encuestados se encontraba en pareja, y un 60% de ellos dijo haber tenido relaciones sexuales (94 varones, 130 mujeres, 10 sin datos). El 49% utilizaba MAC. El 30% había realizado una consulta por anticoncepción (89% de mujeres). A pesar de que el 69% de los encuestados percibía como elevada la posibilidad

de un embarazo tras mantener una relación sexual, el 26% dijo que tendría una relación sin protección (57% de varones, 37% de mujeres).

Entre los adolescentes encuestados, 21 (5%) hicieron referencia a un embarazo previo (5 varones, 15 mujeres, 1 sin datos); de ellos, 16 tuvieron hijos (4 varones, 11 mujeres, 1 sin datos).

El 28% de los adolescentes mostraron conocimientos considerados como suficientes (Tabla 2). El 77% de ellos poseía una definición correcta de la AHE, solo el 10% conocía el plazo efectivo para la toma, el 47% estaba al tanto del concepto de efectividad/tiempo (cuanto más

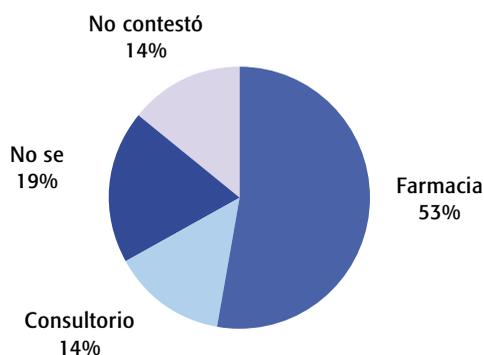
TABLA 2. Resultados sobre encuesta de AHE.

Pregunta	Respuesta correcta	Respuesta incorrecta	No sabe	No contesta	Total
Método para evitar un embarazo no deseado después de practicar una relación sexual sin protección	283 165 M 104 V 14 S/D	32 17 M 15 V	66 28 M 35 V 3 S/D	6 3 M 3 V	387
Plazo efectivo para tomar medicación	40 20 M 20 V	193 116 M 65 V 12 S/D	148 72 M 71 V 5 S/D	6 1 M 5 V	387
Duración de la protección	168 104 M 59 V 5 S/D	46 28 M 17 V 1 S/D	169 79 M 79 V 11 S/D	4 2 M 2 V	387
Necesidad de prescripción médica	81 45 M 33 V 3 S/D	200 112 M 76 V 12 S/D	102 53 M 47 V 2 S/D	4 3 M 1 V	387
Protección frente a ITS	285 167 M 107 V 11 S/D	40 18 M 19 V 3 S/D	58 25 M 30 V 3 S/D	4 3 M 1 V	387
Dosis correcta	105 56 M 42 V 7 S/D	85 54 M 28 V 3 S/D	196 102 M 87 V 7 S/D	1 1 M	387
Reparación de menstruación tras su uso	44 26 M 17 V 1 S/D	58 39 M 18 V 1 S/D	278 144 M 120 V 14 S/D	7 4 M 2 V 1 S/D	387
Posibilidad de dañar al feto en caso de embarazo	36 16 M 14 V 6 S/D	144 91 M 49 V 4 S/D	205 105 M 93 V 7 S/D	2 1 M 1 V	387
Efectividad del método en relación con el tiempo de la toma	183 103 M 72 V 8 S/D	63 33 M 27 V 3 S/D	134 72 M 56 V 6 S/D	7 5 M 2 V	387
Efectividad en relación con ACO	128 83 M 39 V 6 S/D	78 38 M 35 V 5 S/D	175 88 M 81 V 6 S/D	6 4 M 2 V	387

Abreviaturas: M= mujer; V= varón; S/D= sin datos.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 2. Lugar de obtención de la AHE, Rauch 2009-2010, n=43.



Fuente: Elaboración propia.

cercana es la toma tras la relación sexual, mayor es la eficacia anticonceptiva), el 43% identificó adecuadamente el tiempo de protección y el 26% sabía cuál es la dosis correcta. El 21% dijo que se necesitaba una receta médica para la adquisición, y un 74% reconoció que no confiere protección contra ITS. Solamente el 11% pudo contestar correctamente cuándo se produce el retorno de la menstruación, y el 45% no sabía si la AHE era similar a los ACO.

En lo que respecta a la posibilidad de dañar al feto o producir una interrupción del embarazo, el 53% no conocía la respuesta, y el 37% creía que el método podía provocar un aborto.

