



# GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA POST EVENTO OBSTÉTRICO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

---

Una oportunidad para promover y  
garantizar la salud sexual integral

MINISTERIO DE  
SALUD

---



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
**BUENOS  
AIRES**

---

## **Axel Kicillof**

Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

## **Nicolás Kreplak**

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

## **Alexia Navarro**

Subsecretaria de Atención y Cuidados Integrales en Salud

## **Sabrina Balaña**

Directora Provincial de Equidad de Género en Salud

## **Carlota Ramírez**

Directora de Salud Sexual y Reproductiva

## **Delia Zanlungo**

Directora de Maternidad y Salud Perinatal

## **Equipo de la DPEGS que participó de la elaboración de contenidos**

Agostina Finielli; Andrea Paz; César Bissutti; Florencia Fraga; Gisela Stablun, Karina Felitti; Mara Monteagudo; Romina Castellani.

## **Equipo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva**

Brenda Sosa; Claudia Gabriela Panizza; Candela Jazmín Ugolini; Damián Levy; Diego Watkins; Estela Sánchez; Florencia Nejamkin; Graciela Lukin; Iván Fornales; Julia Inés Cabrejas; Johanna Romero; Karina Felitti; Karina Paiva; Katherine Burgos; Laura Andoro; Lorena Setien; Lucía Yasky; Mara Di Bernardi; Marcela Viola; Maximiliano Rocha; Romina Castellani; Rosa Belén Barco.

## **Equipo de la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal**

Agustina Caro; Alejandra Bustos; Ana María Pitto; Ana María Suárez; Anahí Molina; Analía De Simón; Andrea Das Neves; Carlos Sereno; Clara Gilligan; Daiana Muñoz; Emiliana Cipriano; Fabián Tomasoni; Facundo Parra; Giselle Lamela; Julia Elena Britos; Laura Cicocioppo; Luciana Kanterewicz; María Emilia San Martín; María Eva Díaz; María Laura Molina; María Rosa Sabbadin; Mariana Specogna; Martín Luna; Melina Mosquera; Mónica Villegas; Myrian Bracco; Natalia Jortack; Natalia Tarducci; Sergio Bareiro; Silvia Marzo; Paola Saracco; Patricia Barrios Skrok; Perla Farinato; Silvina González; Silvina Moggiano; Valentino Godoy; Vanesa Zanca; Yanina Azzas.

---

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
1.1. AIPEO: una oportunidad para garantizar derechos	4
<b>2. IMPORTANCIA DE LA AIPEO EN EL CUIDADO DE LA SALUD INTEGRAL</b>	<b>8</b>
2.1. Orientaciones de implementación	10
a. Reflexionar sobre las propias creencias y prácticas	11
b. Reconocer la importancia de las consejerías	12
c. Consideraciones sobre el acceso a información y métodos anticonceptivos	13
c.1. Anticoncepción postaborto	15
c.2. Anticoncepción postparto	16
d. Interseccionalidad en el modelo y práctica de atención	17
d.1. AIPEO en personas adolescentes	19
<b>3. CONSENTIMIENTO</b>	<b>22</b>
3.1. Consentimiento de niñas/os y adolescentes para acceder a métodos anticonceptivos	22
3.2. Consentimiento en personas con discapacidad	24
<b>4. REDES: Integralidad y circuitos de atención</b>	<b>25</b>
4.1. Consejería de métodos anticonceptivos en la consulta prenatal y en atención preaborto	25
4.2. Importancia de la articulación entre los distintos niveles de atención	28
<b>5. PERSONAL ESTRATÉGICO</b>	<b>28</b>
<b>6. REFLEXIONES FINALES</b>	<b>30</b>
<b>7. REFERENCIAS</b>	<b>31</b>

---

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. AIPEO: una oportunidad para garantizar derechos

La salud sexual, reproductiva y no reproductiva es una política prioritaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, en convergencia con las normativas y lineamientos nacionales en este campo, así como las recomendaciones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud. Es por ello que, desde el inicio de nuestra gestión, hemos desarrollado una serie de estrategias, con fuerte anclaje territorial y con participación de la comunidad organizada, que promueven un modelo de atención fundamentado en una perspectiva de género y de derechos humanos.

En el marco de la priorización de esta política sanitaria hemos implementado estrategias de formación/capacitación y producido materiales como la **Guía de Implementación de Interrupción Voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires, en el marco de la Ley Nacional Nº 27.610** (enero 2021, actualizada en septiembre 2021) y la **Guía de implementación del Parto Respetado en la provincia de Buenos Aires, en el marco de la Ley Nacional Nº 25.929** (mayo 2021). Las mujeres y las personas con capacidad de gestar que se identifican con otras identidades de género son sujetos que tienen derecho a decidir sobre sus vidas sexuales y reproductivas, y que por ello deben acceder a información oportuna y los medios necesarios para ejercer sus decisiones.

Los partos y los abortos son eventos obstétricos frecuentes en la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar y constituyen una oportunidad de vínculo con el sistema de salud. Los equipos de

salud<sup>1</sup> tenemos la responsabilidad de garantizar el acceso a información y a servicios de anticoncepción en el marco de una política de cuidados de la salud sexual integral. Esta **Guía para la implementación de la Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPEO)** se suma a la caja de herramientas de los equipos de salud que acompañan los procesos de gestión, atención y cuidados relacionados con el embarazo, parto, postparto, aborto y postaborto. Su principal objetivo es garantizar el derecho a la anticoncepción con posterioridad a un aborto o parto. Para ello, presentamos los fundamentos de esta estrategia, en base a otras experiencias y algunos datos provinciales; y proponemos circuitos y redes de trabajo.

Esta guía también invita a reflexionar sobre el modelo de cuidados de la salud que impulsamos. Por eso no nos enfocamos aquí en los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos<sup>2</sup>, ni en la descripción de los métodos en sí, sino en la importancia de poder dar respuesta a una demanda existente, desde una mirada integral y situada.

