

Lineamientos para el
Abordaje de la Salud Integral
de Adolescentes en el
Primer Nivel de Atención

SALUD SEXUAL



Autor: Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación

Coordinación General: Juan Carlos Escobar y Eugenia Soubies

Elaboración de contenidos: Cecilia Karagueuzian, Victoria Pedrido, Victoria Keller, Matías Muñoz, Romina Pighin, Clara Mariano y Jelichich, Ofelia Musacchio, Valeria Mulli, Viviana Mazur, Romina Castellani

Colaboraciones: Joel Granito, Alba Orellana, Fundación Huésped y RedNac (por Colectivo de Juventudes)

Revisión: Stella Sappa, Mariana Ceriotto, Luciana Azcárate, Marina Bilesio, Johanna Asis, Diva Janneth Moreno Lopez

Edición: Ofelia Musacchio y Eugenia Soubies

Diseño: Agustina de la Puente, Leila Lewkowicz, María Eugenia de León, Solange Coste (Dirección de Comunicación Institucional y Prensa Ministerio de Salud de la Nación)

Ilustraciones: Natalia Epstein

Este material fue realizado con el apoyo de UNICEF Argentina.

ISBN 978-950-38-0327-1

Mesa de debate: *Salud Sexual y Salud Reproductiva*

Agostina Chiodi, Matías Muñoz, María Inés Pérez, Valeria Mulli, Romina Galasso, Valeria Llovet, Sebastián Fuentes, Nina Zamberlin, Cecilia Valeriano, Sandra Vazquez, Inés Páez de la Torre, Viviana Mazur, Alejandra Gaiano, Mariana Vera, Sofía Novillo Fuentes.

Ministerio de Salud de la Nación

Salud sexual / contribuciones de Cecilia Karagueuzian ... [et al.] ; coordinación general de Juan Carlos Escobar ; Eugenia Soubies ; editado por Ofelia Musacchio ; Eugenia Soubies ; ilustrado por Natalia Epstein. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

67 p. : il. ; 24 x 18 cm. - (Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención)

ISBN 978-950-38-0327-1

1. Acceso a la Salud. 2. Derecho a la Salud. 3. Adolescencia. I. Karagueuzian, Cecilia, colab. II. Escobar, Juan Carlos, coord. III. Soubies, Eugenia, coord. IV. Musacchio, Ofelia, ed. V. Epstein, Natalia, ilus. VI. Título.
CDD 362.04



AUTORIDADES

Presidente de la Nación
Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación
Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida
Marcelo Bellone

Director de Adolescencias y Juventudes
Juan Carlos Escobar

Prólogo

Más de quince años transcurrieron desde la creación del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) –hoy Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU)-, consolidándose una política pública que promueve el derecho al acceso de adolescentes y jóvenes al sistema de salud. El camino recorrido implicó ir adaptando los enfoques y estrategias de abordaje, no solo al marco normativo y sus avances en término de derechos, sino también a las demandas y necesidades de los equipos de salud, pero sobre todo de adolescentes y jóvenes.

Las últimas décadas han estado signadas por profundos cambios sociales, culturales y políticos. La cuarta ola feminista, las reivindicaciones del movimiento de la diversidad sexual, las conquistas en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos, la masificación del uso de las tecnologías, entre otros; han configurado nuevas formas de estar en el mundo, donde adolescentes y jóvenes se constituyeron en protagonistas de gran parte de esos cambios. Asimismo, las sucesivas crisis económicas y políticas a nivel mundial, las consecuencias del cambio climático y la reciente pandemia de la COVID-19, ponen en jaque las perspectivas de futuro, generando un contexto de incertidumbre global, lo que nos obliga a quienes trabajamos con adolescentes y jóvenes, a recrear estrategias que ayuden a recomponer el lazo social y sostener la esperanza de un futuro mejor para todos.

En el año 2011, desde el PNSIA y en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), se publicaron los “Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios amigables y de calidad”, documento que constituyó un faro para los equipos de salud en materia de ordenamiento de la atención, contemplando el marco jurídico existente y reforzando los conceptos de autonomía progresiva e interés superior; así como los de confidencialidad y privacidad en la consulta.

Desde aquella publicación y hasta la fecha, desde la DIAJU fuimos ampliando y complejizando las propuestas y abordajes para la atención en salud de adolescentes y jóvenes, proceso que implicó numerosas investigaciones y publicaciones, diferentes instancias de capacitación y actualizaciones sobre la temática; en consonancia con los avances del co-



nocimiento científico y el surgimiento de nuevos marcos normativos nacionales (como la ley de Identidad de Género, la modificación del Código Civil y Comercial, la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto y la de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis; entre otras). Todo lo anterior, en articulación permanente con la Red nacional de referentes provinciales de Salud Adolescente y una creciente participación adolescente y juvenil.

Sin ánimo de agotarlos, podemos sintetizar algunos de estos cambios de abordajes y paradigmas en los siguientes: a) de un enfoque materno-infantil al de curso de vida; b) de una perspectiva de tutela a una de sujetos y protección de derechos; c) de 'servicios diferenciados' a una atención transversal e intersectorial, con foco en la estrategia de Atención Primaria de la Salud; d) del enfoque de riesgo al de vulnerabilidades; e) de la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual a la promoción del placer y el cuidado; f) de una sexualidad cisheteronormativa a la incorporación de adolescencias y juventudes LGBTTIQ+; g) de una perspectiva abstencionista a una de reducción de riesgos y daños, comprendiendo la complejidad de los consumos; h) de políticas adultocéntricas a promover el protagonismo y la participación adolescente y juvenil.

Claro que estos postulados, presentados aquí de manera dicotómica, coexisten aun reflejando la heterogeneidad de los equipos y territorios; lo que nos invita al cuestionamiento de cada una de nuestras prácticas, así como a la capacitación y actualización permanentes.

Y es ahí, donde nos enorgullece presentar los "Lineamientos para el abordaje de la salud integral de adolescentes en el Primer Nivel de Atención", un conjunto de documentos que busca mucho más que actualizar los lineamientos del año 2011, sino más bien, dar cuenta de la complejidad en el abordaje de las adolescencias y juventudes, brindando herramientas para la atención del proceso de salud-enfermedad-cuidados; incorporando conceptos relacionados con las violencias, la diversidad sexual y de expresión e identidad de género, la diversidad corporal y funcional, los múltiples componentes de la salud física y mental; la salud sexual y (no) reproductiva; la participación adolescente y juvenil; la adecuación de espacios de salud y escolares para facilitar el acceso.

La elaboración de los mismos requirió un largo proceso de trabajo, proyectado en diferen-

tes etapas. Con el apoyo inicial de UNICEF y la SAP se elaboró la propuesta de trabajo y calendarización, a través de un encuentro con profesionales y especialistas de vasta trayectoria, en donde se definieron las temáticas a abordar, ejes y sugerencias de contenidos. A partir de allí se inició un proceso de construcción colectiva entre integrantes del equipo técnico de la DIAJU, especialistas y referentes de diversas áreas, para la colaboración en la escritura y revisión de los apartados.

El documento general cuenta con siete fascículos: Salud Integral; Evaluación Integral de Salud; Salud Sexual; Género y Diversidades; Violencias y Lesiones; Educación, Trabajo y Salud Integral; Participación Juvenil. Los mismos pueden abordarse de manera separada o en su conjunto; y si bien reflejan la variedad y complejidad de temáticas relacionadas con la salud de adolescentes y jóvenes, no las agota. Buscamos que estos lineamientos funcionen como una hoja de ruta para cada uno de los equipos de salud, pero también de otras áreas como educación, organismos de protección de derechos, etc., para su trabajo en los territorios.

Paralelo al proceso de elaboración, fueron sucediéndose diferentes estrategias y políticas públicas dirigidas a la población adolescente y juvenil, tales como el Plan Estratégico de Salud Adolescente 2019-2023; el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No intencional en la Adolescencia (ENIA); el abordaje integral del Suicidio y las autolesiones; la incorporación de la perspectiva de género y masculinidades en la promoción de la salud; el fortalecimiento del dispositivo de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias y otros espacios socioeducativos (ASIE); la creación del Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU). Gran parte de estas políticas se encuentran en diálogo con los diferentes contenidos y propuestas que traen los Lineamientos.

Finalmente, un reconocimiento a cada una de las personas que de una forma u otra han contribuido a la construcción de este material de manera colectiva, diversa y comprometida.

Les invitamos a recorrerlos, con el convencimiento de que aportarán a la práctica cotidiana de los equipos para mejorar la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes.

Juan Carlos Escobar
Director de Adolescencias y Juventudes



En este fascículo reflexionamos sobre conceptos y perspectivas que guían el trabajo con les adolescentes en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva. El recorrido se enmarca en reconocer a las personas jóvenes como sujetos de derecho, capaces de tomar sus propias decisiones autónomas e informadas sobre el ejercicio de su sexualidad, el cuidado de su cuerpo y su función reproductiva. Estos conceptos deben ser leídos no solo desde la prevención, sino también entendiendo a la sexualidad como un espacio de autodescubrimiento, exploración y placer, vinculado con la Educación Sexual Integral (ESI) y el conocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos. A su vez, el presente fascículo orienta el trabajo promocional y preventivo considerando que la participación de adolescentes en la toma de decisiones sobre los aspectos que involucran su salud sexual y (no) reproductiva es un asunto crucial que debe incorporarse en el diseño de las prácticas. Para facilitar el desarrollo de las temáticas se presentan infografías, situaciones para reflexionar, preguntas para pensar en equipo y sugerencias para la práctica. También se ponen a disposición materiales bibliográficos y otros recursos para ampliar las temáticas abordadas.

[ÍNDICE]

- 10 SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS EN LA ADOLESCENCIA**
 - 13 Derechos sexuales y (no) reproductivos de les adolescentes con discapacidad
- 15 ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD DESDE EL PLACER Y EL DISFRUTE**
 - 21 La sexualidad libremente elegida como dimensión de la salud
 - 22 Sexualidad, corporalidades y diversidad
- 24 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL**
 - 25 La consejería como estrategia y oportunidad
 - 27 Abordaje de la sexualidad y la anticoncepción
 - 28 Métodos anticonceptivos
 - 34 Métodos anticonceptivos de larga duración
 - 34 Anticoncepción hormonal de emergencia
 - 36 Disponibilidad del test rápido de embarazo
 - 38 Abordaje del embarazo no intencional en la adolescencia
 - 42 Detección temprana y consejería en derechos
 - 43 Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) e Interrupción legal del embarazo (ILE)
 - 48 Repitencia del embarazo no planificado en la adolescencia
 - 49 Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO)
 - 50 Infecciones de Transmisión Sexual: promoción y prevención
 - 52 Información, comunicación y educación
 - 53 Métodos de barrera: preservativos y campo de látex
 - 55 Diagnóstico oportuno
 - 55 Prueba de VIH
 - 56 Asesorías para testeo rápido de VIH
 - 57 Tratamiento como prevención
 - 59 Indetectable=Intransmisible
 - 60 Inmunizaciones
 - 60 Estrategias de reducción de daño
- 61 DETECCIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**
- 64 BIBLIOGRAFÍA**

[SALUD SEXUAL]



SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS EN LA ADOLESCENCIA



SITUACIÓN PARA REFLEXIONAR

En un centro de salud Marta es la encargada de dar los turnos. Ella trabaja allí hace 30 años y tiene la idea de que las personas menores de 18 años tienen que venir sí o sí acompañadas por una adulta para poder pedir un turno y atenderse. Cuando Marta empezó a trabajar le explicaron eso y nadie nunca le dijo que ese enfoque había cambiado.

10

Los adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible y, por ello se debe garantizar su salud integral. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos: la educación, el acceso a la información, la toma de decisiones, la participación, la igualdad y no discriminación, la vida libre de violencias y de estereotipos de género, la diversidad corporal y sexual, cuyo respeto y ejercicio aseguran el completo bienestar de las personas. Estos derechos no admiten representación y son los adolescentes quienes deciden y los ejercen. El Estado debe adecuar sus políticas para garantizar el acceso efectivo a los mismos.

