

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.1 - 2009 - pp.158-176 / www.sexualidadsaludysociedad.org

¿“La palabra lo dice”? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia

Mario Pecheny

Doctor en Ciencia Política, Instituto Gino Germani
Universidad de Buenos Aires y CONICET

> mpecheny@mail.retina.ar

María Cecilia Tamburrino

Licenciada en Sociología, Instituto Gino Germani
Universidad de Buenos Aires y CONICET

> cecilia.tamburrino@gmail.com

Junto a Ana María Andía, Lucía Ariza,
Josefina Brown, María Epele,
Leandro Luciani Conde y Silvia Mario

¿“La palabra lo dice”? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia

Resumen: En este artículo analizamos la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia (ACE). Los obstáculos específicos a la ACE se relacionan con las “zonas grises” entre anticoncepción y aborto: usuarios y profesionales de salud no distinguen claramente entre anticoncepción de uso regular, anticoncepción de emergencia y métodos abortivos. Este artículo se basa en un estudio nacional realizado en 2007 en Argentina con el fin de evaluar la accesibilidad a la ACE. Los resultados muestran que hay barreras comunes con el resto de los anticonceptivos y que hay barreras específicas, ligadas a la inadecuada información sobre el modo de funcionamiento de la ACE (en su variante hormonal), el estatus legal de la misma, su vinculación con el aborto y su disponibilidad, incluyendo el sistema de salud.

Palabras clave: anticoncepción de emergencia; anticoncepción; accesibilidad a los servicios de salud; derechos reproductivos; aborto

“A palavra diz isso”? Interpretações cruzadas e obstáculos ao acesso à contracepção de emergência

Resumo: Neste artigo analisamos a acessibilidade à contracepção de emergência (CE). Os obstáculos específicos à CE relacionam-se às “áreas cinzas” entre anticoncepção e aborto: usuários e profissionais de saúde não distinguem claramente entre anticoncepção de uso regular, anticoncepção de emergência e métodos abortivos. Este artigo baseia-se em um estudo nacional realizado em 2007, na Argentina, com o fim de avaliar o acesso à CE. Os resultados mostram que há barreiras comuns em relação aos demais anticonceptivos, e que há barreiras específicas, ligadas à informação inadequada sobre o modo de funcionamento da CE (em sua variante hormonal), ao seu estatuto legal, à sua vinculação com o aborto e à sua disponibilidade, incluindo o sistema de saúde.

Palavras-chave: contracepção de emergência; anticoncepção; acessibilidade aos serviços de saúde; direitos reprodutivos; aborto

“The word says it”? Misunderstandings and obstacles in emergency contraception accessibility

Abstract: In this paper, we discuss accessibility to EC (post-coital contraception, specifically hormonal EC). We argue that specific obstacles to EC refer to the “grey areas” between contraception and abortion: in Argentina, potential users as well as health providers do not distinguish clearly between ordinary contraception, EC and abortion. This paper is based on a national study conducted in 2007 in order to assess accessibility to EC. The study showed the need to intervene in providing the population and the health sector with information on EC, its mechanisms and accessibility, and the “grey areas” that hinder an adequate distinction between regular contraception, EC, and abortion.

Keywords: contraception; postcoital contraception; health services accessibility; reproductive rights; abortion

¿“La palabra lo dice”? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia¹

A pesar del elevado número de embarazos no buscados (Pantelides, Bistock & Mario, 2007) y de abortos, la ACE es un método poco utilizado en la Argentina (ISPM-MORI 2002; Portnoy & Berkenwald, 2006; Portnoy, 2006) y en otros países (Polis et al., 2007). Este artículo se basa en un estudio de alcance nacional, realizado en Argentina en 2007, a fin de evaluar la accesibilidad a la ACE (en su variante hormonal, o “píldora del día después”).

El estudio incluyó una encuesta nacional (1219 mujeres y varones de 15 a 50 años, residentes en localidades de más de 300.000 habitantes), y entrevistas semi-estructuradas (54 mujeres y varones, con y sin experiencia de ACE, y funcionarios y profesionales de la salud reproductiva de las áreas metropolitanas de Buenos Aires, Mendoza y San Juan). El proyecto había sido sometido a un comité de ética reconocido e independiente.

Los resultados muestran que hay barreras comunes al resto de los anticonceptivos, y que existen barreras específicas a la ACE. Entre éstas, se registran la inadecuada información sobre el modo de funcionamiento de la ACE, el estatus legal de la misma, la confusión entre ACE y aborto (ilegal en Argentina²) y la accesibilidad –en sentido estricto– al método (dónde conseguirlo y cómo), entre otras. Estas barreras se experimentan diferencialmente en términos de sexo, edad, nivel de instrucción alcanzado y estrato socioeconómico, pero atraviesan a todos los segmentos sociales estudiados.

¹ El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” de Estudios Colaborativos Multicéntricos, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) y del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (Pecheny et al. 2007). Un trabajo previo fue presentado en “Gender, Sexuality, Health and Human Rights in Latin America and the Caribbean” octubre de 2008, en la University of Michigan. Agradecemos especialmente los comentarios de Mark Padilla.

² El aborto se encuentra penado por el Código Penal argentino, con dos excepciones: en caso de riesgo para la vida o salud de la mujer embarazada, o cuando el embarazo resulta de una violación a una mujer “idiota o demente”.

ACE en la Argentina

Los embarazos no planificados constituyen un problema para la salud pública y la calidad de vida de mujeres y varones (Pantelides et al., 2007). La cantidad de abortos provocados³, la persistencia de muertes maternas por aborto⁴, y las decenas de miles de egresos hospitalarios por complicaciones de abortos inseguros⁵, dan cuenta de que los anticonceptivos no son utilizados sistemáticamente y/o que fallan en algunos casos.