Se trata de seguir impulsando la transformación de un modelo de atención enfocado en la enfermedad, en otro que promueve prácticas colectivas de cuidado y respeto, acompaña y apoya los deseos de las personas que transitan en él, y fomenta la autonomía corporal. Cuando hablamos de autonomía corporal, nos referimos al poder y la capacidad

---

1 En el marco de esta Guía entendemos por “equipo de salud” a todas las personas que integran un colectivo de trabajadoras y trabajadores en diferentes roles y funciones, en particular cuando nos referimos a equipos de salud que brindan atención y cuidados en el proceso de embarazo, parto y puerperio se incluye a obstétricas/os, médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, administrativas/os, promotoras/es de salud, puericultoras/os, doulas, psicólogas/os sanitarias/os y toda otra persona que lo integre.

2 Sobre este tema sugerimos visitar la siguiente publicación: OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), 2014. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

de decidir de las personas sobre sus cuerpos sin violencia ni coacciones, y esto incluye decidir si se quiere quedar embarazada, cuándo o con quién.

<b>Modelo fundado en el control de la reproducción</b>	<b>Modelo impulsado en el cuidado de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva</b>
Centrado en el control del paciente	Centrado en el acompañamiento del sujeto de derechos
Neutral, ciego a las diferencias	Social, interseccional
Individualista	Colectivo/en red
Médico sabe; paciente obedece	Profesional de la salud y usuaria/o se escuchan, dialogan, se informan y comparten sus saberes y experiencias
Verticalista	Con mayor horizontalidad
Modelo disciplinador y normalizador de la sexualidad	Que reconoce diversidad de prácticas y significados en torno a la sexualidad, la reproducción y la no reproducción
Mujer = Maternidad obligatoria	Que acompaña las decisiones reproductivas y no reproductivas de las personas con capacidad de gestar

Esta guía ofrece a los equipos un recorrido posible para visitar los paradigmas sobre los que se organiza la atención de la salud transformando las relaciones asimétricas de poder para fortalecer y mejorar el acceso a la anticoncepción como una política de cuidado y de equidad para todas las personas con capacidad de gestar que se acercan al sector salud por un evento obstétrico.

## Caja de herramientas

Invitamos a trabajar esta guía en diálogo con las otras guías ya publicadas por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Guía AIPEO del Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de Implementación de Interrupción Voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires. En el marco de la Ley Nacional Nº 27.610. 2021

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2022/08/GU%C3%8DA-de-Implementacion-de-la-Interrupci%C3%B3n-Voluntaria-del-Embarazo-Segunda-Edici%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de implementación del Parto Respetado en la provincia de Buenos Aires. En el marco de la ley Nacional Nº 25.929. 2021

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2022/03/guiapartorespetado.pdf>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (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. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

[https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/GuiaAIPEO\\_13122021.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/GuiaAIPEO_13122021.pdf)

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR). (2019) Métodos anticonceptivos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina 2019. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/metodos\\_anticonceptivos.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/metodos_anticonceptivos.pdf)

La **Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPEO)** consiste en el **acceso efectivo de una persona al método anti-conceptivo elegido en el período posterior al evento obstétrico** (parto vaginal, cesárea o aborto) **antes del alta hospitalaria o, en un hecho de aborto ambulatorio, en la consulta inmediata posterior.**

El acceso a la AIPEO está vinculado con la soberanía del propio cuerpo, con el derecho al goce y al placer y, fundamentalmente, con el derecho a la salud, a decidir, a proyectar y organizar la vida según los propios deseos, que se enmarca en lo previsto en las leyes vigentes en materia de derechos sexuales y



reproductivos (Ley Nacional N° 25.673, Ley Provincial N° 13.066).

**El evento obstétrico debe ser considerado como una oportunidad para informarse y reflexionar sobre el cuidado de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, y acceder a los medios necesarios para tomar decisiones anticonceptivas.**

La implementación efectiva de la AIPEO requiere de una mirada interseccional que reconozca las necesidades específicas de cada comunidad y persona. Esta especificidad puede estar relacionada con la clase social, la edad, la identidad de género, la pertenencia/ identidad étnica, las capacidades de desplazamiento y comprensión, entre otras.

Desde este posicionamiento, la guía incluye como opción de la oferta anticonceptiva a las vasectomías, para promover la responsabilidad reproductiva de los varones (cis) y su involucramiento en prácticas de cuidado de sí y de las personas con quienes tienen relaciones sexuales.

Proponemos esta guía como una hoja de ruta para acompañar a las personas con capacidad de gestar en la toma de decisiones respecto a la anticoncepción, reconociendo la dimensión colectiva, social y política que involucra el ejercicio de este derecho.

---

## **2. IMPORTANCIA DE LA AIPEO EN EL CUIDADO DE LA SALUD INTEGRAL**

El acceso a información, a servicios de salud sexual y no reproductiva, y a métodos anticonceptivos, son derechos fundamentales y condiciones indispensables para prevenir embarazos no deseados y no intencionales.

Cuando la maternidad no es deseada, un embarazo no planificado puede exponer a las mujeres y personas con capacidad de gestar a la necesidad de atravesar un aborto inseguro que podría haberse evitado.

Además, en algunas situaciones, un nuevo embarazo, sin un espaciado suficiente respecto al anterior, aumenta el riesgo de su salud integral.

El acceso a un método anticonceptivo seguro inmediatamente después de un parto, una cesárea o un aborto, institucionalizado o ambulatorio, permite a las personas:

- Planificar su fecundidad para evitar embarazos no intencionales.
- Espaciar los embarazos, cuando estos son deseados, para cuidar la salud de la persona gestante.
  - Un embarazo dentro de un período muy cercano a un evento obstétrico previo aumenta el riesgo de abortos provocados, morbilidad de la persona embarazada, bajo peso al nacer y/o prematuridad de la persona recién nacida, muerte neonatal, entre otras complicaciones.
  - En el caso de una cesárea, el intervalo intergenésico corto disminuye las probabilidades de poder tener un parto por vía vaginal en el embarazo siguiente.