Les adolescentes pueden concurrir sin ser acompañadas al sistema de salud y deben ser atendidas.

Antes de los 13 años se considera que las personas requieren algún tipo de acompañamiento (ayuda, apoyo o asistencia) para la toma de decisiones relacionadas con la salud, garantizando el respeto por el interés superior y su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, nunca debe negarse la atención a ningún niño que la solicite a cualquier edad por el hecho de no estar con compañía adulta.

su privacidad y fortaleciendo su capacidad para tomar decisiones, ya que así se favorece la construcción de espacios y vínculos de confianza al momento de la atención de la salud.

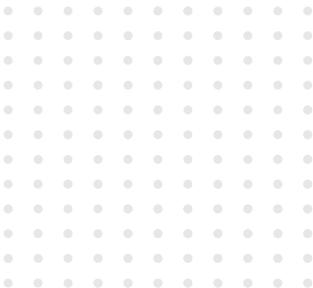
Es responsabilidad de los equipos de salud, ya sea en el marco de la consulta médica, de la asesoría en salud integral en las escuelas, y de los espacios de los que formen parte, brindar las condiciones y oportunidades para que la información pueda ser apropiada por los adolescentes. En cualquiera de estas instancias cuando le adolescente asiste en compañía de una persona adulta se aconseja plantear desde el inicio que una parte de la consulta se desarrollará a solas con le profesional.

Confidencialidad y secreto profesional constituyen dos dimensiones de los derechos a la privacidad y a la información que tienen les adolescentes y que debe garantizar el equipo de salud.



PARA AMPLIAR

- Fascículo 1 “Salud integral”
- Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. 3er Edición” Dirección de Adolescencias y Juventudes, 2021. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-sobre-derechos-de-adolescentes-para-el-acceso-al-sistema-de-salud>



DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS DE LES ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Les adolescentes con discapacidad tienen la misma autonomía, capacidad jurídica y dignidad para decidir sobre su cuerpo. La autonomía y autodeterminación⁴ se encuentran estrechamente vinculadas con la sexualidad, en tanto nos permiten constituirnos como sujetos capaces de tomar decisiones sobre nuestra propia vida en todos los aspectos, y los equipos de salud deben proporcionar los medios que los garanticen.

La presunción de capacidad de todas las personas tiene que guiar la práctica del equipo de salud.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Conocemos los derechos de las personas con discapacidad (PCD)? ¿Qué sucede cuando asisten adolescentes con discapacidad a la atención? ¿Respetamos su decisión y autonomía? ¿Qué rol damos a las personas acompañantes? ¿Garantizamos que reciba información de modo accesible? ¿Qué podemos hacer para garantizar el ejercicio de sus derechos sexuales y (no) reproductivos?

Para que la consulta relacionada a salud sexual sea un espacio de encuentro que promueva la autonomía, es fundamental trabajar como equipo, previamente, sobre percepciones y representaciones equivocadas acerca de la sexualidad de les adolescentes con discapacidad, como considerarles asexuales, desvalorizar su capacidad sexual o negar su derecho a decidir tener hijes y ejercer la maternidad o paternidad.

Estos conceptos erróneos son los principales factores que inciden en la vul-

⁴ La falsa creencia de que les adolescentes con discapacidad no tienen sexualidad, produce discriminación y vulnera derechos. Ver fascículo 1 "Salud integral".

neración de los derechos, en particular los sexuales y reproductivos, al traducirse en acciones como: dirigir la palabra a la persona acompañante y no a le adolescente, insistir en que concurren acompañades a las consultas, dudar acerca de la capacidad de comprender y decidir sobre sus cuerpos y sobre el ejercicio de su sexualidad.

La deconstrucción de estos estereotipos es un primer paso para brindar una atención de calidad que pueda acompañar a les adolescentes con discapacidad a vivir de manera plena y digna su sexualidad.

Es responsabilidad de los equipos de salud garantizar el ejercicio de estos derechos, disponiendo de información accesible, contando con sistemas de apoyo y realizando los ajustes razonables que se requieran para una correcta atención⁵. En este sentido, retomamos la importancia de la escucha activa para poder acompañarles y ayudarles a desarrollar estrategias en conjunto como: identificar posiciones o movimientos más seguros, de manera de no producir dolor ni incomodidad, entrenamiento para afrontar situaciones de riesgo o emergentes (como en el caso de desconexión de traqueostomía o bombas en el momento del acto sexual), historia y prevención de la violencia sexual, utilización de MAC y prevención de ITS.



PARA AMPLIAR

- ¡Tomar nuestras propias decisiones! Derechos sexuales de las mujeres con discapacidad <https://www.youtube.com/watch?v=EuZcdNsOQ7E>
- Campaña “Tener derechos te cambia la vida”. Video sobre el derecho a la atención en hospitales y centros de salud del país para personas con discapacidad. Ministerio de Salud, Programa Salud Sexual y Reproductiva. ARGENTINA, 2012. https://www.youtube.com/watch?v=_EXZlxf0z3k
- Película: Hoje eu quero voltar sozinho <https://www.youtube.com/watch?v=16900N84dGE>

⁵ Para ampliar consultar: “Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud” Ministerio de salud de la Nación. 2019. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>.



ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD DESDE EL PLACER Y DISFRUTE



SITUACIÓN PARA REFLEXIONAR

Camila tiene 14 años. Su mamá la llevó a control de salud para poder llenar la libreta de ANSES. En la consulta, la médica ofrece a Camila charlar a solas. Cuando su mamá sale, ésta pregunta: ¿Ya iniciaste relaciones sexuales?

Camila responde que no y la médica le dice que cuando sea el momento puede acercarse a preguntar acerca de cómo cuidarse para prevenir un embarazo.

Camila se queda con un montón de dudas, sobre todo acerca de aquello que le pasa cuando se toca cerca de sus genitales, o lo que siente cuando ve a la persona que le gusta.

La sexualidad humana está presente en todas partes porque es una dimensión de la construcción de la subjetividad de las personas que trasciende ampliamente la genitalidad y la intimidad. La sexualidad se trata de exploración, curiosidad, búsqueda de placer, descubrimiento del cuerpo propio y de otros cuerpos, de formas de vincularse, expresarse, mostrarse (y ocultarse). Pero también, y más frecuentemente, está ligada al campo de las limitaciones, o al menos, a cuestiones que es necesario evitar: embarazos no intencionales e infecciones de transmisión sexual encabezan la lista de problemáticas relacionadas en el cruce de los campos de la salud y la sexualidad (Vance, 1989).

Es por ello que, habitualmente, hablar de sexualidad desde el ámbito sanitario se circunscribe a la dimensión de la prevención. Y es que, en el contexto histórico en el que se conformaron las ciencias médicas, el enfoque tradicional de la medicina sobre la sexualidad se basó sobre el riesgo, en detrimento del abordaje del placer y el disfrute.





PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Qué es lo primero que nos aparece cuando indagamos sobre la sexualidad de las adolescencias? ¿Cuáles son las preguntas que más nos cuesta formular? ¿Qué cosas nos da temor escuchar? ¿Qué imaginamos de sus comportamientos sexuales? ¿Qué nos urge o genera mayor ansiedad transmitirles respecto de la sexualidad?

Cuando se incorpora la mirada integral de la salud adolescente, la escucha atenta y activa de las experiencias, inquietudes y miedos, es la principal herramienta para un abordaje de calidad.

A través del ejercicio de la escucha y la observación también podemos identificar representaciones y discursos sobre las sexualidades. Algunos de estos discursos pueden ser hegemónicos y tener expectativas ligadas a esos enfoques, que persisten en diversos espacios donde circulan los adolescentes: escuela, grupos de pares, familia, efectores de salud, iglesias, entre otros.

La escucha activa también habilita el acercamiento a los diferentes aspectos que conforman la salud sexual de los adolescentes, que además de sus prácticas, incluyen sus formas de relacionarse con otros, su autopercepción y autovaloración, el manejo de sus emociones y sus hábitos de cuidado para sí y para otros.

La idea es comenzar por las cuestiones que abren la dimensión de la sexualidad a las formas de ser, expresarse, estar y vincularse en el entorno cotidiano, y no reducir la sexualidad a sus aspectos anatómicos y fisiológicos. Comprender que el cruce entre sexualidad y salud no comienza por la prevención es fundamental para abordar la trama compleja de sentidos que median entre tener un cuerpo y el modo en el que las personas lo viven, lo disfrutan o lo padecen (Morgade, 2011).



les-anales, utilización de “juguetes sexuales”, objetos, etc.

Un enfoque basado en la sexualidad como dimensión de placer y disfrute y promoción de derechos propone un trabajo con los adolescentes como una oportunidad de intervención para acompañarles en el proceso de desarrollar una sexualidad saludable. En esta línea, es importante dejar de identificar el comportamiento de los adolescentes a partir del juicio de prevención de riesgos como “la falta de experiencia de la persona, la incapacidad para prever las consecuencias de los comportamientos y potencial destructividad” (Villa, 2007:40). Sabemos que esas condiciones no caracterizan a las adolescencias per se, sino que son compartidas por personas de cualquier edad.

Desde una mirada sobre la sexualidad orientada al disfrute importa insistir en la reflexión acerca de cómo influyen los estereotipos de género en las relaciones sexuales de los adolescentes. Esta reflexión obliga a pensar en la persistencia de ciertos comportamientos ligados a la coerción sexual⁷ ejecutada como parte de un “juego sexual” (Manzelli, 2012). Entendemos que estos comportamientos son cristalizaciones evidentes de la construcción patriarcal de las relaciones sociales en las que predomina la idea de que la iniciativa sexual debe ser tomada por un varón, que además la masculinidad “como rol” no sólo implica la dificultad de rehuir de una relación sexual, sino el mandato de propiciarla de alguna manera.

Algunos ejemplos de coerción sexual, que persisten todavía y que son ejercidos generalmente por los varones cis adolescentes, pero que conforman un imaginario compartido también por otras adolescencias como parte del “juego erótico-amoroso”, contemplan la insistencia verbal, la creencia de que “no” quiere decir “sí”, el “no me podés dejar así”, la prueba de amor, y la “presión” como fantasía de carga erótica. Estos comportamientos conforman un ideario heterosexista atravesado por la sexualización de la violencia en

⁷ Por coerción sexual entendemos “el acto de forzar, o intentar forzar a otra persona, por medio de la violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad (Moore y Toubia, 1995; pág 8, traducción de Hernán Manzelli)



donde el dominio es sobre las mujeres. Cuando decimos que se trata de un imaginario compartido no significa que las adolescentes no adviertan estas situaciones como coercitivas, sino que todavía hay dificultad para identificar estos comportamientos como violentos, sobre todo cuando no hay uso de la fuerza física ni de la amenaza.

En caso de que aparezcan situaciones de dolor en las relaciones sexuales con penetración, se puede dialogar acerca del tipo de prácticas y vínculos, si la relación sexual es consentida o no, si todas las veces que tiene relaciones se relaja, tiene deseo o a veces lo hace forzade. Generalmente, las razones de la *dispareunia* (dolor en las relaciones sexuales con penetración pene-vagina) está relacionada con *no desear* mantener relaciones, o miedo al embarazo por no poder plantear/negociar el uso del preservativo, o a la falta de lubricación; o los estereotipos de cómo se goza, o creencias acerca de cuáles y cómo son las “posiciones sexuales”, o lo que es “ser experimentade en materia sexual”.

Es importante que el equipo de salud pueda estar atento a los relatos sobre las formas en que se consienten e inician las relaciones sexuales, y a testimonios en los que predomina la insistencia, o “vergüenza a decir que no”, o los argumentos basados en la demanda del otre y un “compromiso afectivo” con esa otra persona, para tener relaciones sexuales, más que en el deseo, gusto o placer propio de tenerlas.

La sexualidad y su ejercicio, desde su plano más simbólico hasta sus prácticas materiales están permanentemente cargadas de mandatos, creencias, estereotipos, y discursos hegemónicos, incluso sobre cómo se goza y cómo se dispone el cuerpo. Esto incluye el *sexting* (intercambio virtual sexual) medio por el que muchas adolescentes se vinculan, abren su intimidad y se exponen.

