

Encuesta Nacional sobre **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



PROGRAMA NACIONAL DE
SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE



tenemos
patria

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

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.

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Daniel Gollán

Secretario de Salud Comunitaria
Dr. Nicolás Kreplak

Subsecretaria de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia
Dra. Sabrina Balaña de Caro

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Dra. Luciana Kanterewicz

Ministro de Economía y Finanzas Públicas
Dr. Axel Kicillof

Director del Instituto Nacional de Estadística y Censos
Lic. Norbeto Itzcovich

Director Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida
Dr. Claudio Comari

Director de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares
Mg. Alejandro Moyano

Coordinadora de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Lic. Dolores Ondarsuhu

EQUIPO DE TRABAJO

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Elaboración del informe final: Lic. Soledad García Conde y Lic. Erika Roffler.

Revisión y aportes: Dra. Adriana Alvarez, Dra. Luciana Kanterewicz, Lic. Carlota Ramirez, Lic. Natalia Suárez, Mg. Agustina Ramos Mejía, Lic. Paula Ferro y el Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Manejo de base de datos: Lic. Soledad García Conde.

Colaboración en el trabajo de campo: Lic. Ofelia Musacchio y Programas Provinciales de Salud Sexual y Reproductiva.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Coordinación de relevamientos: Sr. Ariel Rabasa, Sr. Santiago Pérez y Sr. Gustavo Verón.

Coordinación Informática: A.P. Martín Anzorena.

Coordinación de Muestreo: Lic. Augusto Hozowki.

Coordinación de Cartografía: Sr. Walter Rodríguez.

Coordinación de capacitación: Lic. Irene Valdivia y Lic. Sol Padín.

Coordinación de diseño e impresión: Lic. Alejandra Giménez y Sr. Fernando Sigliano.

Equipo de gabinete: Srta. Barbara Barbato, Srta. Vanesa Carosella, Lic. Gustavo Forte, Lic. Elcira Guglielmo, Lic. Andrea Lorenzetti y Srta. Giselle Pablovsky.

Revisión y aportes: Mg. Alejandro Moyano, Lic. Dolores Ondarsuhu y Srta. Giselle Pablovsky.

DIRECCIONES PROVINCIALES DE ESTADÍSTICA

Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Director: Lic. José María Donati

Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires
Director: Lic. Sebastián Serrano

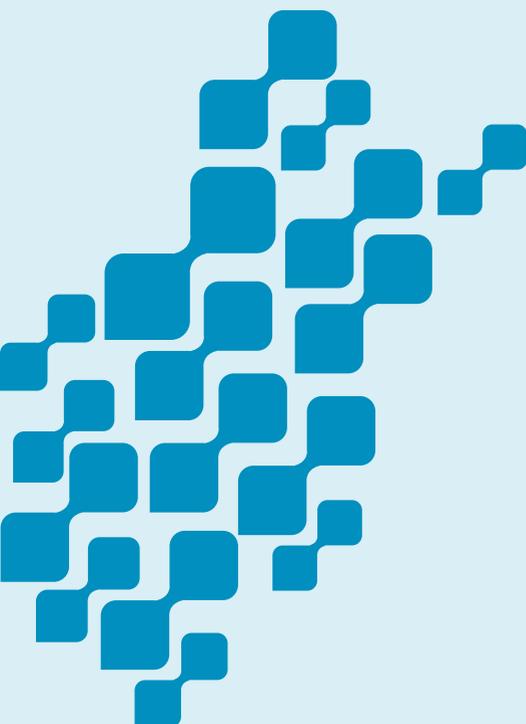
Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de Catamarca
Directora: Ing. Hilda Yolanda del Carmen Sueldo

Dirección de Estadística y Censos de la Provincia del Chaco
Director: C.P. Rafael Edgardo Palavecino Prpich

Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia del Chubut
Director: Lic. Fernando Laveglia

Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Córdoba
Director: Arq. Héctor Conti

Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de Corrientes
Director: Exp. Daniel Rodríguez (a/c)



Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Entre Ríos

Director: C.P.N. Omar Osvaldo Izaguirre

Dirección de Estadística, Censos y Documentación de la Provincia de Formosa

Director: Lic. Andrés Quintana

Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de Jujuy

Director: Sr. Juan Marcelo Zamora

Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de la Pampa

Director: Ing. Agr. Roberto Rodríguez

Dirección General de Estadística y Sistemas de Información de la Provincia de la Rioja

Directora: Lic. Mónica Cecilia Cabeza

Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de Mendoza

Directora: Lic. María José Benegas

Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de Misiones

Directora: C.P.N. Silvana Dea Labat

Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén

Directora: Mg. Ana Carolina Herrero

Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de Río Negro

Directora: Mg. María Guillermina Forchetti

Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Salta

Director: Lic. Daniel Sánchez Fernández

Instituto de Investigaciones Económicas y Estadísticas de la Provincia de San Juan

Directora: Lic. Sila I. Mugnani Deza

Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de San Luis

Director: Dr. Oscar Adrián Garraza

Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de Santa Cruz

Director: Sr. Dante Ricardo Aguila

Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de Santa Fe

Director: Lic. Jorge Moore

Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Santiago del Estero

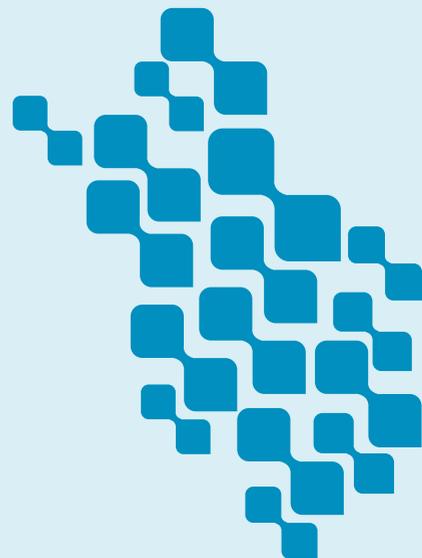
Director: Lic. Carlos Federico Scrimini

Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de Tierra del Fuego

Director: Sr. Roberto Luis Pinto

Dirección de Estadística de la Provincia de Tucumán

Director: Lic. Raúl García



CONTENIDO

Introducción P10

1. Aspectos metodológicos P12

- 1.1 Diseño muestral P13
- 1.2 Expansión de la muestra y calibración de los factores de expansión P14
- 1.3 Tasa de no respuesta P17

2. Marco de análisis P22

- 2.1 El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable P24

3. Conocimiento de MAC P26

- 3.1 Conocimiento de MAC según regiones del País P29

4. Análisis del uso de MAC P230

- 4.1 Uso de Mac en la primera relación sexual P30
- 4.2 Uso de MAC en la actualidad P34
- 4.3 Métodos anticonceptivos utilizados P35
- 4.3 Mujeres que no usan MAC P37
- 4.4 Uso de MAC y embarazo P39

5. Acceso a los MAC P40

- 5.1 Decisión sobre el uso de los MAC P40
- 5.2 Gratuidad en el acceso a MAC P41

6. Principales conclusiones del estudio P48

7. Aportes y recomendaciones para la agenda del Programa Nacional P50

8. Bibliografía P52

ÍNDICE DE TABLAS:

- Conocimiento de MAC según grupo de edad P28
- Conocimiento de MAC según nivel de ingresos P28
- Conocimiento de MAC según nivel educativo alcanzado P29
- Conocimiento de MAC según regiones del País P29
- Media de edad (en años) de la primera relación sexual, por región geográfica P31
- Media de edad (en años) de la primera relación sexual, por grupo de edad P31
- Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por región geográfica P32
- Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por grupo de edad P32
- Porcentaje de uso de MAC en la primera relación sexual y brecha con el total del país por tramos de edades según regiones P33
- Porcentaje de uso de MAC en la primera relación sexual y brechas de uso de MAC por máximo nivel educativo alcanzado según regiones P34
- Uso de MAC según grupo de edad, mujeres sexualmente activas - Total país P34
- Uso de MAC según regiones geográficas, mujeres sexualmente activa P35
- MAC que utiliza principalmente según regiones P36
- Motivos de no uso de MAC según regiones P37
- Uso de MAC en alguna oportunidad, mujeres que no usan MAC en la actualidad según regiones geográficas P38
- Motivos por los que nunca utilizó MAC según regiones geográficas P38
- Porcentaje de uso de MAC cuando se quedó embarazada según regiones P39
- Método utilizado principalmente y método que usaba al quedar embarazada según regiones P40
- Quien toma la decisión acerca del MAC que se usa P41
- Quien toma la decisión acerca del MAC que se usa según rango de ingreso familiar P41
- Mujeres sexualmente activas que usan MAC por gratuidad en el acceso a los mismos según regiones del país P42
- Mujeres sexualmente activas que usan MAC por gratuidad en el acceso a los mismos según cobertura de obra social y regiones del País P43
- Gratuidad en la obtención de MAC por región en hogares de ingresos bajos. Mujeres sin cobertura de obra social sexualmente activas que utilizan MAC P44
- Gratuidad en la obtención de MAC Total del país por grupos de edad según cobertura de obra social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P44
- Gratuidad en la obtención de MAC en región GBA por grupos de edad según

- cobertura de obra social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P45
- Gratuidad en la obtención de MAC en la Región Pampeana por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P45
- Gratuidad en la obtención de MAC en la Región NOA por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P45
- Gratuidad en la obtención de MAC en la Región NEA por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P46
- Gratuidad en la obtención de MAC en la Región Cuyo por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P46
- Gratuidad en la obtención de MAC en la Región Patagonia por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC P46
- Lugar de obtención de MAC por regiones P47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentajes. Región: Gran Buenos Aires. P19
- Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Pampeana. P19
- Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Noroeste. P20
- Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Noreste P20
- Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Cuyo. P21
- Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Patagónica. P21
- Conocimiento de métodos anticonceptivos, por tipó de método en porcentaje P27
- MAC utilizado principalmente, mujeres sexualmente activas, total del país P35

Introducción.

Con algo más de una década de implementación del Programa Nacional, se ha consolidado una institucionalidad en el campo de la salud sexual y reproductiva que plantea nuevos desafíos, principalmente en materia de producción de información y conocimiento respecto de aspectos tales como el acceso a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos de los distintos grupos de población y atendiendo a las particularidades de las regiones de nuestro país.

El único antecedente con el que se contaba era la información obtenida en el marco de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) llevada a cabo durante 2004 - 2005y que constituyó una primera aproximación a la problemática ya que en la misma se incluyó un módulo de salud sexual y reproductiva.¹

Sin embargo, desde su realización han pasado más de 7 años durante los cuales la ampliación de servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y el fortalecimiento del sistema de aseguramiento de insumos han sido activamente promovidos desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).

En este sentido, la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), permite observar y conocer pautas de comportamiento y conocimiento de las mujeres y los varones en cuestiones referidas a la salud sexual y reproductiva. Los resultados de la encuesta nos permitirán analizar diferencias entre mujeres y varones en cuanto al conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos así como la incidencia de la situación económica de los hogares y la región del país en donde viven.

El análisis de resultados de la encuesta se organizó en tres documentos, En un primer documento se analizará el uso de MAC y acceso MAC para el universo de mujeres en edad reproductiva (14 a 49 años).

Un segundo documento analizará el uso y el acceso a MAC por los varones (14 a 59). Se propuso hacer el análisis de uso y acceso de esta población en forma separada de las mujeres debido a que no hay antecedentes de estudios para para este grupo poblacional, e incluso, desde un principio, se propuso la realización de un estudio exploratorio que sirva de insumo para pensar acciones y estrategias referidas al uso de MAC y la planificación familiar que incluya a los varones.

Por último, se propone la realización de un tercer documento sobre embarazo, parto y lactancia.

El presente informe da cuenta de algunos de los resultados de la ENSSyR teniendo como eje principal el análisis de aquellos aspectos y dimensiones que constituyen objetivos prioritarios en la agenda del Programa. El análisis de la información se presenta para el total del país y para cada una de sus regiones estadísticas

Este documento está centrado en el análisis del universo de mujeres respecto del conocimiento sobre distintos métodos anticonceptivos y el uso o no de ellos en distintos momentos de la vida.

Complementariamente, se analiza la información que da cuenta del acceso a los métodos anticonceptivos (en el marco del SAIA) y su gratuidad para cada una de las regiones, y se

caracteriza la situación demográfica y sociolaboral de las mujeres entrevistadas en relación con el uso o no de los métodos.

En este sentido, el informe permite contar por primera vez con un diagnóstico de situación diferenciado por regiones así como evaluar y profundizar las estrategias de intervención y de gestión que el Programa se ha propuesto con los Programas provinciales y con los sistemas de salud subnacionales.

Los resultados del relevamiento otorgan información sustantiva y significativa respecto de los avances, dificultades y/o desafíos pendientes de las regiones en cuanto a prestaciones y servicios de salud sexual y reproductiva que atienda a la población en edad reproductiva contemplando las particularidades de cada etapa del ciclo de vida.

El documento se estructura entonces del siguiente modo: El apartado 1 presenta datos sobre la implementación de la encuesta y los aspectos metodológico, el apartado 2 presentan a grandes rasgos los objetivos institucionales que enmarcaron la necesidad de iniciar un relevamiento de estas características desde la perspectiva de la política pública de salud sexual y reproductiva y las necesidades de conocimiento de distintas dimensiones relevantes que permitan tomar decisiones fundamentadas.