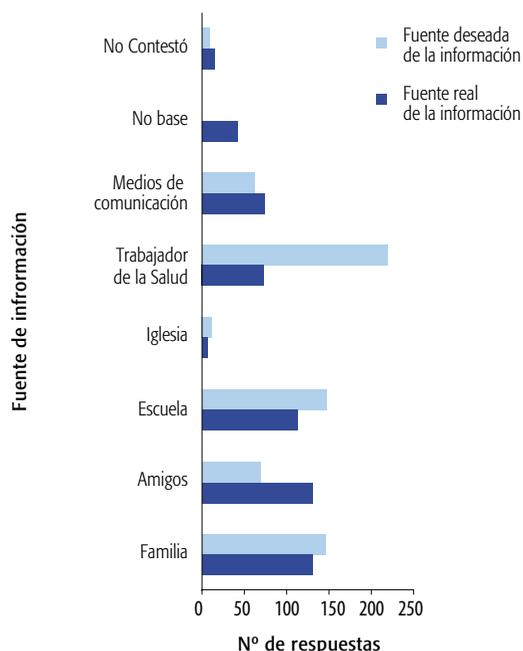
El 11% de los adolescentes encuestados utilizó la AHE, y el 70% consignó a la pareja como responsable en el momento de obtenerla. La AHE fue adquirida principalmente en las farmacias comerciales (Gráfico 2); el 67% tuvo un fácil acceso al método. La farmacia y el médico de adolescentes fueron las opciones preferidas para la obtención. En lo que respecta a la información sobre AHE, la familia, los amigos y, en tercer lugar, la escuela fueron los referentes, lo que contrasta con el deseo de los jóvenes de que sea el médico quien les proporcione la información (Gráfico 3).

El PSSyPR no tuvo registro de la distribución del fármaco a adolescentes. En la venta, participaron las cinco farmacias del partido (100%). Se adquirieron 142 unidades (las mujeres, 95; los varones, 38, y para el resto no se registraron datos). El 21% de los compradores fueron adolescentes.

DISCUSIÓN

Si se compara con el escenario internacional, los resultados obtenidos difieren significativamente de países como Finlandia,⁴ Escocia,¹ Inglaterra⁴ y Estados Unidos¹⁵ (donde entre el 98% y el 85% de los adolescentes poseen conocimientos sobre AHE), México² (con el 61% de sus jóvenes familiarizados con el MAC) y Sudáfrica (con solo el 30%).³ El estudio llevado a cabo en Argentina por Pecheny arrojó un conocimiento del 10,6% entre los jóvenes de 15-19 años,⁵ mientras que este trabajo evidenció una definición correcta de la AHE en el 77% de los encuestados.

GRÁFICO 3. Fuente real vs. fuente de información deseada sobre AHE, Rauch 2009-2010.



Fuente: Elaboración propia.

Resulta más complejo determinar si el conocimiento es adecuado. Son escasos los trabajos que han investigado este hecho. Un estudio mexicano relevó un 37% de jóvenes que conocían adecuadamente el método,² frente a solo el 9% en Sudáfrica³ y el 47% en Estados Unidos.¹⁵ En Toledo, España, una encuesta con igual sistema de puntuación y características similares a las de este estudio arrojó un resultado de 36% de adolescentes con conocimientos adecuados (con cinco respuestas correctas o más).¹⁴ En el presente estudio, el resultado fue del 28%.

Los adolescentes solo tienen claro que la AHE es un método poscoital y que no protege contra las ITS. En cambio, desconocen el plazo efectivo para la toma, el tiempo de protección de un embarazo, la dosis adecuada, la forma de prescripción y su similitud/diferencia con los ACO. Además, existen otros datos que se presentan de forma incorrecta o directamente son desconocidos por los jóvenes. Es llamativa la creencia de su acción abortiva, que se manifiesta en un 90% de los adolescentes que responden incorrectamente o no saben qué contestar en este ítem. En el trabajo de Pecheny citado previamente, ante la posible acción abortiva de la AHE, solo el 33% de los encuestados respondió en forma negativa.⁵

Evidentemente, esto resta efectividad a la capacidad anticonceptiva del método, promueve errores en su consumo y contribuye a perpetuar el embarazo no deseado en esta franja etárea.

Respecto a la utilización de la AHE entre los adolescentes, este estudio recabó una utilización del 11%, cifra similar a la de países como México (16%)² o Inglaterra (10%).⁴ En España¹⁴ y en Finlandia,⁴ los resultados arrojan un 8%

y 6%, respectivamente, mientras que Sudáfrica³ presenta un 4% y Suecia,⁴ un 28%.

En los países con políticas activas de educación sexual, que abarcan tanto el sistema de salud como el educativo,¹ los adolescentes poseen un mayor grado de conocimiento del método, hecho que no siempre se refleja en el incremento de su utilización. Este último punto es relevante: en primer lugar, porque una mejora en la educación sexual conlleva el incremento del uso de otros MAC en detrimento de la AHE; en segundo lugar, porque pone de manifiesto que el tratamiento de estos temas no favorece su utilización indiscriminada.