Los anticonceptivos de emergencia pueden usarse para prevenir un embarazo no buscado, después de una relación sexual no protegida. A veces llamados anticonceptivos post-coitales o –erróneamente– “pastilla del día después”, su uso está reservado a los casos de verdadera emergencia: violación, coito no protegido, mala utilización o accidente con el método anticonceptivo usado, y no son un sustituto de los anticonceptivos de uso regular (von Hertzen et al., 2002; WHO, 2007).

Desde los años 1960 y 1970 se han utilizado diversos métodos post-coitales (empleo de altas dosis de estrógenos y progestágenos, de los cuales el más conocido es el llamado “régimen de Yusse”). A partir de estudios clínicos avalados por la OMS en 1998 y años subsiguientes (von Hertzen et al., 2002), se considera que la mejor opción es el uso del levonorgestrel en una o dos píldoras (total: 1,5mg) dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual. El levonorgestrel no altera el endometrio, ni hay evidencia de que impida la implantación del óvulo fecundado (Novikova et al., 2007; Marions et al., 2002; Durand et al., 2001; Ortiz et al., 2004). En otras palabras, no afecta los procesos que ocurren después de la fecundación⁶.

³ Por tratarse de una práctica clandestina no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en la Argentina. Estimaciones recientes indican que ocurren entre 372.000 y 522.000 abortos inducidos por año (Pantelides & Mario, 2006).

⁴ Cada año, alrededor de 100 mujeres mueren por complicaciones de abortos inseguros en la Argentina, y estas complicaciones representan la primera causa de mortalidad materna. En 2006, la tasa de mortalidad materna fue de 4,8 por cada 10.000 nacidos vivos. El 28% de estas muertes se debió a complicaciones de abortos (Ministerio de Salud, 2007).

⁵ En el año 2005 se registraron 68.869 hospitalizaciones por aborto en las instituciones de salud públicas (Ministerio de Salud, 2006).

⁶ El levonorgestrel, usado antes de la ovulación, puede impedir el desarrollo folicular, la descarga de la hormona luteinizante (LH) –que regula la ovulación– y la liberación del óvulo. Su poder para inhibir la ovulación (Marions et al., 2002; Durand et al., 2001; Croxatto et al., 2004) es menor mientras más avanzada esté la maduración del óvulo. También podría alterar la migración y función de los espermatozoides en los órganos reproductivos de la mujer, ya que pocas horas después de su administración se produce una alteración del transporte y la vitalidad de los mismos (Munuce et al., 2006).

Hay productos que no son ACE pero que suelen confundirse con ella: la pastilla Dosdías, el misoprostol y la RU-486. Con una composición similar a la de los anticonceptivos de uso corriente, las pastillas Dosdías se utilizan en el diagnóstico de amenorreas secundarias, para descartar la existencia de un embarazo. Su ingesta está indicada cuando hay atraso menstrual. El misoprostol es un protector gástrico, cuyo nombre comercial en Argentina es Oxaprost. Se usa con frecuencia como abortivo. La pastilla conocida como RU-486, que no se comercializa en la Argentina, es una antiprogesterona que se utiliza para interrumpir el embarazo dentro de las primeras semanas de gestación.

Por el contrario, los anticonceptivos hormonales de emergencia (ACE) no son más que dosis diferentes de los mismos anticonceptivos orales que se usan desde hace décadas. Los productos empleados contienen un progestágeno, el levonorgestrel, y deben administrarse dentro de los primeros cinco días luego de la relación potencialmente fecundante.

En la Argentina se comercializan al menos cuatro marcas para posologías de una y/o dos pastillas. Si bien no es una práctica nueva, las políticas públicas que apuntan a favorecer la accesibilidad a la ACE son recientes, en medio de la hostilidad pública de la Iglesia católica y de sectores conservadores.

Conocimiento sobre ACE

De acuerdo con los resultados de la mencionada encuesta, la mayoría de los encuestados oyó hablar de la ACE, pero no la menciona espontáneamente dentro de la batería de anticonceptivos o de las posibles alternativas en caso de necesidad.

Se consultó primero acerca del conocimiento sobre distintos métodos anticonceptivos (MAC), a través de una pregunta abierta de respuestas múltiples y espontáneas. Como mención espontánea, sólo 9,3 por ciento del total de encuestados mencionaron a la ACE entre los MAC.

En un momento posterior de la encuesta, se indagó acerca de la situación de emergencia (o “susto” ante un posible embarazo no buscado), para relevar si la ACE aparecía entre el menú de opciones que manejan las personas ante tal situación. En esta pregunta, con un grado mayor de direccionamiento, la ACE fue mencionada por el 33,5 por ciento del subconjunto interrogado (formado por quienes respondieron que sí se puede hacer algo para prevenir un embarazo luego de la relación sexual). Es decir, en esta pregunta mencionaron espontáneamente la ACE el 17,3 por ciento del total de la muestra, casi el doble que la mención puramente espontánea. Finalmente, se indagó si conocen, y qué conocen y opinan, sobre la

ACE o “píldora del día después”. Esta pregunta explícita sobre conocimiento de ACE dio como resultado que el 64,2 por ciento de la muestra respondió afirmativamente.

Estos datos evidencian que la mayoría de los encuestados han oído hablar de la ACE, aunque su mención espontánea como último recurso frente a una situación de emergencia no se correlaciona ampliamente con aquel conocimiento extendido.

Respecto de las fuentes de información sobre la ACE, las principales son “no médicas”, como puede verse más abajo en la Cuadro 1. Las fuentes no médicas parecen primar por sobre las fuentes médicas, al igual que en el caso del preservativo y a diferencia de los métodos anticonceptivos como la píldora o el DIU (Pecheny et al., 2008; Pantelides et al., 2007). También en las entrevistas semi-estructuradas los informantes resaltaron la importancia de las fuentes no médicas (por ejemplo, amigos) como los medios principales para acceder a información sobre la ACE. Como afirma este usuario:

Yo sabía por un tema de un amigo también, que le pasó lo mismo y que estaba asustado, que esto, que lo otro, y que... otro amigo de él ha comentado de la pastilla ésta, es como una cadena, que se hace... (Usuario, ciudad de Mendoza, 23 años).