En la provincia de Buenos Aires hubo, en el año 2020, 191.474 nacidos/as vivos/as. Según el SIP, en ese año, el 61% de los nacimientos ocurridos en el sector público de la provincia fueron embarazos no planificados, de los cuales el 76,5% no estaban usando MAC al momento del embarazo. Porcentajes que aumentan en la población de niñas y adolescentes menores de 19 años, donde el 73,3% indicaron ser embarazos no planificados, de los cuales el 79% no estaba usando ningún método anticonceptivo. En el caso de niñas y adolescentes un 24% ya tenía una o más gestas previas (SIP 2020). Estos datos refuerzan que cada contacto con el sistema de salud es una oportunidad de acceso a información y al método anticonceptivo adecuado.

Los embarazos no intencionales ponen en evidencia la necesidad insatisfecha en la demanda de anticoncepción; pueden ser resultado de situaciones de violencia sexual pero también

gestaciones que se producen porque no se tuvieron en cuenta otras posibilidades. Las consejerías son espacios para poder conversar sobre diferentes proyectos de vida e informarse y acceder a métodos anticonceptivos que pueden ayudar a desarrollarlos.

Por todo lo anterior, la AIPEO constituye un derecho que poseen las personas y una obligación de los equipos de salud. Incorporar la consejería en opciones anticonceptivas durante el cuidado del embarazo o el aborto significa reconocer que estos eventos obstétricos son momentos significativos en las trayectorias de vida de las personas, que conllevan decisiones. **Muchas veces, es la única oportunidad que tienen las personas de plantear a un equipo de salud cuestiones vinculadas a su sexualidad.**

Este enfoque de la salud reproductiva y no reproductiva implica transformar un modelo disciplinador y normalizador de la maternidad, restituyendo a las mujeres y toda persona con capacidad de gestar la autoridad epistémica sobre sus cuerpos y sus deseos; es decir, la autoridad de definir, nombrar, entender e interpretar sus cuerpos, sus deseos, sus trayectorias vitales, lo que significa un reconocimiento a sus saberes y experiencias.

## 2.1. Orientaciones de implementación

Es importante recordar que la oportunidad de consejería que ofrece la atención post evento obstétrico no debe ser nunca una imposición, sino una respuesta a una demanda concreta y un ofrecimiento que hacen los equipos como parte de sus estrategias de cuidado.

## a . Reflexionar sobre las propias creencias y prácticas

Un primer paso para mejorar la implementación de la AIPEO es generar un espacio de reflexión sobre nuestras prácticas como agentes de salud:

- ¿Podemos considerar a las mujeres escindidas de su capacidad de gestar y habilitar los medios, sin prejuicios ni limitaciones, para que quienes no quieran ser madres puedan concretar esta decisión?
- Cuando es posible, ¿incluimos a los varones cisgénero como sujetos de derecho del acceso a la anticoncepción?
- ¿Consideramos las consultas previas al evento obstétrico, tanto prenatales como por aborto, momentos oportunos para brindar información sobre métodos anticonceptivos? ¿Le damos el tiempo necesario? ¿nos abrimos a la escucha?
- ¿Abrimos espacios de diálogos necesarios para que las personas puedan tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual, reproductiva y no reproductiva?
- ¿Brindamos las herramientas que tenemos disponibles para contribuir en estos procesos de decisión?
- ¿Acompañamos la decisión aún en los casos en que no estamos totalmente de acuerdo con ella?

Poder hacernos estas preguntas, generar espacios de intercambio sobre sus respuestas y la creación de redes de trabajo, sostén y cuidado entre quienes trabajamos en el sistema de salud, darnos estos tiempos y espacios, es una manera de repensar el modelo de atención y transformarlo.

## b. Reconocer la importancia de las consejerías

La información y acceso que debe garantizarse en la atención del post evento obstétrico debe darse en el marco del modelo de consejería, una estrategia de trabajo en salud que se basa en la comunicación y la construcción de un vínculo de confianza entre el/la agente de salud y la persona usuaria/o. Su objetivo es brindar información de calidad, orientar y acompañar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva, promoviendo su autonomía y sin abrir juicios de valor.

La consejería debe abordar su trabajo desde la singularidad de la situación de quien consulta. Si quien consulta es una persona con discapacidad, es central realizar los ajustes razonables necesarios y ofrecer apoyos para que ejerza su autonomía.<sup>3</sup>

Las personas a quienes orientaremos en sus decisiones anticonceptivas no han concurrido al sistema de salud porque están enfermas, y esto es un primer desafío para el modelo tradicional de atención centrado en la enfermedad. Una atención de calidad, basada en un enfoque de derechos, diversidad y cuidados, debe atender y colaborar con el desarrollo de sus proyectos de vida y sus deseos.

“Desde esta perspectiva, los espacios de consejería suponen un desafío en la práctica del rol profesional, en tanto incluyen estructuralmente la subjetividad de la persona usuaria y el contexto social en que está inmersa. Los deseos, inquietudes y temores que siente son tenidos en cuenta, sus saberes y creencias son considerados material de trabajo, y las condiciones de vida, que se traducen en posibilidades o limitaciones, accesos o barreras, son ineludiblemente un elemento a evaluar”.<sup>4</sup>

---

3 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva. 2015.

4 Ibid, p.9.

La consejería es una oportunidad para derribar mitos y brindar información de calidad, completa, basada en evidencia científica y en un lenguaje accesible para que la persona pueda tomar una decisión autónoma que está profundamente relacionada a la adherencia del método.

### **c. Consideraciones sobre el acceso a información y métodos anticonceptivos**

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el índice de Pearl, que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres que utilizan un determinado método de forma correcta durante un año. A menor valor del índice mayor eficacia. A su vez, la eficacia puede variar enormemente de una persona a otra, según el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido. Por eso es importante conocer las circunstancias vitales de la persona que requiere un método para poder orientar una decisión que se adecúe a ellas.

Los métodos de larga duración (LARC) pueden ser una buena opción para el post evento obstétrico porque son reversibles y poseen un tiempo de duración prolongado; una vez colocados el efecto anticonceptivo puede durar entre 3 y 10 años, según cual haya sido elegido.