A través del alto porcentaje de jóvenes dispuestos a tener una relación sexual sin protección a pesar de percibir como elevada la posibilidad del embarazo, la investigación confirma la discordancia entre el riesgo y la reflexión. En tal caso, la AHE aparece como el único método disponible capaz de evitar un embarazo no deseado, que puede utilizarse tras un acto sexual con ausencia y/o falla de la anticoncepción regular.¹⁸

Pocos adolescentes (73) obtuvieron la información a través de profesionales sanitarios, a pesar de que una gran cantidad (219) desearía contar con ese acceso. Esto coincide con los resultados de Pecheny, que reflejan que el sector salud solo abarca el 13%, mientras que los amigos y la escuela constituyen la principal fuente de información.⁵

El sistema de salud no provee este método anticonceptivo a los adolescentes, quienes de todos modos lo compran en las farmacias de manera relativamente sencilla, lo que indica que los jóvenes no acceden al PSSyPR y/o los referentes del programa no se encuentran familiarizados con la prescripción de la AHE. Este dato es relevante a la hora de proponer estrategias para acercar a los adolescentes al PSSyPR y así potenciar su efectividad, estableciendo servicios amigables y capacitando al personal de salud en lo que se refiere al vínculo con los jóvenes.

La falta de discreción y privacidad de la atención en salud sexual y reproductiva es uno de los obstáculos más difíciles de erradicar. Para los adolescentes, resulta muy complejo solicitar asesoramiento en anticoncepción frente a una oferta tan limitada, compuesta por profesionales que atienden a sus madres, tías, abuelas o a alguien conocido. El hecho de estar en una sala de espera con personas conocidas es la primera barrera que los aleja de la consulta. Incluso, en algunos casos, esto impulsa a los jóvenes a concurrir a otras ciudades cercanas (Tandil, Azul, Olavarría) en busca del anonimato.

Los adolescentes poseen gran interés en estos temas. Es por ello que, por ejemplo, en muchas de las escuelas que participaron del proyecto surgió una invitación de los directivos y profesores para crear un espacio posterior a las encuestas, a fin de realizar una charla introductoria y discutir con los alumnos sobre los distintos métodos anticonceptivos, las ITS y el embarazo adolescente, así como para despejar dudas y promover el acercamiento hacia el sistema de salud.

A pesar de que los jóvenes no poseen información co-

recta sobre AHE, conocen el método, lo utilizan y acceden a él a través de las farmacias. Existe una brecha entre el sistema de salud y la población, y aún no hay estrategias claras para producir el acercamiento. El desafío tal vez sea lograr la legitimación de referentes por parte de la comunidad y los profesionales de la salud, que tengan interés en instaurar el cuidado de los adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

No obstante, en otros países, las políticas activas de educación sexual orientadas a adolescentes muestran resultados alentadores respecto al uso racional de este método y un incremento de las acciones tendientes a disminuir el número de embarazos no deseados.^{17,19-21}

Los datos obtenidos son representativos del grupo correspondiente a la muestra y no deben extrapolarse a otras poblaciones, ya que, por ejemplo, uno de los puntos débiles de esta investigación ha sido la falta de acceso a la población no escolarizada. Asimismo, tampoco se pudieron elaborar estrategias de acercamiento hacia las franjas de población adolescente más vulnerables del área urbana y a la población rural, dado que aquellos que concurren a los centros de salud sin sus padres no pudieron participar en la encuesta por ser un requisito indispensable la firma del consentimiento informado por parte de éstos.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados observados instan a:

- capacitar a los profesionales en salud sexual, reproductiva y AHE, trabajar sobre las ideas ya existentes, corregir errores comunes, incrementar los conocimientos sobre el tema, desmitificar la idea de la acción abortiva y convocar a pediatras y obstétricas a formar parte del equipo de trabajo activo en salud reproductiva (habida cuenta de su papel cercano a las madres y/o adolescentes);
- ampliar el acceso y la adherencia de los adolescentes al PSSyPR;
- facilitar el acceso a preservativos y AHE durante las 24 horas en el hospital por medio de dispensadores y/o consultas médicas accesibles;
- trabajar con las obras sociales para promover la autonomía de los adolescentes cuando requieren insumos en salud reproductiva y facilitar la prescripción de anticonceptivos a médicos no ginecólogos, ya que los jóvenes suelen llegar a la consulta especializada después de haber iniciado sus relaciones sexuales;
- crear un espacio para la atención de adolescentes con horarios flexibles y pocos requisitos administrativos, en un ámbito discreto y con un equipo profesional capacitado;
- fomentar el papel activo de los propios adolescentes para transmitir información sobre anticoncepción;
- realizar una difusión por los medios de comunicación masiva para informar a la población en general en qué consiste la AHE y cómo se puede obtenerla en caso necesario;
- elaborar un plan de acercamiento hacia la Iglesia para diseñar estrategias de prevención y educación sexual.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Dados los resultados del presente estudio, es necesario que cada trabajador del sector sanitario relacionado con este grupo etario posea un fácil acceso a la capacitación en atención de adolescentes para evitar que éstos sean expulsados del sistema de salud.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Sería importante desarrollar nuevas líneas de investigación, orientadas a determinar cuáles son los obstáculos reales que sufren los adolescentes para recibir una atención sanitaria adecuada, su acceso al PSSyPR y cuál es la situación en el ámbito privado. De este modo, se