En lo que refiere al análisis específico de los datos relevados en la ENSSyR, en el punto 3 se reseñan los principales aspectos indagados respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos para cada una regiones y para el total del país.

En el punto 5 se analiza el uso de las de MAC por tipo de método, así como su uso en la primera relación sexual, en la actualidad. También se analiza la decisión respecto del uso de los métodos para cada una de las regiones y para el total país.

En el apartado 6 se analiza el acceso a los métodos por tipo de métodos, edad y cobertura médica.

A continuación, en el punto 7 se destacan las principales conclusiones que surgen del análisis y en el punto 8 se presenta un conjunto de aportes y recomendaciones de cara al fortalecimiento de las estrategias de gestión del PNSSyPR.

¹ Consultar en <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/ennys.html>

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

La Encuesta se realizó conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Su objetivo **fue generar información acerca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de 14 a 49 años y de los varones de 14 a 59 años en centros urbanos de 2.000 o más habitantes.** El análisis de esta información permitirá evaluar, generar y mejorar estrategias de acción que atiendan particularidades por sexo, grupo de edad y región geográfica.

Sus objetivos específicos fueron:

- Identificar el grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Indagar sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, la edad en que se utilizan dichos métodos por primera vez y el uso actual de métodos.
- Describir los motivos por los cuales no se utilizan métodos anticonceptivos en distintos momentos de la vida de la población entrevistada.
- Identificar las prácticas preventivas en torno a la salud sexual y reproductiva desarrolladas por las mujeres y los varones.
- Caracterizar la historia de la fecundidad de mujeres.
- Describir los cuidados y controles durante el embarazo del último hijo nacido vivo.
- Indagar sobre la cantidad de hijos vivos y por el deseo de tener otro hijo.
- Indagar sobre los comportamientos de las mujeres respecto a la lactancia.
- Conocer las prácticas preventivas en torno a las enfermedades de transmisión sexual.
- Caracterizar la situación demográfica y laboral de los varones y mujeres entrevistados.

Para la captación de la información, la ENSSyR se organizó en tres cuestionarios: el **Cuestionario de Vivienda y Hogar**, destinado a registrar datos sobre condiciones habitacionales y las características demográficas básicas de todas las personas que conforman el hogar y datos laborales del Jefe de hogar y dos **Cuestionarios Individuales**, uno para mujeres y otro para varones, destinados a registrar datos sobre: a) situación educativa y laboral; b) actividad sexual y anticoncepción; c) embarazos y partos; d) lactancia (sólo en mujeres) y e) infecciones de transmisión sexual (Ver cuestionarios en ANEXO).

Este estudio permitió obtener información para las 6 regiones estadísticas del país, compuestas de la siguiente manera:

- **Gran Buenos Aires:** Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del conurbano bonaerense.
- **Pampeana:** provincias de Buenos Aires (excluyendo los 24 Partidos del Conurbano Bo-

naerense), Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe.

- **Noroeste:** provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.
- **Noreste:** provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones.
- **Cuyo:** provincias de Mendoza, San Juan y San Luis.
- **Patagónica:** provincias de Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

1.1 Diseño muestral.

El diseño muestral de la ENSSyR 2013 fue probabilístico y multietápico y se realizó de manera asociada a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU)² en el marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Esto significa que la muestra de viviendas se seleccionó sobre aquellas viviendas de la EAHU del tercer trimestre de 2012 con al menos una mujer de 14 a 49 años y/o al menos un varón de 14 a 59 años.

La utilización de la EAHU como marco de muestreo de la ENSSyR tuvo como principal objetivo facilitar el contacto de la población objetivo. La encuesta se aplicó a una muestra probabilística de personas, seleccionada en dos fases.

Primera fase

La primera fase consistió en la selección de viviendas de la EAHU 2012, mediante un muestreo de tres etapas: departamento, área y vivienda. Las dos primeras (departamento y área) corresponden al Marco de Muestreo Nacional de Viviendas (MMNV), una muestra maestra probabilística de áreas (radios censales o conjuntos de radios censales contiguos compuestos, en promedio, por 300 viviendas), cuyo dominio es el total urbano-rural del país. El MMNV, basado en el Censo 2001, comprende 167 departamentos o partidos, de los cuales 73 han sido incorporados con probabilidad igual a 1. Este grupo incluye las localidades de 100.000 o más habitantes y capitales de provincia (aglomerados EPH), así como las ciudades de tamaño intermedio de algunas regiones con menor densidad de población. Los restantes 94 departamentos, de un total de 439, así como las áreas de todo el marco (en total 4.127) fueron seleccionados mediante muestreo estratificado³ con probabilidad de inclusión proporcional a la cantidad de viviendas particulares, ocupadas o en construcción, registradas en el Censo 2001.

Posteriormente, en cada área seleccionada, se listaron las viviendas particulares y se realizó una selección sistemática de viviendas (tercera etapa) para la EAHU 2012.

Segunda fase

Se decidió utilizar como marco muestral de la segunda fase el subconjunto de viviendas de

² La Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) resulta de la extensión del operativo continuo "Encuesta Permanente de Hogares - 31 Aglomerados Urbanos", a través de la incorporación a la muestra de viviendas particulares pertenecientes a localidades de 2.000 y más habitantes, no comprendidas en los dominios de estimación del operativo continuo, para todas las provincias con excepción de la de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se realiza todos los terceros trimestres.

³ Criterios de estratificación: tamaño de la aglomeración en función de viviendas, provincia de pertenencia y ubicación geográfica, datos de actividad económica y tasa de crecimiento intercensal.

las visitas 3 y 4 de la EAHU 2012⁴ (es decir, viviendas que no vuelven a ser encuestadas) que tuviesen al menos un integrante en uno de los tramos de edad estudiados.

Se adoptó como estrategia de selección el muestreo sistemático de viviendas, repartiendo uniformemente el tamaño de muestra total de 6.000 viviendas entre las 6 regiones estadísticas consideradas. Previo a efectuar el muestreo propiamente dicho, y para asegurar la representatividad de la muestra, la base de datos de la EAHU 2012 fue ordenada de acuerdo a las siguientes variables de estratificación: región, provincia y estrato del área. Este ordenamiento permitió que la muestra incluyera a viviendas y, por ende, personas de todos los estratos socioeconómicos.

Dentro de cada una de las viviendas seleccionadas se relevaron en campo todos los hogares encontrados y, dentro de cada hogar⁵, se encuestó a todos los individuos comprendidos en los tramos de edad estudiados.

A partir del diseño muestral se desprende que la unidad estadística es la vivienda, la unidad de relevamiento el hogar, y la unidad de análisis el individuo.

Resultado final

Concluido el proceso de muestreo, se obtuvo una muestra de 5.980 viviendas a nivel país. La distribución de la muestra definitiva por región se detalla a continuación en el cuadro 1.

Cuadro 1. Distribución muestral de viviendas por región.

Región	Viviendas seleccionadas
Pampeana	1.177
Patagónica	1.099
Cuyo	868
Noreste	933
Noroeste	1.053
CABA-GBA	850
Total	5.980

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

1.2 Expansión de la muestra y calibración de los factores de expansión

Una etapa crítica en toda encuesta con un diseño muestral complejo, como es el de la ENSSyR 2013, es la expansión de la información relevada para la muestra al universo de referencia o población objetivo.

4 Al igual que en la EPH, el conjunto de hogares a encuestar, o panel de respondentes, se renueva periódicamente. La forma en que se produce esta renovación se denomina «esquema de rotación». Este esquema garantiza que una vivienda que es encuestada por primera vez en la semana 2 del trimestre 3, vuelve a ser encuestada en la semana 2 del trimestre 3 del año siguiente.

5 Se considera un hogar a un conjunto de personas, parientes o no, que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación.

Cálculo de los pesos iniciales para la ENSSyR 2013

Dado que la ENSSyR 2013 es una submuestra del subconjunto de viviendas de la EAHU 2012, sus valores muestrales se expandieron aplicando los factores que resultaron de la combinación de los ponderadores originales de la EAHU, los de las viviendas y los de la segunda fase que corresponde a la subselección de viviendas de la ENSSyR 2013 propiamente dicha. Finalmente, se corrigió la no respuesta dentro de cada estrato, generando un factor adicional a los ya existentes, que se computó como el cociente entre el total de viviendas seleccionadas y el número de viviendas encuestadas en el estrato, considerando que aquellas viviendas que no respondieron tienen el mismo comportamiento que las del estrato al cual pertenecen. En esta instancia, el estrato quedó conformado por las variables región, estrato del área y tamaño de vivienda, medido en la cantidad total de personas que habitan en una vivienda.

Construcción de los pesos

Las ponderaciones de las viviendas seleccionadas se construyeron como producto de una serie de factores que intervinieron en diferentes etapas del muestreo:

$$F_{\text{vsel}} = F1 \cdot F2 \cdot F3 \cdot F4,$$

Donde

F1 – es el factor original de la vivienda con al menos un integrante en los tramos de edad estudiados en la base EAHU (la variable pondera);

F2 – es el factor de expansión por haber adoptado como marco de muestreo las viviendas de las visitas 3 y 4 de la base EAHU. El mismo se calculó como el cociente entre el total de viviendas y el número de viviendas de las visitas 3 y 4 en el estrato, definido como concatenación de los campos región, provincia, estrato del área:

$$F2 = \frac{\sum v_{EAHU,h}}{\sum v_{3,4,h}},$$

Donde:

$\sum v_{3,4,h}$ es el total de viviendas las visitas 3 y 4 en el estrato h;

$\sum v_{EAHU,h}$ es el total de viviendas en la base EAHU en el estrato h;

F3 – es el factor de expansión por haber subseleccionado viviendas para la ENSSyR (5.980) a partir del subconjunto de viviendas de las visitas 3 y 4 de la EAHU:

$$F3 = \frac{\sum v_{3,4,h}}{\sum_S v_h},$$

Donde:

$\sum_S v_h$ – es el total de viviendas seleccionadas en el estrato h;

$\sum v_{3,4}$ — es el total de viviendas de las visitas 3 y 4 en el estrato h;

F4 — es el factor de corrección del F3 por no respuesta. El F4 se calculó como el cociente entre el total de viviendas seleccionadas y el número de viviendas encuestadas en el estrato, conformado por las variables región, estrato del área y tamaño de vivienda:

$$F4 = \frac{\sum_S v_h}{\sum_S v_{ENC,h}}$$

Donde:

$\sum_S v_{ENC,h}$ — es el total de viviendas encuestadas en el estrato h;

$\sum_S v_h$ — es el total de viviendas seleccionadas en el estrato h.

Calibración de los factores de expansión

Como es usual en muchas encuestas, al disponer de información auxiliar se pueden corregir los factores de expansión mediante la técnica de calibración de forma que la encuesta estime sin error ciertos totales que son conocidos por valores censales, por proyecciones de población o por una encuesta de mayor tamaño. En este caso, se utilizó la última opción siguiendo la metodología desarrollada por Deville y Särndal⁶, siendo la EAHU 2012 la encuesta que proporcionó los marginales poblacionales.

Algunos objetivos de la calibración son:

- Disminuir la varianza de los estimadores, si las variables bajo estudio están ‘correlacionadas’ con las variables auxiliares.
- Obtener los mismos totales poblacionales básicos en todas las encuestas en los mismos períodos de referencia. Esto facilita la tarea de los investigadores al analizar las encuestas: las diferencias estimadas no se deberán a que la encuesta (por el error muestral) estime más o menos población.
- Corregir posibles sesgos por subestimación o sobreestimación de ciertas sub-poblaciones.

La calibración se realizó por región. Como marginales auxiliares se utilizaron:

- Total de varones y de mujeres.
- Totales de población en los seis grupos de edad y sexo:
- Varones: 14 a 19 años, 20 a 29 años, 30 a 59 años;
- Mujeres: 14 a 19 años, 20 a 29 años, 30 a 49 años.

6 Deville, J. y Sarndal, C.E. (1992). Calibration Estimators in Survey Sampling. Journal of the American Statistical Association, 87, 376-382

- Total de viviendas según tamaño: unipersonal, de 2 integrantes, de 3 integrantes, de 4 integrantes y de 5 o más integrantes.

Para la ENSSyR se empleó un algoritmo de calibración propio basado en el método de Huang y Fuller (Huang y Fuller⁷; Jayasuriya y Valliant⁸) para estimadores de regresión generalizada. A continuación se incluye una tabla con la mediana y percentiles del ajuste que se aplicó al factor de ponderación previo a la calibración:

P5	P10	P25	Mediana	P75	P90	P95
0,597	0,604	0,622	0,924	1,271	1,678	2,153

Según se observa, el ajuste se encuentra dentro de límites aceptables, por lo que no se requirieron correcciones adicionales de los pesos.