El Proyecto CHOICE realizó un estudio de cohorte prospectivo en la región de Saint Louis, Estados Unidos, con 10.000 mujeres, entre 14 y 45 años de edad, que no deseaban un embarazo en al menos un año, con anticoncepción reversible. Los resultados mostraron que las tasas de continuidad de uso de los LARC (por sus siglas en inglés, Long-acting reversible contraception) de mujeres en edad reproductiva, incluyendo adolescentes y jóvenes, son significativamente más altas que aquellas que utilizan métodos de corta acción, debido a la satisfacción con el método, la aceptación de efectos secundarios y la falta de necesidad de la adherencia diaria o pericoital.<sup>5</sup>

---

5 Secura, Gina M. et al. "The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception." American journal of obstetrics and gynecology vol. 203,2 (2010): 115.e1-7.

## Tanto el DIU como el implante subdérmico:

- Tienen menor índice de Perl.
- No plantean diferencias entre el uso correcto y el uso habitual, ya que la persona que lo utiliza no necesita recordar la toma o la aplicación como ocurre con otros métodos.
- Requieren ser colocados por un/a profesional de la salud capacitado. En la provincia de Buenos Aires, las/os licenciadas/os en obstetricia pueden hacerlo, previa certificación.

Asimismo, es fundamental sumar a la oferta de LARC la opción del acceso a la anticoncepción quirúrgica como la ligadura tubaria y la vasectomía tradicional o la vasectomía sin bisturí (VSB).

La vasectomía sin bisturí es una práctica ambulatoria que se ofrece en algunos establecimientos de salud bonaerenses, con la posibilidad de ampliar los equipos que la realizan. Este método puede ser considerado como opción cuando el compañero sexual de la persona gestante que atravesó el evento obstétrico así lo desea. Es importante ofrecer las vasectomías ya que no todas las personas conocen la práctica y aún existen muchas falsas creencias en torno a ellas (que dificulta las erecciones, que disminuye el placer sexual, por ejemplo).

Para la elección del método sugerimos revisar los criterios de elegibilidad de la OMS, que son recomendaciones para la toma de decisiones basadas en evidencia. Estos criterios consideran la presencia de eventuales condiciones médicas y las diferentes etapas de la vida de las personas usuarias. Estas recomendaciones se clasifican en 4 categorías:

## Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona<sup>6</sup>

Categorías	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

### c.1. Anticoncepción postaborto

Quienes atraviesan un aborto pueden quedar embarazadas a las pocas semanas de producido el mismo, ya que la fertilidad se adquiere aproximadamente a la semana de ocurrido el evento. La reacción a esta posibilidad dependerá si el aborto fue espontáneo o voluntario, y la situación particular de salud, física, psicológica, emocional y social de la persona que atravesó el evento.

Luego de un aborto voluntario es muy probable que la persona desee un método anticonceptivo de larga duración. No hay contraindicaciones de acceder a un método anticonceptivo en este momento, sea este de

---

6 Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina 2019. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/2Xm3414>. p. 56



barrera, hormonal o intrauterino, siguiendo los criterios de elegibilidad de la OMS.

Sin embargo, **cuando el inicio del uso del método anticonceptivo se difiere del post evento, extendiéndolo a una o dos semanas o incluso hasta la próxima menstruación, muchas personas no regresan a una nueva consulta y así aumentan la probabilidad de un nuevo embarazo no intencional.** Esto sucede principalmente con aquellos métodos que requieren la asignación de un turno para su colocación. Por estas razones, el acceso efectivo a un método anticonceptivo el día del control postaborto resulta en una mayor aceptación, satisfacción y continuidad por parte de la persona consultante.

Uno de los elementos más importantes de la atención de personas en situación de aborto es garantizar la consejería en salud sexual y salud reproductiva en las consultas previas a la práctica, y asegurar el acceso y la provisión del método anticonceptivo que la persona elija.

## c.2. Anticoncepción postparto

Dado que, en la provincia de Buenos Aires, cerca del 100% de los nacimientos son institucionales y que las personas permanecen internadas un promedio de 48 horas, este momento es una oportunidad privilegiada para que el equipo de salud oriente a la persona que ha tenido un parto o cesárea en la adopción de un método anticonceptivo. El acceso a un método moderno y de alta eficacia contribuirá a la prevención de embarazos no intencionales.

El postparto es una etapa en la cual es importante espaciar la concreción de un nuevo embarazo. Asimismo, las exigencias del puerperio pueden impedir que la persona utilice adecuadamente algunos anticonceptivos, llamados “usuario dependiente”, observándose una baja adherencia a estos.

Los métodos de larga duración con los que hoy contamos son apropiados para este período y permiten liberarse de la toma diaria de pastillas o recordar la colocación del inyectable. De todas formas, la información brindada debe incluir todos los métodos disponibles, incluyendo los métodos quirúrgicos, su efectividad, modo de utilización, efectos secundarios, etc. Finalmente es la persona quien decidirá cuál es el mejor método anticonceptivo para sí.

### **Impulsar sexualidades libres, seguras y placenteras**

En todos los casos en los que se proponga la AIPEO, tanto en situaciones postaborto como postparto, es recomendable plantear una conversación sobre la vida sexual y afectiva de la persona que utilizará el método. Un método anticonceptivo no asegura por sí mismo el acceso a una sexualidad segura y placentera. Los prejuicios, la falta de información sobre sexualidad/sexo, la ausencia de consentimiento, el estrés, las fluctuaciones del deseo que ocurren en diferentes etapas de la vida (por ejemplo, el puerperio) pueden afectar negativamente los encuentros sexo afectivos.