En la Argentina, la normativa prescribe que la ACE se venda formalmente bajo receta no archivada, como la mayor parte de los medicamentos, lo que implica que en la práctica es de venta libre. Según los datos de la encuesta (ver Cuadro 2 más abajo), un 25,3 por ciento cree que la píldora del día después o ACE “*se vende bajo receta*” y un 19,6 por ciento que no sabe o no contesta: una de cada dos personas no sabe que se puede acceder a la ACE en la farmacia directamente, sin necesidad de consultar a un médico o tener una receta.

Un alto porcentaje (73,9%) considera que la píldora del día después o ACE “*se puede conseguir fácilmente en las farmacias*”, pero el 45,4 por ciento considera que “*se puede conseguir fácilmente en hospitales o centros de salud*”, siendo importante el porcentaje de personas que están en desacuerdo (19,9%) o que desconocen el tema o no responden (34,7%). Los que responden negativamente, o no saben, sumados, alcanzan el 54,6 por ciento.

Por tanto, hay un alto grado de acuerdo sobre el fácil acceso a este método en farmacias, grado de acuerdo que disminuye al indagar sobre su accesibilidad en establecimientos públicos, lo cual hace visible que el margen de conocimiento por parte de las personas encuestadas respecto de la distribución gratuita en efectores públicos no es muy alto, o bien que su acceso real en la red estatal de salud no está garantizada.

La accesibilidad a la ACE contrasta con la accesibilidad a dos métodos anticonceptivos de uso regular: preservativos y pastillas anticonceptivas. Como puede observarse en el siguiente cuadro, el grado de conocimiento respecto de la obtención de ACE, es menor que en el caso de los preservativos y las pastillas anticonceptivas.

Cuadro 1 Comparación del grado de conocimiento de la población encuestada sobre ACE, preservativo y pastillas anticonceptivas (Encuesta ACE 2007)			
	AHE	Preservativo	Pastillas
Sabe dónde puede conseguirse	Sí 65% No 20,7% Ns/Nc 14,4%	Sí 99,5% No 0,5%	Sí: 97,6% No: 2,4%
Total (N)	(N: 1219)	(N: 1219)	(N: 1219)
Lugar donde pueden conseguirse (respuesta múltiple)	Farmacia: 84,8% Hospital, centro de salud o sala at. primaria: 24,9%	Farmacia: 77% Kiosco: 57,8% Hospital, centro de salud o sala de atención primaria: 32%	Farmacia: 82,2% Hospital, centro de salud o sala at. primaria: 37,8%
Total menciones (N)	(943)	(2104)	(1543)

La farmacia es el lugar más mencionado para obtener ACE. Esto señala los escasos márgenes de visibilidad del mecanismo de distribución gratuita del método, o bien la priorización del tiempo esperado para hacerse del método –presumiblemente más largo en cualquier servicio de salud que en una farmacia– o el horario de atención, por sobre el costo económico. A su vez, esto manifiesta también que la ACE se da y se obtiene *ex post*, y que nadie la tiene a mano cuando la necesita.

Uso de la ACE

En la encuesta se preguntó a las personas si reconocían haberse encontrado en la situación de gran preocupación o temor ante un posible embarazo, si alguna vez habían tenido “un susto”. Sobre un total de 1127 heterosexualmente iniciados, la mitad reconoce haberse encontrado en dicha situación de “susto” (50,5%) y la otra mitad, no (49,5%); la mayor parte de éstas ocurrieron con una pareja estable (85,1%).

Respecto de las acciones realizadas (respuesta abierta y múltiple), de las 569 personas que atravesaron tal situación, el 37,5 por ciento no hizo nada; el 24,3 por ciento realizó un test de embarazo y esperó; y el 14,9 por ciento tuvo al hijo. El 3,7 por ciento abortó (21 personas), el 4,4% tomó la pastilla *Dosdías*, y 9,1 por ciento usó anticoncepción de emergencia (52 personas).

De esos 52 casos, la mayoría obtuvo la ACE en una farmacia (43 personas), y dos personas lo obtuvieron en efectores públicos. Casi la mitad lo hizo en un plazo menor a dos horas (en farmacias); 48 personas la compraron a un precio que en su mayor parte oscila entre los \$11 y los \$20 (4 a 6 dólares). Si bien, según las entrevistas cualitativas, no se registran dificultades que hayan terminado impidiendo el acceso, en varios testimonios apareció la “*vergüenza*” y otros sentimientos que constituyen una barrera a la hora de buscar ACE. Vergüenza ambivalente, ligada a la sexualidad y a la violación de la intimidad, pero también, a fallar ante la “norma anticonceptiva”, es decir, la norma según la cual todo embarazo debe ser buscado y buscado en un “buen momento” (Bajos & Ferrand, 2002). La falla anticonceptiva es vivida con vergüenza no en relación con la sexualidad, sino con el hecho (real o no) de no haberse cuidado bien: ¡cómo, a estas alturas, voy a quedar embarazada sin haberlo buscado! Por último, en la red pública de salud, el acceso está condicionado por la actitud de los médicos y otros actores del sistema sanitario, que retacean su ofrecimiento.

Anticoncepción de emergencia y aborto

Desde la Iglesia Católica, en Argentina se ha difundido la idea de que la ACE es un “aborto químico” (sin distinguir ACE, Misoprostol y RU486). Algunas ONGs católicas han presentado denuncias ante la Justicia, que en ocasiones provocaron la prohibición de su distribución en algunas jurisdicciones; medidas que fueron revocadas posteriormente por instancias superiores del Poder Judicial (Clarín, 2008). Mucho se ha discutido a partir de estas declaraciones. Como la voz de aquella institución logró tener amplia difusión, la mayor parte de las noticias que las personas tienen en relación con la ACE proviene de esos momentos álgidos del debate público político, en el que han intervenido, además, voces que desde la medicina ratifican la postura hostil a cualquier mecanismo de control de la fecundidad.