podrían generar herramientas destinadas a garantizar los derechos de los jóvenes en relación con su salud sexual y reproductiva.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Silvia Oizerovich por su aporte de recursos bibliográficos; a la Dra. Edith Martin y al Sr. Ezequiel Piaggio por su colaboración para la redacción del manuscrito; y a los Dres. Oscar Ianovsky y Manuel Lago por sus correcciones en la elaboración del proyecto de investigación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Graham A, Green L, Glassier A. Teenagers Knowledge of Emergency Contraception: Questionnaire Survey in South-East Scotland. *BMJ*, 1996; 12:1567-9.
- ² Walker DM, Torres P, Gutiérrez JP, Fleming K, et al. Emergency Contraception Use is correlated with increased Condom Use among Adolescents: Results from Mexico. *J Adolesc Health*, 2004; 35(4):329-34.
- ³ Landon M, Mlobeli R, Di Cooper J, Chelsea M. Knowledge and Use of Emergency Contraception among Women in the Western Cape Province of South Africa: a cross-sectional Study. *BMC Women's Health*, 2007; 7:14. [Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/7/14>]. [Último acceso: 21 de mayo de 2012].
- ⁴ Falah-Hassani K, Kosunen E, Shiri R. Emergency Contraception among Finnish Adolescents: Awareness, Use and Effect of Non-Prescription Status. *BMC Public Health*, 2007; 7:201. [Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/201>]. [Último acceso: 21 de mayo de 2012].
- ⁵ Andía A, et al. Anticoncepción después de... Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina. Ed. Teseo, M. Pecheny (director), primera edición, 2010.
- ⁶ Giugiovich A, Labovsky M, Ricover L, Oizerovich S. Anticoncepción de emergencia: ¿Cuánto sabemos y cómo la utilizamos? *Rev SAGIJ*, 2005; 12(2):121-128.
- ⁷ Portnoy F. Los médicos y la anticoncepción de emergencia. *Rev Medicina*, 2007; 67(1):60-61.
- ⁸ Cialzeta D. ¿Qué saben los pediatras de anticoncepción de emergencia en los adolescentes? *Rev Hosp Niños Bs As*, 2006; 48(218):169-179.
- ⁹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Disponible en: <http://indec.gov.ar>]. [Último acceso: 26 de mayo de 2012].
- ¹⁰ IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington DC, OPS, 2005. [Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-normas.pdf>]. [Último acceso: 21 de mayo de 2012].
- ¹¹ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2003. Ministerio

de Salud de la Nación, Argentina.

¹² Trumpeter E. Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía para los profesionales de la salud, 2007. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

¹³ Estadística del Hospital Municipal Díaz Vélez.

¹⁴ Brasa A, Celada Pérez M, Estepa J, Menéndez Ortiz de Zárate M. Contracepción de emergencia: una perspectiva desde la adolescencia. *Index de Enfermería*, 2007; 16(56):22-25.

¹⁵ The Henry J. Kaiser Foundation. National Survey of Adolescents and young Adults. Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences. Washington DC, 2003. [Disponible en: <http://www.kff.org/youth/hivstds/3218-index.cfm>]. [Último acceso: 21 de mayo de 2012].

¹⁶ Hazen E, Schlozman S, Beresin E. Desarrollo psicológico del adolescente. Revisión. *Pediatrics in Review en español*, 2008; 29(8):306-31.

¹⁷ Harper C, Weiss D, Speidel J, Raine-Benett T. Quarterly Series: Controversies in reproductive Health: an evidence-based Approach. Over-the-counter Access to Emergency Contraception for Teens. *Contraception*, 2008; 77:230-233.

¹⁸ Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Anticoncepción de emergencia en la adolescencia. *Rev Cubana Pediatría*, 2006; 78(2). [Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000200009&lng=es]. [Último acceso: 21 de mayo de 2012].

¹⁹ Graham A, Moore L, Sharp D, Diamond I. Improving Teenager's Knowledge of Emergency Contraception: Cluster randomized controlled Trial of a Teacher led Intervention. *BMJ*, 2002; 324(7347):1179.

²⁰ Prine L. Emergency Contraception, Myths and Facts. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2007; 34:127-136.

²¹ Costa NFP, Ferraz EA, Souza CT, Silva CFR, et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2008; 30(2):55-60.