Es importante también fortalecer la adopción de doble método (asociar el uso de preservativo) para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

## **d. Interseccionalidad en el modelo y práctica de atención**

Como explica la académica feminista colombiana Mara Viveros, desde hace algunos años, la interseccionalidad se ha convertido en la expresión utilizada para designar la perspectiva teórica y metodológica que da cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder. En otras palabras, se trata de considerar la clase social, la edad, la identidad de género, la etnicidad, las elecciones sexoafectivas, la religión, la nacionalidad, las capacidades de las personas en relación y no como características aisladas o particulares. Viveros señala también que este enfoque no es novedoso dentro del

feminismo, ni tampoco en América Latina, incluso antes de que se le diera un nombre específico.<sup>7</sup>

En el ámbito de la salud, la interseccionalidad permite visibilizar de qué modos las variables a través de las que se definen los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, no son estáticas ni univerzables.<sup>8</sup>

Este enfoque, que como ya se dijo, es conceptual, metodológico y político, sirve de apoyo a la construcción de un modelo de atención de la salud con enfoque de género y diversidad, que respeta y valora las particularidades de las personas, las pone en relación, y promociona su soberanía corporal.

Es por ello, que la atención de personas de distintas edades y clases sociales, con diferentes identidades de género y elecciones sexo afectivas, practicantes religiosas y/o espirituales, pertenecientes a pueblos originarios, migrantes, que tienen alguna discapacidad, que se encuentran en contexto de encierro, no puede ser idéntica en todos los casos.

Además, no se trata solamente de pensar en una de estas identidades sino en las múltiples posibilidades de articulación entre ellas. Por ejemplo:

- Una adolescente de 13 años, guaraní, migrante, que maneja con dificultades el castellano, que llega al centro de salud para atender su embarazo.

---

7 Viveros Vigoya, M. “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”. Debate Feminista, 52, 2016. [https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df\\_ojs/index.php/debate\\_feminista/article/view/2077/1871](https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/2077/1871)

8 Garzón González, Rosmary. «Interseccionalidad y salud pública en el ámbito de las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes en Colombia». Athenea Digital, [en línea], 2018, Vol. 18, n.º 3, p. e-2070, <https://www.redalyc.org/journal/537/53759040027/html/>

- Una mujer joven cisgénero bisexual que luego de un aborto voluntario ambulatorio va al centro de salud para confirmar que el embarazo fue interrumpido.
- Una mujer adulta heterosexual ciega, que llega al centro de salud en situación de parto.
- Un varón trans que luego de un aborto voluntario demanda acceso a métodos anticonceptivos, pero tiene dudas respecto a los métodos hormonales y sus efectos, dado que está también haciendo una terapia hormonal.

Es evidente que en cada uno de estos casos la atención no puede ser la misma. La forma de comunicarse, de explicar, necesariamente va a ser diferente. Lo que debe permanecer es la capacidad de escucha, la consideración del evento obstétrico en su contexto más amplio -por ejemplo, embarazos en menores de 15 años y su relación con la violencia sexual- y el objetivo de asegurar que esa persona salga de la institución a la que concurrió para atenderse, con el método anticonceptivo más adecuado para ese momento de su vida.

### **d.1. AIPEO en personas adolescentes**

Históricamente, la tasa de fecundidad en la adolescencia ha sido alta, resistente al descenso, incluso en un contexto de baja de la tasa de fecundidad global. A partir de 2016 la tasa específica de fecundidad en la adolescencia comenzó a descender y esta reducción se ha consolidado en estos últimos años. En el 2020 en Argentina se produjeron 53.260 nacimientos en niñas y adolescentes, lo que representó el 10% de los nacimientos totales para ese año (DEIS, 2020). En la provincia de Buenos Aires, hubo 17.000 nacidos/as vivos/as de embarazos de niñas y adolescentes, representando el 8,9% del total de embarazos. De estos, 16.711 ocurrieron en adolescentes de 15 a 19 años y 289 en niñas menores de 15 años (DIS, 2020).

## Embarazo en las adolescencias y violencia sexual

Cuando acompañamos a adolescentes en situación de embarazo, parto, postparto y aborto, es necesario preguntarnos por las circunstancias previas a esos eventos. Un primer paso es diferenciar la adolescencia tardía (15 a 19 años) de la temprana (menores de 15 años) y considerar que, los embarazos ocurridos antes de los 15 años resultan un indicador específico de violencia sexual.

Si no se ha indagado previamente sobre el contexto en que se ha producido el embarazo, el espacio de consejería después del evento obstétrico constituye una oportunidad ideal para detectar situaciones de violencia. Se deberá valorar particularmente en cada caso, la necesidad de acceso inmediato a algún MAC y disponer los recursos para la asistencia integral que la situación requiera, promoviendo el seguimiento y continuidad de cuidados en el marco de la corresponsabilidad.

Recomendamos el siguiente documento de trabajo:

Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud / 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación; UNICEF, 2020.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/atencion-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-embarazadas-hoja-de-ruta>

Otros datos preocupantes son la no intencionalidad de estas gestas, que en la PBA fue del 61% (SIP 2020) y la repitencia de embarazos en las adolescentes: el 24% de las personas gestantes menores de 19 años tenían 1 o más gestas previas (SIP 2020).

La naturalización observada en el embarazo en la adolescencia, invisibiliza el riesgo aumentado tanto físico, como psicosocial; así como el impacto negativo sobre su futuro, acceso laboral. Además, expone a las gestantes a tareas de cuidado que interfieren con las posibilidades

de reinserción y continuidad educativa<sup>9</sup>, más aún si ocurriera una segunda gesta<sup>10</sup>.

Cuando una persona adolescente solicita información para prevenir embarazos no planificados está dando muestras de su autonomía, y es fundamental ofrecer un espacio de consejería para garantizar el acceso al método anticonceptivo que elijan, en la misma consulta, sin dilaciones.

Tanto en las situaciones de atención postaborto y postparto vaginal/cesárea, el equipo de salud tiene la responsabilidad de ofrecer información de calidad, en un lenguaje claro y acorde a la edad de la persona, asegurando privacidad, confidencialidad y participación directa en el proceso de toma de decisiones, teniendo en cuenta el desarrollo de autonomía progresiva, ya que puede tratarse de personas muy jóvenes. Es muy importante dar lugar a preguntas que apunten a derribar barreras y mitos sobre los métodos anticonceptivos, en particular en lo que respecta al DIU que, en este grupo etario, constituye una opción ideal.