En este contexto, el Ministerio de Salud no ha realizado campañas efectivas para establecer la distinción entre los mecanismos y efectos de cada uno de estos productos, y tampoco se han encarado desde los servicios de salud respuestas orgánicas, que instalen las diferencias de empleo entre los MAC de uso regular, la ACE y los mecanismos de interrupción del embarazo.

Estas confusiones aparecen en la población y, a nuestro criterio, terminan por atentar contra la accesibilidad a la ACE. En ese sentido, muchos encuestados creen que la ACE es abortiva. Esta concepción errónea interviene en la accesibilidad a la ACE, independientemente de la postura de cada encuestado respecto de la eventual decisión personal de efectuar un aborto, o del estatus legal del mismo. Del mismo

modo, asociada a la palabra “pastilla”, la ACE pierde su singularidad para ser confundida con la pastilla *Dosdías* o con el *Oxaprost*, la conocida píldora usada para abortar. Contribuye a esta última asociación la vinculación semántica que existe entre ACE y aborto.

Conocimientos sobre el funcionamiento de la ACE

Para indagar sobre conocimientos y opiniones acerca de la ACE de las personas entrevistadas, se registró el grado de acuerdo o desacuerdo con distintas afirmaciones referidas al modo de funcionamiento de “la píldora del día después o anticoncepción de emergencia”. Los porcentajes que se presentan a continuación se han elaborado sobre un total de 782 respuestas, es decir, el 64,2 por ciento de la muestra total.

Cuadro 2				
Personas que declaran conocer qué es la anticoncepción de emergencia. Conocimientos y opiniones sobre la ACE (Encuesta ACE 2007)				
Afirmaciones sobre ACE	Opinión			Total
	De acuerdo	En desacuerdo	NS/NC	
La píldora del día después o anticoncepción de emergencia...				
... actúa antes de la relación sexual.	5,2	88,2	6,5	100,0
... actúa después de la relación sexual.	91,7	3,7	4,6	100,0
... impide la fecundación (unión de óvulo y espermatozoide).	58,3	23,3	18,4	100,0
...impide la anidación del óvulo fecundado.	58,6	13,8	27,6	100,0
... es la última barrera ante una relación sexual desprotegida o cuando falló el método anticonceptivo habitual.	65,5	20,5	14,1	100,0
...puede producir malformaciones si la mujer está embarazada.	31,7	28,0	40,3	100,0
... se vende bajo receta.	25,3	55,1	19,6	100,0
... se puede conseguir fácilmente en las farmacias.	73,9	10,5	15,6	100,0
... se puede conseguir fácilmente en hospitales o centros de salud.	45,4	19,9	34,7	100,0
... sirve para interrumpir el embarazo (abortar).	57,8	30,2	12,0	100,0
... es ilegal, pero todo el mundo la consigue.	36,3	40,0	23,7	100,0
... es algo que poca gente usa.	37,6	38,1	24,3	100,0
... es algo que muchas de mis amigas y conocidas han usado.	41,7	36,8	21,5	100,0
... es más práctica que usar anticonceptivos todos los días.	15,5	72,0	12,5	100,0
... sirve para prevenirse del sida.	1,8	93,1	5,1	100,0
... es algo de lo que se habla mucho en los medios de comunicación.	33,0	58,2	8,8	100,0
... es algo de lo que se habla mucho entre las mujeres.	48,0	30,4	21,6	100,0
n				782

Como puede observarse en el Cuadro 2, se registra una alta proporción de opiniones acertadas respecto del momento de uso de la ACE (esto es, luego de una relación sexual no protegida y lo antes posible). Pero a medida que se indaga en torno de conocimientos más específicos respecto del mecanismo de acción de este método –en ítems como “la píldora del día después o ACE impide la fecundación (unión del óvulo y el espermatozoide)” o “la pastilla del día después o ACE impide la anidación del óvulo fecundado”–, el porcentaje baja, y aumentan tanto las respuestas incorrectas como los porcentajes de falta de respuesta y/o desconocimiento.

El mismo tipo de confusión o desconocimiento se registra en las entrevistas cualitativas. La principal duda es acerca del funcionamiento de la anticoncepción de emergencia, en particular, si la ACE apunta a impedir la fecundación o no. Convidados a explicar en palabras sencillas su funcionamiento, muy pocos entrevistados pudieron decir, acertadamente y sin dudar, que esta pastilla –o dosis de pastillas– podía evitar la fecundación. Una buena parte de la muestra no sabía cómo explicarlo, aunque tenía noticias de que, por alguna razón, no se producía el embarazo; pero más de la mitad de las personas entrevistadas le adjudicaban carácter abortivo, ya fuera que la usaran, o no estuvieran dispuestas a usarla de todas maneras.

Quienes pudieron proporcionar cierta clase de explicación sobre el modo de funcionamiento de la ACE, fueron los entrevistados que la habían usado o estarían dispuestos a hacerlo. En el resto de la muestra, la idea acerca de qué era y cómo funciona era mucho más difusa e imprecisa, en caso de existir tal idea.

Es como un método de anticoncepción... para mí es una cuestión de emergencia... no sé... abortivo puede ser... No sé cómo funciona (Usuaría, Mendoza, 29 años)

R.: (Risa leve) No, no tengo idea... Te empiezo a mentir, no sé...

P.: No, algunas ideas tenés. Esas ideas que tenés, ¿cuáles son?

R.: No, que hay que tomarlas después de la relación... un día después de la relación sexual... Bah, un par de horas después, no sé bien cuántas horas... Y supuestamente interrumpe... lo que es la ovu... no sé si es la ovulación... No, la ovulación no... No, no sé... voy a decir cualquier boludez. No, no tengo ni idea.