Las tecnologías de la comunicación e información no sólo constituyen el lenguaje propio de las adolescentes, sino que conforman espacios de circu-

lación y socialización. Son a la vez, lenguaje, código y un lugar que se habita, en el que se socializa y se exponen cuerpos y deseos. Al mismo tiempo son espacios de pertenencia en el que les adolescentes de alguna manera no sólo “eligen” estar sino que son convocados a pertenecer por las mismas dinámicas culturales y comunicacionales.

Como todo vínculo de socialización tiene sus complejidades, pero en este caso específicamente es necesario poder problematizar condiciones como la virtualidad, las identidades ficticias y la capacidad de difusión (viralización) de una conversación, foto, video, comentario, ya que desafían profundamente las estrategias de cuidado y protección de los derechos de les adolescentes.

Resulta entonces productivo poder incluir esta dimensión en el espacio de diálogo con les adolescentes; pensar en la educación y capacidad que tienen les adolescentes para detectar quién está del otro lado de las redes, cuánto está puesta en juego su privacidad, si pueden distinguir cuándo un sitio es oficial o no, cómo se comparten datos personales. etc.⁸



SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- **Dar espacio para conversar sobre:**

- el consentimiento y disfrute en las prácticas sexuales ¿Las experiencias sexuales son o no placenteras? ¿El placer equivale únicamente a tener un orgasmo?
- el autocuidado y cuidado de les otros.
- la posibilidad de diferenciar vínculos en los que se sientan reconocidos en sus gustos y preferencias, de vínculos que les exijan sometimiento.

- **Desarmar las ideas normalizantes sobre la sexualidad y los roles de género.**

⁸ Para ampliar, consultar fascículo 5 “Violencias y lesiones”

LA SEXUALIDAD LIBREMENTE ELEGIDA COMO DIMENSIÓN DE LA SALUD

Propiciar que una adolescente se involucre con su sexualidad (apariciencia corporal, expresión de género, formas de vincularse, grupos de pares, hábitos de higiene, música que escuchan y comparten, reclamos y posicionamientos a los que adhieren, entre tantas cuestiones), la perciba como una dimensión positiva de su subjetividad y pueda disfrutarla de manera cuidada se transforma en un gran desafío para quienes procuran acercarse a la temática de la sexualidad desde el sistema de salud.

Estamos en momentos en los que coexisten discursos y prácticas hegemónicas y conservadoras respecto de la sexualidad y los roles de género, así como enfoques propuestos por los movimientos feministas y LGTBIQ+ que plantean entender la sexualidad desde el derecho a la libre elección, el placer, el disfrute y el consentimiento.

Para propiciar una sexualidad libremente elegida, es fundamental que el equipo de salud cuestione los roles impuestos de género, el amor romántico y las reglas de seducción, y otros cánones de la heteronormatividad. Para los varones cis específicamente, este trabajo implica desandar las masculinidades enraizadas en el orden jerárquico patriarcal y reconocerse en determinada posición de poder. En este sentido, muchos adolescentes se proponen llegar a encuentros en donde surjan formas más democráticas, más libres y donde el consenso y el consentimiento sean la base de los vínculos.

Cuando se habilita el espacio para que les adolescentes expresen sus temores, expectativas, ideas y sentimientos, es más fácil para ellos tomar decisiones sobre su cuerpo, sus relaciones y sobre su futuro.

SEXUALIDAD, CORPORALIDADES Y DIVERSIDAD

En la constitución y consolidación de las ciencias médicas, la diversidad de la sexualidad humana -incluyendo lo genital, lo hormonal, las manifestaciones de deseo y las prácticas sexuales- fue leída desde un parámetro biologicista y binario que sólo entendía la existencia de dos sexos opuestos, como base de heteronormatividad que caracteriza como “normalidad” cánones sobre la sexualidad y el género que son impuestos culturalmente bajo la ficción de ser “naturales”. Asimismo, toda diversidad corporal y toda condición de discapacidad fue considerada como patología, alejada de la “normalidad”.



22

PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Qué concepciones de “normalidad” y “anormalidad” sobre los cuerpos traemos incorporadas? ¿Cómo podemos desarmar los prejuicios que pueden resultar perjudiciales para nuestras intervenciones?

El desafío como equipo de salud es poder desarmar las posturas normalizantes, tarea no sencilla si se considera que fue la forma en la que se abordó la sexualidad y los cuerpos de las personas durante muchos años. Esta deconstrucción implica definir la sexualidad de manera ampliada. Es decir, entenderla como un proceso de construcción subjetiva y social que va más allá de la genitalidad. Con dimensiones que abarcan el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual así como las relaciones desiguales de poder y la construcción de los vínculos sociales. Comprender esta complejidad nos puede ayudar a ver a la otra persona como un igual en

este vínculo. Asimismo en la deconstrucción de las concepciones normalizantes es necesario comprender que las diversidades funcionales y las condiciones de discapacidad no son enfermedades. Y, comprender que la diversidad es constitutiva de la sexualidad y las corporalidades humanas.



PARA AMPLIAR

- Guía “Salud y Adolescencias LGBTI herramientas de abordaje integral para los equipos de salud. 2da Edición” que propone una reflexión profunda sobre las maneras de relacionarnos con las y los adolescentes, y las construcciones en torno a las sexualidades. Ofrece elementos para que cada encuentro sea una oportunidad para construir lazos basados en la confianza, el respeto y la empatía, conocer sus malestares e inquietudes, y también sus deseos, motivaciones y proyectos. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/SaludLGBTI_6-2021.pdf



ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL

La sexualidad como campo temático ocupa un lugar central en la adolescencia, es por ello que las consultas relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva y (no) reproductiva son muy frecuentes. En la mayoría de los casos suelen centrarse en el conocimiento y provisión de MAC, aunque, como se desarrolló previamente, es necesario tener presente otras áreas a abordar en estas oportunidades como: placer, erotismo y autoerotismo; mitos y creencias sobre sexualidad y afectividad; equidad de género en las relaciones, consentimiento versus coerción; sexualidad y redes sociales; diversidad sexual y corporal; ciclo menstrual, erecciones y eyaculaciones; aborto; ITS; prevención de la violencia sexual.

En el caso de las consultas relacionadas con anticoncepción o interrupción del embarazo, por el impacto que puede tener en la salud de les adolescentes, deben ser consideradas consultas de urgencia.

Esto significa que no pueden existir dilaciones y/o derivaciones innecesarias, trabas legales o burocráticas porque de haberlas, se expone a les adolescentes a situaciones no deseadas y se vulnera su derecho a la salud.

A continuación se desarrollarán propuestas para el abordaje de distintas situaciones relacionadas a la atención en salud sexual y (no) reproductiva, enmarcadas en las estrategias de Consejerías y Asesorías.

LA CONSEJERÍA COMO ESTRATEGIA Y OPORTUNIDAD

Entre las estrategias más adecuadas para la atención de los adolescentes se deben tener en cuenta las consejerías, las asesorías, y aquellas situaciones que se ofrecen como oportunidades espontáneas de asesoramiento. En ese sentido, surgen al menos dos modalidades: por un lado la oportunidad en la asistencia y por otro la consejería propiamente dicha. Se entiende que en ambas modalidades el objetivo es crear un nexo que facilite que los adolescentes puedan expresar sus necesidades, dudas, inquietudes, temores, deseos y ansiedades. En el caso de la consejería “hay una demanda activa por parte de la persona, mientras que en la *oportunidad en la asistencia* se trata de una propuesta del profesional”⁹. Cabe señalar que en ninguno de los casos la atención se trata de una imposición sino de una posibilidad de acceso, construcción de confianza y de vínculo entre el sistema de salud y las personas adolescentes desde un enfoque de derechos y participación.

Por las características del vínculo entre adolescentes y sistema de salud, es más factible pensar en la modalidad de oportunidad de asistencia que en la de consejería propiamente dicha.

Los adolescentes suelen acudir al centro de salud por enfermedades o apto físico. Estas ocasiones son una oportunidad para generar el espacio de consejería, es decir, un momento para que puedan hablar de lo que les provoca curiosidad, inquieta, les gusta o da temor sobre su sexualidad; y en ese sentido, puedan contar con orientación y asesoramiento para tomar decisiones informadas. En el marco de la consejería se abren, además, posibilidades de atender otros aspectos vitales, como las rela-

⁹ Consejerías en Salud sexual y Salud reproductiva. Propuesta de diseño y organización e implementación, 3.ª edición: junio, 2018, DSSyR, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva



ciones sentimentales y familiares, la salud emocional, el proyecto de vida y el grado de autonomía.

En esta oportunidad de asistencia se construyen espacios de acompañamiento y asesoramiento, y se debe tener en cuenta las condiciones de vida de quien consulta, tanto su individualidad como sus experiencias en la familia, la pertenencia e identificación en grupos de pares, los vínculos en la escuela y el barrio, su contexto comunitario. Es imprescindible comprometerse a:

1. Brindar información adecuada y oportuna para favorecer el ejercicio de una sexualidad placentera, respetuosa del propio cuerpo y del ajeno y dar lugar a las inquietudes, dudas, deseos y temores, para resignificarlos y apuntalar a los adolescentes en su propio cuidado y el cuidado de los otros.
2. Enmarcar las intervenciones del equipo desde una mirada sensible de género y diversidades funcionales, y respetuosa del marco de derechos, sin interponer valores propios, ya que debe promoverse la autonomía y autodeterminación de los adolescentes.



ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD Y LA ANTICONCEPCIÓN



SITUACIÓN PARA REFLEXIONAR

Mariana tiene 16 años. El viernes, en una salida con amigos, conoció a Martín. La pasaron muy bien juntas y decidieron tener relaciones sexuales. Martín tenía preservativos que había retirado del dispenser de la escuela. En el momento de retirar el pene, se dieron cuenta de que el preservativo había quedado adentro de la vagina. Mariana logró sacarlo, pero recordaba, de la clase de ESI en la escuela, que lo ideal en estos casos era tomar la pastilla anticonceptiva de emergencia. Se acercó a la salita de su barrio a buscarla. Como era sábado, no había médica atendiendo pero sí encontró a la promotora de salud que se la entregó, le explicó cómo tomarla y le sugirió que se acercara en la semana para una consejería en anticoncepción.

Es frecuente que durante las consultas aparezcan inquietudes sobre MAC, aunque muchas veces no surjan espontáneamente. Si es posible, y el vínculo lo permite, es recomendable sacar el tema y ofrecer información al respecto. Por eso es necesario conocer primero a les adolescentes, a través de preguntas abiertas y escuchar atentamente para ajustar el asesoramiento a sus intereses.

Es conveniente trabajar sobre el autocuidado y estimar si las decisiones las toman les adolescentes y no están siendo presionados por su pareja o su familia (ejemplo, la decisión de tener hijos o no). Trabajar sobre el autocuidado es también reforzar la centralidad del consentimiento para todas las prácticas sexuales, poder identificar vínculos en los que se sienten reconocidos en sus gustos y preferencias y diferenciarlos de aquellos



basados en el dominio que les exijan cualquier tipo de sometimiento. En este sentido, se deben problematizar ideas como las de “confianza”, “prueba de amor”, “pareja estable igual a sexo seguro”, etc., presentes en el acuerdo sobre el uso del preservativo y en la formación del vínculo sexo-afectivo. Estas representaciones obstaculizan el ejercicio de una sexualidad más segura y colocan a los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El acceso a los MAC es uno de los derechos en salud sexual y (no) reproductiva¹⁰.

La consulta por anticoncepción es una **URGENCIA**. Les adolescentes que solicitan un MAC siempre deben irse con una **RESPUESTA ANTICONCEPTIVA**.