---

9 Diversos estudios muestran que de cada diez adolescentes que asistían a la escuela al momento del embarazo, seis la abandonan. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. 1a ed. adaptada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019.

10 La PBA está llevando adelante una estrategia para el abordaje de las situaciones de embarazo en adolescentes menores de 15 años. La Mesa Niñas No Madres (NNM) constituye una instancia de articulación intersectorial en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para el abordaje integral de embarazos forzados. Se instituye como una instancia de acompañamiento ante situaciones complejas de embarazos forzados e implementa un sistema de registro obligatorio de todas las gestas ocurridas en menores de 15 años en la PBA”.

Es importante tener en cuenta que en esta franja de edad es recomendable un seguimiento más frecuente para optimizar la adherencia, incluso cuando hayan optado por un método de larga duración. Muchas veces, los cambios en el patrón de sangrado, tanto la amenorrea como el sangrado frecuente, son motivos de discontinuidad de uso, así como la aparición de efectos secundarios. Por eso resulta necesario habilitar espacios de consejería, escuchar sus experiencias con el método que eligieron y revisar nuevamente las opciones posibles.

Nuevamente sugerimos analizar los criterios de elegibilidad de la OMS y seguir las indicaciones y recomendaciones de las guías de métodos anticonceptivos ya citadas. Desde el año 2014 la asociación Americana de Pediatría recomienda los LARC como primera opción. En la Argentina, de acuerdo a las normativas vigentes, a partir de los 16 años, puede accederse a la anticoncepción quirúrgica si así lo eligieran.

**EL RIESGO TEÓRICO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, SIEMPRE SERÁ MENOR QUE EL RIESGO DE UN EMBARAZO NO DESEADO**

### 3. CONSENTIMIENTO

#### 3.1. Consentimiento de niñas/os y adolescentes para acceder a métodos anticonceptivos

Durante la adolescencia se puede utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura. Los métodos anticonceptivos deben estar a disposición inmediata de los/as adolescentes que tienen relaciones sexuales que pueden resultar en un embarazo. Ante la solicitud, debe estar disponible la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) y ser entregada, aún en forma preventiva, a cualquier persona sin distinción de género. También deben facilitarse el acceso a métodos anticonceptivos a larga duración (DIU e implante subdérmico).

De acuerdo al artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación:

- Todas las personas de 16 años o más son consideradas por la legislación argentina como adultas en lo referente a las decisiones atinentes al cuidado del propio cuerpo. Por ello, pueden y deben otorgar por sí mismas su consentimiento para acceder a cualquier método anticonceptivo sin que se requiera asistencia de ninguna persona.
- Todas las personas adolescentes, que tienen entre 13 y 16 años, pueden y deben brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas no invasivas o que no representen un riesgo grave para su vida o su integridad física o comprometan su estado de salud, como son todos los métodos anticonceptivos reversibles. La Resolución N° 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación indica que las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la decisión en el período entre los 13 y 16 años, son aquellas en las que existe evidencia científica que muestra una probabilidad considerablemente (alta) de riesgo o se generen secuelas físicas. Se considera que el acceso a todos los métodos anticonceptivos transitorios (incluyendo los implantes y los dispositivos intrauterinos - DIU) no son prácticas invasivas que comprometan el estado de salud en los términos del artículo 26 del CCyCN.
- Todas las niñas y personas con capacidad de gestar menores de 13 años podrán brindar su consentimiento para el uso de MAC con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Para los casos en los que el/la adolescente requiera acompañamiento de sus representantes legales y/o se produjeran controversias o desacuerdos entre ellos, será el/la médico/a quien deberá resolverla, considerando la satisfacción del interés superior de los/as niños/as y adolescentes.

Será el profesional de la salud quien evalúe qué tipo de acompañamiento necesita de acuerdo a su autonomía progresiva asegurando la



participación significativa y **en ningún caso sustituyendo su voluntad**. El interés superior de la y el adolescente, establecido en la Ley Nacional Nº 26.061, que orienta el accionar de la política pública y apunta a garantizar el cumplimiento de sus derechos, es el que rige toda la actividad relacionada con ellas y ellos.

### 3.2. Consentimiento en personas con discapacidad

Según el Modelo Social de Discapacidad, “las causas que originan la discapacidad no son individuales —de la persona afectada—, sino sociales —por la manera en que se encuentra diseñada la sociedad.” Así, la discapacidad no está configurada por una “patología” o “limitación” de las personas, sino por factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. En virtud del carácter universal e inalienable de los derechos humanos, “todas las personas, incluidas todas las personas con discapacidad, sin excepción, son titulares de derechos sexuales y derechos reproductivos. Así lo reconoce implícita y explícitamente la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”.<sup>11</sup>

Las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto de las personas. Muchas veces prevalece el prejuicio de que las personas con discapacidad que tienen capacidad de gestar no desean, ni pueden ser madres y padres. Los/as profesionales de la salud deben informar sobre todas las posibilidades en relación a las decisiones reproductivas y no

---

11 Minieri, Sofia. Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva. Buenos Aires: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), julio 2017. [http://redi.org.ar/wp-content/uploads/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres\\_aportes-teoricos.pdf](http://redi.org.ar/wp-content/uploads/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_aportes-teoricos.pdf)

reproductivas de estas personas, sin asumir un rol de tutela o imponer sus propias consideraciones.

Por principio general, la capacidad de todas las personas se presume, las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona por decisión judicial. El certificado de discapacidad no implica en ningún caso la restricción de la capacidad para tomar decisiones. Las personas con discapacidad tienen derecho a solicitar y acceder a métodos anticonceptivos por sí mismas, así como a negarse a utilizar el mismo, en igualdad de condiciones que el resto de las personas con capacidad de gestar.

Es importante recordar que existe la obligación de obtener el consentimiento de la persona en cuestión antes de someterla a cualquier tratamiento o procedimiento médico.

---

## **4. REDES: Integralidad y Circuitos de Atención**

### **4.1. Consejería de métodos anticonceptivos en la consulta prenatal y en atención preaborto**

El cuidado prenatal o la consulta preaborto representa una oportunidad para que las mujeres y personas gestantes reciban información y consejería en anticoncepción.