1.3 Tasa de no respuesta.

Junto con los errores de muestreo, las tasas de no respuesta son un indicador importante a la hora de evaluar una encuesta⁹. Las tasas de no respuesta pueden calcularse a nivel muestral o utilizando el ponderador original de la encuesta (ponderador de diseño). Mientras que la tasa a nivel muestral refleja sólo lo que ocurre en la muestra en particular, las tasas ponderadas brindan una estimación de la tasa de no respuesta que se hubiera obtenido si se hubiese encuestado a toda la población objetivo, es decir si se hubiese hecho un censo. Dada la diferencia en los factores de expansión de la ENSSyR, se optó por la versión ponderada de las tasas de no respuesta. Esto asigna mayor peso a las tasas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los Partidos del Conurbano Bonaerense, dominios que tienen un factor de expansión sensiblemente mayor al resto de aglomerados. Presentamos a continuación un cuadro con las tasas de no respuesta ponderadas¹⁰ a nivel de vivienda^{11, 12 13}.

7 Huang, E.T y Fuller, W.A (1978). Nonnegative Regression Estimation For Sample Survey. Proceedings of the Social Statistics Section, American Statistical Association, 300-305.

8 Jayasuriya, B, y Valliant, R. (1996). An Application of Restricted Regression Estimation in a Household Survey. Survey Methodology, Vol. 22, 127-137.

9 Valliant Richard, Dever Jill A., KreuterFrauke, (2013), Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples, Capítulo 6, sección

10 Las tasas ponderadas se calcularon utilizando el factor de expansión de diseño; $F_d = F_1 \cdot F_2 \cdot F_3$

11 Las viviendas respuesta hacen referencia a aquellas en donde al menos un hogar contestó

12 La no respuesta es no efectiva en los siguientes casos: no hay personas dentro del rango de edad objetivo, la vivienda estaba deshabitada, demolida, estaba siendo utilizada como fin de semana, estaba en construcción, era una vivienda utilizada como establecimiento o presentaba variaciones en el listado. Todas estas causas implican que en la vivienda seleccionada no había un hogar residiendo en la semana de referencia del operativo.

13 La no respuesta efectiva se produce cuando se detecta la presencia de una vivienda habitando en dicha dirección y no se puede obtener el dato debido a que los habitantes estaban ausentes, recha Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva

Cuadro 2. Porcentaje de viviendas respuesta y no respuesta sobre el total de viviendas detectadas por jurisdicción.

Jurisdicción	% Viviendas respuesta	% No respuesta		
		% No efectiva	% efectiva	% Total no respuesta
Total	64.44	7.46	28.1	35.56
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	48.81	7.12	44.07	51.19
Partidos del Conurbano Bonaerense (PCB)	61.11	6.81	32.08	38.89
Buenos Aires (sin PCB)	66.6	8.14	25.26	33.4
Catamarca	86.86	4.25	8.89	13.14
Córdoba	73.89	8.73	17.38	26.11
Corrientes	71.65	5.91	22.44	28.35
Chaco	80.27	5.87	13.86	19.73
Chubut	63.42	9.51	27.07	36.58
Entre Ríos	87.49	6	6.51	12.51
Formosa	84.78	7.06	8.17	15.23
Jujuy	72.68	7.3	20.02	27.32
La Pampa	78.48	13.96	7.56	21.52
La Rioja	90.08	7.48	2.44	9.92
Mendoza	60.17	8.87	30.96	39.83
Misiones	63.19	8.55	28.26	36.81
Neuquén	58.06	2.11	39.83	41.94
Río Negro	84.68	11.31	4.01	15.32
Salta	88.43	3.88	7.69	11.57
San Juan	62.74	8.09	29.17	37.26
San Luis	82.98	4.17	12.85	17.02
Santa Cruz	70.24	4.36	25.4	29.76
Santa Fe	75.62	13	11.37	24.37
Santiago del Estero	71.65	4.88	23.47	28.35
Tucumán	72.47	10.93	16.6	27.53
Tierra del Fuego	87.25	3.33	9.42	12.75

No respuesta a nivel de persona

La tasa de respuesta a nivel de persona es del 76,6%.

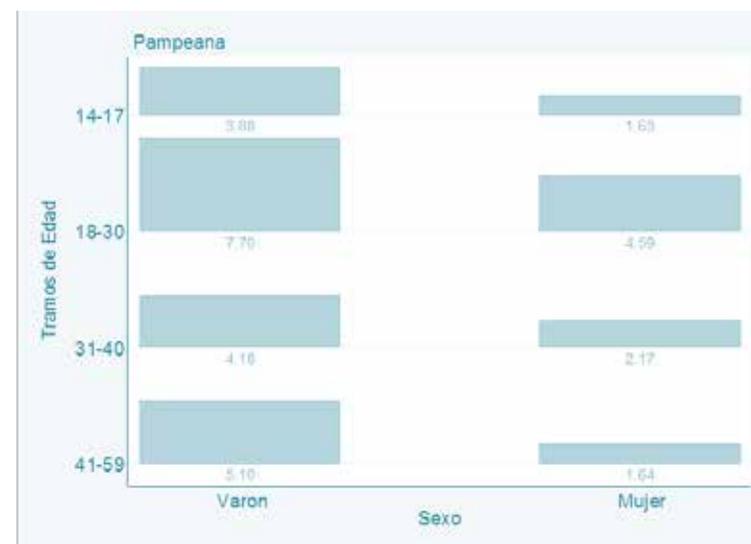
Gráfico 1. Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentajes. Región: Gran Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013.

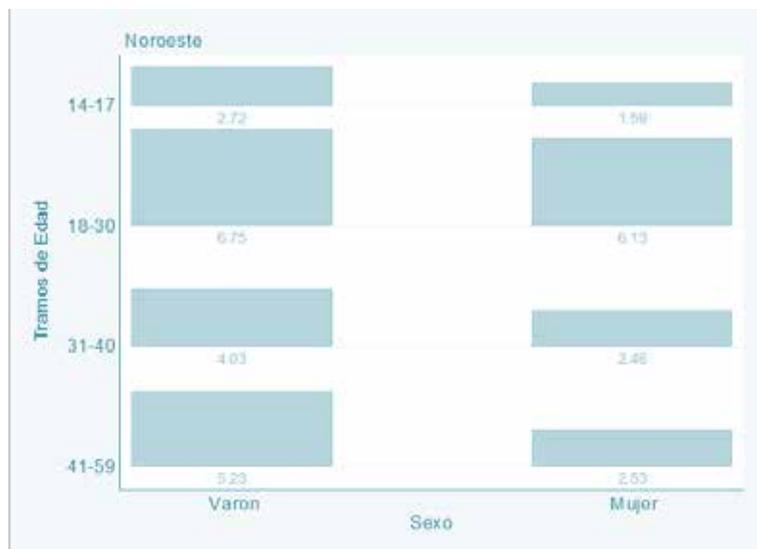
Ejemplo: Del total de varones, en el tramo 41-59 el 9,35% no respondió.

Gráfico 2. Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Pampeana.



Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013.

Gráfico 3. Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Noroeste.



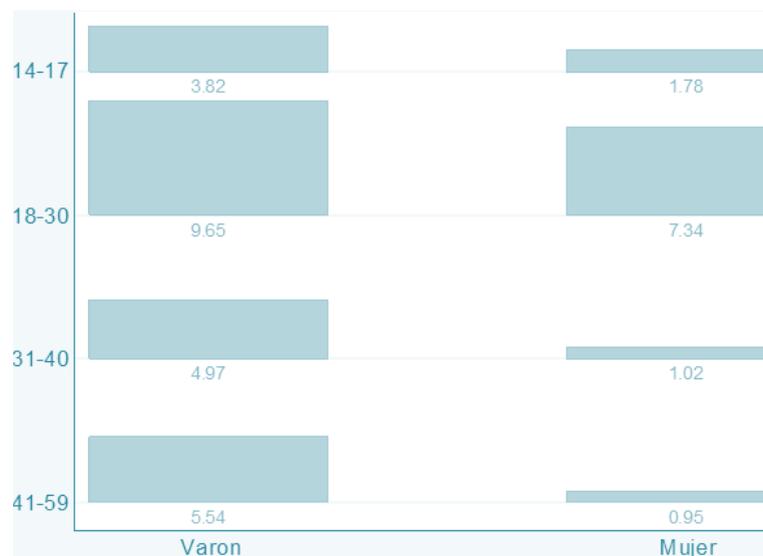
Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013.

Gráfico 5. Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Cuyo.



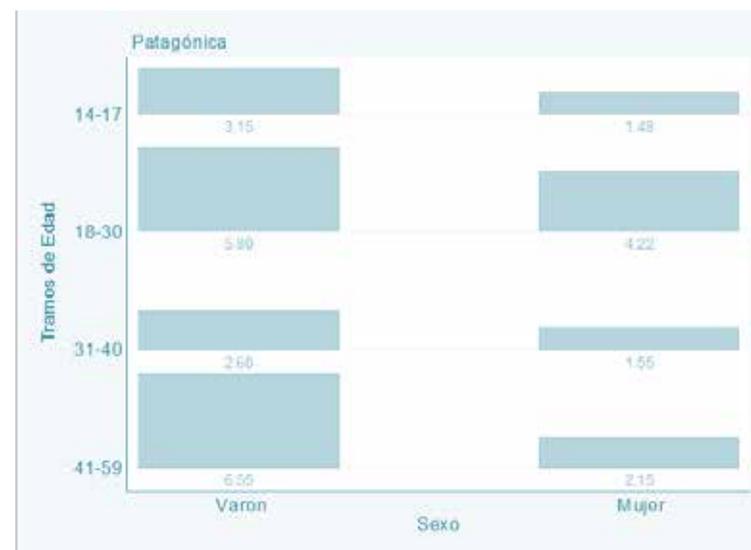
Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013.

Gráfico 4. Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Noreste.



Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013.

Gráfico 6: Tasa de no respuesta a nivel de personas por tramo de edad según sexo; en porcentaje. Región: Patagónica.



Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013.

2. MARCO DE ANÁLISIS.

Durante los últimos 20 años, se han producido avances en la planificación del desarrollo, con la consecuente promoción de un enfoque de desarrollo sostenible y de derechos humanos que presta especial atención a las comunidades y grupos más desfavorecidos. Se ha promovido la adopción de medidas que articulen diversas dimensiones del bienestar, atendiendo en especial a las mujeres, las poblaciones indígenas y los grupos más desprotegidos.

Existe mayor conocimiento y cierto grado de acuerdo a nivel mundial respecto de temas tales como la dinámica, la estructura y la transformación de la población, la pobreza y la desigualdad social, las modalidades de producción y consumo y el medio ambiente. Todos estos factores están estrechamente interrelacionados y ninguno de ellos puede considerarse aisladamente.

La perspectiva de derechos humanos y el concepto de desarrollo humano comparten la preocupación por los resultados necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas, pero también por la mejora de los procesos, los mecanismos y orientaciones de políticas públicas que den cuenta del empoderamiento de aquellos que se encuentran en situaciones más desfavorables, en especial de las mujeres, tanto adultas como niñas y adolescentes y de los jóvenes en general.

A nivel internacional, la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) significó un hito en el cambio de paradigma respecto de las cuestiones vinculadas con la población y el desarrollo de los países, de sus comunidades y el rol que compete a los Estados en ese proceso.¹⁴

El paradigma tradicional de control demográfico dio paso –aunque en un proceso no exento de tensiones– al paradigma de derechos, lo que permitió avanzar en especial en el reconocimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las mujeres y de los jóvenes.

Posteriormente, la Declaración del Milenio¹⁵ de las Naciones Unidas situó explícitamente tanto los compromisos en materia de derechos humanos como los Objetivos de Desarrollo en el centro de las prioridades internacionales para el nuevo milenio, decisión que fue adoptada por los países miembros.¹⁶

Si bien los Objetivos del Milenio (ODM) inicialmente no habían incluido el concepto de salud reproductiva como uno de los objetivos a ser evaluados de modo explícito, en el año 2005 la Cumbre Mundial 2005¹⁷ – Reunión Plenaria de Alto Nivel – enfatizó la importancia de la salud sexual y reproductiva para el logro de los ODM relacionados con el género y la salud de las mujeres (UNFPA- OMS, 2009)¹⁸.

14 Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014, Documento Técnico de la articulación regional de la sociedad civil hacia Cairo +20. Fuente: http://www.mujeresdelsur-afm.org.uy/joomdocs/cairo20/DocTecnico%20completo%20con%20anexo%20DSR_FINAL.pdf

15 Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 55/2 de 8 de septiembre de 2000. Véase <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>

16 Se puede ver Cecchini, Simone, Indicadores ODM y Derechos Humanos en América Latina: ¿Tan lejos, tan cerca?, División de Desarrollo Social. CEPAL, 2007. Ver también, Cecchini, Simone, Indicadores sociales y derechos humanos, CEPAL, 2009.

17 <http://www.un.org/spanish/summit2005/>

18 En 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Memoria del Secretario General en la que se recomendaba la inclusión de la meta de “lograr el acceso universal a la salud reproductiva” en el ODM 5, que guarda clara relación con la mejora de la salud materna. (UNFPA- OMS, 2009).

Sin dudas, se trata de un extenso y sinuoso recorrido en el que se ha visibilizado y posicionado en la agenda institucional de los países el paradigma de derechos como marco de la planificación del desarrollo. Específicamente, la agenda de derechos sexuales y reproductivos así como el reconocimiento de los derechos de las mujeres, de las niñas, niños y las y los adolescentes desde una perspectiva de equidad de género y respeto por la diversidad cultural y sexual.