Para que exista un correcto uso y adherencia a MAC, debe estar garantizado el acceso a la información basada en evidencia, respetando la privacidad y autonomía. Para garantizar derechos sexuales y (no) reproductivos es útil para los equipos de salud partir de reconocer las barreras que existen para su ejercicio: en el nivel individual (normas de género internalizadas, socialización orientada a la maternidad como única forma de valoración adulta), a nivel familiar (bajas expectativas sobre la educación y/o futuro laboral de NNyA), a nivel escolar (ausencia de Educación Sexual Integral), a nivel comunitario (servicios de salud expulsivos e inaccesibles para adolescentes, espacios públicos inseguros y violentos, actitudes prohibitivas y prejuiciosas de adultes hacia la sexualidad adolescente) y a nivel nacional (situaciones en las que no efectivizan los derechos reconocidos en las leyes y desigualdad social).

¹⁰ Existe una canasta de métodos anticonceptivos, incluidos en el Plan Médico Obligatorio (Ley Nacional 25673). Estos insumos son provistos por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) para que todos los efectores del sistema público de salud del territorio nacional puedan entregarlos gratuitamente.

mayor adherencia en su uso¹³. La elección del método debe ser libre e individual. El mejor MAC para cada adolescente es el elegido de manera informada, en función de que se adapte a sus necesidades y convicciones.

Desde los 13 años, los adolescentes pueden consentir la utilización de cualquier MAC reversible en forma autónoma, sin necesidad de asistencia. Cuando alguien menor de 13 años acude al centro de salud para solicitar información y MAC, se debe tomar la consulta como una oportunidad, valorando de esta manera el ejercicio de su autonomía y su necesidad de atención. En esta oportunidad, se deberá evaluar posibles situaciones de violencia sexual; en caso de que la violencia esté descartada, es recomendable procurar el asentimiento de un adulto de su confianza, que no reemplaza el consentimiento de la adolescente, sino que le apoya en la toma de decisiones.

A continuación, se presentan los MAC que pueden ser utilizados durante la adolescencia de manera segura.

MÉTODOS DE BARRERA

Preservativo peneano/ preservativo vaginal

La información sobre MAC y los métodos de barrera, pueden brindarse a cualquier edad.

Los métodos de barrera son los únicos que protegen contra el VIH y otras ITS y evitan el embarazo.

Siempre entregarlos en la consulta e informar sobre los lugares en donde pueden retirarse, y recomendar su uso asociado a otro método para estimular la “doble protección”.

Es de buena práctica entregar preventivamente anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) para que la tengan disponible ante cualquier falla.

Combinar la información sobre MAC con la relativa al VIH y otras ITS y favorecer el acceso al testeo con asesoramiento.

¹³ En cambio si no fue la adolescente quien eligió el método sino que este fue elegido por el profesional, el porcentaje de interrupción del método al año del uso es mayor al 70%. (Shulman, 2011)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

La edad no constituye una contraindicación para recibir anticoncepción hormonal en cualquiera de sus presentaciones: orales, inyectables, implantes, parches o anillos vaginales¹⁴.

Los anticonceptivos hormonales utilizados actualmente no interfieren en el crecimiento.

Si bien los anticonceptivos orales son los más usados, debe brindarse información de todas las posibles vías de administración para que los adolescentes puedan elegir el método que se adecue más a sus necesidades y de esta manera mejorar la adherencia. Requieren recordar diariamente su toma.

Los implantes subdérmicos, los inyectables y los anillos vaginales no son detectados por otras personas, lo que puede resultar una ventaja.

Todos estos métodos requieren motivación para su uso.

Es de buena práctica entregar preventivamente anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) para que la tengan disponible ante cualquier falla, olvido o retraso en la toma o aplicación.

Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)

Junto con el preservativo peneano, es uno de los métodos más conocidos y utilizados. Las nuevas formulaciones, tienen dosis mínimas de estrógeno y nuevos gestágenos, y sus resultados permitieron alejar del “consenso popular” muchos temores o prejuicios, como el aumento de peso, del vello y del acné. Se recomienda utilizar formulaciones que contengan no menos de 30 ug de etinilestradiol (EE), ya que como indican algunos estudios, es necesario mantener un nivel adecuado de estrógeno que permita alcanzar el pico de masa ósea. En caso de no disponer de las mismas, es posible usar ACO con dosis menores de EE de manera segura.

Anticonceptivos sólo de progestágeno

Son una opción (orales, inyectables o implantes) en los casos en que estuviera contraindicado el uso de estrógenos, durante la lactancia o ante la imposibilidad o falta de deseo de utilizar otros MAC. Es importante en la consejería advertir sobre los cambios posibles en el patrón de sangrado con el uso de estos métodos, recordando que no son dañinos para la salud.

El implante subdérmico por sus características ocupa un lugar privilegiado para la población adolescente. Sus beneficios son: alta efectividad, duración de tres a cinco años según el modelo, no dependencia de la realización de acciones cotidianas o periódicas para garantizar su uso correcto, y un modo de colocación más sencillo que el DIU. No se requieren exámenes complementarios ni equipamiento especial, simplemente personal capacitado y una consejería correctamente realizada. No necesariamente requiere controles

¹⁴ Los métodos hormonales que están incluidos en la canasta de insumos de la DNSSYR son los orales, inyectables e implantes.

periódicos¹⁵, lo que facilita su uso. En una investigación con adolescentes usuarias del implante subdérmico que tenían un evento obstétrico previo, se demostró un alto nivel de aceptación del método¹⁶.

Los dos principales motivos reportados para la extracción del implante fueron excesivo sangrado menstrual, y amenorrea o ausencia prolongada de la menstruación. De todas maneras, dichos motivos disminuyen significativamente en los casos en los que existe una asesoría adecuada para la elección del método.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Puede utilizarse en adolescentes de manera segura, incluso si son nuligestas. Se recomienda post aborto (si no es séptico), post parto inmediato o intracesárea.

El DIU brinda seguridad y alta eficacia al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción; es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado. Puede ser preferido por quienes no desean métodos hormonales. No inhibe la ovulación.

Algunos estudios indican que les adolescentes entre 14 y 19 años pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU, sin que esto represente una contraindicación para su uso. Es clave la consejería en relación a este método ya que durante muchos años se sostuvieron barreras al acceso en adolescentes nuligestas y desterrar las mismas requiere de un trabajo activo de los equipos de salud. No es requerimiento realizar una ecografía para evaluar el tamaño uterino previo a la colocación de DIU, pero si durante la misma se constata una histerometría menor a 6 cm debe optarse por un DIU de menor tamaño que el habitual u otro MAC.

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes y deben ser informados en la consejería sobre el método.

Existen modelos de DIU medicados con levonorgestrel (DIU LNG) que no suelen utilizarse con frecuencia en la adolescencia pero podrían considerarse mas allá de su efecto anticonceptivo. La amenorrea secundaria a su uso puede ser un motivo para ser elegido en personas que deseen o requieran disminuir o interrumpir sus menstruaciones en forma sostenida (varones trans, adolescentes no binarios, personas con anemia crónica o sangrados uterinos abundantes).



¹⁵ "No es necesario el seguimiento regular una vez iniciado el uso de SI(II)." (pg. 42) OMS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 3era edición 2018.

¹⁶ Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación. DNSSyR, 2018. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/estudio-de-seguimiento-y-adherencia-al-implante-subdermico-en-adolescentes-y-jovenes-en>

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN

Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés, o MALD en castellano), proporcionan una prevención del embarazo con alta efectividad y de largo plazo. Incluyen el DIU (DIU de cobre y DIU hormonal con levonorgestrel) y el implante hormonal subdérmico.

A diferencia de los otros MAC en los que el uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de las características de los adolescentes, de la disponibilidad en el centro de salud, de la calidad del asesoramiento y la experiencia en el uso del método, los LARCs:

- No dependen de la realización de acciones cotidianas o periódicas para garantizar el uso correcto del método.
- Son coito-independientes, con lo cual su uso no debe ser negociado en cada relación sexual.
- Se asocian a las más bajas tasas de falla anual (0,2-0,8% para DIU-DIU-levonorgestrel y 0,05% para implantes). En el caso de las pastillas anticonceptivas esta falla puede llegar hasta un 9%.
- Tienen alta tasa de eficacia.
- Suelen tener mayor continuidad en el uso (77% a los 2 años)¹⁸.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHE)

La solicitud de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) por una adolescente es suficiente para que le sea proporcionada de inmediato por cualquier persona del equipo de salud, que cuente con la información adecuada¹⁹. **No existe ningún impedimento legal ni científico para retrasar el acceso a la AHE.**

¹⁸ El proyecto CHOICE comprobó el grado de aceptabilidad y la menor probabilidad de tener un embarazo no intencional en comparación con el uso de métodos de corta duración. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:115.e1-7

¹⁹ Anticoncepción hormonal de emergencia. Nota técnica 1. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/anticoncepcion-hormonal-emergencia-nota-tecnica-1.pdf>

La AHE es la última oportunidad anticonceptiva que permite evitar un embarazo no intencional.

Cualquier adolescente con capacidad de gestar puede tomar la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) sin riesgos, incluso quienes no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante ya que la AHE no tiene contraindicaciones médicas (ICEC-FIGO 2018). La anticoncepción hormonal de emergencia está indicada para prevenir el embarazo después de tener relaciones sexuales con penetración pene-vagina si no se ha usado un MAC, si se ha usado de forma incorrecta, o si se ha usado de forma correcta pero se observa inmediatamente que ha fallado²⁰. Es más efectiva cuanto antes se toma, especialmente dentro de las primeras 12 horas (eficacia de un 95%). A partir de allí va declinando su efectividad (a las 72 hs cerca al 58%), aunque se puede tomar hasta cinco días después.

Los principales mecanismos de acción de la AHE son retrasar la ovulación y espesar el moco cervical uterino. De este modo evita que se junten el óvulo y el espermatozoide. Si ya hubiese ocurrido la fecundación, las pastillas no tienen efecto y el embarazo continúa, sin ningún daño para el embrión. Por lo tanto es importante trabajar para desterrar el mito: no son abortivas.

Algunas situaciones pueden requerir el uso de doble dosis de AHE con LNG 3mg debido a su posible reducción en la efectividad: en personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² y en quienes usen inductores de las enzimas hepáticas CYP450 (medicamentos contra el VIH: efavirenz y ritonavir, ciertos medicamentos para la tuberculosis y la epilepsia, y medicamentos que contienen hierba de San Juan).

²⁰ En el caso de adolescentes que acuden inmediatamente después de un episodio de violencia sexual, suministrar todo el tratamiento descrito en el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencia sexual (2021), que consta de: atención a las lesiones físicas y psíquicas, anticoncepción hormonal de emergencia, profilaxis para infecciones de transmisión sexual, vacunación profiláctica (hepatitis B, antitetánica) y exámenes diagnósticos; además de activar los circuitos de protección, comunicación y denuncia. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

Es importante aclarar que **no es correcto** llamarla “pastilla del día después” ya que este término se presta a confusiones y a esperas para su utilización. Es importante que desde los equipos de salud se pueda revisar el vocabulario para desarmar conceptos instalados en el uso cotidiano que refuerzan ideas equivocadas y obstaculizan la utilización adecuada de los recursos.

La AHE es menos efectiva que los métodos habituales y su uso frecuente puede ocasionar alteraciones en el ciclo (sin valor patológico). Por ser un método de emergencia, es importante elegir otro para uso habitual. No existe una cantidad máxima de veces que puede ser indicada y por eso es importante no infundir miedo con frases como “bomba de hormonas”. Hay que considerar que el uso frecuente de la AHE puede ser un *signo de dificultades con el método que se esté utilizando*. Es necesario dar lugar a la repregunta sobre si es posible o conveniente cambiar a otro método con el que se sienta más cómoda y pueda sostener en el tiempo.

Es recomendable aprovechar las oportunidades y entregarla de forma preventiva para que la tengan ante cualquier emergencia, así como informar dónde y cómo conseguirla. Cualquier persona puede retirarla, ya sea para su uso propio como de cualquier otra persona que la necesite.

DISPONIBILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE EMBARAZO

Las pruebas del embarazo en orina son una forma segura y rápida para diagnóstico de embarazo y se encuentran disponibles en forma gratuita en todos los centros de salud y hospitales públicos.