Se recomienda que la consejería sea realizada durante las consultas previas al parto o al aborto para facilitar la decisión y evitar así que la persona usuaria del método tenga que tomar la decisión una vez finalizado el evento obstétrico. Este momento también constituye una oportunidad para que los varones que acompañan accedan a información sobre anticoncepción y se hagan responsables de sus propios procesos (no) reproductivos y de salud. Así, recibirán información sobre vasectomía, uso de preservativo e incluso pueden

acceder a ellos. Como sabemos, los varones asisten mucho menos a los servicios de salud, de modo que las consultas prenatales y acompañamiento del parto, así como en la preparación integral para la crianza de la que también frecuentemente participan, constituyen momentos ideales para la consejería en MAC. No obstante, si esta situación no ha podido darse, el momento de la internación también es oportuno para dar asesoramiento a ambos.

La experiencia nos muestra que recibir información inmediatamente después de un parto o una cesárea no sería el momento más oportuno. Por eso resulta imprescindible brindar la información sobre métodos anticonceptivos **durante las consultas previas al nacimiento.**

Informar sobre métodos anticonceptivos durante las visitas de cuidado prenatal:

- Ofrece a la persona gestante la oportunidad de poder evaluar con tiempo su decisión.
- Brinda la oportunidad de preguntar y repreguntar sus dudas.
- Permite que el servicio de salud se prepare para asegurar el acceso al método anticonceptivo elegido previo al alta: garantizar el turno de colocación del DIU/implante postparto o del DIU en la sala de parto.
- Posibilita considerar los mecanismos para el acceso a la vasectomía si esa fue la decisión de la pareja de la persona gestante.

Por otro lado, es muy importante dejar registrado en la libreta sanitaria de seguimiento de embarazo el método anticonceptivo que ha elegido la persona, de forma que, al llegar al momento del parto, el equipo de salud que recepcione a la persona gestante esté informado y preparado para garantizar el acceso oportuno. De todas formas, es necesario dar espacio para repreguntar si aún sostiene la decisión del método registrado en la libreta.

En las situaciones de IVE/ILE también es posible incorporar el acceso a un MAC al proceso de entrevistas previas. Lo ideal para una intervención beneficiosa, es que la persona que solicita un IVE/ILE **obtenga el mismo día que retira la medicación para la interrupción por modalidad medicamentosa el MAC seleccionado**, con la correcta indicación de cómo y cuándo comenzar la toma o con el MAC ya colocado. Del mismo modo, si se hubiera utilizado AMEU, el DIU se puede colocar inmediatamente después de la finalización del procedimiento de evacuación. De esta manera, se evita que la persona deba circular reiteradas veces por las instituciones de salud.

En ambas situaciones, será preciso que los circuitos de comunicación entre servicios y disciplinas de las instituciones estén debidamente organizados y clarificados. Por ejemplo, que la farmacia que expide el misoprostol pueda también expender el MAC en el mismo momento, o que se garantice el turno para la colocación del DIU o implante. Asimismo, se deberá garantizar el acceso real y efectivo en tiempo a los materiales necesarios en toda institución de salud. De manera que, para garantizar el acceso oportuno, es conveniente diseñar los circuitos previamente para asegurar la entrega y disponibilidad de métodos anticonceptivos eliminando barreras y facilitando el acceso de las personas usuarias, entendiendo que son prestaciones esenciales y de resolución inmediata.

En sentido de lo expuesto, la propuesta apunta a incorporar los lineamientos de AIPEO a lo largo de las entrevistas de consejería preaborto o en las consultas prenatales, de manera tal que la persona pueda irse con la información certera y necesaria para decidir con autonomía el método anticonceptivo que más se adapte a su realidad y cotidianeidad. Por ejemplo, para personas “olvidadizas” la toma diaria de píldoras puede no ser una buena estrategia sostenida en el tiempo. Es fundamental además tomarse el tiempo necesario para explicar las modificaciones que los diferentes métodos y específicamente los LARC, pueden provocar en el patrón de sangrado menstrual, así como el resto de los efectos secundarios.

## **4.2. Importancia de la articulación entre los distintos niveles de atención**

Uno de los pilares fundantes de la propuesta de Salud Integral en la atención de embarazos e IVE/ILE es la articulación entre los distintos niveles de atención del sistema de salud.

Teniendo en consideración la complejidad de nuestro sistema sanitario y las diferentes realidades locales, es estrictamente necesario abogar por una intervención articulada, con derivaciones seguras, fortaleciendo la comunicación y compromiso entre efectores de los diferentes niveles de atención.

Por ejemplo, en las consultas prenatales al incorporar en las consultas un espacio para el abordaje de AIPEO implica realizar una articulación con la institución seleccionada para el parto de manera tal que pueda garantizarse el acceso a la AIPEO al momento de la internación. De igual manera será para las situaciones de IVE/ILE que precisen de una internación, ya sea por la edad gestacional o por complejidades que la situación singular presente.

En este sentido la implementación efectiva de la AIPEO requiere promover la integración de los distintos actores y niveles de atención, para mejorar el acceso a servicios de salud no reproductiva en todo el territorio bonaerense. Del mismo modo, hacia adentro de la institución, se requiere la articulación y el involucramiento de todo el equipo de salud incluyendo a personal administrativo, cuidadores y limpieza, para que la implementación de la estrategia sea exitosa, cada uno con un rol específico pero interrelacionados.