En este proceso de más de dos décadas, se han establecido marcos normativos internacionales que posteriormente fueron adoptados por la Argentina e incorporados a su legislación nacional y que permitieron avanzar hacia la formulación de políticas públicas.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹⁹ y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en octubre de 1995 –hito normativo en este proceso– señalaron como el principal obstáculo para que la mujer alcance el más alto nivel posible de salud **a la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos**²⁰.

En efecto, las desigualdades de las mujeres en las sociedades actuales en materia de salud y específicamente en la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, se muestran en comparación con sus pares masculinos, pero también entre las propias mujeres, manifestando las diferencias entre los sectores sociales, los ingresos y el acceso a educación, entre otros aspectos.

También, la Convención sobre los Derechos del Niño y sus dos protocolos facultativos, y la resolución 2012/1 del 45º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas de abril del 2012, que insta a los gobiernos a proteger los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, constituyen documentos fundamentales del sistema internacional en el campo de las políticas públicas.

Desde esta perspectiva, “la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental”, según se expresa en el Documento elaborado por los países en la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe realizada en Montevideo en el año 2013.

Esta transformación de la agenda internacional acontecida en las últimas décadas se ha nutrido y articulado con la constante movilización de las organizaciones de mujeres vinculadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial y específicamente en la región Latinoamericana en general y en Argentina en particular, que promovieron y contribuyeron fuertemente a la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en la agenda pública nacional y subnacional.

19 El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. En 1989, décimo aniversario de la Convención, casi 100 naciones han declarado que se consideran obligadas por sus disposiciones.

20 Fuente: <http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platesp.htm>

2.1 El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

En este contexto, a partir del año 2003, el Estado Nacional inicia un proceso de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos así como un proceso de construcción de institucionalidad estatal para garantizar estos derechos a través de prestaciones y servicios en el marco del Sistema Federal de Salud y de sus articulaciones con los sistemas subnacionales. Para ello, Argentina sancionó un cuerpo normativo que define y establece una serie de prestaciones y el derecho de la población a recibir atención médica en este campo de la salud, a partir del cual se inicia la puesta en marcha del **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**.

Desde su creación en el año 2003, el PNSSyPR ha dirigido sus esfuerzos a lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Ley Nacional N° 25.673, que lo origina teniendo como propósito fundamental promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social, y contribuir a mejorar el acceso a una atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva de la población.

En este marco, se entiende a la **salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos**. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales. Siguiendo la conceptualización de la OMS²¹ se describen al menos cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y la salud reproductiva:

- Mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal.
- Ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos los servicios de atención a personas con problemas de infertilidad.
- Eliminar los abortos peligrosos.
- Combatir las infecciones de transmisión sexual (en particular el VIH), las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas.
- Promover la salud sexual.

El PNSSyPR a lo largo de la década puso en marcha el **denominado Sistema de Aseguramiento de Insumos** y distintas prestaciones vinculadas con el avance hacia un modelo de mayor accesibilidad a los derechos de salud sexual y de la salud reproductiva, en particular para la población en situación de vulnerabilidad social, a través de la articulación entre los actores que participan en la implementación de dicha política y la coordinación con los gobiernos provinciales, desde una perspectiva federal de la salud.

En el año 2013 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable cumplió sus primeros 10 años de funcionamiento. Se pueden identificar distintas subetapas durante esa década, en las que se han definido y priorizado distintos aspectos y metas que hacen a la implementación de la política pública:

• La etapa inicial (2003 – 2006) en la que el programa fue ubicado en el marco de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia;

• La **etapa de institucionalización** del Programa (2006-2010); a partir del año 2006 cuando el PNSSyPR adquirió autonomía administrativa y financiera dentro de la Secretaría de Políticas Sanitarias. En esta etapa se avanzó en la construcción de un nuevo enfoque conceptual y de gestión y en el impulso de políticas de salud sexual y salud reproductiva que atendieran a las mujeres no sólo en su rol reproductivo.

• La **etapa de ampliación de derechos** (2010 en adelante), basada en una mayor fortaleza en la capacidad de gestión a nivel territorial garantizando la provisión de insumos anticonceptivos, fortaleciendo a los programas provinciales y generando acciones que permitan brindar servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad. En esta etapa se incorporan líneas estratégicas de acción destinadas a al colectivo de la diversidad sexual y la población con discapacidad; Asimismo, se elaboran protocolos de atención tendientes a mejorar la atención de la población.

En esta tercera etapa –y con la consolidación del sistema de aseguramiento de insumos- el PNSSyPR ha avanzado en una **estrategia de ampliación de derechos poniendo especial atención en la remoción de barreras para el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva**, en particular de las y los adolescentes y jóvenes.

Desde esta perspectiva, uno de los aspectos clave que hace a la eficacia y pertinencia del Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos (SAIA) consiste en alcanzar a la mayor cantidad de mujeres en edad reproductiva y disminuir la brecha de necesidades insatisfechas de planificación familiar.

Esta tercera etapa que el PNSSyPR transita actualmente incorpora dos desafíos fundamentales en torno a la accesibilidad:

- **Reducción de brechas en el acceso** para los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social.
- Otorgamiento de **respuestas similares en calidad y oportunidad** tanto para quienes cuentan con cobertura de los seguros sociales y privados como para quienes acceden a los servicios y prestaciones del subsistema de salud público.

Adicionalmente, se pretende fortalecer la perspectiva de derechos y de equidad de género orientando la estrategia del Programa a los siguientes objetivos específicos:

- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.
- Disminuir la morbi mortalidad materna por aborto.
- Promover la salud sexual y la salud reproductiva de la población objetivo del programa.

La estrategia del PNSSyPR para dar cumplimiento a estos objetivos ha sido la de fortalecer a los equipos de salud provinciales involucrados en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva de la población, así como revisar y actualizar las estrategias de atención a distintos grupos de población incluyendo los adolescentes y jóvenes.

21 Organización Mundial de la Salud, Ginebra Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas incluido el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?ua=1

Esto significa impulsar una construcción federal de las herramientas necesarias para que los profesionales de la salud implementen servicios de calidad teniendo en cuenta las diferentes necesidades y características de cada región del país.

Sin dudas, para llevar adelante avances en la calidad de las prestaciones y en la accesibilidad de los distintos grupos de población se requirió fortalecer las instancias de registro y producción de información del Programa Nacional como de los Programas Provinciales.²²

En este contexto, se decidió avanzar en la preparación, conjuntamente con el INDEC, de una encuesta de salud sexual y reproductiva que permitiera captar información primaria por primera vez de distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva de la población, así como indicadores que puedan dar cuenta del acceso a los servicios de salud sexual o bien evidenciar barreras en el acceso a los mismos.

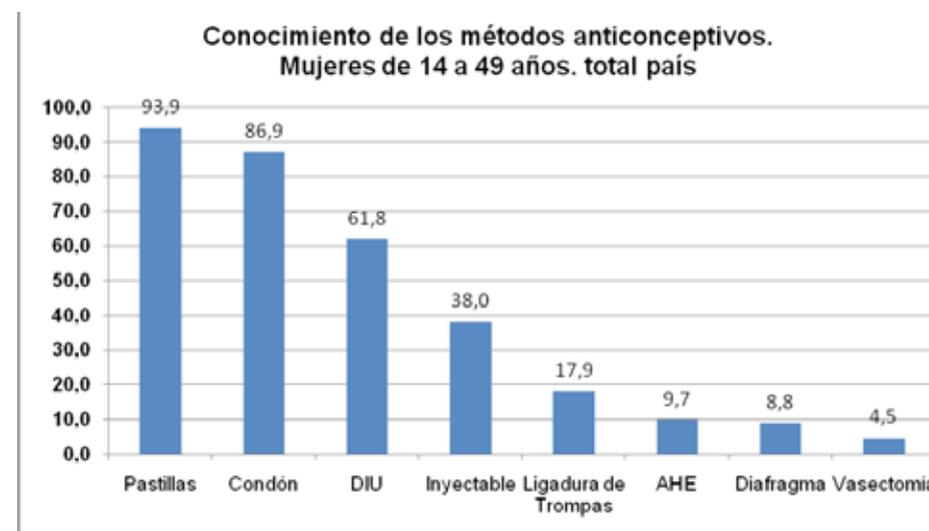
3. CONOCIMIENTO DE MAC

En este apartado se analiza el conocimiento que las mujeres tienen de los distintos MAC en cada una de las regiones y para el total del país. Se incluye también análisis multivariado que permite relacionar algunas características sociodemográficas seleccionadas con el riesgo de no conocer distintos métodos anticonceptivos. Se descartaron métodos muy poco conocidos debido a la necesidad de contar con un mínimo de datos para cada una de las variables seleccionadas para el análisis.

Las mujeres conocen principalmente las pastillas anticonceptivas y el condón o preservativo masculino (93,9% y 86,9% respectivamente). Luego aparece el DIU (61,8%), y en menor proporción los anticonceptivos hormonales inyectables (38,0%).

Con relación a la anticoncepción quirúrgica las mujeres conocen en mayor medida la ligadura tubaria que la vasectomía (17,9% y 4,5% respectivamente). La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) fue mencionada por el 9,7% de las mujeres.

Gráfico 7: Conocimiento de métodos anticonceptivos, por tipo de método en porcentaje



Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En cuanto al conocimiento de MAC según la edad se puede ver que El condón es el método más conocido en las mujeres de todas las edades, quienes más lo conocen son las mujeres jóvenes de 20 a 29 años y las que menos lo conocen son el grupo de mujeres de 40 a 49 años,.

Las pastillas anticonceptivas son un método menos conocido por las mujeres de edades extremas que por las de edades intermedias,. Esta característica es compartida con el inyectable, que también es más conocido por las mujeres de edades extremas que por las de edades intermedias.

El conocimiento del DIU es superior entre las mujeres que tienen entre 30 y 39 años, mientras que entre las adolescentes el conocimiento es menor.

El AHE, que es conocido por menos del 10,0%del total de las mujeres; es aun menos conocido entre las mujeres de 30 años y más, el grupo de las que tienen entre 30 y 39 son las que menos lo conocen (6,9%).

En cuanto a la anticoncepción quirúrgica, la ligadura tubaria es más conocida entre las mujeres que tienen entre 40 y 49 años (21,1%) y menos conocida en el grupo de las que tienen entre 14 y 19 (8,7%), este grupo manifiesta también un escaso conocimiento de la vasectomía (1,7%)

²² El Programa cuenta con un área específica que se encarga de la sistematización de la información tanto del nivel nacional como de información anual provista por los programas provinciales.

Tabla N°1: Conocimiento de MAC según grupo de edad

Grupo de edad	AHE	Condón	Diafragma	DIU	Inyectable	LT	Pastillas	Vasectomía
14 a 19	9,3	88,5	5,2	33,9	33,9	8,7	90,3	1,7
20 a 29	14,3	91,3	8,8	66,9	40,8	20	96	3,6
30 a 39	6,9	88,1	10,3	73,3	42	20,4	95,8	6,7
40 a 49	7,8	80,1	10,4	68,7	34,7	21,1	93,1	5,8
Total	9,7	86,9	8,8	61,8	38	17,9	93,9	4,5

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Si se considera el nivel de ingresos se observa que para todos los métodos las mujeres de ingresos altos y de ingresos medios tienen más conocimiento que las de ingresos bajos, excepto en el caso del anticonceptivo inyectable que es más conocido entre las mujeres de ingresos bajos.

Tabla N°2: Conocimiento de MAC según nivel de ingresos

Nivel de Ingresos	AHE	Condón	Diafragma	DIU	Inyectable	LT	Pastillas	Vasectomía
Bajo	7,3	83,9	4,5	53,7	40,5	15,2	91,5	3,0
Medio	11,0	89,5	11,0	66,0	40,2	20,7	95,4	6,1
Alto	18,4	91,2	16,0	76,1	26,7	22,4	96,9	4,8
Total	10,0	86,9	8,3	61,0	38,8	18,1	93,6	4,4

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Por último, al observar el conocimiento de los MAC según el nivel educativo alcanzado se observa un mayor conocimiento de los métodos entre las mujeres que tienen un mayor nivel educativo, excepto en el caso del anticonceptivo inyectable que presenta porcentajes de conocimiento más elevados entre las mujeres que tienen un menor nivel de conocimiento.

La vasectomía, el diafragma y el AHE son los métodos que mayor diferencia de conocimiento presenta entre los niveles de educación alcanzados extremos.

Tabla N°3: Conocimiento de MAC según nivel educativo alcanzado

Nivel Educativo	AHE	Condón	Diafragma	DIU	Inyectable	LT	Pastillas	Vasectomía
H/prim incompleto o completo	3,2	73,6	2,1	51,5	41,5	14,9	89,7	0,5
Secun incompleto	8,1	87,9	4,7	46,9	38,3	13,8	97,7	3,9
Secun completo	9,9	90,4	11,0	71,0	40,5	18,5	95,6	4,4
Terc o Univ incompleto	15,8	93,8	13,9	72,0	33,4	20,9	97,6	4,8
Terc o Univ completo	13,3	89,5	17,2	80,8	35,1	27,1	98,1	12,2
Total	9,8	87,1	8,9	62	37,9	18,1	94,1	4,6

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

3.1 Conocimiento de MAC según regiones del País

El cuadro siguiente muestra que el conocimiento de MAC no es homogéneo en las distintas regiones.