Cualquier adolescente que solicite un test debe tener acceso irrestricto al mismo, sea la persona que lo vaya a utilizar o si lo está solicitando para otro. Tampoco hace falta la presencia de una persona adulta para su provisión. Esta entrega debe estar acompañada por un asesoramiento acerca de su uso.

Es importante aprovechar esta instancia para dialogar acerca del conocimiento y utilización de MAC. Si no estaban usando, asesorarles.

Si estaban utilizando un método y este falló, preguntar sobre la forma de empleo. En caso que se registre mal uso del mismo, reforzar el modo correcto de usarlo y como se mencionó previamente entregar AHE de forma preventiva.

Por otro lado, frente a la posibilidad de que el resultado del test sea positivo, garantizar el asesoramiento en opciones.



SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- **Consultar:** “Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud”. Dirección de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2019.

Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>

- **Contar con recursos de apoyo como:**

- disco de criterios de elegibilidad
- maqueta para práctica de colocación de preservativo peneano
- muestras de los métodos para mostrar
- Rotafolio de Salud Integral en las adolescencias, disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/Rotafolio-adolescencia-vCM.pdf>
- Kit de materiales de “Experiencias para armar”, disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/Manual_Kit_experiencias_para_armar_6-7-2021.pdf

ABORDAJE DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo no intencional en la adolescencia supone uno de los problemas de salud pública más complejos y multicausales que involucra no sólo al sector salud, sino también a educación, desarrollo social y organismos del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes.

Si bien el embarazo en la adolescencia ha sido categorizado como de alto riesgo por contar con los indicadores de morbi-mortalidad materna más alarmantes (especialmente en menores de 15 años), el enfoque actual se centra en, por un lado, el impacto negativo que carga la gestación y la maternidad en el curso de vida y las oportunidades de les adolescentes, y por el otro, al no tratarse en su mayoría de embarazos planificados, la vulneración de derechos sexuales y de derechos (no) reproductivos, y por ende, de sus derechos humanos.

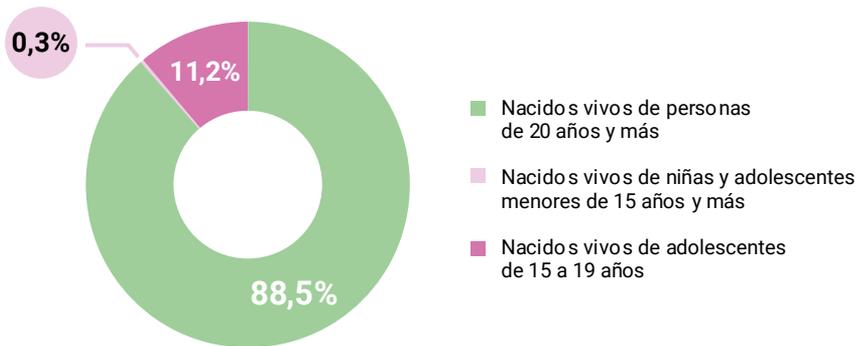
La maternidad a edades tempranas expone a NNyA a una carga en tareas de cuidado cuando todavía no se han consolidado las trayectorias educativas y formativas, lo que en muchos casos genera mayores dificultades para la inserción laboral.

La información de estadísticas vitales (DEIS) y del Sistema Informático Perinatal (SIP), que releva aproximadamente el 80% de las maternidades públicas del país, arroja datos que dan cuenta de la urgencia de trabajar y articular desde las políticas públicas en la temática. Es necesario aclarar que hasta la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo no se contó con información estadística completa: no sabemos cuántas (ni tampoco cuales) adolescentes, con diagnóstico de embarazo, tuvieron acceso a la interrupción del mismo; sólo existe información estadística de aquellas que tuvieron un parto, una cesárea y/o alguna complicación durante un aborto que requirió internación.

En el 2019, se registraron 71.741 nacidos vivos de personas gestantes de menos de 20 años; lo que representa un 11,7% del total de nacimientos de dicho año. De estos, 1.938 nacimientos corresponden a niñas y adolescentes de menos de 15 años y 69.803 a adolescentes entre los 15 y los 19 años.

Proporción de nacidos vivos de menores de 20 años. Argentina, 2019

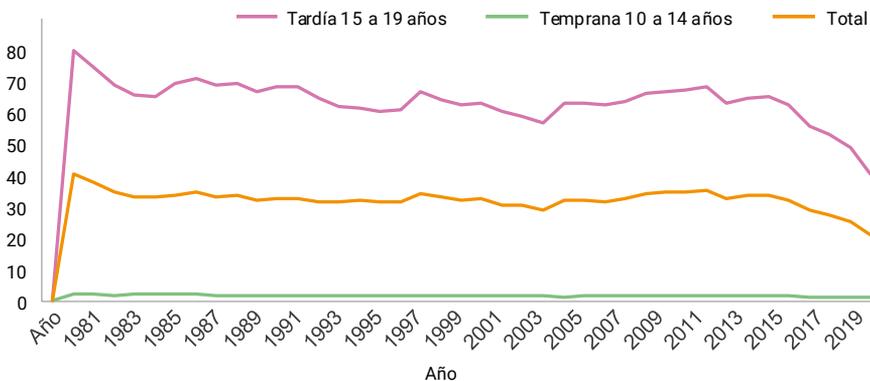
Fuente:



La tasa de fecundidad adolescente entre los 10 y 14 años fue de 1,1 nacidos vivos por cada 1.000 niñas o adolescentes, y de 40,7 por 1.000 en adolescentes entre los 15 y 19 años. Tanto la tasa de fecundidad tardía como la temprana son las más bajas desde que hay registro de este indicador (1980), lo que confirma una tendencia en baja desde 2012.

Tasa de Fecundidad Adolescente total, precoz y tardía, Argentina, 1980-2019

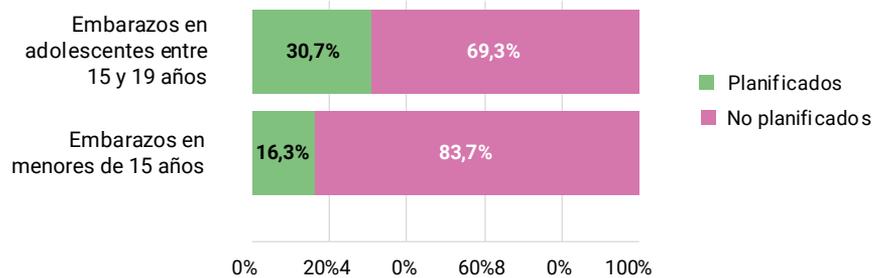
Fuente: Indicadores de salud seleccionados para población de 10 a 19 años, Argentina 2019. DEIS 2021



Los datos del SIP (2017) se mantienen constantes en el tiempo y están en consonancia con los de la región en el reporte de las adolescentes acerca de si el embarazo fue planificado o no; 69,3% de las adolescentes entre 15 y 19 años manifestó no haber planificado su embarazo, y de las de 10 a 14 años, el 83,7% no lo hizo.

Proporción de embarazos planificados en NyA según edad. Argentina, 2017

Fuente:

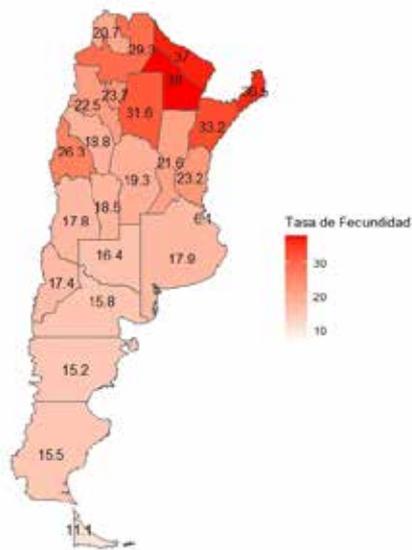


Existen otros indicadores que están por fuera del sistema de salud y que dan cuenta de la situación de adolescentes que tuvieron un parto o cesárea en este país. Cuando se vinculan indicadores socioeconómicos con epidemiológicos, la evidencia es contundente en toda la región: las adolescentes que se convierten en madres son aquellas que crecen y se desarrollan en los sectores más vulnerados de la población.

Esta desigualdad tiene también su correlato geográfico dentro del país, vinculado principalmente a determinantes sociales de la salud y barreras específicas de acceso a derechos sexuales; las tasas de fecundidad adolescente (10-19) de las provincias del noreste (Formosa 37 por 1.000 y Chaco 38 por 1.000) casi duplican las tasas de algunas provincias del centro y sur del país (17,9 por 1.000 en Buenos Aires, 18,5 por 1.000 en San Luis y 15,5 por 1.000 en Santa Cruz).

Tasa de Fecundidad
adolescente por provincia,
cada 1000 mujeres
Argentina 2019

Fuente: DEIS 2021



Para un correcto abordaje del embarazo no intencional en la adolescencia, es necesario utilizar un modelo medioambiental que incorpore los diferentes niveles (individual, familiar, comunitario, legislativo) que afectan el acceso de adolescentes al ejercicio de una sexualidad consentida, informada, cuidada y disfrutada. El preconcepto acerca de que el embarazo no intencional en la adolescencia es responsabilidad única y última de les adolescentes, además de estigmatizar su sexualidad y vulnerar sus derechos, ha llevado al fracaso a incontables políticas públicas pensadas para reducirlos. Esto tiene una relevancia especial en los embarazos de menores de 15 años porque a esas edades se reporta mayor prevalencia de situaciones de violencia sexual o de abusos previos a la integridad física y sexual.

Para el abordaje del embarazo en la adolescencia, es necesario trabajar no sólo desde el centro de salud sino también, a nivel comunitario y en articulación con las escuelas, en tareas de promoción y prevención.



PARA AMPLIAR

- “Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta” (2021) Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Atencion_Menores_de_15_embarazadas_6-2021.pdf

DETECCIÓN TEMPRANA Y CONSEJERÍA EN DERECHOS

El embarazo puede detectarse en la escuela, en un centro comunitario, o en una consulta médica. En algunos casos, les adolescentes acuden y plantean la situación de embarazo en forma directa; pero muchas veces se acercan por otros motivos sin conocer o sin manifestar la situación de embarazo. Es en estas situaciones donde se debe prestar especial atención, generar un espacio de escucha y agudizar la mirada para construir una sospecha diagnóstica que permita acompañar adecuadamente.

La respuesta debe garantizar el bienestar, tanto en relación a la situación concreta del embarazo, como a las situaciones abusivas en las que muchos de estos embarazos se producen. Cabe preguntarse si continuar o no con un embarazo responde a un interés y voluntad propia de la persona gestante o surge de la presión familiar o del temor al estigma o del miedo a solicitar una intervención por desconocimiento.

La posibilidad de interrupción voluntaria y/o legal del embarazo exige intervenciones rápidas. La intervención inicial debe enmarcarse en el concepto de integralidad. Es necesario un abordaje interdisciplinario que contemple los principios generales de cualquier atención: confidencialidad, privacidad, transparencia y escucha activa. Tanto los equipos de salud como quienes forman parte de la comunidad educativa, las áreas sociales o comunitarias deben considerar:

1. La posibilidad y acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) o interrupción legal (ILE) según corresponda.
2. La atención del embarazo, que siempre es de alto riesgo.
3. La detección de posible violencia sexual.
4. Anticoncepción Inmediata post evento obstétrico (AIPE).

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) E INTERRUPTIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

La ley 27.610, sancionada en 2020, regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la atención postaborto. Establece un sistema mixto de plazos y causales. Las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar, tienen derecho a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. En estos casos la persona gestante, con o sin discapacidad y de cualquier edad no está obligada a manifestar el motivo por el cual desea interrumpir el embarazo. Basta con su consentimiento libre y voluntario. No se requiere ningún otro documento o constatación más que la edad gestacional. A su vez, las personas gestantes tienen derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud integral²¹.

Es importante tomar en consideración que para aquellos embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años que tengan más de 14 semanas de gestación, los mayores riesgos físicos y emocionales asociados a los embarazos en NNyA se constituyen en sí mismos como causal salud²².

²¹ Se mantienen las causales establecidas por el Código Penal desde 1921 y los lineamientos de la CSJN en la sentencia "F. A. L. s/medida autosatisfactiva".

²² Los riesgos biomédicos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las niñas y adolescentes más jóvenes (10-14 años) que tienen peores resultados maternos y neonatales comparadas con mujeres de mayor edad (muerte materna, infecciones, eclampsia, parto prematuro y mortalidad neonatal. Asimismo, se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en esta población, así como estrés postraumático e ideación suicida en adolescentes durante el embarazo que habían sido víctimas de abuso sexual (DIAJU-UNICEF, 2021)

Para el acceso a la ILE:

- **No corresponde pedir autorización judicial:** la práctica no requiere intervenciones adicionales, sean médicas, administrativas o judiciales para ninguna de las causales mencionadas.
- **No se requiere la intervención de más de un profesional:** no es requisito solicitar consultas o dictámenes a terceros. Se deberá dejar constancia en la historia clínica, la edad y los riesgos específicos.
- **No corresponde pedir denuncia ni prueba o determinación judicial de la violación:** basta con la declaración jurada de las personas mayores de 13 años. En los casos de niñas menores de trece (13) años no se requiere declaración jurada, ya que la ley considera que una relación sexual con una niña siempre es violencia sexual.

44

En relación a niñas y adolescentes con discapacidad, tienen los mismos derechos al trato digno y a la autonomía, así como la misma capacidad jurídica para tomar decisiones sobre su cuerpo que el resto de las NNyA, tanto para la IVE como para la ILE. Las interrupciones deben realizarse de forma rápida, accesible y segura.

Quienes ejerzan objeción de conciencia no pueden imponer demoras que comprometan la atención. Siempre deben brindar información²³ y derivar de buena fe a otro profesional para que continúe la atención. Esto debe quedar asentado en la historia clínica.

Esta objeción puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta (intervención directa) de la IVE/ILE, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral de la salud, como la realización de ecografías, la toma de tensión arterial o la temperatura, seguimiento post aborto, entre otras prácticas.

²³ Están obligados a cumplir con el deber de informar (Ley de derechos del paciente, 26.529, y Ley de interrupción voluntaria del embarazo, 27.610)

Las prácticas de la IVE y de la ILE están incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), por lo cual prepagas y obras sociales deben cubrir y garantizar su gratuidad. La ley establece un plazo de 10 días para la resolución de la IVE/ILE. Deberá realizarse en un plazo no mayor a los 10 días corridos desde el momento en que fue requerida, ya que cualquier demora aumenta los riesgos para la vida o la salud de NNyA.

PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Transparencia activa

En el caso de NNyA con diagnóstico de embarazo, el equipo de salud debe, en todos los casos, informar acerca de:

- El derecho a la interrupción voluntaria (incluso si no hay solicitud explícita).
- La posibilidad de continuar con el embarazo y los indicadores diferenciales de riesgo en relación a la edad.

Se debe brindar toda la información técnica, científica (actualizada) y legal disponible que pueda ser aplicable, en lenguaje y formato accesible para que les adolescentes puedan comprenderla y le ayude a tomar decisiones.

Es clave la escucha activa, donde le profesional observa atentamente la conducta verbal y no verbal, interpreta no sólo lo que se dice, sino cómo se dice a través de los gestos, silencios y palabras la situación que se encuentra atravesando le adolescente. Una actitud libre de prejuicios y una escucha empática son necesarias para asegurar contención; aclarar que las preguntas relativas a la sexualidad no son para juzgar su intimidad, sino para poder dar una respuesta de calidad (DNSSR, 2019). La decisión de la persona es incuestionable y no debe ser sometida por parte de los profesionales de salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas.

Autonomía progresiva

Los profesionales deberán tomar en cuenta las habilidades que le niño o adolescente ha desarrollado para comprender la información sobre su situación (ya sea el riesgo para su salud bio-psico-social o la violencia sexual que ha sufrido), las alternativas para la interrupción del embarazo, los riesgos de su continuidad, etc. y tomar decisiones basadas en dicho entendimiento, realizando un abordaje individual de cada situación. Esta obligación es especialmente exigente en el caso de las niñas y adolescentes menores de 13 años.

Se requiere la intervención prioritaria de le niñe o adolescente, cualquiera sea su edad, y sus opiniones deben estar en el centro de las decisiones en función de su interés superior.

Es recomendable ofrecer la posibilidad de que las personas adultas de confianza puedan acompañarle durante la atención. Este acompañamiento no es obligatorio sino que busca incluir a la red de apoyo para poder acompañar durante todo el proceso.

La ausencia de esta red de contención no debe verse como un obstáculo para la realización de ninguna práctica. En estos casos, la comunicación a los organismos protectores de derechos debe activar las condiciones de acompañamiento de NNyA.

Consentimiento informado

A partir de los 16 años, para las decisiones sobre su salud, les adolescentes son consideradas como adultes por la legislación y pueden consentir la práctica de IVE/ILE en condiciones seguras, sin la necesidad de acompañamiento. Entre los 13 y 16 años brindan su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud, como es la práctica de IVE/ILE con medicamentos o con AMEU. En caso de otro tipo de práctica es necesario, además de su consentimiento, el asentimiento de una persona adulta de confianza (progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos). Este asentimiento implica el acompañamiento a la decisión tomada por le adolescente.

En el caso de menores de 13 años, les NNyA deben firmar el consentimiento informado, y la persona adulta de confianza acompañar en la toma de decisiones y ratificar el consentimiento (Ver Anexo de Consentimiento Informado).

En los casos de NNyA, en los cuales existe un conflicto entre su decisión y la opinión de la persona adulta que acompaña, el conflicto debe resolverse desde el equipo de salud teniendo en cuenta el interés superior²⁴, la regla de no sustitución del consentimiento, y la autonomía progresiva. El equipo de salud podrá solicitar apoyo de organismos de protección de derechos.

En ningún caso es necesario judicializar la decisión. Los equipos de salud siempre deben velar para garantizar la participación significativa y el desarrollo de la autonomía progresiva de NNyA frente a la toma de decisiones acerca de su salud.

²⁴ Art. 26 del CCyCN: “el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico”.

En todos los casos el equipo de salud debe asegurarse de entregar la información de manera clara, completa y actualizada, de forma que le adolescente o niño pueda comprender completamente su estado, el diagnóstico y las consecuencias de cada una de las alternativas terapéuticas ofrecidas. También debe fomentar que cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante todo el proceso.²⁵

Todo el proceso debe quedar debidamente documentado en la historia clínica y el resultado del consentimiento informado debe ser, en general, expresado por escrito (art. 7, Ley 27.610), donde la persona manifiesta haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa.



SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

En la atención de IVE e ILE

- Informar sobre el derecho al acceso a la IVE/ILE y los pasos para su cumplimiento según la edad gestacional.
- La denuncia en los casos de violación no es un requisito para acceder a la interrupción.
- Detallar los procedimientos posibles y más adecuados para la IVE/ILE.
- Evaluar la red de apoyo con la que cuenta cada adolescente.
- Informar y ofrecer anticoncepción post aborto inmediata, incluyendo anticonceptivos de larga duración.
- En los casos de IVE en el primer trimestre, se puede brindar la opción de realizarla tanto ambulatoria como en internación, y de esta forma que cada adolescente pueda elegir dónde se sentirá con la comodidad y la contención necesarias para realizar el procedimiento.

²⁵ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación. 2021

La IVE es, en general, un procedimiento de baja complejidad por lo que la atención de adolescentes puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria. Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para IVE en todos los niveles del sistema de salud para atender eventuales complicaciones o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica estricta.

REPITENCIA DE EMBARAZO NO PLANIFICADO EN LA ADOLESCENCIA

En relación a la repitencia del embarazo, según análisis propios de los datos de la DEIS, en 2019 un 17% de adolescentes entre 15 y 19 años que tuvieron un parto o cesárea, habían tenido más de un embarazo previamente, frente a un 1,8% de niñas y adolescentes menores de 15 años. Entre las consecuencias negativas de los intervalos intergenésicos cortos (24 meses) o muy cortos (12 meses) en adolescentes y jóvenes se encuentran el riesgo de partos prematuros, la anemia y el bajo peso al nacer.²⁶ Estos datos son especialmente significativos por indicar dificultades en el acceso a la anticoncepción posparto y posaborto.

Tanto los datos del SIP como investigaciones específicas (PNSIA 2015) indican que el paso por el sistema de salud en las diferentes instancias postparto y postaborto en sí no garantiza el acceso a MAC. Esta situación se debe, en gran medida, a que los múltiples puntos de contacto con adolescentes (control prenatal, alta por la internación por el evento y seguimiento post evento, entre otros) son escasamente aprovechados para brindar consejería y facilitar el acceso ágil y oportuno a los MAC. Asimismo, se advierte una brecha entre el método de elección y el método al cual acceden posteriormente. Se entregan los mismos métodos (anticoncep-

²⁶ Conde-Agudelo A., et al., Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. International Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 89, Supplement 1, April 2005.

Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.890.4327&rep=rep1&type=pdf>





tivos orales y preservativo) cuya adherencia, en muchos casos, fracasó previamente sin haber brindado otras opciones o repensado en forma conjunta qué situaciones llevaron a la falla del método anteriormente.

En conclusión, aprovechar instancias como el control prenatal y la internación para la consejería en anticoncepción y ampliar la oferta de MAC para incluir los métodos de largo y mediano plazo (DIU, implante subdérmico e inyecciones trimestrales) resulta clave para disminuir los embarazos no buscados en adolescentes que atravesaron un evento obstétrico.

ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA POST EVENTO OBSTÉTRICO (AIPEO)

La AIPEO es el acceso a un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico (parto vaginal, cesárea o aborto) antes del alta hospitalaria (48hs) o en la práctica de IVE ambulatoria, que permita posponer —o no tener— otro embarazo. En el caso de un aborto, el inicio inmediato de la anticoncepción es el día mismo del procedimiento quirúrgico o el día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto con medicamentos (OMS, 2019).

Luego de un aborto, la ovulación puede ocurrir entre 10 a 14 días después y el 75% de las personas ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al mismo. Entre quienes amamantan, la amenorrea posparto depende de la frecuencia o métodos de lactancia. Pero la ovulación, y por lo tanto el embarazo, puede ocurrir antes de que la menstruación se reanude (ACOG, 2016).

Existen diferentes momentos en los que se puede brindar información y elegir un MAC para el post evento obstétrico: en la consejería en opciones, en la consulta previa a la IVE/ILE, en el control prenatal, en el control postaborto o en el parto/cesárea. Lo más recomendable es que le niño o adolescente llegue al evento obstétrico con una decisión tomada, de manera informada y de acuerdo a su autonomía progresiva y situación



psico-social, acerca de si quiere usar un MAC o no, y qué tipo de método quiere utilizar. Como se mencionó previamente, se debe agudizar la mirada para identificar situaciones de violencia sexual y restituir derechos.

Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) por tener mayor eficacia y mayor adherencia en el primer año de uso son los métodos más recomendados para el momento de anticoncepción post evento obstétrico. La colocación del DIU postparto, dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas postparto o previo al alta luego de un aborto, ha demostrado ser segura y efectiva.

Es importante reforzar el doble método, promocionando el uso del preservativo, ya que no sólo aumenta la efectividad en la anticoncepción, sino que es imprescindible como prevención de las ITS incluyendo el VIH.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se transmiten principalmente a través de las prácticas sexuales sin protección y son producidas por distintos tipos de virus, bacterias y parásitos. Lo correcto es utilizar el término “infecciones de transmisión sexual” (ITS) y no enfermedades de transmisión sexual (ETS). *La denominación ETS conlleva un carácter estigmatizante en relación a las personas que viven con una infección de forma crónica sin que esto signifique que estén enfermas.* Muchas de estas infecciones cursan de manera asintomática, sin llegar a generar enfermedad.

La estigmatización puede generar vergüenza o sentimientos de culpabilidad que muchas veces hacen que no se consulte o sea tardíamente, disminuyendo así la posibilidad de diagnóstico y tratamiento oportunos. Además, el estigma y la discriminación refuerzan las desigualdades sociales existentes, en especial las relacionadas con el género y la sexuali-



dad. Puede verse comprometida, así, la posibilidad de vivir la sexualidad de manera placentera y/o afectar negativamente en otros ámbitos sociales tales como el familiar, el laboral y el educativo.

También es importante reforzar el uso de “infecciones transmisibles” y no “enfermedades contagiosas”. El término contagio se refiere a aquellos agentes infecciosos que pueden sobrevivir fuera del cuerpo humano, es decir, en el medio ambiente. En el caso de las ITS sólo pueden transmitirse por contacto directo entre personas o algunos de sus fluidos, por lo que es incorrecta la utilización del término contagio.

El uso correcto por el equipo de salud y la población general de los términos infección y transmisión (en lugar de enfermedad y contagio con la carga semántica negativa que estos implican) no sólo refiere a la corrección política en el vocabulario, sino que se inscribe en una perspectiva de atención de la salud cuyas estrategias de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno contribuyen a disminuir el estigma que recae sobre aquellas personas con alguna de estas ITS.

Las personas pueden contraer/transmitir ITS, estén o no en pareja, y cualquiera sea su identidad de género, orientación sexual, aspecto físico y/o nivel socioeconómico y cultural.

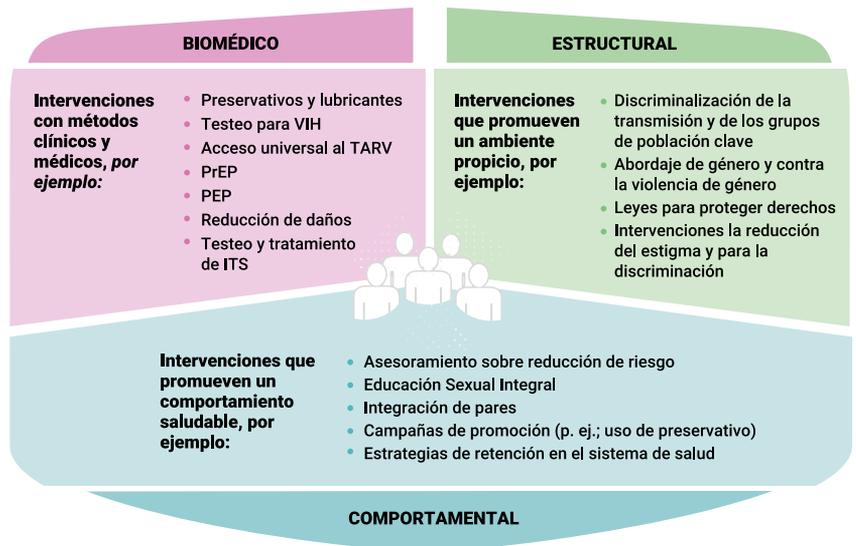
Es necesario problematizar y desterrar algunos conceptos equivocados como: “pareja estable equivale a sexo seguro”; las creencias y representaciones sobre “la confianza”, o si la persona con quien se tienen relaciones sexuales “es conocida”, o “tiene buen aspecto” o “no parece que...” no sólo son prejuicios y preconcepciones que operan sobre la oportunidad de autocuidado de los adolescentes sino que son falsos datos en torno a la transmisión de infecciones, que contribuye con la estigmatización y nunca promueve la salud ni las prácticas seguras.

La prevención combinada de VIH e ITS refiere a la combinación de diferentes estrategias basadas en evidencia científica, en derechos, planea-

das según las características epidemiológicas locales y que cuentan con la participación de la comunidad para su desarrollo²⁷. Esta sumatoria de intervenciones abarcan áreas comportamentales, biomédicas y estructurales y tienen un impacto sostenido en el tiempo:

Áreas de abordaje de la Prevención combinada

Fuente: adaptación de MSAL (2019). Proyecto piloto de implementación de centros de Prevención combinada y PrEP en la República Argentina Guía de Implementación y OPS Prevención Combinada de la Infección por el VIH. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih>



Si bien la estrategia está pensada para trabajar la prevención de la infección por VIH, puede ser traspolada a otras ITS²⁸:

INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

Durante las asesorías/ consejerías o cualquier consulta se debe reforzar la información brindada sobre las maneras de transmisión de las ITS. Es necesario aclarar que no son únicamente mediante las prácticas sexua-

²⁷ Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections A UNAIDS Discussion Paper. (2010) ONUSIDA. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf

²⁸ Llamado a la Acción Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención" Rio de Janeiro, Brasil, 18- 20 de agosto de 2015. http://onusidalac.org/1/images/2016/febrero/Llamado_a_la_accion_Sp.pdf

Otro link: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-llamado-accion-continuo-atencion.pdf>

les penetrativas pene-vagina, concepción que se arraiga a la noción de sexualidad vinculada con la reproducción, sino que también se incluye a cualquier tipo de práctica sexual: orales y/o anales y a la utilización de juguetes sexuales, entre otras.

¿Tienen síntomas las ITS? ¿Cuáles son los métodos de diagnóstico? ¿Qué tratamientos hay disponibles? Son algunos de los interrogantes que se pueden abordar para facilitar la orientación en cada caso. El asesoramiento es una herramienta fundamental como intervención orientada a la prevención.

MÉTODOS DE BARRERA: PRESERVATIVOS Y CAMPO DE LÁTEX

El preservativo (peneano o vaginal) y el campo de látex, en un uso correcto y sistemático, son los métodos de barrera más eficaces para prevenir las ITS, incluido el VIH, por lo que estos métodos deben ser siempre recomendados.

Puede suceder que aunque brindemos información variada y de calidad, les adolescentes no utilicen preservativos o campo de látex en sus prácticas sexuales, o no lo hagan siempre.



SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- **Cuando hablamos del preservativo peneano con los adolescentes:**
 - No asumir que conocen el uso correcto. Puede utilizarse rotafolio o lámina para recordar: uso correcto, conservación, vencimiento, momento de uso y lubricación.





SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- Hacer demostración de la técnica correcta de colocación en una maqueta, junto con los adolescentes. Se puede pedir que luego repita la técnica como si le enseñara a otra persona.
 - Insistir en las cualidades preventivas y anticonceptivas del preservativo peneano.
 - Para desarmar la creencia de que disminuye la sensibilidad podemos plantear una pregunta ¿dónde hay más sensibilidad: en un dedo o en el glande? Y a continuación colocar el preservativo en un dedo y pasar por encima un mechón de pelo o un pedazo de algodón.
 - Aprovechar esta instancia para incentivar su uso e indagar sobre posibles problemas que pueda tener para utilizarlo o para negociar su uso.
 - Es una buena oportunidad para informar sobre el uso correcto de lubricantes.
- **Brindar información sobre campo de látex:**
 - La necesidad de usarlo como protección en el sexo oral (boca-vulva / boca-ano) así como en la frotación vulva-vulva.
 - Cómo fabricarlo a partir de un preservativo peneano (se desenvuelve el preservativo, se corta el aro de la base, luego se corta en forma vertical).



PARA AMPLIAR

- Recursos audiovisuales de la Fundación Huésped, para trabajar dificultades y pensar ventajas del uso de métodos de barrera. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/informacion/vih/uso-correcto-del-preservativo-y-campo-de-latex/>



DIAGNÓSTICO OPORTUNO

Respecto de las pruebas para la detección de las infecciones de transmisión sexual, es clave tener en cuenta que hay variedad de infecciones que cursan de manera asintomática, aunque algunas personas pueden presentar signos y/o síntomas muy leves o inespecíficos como decaimiento, fiebre, dolor muscular o articular. En ese sentido, recurrir al testeo es imprescindible porque se detectan únicamente a través de exámenes de laboratorio.

Desde 2010, se observa un crecimiento sostenido de la tasa de sífilis en toda la población en general, que incluye la sífilis sin especificar (asintomática). Asimismo, se observa un aumento en la sífilis en personas gestantes, en el cual les adolescentes y jóvenes muestran los índices más altos (15-24 años)²⁹.

Es importante que la persona gestante y su/s pareja/s (si la/s tuviera) se realice/n el test de VIH, y utilicen el preservativo y/o campo de látex para prevenir la posibilidad de transmisión durante el embarazo. La transmisión vertical puede prevenirse con tratamiento antirretroviral oportuno durante el embarazo, parto o cesárea programada, y lactancia según la carga viral de la persona gestante.

PRUEBA DE VIH

El test de VIH es la única manera de saber si una persona tiene el virus o no. El estudio puede realizarse mediante la extracción de sangre convencional, con la punción de un dedo (test rápido), o con una prueba autoadministrada (autotest). Tanto el autotest³⁰ como el test rápido permiten contar con un resultado preliminar en, aproximadamente, 20 minutos. En caso de obtenerse un resultado reactivo, se deberá confirmar con otro estudio de mayor complejidad.

²⁹ Boletín sobre el VIH, Sida, e ITS en Argentina. N°36. Año XXII. Diciembre de 2019.

³⁰ Aún no está disponible en nuestro país

En el subsistema público de salud, así como en obras sociales y empresas de medicina prepaga, el testeo de VIH es gratuito. Se debe realizar a quien lo solicite, independientemente de su edad, y sin necesidad de orden médica.

El acceso al test es un derecho. No es un requisito para ingresar a un trabajo, acceder a la atención médica o a una intervención quirúrgica, o ser parte de un examen prenupcial.

La articulación con las organizaciones de la sociedad civil resulta una estrategia eficaz para ampliar el acceso a los servicios de salud y reflexionar sobre los prejuicios más comunes que sufren distintos segmentos poblacionales. La incorporación de sus referentes a las reuniones de equipo, grupos de discusión y procesos de capacitaciones y formación enriquecen las propuestas y acciones desarrolladas desde los servicios de salud.

ASESORÍAS PARA TESTEO RÁPIDO DE VIH

Las asesorías para el acceso al test rápido surgen como estrategia para enfrentar el desafío de aumentar el número de testeos para VIH garantizando la calidad del proceso diagnóstico. Esta estrategia involucra la precisión y agilidad de los procedimientos técnicos, conjuntamente con la garantía de la voluntariedad de realización de la prueba, el asesoramiento (pre y post test) y la firma del consentimiento informado, la confidencialidad del resultado obtenido y la derivación certera, si fuera necesaria.

La implementación de asesorías en los centros de salud del primer nivel de atención mejora las prácticas preventivo-asistenciales y favorece una atención integral de la salud de las personas en relación con la comunidad y organizaciones que en ella conviven, facilitando la articulación de tareas de prevención y promoción de la salud.

Los principios de las asesorías son:

- Perspectiva de derechos.
- Accesibilidad y gratuidad.
- El carácter voluntario del test de detección de anticuerpos y la



obligatoriedad del consentimiento informado, previo asesoramiento sobre las características de la prueba y la confidencialidad de los resultados.

- El derecho a la **privacidad y confidencialidad del diagnóstico de seropositividad**, estableciendo un código para la denominación de los pacientes.

Las entrevistas de asesoramiento pueden ser realizadas por cualquier integrante del equipo de salud, de la comunidad o de organizaciones de la sociedad civil que trabajen con la temática del VIH y tenga entrenamiento en asesoramiento, con conocimientos actualizados sobre ITS y VIH-sida. Es importante que quien tenga a cargo la tarea de ofrecer el testeo y entregar el resultado sea una persona que posea disposición interna, afectiva y tiempo para realizar la tarea de forma diferenciada y con buena calidad de asistencia.

Para saber dónde realizar el test consultar al 0800 333 3444

TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN

Otras de las herramientas para la prevención del VIH son aquellas que utilizan el tratamiento antirretroviral de alta eficacia para prevenir las nuevas infecciones. Ya sea cuando las personas con VIH realizan su tratamiento eficazmente y reducen a cero el riesgo de transmisión (Indetectable = Intransmisible), o mediante las profilaxis pre exposición (PrEP), o Post Exposición (PEP).