---

## **5. PERSONAL ESTRATÉGICO**

Distintos trabajos de investigación, realizados en diferentes países del mundo, muestran que el involucramiento de las parteras en todas

las etapas del ciclo vital de las personas con capacidad de gestar incrementa la calidad de los servicios de salud materna y perinatal.<sup>12</sup> La Confederación Internacional de Matronas, en la edición de 2018 de la publicación **Competencias esenciales para el ejercicio de la partería**, en la categoría 4, indica que una de estas competencias es proporcionar servicios de planificación familiar, y dentro de las competencias adicionales recomendadas, incluyen introducir y extraer dispositivos intrauterinos e implantes anticonceptivos.<sup>13</sup>

Un estudio reciente realizado en la Argentina, indica que muchas de las necesidades insatisfechas respecto al acceso a métodos anticonceptivos, y otras prestaciones de salud sexual y reproductiva, podrían resolverse si se reconocieran las competencias de las/os licenciadas/os en obstetricia en estas tareas.<sup>14</sup>

En la provincia de Buenos Aires, las/os licenciadas/os en obstetricia cuentan con una ley de ejercicio profesional -Ley 14.802 (2015)- que les reconoce un rol central en la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva, y las/os habilita para la prescripción y dispensa de métodos anticonceptivos en general y la colocación y extracción de LARC.

Durante las consultas de cuidado prenatal, ofrecer una consejería en métodos anticonceptivos facilita la elección informada del método

---

12 Ariza Navarrete, Sonia; Sciarano Guido; Ramos, Silvina, Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas-os en la Argentina: un tema estratégico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2022.

13 Confederación Internacional de Matronas, **Competencias esenciales para el ejercicio de la partería**, 2018. <https://internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/pol%C3%ADtica-y-pr%C3%A1ctica/competencias-esenciales-para-la-pr%C3%A1ctica-de-la-parter%C3%ADa.html>

14 Ariza Navarrete, Sonia, et al, op. cit.

antes del momento del parto y que la persona se retire al momento del alta con un método de larga duración. La continuidad de este acompañamiento, integrado a las prácticas de cuidado de la salud reproductiva y no reproductiva, permite reducir los embarazos no planificados y evitar períodos intergenésicos cortos o muy cortos con los beneficios que esto representa para la salud.

---

## 6. REFLEXIONES FINALES

La transformación de las prácticas hegemónicas requiere de equipos de salud que trabajen de manera interdisciplinaria y solidaria en la construcción de un modelo de atención integral, cercano a la comunidad e integrado a un sistema de cuidados que garantice los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, acompañando a las personas para que puedan tomar decisiones con autonomía y libertad.

El equipo de salud en su conjunto ocupa un rol clave en garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos ya que es quien tiene la obligación de ofrecer toda la información disponible, basada en evidencia, para que las personas tomen decisiones libres y autónomas. Del mismo modo es responsable del acceso a prácticas de calidad que garanticen la salud sexual.

Su rol de acompañamiento es clave para fomentar la corresponsabilidad en las decisiones y el fortalecimiento de un modelo de atención de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva basado en el cuidado y con perspectiva de derechos, interseccional y de equidad.

Esperamos que esta guía aporte herramientas y motivación a los equipos de salud para continuar transformando el modelo de atención y para que todas las personas que habitan el territorio bonaerense puedan disfrutar del derecho a la salud.

---

## 7. REFERENCIAS

Ariza Navarrete, Sonia; Sciarano Guido; Ramos, Silvina, Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas en la Argentina: un tema estratégico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2022. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4685>

Burkman, R. T., Collins, J. A., Shulman, L. P., & Williams, J. K. Current perspectives on oral contraceptive use. American journal of obstetrics and gynecology, 185(2 Suppl), S4-S12, 2001. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.117416>

Confederación Internacional de Matronas, Competencias esenciales para el ejercicio de la partería, 2018. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n15pag5-11.pdf>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 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. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. (2021) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aipeo>

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. (2019) <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/metodos-anticonceptivos>

Garzón González, Rosmary. «Interseccionalidad y salud pública en el ámbito de las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes en Colombia». Athenea Digital, [en línea], Vol. 18, n.3, p.e-2070, 2018. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/v18-n3-garzon>



Minieri, Sofia. Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva. Buenos Aires: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), julio 2017. [http://redi.org.ar/wp-content/uploads/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres\\_aportes-teoricos.pdf](http://redi.org.ar/wp-content/uploads/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_aportes-teoricos.pdf)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de Implementación de Interrupción Voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires. En el marco de la ley nacional 27.610. 2021. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2022/08/GU%C3%8DA-de-Implementacion-de-la-Interrupci%C3%B3n-Voluntaria-del-Embarazo-Segunda-Edici%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de implementación del Parto Respetado en la provincia de Buenos Aires. En el marco de la ley nacional 25.929. 2021. [https://www.gba.gov.ar/mujeres/guias/gu%C3%ADa\\_de\\_implementaci%C3%B3n\\_del\\_parto\\_respetado\\_en\\_la\\_provincia\\_de\\_buenos\\_aires](https://www.gba.gov.ar/mujeres/guias/gu%C3%ADa_de_implementaci%C3%B3n_del_parto_respetado_en_la_provincia_de_buenos_aires)

Mohamed SA et al. "Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience", Medical Principles and Practice, 12(3), pp. 170-175. (2003) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12766335/>

Organización Mundial de la Salud & United States. Agency for International Development. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Organización Mundial de la Salud, 2014. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Plan ENIA. Documento técnico N°4. Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico. Disponibilidad, competencias y marco regulatorio del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Salud y Desarrollo

Social; Presidencia de la Nación. Marzo 2019. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4\\_enia\\_obstetricas\\_agentes\\_estrategicos.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4_enia_obstetricas_agentes_estrategicos.pdf)

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva. 2015. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento105.pdf>

Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación; UNICEF, 2020. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/atencion-embarazo-adolescente-21-9-2020\\_1.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/atencion-embarazo-adolescente-21-9-2020_1.pdf)

Secura, Gina M. et al. "The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception." American journal of obstetrics and gynecology vol. 203,2 (2010): 115.e1-7.

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. 1a ed. adaptada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-enia-recorrido-logros-y-desafios>

Usaid, Servicio de dispositivos intrauterino post parto. Manual del capacitador. Baltimore, USAID, ACCES. Jhpiego Corporation, 2010. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JK3F.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JK3F.pdf)

Viveros Vigoya, M. "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". Debate Feminista, 52, 2016. [https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df\\_ojs/index.php/debate\\_feminista/article/view/2077](https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/2077)

MINISTERIO DE  
SALUD

---



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
**BUENOS  
AIRES**