Tabla N° 4: Conocimiento de MAC según regiones del País

Región	Métodos anticonceptivos							
	Pastillas	DIU	Condón	Diafragma	Inyectable	<LT	Vasectomía	AHE
GBA	93,6	72,2	90,0	11,2	27,1	12,7	1,8	7,6
Pampeana	96,1	56,6	88,7	8,6	37,3	22,1	6,8	12,0
Noroeste	89,0	53,5	75,8	3,7	57,2	19,0	4,5	11,2
Noreste	93,0	44,9	81,9	5,4	44,3	13,1	1,7	5,2
Cuyo	93,2	62,6	87,1	11,3	43,4	20,4	7,0	11,1
Patagonia	95,9	73,3	89,3	9,5	50,2	28,3	9,9	11,5
Total País	93,9	61,8	86,9	8,8	38,0	17,9	4,5	9,7

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En el GBA se evidencia un mayor conocimiento del DIU, el condón y el diafragma que en el resto de las regiones, pero un conocimiento mucho menor de los inyectables, la ligadura de trompas y la vasectomía. Incluso el conocimiento del AHE está por debajo de la media del total del país.

Las mujeres de la región Pampeana tienen un conocimiento de métodos por encima de la media en casi todos los métodos, especialmente en el conocimiento de pastillas anticon-

ceptivas y del AHE. La región se encuentra por debajo del promedio del país en el conocimiento de inyectables y especialmente en el conocimiento del DIU.

La región Noroeste es la que muestra un menor conocimiento de las pastillas y el condón, un mayor conocimiento de inyectables y AHE y un conocimiento promedio de vasectomía. El Noroeste es la región que menos conoce el DIU, la vasectomía y el AHE y también presenta un bajo conocimiento relativo del diafragma, la ligadura de trompas y el condón. El conocimiento de los inyectables se encuentra por encima de la media nacional.

Cuyo se encuentra por sobre el promedio del país en el conocimiento de todos los métodos, y especialmente del diafragma, siendo, junto con el GBA, las regiones en las que más se conoce este método.

La región Patagónica es la región que mayor conocimiento de métodos tiene. Se encuentra por encima del promedio en el conocimiento de todos los métodos y es la de mayor conocimiento de cuatro de ellos: pastillas, DIU, ligadura de trompas y vasectomía. Luego del GBA, presenta la mayor proporción de conocimiento de condón y también un alto conocimiento de la AHE. También es una de las regiones de mayor conocimiento de inyectables y diafragma.

4. ANÁLISIS DEL USO DE MAC

Uno de los principales aspectos indagados por la encuesta refiere al uso o no uso de MAC²³ por parte de las mujeres en edad reproductiva sexualmente activas, aspecto que resulta de significativo interés en el marco de la estrategia de gestión del Programa.

Este apartado analiza su uso para cada una de las regiones, así como también las razones por las que no se utilizan. Para realizar este análisis se consideraron las mujeres encuestadas que señalaron que ya habían tenido su primera relación sexual, que representan al 70% del total.

4.1 Uso de Mac en la primera relación sexual

Se quiso saber acerca del uso de Mac en la primera relación sexual. En tal sentido ello constituye un indicador de conocimiento de los MAC y de las implicancias y consecuencias de su uso respecto del cuidado de la salud sexual y de la transmisión de ETS.

Para el total de las mujeres del país que han tenido relaciones sexuales alguna vez²⁴, el promedio de edad de la primera relación sexual es de 17,3 años; comparando por región, la media de edad de inicio sexual es más alta en Cuyo y el Noroeste, y más baja en el Noroeste y la región Pampeana.

23 El "uso de métodos anticonceptivos" no refiere solo al uso por parte del propio entrevistado, sino también por parte de la persona con la que tuvo la primera relación sexual. El mismo criterio se utiliza para el uso de métodos anticonceptivos en la actualidad.

24 Mientras que casi el total de las mujeres entrevistadas de 20 años o más ha tenido su primera relación sexual, en el grupo de 14 a 19 años son casi cinco de cada diez (44,5%).

Tabla N° 5: Media de edad (en años) de la primera relación sexual, por región geográfica

Región	Edad de la primera relación sexual
GBA	17,3
Pampeana	17,1
Noroeste	17,5
Noreste	16,9
Cuyo	17,9
Patagónica	17,2
Total del País	17,3

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Al analizar por grupo de edad se observa que, mientras que las mujeres de 40 a 49 años declaran haber tenido su primera relación sexual alrededor de los 18 años, este promedio desciende con la edad de las entrevistadas: entre las más jóvenes, la media de edad de inicio sexual es de 15,5 años.

Tabla N° 6: Media de edad (en años) de la primera relación sexual, por grupo de edad

Grupo de edad	Edad de la primera relación sexual
14 a 19 años	15,5
20 a 29 años	17,1
30 a 39 años	17,6
40 a 49 años	17,9
Total del País	17,3

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

El 70% de las mujeres manifestaron haber utilizado algún MAC en su primera relación sexual. Al comparar este dato por región, el GBA y la región Pampeana presentan porcentajes superiores al promedio del país; por el contrario, en el Noroeste sólo la mitad de las mujeres utilizó métodos anticonceptivos en esta instancia. Con inferiores porcentajes al promedio en este indicador (alrededor del 60%) se encuentran también las regiones de Noreste, Cuyo y Patagónica.

Una amplia mayoría de las mujeres señaló que en esa primera relación sexual utilizó, ella o su pareja, preservativo masculino o condón (90,1%).

Tabla N°7: Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por región geográfica

Región	Uso de MAC	
	Sí	No
GBA	74,8	25,2
Pampeana	72,4	27,6
Noroeste	49,0	51,0
Noreste	62,9	38,9
Cuyo	61,1	38,9
Patagónica	61,3	38,7
Total del país	68,4	31,6

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Por grupo de edad se observan significativas diferencias: mientras que un 90% de las mujeres de 14 a 19 años utilizó alguno de estos métodos en su primera relación sexual, este porcentaje desciende con la edad, llegando a sólo un 49% entre las mujeres de 40 a 49 años.

Tabla N°8: Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por grupo de edad.

Grupo de edad	Uso de MAC	
	Sí	No
14 a 19 años	90,4	9,6
20 a 29 años	82,4	17,5
30 a 39 años	65,7	34,3
40 a 49 años	49,1	50,9
Total del país	68,4	31,6

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Como se podrá constatar más adelante los datos analizados estarían evidenciando que el uso de MAC en la primera relación sexual decrece sensiblemente entre la población adulta y en todas las regiones del país se observa un decremento del uso en los sucesivos grupos de edades.

A continuación se presenta un cuadro resumen en el que se calculan las brechas (como diferencias porcentuales) del porcentaje de uso de MAC de los grupos de las mujeres de 14 a 19 años, por un lado, y de las de 40 a 49 años, por el otro, de cada una de las regiones con respecto al total país.

Tabla N° 9: Porcentaje de uso de MAC en la primera relación sexual y brecha con el total del país por tramos de edades según regiones

Región	Porcentaje de uso de MAC en la primera relación sexual		Brecha con el total del país	
	De 14 a 19 años	De 40 a 49 años	De 14 a 19 años	De 40 a 49 años
GBA	97,7	50,1	8,1	2,0
Pampeana	88,0	58,3	-2,7	18,7
Noroeste	80,2	23,9	-11,3	-51,3
Noreste	89,1	48,4	-1,4	-1,4
Cuyo	86,9	41,4	-3,9	-15,7
Patagonia	89,9	40,9	-0,6	-16,7
Total País	90,4	49,1		

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

El cuadro muestra, en primer lugar, que el uso de MAC en la primera relación sexual es mucho más elevado entre las mujeres de 14 a 19 años que entre las que tienen entre 40 y 49 años; esto estaría dando cuenta de que el uso de MAC está mucho más difundido en la actualidad que en el pasado.

Pero además, el cuadro permite observar que las regiones Pampeana, Noroeste, Cuyo y Patagonia presentan una brecha de uso de MAC en su primera relación sexual mucho más reducida entre las jóvenes de 14 a 19 años que entre las de 40 a 49 años con respecto al valor nacional.

Si bien la región Noroeste, al igual que el resto de las regiones, incrementó el uso de MAC en su generación más joven, la brecha en el porcentaje de uso con respecto al total del país se mantiene igual entre las más jóvenes y las más maduras.

Por su parte, la región Pampeana se diferencia del resto ya que entre las mujeres más adultas el porcentaje de uso en la primera relación sexual es más elevado que en el resto de las regiones, mientras que entre las jóvenes este porcentaje ubica a la región en el cuarto lugar. En cuanto a la relación entre el nivel educativo y la prevalencia de uso de MAC en la primera relación sexual, se puede observar que en todas las regiones la brecha entre aquellas mujeres con el nivel de instrucción más alto y el más bajo es muy amplia; sin embargo en las regiones Patagónica y Noroeste la brecha se amplía aún más, mientras que en las regiones Cuyo y Pampeana es bastante más reducida.

Tabla N° 10: Porcentaje de uso de MAC en la primera relación sexual y brechas de uso de MAC por máximo nivel educativo alcanzado según regiones

Región	Porcentaje de uso de MAC		
	Hasta primario incompleto o completo	Terciario o Universitario completo	Brecha % de uso de MAC
GBA	55,8	94,1	68,8
Pampeana	55,3	82,8	49,7
NOA	25,9	57,2	120,8
NEA	42,2	73,0	73,0
Cuyo	47,6	70,8	48,8
Total país	48,8	81,8	67,7

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

4.2 Uso de MAC en la actualidad

En términos generales, para el total país una proporción muy significativa de las mujeres en edad reproductiva utilizan actualmente algún tipo de MAC 81,3% en tanto que un 18,7% declara no utilizar actualmente ningún tipo de MAC.

Según el grupo de edad se observa un mayor uso de MAC entre las mujeres sexualmente activas más jóvenes, entre las adolescentes de 14 a 19 años, el 90,1% señaló que utiliza algún MAC, mientras que entre las mujeres de 35 a 39 años ese porcentaje desciende al 80,9% y entre las que tienen entre 40 y 49 años al 71,5%.

Tabla N° 11: Uso de MAC según grupo de edad, mujeres sexualmente activas - Total país

Utiliza MAC	Grupos de edad de mujeres sexualmente activas						Total
	De 14 a 19	De 20 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	De 35 a 39	De 40 a 49	
Si	90,1	87,7	86,6	84,7	80,9	71,5	81,3
No	9,9	12,3	13,4	15,3	19,1	28,5	18,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En la Tabla N°12 se reflejan los porcentajes de uso o no de MAC en las distintas regiones del país. En términos generales, se observa que GBA, NOA y Cuyo son las regiones que se encuentran por debajo del valor nacional (aunque no en una proporción significativa) siendo el NOA la región que muestra la tasa de uso más baja del país (74,4%).

Tabla N° 12: Uso de MAC según regiones geográficas, mujeres sexualmente activas

Utiliza MAC	GBA %	Pampeana %	NOA %	NEA %	Cuyo %	Patagónica %	Total país %
Si	80,6	83,6	74,4	83,2	79,2	83,4	81,3
No	19,4	17,4	25,6	16,8	20,8	16,6	18,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

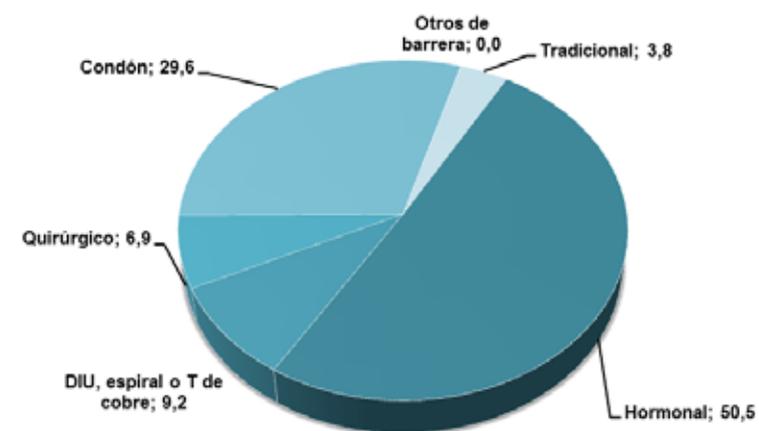
Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

4.3 Métodos anticonceptivos utilizados

En este apartado se analizan los tipos de MAC utilizados por las mujeres. A nivel nacional los métodos anticonceptivos hormonales son los más utilizados, el condón es el segundo método utilizado luego de los métodos hormonales²⁵ con más del 50%. Por otro lado, debe señalarse que los métodos tradicionales -ritmo, retiro, lactancia, método del moco cervical, yuyos, hierbas o tes y otros- resultan de una escasa significación a nivel nacional.

