

# Resumen de políticas

1/2017

## Introducción y reintroducción de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres usuarias del sistema público de salud con especial énfasis en la población adolescente

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva - PBA SSR  
Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas

Conocé más en  
[ms.gba.gov.ar](http://ms.gba.gov.ar)

**Financiamiento:** Este trabajo fue financiado por la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco del programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

**Conflicto de Intereses:** La Lic. María Laura Andoro, la Lic. Mariela Paula Teseyra y la Dra. Carolina Alicia Rebón pertenecen al Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de Salud de las Personas, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Alejandra Calvaresi y Adriana Pont son referentes regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva provincial. El resto de autores y autoras declaran que no tienen conflictos de interés para declarar.

**Agradecimientos:** Los y las integrantes del Grupo Ejecutivo de este Resumen de políticas agradecen a las funcionarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por su colaboración en la provisión de los datos de SIP-Gestión 2015. A la Dra. Gabriela Luchetti por la provisión de datos no publicados de sus investigaciones sobre las actitudes de los profesionales ante el DIU en la provincia de Neuquén. A los y las participantes de las encuestas, por su valioso tiempo.

**Cita sugerida:** Abalos E, Andoro L, Calvaresi A, Pont A, Rebón CA, Teseyra MP. Introducción y reintroducción de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres usuarias del sistema público de salud con especial énfasis en la población adolescente. Serie Resúmenes de Políticas, Nº 1. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, abril de 2017.

ISSN impreso 2545-7810 – ISSN en línea (en trámite)

**Datos de contacto:**

Edgardo Abalos  
Centro Rosarino de Estudios Perinatales  
Moreno 878 6° Piso  
(S2000DKR) Rosario, Santa Fe. Argentina  
Teléfono/Fax: 0341 4483887  
[edgardoabalos@crep.org.ar](mailto:edgardoabalos@crep.org.ar)

**Coordinación de la Serie Resúmenes de Políticas:**

Silvina Ramos  
Coordinadora técnica  
Programa de Salud Sexual y Reproductiva – PBA SSR  
Evelina Chapman  
Subsecretaria de Atención de la Salud de las Personas

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires  
Av. 51 Nº1120, La Plata, Provincia de Buenos Aires  
Teléfono: +54 (0221) 4292918  
[ssyrprovbsas@gmail.com](mailto:ssyrprovbsas@gmail.com)  
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/>

## TABLA DE CONTENIDOS:

Mensajes Clave .....	4
1- Introducción:.....	5
Los Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración: .....	5
2- El Problema:.....	6
Indicadores sobre la utilización de métodos anticonceptivos en la Provincia de Buenos Aires: .....	6
La elección del método:.....	7
El rol de los y las profesionales de la salud:.....	8
El embarazo en la adolescencia: .....	9
La anticoncepción en la adolescencia:.....	10
El rol de los y las profesionales de la salud ante las necesidades de anticoncepción de las usuarias adolescentes: .....	11
En resumen: .....	12
3- Las opciones para abordar el problema: .....	13
Opción 1 – Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las usuarias hacia el DIU y los implantes sub-dérmicos:.....	14
Opción 2 - Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes del equipo de profesionales de la salud en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos:.....	16
Opción 3 - Intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del aumento u optimización de la planta profesional encargada de su provisión.....	18
4- Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad:.....	19
5- Referencias Bibliográficas:.....	21
6- Apéndices .....	24
Apéndice 1: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 1:.....	25
Apéndice 2: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2: .....	26
Apéndice 3: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 3:.....	26

## Mensajes Clave

### Marco general:

- Los Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (particularmente los Dispositivos Intrauterinos y los Implantes Subdérmicos) constituyen las opciones más efectivas para las usuarias que buscan anticoncepción reversible, debido a que las tasas de falla asociadas con su uso típico son prácticamente las mismas que las asociadas con su uso perfecto.
- La Organización Mundial de la Salud, así como también las principales sociedades científicas y profesionales a nivel internacional relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva recomiendan ampliar el acceso a anticonceptivos altamente efectivos, de larga duración y reversibles para todas las mujeres y las adolescentes dentro de la gama completa de opciones anticonceptivas.

### ¿Cuál es el problema?

- La utilización de métodos altamente efectivos como el DIU y el implante subdérmico es escasa en relación a otros métodos menos efectivos, especialmente entre la población de usuarias adolescentes.
- Las tasas de embarazo adolescente no planificado en la provincia de Buenos Aires permanecen elevadas, particularmente en el sector público del Sistema de Salud.
- El Sistema de Salud es una fuente importante de información para las usuarias adolescentes que requieren anticoncepción, aunque la actitud de algunos profesionales de la salud ante los métodos reversibles de larga duración (particularmente el DIU) puede transformarse en una barrera para su elección y acceso.

### ¿Qué sabemos (a partir de revisiones sistemáticas) sobre las tres opciones viables para abordar el problema?

- **Opción 1 – Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las usuarias hacia el DIU y los implantes sub-dérmicos**
  - Mayor utilización del DIU postparto o postaborto con consejería pre y posnatal.
  - Mayor utilización de anticoncepción con consejería especializada para adolescentes.
  - Incertidumbre acerca de la consejería en otros ámbitos del sistema de salud, de los contenidos y el formato de la consejería especializada para adolescentes y del rol de los medios masivos de comunicación. Las adolescentes valoran la calidad de la información y la disponibilidad de los servicios pre- y post- inserción cuando optan por un MALD.
- **Opción 2 – Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de los y las profesionales de la salud en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos**
  - Posible mayor utilización de MALD y menor tasa de embarazos no planeados en mujeres que se atienden en servicios donde se desarrollaron actividades de capacitación profesional en consejería y provisión de los métodos.
  - Considerar capacitación y disponibilidad para remoción de implantes.
- **Opción 3 – Intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del aumento u optimización de la planta profesional encargada de su provisión**
  - Similares tasas de continuidad, expulsiones y embarazos no planeados entre la provisión de MALD por médicos y otros cuadros profesionales como enfermeras/os y obstétricas/os con entrenamiento.
  - Posible mayor utilización de MALD y menor tasa de embarazos no planeados por aumento en la oferta de servicios.

## 1- Introducción:

### Los Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración:

La anticoncepción reversible de acción prolongada se define como aquella en la que se utilizan métodos que requieren administrarse menos de una vez por ciclo de la mujer.<sup>1</sup> Se incluyen en esta categoría los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre (no hormonales) y los métodos de anticoncepción exclusivamente progestogénicos (DIU hormonal, inyectables e implantes).<sup>2</sup> En el presente Resumen de Políticas haremos referencia solamente a los DIU de cobre y hormonal y al implante sub-dérmico. Estos métodos integran la canasta que ofrece el Ministerio de Salud de la Nación en la actualidad y son más eficaces que los métodos de barrera o anticonceptivos orales porque son independientes de la adherencia de las usuarias. El DIU y los implantes son insertados y removidos por un profesional de la salud y no requieren esfuerzos adicionales por parte de las parejas, por lo que su tasa de continuidad también es alta.<sup>3</sup> A diferencia de los anticonceptivos orales, las tasas de falla asociadas con su uso típico son prácticamente las mismas que las asociadas con su uso perfecto.<sup>4</sup>

*El "Uso ideal o perfecto" se define como el uso correcto y consistente del método, sin interrupciones y sin factores intervinientes que podrían afectar su desempeño. El "Uso típico" es el que el individuo le da al método utilizado, y es susceptible al error humano o falla ya sea por falta de información, limitaciones del método, mala memoria, errores de uso, interferencia de otros factores sobre el método, etc.*

Estudios tales como el Proyecto CHOICE sobre anticoncepción en los Estados Unidos han demostrado altas tasas de eficacia, aceptabilidad y continuidad para los MALD.<sup>5</sup> En este estudio se les proporcionó a las mujeres consejería sobre las diferentes opciones para la anticoncepción y se les ofreció el método de su elección sin cargo. Las mujeres que usaron MALD tuvieron 21 veces menos probabilidades de embarazarse que las mujeres que usaron anticonceptivos orales. De las 1.400 participantes de entre 14 y 19 años del estudio, más del 70% eligió un MALD. A los 12 y 24 meses, las usuarias de MALD tuvieron niveles más altos de satisfacción y tasas de continuación que las usuarias de anticonceptivos orales. Sin embargo, a pesar del potencial de los MALD para disminuir las tasas de embarazos no planeados, su uso actual en muchas regiones, particularmente en países de medianos y bajos ingresos, sigue siendo muy bajo en comparación con otros países desarrollados.<sup>6</sup>

## CUADRO 1: CONTENIDOS DEL RESUMEN DE POLÍTICAS

Este resumen de políticas compila evidencias de investigación a nivel global y local, obtenida de revisiones sistemáticas de la literatura y de investigaciones individuales, acerca de las barreras para ampliar la oferta y utilización de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (MALD) en las usuarias del Sistema de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, con especial énfasis en la población adolescente, las opciones para abordar el problema, y las consideraciones fundamentales de implementación.