La **profilaxis pre-exposición** consiste en la utilización de medicación antirretroviral, por parte de personas que no tienen VIH, de manera continua para prevenir la transmisión.

Según la evidencia disponible, existen dos formas de realizar un tratamiento de preexposición al VIH: con la toma diaria de las drogas destinadas a tal fin, o a través de la estrategia 2+1+1³¹, que consiste en tomar

³¹ Conocida como "a demanda".

dos dosis en el día previo a la práctica sexual de riesgo y 1 dosis en cada día posterior a la última situación de riesgo. Es sumamente importante que el tratamiento con profilaxis pre exposición se realice bajo estricto seguimiento profesional.

Además del diagnóstico en el caso de situaciones donde haya signos y/ o síntomas o situaciones previas conocidas con posibilidad de transmisión de ITS, se recomienda que el equipo de salud ofrezca el testeo de VIH y otras ITS a toda persona usuaria de la profilaxis preexposición.

La **profilaxis post-exposición** es la utilización de medicación antirretroviral durante un tiempo determinado (4 semanas), a fin de prevenir que una persona contraiga VIH, luego de haberse expuesto a una situación con posibilidad de transmisión.

El tratamiento debe ser cubierto al 100% tanto en el sistema público de salud, como por las obras sociales o empresas de medicina prepaga. Debe iniciarse antes de las 72 hs de pasada la práctica de riesgo.



PARA AMPLIAR

- Proyecto piloto de creación de centros de Prevención combinada y Profilaxis Pre-Exposición. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001670cnt-proyecto-creacion-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf>
- Profilaxis Post Exposición para el VIH en personas adultas Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf
- Uso de PrEP como parte de la estrategia de Prevención combinada. Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/Guia_Uso_de_PrEP_como_parte_estrategia_prevencion_combinada.pdf

INDETECTABLE=INTRANSMISIBLE

Esta herramienta de prevención, I=I, es, además de una estrategia para la reducción de nuevas infecciones de VIH, una oportunidad hacia la eliminación del estigma y la discriminación³².

Desde la aparición del VIH los avances en el campo de la salud posibilitan que las personas con VIH que reciben Tratamiento Antirretroviral (TARV) efectivo puedan gozar de la misma calidad de vida que quienes no tienen VIH. Hace tiempo la evidencia empírica indica que la posibilidad de transmitir VIH por vía sexual y perinatal tiene relación directa con los niveles de carga viral en sangre. **Cuando las personas con VIH tienen una carga viral indetectable por al menos seis meses, -y la mantienen así- no transmiten el virus en las prácticas sexuales.**

En ese sentido, el inicio temprano y la continuidad del TARV es una medida efectiva para la reducción de la transmisión en parejas donde una de las personas tiene VIH y otra no (parejas serodiscordantes)



PARA AMPLIAR

- Indetectable=Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable. Ministerio de salud. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intrasmisible.pdf
- Indetectable = Intransmisible. La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH. (2018) ONUSIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf
- Indetectable=Intransmisible. Recurso audiovisual de Fundación Huésped. Disponible en: https://youtu.be/WVJ4v_P6dCM
- Campaña I=I de Ushuaia a La Quiaca, disponible en: www.indetectable.info

³² Traducción del inglés undetectable= untransmittable (U=U) surgido en 2016 en EEUU como campaña orientada a reducir la discriminación y el estigma asociado al VIH.

En esa línea, I=I es además un mensaje que procura eliminar las creencias y representaciones que asocian a las personas con VIH como “fuentes de contagio”, “responsables de la epidemia” y “riesgos para el entorno”.

Es un hito en la historia de la prevención del VIH que se enmarca en la estrategia de prevención combinada, es decir una propuesta de prevención que no se reduce a elementos biomédicos, sino que se fortalece por la inclusión de componentes estructurales, comportamentales.

INMUNIZACIONES

Las vacunas para hepatitis A y B y para VPH incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación, constituyen otra estrategia fundamental de prevención de infecciones de transmisión sexual³³.

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑO

La transmisión por vía sanguínea del VIH y las Hepatitis B y C se previene, entre otras maneras, evitando compartir canutos, jeringas u otros elementos corto-punzantes como agujas.

Además, es necesario pensar en acciones que reduzcan los daños en el consumo de otras sustancias de uso recreativo, tales como la cocaína, el éxtasis, la ketamina, el GHB y el GLB, sustancias utilizadas en ocasiones para tener prácticas sexuales. En estos encuentros de sexo y drogas podrían reducirse las medidas de cuidado, por lo que se recomienda un abordaje empático en la consulta.

Las estrategias de reducción de daño implican la adopción de cuidados para la salud, aún cuando continúe el consumo de sustancias. Estas estrategias permiten, además de reducir los daños ligados al consumo, generar vínculos de confianza entre usuarios y equipos de salud. Tanto estos vínculos como la adopción de alguna práctica de cuidado generan mejores condiciones para la adopción de otras prácticas saludables en un futuro.

³³ Para ampliar, ver Fascículo 2 “Evaluación integral de salud”, apartado Inmunizaciones.



DETECCIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las manifestaciones violentas que atentan contra el pleno ejercicio de la sexualidad son diversas. Situaciones como el acoso, el abuso y la violencia sexual, incluyendo las situaciones violentas en las relaciones sexo afectivas, afectan particularmente a la población adolescente.

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.



TEXTUAL

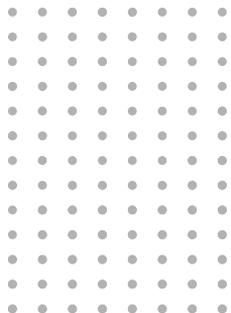
“Violencia sexual es “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OMS, 2013).

²¹ Actividad adaptada del Manual de Participación Juvenil Asociación Canadiense de Salud Mental/ OPS (2003).



La coacción puede abarcar el uso de grados variables de fuerza, la intimidación psicológica, la extorsión, las amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.). También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

Los abusos sexuales hacia niñas, niños y adolescentes constituyen una de las manifestaciones violentas más extremas. Se trata de situaciones que pueden haberse iniciado a edades tempranas y darse de manera repetitiva, o bien de forma esporádica o solo una vez. Pueden ocurrir en distintos contextos y los agresores pueden ser personas de su entorno familiar con quienes conviven, allegados, o adultos a cargo de su cuidado; o bien pueden ser extraños y desconocidos. Dadas las características de la problemática y de sus consecuencias, requiere de un enfoque integral que involucre a distintas disciplinas y comprometa a varios sectores. Quienes participen tienen que estar preparados para intervenciones complejas en las que se necesita construir rutas de acciones y definir figuras responsables para mejorar las respuestas institucionales. Esta temática se desarrolla en el Fascículo 5 “Violencias y lesiones”.





PARA AMPLIAR

- Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Actualización 2021. DNSSR, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf
- Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional. Chejter, S.; Isla, V. (2021). DNSSR, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/AbusoSexual_lineamientos2021.pdf
- Consejería en derechos a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y embarazo forzado: reflexiones sobre sus especificidades. Dimensiones claves para su abordaje. Chejter, S. (2021) DNSSR, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/Informe_Consejerias_2021_160621.pdf
- Materiales para la formación en detección y abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado en la niñez y adolescencia. (2022) Plan ENIA. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-04/Material_formacion_deteccion_y_abordaje_del_abuso-sexual_y_embarazo_forzado_en_la_ninez_y_adolescencia_marzo_2022.pdf
- Análisis de la regulación del abuso y violencia sexual contra niñas-es-os y adolescentes en la Argentina. Ariza Navarrete, S.; Leonardi, C.; Finzi, T. (2021) DNSSyR, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/analisis_regulacion_abuso_violencia_sexual_contra_ninixs_y_adoles_en_arg.pdf

BIBLIOGRAFÍA

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). "Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception", en Committee Opinion, n° 670.

CEPA-SAP. (2016) Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes: diálogos posibles entre los jóvenes y los servicios de salud. Recuperado el 17-08-2021 de: https://www.sap.org.ar/docs/comites/adolescencia/publicacion_sap_uba_2016.pdf

Chejter, S. Isla, V. 2021. Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. Ministerio de Salud de la Nación. DNSSyR. Recuperado el 17-08-2021 de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/AbusoSexual_lineamientos2021.pdf

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes con VIH y con exposición perinatal. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000864cnt-2016-11-08_guia-atencion-ninos-vih.pdf

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud de la Nación (2018). Guía práctica para la atención para la atención integral de las personas adultas con VIH en el primer nivel de atención. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001366cnt-2018-10_guia-vih_per-nivel-atencion-adultos.pdf

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud de la Nación (2019). I=I Indetectable = Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/indetectable-intransmisible>

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (2019). Proyecto piloto de implementación de centros de Prevención combinada y PrEP en la República Argentina Guía de Implementación. Disponible en: bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001670cnt-proyecto-creacion-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf

DNSSyR (2018). Consejerías en Salud sexual y Salud reproductiva. Propuesta de diseño y organización e implementación, 3.ª edición. Disponible en: bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva



DNSSyR. (2018). Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación. Disponible en:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001389cnt-informe_implante.pdf

DNSSyR. (2018). Experiencias para armar. Recuperado el 17-08-2021 de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/Manual_Kit_experiencias_para_armar_6-7-2021.pdf

DNSSyR (2019). "Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud". Dirección de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2019. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>

DNSSyR. (2020). Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Recuperado el 17-08-2021 de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/anticoncepcion-hormonal-emergencia-nota-tecnica-1.pdf>

DNSSyR (2021). Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud. Disponible en:

bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aiepo

DNSSyR. (2021). Nota informativa N° 5. Interrupción voluntaria y legal del embarazo. Ley 27610. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/Nota-informativa-5-interrupcion-embarazo.pdf>

DNSSyR. (2021). Nota técnica N° 3. Ley 27610. Estándares legales para la atención de la interrupción del embarazo. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-04/DNSSR_Nota_tecnica_3_Estandares_Legales.pdf

DNSSyR. (2021). Nota técnica N° 4. Ley 27610. Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE. Disponible en:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/NotaTecnica4-Ley_27610_Aspectos_Medicos_Atencion_Integral.pdf

Elizalde S. y Mateo N. (2018) Las jóvenes: entre la "marea verde" y la decisión de abortar. Recuperado el 17-08-2021 de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n3/433-446/es>

BIBLIOGRAFÍA

ICEC. FIGO (2018). Emergency contraceptive pills. Medical and Service Delivery Guidance. Fourth Edition.

Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud (2017) Curso del Plan Nacional de Prevención y Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Argentina

Ministerio de Salud de Chile (2017). Directrices Estrategia Regional para avanzar en Prevención Combinada del VIH y Abordaje de otras Infecciones de Transmisión Sexual. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=110507&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Atencion_Menores_de_15_embarazadas_6-2021.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Anexo. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-09/anexo-hoja-ruta-atencion-embarazo-adolescente-21-9-2020_4_2.pdf

Morgade, Graciela (2011). "Hacia una educación sexuada justa" en Toda educación es sexual: Editorial La Crujía.

OMS. (2018). Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra. Recuperado el 17-08-2021 de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-spr-implementation-guide/es/

OMS. (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. Ginebra. Recuperado el 17-08-2021 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259814>

OMS (2019). Tratamiento médico del aborto.

ONUSIDA. (2010). Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf

PSIA (2015). Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.



Toporosi, S. (2014). Educación sexual. Manifestaciones actuales. Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado el 17-08-2021 de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/sexualidad_infantil_manifestaciones_actuales.pdf

FASCÍCULO 3

Lineamientos para el
Abordaje de la Salud Integral
de Adolescentes en el
Primer Nivel de Atención

SALUD SEXUAL

ISBN 978-950-30-0327-1



9 789503 803271

argentina.gob.ar/salud
0800 .222 .100 2
Av. 9 de Julio 1925, C.A.B.A.

Dirección de
Adolescencias y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*