Gráfico 8: MAC utilizado principalmente, mujeres sexualmente activas, total del país

Mac utilizado principalmente, mujeres sexualmente activas Total del país



En el análisis por regiones se evidencia que en la región Gran Buenos Aires estos dos métodos -hormonal y condón- comparten el primer puesto (alrededor de 40% en cada caso); en las regiones Pampeana, NOA y NEA su porcentaje de uso es de más del 20% (22,4%, 26,3% y 24,5% respectivamente); en Cuyo asciende al 33% y en la Patagonia sólo el 18,9% utiliza este método.

²⁵ Se consideran anticonceptivos hormonales a los anticonceptivos hormonales orales, los anticonceptivos inyectables y los implantes/ parches dérmicos.

En la región Patagónica se observa un mayor uso de DIU y de ligaduras tubarias a comparación de las demás regiones e incluso con el total del país, mientras que en la región Pampeana se destaca el uso de métodos hormonales alcanzando el 61,8%.

Tabla N°13: MAC que utiliza principalmente según regiones

Región	Hormonal	DIU, espiral o T de cobre	Quirúrgico	Condón	Otros de barrera	Tradicional	Total
GBA	40,2	9,7	5,2	40,0	0,0	4,9	100,0
Pampeana	61,8	8,3	5,3	22,4	0,0	2,2	100,0
Noroeste	47,1	11,3	9,3	26,3	0,1	5,8	100,0
Noreste	54,9	6,1	9,9	24,5	0,0	4,5	100,0
Cuyo	50,1	4,5	7,8	33,0	0,1	4,5	100,0
Patagonia	45,3	16,9	17,4	18,9	0,0	1,5	100,0
Total País	50,5	9,2	6,9	29,6	0,0	3,8	100,0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Cabe señalar que en la primera relación sexual el uso del preservativo masculino o condón registraba un porcentaje de uso mucho más elevado (90,1%).

Se utilizó el modelo multivariable para analizar la probabilidad de uso de condón a nivel nacional. Este análisis indicaría que su uso desciende con la edad, a excepción de las mayores de 40 años que tienen una probabilidad de uso un poco mayor a la que tienen las mujeres de entre 35 y 39 años.

Las mujeres de ingresos medios son quienes mayores probabilidades tienen de usar condón, seguidas de las que habitan en hogares con ingresos bajos. Las mujeres con secundario completo y más presentan mayores probabilidades de usar condón que las que alcanzaron niveles inferiores de educación formal.

En cuanto a la inserción en el mercado laboral, son las mujeres desocupadas las que menos probabilidad de usar condón tienen, mientras que las ocupadas e inactivas presentan una probabilidad muy similar.

Las mujeres que no tienen obra social tienen una probabilidad 25% mayor de usar condón que quienes cuentan con obra social.

El haberse realizado una prueba de VIH/SIDA no parece tener mucha relevancia en cuanto a la elección de este método, aunque entre quienes no se realizaron el test la probabilidad de usar condón es 17% más baja.

Por otra parte, quienes no utilizaron MAC en su primera relación sexual tienen casi un 40% menos de probabilidades de usar condón.

Por último, llama la atención que la probabilidad de usar condón es mayor entre las mujeres unidas y, especialmente, entre las casadas que entre las solteras y viudas.

4.3 Mujeres que no usan MAC

En cuanto al motivo de no uso de MAC por regiones, como se señalaba anteriormente merece especial atención el caso del NOA ya que en esa región, que presenta la tasa de uso de MAC más baja del país, del 74,4% (81,3% en el total país), solo el 32,4% declara que no usa MAC porque está embarazada o quiere quedar embarazada, contra un 44,5% del total del país.

Además, por tratarse de una región con población relativamente joven, no son muchas las mujeres que declaran no poder quedar embarazadas o al menos creer que no pueden quedar embarazadas. Como contrapartida, esta región – NOA- evidencia la mayor proporción de mujeres que declaran no usar MAC debido a que no les gusta o no quieren usarlos (28,7%).

Luego del NOA, la región de Cuyo también se destaca por la alta proporción de mujeres que declaran no usar MAC, aunque es sensiblemente más elevada la proporción de mujeres que dicen no querer usarlos por querer quedar embarazadas. Es importante señalar que ambas regiones se conforman por provincias que se ubican entre las diez con mayores tasas de fecundidad del país (Salta, Catamarca, Jujuy, San Luis y San Juan).

Entre los motivos para no usar MAC se destacan querer quedar embarazada o estar embarazada. Para el total país alrededor de un 14% de mujeres creen no poder quedar embarazadas y un 12,4% que declara no poder tener hijos. Un 14% declara que no los usa porque no quiere o no le gusta usarlos. Prácticamente no hay casos de mujeres que aduzcan no tener dinero para comprarlos y tampoco que digan no conocer los métodos.

Tabla N°14: Motivos de no uso de MAC según regiones

Motivos por los que no usa MAC	GBA	Pampeana	NOA	NEA	Cuyo	Patagonia	Total País
Desea quedar embarazada	31,7	20,5	18,1	20,5	25,3	28,2	24,3
La pareja no quiere	2,5	1,4	4,6	1,4	0,2	4,8	2,5
Teme que le hagan daño a la salud	0,0	1,5	7,6	1,5	0,7	0,8	2,4
No tiene dinero para comprarlos	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,1
No conoce los métodos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Razones religiosas	0,0	0,7	1,0	0,7	2,6	0,0	0,7
Cree que no puede quedar embarazada	12,8	15,0	14,7	15,0	18,0	13,2	14,0
No le gusta usarlos/no quiere	11,2	11,1	28,7	11,1	23,2	10,7	14,0
En el centro de salud nunca tienen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
No puede tener hijos	10,0	13,2	11,3	13,2	6,9	33,1	12,4
Está embarazada actualmente	18,7	26,9	14,3	26,9	16,4	5,5	20,2
Otras razones	16,2	12,9	3,8	12,9	5,5	3,7	12,1

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Entre el grupo de mujeres que no usan MAC, están quienes no los usan en la actualidad pero que en alguna oportunidad los utilizaron y aquellas que nunca usaron MAC. Estas últimas representan el 12,8% de las que señalaron no usar MAC actualmente.

Al analizar la información por región se observa que en el NOA el 20,2% de quienes no usan MAC en la actualidad nunca utilizaron un método. Esta es la región en la que se registra el mayor porcentaje de mujeres que nunca utilizaron MAC, le sigue la región de Cuyo con el 15,5%. La Región Patagonia es la que presenta el menor porcentaje de mujeres que nunca utilizaron MAC el 8,5% de las que no utilizan MAC en la actualidad no los usaron nunca.

Tabla N°15: Uso de MAC en alguna oportunidad, mujeres que no usan MAC en la actualidad según regiones geográficas

Utilizó MAC alguna vez	GBA %	Pampeana %	NOA %	NEA %	Cuyo %	Patagonia %	Total País
Sí	89,6	89,4	79,8	87,6	84,5	91,5	87,2
No	10,4	10,6	20,2	12,4	15,5	8,5	12,8
Total	100,0						

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Los motivos para no usar MAC de quienes nunca los utilizaron difieren sensiblemente de los motivos de quienes alguna vez usaron pero no están usando actualmente. Entre quienes nunca usaron se destaca muy especialmente el motivo de que no le gusta o no quiere usarlos (37,9%) y en segundo lugar que no conoce los métodos (24,4%), razón está última que nadie esgrime (0%) entre quienes alguna vez usaron pero no usan actualmente.

Tabla N°16: Motivos por los que nunca utilizó MAC según regiones geográficas

Motivos por los que nunca usó MAC	GBA	Pampeana	NOA	NEA	Cuyo	Patagónica	Total País
Desea quedar embarazada	0,0	0,3	5,4	4,2	13,0	4,0	3,5
La pareja no quiere	0,0	11,3	7,1	3,4	17,7	1,2	6,8
Teme que le hagan daño a la salud	0,0	5,0	5,5	0,0	5,1	4,3	3,5
No tiene dinero para comprarlos	16,9	0,0	0,0	6,2	0,0	1,1	4,5
No conoce los métodos	41,1	3,0	34,8	12,9	10,4	36,6	24,4
Razones religiosas	0,0	3,3	3,0	0,0	8,6	0,5	2,5
Cree que no puede quedar embarazada	0,0	1,9	9,8	7,6	16,4	0,0	5,6
No le gusta usarlos/no quiere	42,0	47,4	29,2	41,7	26,7	38,4	37,9
En el centro de salud nunca tienen	10,4	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,5
Otras razones	0,0	28,4	9,6	23,9	1,0	13,7	12,7

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En la región Pampeana el que no les guste usarlos o que no quiera usarlos representa el 47,4% de las respuestas, mientras que en Cuyo el 26,7%. En el NOA el principal motivo es que no conocen los métodos 34,8%.

El porcentaje más elevado de mujeres que declararon querer quedar embarazadas se encuentra en la región de Cuyo, mientras que no tienen ninguna significación en GBA y la región Pampeana. También en Cuyo se destaca la importancia de quienes dicen que su pareja no quiere usar MAC (17,7%).

Una proporción mucho más elevada que en las otras regiones declara en GBA no haber usado nunca MAC porque no tiene dinero para comprarlos o porque en el centro de salud nunca tienen. También en GBA se evidencia la mayor proporción de quienes dicen no haber usado nunca MAC porque no conoce los métodos.

Por último cabe señalar que el 26,8% de las mujeres que no usaron MAC en su primera relación sexual tampoco los utilizan en la actualidad.

4.4 Uso de MAC y embarazo

Entre las mujeres que tuvieron al menos un hijo nacido vivo, se registró un 23,7% de mujeres que señalaron estar usando un MAC al momento de quedar embarazadas de su último hijo nacido vivo.²⁶

Llama la atención en especial la región patagonia en la que poco más del 37% declara haber quedado embarazada mientras utilizaba MAC, contra menos del 24% en el total del país.

Tabla N°17: Porcentaje de uso de MAC cuando se quedó embarazada según regiones

Región	% de mujeres que usaban MAC cuando quedaron embarazadas	¿Cuál es el método que utilizaba principalmente?												
		ACO	DIU	Preservativo o condón	Diafragma	ACI	Espumas, jaleas, óvulos	Ligadura de trompas	Método del moco cervical	Ritmo	Retiro	Yuyos, hierbas, tés	Lactancia	AHE
Gran Buenos Aires	28,3	33,7	7,2	43,0	0,8	6,0	0,0	0,0	0,0	7,0	2,7	0,0	0,0	0,0
Pampeana	19,3	55,1	3,1	16,0	2,0	2,5	2,2	0,0	1,4	11,7	5,0	0,0	0,7	0,6
Noroeste	19,8	34,1	3,5	32,7	0,0	13,4	0,0	0,4	1,8	8,3	8,0	0,0	0,0	1,0
Noreste	20,3	70,6	2,2	17,3	1,2	6,6	0,0	0,3	0,0	5,9	1,9	1,2	1,7	0,0
Cuyo	24,6	45,4	10,4	35,4	0,4	8,8	0,3	1,0	0,0	3,4	0,6	0,0	0,9	0,0
Patagónica	37,3	58,0	11,7	25,8	2,3	2,7	0,0	0,4	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Total País	23,7	45,3	5,9	30,8	1,1	5,8	0,6	0,2	0,6	7,7	3,4	0,1	0,4	0,3

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Como es lógico, los métodos más mencionados coinciden con los métodos más utilizados. Como se evidencia en la siguiente tabla, el DIU presenta una incidencia menor entre quienes dijeron haber quedado embarazadas mientras utilizaban ese método y los métodos tradicionales como el ritmo y el retiro tienen una incidencia mucho mayor, demostrando la fiabilidad del primer método (ya que no depende de la manipulación de la usuaria) y la poca eficacia de los segundos.

Sin embargo, Cuyo presenta una excepción, ya que el porcentaje de quienes estaban utilizando DIU al quedar embarazadas casi duplica a las que usan ese método actualmente. En el NEA y Patagonia parece haber resultado particularmente efectivo el uso de métodos hormonales (son muchas más las que declaran usarlos que las que dicen haber quedado embarazadas). Para analizar este indicador se le preguntó a las mujeres por el último embarazo.

embarazadas con ese método).

En la región Cuyo también parece haber resultado muy efectivo el condón mientras que en Patagonia parecería constatarse lo contrario. También en el NOA son muchas quienes declaran haber quedado embarazadas usando condón mientras, que por el contrario, ese método parece haber sido particularmente eficaz en la región Pampeana.

Tabla N°18: Método utilizado principalmente y método que usaba al quedar embarazada según regiones

Tipo de MAC	Región						Total
	GBA	Pampeana	NOA	NEA	Cuyo	Patagonia	
Método utilizado principalmente							
Hormonal (Pastillas, Pastilla día dsps., Inyectable)	39,7	58,2	48,5	77,2	54,2	60,7	51,3
DIU, espiral o T de cobre	9,7	8,3	11,3	6,1	4,5	16,9	9,2
Condón	40,0	22,4	26,3	24,5	33,0	18,9	29,6
Tradicional	4,9	2,2	5,8	4,5	4,5	1,5	3,8
Método que usaba cuando quedó embarazada							
Hormonal (Pastillas, Pastilla día dsps., Inyectable)	40,2	61,8	47,1	54,9	50,1	45,3	50,5
DIU, espiral o T de cobre	7,2	3,1	3,5	2,2	10,4	11,7	5,9
Condón	43,0	16,0	32,7	17,3	35,4	25,8	30,8
Tradicional	9,7	16,7	16,3	7,8	4,0	2,2	11,1

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

5. Acceso a los MAC

En este apartado se analizarán los datos referidos a la elección del método, al lugar al que concurre para obtener el MAC y si debió pagar por ellos o no.