P.: ¿Pero qué te parece que es, qué efecto te parece que tiene?

R.: No, que corta... cortaría un posible embarazo. (Usuario, Área Metropolitana de Buenos Aires/AMBA, 20 años.)

En suma, más allá de un saber básico, esto es, que la ACE se toma después y no antes de las relaciones sexuales, y que se trata de un método que puede utilizarse ante una relación sexual desprotegida o cuando falló el método habitual, la

población estudiada no tiene un conocimiento adecuado del modo de funcionamiento de la ACE que impide la fecundación y no la anidación del óvulo fecundado. Estos aspectos darían cuenta de la presencia de conocimientos más bien vagos (casi del orden del sentido común) que de información detallada; vaguedad y falta de información que limitan la demanda de ACE y constituyen una barrera específica a su accesibilidad.

Carácter abortivo o no de la ACE

Ligada a las dudas sobre el funcionamiento del método, en cada una de las respuestas prevalece la confusión entre la ACE y la interrupción del embarazo.

Al consultar si la píldora del día después o ACE “sirve para interrumpir el embarazo (abortar)”, un 57,8 por ciento respondió que sí. Esta opinión aumenta su proporción entre los varones (63,6%), entre quienes tienen hasta el primario completo (66,1%) y entre las personas de nivel socio económico bajo (el 62,3 %).

En las entrevistas cualitativas, varios entrevistados afirmaron que la ACE es abortiva sin ninguna duda. Tal convicción deriva de una creencia más que de un conocimiento cierto. La creencia sobre la que se funda esta afirmación es aquella por la cual la relación sexual equivale a fecundación, y el resultado de ésta es siempre una vida humana.

P.: ¿Sabés cómo funciona la pastilla? Vos me decías recién, que te parece que es abortiva ¿has buscado información...?

R.: No, no he buscado, pero los conocimientos que yo tengo me imagino que, por los estudios que yo tengo son... es un método abortivo. Porque desde el momento que se fecunda el óvulo ya hay vida, entonces...” (Usuaría, Mendoza, 20 años).

Cualquier intervención en el proceso, en el de la fecundación o en el de la anidación, atentaría contra la vida y por lo tanto, sería abortiva.

Vos estás cortando un proceso... el aborto es eso, estás cortando un proceso, vos abortás algo, vos cortás algo... Interrumpís... cortas un proceso... y es un proceso de vida... (Usuaría, Mendoza, 27 años)

Mucho ha insistido la Iglesia Católica en que la vida comienza en la concepción. Este principio “hetero-reproductivo” encuentra anclaje en la idea de sentido común de que la concepción ocurre en el mismo momento de la relación sexual.

En otro extremo, aunque abrevando en los mismos equívocos acerca del proceso de fecundación, hay quienes están convencidos de que la ACE es abortiva, e

igualmente la usan (“claro que es abortiva, ¿y qué?”, dijo un entrevistado universitario de Buenos Aires).

Están asimismo quienes no tienen certeza, sino dudas sobre si la ACE es abortiva o no. Algunos usuarios afirman que el efecto de la pastilla del día después *puede ser* abortivo, a partir de opiniones más o menos vagas, pero en todo caso esto no les plantea problemas.

P: ¿Y sabías cómo funcionaba...? ¿Sabés cómo funciona?

R: No.

P: ¿De qué te acordás?

R.: Que es una pastilla abortiva que tienen que tomar el día después... Nada más...

P.: ¿Te parece que es abortiva?

R.: Creo que sí... ¿Es abortiva?” (Usuario, 20 años, AMBA)

Otros, aun con dudas, expresaron la opinión de que la ACE no es abortiva. En estos casos se delinea una temporalidad difusa entre la ocurrencia de la relación sexual y la fecundación, en la cual se puede intervenir sin llegar al aborto “propia-mente dicho”, por decirlo de alguna manera. Tal opinión estaba informada por la idea, a veces vagamente expresada, de que un aborto se produce “más adelante”, cuando el embarazo está finalmente en curso, abonando en el sentido de que tener relaciones sexuales no es sinónimo de estar embarazada, o que el aborto se refiere más bien a un feto ya con algún desarrollo. Es decir, la impresión de que la ACE no constituye aborto se funda en la diferenciación entre la temporalidad de la relación sexual y la temporalidad del embarazo.

A pesar de las diversas posturas en relación con la ACE y el aborto, en el momento de decidir usarla parece prevalecer más el miedo –o el terror– al embarazo que el hecho de pensar que pueda ser abortiva. Incluso en el caso en que se piense que es abortiva, ello no funciona como un impedimento para la decisión de utilizarla; a lo sumo, provoca conflictos personales en quienes se deciden a usarla.

...porque yo... estoy 100% en contra del aborto... y para mí... es abortiva... Porque para mí... todo el mundo te dice que no, porque hay que esperar tres meses... no sé hasta los cuantos meses... no es... Bueno, para mí en el momento de la concepción ya es una vida... Eso es mi creencia... y para mí... eso lo estás desprendiendo de alguna manera. Entonces ese conflicto. Y hoy por hoy también lo tengo. Tal vez no había nada para desprender, ¿entendés? Seguramente no había nada para desprender porque no fue nunca... uy, mi día de ovulación y... pero... eso me va a quedar siempre en la duda. Ese conflicto sí... que... me estás apagando (Risa) me voy a poner a llorar ahora... (Usuaría, 26 años, AMBA).

En la zona gris donde se confunden los umbrales entre aborto y anticoncepción, se instala una percepción borrosa sobre el estatus legal de la ACE. En cuanto a si la píldora del día después o ACE “es ilegal, pero todo el mundo la consigue”, el 36,3 por ciento de los encuestados se manifiesta de acuerdo, el 40 por ciento en desacuerdo y –como en otras cuestiones relativas a las zonas grises– un porcentaje alto, del 23,7 por ciento, señala que no sabe, o no contesta. Estos datos no se pueden analizar en términos de conocimiento correcto e incorrecto, pues la respuesta incluye una parte de información (es legal o es ilegal) y otra de opinión personal (la que refiere a “todo el mundo la consigue”). Pero sí nos permiten analizar que hay una buena cantidad de personas que piensa ambas cosas: que la ACE es ilegal, pero que no obstante ello su práctica está extendida, algo similar a lo que sucede con el aborto inducido. Esta percepción errónea del estatus legal de la ACE puede constituir un obstáculo a la accesibilidad.

La ilegalidad y el carácter abortivo –e incluso los efectos nocivos que pudiera ocasionar la pastilla en caso de embarazo– más allá de ser datos falsos que merecen ser abordados por parte de las políticas y programas de salud a partir de informaciones válidas, ponen en evidencia el carácter político-ideológico conservador y estigmatizante de las construcciones de sentido que han operado en torno de este método.

Un anticonceptivo contra-intuitivo

Para mí... un anticonceptivo... la palabra lo dice... es antes de una concepción... La píldora del día después no es un anticonceptivo... es un por las dudas de una concepción. O sea, está mal puesta la palabra... para mí un anticonceptivo es una anticoncepción... es antes de formar algo... ¿Entendés? Una píldora del día después... es una... es una... es como se dice... una pastilla de emergencia... Emergencia que te ocurre que no sabés que si estás o no estás... Tenés que interrumpir un proceso... (Usuaría, Mendoza, 27 años)

Para la mayoría de las personas entrevistadas, la anticoncepción post-coito es una noción contra-intuitiva, contraria al sentido común. En las narraciones aparece la contradicción que genera a los entrevistados un método anticonceptivo (asociado al “antes”, o en todo caso, al “durante” la relación sexual) con algo que se usa después del coito. Lo que se hace post-coito tendría una ligazón con el aborto: de allí las múltiples referencias, ya sea para yuxtaponer ACE con aborto como para separar ambas nociones en el momento de hacer referencia a la ACE.

Ligado a la idea de un método anticonceptivo que se usa después de una relación sexual y que apunta a prevenir –no a interrumpir– un embarazo, es preciso destacar el desconocimiento en relación al hiato temporal que existe entre la rela-

ción sexual y la posibilidad de que se concrete un embarazo. La simple confusión que produce la denominación del método hace que para algunos quede descartado del campo de sus posibilidades, pues no saben de qué se trata; “el día después” genera confusiones.

Este carácter contra-intuitivo pone de manifiesto que, pese a los avances en materia de salud reproductiva alcanzados en las últimas décadas, la matriz heteronormativa (Butler, 2001) continúa rigiendo, emocional y racionalmente, los discursos del sentido común. En este discurso, sexualidad y reproducción se encuentran estrechamente ligadas y en ocasiones son indistinguibles; por ende, todo lo post-coital aparece *de algún modo* como abortivo. La zona gris donde aborto y anticoncepción se confunden, se ancla en otra indistinción, que se produce entre relación sexual y fecundación.

Discusión y conclusiones

Con el impulso de los avances legales en derechos reproductivos (Petracci & Pecheny, 2007) y la puesta en marcha de diversos programas de salud sexual y reproductiva (Petracci & Ramos, 2006), la investigación en la materia sigue creciendo, aborda nuevos aspectos (médicos, sanitarios, político-institucionales, sociales) y nuevos sujetos. En este contexto, se ha incrementado el interés por conocer los factores que facilitan u obstaculizan el acceso a la salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de salud pública y de derechos humanos. Diversos análisis, por caso, han relevado las barreras que permanecen en la práctica cotidiana y que impiden a varones y mujeres el ejercicio del derecho a gozar del mejor estado de salud sexual y reproductiva.

Las barreras materiales y simbólicas a la accesibilidad a la ACE impactan en el aumento de embarazos no buscados y abortos provocados, produciendo sufrimiento evitable en mucha gente y consecuencias negativas para la salud pública del país. Cuando el método anticonceptivo de uso regular ha fallado o cuando, por alguna circunstancia, no se ha usado ningún método anticonceptivo, la ACE es la última barrera que puede impedir un embarazo. Con el fin de prevenir embarazos no buscados y abortos, la ACE está siendo impulsada desde los Programas de Salud Reproductiva en distintos niveles, pero encuentra obstáculos de acceso y ha dado lugar a estridentes discusiones públicas.

Nuestro estudio refleja las dificultades de la población y de los profesionales para distinguir entre la anticoncepción de uso regular, la anticoncepción de emergencia, y los métodos *ex profeso* o, de hecho, abortivos. Se forjan así las primeras barreras al acceso a la ACE –las zonas grises–, ya que el debate público y político

ha producido una ligazón muy estrecha entre la ACE y el aborto, por algunas características particulares que distinguen a la ACE de los métodos anticonceptivos de uso regular. El hecho de que la ACE se utilice en momentos posteriores a la relación sexual tiende a facilitar esta asociación con el aborto.

Los factores que obstaculizan el acceso a la ACE involucran aspectos técnicos, asistenciales e informativos, indisociables de concepciones políticas, éticas, culturales, legales, sociales y religiosas. Esos condicionantes operan fuera y dentro del ámbito de la consulta, favoreciendo u obstaculizando la prescripción y/o demanda de ACE, en un ámbito de prácticas y experiencias que son fundamentales en la vida de las personas.

Desde el punto de vista de los profesionales y los servicios, los obstáculos se vinculan con la falta de difusión de la ACE y con la escasez de insumos y recursos humanos capacitados. Como en otras ramas de la atención sanitaria, no sólo es crucial la disponibilidad de insumos, sino la amplitud de horarios, que la ACE esté en las guardias (puesto que los horarios de los servicios de ginecología son reducidos; que en los hospitales se atiende generalmente por la mañana y en las salas de atención primaria únicamente el día que va el/la ginecóloga/o; que hay demoras en la espera para ser atendido, etc). En pocas palabras: para que la ACE sea accesible en los efectores, debe estar accesible en el momento que se la necesita. Las emergencias no tienen horarios.

A su vez, factores institucionales de índole política, moral e incluso confesional generan barreras invisibles al acceso. Incluso por inacción se contribuye a perpetuar la imagen imprecisa que hace borrosa la distinción entre la ACE y los productos con efectos abortivos, tales como el misoprostol, que apareció en la escena social simultáneamente a la ACE. Como señalaran funcionarios y profesionales, la falta de actualización sobre usos y efectos de la ACE repercute en los propios servicios de salud encargados de garantizar el acceso al método.

Desde estas consideraciones, resulta clave pensar e intervenir sobre las barreras de accesibilidad a la anticoncepción de emergencia, de orden simbólico y cultural, forjadas en una matriz de sentido que se nutre del equívoco y la desinformación respecto de la relación aborto/anticoncepción de emergencia. Porque mientras la Iglesia Católica y los sectores conservadores cuestionan y atacan la ACE, el Estado permanece en silencio.

La cuestión del acceso a este método en particular, nos ubica en un escenario en el cual no sólo es necesario desmontar aquellas barreras tradicionales para el logro de una mayor cobertura de los servicios de salud (Mazzáfero, 1999), sino también atender a aquellas barreras u obstáculos que operan en el nivel del vínculo que se establece entre los profesionales y los usuarios efectivos o potenciales del método (Luciani Conde, Barcala, 2007). Es esta mediatización, que opera a nivel de las

prácticas concretas, la que en definitiva moldea el interjuego entre la prescripción y la demanda de anticoncepción de emergencia. Mediatización que emerge, a partir de este estudio, como un aspecto central para pensar políticas públicas de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva basada en derechos de ciudadanía.

En síntesis

Para la población, es contra-intuitivo que pueda haber anticoncepción después del coito. No hay información correcta sobre las etapas y especificidades del proceso de fecundación (procesos fisiológicos, hormonales, sus tiempos), lo que genera equívocos frente a la ACE en particular, dadas sus características. La idea de que existe un método anticonceptivo de uso posterior a la relación sexual requiere, pues, ser trabajada por programas específicos. Después del coito no protegido, cualquier intervención es percibida por gran parte de la población como interrupción del proceso de gestación, aspecto que es reforzado por la percepción de sentido común señalada en primer lugar. De allí proviene la extendida percepción de que la ACE impide la anidación del óvulo fecundado, o que “de alguna manera” es abortiva. Incluso tienen esta percepción quienes no se oponen, llegado el caso, a interrumpir un embarazo.

Desde los servicios de salud, por acción u omisión, se contribuye a perpetuar esta zona gris que impide entender las diferencias entre anticonceptivos de uso regular, anticoncepción de emergencia, y mecanismos de interrupción del embarazo. Esto se complica aún más por el hecho de que la aparición de los usos –institucionalizados o no– de la ACE y del misoprostol en la escena social argentina, ha sido más o menos simultánea. Y en la contemporaneidad de la caracterización, por parte de la Iglesia Católica y sectores conservadores, de la ACE y el DIU como abortivos, y por ende, ilegales o ilegalizables. Esta percepción también es prevalente: muchos consideran ilegal la ACE.

En el contexto de estigma asociado al aborto, la asociación semántica y práctica entre ACE y aborto constituye una de las principales barreras a su accesibilidad, asociación que debería desmontarse utilizando información basada en evidencia científica, y ubicando la discusión dentro de un discurso de salud pública y derechos. En tal encuadre, la perpetuación de las “zonas grises” que funcionan como barreras a la ACE, constituyen violaciones a los derechos a la información y a servicios sobre salud reproductiva, que permitan a los ciudadanos alcanzar el máximo bienestar en relación con su vida sexual.

Las fuentes de información de la ACE son el entorno amistoso y afectivo, y los medios de comunicación. La información confusa o incorrecta atraviesa todos

los segmentos sociales: según región, sexo, edad, nivel de instrucción y estrato socioeconómico. Dicho esto, en líneas muy generales, los datos sobre actitudes y conocimientos en relación con los MAC y la ACE son “mejores” desde una perspectiva de salud pública entre las mujeres (en comparación con los varones), los más jóvenes (en comparación con los de mayor edad), y mejoran a medida que se asciende en el nivel de instrucción alcanzado y en el estrato socioeconómico.

Respecto de la accesibilidad a la ACE, las barreras “tradicionales” operan de modo similar a las barreras tradicionales de accesibilidad a los MAC de uso regular. Estas barreras son institucionales (trato, amigabilidad de los servicios, horarios, etc.), y se deben además a los costos económicos, a las desiguales relaciones de género y sociales, al tipo y momento de la relación afectiva y sexual (debut, en pareja estable o no), etc. No obstante, el costo monetario de la ACE no parece haber sido obstáculo entre quienes la han utilizado, considerándose “costo-efectivo” frente a la consecuencia de un embarazo no buscado. Es decir que, entre las barreras tradicionales, la económica no ha sido priorizada como un obstáculo a la hora de utilizar ACE, como se verifica con los anticonceptivos de uso regular. Las barreras de orden subjetivo, social y cultural se ubican como prioritarias para la accesibilidad a la ACE.

Estos resultados muestran que existe un amplio y necesario margen de acción para las políticas comunicacionales a ser lanzadas por el Estado Nacional, que deberían trabajar sobre la disociación semántica entre aborto y ACE, sobre el hiato temporal entre coito y concepción. Y que el conocimiento informado de la ACE entre la población dista mucho todavía de ser óptimo (con diferenciales por sexo, edad, nivel de instrucción alcanzado, estrato socioeconómico y región). Se evidencia la necesidad de campañas que mejoren y especifiquen este conocimiento, despejando miedos y asociaciones semánticas espurias sobre su mecanismo de acción.

En nuestro trabajo, se han recolectado y expuesto datos que muestran prácticas y percepciones subjetivas que atentan contra la accesibilidad a la ACE. Estos datos evidencian que la restricción del acceso se vincula con debates públicos y políticos, los cuales exceden los saberes técnico-profesionales médicos o el ámbito sanitario. El punto de desacuerdo radical cuando se piensa en cuestiones de derechos y salud reproductiva, como en este caso, es la cuestión del aborto ilegal (Petracci, 2004; Brown, 2006; Petracci & Pecheny, 2007). Esta cuestión sobredetermina la accesibilidad a la ACE, en tanto sigue siendo dilemático ofrecer y utilizar un método anticonceptivo cuyos límites con la interrupción del embarazo son, *según los discursos y percepciones circulantes*, borrosos. Este fenómeno genera resistencias, confusión y desinformación, tanto en usuarios y potenciales usuarios como en el sector de la salud.

Referencias

- BAJOS, N. & FERRAND, M. 2002. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, París: INSERM.
- BROWN J. 2006. "De cuando lo privado se hace público o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza." In: Petracci, M. and Ramos, S. (ed.), *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Buenos Aires : UNFPA – CEDES.
- BUTLER, Judith. 2001. *Género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- CROXATTO, H.B., BRACHE, V., RAVEZ, M., et al. 2004. "Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation." In: *Contraception*; Vol. 70, p. 442–50.
- DURAND, M.C., CRAVIOTO, M., RAYMOND, E.G., et al. 2001. "On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception." *Contraception*. Vol. 64, p. 227–34.
- HARPER, C.C., CHEONG, M., ROCCA, C.H., DARNEY, P.D., RAINE, T.R. 2005. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol* Vol 106, p. 483–91. Available at: <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf> . [Accessed on 28.09.08].
- ISPM – MORI. 2002. Primera Encuesta Nacional sobre Anticoncepción de Emergencia. Buenos Aires.
- LUCIANI CONDE L., BARCALA A. y col. 2007. "Niñez en condiciones de desamparo y acceso a la salud en Ciudad de Buenos Aires". In: *XVº Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA*.
- MARIONS, L., HULTENBY, K., LINDELL, I. et al. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 65–71.
- MAZZÁFERO, V. 1999. *Medicina y Salud Pública*. Buenos Aires: Eudeba.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2007. Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles.
- . 2006. Información Básica 2005. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- MUNUCE, M.J., NASCIMENTO, J.A, ROSANO, G., FAUNDES, A. & BAHAMONDES, L. 2006. "Doses of levonorgestrel comparable to that delivered by the levonorgestrel-releasing intrauterine system can modify the in vitro expression of zona binding sites of human spermatazoa." *Contraception*. Vol 73, p. 97-101.
- NOVIKOVA, N., WEISBERG, E., STANCZYK, F.Z., CROXATTO, H.B. & FRASER, I.S.. 2007. "Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation — a pilot study." *Contraception*. Vol 75, p. 112–8.
- ORTIZ, M.E., FUENTEZ, M.A., PARRAGUEZ, V.H. & CROXATTO, H.B. 2004. "Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus paella*." *Hum Reprod*. Vol 19, p. 1352–6.

- PANTELIDES, E. A., BISTOCK G. & Mario S. 2007. La salud reproductiva en la Argentina 2005: resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud. Buenos Aires.
- PANTELIDES, E. & MARIO, S. 2006. "Estimación de la magnitud del aborto inducido", informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- PANTELIDES, E., RAMOS, S.; ROMERO M.; FERNÁNDEZ, S.; GAUDIO, M.; GIANNI, C., MANZELLI, H. 2007. *Morbilidad materna severa en la Argentina. Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida*. Buenos Aires: CEDES-CENEP.
- PECHENY, M. et al. 2007. "La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos" (con equipo Ubacyt). In: López E. y Pantelides E. (eds) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA.
- PETRACCI, M. & PECHENY, M. 2007. *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires: CLAM – CEDES.
- PETRACCI, M. & RAMOS, S. (eds.). 2006. *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA – CEDES.
- PETRACCI, M. 2004. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Norma.
- POLIS, Ch. SCHAFFER K., BLANCHARD K., GLASIER, A., HARPER, C., & GRIMES, D. 2007. "Advance Provision of Emergency Contraception for Pregnancy Prevention - A Meta-Analysis." *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 110, p. 1379-1388.
- PORTNOY, F. 2006. "Conocimientos, actitudes y prácticas de tocoginecólogos sobre anticoncepción de emergencia." Congreso Nacional de Salud Social y Comunitaria, Buenos Aires.
- PORTNOY, F. & BERKENWALD, M. 2006. *Anticoncepción de emergencia. Guía para los trabajadores de la Salud*. Cuadernos de Comunicación y Educación en Salud reproductiva. Buenos Aires: Programa de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad De Buenos Aires.
- VON HERTZEN, H., PIAGGIO, G., DING, J., et al. 2002. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial". *Lancet*. Vol. 360, p. 1803-10.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2007. *Levonorgestrel for Emergency contraception- Fact sheet*; WHO. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/ec.html. [Accessed on 28.09.08].
- ZAMBERLIN, N. & GIANNI, M. C. 2007. "El circuito del misoprostol: un estudio de las respuestas a la demanda de medicamentos abortivos en farmacias privadas." *Revista Medicina*, Vol. 67 (I), p. 67-68.
- CLARÍN. 2008. "Aún hay trabas de médicos y jueces". Diario Clarín: Sociedad. Buenos Aires, 7 de septiembre.
- _____. 2007. "Trabas para "la píldora del día después" en Tierra del Fuego". Diario Clarín: Sociedad. Buenos aires, 9 de septiembre.