EL RESUMEN DE POLÍTICAS **NO** CONTIENE RECOMENDACIONES. La preparación de este resumen de políticas incluyó los siguientes pasos:

1. Conformación del Comité Directivo compuesto por integrantes del CREP, y del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires;
2. Desarrollo y perfeccionamiento de los términos de referencia del documento, definición del problema y opciones viables para abordarlo, en consulta a través de encuestas, y con la ayuda de varios marcos conceptuales que organizan el pensamiento sobre las maneras de abordarlo;
3. Identificación, selección, evaluación y síntesis de la evidencia de investigaciones relevantes sobre el problema, las opciones y las consideraciones para la implementación;
4. Redacción del resumen de manera concisa y en un lenguaje accesible con los resultados de la evidencia de investigación local y global.

Las opciones para abordar el problema no son mutuamente excluyentes. Se pueden llevar a cabo de forma simultánea o se pueden extraer elementos de cada opción para crear una nueva opción. El resumen se preparó para informar a un **DIÁLOGO DELIBERATIVO** en el que la evidencia de la investigación es una (de muchas) consideraciones.

## 2- El Problema:

### Indicadores sobre la utilización de métodos anticonceptivos en la Provincia de Buenos Aires:

Existe información sobre la utilización de métodos anticonceptivos en la provincia de Buenos Aires a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo<sup>7</sup> publicada en el año 2009 (ENFR-2009) y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>8</sup> del año 2013 (ENSSyR-2013). Si bien ambas encuestas no son estrictamente comparables, no está claro a partir de la información presentada si la distribución actual de la utilización de métodos anticonceptivos refleja realmente las preferencias de las mujeres. Como puede verse en la Tabla 1, muchas mujeres que tienen la intención de limitar su fertilidad o retrasar la maternidad continúan dependiendo de métodos con tasas relativamente altas de fracaso de uso típico tales como los preservativos (47,6% y 39,9% para ambas encuestas, respectivamente) anticonceptivos orales (29,6% y 37,6%), y ritmo/abstinencia (11,4% y 4,3%). Es interesante remarcar el aumento, entre el año 2009 y 2013, de la elección de la anticoncepción oral en detrimento de los otros dos métodos que reflejan ambas encuestas. Sin embargo, la utilización de anticoncepción reversible de acción prolongada (particularmente el DIU) permanece estable y en niveles relativamente bajos (9,0% y 9,7%).

**Tabla 1: Utilización de Métodos Anticonceptivos**

	ENFR-2009 <sup>1</sup>	ENSSyR-2013 <sup>2</sup>
	N= 2.720.089	N=1.965.283
	(%)	(%)
Preservativo	47,6	39,9
Ritmo	9,6	1,5
Pastillas anticonceptivas	29,6	37,6
DIU	9,0	9,7
Diafragma	0,1	-
Coito interrumpido	1,8	2,8
Inyectable	-	2,7
Ligadura Tubaria	-	5,2
Otro	2,2	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Provincia de Buenos Aires. Mujeres sexualmente activas que se cuidan siempre durante las relaciones sexuales por método utilizado

<sup>2</sup> Gran Buenos Aires. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado.

Fuente: Adaptado de ENFR-2009 y ENSSyR-2013

### CUADRO 2: CONSIDERACIONES SOBRE LA EQUIDAD

Un problema puede afectar de manera desproporcionada a algunos grupos de la sociedad. Los beneficios, daños y costos de las opciones para abordar el problema pueden variar entre los grupos. Las consideraciones de implementación varían también según los grupos.

Una forma de identificar a los grupos que merece particular atención es el uso de "PROGRESS", que es un acrónimo formado por las primeras letras (en inglés) de las siguientes ocho formas que se pueden utilizar para describir grupos †:

- Lugar de residencia (por ejemplo, las poblaciones rurales y remotas);
- Raza/etnicidad/cultura (por ejemplo, las poblaciones originarias, poblaciones inmigrantes y poblaciones de minorías lingüísticas);
- Ocupación o experiencias en el mercado laboral en general (por ejemplo, situaciones de trabajo precario);
- Género;
- Religión;
- Nivel de educación (por ejemplo, la alfabetización en salud), y
- Situación socioeconómica (por ejemplo, las poblaciones desfavorecidas económicamente), y el capital social/exclusión social.

Este resumen de políticas se esfuerza en abarcar a todos los ciudadanos y ciudadanas, también presta especial atención al grupo de la población de usuarias adolescentes de métodos anticonceptivos. Muchos otros grupos merecen también consideración seria, y también se podría adoptar un enfoque similar para cualquiera de ellos.

† El marco PROGRESS fue desarrollado por Tim Evans y Hilary Brown (Evans 2003). Está siendo evaluada por el Área de Equidad de la Colaboración Cochrane como un medio para valorar el impacto de las intervenciones sobre la equidad en salud.

### CUADRO 3: INDICADORES SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**ENFR-2009:** La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009<sup>7</sup> fue conducida por la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud, la Secretaría de Deporte del Ministerio de Desarrollo Social y el INDEC entre octubre y diciembre de 2009. Al igual que la ENFR 2005 y 2011<sup>1</sup>, sus objetivos son conocer la distribución de los factores de riesgo en la población de varones y mujeres 18 años y más que residen en hogares particulares en localidades de 5.000 y más habitantes de todo el país, estimar su prevalencia y determinar el perfil de la población bajo riesgo a través de sus características sociodemográficas, socioeconómicas, educativas y del entorno familiar social. El diseño muestral es probabilístico y multietápico. Se obtuvo respuesta en 34.934 viviendas (rendimiento efectivo de la muestra del 82,8%).

**ENSSyR-2013:** El objetivo general de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013<sup>8</sup> consistió en generar información acerca de la salud sexual y reproductiva de los varones de 14 a 59 años y las mujeres de 14 a 49 años en centros urbanos de 2.000 o más habitantes de todo el país. El diseño muestral fue probabilístico y multietápico y se realizó asociado a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), en el marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Conducida entre mayo y junio de 2013 en conjunto con las Direcciones Provinciales de Estadística, se obtuvo una muestra de 5.980 viviendas a nivel país, con una tasa de respuesta a nivel de persona del 76,6%.

<sup>1</sup>La ENFR-2011, inexplicablemente, no incluyó las preguntas relacionadas a la utilización de métodos anticonceptivos consideradas en la ENFR-2005 y 2009

Mientras que el uso de la anticoncepción reversible de acción prolongada ha aumentado en la última década, principalmente en países desarrollados, se ha argumentado persuasivamente que las tasas de embarazo no planeado podrían reducirse si más mujeres confían en estos métodos que son altamente eficaces.<sup>9</sup>

**La elección del método:** La baja utilización de MALD puede no reflejar la verdadera demanda subyacente para el DIU y, en la actualidad, el implante. Como se dijera anteriormente, se ha demostrado un aumento dramático en la utilización de este tipo de métodos cuando se proporciona el asesoramiento de apoyo adecuado y los métodos se proporcionan sin costo alguno.<sup>5</sup> Respecto a la elección del método en las usuarias del Gran Buenos Aires, datos extraídos la ENSSyR-2013 sugieren que en la mayoría de los casos las mujeres eligen el anticonceptivo solas o junto con sus parejas. Entre las más jóvenes cobra mayor importancia la pareja como persona que decide qué método utilizar. De acuerdo a las respuestas, el personal profesional de la salud aparentemente no juega un rol preponderante en la elección de los métodos, aunque debido a la forma en que se realizó la pregunta no puede diferenciarse el peso de la consejería por parte del personal profesional en el proceso de toma de decisión (Tabla 2).

**Tabla 2: Elección del Método Anticonceptivo**

Edad	¿Quién tomó la decisión acerca del método que utiliza? <sup>1</sup>				
	Decisión conjunta con la pareja	Decisión propia	Decisión de la pareja	Junto al Profesional de la salud	Otros
15-19	49,6%	40,4%	8,7%	-	1,4%
20-24	52,3%	44,3%	1,1%	2,2%	-
25-29	59,3%	31,0%	2,5%	7,2%	-
30-34	57,9%	41,0%	1,1%	-	-
35-39	51,2%	47,1%	1,6%	-	-
40-44	48,7%	42,5%	4,2%	4,5%	-
45-49	42,1%	36,9%	2,0%	19,0%	-
<b>Total</b>	<b>51,7%</b>	<b>40,7%</b>	<b>2,8%</b>	<b>4,6%</b>	<b>0,1%</b>

<sup>1</sup> Gran Buenos Aires. Mujeres usuarias de algún método anticonceptivo por persona que decidió sobre el método según grupos de edad (n=1.965.283)

Fuente: Adaptado de ENSSyR-2013

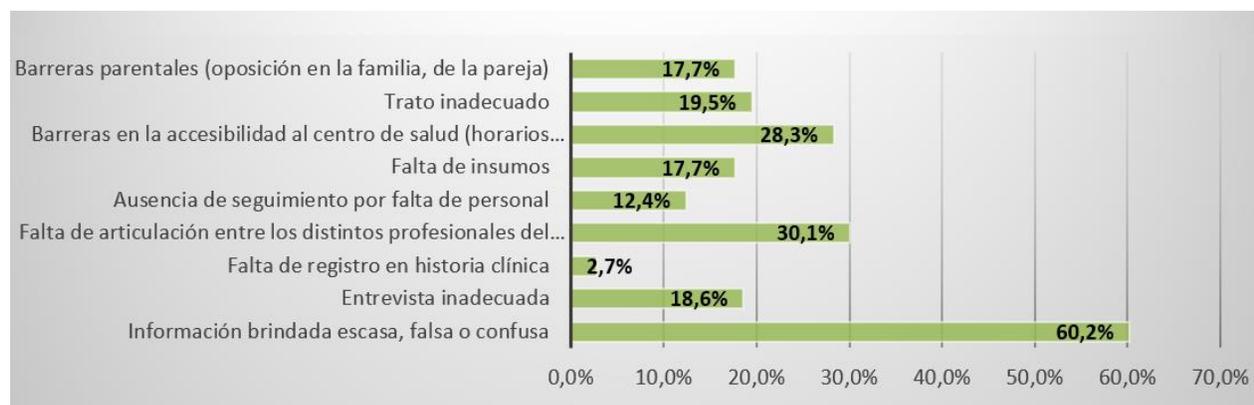
**El rol de los y las profesionales de la salud:** En general, el asesoramiento sobre anticoncepción implica la discusión de múltiples opciones. Tradicionalmente, los y las profesionales de la salud (especialmente quienes provienen del ámbito médico), adoptan un enfoque de consejería paternalista, en donde la toma de decisiones es dirigida (y a veces fuertemente influenciada) por el proveedor.<sup>10</sup> Cuando se utiliza este tipo de enfoque, son profesionales clínicos quienes determinan qué anticonceptivo responde al mejor interés de los y las pacientes y muchas veces actúan con criterios restrictivos y les ofrecen opciones limitadas.<sup>11</sup> Por lo tanto, el conocimiento, actitudes y percepciones (y a veces las preocupaciones, sesgos y preconcepciones) de trabajadoras y trabajadores de la salud encargados de proveer consejería y prescribir métodos juegan un rol importante en este proceso.

Según una encuesta en línea realizada por el Comité Ejecutivo de este Resumen de Políticas a profesionales obstétricas y obstétricos de la República Argentina, uno de los determinantes más frecuentes, según el criterio de los encuestados, para que una mujer no acceda o adhiera a un método anticonceptivo resulta de la escasa, falsa o confusa información que se les brinda a las usuarias y de entrevistas que resultan inadecuadas (Gráfico 1).

#### CUADRO 4: PERCEPCIONES SOBRE EL USO (Y NO USO) DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

512 Profesionales obstétricas y obstétricos pertenecientes a la Provincia de Buenos Aires y el resto del país fueron invitados a participar de una encuesta anónima y auto-administrada realizada utilizando la metodología en línea (*Survey Monkey*), con recordatorios semanales. Se obtuvieron 158 respuestas (31%), durante las 3 semanas que la encuesta estuvo en línea. La participación fue voluntaria en todos los casos. Hubo 4 pedidos de exclusión (0,8%). La encuesta fue auto-administrada y anónima. Constó de 20 preguntas sobre los siguientes tópicos: (1) Los métodos anticonceptivos (elegibilidad en población general y adolescentes, focalizando en MALD); (2) Acceso y adherencia (oportunidad y contenidos de la consejería, barreras para el acceso y utilización de MALD); (3) El perfil de los profesionales que pueden prescribir/colocar los diferentes métodos y las instituciones donde pueden realizarse estas prácticas; y (4) Las características del/ de la respondente (edad, años y lugar de pertenencia de su ejercicio profesional).

**Gráfico 1: Determinantes que interfieren en el acceso o adherencia a los métodos anticonceptivos**



**Fuente:** Encuesta en línea 2016. Elaboración propia a partir de la pregunta: Según su experiencia profesional ¿Cuáles son los dos determinantes más frecuentes para que una mujer no acceda o adhiera a un método anticonceptivo? (n=113).

En una encuesta a 103 médicos y médicas especialistas y en formación de Medicina General, Tocoginecología y Obstetricia del sector público y privado de la provincia del Neuquén, más del 90% de las personas encuestadas opinó favorablemente acerca del DIU en sus aspectos generales: su efectividad anticonceptiva, su seguridad, su costo-eficiencia, la facilidad para la inserción y la posibilidad de insertarlo en una mujer post parto o post aborto.<sup>12</sup> Sin embargo, el 50% respondió que las mujeres no están interesadas en el método. Incluso, 4 de cada 10, consideraron poco o nada probable recomendar y colocar un DIU, a pesar de tener una opinión favorable sobre el mismo. A pesar de las guías y recomendaciones internacionales, el 45% no lo recomienda a mujeres menores de 20 años, el 65% no lo recomienda a nulíparas, y el 31% a mujeres solteras. Al indagar acerca de las opiniones que pueden resultar en obstáculos para recomendar un DIU, sólo un 27% expresó preocupación por la falla del método o por la posibilidad de perforación uterina en la inserción.

**El embarazo en la adolescencia:** Según los datos compilados por la Oficina Argentina del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA Argentina), el 16% de todos los nacimientos producidos en el país proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años y más de 3.000 corresponden a niñas de 10 a 13 años.<sup>13</sup> En la Provincia de Buenos Aires, las cifras de adolescentes y niñas madres se ubican en el 12,2% y 0,8%, respectivamente, según lo reportado por el Ministerio de Salud de la Nación para el año 2014.<sup>14</sup> Desafortunadamente, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) no publica en forma discriminada la proporción de partos de mujeres adolescentes atendidas en el subsector de la Salud Pública, en aquéllas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), o teniendo en cuenta otros parámetros que permitan identificar sub-poblaciones vulnerables. Los datos extraídos del SIP-Gestion ubican el embarazo adolescente atendido en el sector público en el 19,8%. En la Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia<sup>15</sup> conducida por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y UNICEF

## CUADRO 5: LEGISLACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La ley N° **25.673/02** crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que establece la responsabilidad del Estado en pos de garantizar a la población (en general y a adolescentes en particular) el acceso a la información, la formación en conocimientos básicos y a prestaciones vinculadas con la salud sexual y procreación responsable.

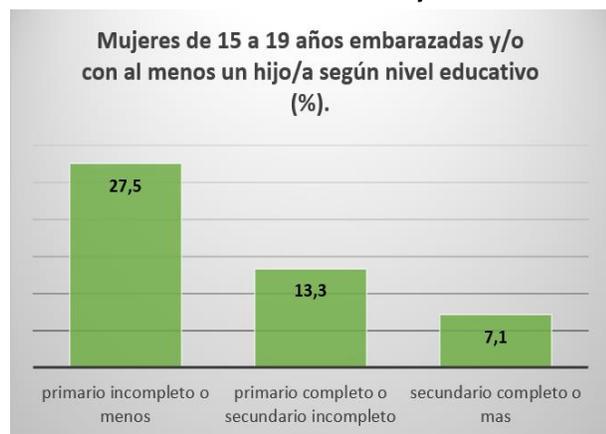
Se complementa en el año 2006 con la ley N° **26.150/06** de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el Ministerio de Educación en la que se hace explícito el derecho de todos los *“...educandos a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, se comprende como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos...”*.

La ley N° **13.066/03** crea en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires el Programa Provincial que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable. El objetivo del programa es ampliar el acceso y la cobertura universal a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos y equidad, para contribuir a la reducción del embarazo no planificado y la morbi-mortalidad materna.

Asimismo su Ley modificatoria N° **14.738/15** incorpora la estrategia de reducción de riesgos y daños con el objetivo de reducir la morbimortalidad de mujeres gestantes por abortos inseguros y de prevenir la repitencia de embarazos no planificados.

Argentina se observa que las madres adolescentes sin instrucción o que no completaron el ciclo primario cuadruplican al grupo de madres adolescentes con nivel secundario completo o mayor (Gráfico 2). Una situación similar ocurre teniendo en cuenta el nivel socioeconómico donde el grupo de madres adolescentes pertenecientes al 1° quintil es 6 veces mayor que el grupo de adolescentes perteneciente al 5° quintil (Gráfico 3).

**Gráfico 2: Embarazo adolescente y nivel educativo**



Fuente: Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia

**Gráfico 3: Embarazo adolescente y nivel económico**



Fuente: Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia

**La anticoncepción en la adolescencia:** De acuerdo a la ENSSyR-2013, la mayoría de las adolescentes de 15 a 19 años del Gran Buenos Aires (60,5%) ya se habían iniciado sexualmente al momento de la entrevista y casi todas las que respondieron afirmativamente (97,7%) manifestaron haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Sin embargo, en este grupo de adolescentes sexualmente activas, sólo el 85,9% respondió que utiliza algún método anticonceptivo en la actualidad. Estos porcentajes descienden al 52,4% a nivel nacional en la franja comprendida entre los 13 y 15 años de edad, según la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012.<sup>16</sup> Los datos extraídos del SIP-Gestión 2015 muestran que la mayoría de las madres adolescentes y niñas del sector público de la provincia de Buenos Aires no planificaron su último embarazo (Tabla 3), y si analizamos la elección de los métodos anticonceptivos en este grupo de edad, vemos que ésta se concentra principalmente en el uso del preservativo y de anticonceptivos orales en el Gran Buenos Aires (Tabla 4).

El 82 % de las madres adolescentes de la Provincia de Buenos Aires no utilizó métodos anticonceptivos al momento de su último embarazo (SIP-Gestión 2015).

**Tabla 3: Provincia de Buenos Aires. Embarazos no planificados en adolescentes (15- 19 años)**

Embarazo planeado	CASOS	%
No	12688	66,1
Si	6502	33,9
<b>TOTAL</b>	<b>19191</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIP-Gestión 2015. Hospitales públicos.

**Tabla 4: Utilización de Métodos Anticonceptivos en la población total y en adolescentes<sup>1</sup>**

	ENSSyR-2013 TOTAL N=1.965.283	ENSSyR-2013 15-19 AÑOS N=235.097
	(%)	(%)
Preservativo	39,9	52,5
Ritmo	1,5	0
AC. Orales	37,6	44,7
DIU	9,7	0
Coito interrumpido	2,8	0
Inyectable	2,7	2,8
Ligadura Tubaria	5,2	0
Otro	0,6	0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Gran Buenos Aires. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado según grupos de edad.

**CUADRO 6: LA DECLARACIÓN DE BELLAGIO<sup>17</sup>**

El Grupo de Bellagio fue convocado por primera vez en el año 2012 por el Consejo de Población (Population Council), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y la Coalición de Suministros de Salud Reproductiva. El Grupo pidió un mayor acceso a los anticonceptivos reversibles de larga duración dentro de un marco que promueva los derechos y la calidad de la atención, asegure la equidad, y responda a las necesidades de las poblaciones más vulnerables de los países en desarrollo. En reconocimiento al tema principal de la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar del año 2013 en Addis Ababa: **“Acceso pleno, elección plena”** (Full Access, Full Choice), el Grupo Bellagio reafirma su compromiso de ampliar el acceso a anticonceptivos altamente efectivos, de larga duración y reversibles para todas las mujeres y las adolescentes dentro de la gama completa de opciones anticonceptivas. El Grupo Bellagio afirma que las mujeres, hombres y jóvenes que no disponen de una opción completa e informada de opciones anticonceptivas, **no tienen acceso completo**. Para expandir la elección y el acceso, el Grupo Bellagio llama a las comunidades globales y nacionales de planificación familiar focalizar en acciones prioritarias que incluyan garantizar el acceso equitativo a toda la gama de métodos de corto plazo, de acción prolongada, permanentes y de emergencia para retrasar, espaciar o limitar embarazos; educación a los usuarios, al personal de salud y a los políticos sobre la utilidad de los MALD como opciones de alta calidad y eficaces en el post-parto y post-aborto; y permitir la selección completa de métodos para las mujeres jóvenes, asegurando que los MALD están incluidos y existe personal capacitado para proveerlos en el sector público y privado.

**El rol de los y las profesionales de la salud ante las necesidades de anticoncepción de las usuarias adolescentes:**

Los y las profesionales de la salud han sido citados consistentemente por las usuarias adolescentes como recursos valiosos para responder preguntas y abordar sus preocupaciones (a partir de conversaciones con amigos y familiares, y conceptos erróneos) sobre las opciones de anticoncepción.<sup>18</sup> En un estudio llevado a cabo por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)<sup>19</sup> entre púerperas adolescentes atendidas en el sector público de salud se destaca en general al centro de salud u hospital como fuente principal de información, aunque con algunas diferencias según las regiones relevadas (Tabla 5).

**Tabla 5: Fuentes de información sobre métodos<sup>i</sup>**

Fuente de Información	Total N=1.608	Gran Buenos Aires n= 504	La Plata n=125
Centros de salud u hospital	40,4	34,3	54,4
Escuela	38,4	48,4	26,4
Amiga/ vecina/ hermana u otros familiares mujeres	35,2	30,3	18,4
Madre	24,7	35,9	16,0
Marido/ compañero	7,5	5,8	5,6
Medios de comunicación o materiales educativos	5,9	5,6	2,4
Otros	3,0	2,4	1,6
Otros familiares	2,4	2,6	0,8
Promedio de menciones	1,59	1,67	1,29

<sup>i</sup> Adaptado de: Gogna y Cols. El embarazo adolescente. Diagnóstico Para Reorientar las Políticas y Programas de Salud.

Si bien el sistema de salud es reconocido y utilizado por las adolescentes para obtener información y acceso a métodos anticonceptivos, estudios sobre preferencias de prescripción entre profesionales médicos muestran que la evaluación subjetiva del comportamiento sexual de los y las adolescentes, sus actitudes acerca de los factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, y los criterios de elegibilidad demasiado restrictivos (principalmente debido a la edad y a la nuliparidad) dificultan el acceso de métodos altamente efectivos, como el DIU y otros MALD a las usuarias adolescentes, al no ofrecerlos dentro de las opciones.<sup>20</sup> Los datos de la Provincia de Neuquén citados anteriormente corroboran lo que otros investigadores hallaron en países desarrollados. Sin embargo, otros colectivos profesionales tienen actitudes menos restrictivas, tal como se desprende de las respuestas de profesionales

obstétricas y obstétricos en la encuesta en línea descripta anteriormente (Tabla 5). Allí, el 68% de las personas encuestadas considera que el determinante más importante para la prescripción de un método es la elección de la mujer. El resto dio prioridad a la paridad (9,8%), el antecedente de fallas de otros métodos (9,0%), la edad (7,4%) y la intolerancia de la usuaria a otros métodos (5,7%).

El 60,3 % de profesionales obstétricas y obstétricos incluyen al DIU y al implante como opciones válidas de anticoncepción para adolescentes (Encuesta en línea 2016).

**Tabla 5: Encuesta a obstétricas/os. Opciones de anticoncepción que pueden utilizar los y las adolescentes**

Opciones	N	%
Abstinencia/ritmo	0	0,0
Preservativos	25	20,7
Anticonceptivos orales	4	3,3
Ac. hormonales de emergencia	0	0,0
Anticonceptivos Inyectables	1	0,8
DIU	0	0,0
Implante sub-dérmico	5	4,1
Ligadura tubaria (LTB)	0	0,0
Abstinencia/ritmo + preservativos	3	2,5
Todos ellos (Excepto MALD y LTB)	10	8,3
Todos ellos (Excepto LTB)	51	42,1
Todos ellos	22	18,2
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la encuesta en línea 2016 a profesionales obstétricas/os de la Argentina.

## En resumen:

- La utilización de métodos altamente efectivos como el DIU y el implante subdérmico es escasa en relación a otros métodos menos efectivos, especialmente entre la población de usuarias adolescentes.
- Las tasas de embarazo adolescente no planificado en la provincia de Buenos Aires permanecen elevadas, particularmente en el sector público del Sistema de Salud.
- El Sistema de Salud es una fuente importante de información para las usuarias adolescentes que requieren anticoncepción, aunque la actitud de algunos profesionales de la salud ante los métodos reversibles de larga duración (particularmente el DIU) puede transformarse en una barrera para su elección y acceso.

### CUADRO 7a: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (I)

Se buscó la evidencia de investigación disponible sobre las opciones para abordar el problema primeramente de una base de datos constantemente actualizada que contiene más de 5000 revisiones sistemáticas sobre mecanismos de prestación, financieros y de gobernanza dentro de los sistemas de salud: Health Systems Evidence.<sup>21</sup> Se buscó además en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS,<sup>22</sup> en la Base de datos de la Colaboración Cochrane<sup>23</sup> y en Medline.<sup>24</sup> Las revisiones se identificaron buscando primero en la base de datos para revisiones que contenían palabras claves relacionadas con el tópico en el título y / o resumen. Las palabras clave (y sus variantes) incluían Anticoncepción / Implante subdérmico / DIU / MALD / adolescencia. Las palabras claves se utilizaron en idioma Inglés. Las revisiones adicionales se identificaron buscando en la base de datos revisiones que abordaron las características de las opciones que no se identificaron usando palabras claves relacionadas con el tema.

Los hallazgos claves de los autores de la revisión se extrajeron de las revisiones identificadas. Cada revisión se evaluó también en términos de su calidad (Calificación AMSTAR), aplicabilidad local (proporción de estudios que se llevaron a cabo en el país o en países similares al nuestro), consideraciones sobre la equidad (proporción de estudios que tratan explícitamente a los grupos priorizados) y el grado de enfoque de la revisión en el tema. La evidencia general sobre las opciones se resumió a continuación y se introdujeron las advertencias relevantes sobre los hallazgos principales de los autores de la revisión con base en evaluaciones de calidad, aplicabilidad local, y equidad.

## 3- Las opciones para abordar el problema:

La elección de alguna de las opciones disponibles de anticoncepción por parte de las personas que desean adoptar un método está fuertemente influenciada por una serie de factores complejos. Estos factores incluyen las características sociodemográficas de las/os usuarias/os, el conocimiento que tengan sobre las opciones, incluido el acceso a la información, las necesidades al momento de decidir y elegir el método y las percepciones acerca de la efectividad y/o seguridad del mismo. La accesibilidad a los servicios y a los insumos, la actitud y los conocimientos de los y las profesionales de la salud a cargo de proveer los métodos y otros factores externos, como las restricciones legales también influyen dicha elección.

Se pueden seleccionar, a partir de la evidencia disponible en la bibliografía, muchas opciones para abordar las dificultades para ampliar la provisión y uso de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración en la Provincia de Buenos Aires. Para promover el debate sobre los pros y contras de las opciones potencialmente viables, se han seleccionado aquellas relacionadas a los tres ejes identificados en la sección anterior, que incluyen:

- 1- Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las mujeres en general, y de los y las usuarias adolescentes en particular, hacia los Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (principalmente el DIU y los implantes sub-dérmicos) para incrementar su utilización.
- 2- Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de los equipos profesionales de la salud en la consejería y provisión de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (principalmente el DIU y los implantes sub-dérmicos) en usuarias adolescentes.
- 3- Intervenciones dirigidas a mejorar el acceso de las mujeres a los Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (principalmente el DIU y los implantes sub-dérmicos) a partir del aumento u optimización de la planta profesional encargada de su provisión.

### Opción 1 – Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las usuarias hacia el DIU y los implantes sub-dérmicos:

La mayoría de los embarazos no planeados debido a fallas del método se asocian a su eficacia intrínseca y a factores de adherencia, tales como su uso incorrecto o inconsistente. Como fuera anteriormente descrito, los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración se ubican entre los más eficaces, aunque su utilización, particularmente el DIU, es relativamente baja, comparada con otros métodos. Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas sobre intervenciones dirigidas, desde el sistema de salud, al cambio actitudinal y de comportamiento de las mujeres en general, y las usuarias adolescentes en particular para la elección/utilización de métodos, con foco en los MALD. La búsqueda arrojó información acerca de tres tipos de intervenciones:

- Consejería para promover la utilización de DIU (post evento obstétrico).
- Consejería especializada para adolescentes para promover la utilización de métodos anticonceptivos.
- Uso de medios masivos de comunicación.

**Consejería para promover la utilización del DIU:** Una Revisión sistemática Cochrane publicada en el año 2012 evaluó las estrategias para mejorar la aceptabilidad y uso del dispositivo intrauterino de cobre.<sup>25</sup> La misma reporta datos de casi 8.000 mujeres incluidas en 9 estudios<sup>4</sup> conducidos en Brasil, China, Egipto, Escocia, India, Irán, Pakistán, Siria y Sudáfrica que reportaron como resultados la elección y utilización del DIU post-intervención. La revisión no reporta datos acerca de la proporción de embarazos en los grupos en comparación. Si bien los estudios incluidos son de calidad metodológica pobre a moderada, los resultados muestran que la consejería tanto pre- como post-natal en los ámbitos de asistencia sanitaria produce un aumento en la utilización del DIU. La consejería realizada en visitas domiciliarias posnatales no demostró un impacto significativo en su utilización. En lo referente a la consejería post-aborto, los estudios incluidos compararon consejería + provisión del método versus consejería solamente y no obtuvieron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo ninguna de estas opciones se comparó con no realizar consejería. Los resultados son consistentes con otra Revisión Sistemática Cochrane focalizada en consejería post-parto para la utilización de anticoncepción en general.<sup>26</sup> En todos los estudios las mujeres se encontraban en un período relacionado a un evento obstétrico (embarazo, parto o aborto) y no se discriminaron los hallazgos por grupos de edad, por lo tanto deben tomarse con precaución las conclusiones de esta revisión si se quieren extrapolar a otros ámbitos.

### CUADRO 7b: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (II)

*(continuación)*

Se prestó atención a las revisiones que no contenían estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva (es decir, revisiones “vacías”) y a las revisiones que concluían que existía incertidumbre acerca de la opción a partir de los estudios identificados. Ser consciente de lo que **no se sabe** puede ser tan importante como ser consciente de lo que **se sabe**. Cuando una opción sólo tiene respaldo de una revisión vacía o con incertidumbre o existen dudas sobre su calidad, la aplicabilidad local de sus hallazgos, o una falta de atención a las consideraciones de equidad, se podría comisionar una investigación primaria o se podría proponer la opción con esos recaudos explícitos y diseñar un plan de monitoreo y evaluación como parte del plan de implementación.

<sup>i</sup> A los fines del presente resumen de políticas, solo se extrajeron de la revisión las intervenciones que puedan extrapolarse a, o ser aplicadas por, el sistema de salud de la República Argentina. Por lo tanto las intervenciones comunitarias dirigidas a poblaciones rurales sin acceso al sistema de salud en países de muy bajos ingresos, o las intervenciones en el ámbito escolar no fueron consideradas.

### **Estrategias de consejería para mejorar la utilización de métodos anticonceptivos en adolescentes:**

Respecto al formato y contenidos de la consejería, una revisión sistemática Cochrane publicada en 2016<sup>27</sup> sobre 11 estudios (10 conducidos en Estados Unidos y uno en China) buscó identificar intervenciones educativas breves (una a tres sesiones de 15 a 60 minutos, con o sin seguimiento) para mejorar el uso de anticonceptivos entre jóvenes, que puedan ser implementadas en efectores del sistema de salud en países de medianos y bajos ingresos. Si bien casi la mitad de los estudios mostraron algún efecto de los programas especiales de consejería (adaptados para las necesidades de los y las adolescentes según su grupo de edad, o con utilización de material audiovisual, o con seguimiento telefónico, etc.), la calidad metodológica de los estudios fue moderada a pobre, hubo grandes diferencias tanto en los contenidos de estas estrategias especiales y las actividades de consejería estándar contra la cual se compararon, como en las edades y situaciones de vida de las personas jóvenes. Otras revisiones sistemáticas publicadas en 2012<sup>28</sup> y 2016<sup>29</sup> también encontraron dificultades para extraer conclusiones sobre los contenidos educativos y el formato de la consejería dirigida a adolescentes para incrementar la utilización de métodos anticonceptivos y disminuir la cantidad de embarazos no planeados. La mayoría de los estudios publicados no discriminan el tipo de método de elección, o hacen referencia principalmente a la utilización del condón y los anticonceptivos orales. Sin embargo, como se citara anteriormente en referencia al proyecto CHOICE,<sup>5</sup> cuando la consejería es adecuada y el método se encuentra disponible, un gran porcentaje de adolescentes eligen métodos reversibles de larga duración. Un estudio cualitativo mostro que las adolescentes americanas valoran, al momento de decidir la utilización de un MALD, que la información por parte de los y las profesionales de salud incluya el uso de imágenes, que se les asegure la reversibilidad del método y se brinde

información sobre los efectos secundarios.<sup>18</sup> El asesoramiento personalizado ante necesidades específicas, así como el abordaje y validación de sus preocupaciones antes y después de la inserción del DIU o el implante son también altamente valorados.

### **Uso de Medios Masivos de comunicación:**

Una revisión narrativa acerca de las intervenciones para mejorar el comportamiento de adolescentes en el uso de anticonceptivos evaluó la utilización de los medios de comunicación que incluían material audiovisual, teatralizaciones, utilización de medios masivos y telefonía móvil.<sup>30</sup> Los siete estudios incluidos fueron conducidos entre 2001 y 2009 en Camerún, China, Ghana, India, México, Nigeria, Turquía y Zimbabue. Sin embargo, en todos los estudios las intervenciones eran multifacéticas, incluyendo además consejería por pares, distribución de métodos, intervenciones en las escuelas, etc., por lo que no puede evaluarse el efecto del impacto del uso de los medios de comunicación en las actitudes de los y las adolescentes ante los métodos anticonceptivos en general, y los MALD en particular. Otras revisiones sistemáticas publicadas que evaluaron entre otras intervenciones la utilización de medios de comunicación fueron publicadas en 2016. En una de ellas<sup>31</sup> se encontraron efectos significativos en el uso de anticonceptivos modernos en adolescentes de India a través de una campaña en los medios masivos de comunicación, y un efecto positivo (aunque no significativo) en disminuir los embarazos no planificados en Sudáfrica, aunque en este último lugar la intervención también incluía clases y teatralizaciones desarrolladas en la comunidad. La otra revisión<sup>32</sup> destaca un estudio cuasi-experimental conducido en Tanzania que mostró un efecto significativo en la utilización de anticonceptivos por parte de mujeres casadas debido a la exposición a un programa de radioteatro (los resultados se compararon con regiones del país sin acceso a dicha novela por la radio abierta), lo que llevó a las autoridades a la ampliación del programa a nivel nacional.

**Tabla 6: Resumen de los hallazgos claves de las revisiones sistemáticas sobre las intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las usuarias hacia el DIU y los implantes sub-dérmicos.**

Categoría de hallazgos	Hallazgos clave
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor utilización del DIU postparto o postaborto con consejería pre y posnatal.</li> <li>• Mayor utilización de anticoncepción con consejería especializada para adolescentes.</li> </ul>
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se reportan.</li> </ul>
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor utilización de recursos cuando las estrategias involucran visitas múltiples, seguimiento, recordatorios, o personal exclusivamente dedicado a la consejería.</li> <li>• Mayor utilización de recursos con el uso de los medios masivos de comunicación, aunque se desconoce su efectividad y costo-efectividad.</li> </ul>
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incertidumbre acerca de la efectividad de la consejería para promover la utilización del DIU en ámbitos de salud no relacionados a eventos obstétricos (consultorios generales, clínicas de planificación familiar, etc.)</li> <li>• Incertidumbre acerca de los contenidos y el formato de la consejería especializada para adolescentes. Las imágenes, la información detallada y la disponibilidad pre- y post- inserción son altamente valoradas en las adolescentes usuarias de MALD.</li> <li>• Incertidumbre acerca del rol de los medios masivos de comunicación como intervención única.</li> </ul>
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las intervenciones de consejería han formado parte de programas tanto en la población adulta como en adolescentes en muchos lugares. Sin embargo, la mayoría de los estudios y reportes son inconsistentes al momento de describir la intervención, y adolecen de evaluaciones a largo plazo sobre su efectividad en resultados clínicamente relevantes.</li> </ul>
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias valoradas tanto por decisores como por proveedores y usuarios del sistema de salud, aunque la forma de implementación de ambas opciones es muy heterogénea.</li> </ul>

### **Opción 2 - Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes del equipo de profesionales de la salud en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos:**

Tal como se describe en la definición del problema, las actitudes de los y las profesionales hacia los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración juegan un papel importante en el proceso de toma de decisiones por parte de las usuarias. También se ha demostrado que muchas más mujeres aceptan y utilizan estos métodos cuando tienen acceso a la información correcta y a los insumos.

Se buscaron intervenciones dirigidas a profesionales de salud evaluadas en revisiones sistemáticas que tengan como objetivos finales el aumento de la utilización de estos métodos, focalizando cuando sea posible en la población de usuarias adolescentes. Existe evidencia indirecta a

partir de estudios observacionales sobre capacitación en consejería y provisión de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (principalmente DIU) y de intervenciones de capacitación profesional en Salud Sexual y Reproductiva enfocada a adolescentes o a métodos de planificación familiar en general. Sin embargo, hasta el momento no han sido publicadas revisiones sistemáticas dirigidas específicamente a evaluar el efecto del entrenamiento de los proveedores de salud en consejería y provisión de métodos anticonceptivos de larga duración. En la revisión sistemática Cochrane acerca de las estrategias para mejorar la aceptabilidad y uso del dispositivo intrauterino de cobre<sup>25</sup> anteriormente citada, cada profesional en el grupo intervención,

independientemente de sus especificidades profesionales, fueron entrenados de alguna manera en consejería, y en algunos estudios se facilitó la provisión del método o la referencia de las mujeres para su adquisición. Uno de los estudios incluidos en la revisión Cochrane sobre intervenciones educativas breves dirigidas a jóvenes<sup>27</sup> tuvo como objetivos mejorar el acceso a los MALD y disminuir las tasas de embarazo a través de la capacitación de los proveedores sobre asesoramiento e inserción del DIU y el implante. El estudio fue conducido en 40 clínicas de aborto y de planificación familiar en 15 estados de los Estados Unidos.<sup>33</sup> Los autores vieron una menor tasa de embarazos con la intervención en el subgrupo de clínicas de planificación familiar (donde el 73% accedió a un MALD). Este efecto se vio sin embargo

diluido en las clínicas de aborto (donde solo el 43% de las mujeres jóvenes y adolescentes accedió al método). Un análisis posterior<sup>34</sup> mostró la influencia de la cobertura de seguro médico en la decisión de las mujeres que optaron por el DIU o el implante, concluyendo que el financiamiento público y la capacitación de los proveedores mejoran sustancialmente el acceso y utilización de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. A pesar de la evidencia débil sobre el efecto de la capacitación en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos en mejorar su utilización, esta actividad es fuertemente recomendada por los organismos Internacionales y las Sociedades Profesionales relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva.

2,3,17,35

**Tabla 7: Resumen de los hallazgos claves de las intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de los equipos profesionales de la salud en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos.**

Categoría de hallazgos	Hallazgos clave
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en la elección de MALD con el entrenamiento de proveedores en consejería y provisión de MALD.</li> <li>• Posible impacto en la tasa de embarazos no planeados.</li> </ul>
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la expansión a gran escala de los servicios de colocación de MALD (principalmente el implante) se debe asegurar la disponibilidad y acceso a los servicios para retirarlos (donde la oportunidad de entrenamiento es menor).<sup>36</sup></li> </ul>
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor utilización de recursos con entrenamientos dirigidos. No existen estudios de costo-efectividad de la estrategia.</li> </ul>
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es difícil separar el efecto de la capacitación de cada profesional de otros factores (incluidos la disponibilidad de insumos, disponibilidad de tiempo para la consejería frente a las usuarias, costos para las usuarias), en la decisión de las mujeres a optar por un MALD.</li> </ul>
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El entrenamiento profesional en la colocación y remoción del DIU y los implantes sub-dérmicos forman parte de la currícula de posgrado de los y las profesionales a cargo de proveer servicios de Salud Sexual y Reproductiva.</li> </ul>
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las capacitaciones profesionales son altamente valoradas por los trabajadores y trabajadoras de la salud.</li> </ul>

### Opción 3 - Intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del aumento u optimización de la planta profesional encargada de su provisión

Factores relacionados al sistema de salud, como lo son la disponibilidad (incluidos los tiempos de espera para conseguir turnos) y las actitudes del equipo profesional, la calidad de los servicios prestados, los costos directos e indirectos para los y las usuarias, y la proximidad a los centros donde pueda accederse a métodos de planificación familiar influyen la utilización de métodos anticonceptivos en general<sup>37</sup> y de MALD en particular.<sup>38</sup> El marco regulatorio del país (incluida la responsabilidad ante litigios, los honorarios profesionales y la cobertura/reembolsos a los usuarios según el tipo de proveedor) es clave para entender estas barreras. En Alemania, la inserción del DIU la realizan sólo gineco-obstetras. En los Países Bajos también lo hacen los médicos de familia y generalistas. En Suecia las obstétricas proporcionan la mayor parte servicios.<sup>39</sup> Una de las estrategias sugeridas para sortear estas barreras es la ampliación en los roles de otro cuadros profesionales en la consejería y provisión de MALD.<sup>38</sup>

La ley provincial N°14.802/15 plantea nuevos alcances del ejercicio profesional de las y los profesionales Obstétricas/os y Licenciadas/os en Obstetricia, incluyendo entre sus competencias profesionales la colocación de Dispositivos Intrauterinos (DIU), previa acreditación correspondiente otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

En el año 2015 se publicó una revisión sistemática sobre transferencia de tareas para el suministro de anticonceptivos.<sup>40</sup> En la misma se incluyeron dos estudios conducidos en Colombia y Brasil que compararon la inserción de DIU por enfermeras y por médicos, y dos estudios realizados en Filipinas y Turquía que compararon la misma intervención realizada por enfermeras o parteras auxiliares y por médicos. En general, parece haber poca o ninguna diferencia en los resultados cuando los servicios anticonceptivos descritos anteriormente son impartidos por diferentes cuadros profesionales, sugiriendo que el cambio de tareas puede ser una intervención eficaz y segura para aumentar el acceso a la distribución de MALD. La fuerza de la evidencia proveniente de estos estudios fue generalmente baja debido principalmente a la metodología, los tamaños de la muestra, y a diferencias en la definición de algunos de los resultados. Sin embargo, Los resultados de esta revisión informaron a las recientes guías de la OMS OPTIMIZEMNH.<sup>41</sup> El Gráfico 4 resume las recomendaciones sobre la implementación del cambio de tareas para la entrega de anticonceptivos, incluyendo donde la intervención debe ir acompañada de más investigación o monitoreo y evaluación rigurosos para su implementación.

**Gráfico 4: Recomendaciones de la OMS sobre sustitución de roles**

	Trabajadores legos	Enfermeras auxiliares	Parteras auxiliares	Enfermeras	Parteras	Médicos Clínicos	Médicos Especialistas	Médicos no especialistas
<b>Provisión de Anticonceptivos</b>								
Consejería	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anticonceptivos inyectables	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y remoción de DIU	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y remoción de Implantes	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ligadura tubaria	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Vasectomía	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓

✓
Recomendado

✓
Recomendado con monitoreo y evaluación

✗
No Recomendado

✗
Sólo en el contexto de investigaciones

**Fuente:** Traducido de <http://optimizemnh.org/optimizing-health-worker-roles-maternal-newborn-health/>

**Tabla 8: Resumen de los hallazgos claves de la revisión sistemática sobre las intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del aumento u optimización de la planta profesional encargada de su provisión**

Categoría de hallazgos	Hallazgos clave
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similar tasa de continuación del método, remoción y expulsiones entre médicos y obstétricas/os auxiliares.</li> <li>• Similar tasa de embarazos no planeados entre ambos grupos</li> </ul>
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidad de mayor tasas de expulsión en nulíparas si la inserción del DIU se lleva a cabo por enfermeras.</li> </ul>
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor utilización de recursos relacionados al entrenamiento de las personas encargadas de la provisión de MALD si éste no se encuentra ya incluido en la currícula profesional.</li> </ul>
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incertidumbre acerca del efecto de la intervención en las tasas de aceptación y utilización del método por parte de las usuarias.</li> <li>• Incertidumbre acerca de las tasas de referencias/traslados debido a complicaciones durante la inserción.</li> </ul>
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necesita entrenamiento y confianza en la inserción y remoción de MALD. Esto podría lograrse, en parte, mejorando el acceso a programas de capacitación brindando oportunidades para que los y las profesionales obtengan experiencia.</li> </ul>
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La provisión de MALD por parte de profesionales obstétricas/os puede percibirse como una intromisión en la esfera del médico especialista, con la potencial resistencia de este colectivo profesional.</li> <li>• Las mujeres valoran la interacción con profesionales obstétricas/os y de enfermería.</li> </ul>

#### 4- Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad:

Tal como se ha mencionado, existe gran heterogeneidad en las definiciones de los formatos y contenidos de la consejería en salud sexual y reproductiva en general, y en anticoncepción en particular. El lugar y momento apropiados, así como la actitud del equipo profesional hacia las necesidades de las mujeres y sus parejas han sido consistentemente reportados como factores que facilitan el empoderamiento de los y las usuarias para la elección de métodos anticonceptivos. Se señaló además que los materiales educativos deben ser inclusivos y accesibles, con una redacción sencilla y fácil de comprender, proporcionando información culturalmente apropiada y disponible en diferentes idiomas, y en múltiples formatos, incluyendo el material escrito y audiovisual. Deben considerarse además formatos especiales para otras poblaciones vulnerables, como por ejemplo material basado en dibujos, audio o videos para aquellos usuarios y usuarias que no pueden leer y escribir, o que presentan limitaciones visuales o auditivas. En algunos casos el entorno familiar o las parejas masculinas de las mujeres que requieren anticoncepción juegan un fuerte papel en el proceso de toma de decisiones, por lo que se deben considerar los espacios adecuados y los mensajes pertinentes dirigidos hacia estos otros actores, evitando que actúen como barreras y contribuyendo al empoderamiento de las mujeres.

Los medios masivos de comunicación, incluyendo las redes sociales y la telefonía móvil podrían contribuir a sortear las barreras de acceso a la información sobre los métodos de anticoncepción reversible de larga duración para las mujeres jóvenes y adolescentes no expuestas aún a eventos obstétricos (embarazo no planeado o aborto). El evento obstétrico ha sido un foco de atención reciente por parte del sistema de salud pública para promover el acceso y la utilización de este tipo de métodos, sobre todo en jóvenes y adolescentes. Sin embargo, aquéllas mujeres y adolescentes nulíparas que no desean embarazarse o se encuentran en riesgo de embarazo no planeado (sexo casual, adicciones a sustancias no permitidas o bajo efectos del alcohol) no tienen acceso a estas iniciativas.

En lo referente a las actitudes y calificación profesional para la provisión de MALD (especialmente en nulíparas y adolescentes), tanto la capacitación de los equipos profesionales médicos tradicionalmente encargados de su provisión, como la de los nuevos cuadros de obstétricas y obstétricos actualmente habilitados en la Provincia de Buenos Aires permitiría sortear las barreras de acceso institucionales que actualmente sufren las mujeres para acceder a éstos métodos. La incorporación de estos cuadros, que actualmente se encuentran en actividad en espacios y horarios propios, no sólo incrementaría la planta profesional habilitada, sino que además ampliarían la oferta de lugares y horarios disponibles para satisfacer las demandas de la población.

## 5- Referencias Bibliográficas:

1. Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception. Editors: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; 2005 Oct (Updated 2013). ISBN 1-904752-18-7.
2. NICE clinical guideline 30. Long-acting reversible contraception (update). National Institute for Health and Care Excellence. Issued: September 2014. ISBN: 978-1-4731-0719-9.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosch M, Norman WV, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Ferguson C, Fortin C, Kielly M, Mansouri S, Todd N for the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can 2015;37(10):S1–S28.
4. Trussell J. Contraceptive Efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2011.
5. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med. 2012 May 24;366(21):1998-2007.
6. Joshi R, Khadilkar S, Patel M. Global trends in use of long-acting reversible and permanent methods of contraception: Seeking a balance. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Oct;131 Suppl 1:S60-3.
7. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
8. Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
9. Likis FE. A new year's resolution: promoting long-acting reversible contraception. J Midwifery Women's Health. 2014 Jan-Feb;59(1):1-2.
10. Bahamondes L, Makuch MY, Monteiro I, Marin V, Lynen R. Knowledge and attitudes of Latin American obstetricians and gynecologists regarding intrauterine contraceptives. Int J Womens Health. 2015 Jul 16;7:717-22.
11. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. Obstet Gynecol. 2012 Apr;119(4):762-71.
12. Luchetti G, Romero M. Determinantes de la oferta e inserción del dispositivo intrauterino (DIU) entre los proveedores de salud. Una encuesta regional sobre conocimientos actitudes y prácticas. Salud Pública de México. EN PRENSA.
13. UNFPA Argentina: Datos sobre embarazo adolescente en la Argentina. Disponible en: [http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202](http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=202). Último Acceso: 01/12/2016.
14. Estadísticas Vitales. Información básica - Año 2014. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Diciembre de 2015. ISSN 1668-9054.
15. Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales resultados 2011-2012. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; UNICEF Argentina. Buenos Aires, Septiembre de 2013.
16. 2° Encuesta Mundial de Salud Escolar - Argentina 2012. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Septiembre de 2014.
17. Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), and Reproductive Health Supplies Coalition. 2013. "2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice." 18 December. Available at

- [www.popcouncil.org/pdfs/2013RH\\_BellagioConsensus.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2013RH_BellagioConsensus.pdf). Último acceso: 01/12/2016.
18. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying counseling needs of nulliparous adolescent intrauterine contraceptive users: a qualitative approach. *J Adolesc Health*. 2013 Mar;52(3):293-300.
  19. Gogna M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-UNICEF Argentina, 2005.
  20. Rubin SE, Campos G, Markens S. Primary care physicians' concerns may affect adolescents' access to intrauterine contraception. *J Prim Care Community Health*. 2013 Jul 1;4(3):216-9.
  21. <https://www.healthsystemsevidence.org/>. Último Acceso 02/12/2016.
  22. <http://apps.who.int/rhl/es/>. Último Acceso 02/12/2016.
  23. <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>. Último Acceso 02/12/2016.
  24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Último Acceso 02/12/2016.
  25. Arrowsmith ME, Aicken CRH, Saxena S, Majeed A. Strategies for improving the acceptability and acceptance of the copper intrauterine device. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD008896. DOI: 10.1002/14651858.CD008896.pub2.
  26. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD001863. DOI: 10.1002/14651858.CD001863.pub4.
  27. Lopez LM, Grey TW, Tolley EE, Chen M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD012025. DOI: 10.1002/14651858.CD012025.pub2.
  28. Blank L, Baxter SK, Payne N, Guillaume LR, Squires H. Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in health care settings. *Health Educ Res*. 2012 Dec;27(6):1102-19.
  29. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, Bhutta ZA. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *J Adolesc Health*. 2016 Oct;59(4S):S11-S28.
  30. Gottschalk LB, Ortayli N. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base. *Contraception*. 2014 Sep;90(3):211-25.
  31. Hindin MJ, Kalamar AM, Thompson TA, Upadhyay UD. Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *J Adolesc Health*. 2016 Sep;59(3 Suppl):S8-S15.
  32. Mwaikambo L, Speizer IS, Schurmann A, Morgan G, Fikree F. What works in family planning interventions: a systematic review. *Stud Fam Plann*. 2011 Jun;42(2):67-82.
  33. Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, Morfesis J, Goodman S, Darney PD, Westhoff CL, Speidel JJ. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *Lancet*. 2015 Aug 8;386(9993):562-8.
  34. Thompson KM, Rocca CH, Kohn JE, Goodman S, Stern L, Blum M, Speidel JJ, Darney PD, Harper CC. Public Funding for Contraception, Provider Training, and Use of Highly Effective Contraceptives: A Cluster Randomized Trial. *Am J Public Health*. 2016 Mar;106(3):541-6.
  35. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2012 Oct;120(4):983-8.
  36. Christofield M, Lacoste M. Accessible Contraceptive Implant Removal Services: An Essential Element of Quality Service Delivery and Scale-Up. *Glob Health Sci Pract*. 2016 Sep 29;4(3):366-72.
  37. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*. 2016

Jan 15;16:2.

38. Garrett CC, Keogh LA, Kavanagh A, Tomnay J, Hocking JS. Understanding the low uptake of long-acting reversible contraception by young women in Australia: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2015 Sep 10;15:72.
39. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K; INTRA Writing Group. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*. 2014 Mar;89(3):162-73.
40. Polus S, Lewin S, Glenton C, Lerberg PM, Rehfuss E, Gülmezoglu AM. Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. *Reprod Health*. 2015 Apr 1;12:27.
41. World Health Organization. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012.

## 6- Apéndices

Las siguientes tablas proporcionan información detallada acerca de las revisiones sistemáticas identificadas para cada opción. Cada fila de la tabla corresponde a una revisión sistemática en particular. El enfoque de la revisión se describe en la segunda columna. Los principales hallazgos de la revisión que se relacionan con la opción se enumeran en la tercera columna, mientras que en la cuarta columna se presenta una clasificación de la calidad general de la revisión. La calidad de cada estudio se ha evaluado utilizando AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Reviews - Un Instrumento de Medida para Evaluar Revisiones), que califica la calidad global en una escala de 0 a 11, donde 11/11 representa una revisión de la más alta calidad. Es importante señalar que la herramienta AMSTAR se desarrolló para evaluar revisiones enfocadas a intervenciones clínicas, de modo que no todos los criterios se aplican a las revisiones sistemáticas relativas a mecanismos de prestación, financieros o de gobernanza dentro de los sistemas de salud. Si el denominador no es de 11, los evaluadores consideraron no pertinente un aspecto de la herramienta. Al comparar puntuaciones, es, por lo tanto, importante tener en mente las dos partes de la puntuación (es decir, el numerador y el denominador). Por ejemplo, una revisión con una puntuación de 8/8 es, en general, de calidad comparable a una revisión de puntuación 11/11, siendo ambas consideradas "altas puntuaciones." Una puntuación alta indica que los lectores de la revisión pueden tener un alto nivel de confianza en sus hallazgos. Una puntuación baja, en cambio, no significa que se debe descartar la revisión sino que se puede tener menos confianza en sus hallazgos y que la revisión se debe examinar a profundidad para identificar sus limitaciones. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems*).

Las tres últimas columnas proporcionan información acerca de la utilidad de la revisión en términos de aplicabilidad local, equidad y aplicabilidad del tema. La quinta columna señala la proporción de estudios que se realizaron en países de medianos y bajos ingresos, mientras que la sexta columna indica la proporción de estudios incluidos en la revisión que tratan explícitamente de uno de los grupos priorizados - es decir, las poblaciones vulnerables La última columna indica la aplicabilidad del tema de la revisión en términos de si aborda o no arreglos de entrega, arreglos financieros, intervenciones de implementación, etc.

Toda la información proporcionada en las tablas de los apéndices ha sido tomada en cuenta por los autores del resumen de políticas para la elaboración de tablas 1-3 del texto principal del resumen.

**Apéndice 1: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 1: Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes de las usuarias hacia el DIU y los implantes sub-dérmicos**

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
<b>Consejería pre-y postnatal y post-aborto para promover la utilización de DIU posparto o post aborto (6 estudios)</b>	Intervenciones para mejorar la aceptabilidad y el uso del DIU <sup>25</sup>	<p><b>Consejería prenatal:</b> Utilización de DIU: (OR=2,33; IC95% 1,39 a 3,91; p=0,001; evidencia moderada)</p> <p><b>Consejería postparto pre-alta:</b> Utilización de DIU: (OR=5,73; IC95% 3,59 a 9,15; p=0,00001; evidencia moderada)</p> <p><b>Consejería especial + provisión versus consejería post- aborto:</b> Utilización de DIU: (OR=1,39; IC95% 0,68 a 2,93; p=0,23; evidencia baja)</p>	10/11	8/9 Brasil, China, Egipto, Escocia, India, Irán, Pakistán, Siria y Sudáfrica	6/9 (consejería pre- y post- evento obstétrico)  ?/6 (proporción de adolescentes)	Arreglos de entrega/ Provisión de servicios
<b>Consejería especial dirigida a adolescentes para promover el uso de anticoncepción (4 estudios)</b>	Intervenciones educativas breves para mejorar el uso de anticonceptivos entre jóvenes <sup>27</sup>	<p><b>Consejería especial + capacitación versus consejería estándar:</b> Uso efectivo de anticoncepción al año: (OR 48,38; IC95% 5,96 a 392,63; evidencia muy baja)</p>	10/11	1/11 China, Estados Unidos	4/11 Sólo adolescentes (el resto incluyó jóvenes <25 o <21 años)	Arreglos de entrega/ Provisión de servicios
<b>Multimedia: uso de una combinación de medios para comunicar mensajes sobre salud y servicios de salud (7 estudios)</b>	Intervenciones para mejorar el comportamiento en AC en adolescentes de países de medianos y bajos ingresos <sup>30</sup>	Intervenciones multifacéticas. No se puede aislar el efecto del rol de los medios de las otras intervenciones	8/11	15/15 Brasil (2), Camerún (2), China, Etiopía, Ghana, India, Kenia (2), México (2), Nepal, Nigeria, Turquía, Zimbabue	9/15 Sólo adolescentes (el resto incluyó jóvenes <25 o <21 años)  0/15 Uso de MALD	Estrategias de implementación
<b>Campaña de educación en la comunidad a través de medios masivos (2 estudios)</b>	Intervenciones para prevenir el embarazo no planeado y su repitencia entre jóvenes de países de ingresos bajos y medios <sup>31</sup>	<b>Uso de anticonceptivos modernos:</b> Aumento significativo (p<0,01, no se presentan datos numéricos).	8/11	21/21 Camerún, China (2), Etiopía, India (2), Jamaica, Kenia (4), Malawi (2), México, Sudáfrica (4), Senegal, Uganda, Zambia	7/21 Sólo adolescentes (el resto incluyó niñas, jóvenes <25 o <21 años, o sin especificar)  0/21 Uso de MALD	Estrategias de implementación

**Apéndice 2: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2: Intervenciones dirigidas a cambiar el conocimiento y las actitudes del equipo de profesionales de la salud en la consejería y provisión de DIU e implantes sub-dérmicos**

No se han publicado hasta la fecha revisiones sistemáticas de intervenciones evaluadas en investigaciones clínicas aleatorizadas que focalicen en el entrenamiento y capacitación de los equipos profesionales de la salud en consejería y provisión de métodos anticonceptivos de larga duración para adolescentes. La evidencia compilada en este Resumen de Políticas proviene de investigaciones clínicas aleatorizadas individuales y de evidencia indirecta proveniente de estudios focalizados en salud reproductiva en adolescentes, o de estudios observacionales sobre capacitación en la provisión de DIU e implantes en la población general.

**Apéndice 3: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 3: Intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al DIU y los implantes sub-dérmicos a partir del aumento u optimización de la planta profesional encargada de su provisión**

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
<b>Inserción de DIU por médicos versus parteras auxiliares (4 estudios)</b>	Sustitución o ampliación de roles para la colocación de DIU, ligaduras tubarias y vasectomías <sup>40</sup> Profesionales médicos versus otros cuadros (enfermeros, y parteras y enfermeros auxiliares)	<p><b>Tasas de continuación:</b> (RR = 1,04; IC95% 0,96 a 1.12; p=0.7227; evidencia moderada)</p> <p><b>Tasas de remoción:</b> (RR = 1,08; IC95% 0,77 a 1.52; p=0.564; evidencia moderada)</p> <p><b>Tasas de expulsión luego de la inserción del DIU:</b> (RR = 0,84; IC 95% 0,56 a 1,26; p=0,38; evidencia moderada)</p> <p><b>Tasas de embarazo no planeado:</b> (RR = 0,95; IC95% 0,40 a 2,27; p=0.927; evidencia baja).</p>	9/11	6/6 Brasil, Colombia, Filipinas, Tailandia (2), Turquía.	4/6 (calificación profesional y colocación de DIU)  ?/6 (proporción de adolescentes)	Arreglos de entrega / provisión de servicios