5.1 Decisión sobre el uso de los MAC

Las mujeres más jóvenes, de entre 14 y 19 años, son quienes más comparten con otra persona la decisión sobre el método anticonceptivo utilizado. Entre ellas, sólo el 28,3% decide por sí misma y sin la opinión de un tercero el método a utilizar, mientras que en el total de mujeres esa proporción se eleva al 38%.

En el 7,1% de las mujeres de entre 14 y 19 años, es la persona con la que tiene relaciones quien decide el método a utilizar, cuando en promedio esta proporción es del 2,5%.

Sin embargo, puede destacarse que a pesar de ser quienes más comparten la decisión sobre el tipo de MAC a utilizar, sólo el 2,2%, obtiene la recomendación por parte de un profesional de la salud, es decir que representan la menor proporción de todos los grupos de edad. A nivel nacional, las mujeres que toman la decisión respecto del método a utilizar con el profesional de la salud constituyen el 5,9%.

Siendo que la media de la primera relación sexual se encuentra en este tramo etario (17,3 años) y que, como ya se indicó, el uso de MAC en la primera relación sexual se encuentra muy relacionado al uso de MAC durante el resto de la vida quienes no utilizaron MAC en su primera relación sexual tienen un 71% más de probabilidades de no usar MAC en el presente que quienes sí lo utilizaron.

Tabla N° 19: Quien toma la decisión acerca del MAC que se usa

¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?	Grupos de edad de mujeres sexualmente activas						Total
	14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 49	
Usted junto a la persona con quien tiene relaciones	59,4	47,8	52,5	55,3	53,0	53,0	53,0
Usted sola	28,3	42,5	39,2	40,0	38,1	36,9	38,0
La persona con quien tiene relaciones	7,1	2,3	1,5	1,2	2,9	1,9	2,5
Profesional de la salud	2,2	6,6	6,7	3,2	5,5	8,2	5,9
Otros	3,0	0,8	0,1	0,3	0,5	0,1	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Las mujeres de ingresos medios son quienes menos en cuenta tienen la opinión de un profesional a la hora de decidir sobre el tipo de método anticonceptivo a utilizar. También son quienes más comparten esta decisión con su pareja.

Por su parte, las mujeres de estrato de ingreso bajo son las que menos comparten esta decisión con su pareja y lo hacen en un alto porcentaje solas y las de hogares de ingresos altos son quienes más consultan con un profesional de la salud para definir sobre el tipo de MAC a utilizar.

Tabla N°20: Quien toma la decisión acerca del MAC que se usa según rango de ingreso familiar

¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?	Ingresos bajos	Ingresos medios	Ingresos altos	Total
Usted junto a la persona con quien tiene relaciones	45,5	60,9	59,0	53,3
Usted sola	43,3	32,7	28,7	37,3
La persona con quien tiene relaciones	3,4	1,7	2,0	2,6
Profesional de la salud	6,9	4,4	9,8	6,2
Otros	1,0	0,3	0,5	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

5.2 Gratuidad en el acceso a MAC

A continuación se analiza la información vinculada con el acceso a los MAC en las distintas regiones del país, a partir del acceso en forma gratuita o a través del sistema de obra social, mutual o prepaga.

Del conjunto total de mujeres sexualmente activas que utilizan MAC, sólo el 32,2% accedió al MAC gratuitamente y un 77,8% accede en forma no gratuita. Todas las regiones con excepción de la Pampeana se encuentran por sobre la media nacional de gratuidad, siendo

las regiones NOA y NEA las de mayor proporción (37% y 36,5% respectivamente)

Tabla N°21: Mujeres sexualmente activas que usan MAC por gratuidad en el acceso a los mismos según regiones del país

Acceso gratuito a MAC	Región						
	GBA	Pampeana	Noroeste	Noreste	Cuyo	Patagónica	Total
Sí	33,2	28,6	37,0	36,5	32,9	32,4	32,2
No	76,8	81,4	73,0	73,5	77,1	77,6	77,8
Total	100,0						
Tasa de uso de MAC	80,6	83,6	74,4	83,2	79,2	83,4	81,3

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Como se dijo, las regiones del norte del país son las que presentan mayor proporción de mujeres que accedieron al MAC que utilizan en forma gratuita. Sin embargo, si se analiza el acceso según tenencia de obra social, mutual o prepaga se observa que entre las mujeres que tienen cobertura en salud a través del sistema de obra social, prepaga o mutual, el 24,9% accede gratuitamente a los MAC, y entre las mujeres que no tienen cobertura en salud a través de este sistema acceden en forma gratuita el 55,0%

Las regiones Patagónica y el NEA son en las que mayor proporción de mujeres sin obra social acceden gratuitamente a métodos anticonceptivos (56,9% y 55,0% respectivamente) y el GBA es la región que registra un mayor porcentaje de mujeres con obra social, prepaga o mutual que acceden gratuitamente a los MAC (29,8%).

Por el contrario, el GBA es la región con menor proporción de mujeres sin obra social que acceden gratuitamente a MAC (solo el 39% contra el 45% del promedio nacional).

Asimismo, siendo el NEA y el NOA las dos regiones con mayor gratuidad en el acceso a anticonceptivos, es interesante observar que ambas regiones difieren en que la cobertura de MAC es muy elevada en la primera, con una tasa de uso del 83,2% (por encima del 81,3% del promedio nacional), mientras que en el NOA la tasa de uso es la más baja del país (74,4%).

Tabla N° 22: Mujeres sexualmente activas que usan MAC por gratuidad en el acceso a los mismos según cobertura de obra social y regiones del País

Situación de cobertura en salud	Acceso a MAC	
	Gratuito	No gratuito
Con obra social		
GBA	29,8	70,2
Pampeana	21,6	78,4
Noroeste	27,2	72,8
Noreste	21,5	78,5
Cuyo	19,7	80,3
Patagonia	23,1	76,9
Total País	24,9	75,1
Sin obra social		
GBA	39,0	61,0
Pampeana	44,7	55,3
Noroeste	49,4	50,6
Noreste	55,0	45,0
Cuyo	47,6	52,4
Patagonia	56,9	43,1
Total País	45,0	55,0
Total		
GBA	33,2	76,8
Pampeana	28,6	81,4
Noroeste	37,0	73,0
Noreste	36,5	73,5
Cuyo	32,9	77,1
Patagonia	32,4	77,6
Total País	32,2	77,8

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Respecto del análisis del acceso a MAC en relación a los ingresos de las mujeres, en el siguiente cuadro se presenta el porcentaje de mujeres de ingresos bajos sin cobertura de obra social que reciben anticonceptivos en forma gratuita. En este caso, al igual que en la gratuidad de MAC según obra social, también se evidencia una significativa diferencia entre Patagonia y GBA en la distribución de MAC entre las mujeres más vulnerables.

La región Patagonia es la de mayor porcentaje de mujeres de hogares de bajos ingresos

sin cobertura de obra social que acceden a MAC gratuitamente (60,5%) mientras que en la región GBA solo el 40,3% de las mujeres de hogares de bajos ingresos lo hacen.

Tabla N° 23: Gratuidad en la obtención de MAC por región en hogares de ingresos bajos. Mujeres sin cobertura de obra social sexualmente activas que utilizan MAC

Región	Estrato de ingresos	
	Bajo	Total
GBA	40,3	34,7
Pampeana	50,8	45,4
NOA	53,6	51,6
NEA	54,5	54,0
Cuyo	56,4	52,4
Patagonia	60,5	57,2
Total	49,0	44,3

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En tanto, el porcentaje de mujeres que no tiene cobertura de obra social y accede a MAC en forma gratuita es muy similar en todos los grupos de edades (alrededor del 45%). Sin embargo, entre quienes sí tienen obra social el porcentaje de quienes acceden en forma gratuita es sensiblemente mayor entre las más jóvenes (entre 14 y 19 años) que en el promedio de quienes tienen obra social (42,4% y 24,9% respectivamente).

Tabla N° 24: Gratuidad en la obtención de MAC Total del país por grupos de edad según cobertura de obra social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edad				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	45,0	43,7	46,5	45,1	45,0
Sí	42,4	17,2	30,1	22,6	24,9
Total	43,3	28,1	35,8	28,9	32,2

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En cuanto al análisis de la gratuidad en la obtención de MAC según grupos de edad en las distintas regiones, se destaca en GBA que las más jóvenes con cobertura de obra social acceden gratuitamente a MAC en un 70% mientras que las adolescentes de la misma edad sin cobertura solo acceden gratuitamente a MAC en un 28,6%. Si bien la cantidad de casos es escasa y, por lo tanto sujeta a un considerable error de muestreo, en el resto de las regiones no se observa esta situación.

Tabla N°25: Gratuidad en la obtención de MAC en región GBA por grupos de edad según cobertura de obra social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edad				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	28,6	37,4	35,7	48,2	39,0
Sí	70,6	15,5	31,0	30,0	29,8
Total	47,3	25,3	32,2	36,7	33,2

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Según se desprende del cuadro siguiente, en el caso de la región Pampeana más de la mitad de las adolescentes de entre 14 y 19 años que no cuentan con obra social reciben MAC gratuitamente (53,6%), en tanto entre quienes sí tienen obra social en este mismo rango etario constituyen el 37,7%.

Tabla N°26: Gratuidad en la obtención de MAC en la Región Pampeana por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edades				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	53,6	39,3	50,0	32,3	44,7
Sí	37,7	15,4	31,2	17,3	21,6
Total	43,0	22,5	39,5	19,4	28,6

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En el caso de la Región NOA la cobertura de MAC gratuitamente alcanza a alrededor del 50% de las mujeres de 20 a 49 años que no cuentan con obra social, con excepción del grupo de las adolescentes (14 a 19 años) que se encuentran 10 puntos porcentuales por debajo (alrededor del 40%)

Tabla N°27: Gratuidad en la obtención de MAC en la Región NOA por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edades				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	40,5	51,5	50,7	48,8	49,4
Sí	21,3	20,9	40,0	16,0	27,2
Total	29,7	38,2	43,4	28,4	37,0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

En tanto, en las regiones NEA y Cuyo se destaca que alrededor del 77% y 78% respectivamente de las adolescentes que no tienen obra social reciben MAC gratuitamente. En tanto esta proporción baja significativamente al 15% y 14% en el mismo grupo etario que cuenta con obra social.

Tabla N°28: Gratuidad en la obtención de MAC en la Región NEA por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edades				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	77,3	59,3	42,3	45,0	55,0
Sí	15,3	24,0	19,1	22,7	21,5
Total	54,3	43,3	28,4	29,4	36,5

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Tabla N°29: Gratuidad en la obtención de MAC en la Región Cuyo por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edades				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	78,0	42,7	49,8	32,1	47,6
Sí	14,1	27,9	12,7	21,2	19,7
Total	55,1	35,8	28,0	25,4	32,9

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Contrariamente, se observa que en el caso de la Región Patagónica se registra una baja incidencia de la cobertura gratuita de MAC de las adolescentes con o sin obra social y se incrementa significativamente la obtención gratuita de MAC para aquellas mujeres de 20 años en adelante que no cuentan con obra social.

Tabla N°30: Gratuidad en la obtención de MAC en la Región Patagonia por Grupos de Edad según Cobertura de Obra Social. Mujeres sexualmente activas que utilizan MAC

Obra social	Grupos de edades				
	De 14 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	Total
No	23,3	49,8	68,3	65,5	56,9
Sí	19,7	17,1	32,0	22,4	23,1
Total	21,7	27,3	42,8	31,9	32,4

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

Por último, si se analiza el lugar donde las mujeres obtienen los MAC el 48.1% del total del país lo hace en los hospitales públicos, y un 28.5% en los centros de salud o salitas. Es

decir, que en conjunto alrededor del 76,6% de las mujeres obtienen los MAC en los dispositivos del Subsistema de Salud Público. Alrededor del 15,5% lo hace a través de médico particular y/u obra social.

En la Región del Noreste las mujeres obtienen en mayor proporción los MAC en los centros de salud que en el hospital (55.9%); en la Región de Cuyo se observa lo mismo aunque en menor porcentaje (42,4%).

Respecto de la obtención de los métodos, debe señalarse que en los casos de NEA y NOA la significación del acceso a los MAC a través de obra social o medico particular disminuye muy significativamente (3,9% y 3,2% respectivamente).

Tabla N°31: Lugar de obtención de MAC por regiones

Lugar de obtención de MAC	GBA	Pampeana	Noroeste	Noreste	Cuyo	Patagónica	Total
Hospital público	46,4	48,7	57,4	38,5	40,9	60,5	48,1
Centro de salud/salita	22,8	26,0	29,5	55,9	42,4	17,7	28,5
Farmacia a través de hospital público	1,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6
Se lo dio el médico particular/lo cubre la Obra Social	18,8	19,4	3,2	3,9	10,7	20,2	15,5
Se lo dio un amigo/vecino/pariente	0,8	0,6	0,9	0,2	1,1	0,0	0,6
Otro lugar	4,5	0,5	0,0	0,7	2,2	0,1	2,0
Ns/Nc	5,6	4,4	9,0	0,7	2,7	1,0	4,7
Total	100,0						

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013

6. PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

En este apartado se reseñan los principales aportes y hallazgos que surgen del análisis realizado y que resultan significativos para la planificación y la redefinición de las estrategias de políticas del Programa Nacional. Entre los principales aspectos a destacar se puede señalar que:

- A nivel nacional una proporción muy significativa de las mujeres en edad reproductiva utiliza actualmente algún tipo de MAC (81,3%) en tanto que un 18,7% declara no utilizar actualmente ningún tipo de MAC. Esto parecería constituir un avance significativo en la consolidación del Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos.
- No obstante, el análisis de las distintas regiones estaría evidenciando ciertas disparidades; por ejemplo las regiones GBA y Cuyo se encuentran –aunque no en una proporción significativa- por debajo del valor nacional respecto de la tasa de uso de MAC, mientras que la región NOA muestra la tasa de uso más baja del país.
- En el caso del NOA la baja tasa de uso de MAC junto con la escasa cantidad de mujeres que declaran motivos de no uso asociados al embarazo y la alta proporción de quienes dicen no usar por “no querer usarlos” podría estar indicando una mayor presencia relativa de embarazos no deseados con respecto a otras regiones. Como contrapartida, esta región evidencia la mayor proporción de mujeres que declaran no usar MAC debido a que no les gusta o no quieren usarlos (28,7%).
- Respecto del no uso de MAC, es significativo que en el GBA una proporción mucho más elevada que en las otras regiones declara no haber usado nunca MAC porque no tienen dinero para comprarlos o porque en el centro de salud nunca tienen. También en el GBA se evidencia la mayor proporción de quienes dicen no haber usado nunca MAC porque no conoce los métodos. Dada la incidencia del GBA en el conjunto, estos aspectos deberían ser considerados respecto de la distribución y acceso a MAC en los centros de salud (primer nivel de atención) así como del conocimiento de los MAC.
- Respecto del uso de MAC en la primera relación sexual, es mucho más elevado entre las mujeres de 14 a 19 años que entre las de 40 a 49 años, lo que estaría dando cuenta de que el uso de MAC está mucho más difundido en la actualidad que en el pasado.
- En cuanto a la relación entre el nivel educativo alcanzado y la prevalencia de uso de MAC en la primera relación sexual, se puede observar que en todas las regiones la brecha (medida como diferencia porcentual) entre las más educadas y las menos educadas es muy amplia, pero en las regiones Patagónica y NOA la brecha se amplía aún más, mientras que en las regiones Cuyo y Pampeana es bastante más reducida.

- Las mujeres más jóvenes, de entre 14 y 19 años, son quienes más comparten con otra persona la decisión sobre el método anticonceptivo utilizado respecto de las mujeres de más edad.
- Entre ellas (14 a 19 años), solo el 28,3% decide por sí misma y sin la opinión de un tercero el método a utilizar, mientras que en el total de mujeres esa proporción se eleva al 38%. Sin embargo, son muy pocas (solo el 2,2%) las que obtienen la recomendación por parte de un profesional de la salud.
- Dado que la media de edad de la primera relación sexual se encuentra en este tramo etario (17,3 años), y que el uso de MAC en la primera relación sexual se encuentra muy relacionado al uso de MAC durante el resto de la vida (quienes no utilizaron MAC en su primera relación sexual tienen un 71% más de probabilidades de no usar MAC en el presente), la ausencia de orientación médica respecto del uso de MAC en todos los rangos de edad y en este en particular es un dato para tener en cuenta al momento del diseño e implementación de políticas públicas en la materia.
- Las mujeres de hogares con ingresos medios son quienes menos en cuenta tienen la opinión de un profesional a la hora de decidir sobre el tipo de método anticonceptivo a utilizar. Estas mujeres son quienes más comparten esta decisión con su pareja. Por su parte, las mujeres de estratos bajos son las que menos comparten esta decisión con su pareja y las de hogares de ingresos altos quienes más consultan con un profesional de la salud para definir sobre el tipo de MAC a utilizar.
- Por último, quienes tienen un nivel educativo hasta secundario incompleto consultan con sus parejas acerca del uso de MAC en mucha menor proporción que las mujeres con niveles educativos superiores. En este sentido, la educación constituiría un factor de mayor autonomía en la decisión de las mujeres respecto del uso de métodos anticonceptivos.
- Respecto del acceso a los MAC, del conjunto total de mujeres sexualmente activas que utilizan MAC sólo el 32,2% lo hace gratuitamente y un 77,8% accede en forma no gratuita, aspecto a considerar en tanto constituye el pago de MAC una barrera para su uso de forma permanente y/o prolongado en las mujeres de menores recursos.
- En tanto, el porcentaje de mujeres que no tiene cobertura de obra social y accede a MAC en forma gratuita es muy similar en todos los grupos de edades (alrededor del 45%). Sin embargo, entre quienes sí tienen obra social el porcentaje de quienes acceden en forma gratuita es sensiblemente mayor entre las más jóvenes de entre 14 y 19 años que en el promedio de quienes tienen obra social (42,4% y 24,9% respectivamente)
- Si se analiza el lugar donde las mujeres obtienen los MAC, a nivel nacional el 48,1% lo hace en hospitales públicos, y un 28,5% en los centros de salud o salitas de atención a nivel municipal. Es decir, que en conjunto alrededor del 76,6% de las mujeres obtienen los MAC en los dispositivos del subsistema de salud público.

Alrededor del 15,5% lo hace a través de médico particular y/u obra social.

- Por su parte, el análisis multivariado de los factores sociodemográficos estaría mostrando que las mujeres que más utilizan métodos anticonceptivos son las más jóvenes (15 a 19 años). Entre las de 20 a 24 años el riesgo de no usarlos se incrementa sensiblemente, descendiendo luego entre los 25 y los 34 años, para volver a incrementarse en los años posteriores.
- Las mujeres que tienen una ocupación usan anticonceptivos en mayor medida que quienes no la tienen.
- La cobertura de obra social no parece tener relevancia en la utilización de métodos anticonceptivos.

7. APORTES Y RECOMENDACIONES PARA LA AGENDA DEL PROGRAMA NACIONAL.

Para que las personas puedan ejercer efectivamente sus derechos sexuales y reproductivos es necesario poner en marcha políticas públicas, acciones destinadas a la promoción de esos derechos a través de la provisión de insumos anticonceptivos adecuados, pertinentes, modernos y de calidad, brindar información y desarrollar estrategias de acceso equitativo para todos los sectores sociales a esas prestaciones.

Ello implica que acceder a la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de derechos requiere de información adecuada y veraz así como también de una oferta pública de MAC que sea segura, eficaz, asequible y aceptable.

Los insumos para la salud reproductiva con que deben contar los servicios de salud deben contemplar las necesidades de planificación familiar, la salud materna y neonatal, las infecciones de transmisión sexual y la prevención del VIH/SIDA, entre sus principales aspectos. Es decir, es necesario que las personas cuenten con información que les permita tomar decisiones sobre sus opciones y preferencias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La situación de las mujeres jóvenes en una estrategia de salud sexual y reproductiva merece especial atención, en la medida en que si los jóvenes gozan de derechos de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, se encuentran mejor preparados para desarrollarse como personas adultas y sujetos de derechos plenos en sus comunidades. Los derechos de salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos también contribuyen a que los jóvenes logren objetivos vitales importantes (UNFPA, 2013b).

Por otro lado, en muchos casos el acceso a los MAC y a otras prestaciones de la salud sexual y reproductiva puede encontrarse obstaculizados tanto por barreras culturales, territoriales o bien institucionales (violencia institucional, modelos tradicionales de atención en salud, etc.), ausencia de perspectiva de género en el abordaje de los profesionales, entre otros.

El acceso de las personas a los servicios de salud, y en particular a la salud sexual y reproductiva, tiene estrecha relación con los patrones de género imperantes en una sociedad determinada, y las regulaciones, prácticas institucionales y discursos que organizan la re-

lación entre las y los beneficiarios y los agentes y efectores de salud.

En este marco, la ENSSyR representa un hito significativo en el proceso de consolidación de la política nacional de salud sexual y reproductiva en la medida en que ofrece por primera vez información respecto de los avances obtenidos en el uso, conocimiento y acceso de las personas, y en especial de las mujeres, a los MAC otorgando información confiable y significativa respecto de aspectos clave del desempeño de la política pública. Esta información servirá para redefinir estrategias y proponer modificaciones en el sistema de salud federal.

Como ya se ha señalado, el avance ha sido sustantivo y en la actualidad se ha logrado una tasa de uso nacional de más del 80% del universo de mujeres en edad reproductiva, si bien es necesario dar cuenta de la existencia de disparidades regionales. Estas disparidades evidencian rasgos de inequidad para las mujeres que habitan en esas provincias.

Respecto del uso de los MAC, este se encuentra vinculado estrechamente a las creencias y perspectivas de las usuarias y también al conocimiento que las mujeres tienen de los MAC. Por ello, se requiere abordar estrategias de información y sensibilización de la oferta existente de MAC ateniendo a las particularidades y disparidades regionales antes señaladas.

Respecto del conocimiento de los MAC, y dado que el análisis estaría mostrando que tanto las pastillas, el DIU, el condón, el diafragma y el AHE presentan mayores probabilidades de ser conocidos entre los estratos más altos que en los medios y bajos sucesivamente sería deseable avanzar en una estrategia masiva de información y sensibilización respecto de estos métodos, en especial el AHE, este último particularmente entre las mujeres más jóvenes.

Siguiendo a Parker (2005) debe considerarse que los anticonceptivos de emergencia tal como el AHE son especialmente necesarios para los adolescentes y jóvenes, ya que los métodos que emplean son relativamente ineficaces, no utilizan ningún anticonceptivo o están más expuestos a verse obligados a mantener relaciones sexuales forzadas. Sin embargo, a menudo su acceso a este tipo de anticonceptivos está limitado.

Asimismo, la ausencia de orientación médica respecto del uso de MAC, en particular para las mujeres jóvenes, constituye un dato a considerar al momento del diseño e implementación de políticas públicas en la materia.

Respecto de la gratuidad en el acceso a los MAC, del conjunto total de mujeres sexualmente activas que utilizan MAC sólo un tercio accede gratuitamente, lo que podría considerarse una barrera para su uso de forma permanente y/o prolongada, en particular para las mujeres de menores recursos.

En este sentido, la promoción de un enfoque de equidad debería orientarse a reducir estas brechas en el acceso tanto por motivos económicos (pago de los métodos por las usuarias), como por disparidades en la atención y cobertura de las distintas regiones sanitarias del país.

8. BIBLIOGRAFÍA

- BOLETÍN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo, Volumen 87, 405-484, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- CECCHINI, Simone, Indicadores ODM y Derechos Humanos en América Latina: ¿Tan lejos, tan cerca?, División de Desarrollo Social- CEPAL, 2007.
- CECCHINI, Simone, Indicadores sociales y derechos humanos, División de Desarrollo Social- CEPAL, 2009.
- CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN (CENEP), Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, Organización Panamericana de la Salud/ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie OPS/ FNUAP N° 2, 2000.
- COMES, YAMILA ET AL, El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios, Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XIV, 2006.
- JULIÁ, S.; KOHAN, H.; MINYERSKY, N., Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva. Un desafío para las políticas públicas, UNFPA, Córdoba, 2009.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS, Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos, 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- UNFPA, Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Salud Sexual para el Milenio- Declaración y Documento Técnico, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2009.
- PANTELIDES, E.; BINSTOCK, G.; MARIO, S., La Salud Reproductiva de las Mujeres en la Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2007.
- PARKER, C. Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries. Working Paper Series WP05-01. Durham, North Carolina: Family Health International, 2005
- PETRACCI, Mónica. La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia, Mónica Petracci y Silvina Ramos (Coordinadoras) - 1a ed. - Buenos Aires : CEDES, 2006.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), State of world population 2003. Making 1 billion count: investing in adolescents health and rights, United Nations Population Fund (UNFPA), 2003.
- UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2014
- <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
- <http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platesp.htm>
- <http://www.eclac.org/>
- <http://msal.gov.ar/>
- <http://www.unicef.org/>
- <http://www.paho.org>
- <http://www.unfpa.org>
- <http://www.unicef.org>
- <http://www.who.int>
- <http://www.gutmacher.org>
- <http://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#sthash.lEmLvMyp.dpuf>



0800 222 3444

saludsexual@msal.gov.ar

www.msal.gov.ar/saludsexual

República Argentina 

www.msal.gov.ar

Avenida 9 de Julio 1925 - Buenos Aires - Argentina

PROGRAMA NACIONAL DE
SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación