

GUÍA DE ANTICONCEPCIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

COMITÉ DE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

FASGO - AMADA

COORDINACIÓN

Dra. Silvia Oizerovich – Ginecóloga

Coordinadora Comité de Derechos de salud sexual y salud reproductiva FASGO

INTEGRANTES

Dra. Elina Cocio – Ginecóloga (AMADA)

Dra. Florencia Kiquel – Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR - FASGO – Chubut)

Dra. María Alejandra Martínez – Ginecóloga (AMADA)

Dra. Graciela Ortiz - Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR- FASGO - Rosario)

Dra. María del Carmen Tinari de Platini - Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR FASGO – Santiago del Estero)

Dra. Daniela Rebelo - Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR - FASGO – Catamarca)

Dra. Fabiana Reina (Comité de Derechos de SS y SR - FASGO– Tucumán)

COLABORADORAS/ES

Lic. Carolina Buceta - Psicóloga - (Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI))

Lic. Verónica Carolina Gonzalez Bonet - Periodista – (Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI))

Dr. Iñaki Regueiro – Abogado

Dra. Lía Arribas – Ginecóloga (AMADA)

Agradecimiento a la Lic. en Educación María Sol Rodríguez Tablado por sus importantes aportes.

Esta guía cuenta con hipervínculos para facilitar el acceso del profesional que la utiliza, como así también links a diferentes herramientas, páginas, que facilitarán la comunicación con la persona consultante.

Agosto 2023

GUÍA DE ANTICONCEPCIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

COMITÉ DE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA
FASGO - AMADA

Introducción

La situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad en la Argentina.

Políticas públicas nacionales sobre acceso a derechos sexuales y derechos reproductivos en personas con discapacidad. ¿Con qué acciones cuenta actualmente el Sistema de Salud de la Nación para garantizar derechos a las personas con discapacidad en salud sexual y salud reproductiva?

Marco jurídico de respaldo en la atención integral en salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad.

Orientación y recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos para personas con discapacidad.

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Física

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Sensorial

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Visceral

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Intelectual

Reflexiones finales

Introducción

Las personas con discapacidad (PCD) se enfrentan a numerosas barreras en su acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSySR), donde muchas veces sus derechos no están garantizados. A menudo se desconoce y/o desprecia sobre el deseo y la actividad sexual de las mismas.

Es frecuente asociar o presuponer que las PCD carecen de deseos y necesidades desde su sexualidad o que son asexuales, pero debemos entender que el acceso a los servicios de salud o el contacto con los mismo debe implicar una escucha activa para reconocer muchas veces que no es esta su realidad.

No debemos olvidar la vulnerabilidad de las PCD ante situaciones de violencia sexual entendidas como aquellas en las que, por asimetría de poder, vínculos relacionales, amenazas, etc. y en sus diferentes modalidades, se vulneran los derechos de la intimidad y sexualidad a cualquier edad. Esto también incluye: la explotación sexual, trata y violencia en medios digitales (grooming).

El objetivo de esta guía es brindar a los equipos de salud las herramientas necesarias para garantizar a las personas con discapacidad el acceso pleno a la salud sexual y la salud reproductiva.

Para ello es importante conocer las dificultades que presentan para recibir asesoramiento y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos (MAC), ayudar a comprender los riesgos, beneficios, procedimientos y favorecer la autonomía de las personas.

Desde esta guía usted podrá acceder al material de lectura complementario.

Esperamos que sea una herramienta útil para el/la profesional y que facilite el acceso de las PCD al ámbito de la salud sexual y salud reproductiva.

A continuación, se presentan algunas definiciones que pueden ser esclarecedoras:

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada por los 191 países que integran la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la discapacidad como una situación, y no como una condición o característica de la persona. Establece el marco en el que se usa este término y el concepto de *funcionamiento*:

El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación. De manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. (OMS, 2001, p. 11).

En el Anexo 1: *Cuestiones taxonómicas y terminológicas*, aclara qué se entiende por discapacidad: *es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS, 2017).*

La discapacidad con deficiencia mental (discapacidad psicosocial) es definida como un término amplio que involucra todas las deficiencias vinculadas a los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso. Además, incluye las limitaciones que puede enfrentar una persona para llevar adelante una acción en un contexto normalizado, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas. (Servicio Nacional De Rehabilitación, 2015).

- En total, se estima que casi el 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas.
- Todos los países y territorios de la Región han firmado la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las PCD (341 países han ratificado la Convención).
- 17 países han firmado la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las PCD. (OPS-OMS, 2017).

Referencias bibliográficas:

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42419>

Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (s/f).

Discapacidad. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

Servicio Nacional de Rehabilitación. (2015). Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencias Mental e Intelectual.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_intelectual_y_mental_1.pdf

La situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad en la Argentina.

1. En Argentina, en el año 2003, se sancionó la Ley 25.673. Ésta garantiza los derechos de la salud sexual y reproductiva y, a raíz de dicha ley, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación. El primer objetivo del Programa es *“Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”* (Ley Nacional 25.673, art 1.). Sin embargo, a casi veinte años de sancionada dicha ley, persisten barreras físicas, comunicacionales y actitudinales que dificultan el ejercicio de tales derechos en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad.
2. Las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos tienen, en general, escaso acceso a controles médicos-ginecológicos por falta de personal especializado, lo cual dificulta realizar un seguimiento preventivo de su situación de salud. En dichas instituciones se observa, además, una ausencia de información clara, completa y accesible para que las mujeres internadas puedan decidir de manera libre e informada sobre su sexualidad, persistiendo aún medidas de anticoncepción forzosas y sin el debido consentimiento informado.
3. Existen las barreras actitudinales hacia las mujeres con discapacidades psicosociales e intelectuales por parte de integrantes de los equipos de salud, quienes muchas veces sostienen prejuicios y representaciones sociales respecto del carácter “asexuado” o carente de deseo sexual de estas mujeres; que todos los embarazos en esta población son productos de violencia sexual; o bien, que no deberían tener hijos/as motivadas por una supuesta incapacidad para materner. Estas concepciones se asocian a prácticas asistencialistas-tutelares que obturan el libre despliegue de la voluntad de las mujeres respecto de sus posibilidades de acceder a los MAC que mejor se adapten a sus necesidades y deseos.
4. Se encuentran con barreras para acceder y utilizar los MAC más comúnmente empleados (tales como pastillas o preservativos), dado que, en general, las instrucciones para su utilización, así como los datos de fabricación y vencimiento, suelen ser visuales. Esta situación se replica en el caso de los test de embarazo, que también son visuales y dificultan su utilización autónoma por parte de PCD visual. Los adolescentes con discapacidad intelectual

o psicosocial también encuentran obstáculos para acceder a los métodos de anticoncepción debido a que la mayoría de los/las agentes de salud no les brindan información ni orientación adecuada en cuanto a los métodos existentes.

5. Cabe señalar que, ante la falta de legislación nacional, algunos laboratorios radicados en el país, respondiendo a una política corporativa de las propias empresas, han incorporado el sistema Braille en el nombre del producto, la fecha de vencimiento y otras informaciones básicas en algunos casos.

Referencias bibliográficas:

Ley Nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

(2002). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/41741/20021205>

Políticas públicas nacionales sobre acceso a derechos sexuales y derechos reproductivos en personas con discapacidad. ¿Con qué acciones cuenta actualmente el Sistema de Salud de la Nación para garantizar derechos a las personas con discapacidad en salud sexual y salud reproductiva?

Aún no existen estadísticas que reúnan información relativa al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad que den cuenta de las barreras que este colectivo aún debe enfrentar.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) del Ministerio de Salud de la Nación, cuenta con un Consejo Asesor, del cual la Red por los derechos de las personas con discapacidad (REDI) es parte, lo mismo del Consejo Consultivo del Plan ENIA (Programa para la Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia). La DNSSR mantiene, además, reuniones periódicas con organizaciones de PCD y organismos de Naciones Unidas con el objeto de trabajar en proyectos específicos. Se incluye, además, a PCD dentro de los equipos de trabajo y en capacitaciones sobre la temática, valorando especialmente los saberes que devienen de la misma.

Desde la DNSSR se constituyó una línea de trabajo denominada “Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos de Personas con Discapacidad”. De esta manera, se institucionaliza una tarea que el área venía desarrollando no sin dificultades, desde 2010 y se trabaja para transversalizar la temática en la Dirección.

Las demás líneas de trabajo que complementan actualmente el accionar de la DNSSR son:

- el acceso efectivo a MAC
- el acceso a la interrupción del embarazo (IVE/ILE)
- la prevención del embarazo no intencional en adolescentes
- la prevención, la detección temprana y la atención de situaciones de violencia y/o abuso sexual en niñas, niños, niñas y adolescentes (NNA) y de embarazos forzados.

En 2020, se creó el Grupo de Trabajo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad con el objetivo de avanzar en la accesibilidad de materiales de comunicación. Realizar acciones de capacitación, para contribuir a la transversalización de la perspectiva del modelo social en las acciones de la DNSSR, del Plan ENIA y en espacios de consejería accesibles en todo el país. Acompañando y brindando herramientas a los equipos provinciales, propiciando la articulación con organizaciones de la sociedad civil y otras áreas

del Estado para fortalecer el abordaje en discapacidad y trazar acciones conjuntas.

Se trabaja con la línea 0800 Salud Sexual a fin de acompañar las secuencias que se generan a partir de los llamados que involucran a PCD.

Se ha identificado que la mayoría de los llamados a la línea 0800 que involucran PCD son realizados por otra persona. Otra vía de comunicación directa con la DNSSR es el correo electrónico institucional.

En relación con la producción de materiales accesibles relacionados con derechos sexuales y derechos reproductivos se destacan dos cuadernillos en lectura fácil realizados entre la Dirección junto a UNFPA y Lengua Franca. Este material tiene como objetivo apoyar el trabajo de los equipos de salud en las asesorías / consejerías que acompañan los procesos de toma de decisiones informadas y autónomas de todas las personas.

- Cuadernillo sobre ligadura de trompas uterinas y formulario de consentimiento informado en lectura fácil: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el>
- Cuadernillo y formulario de consentimiento sobre vasectomía en lectura fácil: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>
- Complementan el material, dos videos sobre ligadura de trompas uterinas y vasectomía en Lengua de Señas Argentina realizados con UNFPA y el Instituto de Lengua de Señas Argentina (ILSA): Video en LSA sobre Ligadura de trompas uterinas: https://www.youtube.com/watch?v=E_lpkbxQ3_4.
Video en LSA sobre vasectomía: <https://www.youtube.com/watch?v=HPANfubahGI>.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>.
- Cambios que se ven y se sienten. Esta revista, elaborada en forma conjunta por el Ministerio de Salud y Educación de la Nación, está destinada a la promoción de la educación sexual integral de personas púberes. La versión digital puede ser leída con lectores de pantalla. Todas las imágenes cuentan con descripción. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/cambios-que-se-ven-y-se-sienten-educacion-sexual-integral-para-saber-mas-sobre-la-pubertad>
- Tarjetas sobre métodos anticonceptivos en macrotipo.
- Material con información sobre métodos anticonceptivos destinado a personas con baja

visión y accesible a lectores de pantalla para personas con discapacidad visual. También este es un material de apoyo para equipos de salud que trabajan con personas con discapacidad visual. El contenido de cada tarjeta puede imprimirse en braille ya que, el espacio que tienen está calculado para tal fin.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/tarjetas-sobre-metodos-anticonceptivos-en-macrotipo-informacion>

- Video sobre el 3 de Diciembre: Derechos sexuales y reproductivos y personas con discapacidad, con locución y LSA:
<https://www.instagram.com/reel/CltdqsGgaw0/?igshid=MzRIODBiNWFIZA==>
- Video “¿Tenés dudas sobre métodos anticonceptivos?”
<https://www.youtube.com/watch?v=8ydgXgefsp0>
- Video: “¿Sabes que es la anticoncepción Hormonal de emergencia?”:
<https://www.youtube.com/watch?v=4zHhCfGJQyc>
- Video, “¿Sabés que es la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo?”:
<https://www.facebook.com/msalnacion/videos/3254705534792971/>
- Serie Audiovisual sobre derechos sexuales y derechos reproductivos: dirigida especialmente a adolescentes:
<https://www.youtube.com/playlist?list=PLwad1oRGFEgAuLkORjxFx-4wyjgEslFnX>
- Material digital sobre salud menstrual destinado a púberes y adolescentes que puede ser leído con lectores de pantalla: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/salud-menstrual>
- Folleto Interrupción del embarazo con medicamentos. La versión digital puede ser leída con lectores de pantalla, todas las imágenes cuentan con descripción:
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-con-medicamentos-tratamiento-combinado-mifepristona-y-misoprostol>
- Folleto Interrupción del embarazo en el sistema de Salud. Este folleto desplegable tiene como objetivo difundir los derechos que otorga la Ley 27.610 de interrupción voluntaria y legal del embarazo. La versión digital es accesible con lectores de pantalla:
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-en-el-sistema-de-salud>
- Se actualizó el sitio web de la DNSSR donde se incluyó un apartado sobre la perspectiva del modelo social de la discapacidad en la solapa de “Información para equipos de salud”:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/informacion-para-equipos-de-salud/perspectiva-del-modelo-social-de-la-discapacidad>
- Además, la guía MAC, cuya actualización está próxima a publicarse, destinada a equipos de salud, presenta un apartado sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de las

personas con discapacidad, poniendo especial foco en el modelo social, accesibilidad, apoyos y ajustes razonables. Próximamente, se encontrará disponible en el Banco de Recursos del Ministerio de Salud.

Marco jurídico de respaldo en la atención integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR) de las personas con discapacidad (PCD).

En este apartado proponemos visibilizar el nuevo paradigma de atención integral de las PCD, con la intención de revalorizar sus derechos a dar consentimiento y de reconocer el marco normativo que respalda nuestro accionar como profesionales de atención en salud.

El contexto histórico y social obliga a las/os profesionales de la salud a cambiar el modelo de atención en SS y SR de las PCD, de un modelo médico/rehabilitador a un modelo social de la discapacidad (FUSA, 2022). La mirada correcta sería, considerar la singularidad de cada consultante y brindar información accesible. Por ejemplo: lectura fácil para PCD intelectual; braille, audios y programas informáticos accesibles para PCD visual; lengua de señas para PCD auditiva; y accesibilidad a los servicios de salud en aquellas cuestiones arquitectónicas sean edificaciones o de mobiliarios.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (2006) reconoce que tienen *los mismos derechos humanos* que el resto de las personas y deja en claro que las mujeres pueden tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, sin coerción, discriminación ni violencia. Se basa en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijas/os, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de SS y SR. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En el año 2008 el Estado Argentino ratificó su compromiso en el cumplimiento de dicha convención y tomó carácter constitucional por ley 26.378.

El marco jurídico de respaldo para el accionar profesional en materia de SS y SR y garantizar los derechos de las personas con discapacidad es muy amplio.

En primer lugar, es importante recordar que la modificación del año 2015 del Código Civil y Comercial de la Nación ha repercutido en el plexo normativo, incorporando al Estado en su rol de garantizador de derechos y la figura de apoyo a las PCD como sujetos de derechos con

o sin respaldo de sus responsables parentales y respetando su autonomía progresiva según las edades.

Sobre capacidad jurídica, la CDPD (2006) estipula que se reemplaza el modelo de “sustitución en la toma de decisiones”, para incorporar un “modelo de apoyo en la toma de decisiones”. En el artículo 12: establece que *“Los Estados parte reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”*, lo que implica una concepción de una capacidad jurídica universal, un cambio trascendental en materia de derechos humanos que tuvo un fuerte impacto en el ejercicio de derechos y en la concepción de ciudadanía de las PCd.

Uno de los puntos de reforma del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), vigente desde agosto de 2015, fue su alineación con la CDPD (2006). En su artículo 31 determina que se presume la capacidad general de ejercicio y toma de decisiones de todas las personas, incluso quienes se encuentren internadas en un establecimiento asistencial. Esto quiere decir que debemos partir de considerar que todas las personas somos capaces de tomar decisiones y ejercer los derechos consagrados, no hay limitaciones legales en este sentido.

El *“consentimiento informado”*, como en cualquier acto médico, es la herramienta de respaldo que al profesional de la salud le garantiza su accionar médico y evidencia el derecho a decidir de las personas asistidas, en este caso con discapacidad.

- El consentimiento en el caso de niñas y adolescentes con discapacidad **menores de 13 años**, se conserva la misma regla general que con los/las adolescentes sin discapacidad (interés superior de la niña, niño y adolescente, autonomía progresiva, derecho a ser oído).
- El consentimiento de **adolescentes entre 13 y 16 años**: el artículo 26 del CCyC establece que pueden decidir de manera autónoma sobre prácticas “tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física”.
- Es recomendable el consentimiento escrito en los casos de tratarse de **adolescentes de menos de 16 años**, cuando se realizarán, intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos que supongan riesgos e inconvenientes notorios previsibles, no inherentes a la actuación clínica, que repercutan de manera importante en la vida cotidiana.

La Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación aclara que “el criterio de invasividad” utilizado por el CCyC en los términos del artículo 26, debe entenderse como tratamientos de gravedad que impliquen riesgo grave para la salud. Además, remarca que *“la evaluación del riesgo de las prácticas sanitarias debe realizarse con base en evidencia científica”*. La asesoría / consejería es un dispositivo privilegiado para el proceso de consentimiento informado que deberá consignarse en la historia clínica (HC).

La Ley nacional 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en el año 2009, establece en su artículo 2 que *“constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate,”* los siguientes: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica.

Respecto de las intervenciones de anticoncepción quirúrgicas en relación a las PCD, desde diciembre 2021 por ley 27.655 (modificación de la ley 26.130) y bajo respaldo de la Convención internacional de los derechos de las PCD, que, en Argentina, es de rango constitucional, las PCD podrán dar su consentimiento para acceder a estas prácticas. Esto se debe a la modificación de los artículos dos y tres, de la vieja ley 26.130, que mencionaban como beneficiarias, sólo a las personas capaces y mayores de edad y cuando se trataba de una persona declarada judicialmente incapaz, era requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla” (art. 3). *Queda claro entonces, que, a partir del 2021, las PCD, mayores de edad bajo consentimiento y según el CCyC 2015, pueden acceder a procedimientos de esterilización quirúrgica sin necesidad de judicialización y bajo consentimiento, siempre que su condición le permita expresarlo.*

Por último, es importante recordar que todas las PCD tienen derecho al marco normativo vigente de la República Argentina. Como, por ejemplo: Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929/ 2004), Ley de Educación Sexual Integral (Ley 26.150/ 2006), Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley 26.485/ 2009).

Referencias bibliográficas:

Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2008). Ley 26.378.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/141317/texto>

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009). Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Honorable Cámara de Diputados de la Nación. (2015). Código Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires.

FUSA. (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva
Orientaciones para equipos de salud.

<https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/08/guia-proyecto-desear.pdf>

Ministerio de Salud. Secretaria de Salud Comunitaria.(2015). Resolución 65/2015.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649/texto>

Orientación y recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC) para personas con discapacidad.

Abordaje de la consulta: Asesoría/Orientación/ Consejería

La consejería, asesoramiento u orientación (se prefiere utilizar los dos últimos términos, ya que aclaran la esencia del tipo de abordaje que se espera), es un dispositivo de atención que implica un acompañamiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de brindar información de calidad, orientar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva, promoviendo la autonomía sin emitir juicios de valor.

El primer paso para brindar asesoramiento sobre anticonceptivos centrado en las personas es identificar para quién es este asesoramiento. Muchas veces, es la única oportunidad que tienen las personas de plantear preguntas relacionadas con su sexualidad con un equipo de salud. El asesoramiento sobre anticoncepción tiene como objetivo proporcionar un MAC sin demora.

En relación con el asesoramiento u orientación de PCD, es importante adecuar las intervenciones desde un punto de vista integral, teniendo en cuenta las particularidades y comprender que esta atención debe cumplimentar las mismas pautas y orientaciones, en términos legales y de protocolos, que las vigentes para todas las personas (FUSA, 2022). En determinadas ocasiones, se deberán implementar ajustes razonables para que las PCD puedan ejercer sus derechos.

Es importante tener en cuenta que:

No solo cada discapacidad es diferente, sino que cada persona lo es. Las personas presentan diferentes características según su discapacidad, también según su propia historia personal y familiar, lo que se expresa en su condición vital y sus necesidades de apoyo (Meresman, 2019).

Muchos establecimientos y servicios de salud son inaccesibles para las personas con discapacidad. En la publicación de FUSA (2022) *Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva*, se especifica cuáles son las **barreras al acceso y atención de las PCD**.

- Físicas:** espacios de salud inaccesibles, falta de equipamiento adaptado a personas ciegas o con discapacidad motriz.
- Comunicacionales:** dificultad en la transmisión de información e interacción, en particular con personas ciegas, sordas, hipoacúsicas o con discapacidad intelectual. Se debe generar un canal de encuentro para posibilitar esa comprensión.

- Actitudinales:** prejuicios, estereotipos, falsas verdades, falta de formación y conocimiento sobre las necesidades y los derechos de las PCD de parte de los equipos de salud.
- Financieras:** traslados al centro de salud, los tiempos de la consulta asignada en el sistema de salud, costos de personas acompañantes, entre otros.

Al momento de pensar la atención de las PCD hay brechas educativas y de conocimiento entre los integrantes del equipo de salud. La educación y la capacitación reducirán la parcialidad y el prejuicio, mejorando la calidad de la atención y las prestaciones (Mitra et al., 2017).

Compartimos algunos de las falsas creencias que siguen circulando con relación a la sexualidad y discapacidad:

Falsas creencias en relación con la sexualidad y las PCD

- Son asexuadas/os y no les interesa.
- Algunas discapacidades condicionan una sexualidad incontrolable e impulsiva.
- Las PCD no se dan cuenta del abuso - violencia sexual del que pueden ser objeto.
- No saben, no entienden qué es una relación sexual. No son atractivas y no son deseadas.
- No estarían en condiciones de criar hijas/os.
- Es poco probable que alguna vez tengan una pareja.
- Toda relación sexual con ellas/os es, en realidad, un abuso - violencia sexual.
- No pueden tomar decisiones racionales sobre su vida, su sexualidad y su reproducción.
- Solo forman parejas con otras personas con discapacidad.

Fuente: ASDRA (s/f).

Las personas con distintas discapacidades sensoriales se ven afectadas por barreras de comunicación y con frecuencia dependen de terceras personas que les expliquen. Internet es un avance, pero requiere de habilidades de lecto-escritura y que los dispositivos digitales y la información estén adaptados. Las barreras comunicativas se concretan en la ausencia de materiales con letras grandes, lenguaje sencillo, dibujos, imágenes, audios, códigos QR y en lengua de señas. Estos materiales también necesitarían de altavoces, intérpretes de Lengua de Señas y subtítulos. Se analizan los dos casos más frecuentes de discapacidad sensorial:

- **Las personas con discapacidad visual** tienen otros sentidos con los que reconocer, sentir, apreciar, sin embargo, precisan que la información esté accesible a sus capacidades (en audio tendrá mayor alcance que si se edita en Braille). En casos concretos, puede que la alteración que causó la ceguera, provoque problemas sexuales específicos.

- **Las personas con discapacidad auditiva** presentan una discapacidad no visible y, en ocasiones, viven muy aisladas y muy poco informadas. La comunicación sobre sexualidad es especialmente difícil. La lengua de señas Argentina (LSA) utiliza formas concretas y precisas. Darles la información por escrito no garantiza el acceso. Es fundamental la información clara y directa en LSA o en imágenes.

Las personas con discapacidad orgánica (con enfermedades crónicas) suelen llevar asociada una medicación específica prolongada. Las interacciones medicamentosas son uno de los principales temas a considerar con esta población.

¿Qué incluye el asesoramiento?

- Información sobre MAC.
- Explicación del uso del condón/preservativo y otro MAC.
- Orientaciones sobre sexualidad (disfrute de las relaciones, malestar, etc.).
- Indicaciones sobre prácticas para el cuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH / SIDA.
- Detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual.

¿Cómo pensar y diseñar el espacio de consulta?

Se recomienda utilizar espacios amigables, con los siguientes requerimientos y características (Labovsky & Oizerovich, 2021):

- **Equitativo:** todos/todas deben acceder al servicio de salud que necesitan.
- **Accesible:** todos/todas deben tener posibilidad de acceso.
- **Aceptable:** cumplir con las expectativas de privacidad, no discriminación, confidencialidad y un servicio que no imponga valores morales.
- **Adecuado:** considerar no solo la atención sexual y reproductiva, debe trabajar desde la prevención y también detectar, si además de la discapacidad, hay otros trastornos de salud.

¿Cómo elegir un MAC?

La elección de un MAC es una decisión personal e individualizada para todas las personas, basada en la preferencia de cada una, los antecedentes médicos y familiares, y el acceso a los mismos. Los **derechos sexuales y los derechos reproductivos** incluyen el derecho a la autonomía, a la libre determinación (sin discriminación ni coerción) de las decisiones sobre anticoncepción, maternidad y paternidad. Además, en todos los casos se debe brindar asesoramiento e incluir por igual el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) e interrupción legal del embarazo (ILE)

(Hameed et al., 2020).

La elección del MAC será igual que en todas las personas, sumando a este conocimiento la presencia de la discapacidad que presenta la persona. Se deberá consultar de acuerdo a los [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) como del Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) entre otros, teniendo en cuenta la posible coexistencia de otros factores o patologías. La discapacidad visual no constituye contraindicación para ninguno de los MAC disponibles. (OMS, 2012 y CDC, 2016).

Los Criterios médicos de elegibilidad se proponen brindar un margen adecuado de seguridad en el trabajo en anticoncepción. Para ello, se toma en consideración la condición de la persona (como, por ejemplo: edad, antecedentes de embarazo, o una condición médica/patológica preexistente conocida), cruzándose con el requerimiento de cada MAC. La OMS (OMS, 2015) realizó una clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos según diversas situaciones y contextos:

- Categoría 1: no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
- Categoría 2: las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos.
- Categoría 3: los riesgos superan a las ventajas de utilizar el método.
- Categoría 4: el uso del método anticonceptivo es un riesgo inaceptable para la salud.

Las PCD son una población vulnerable que corre un riesgo particular de coerción con respecto a sus derechos por parte de profesionales de la salud, familiares y cuidadores/as, en especial cuando la familia o cuidadores/as solicitan la esterilización.

La asesoría anticonceptiva es compleja dadas las comorbilidades médicas en estas personas. Una PCD intelectual puede dar su consentimiento. Es necesario facilitar la participación de las familias y cuidadores/as que puedan apoyar la toma de decisiones de la PCD. Una correcta asesoría puede simplificar la información para estas personas. Para ello se debe considerar:

- Información detallada sobre cada MAC
- Riesgos y beneficios de los diferentes MAC antes de seleccionar la mejor opción anticonceptiva.
- Ayudas visuales con gráficos que describen la eficacia.
- Imágenes que muestran cómo usar un método.
- Videos que describen los pasos a seguir para cada método.
- El nivel y el contenido de la explicación debe adaptarse a la capacidad cognitiva o al nivel de desarrollo de la persona.

Los autores Horner-Johnson, W., Akobirshoev, I., Amutah-Onukagha, N. N., Slaughter-Acey, J. C., & Mitra, M. (2021) indican que las mujeres con discapacidad tienen mayores probabilidades de embarazo no intencional en comparación con las mujeres sin discapacidad. Eso aumentaría el riesgo para la salud, junto con el cuidado adicional que una PCD puede necesitar durante su embarazo. Por este motivo, se debe garantizar que la educación sexual incluya a las PCD y evaluar adaptaciones adecuadas para facilitar el aprendizaje.

Tabla: Opciones anticonceptivas para personas con discapacidades

ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	DESVENTAJAS SUGERENCIAS
Preservativo para personas con pene o vulva vagina	Prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH	Dificultad en la colocación. Se debe trabajar con maquetas u objetos para poder explicar su uso
Anticoncepción oral combinada	Regula la menstruación y disminuye la dismenorrea y el sangrado menstrual. Mejora los síntomas premenstruales.	Es posible que no pueda tragar pastillas (disfagia). (se puede triturar la píldora) Riesgo de tromboembolismo venoso si está inmóvil Posibilidad de interacciones medicamentosas.
Parche anticonceptivo	Regula la menstruación y disminuye la dismenorrea. Colocación semanal	Despegamiento. Prurito/irritación. Riesgo de tromboembolismo venoso si está inmóvil. Contraindicado en usuarias con un peso mayor a 90 kg. El paciente puede quitarlo de la piel (aplicar en la zona central de la espalda)
Anillo anticonceptivo	Regula la menstruación y disminuye la dismenorrea. Se puede usar de forma continua, generando un beneficio para estas pacientes.	Colocación vaginal: problemas de privacidad, la atrofia por denervación puede impedir la retención exitosa Riesgo de tromboembolismo venoso si está inmóvil
Píldoras de gestágeno solo	Ideal para usuarias que tienen contraindicado el uso de estrógenos. Disminuye el flujo menstrual	Es posible que no pueda tragar pastillas (disfagia). (se puede triturar la píldora) Sangrado y manchado no programados
Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD).	Aplicación trimestral. Tasas más altas de amenorrea ya con la cuarta dosis.	Puede ocasionar aumento de peso. Evaluar impacto en masa ósea.
Implante de 1 o 2 varillas	Duración de 3/5 años En un 30% de los casos genera amenorrea	Puede requerir sedación para la inserción. Sangrado y manchado no programados.

DIU Cu.	Duración: 10 años. No es hormonal	Puede requerir sedación para la inserción. Aumento del flujo menstrual y dismenorrea.
DIU Lng	Duración hasta 5/8 años según la carga de LNG. (Ya aceptado en algunos países hasta 8 años el 52 mg). Disminuye el flujo menstrual. Posibilidad de amenorrea. Mejora la dismenorrea.	Puede requerir sedación para la inserción.
Esterilización quirúrgica	Anticoncepción permanente	Riesgo de coerción Sin efecto sobre la menstruación.

Fuente: adaptado del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2016).

Técnicas comunicacionales para educar en salud sexual integral y brindar información para brindar el consentimiento

- Dirigirse directamente a la persona con discapacidad. Si se presentan dificultades en la comunicación podemos emplear material gráfico: fotografías, dibujos. Ejemplificar.
- La mayoría de las personas con discapacidad intelectual desean hablar y expresarse ellas mismas, por lo cual se debe dar el tiempo para ello.
- Si tenemos dudas sobre su comprensión, debemos repreguntar para asegurar el entendimiento de lo explicado.
- Se recomienda usar un lenguaje sencillo accesible usando vocablos del lenguaje cotidiano, evitar tecnicismos y hablar demasiado. Adaptar el lenguaje al nivel de la persona con discapacidad.
- En PCD auditiva, podemos acompañar las explicaciones con material gráfico, signos y señas para facilitar la comprensión, o solicitarle/ofrecerle que sume a un intérprete de confianza.
- Utilizar preguntas abiertas, lenguaje positivo y tiempos verbales en voz activa. Dar respuestas fáciles y comprensibles.
- Intentar atraer su atención antes de empezar a hablar.

Referencias Bibliográficas

FUSA (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para equipos de salud. Disponible en: <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/02/perspectiva-discapacidad-atencion-sa-lud-sexual-reproductiva.pdf>

Mitra, M., Smith, L. D., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., Sammet Moring, N., & Iezzoni, L. I. (2017). Barreras para proporcionar atención de maternidad a mujeres con discapacidades físicas: Perspectivas de los profesionales de la salud. Disability and Health Journal, 10(3), 445-450. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.021>

ASDRA - Asociación Síndrome de Down de la República Argentina.(s/f). La sexualidad en las personas con discapacidad.

<https://www.asdra.org.ar/destacados/la-sexualidad-en-las-personas-con-discapacidad/>

Hameed, S., Maddams, A., Lowe, H., Davies, L., Khosla, R., & Shakespeare, T. (2020). From words to actions: Systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 5(10), e003135.

Horner-Johnson, W., Akobirshoev, I., Amutah-Onukagha, N. N., Slaughter-Acey, J. C., & Mitra, M. (2021). Riesgos para la salud antes de concebir para las mujeres con discapacidades [PDF].

https://disabilityhealth.jhu.edu/media/VR/DRH_Repro_Health_Spanish.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2018, junio). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Recuperado de

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva>

Labovsky, M., & Oizerovich, S. (2021). Anticoncepción: la otra mirada. *Revista Amada*, 17(2).

<http://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-17-n-2-2021/64-revista>

</revista-n2-2021/480-anticoncepción-en-adolescentes-la-otra-mirada>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use (5th ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513579>

CDC. (2016). Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [Versión en español].

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/pdf/spanish-usmec-color.pdf>

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2016). Manipulación menstrual para adolescentes con discapacidades físicas y del desarrollo. Opinión del Comité Número 668.

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Física

La discapacidad motora es una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de una persona y se ve afectada su habilidad en el control y manejo del movimiento, equilibrio, coordinación y postura de las diversas partes del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional (OMS - OPS, 2001; OMS 1994).

Comprende las deficiencias del aparato locomotor a partir de condiciones de salud neurológicas, reumatológicas y /o traumatológicas, que comprometen funciones y estructuras corporales y que limitan a la persona para la realización de una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentado por la tecnología, dispositivos o ayuda de terceras personas (Ministerio de Salud, 2015).

Por eso, cuando se trabaja con personas que poseen alguna Discapacidad Física (DF) es preciso valorar los siguientes aspectos de manera exhaustiva:

1. Repercusiones físicas de la discapacidad concreta, hecho que se relaciona con el tipo concreto de lesión o daño y su gravedad.
2. Repercusiones o grado en que la discapacidad afecta o modifica la percepción de uno/a mismo/a y la estima personal.
3. Dificultades que la lesión o daño supone de cara a las relaciones sociales (amigos/as, relaciones afectivo-sexuales, etc.).

Repercusiones físicas de la discapacidad.

En el artículo de Zacharin (2009) sobre pubertad, anticoncepción y manejo hormonal para jóvenes con discapacidades, se sistematizan y categorizan diversas repercusiones de las anomalías físicas:

- Para las personas que presentan una discapacidad puramente física leve a moderada, la función sexual estará dentro del rango de normalidad, a menos que exista una disfunción específica de la vía neural.
- Cuando la anomalía de la columna vertebral o las condiciones degenerativas neuronales han causado una pérdida progresiva o severa de la función nerviosa, puede haber una pérdida permanente de la función eréctil.
- Para las PCD con parálisis de la parte inferior del cuerpo o pérdida de la función, la función sexual aún es posible, pero existe un mayor riesgo de infección del tracto urinario que requiere vigilancia.
- Después de la pubertad, es probable que la fertilidad sea normal para la mayoría de los/las adolescentes y jóvenes que tienen una discapacidad física.
- En algunas PCD físicas existen diversas situaciones que impactan en su sexualidad, sobre todo las lesiones medulares que dependiendo del sector de la columna que involucre será

el tipo de parálisis y sus consecuencias. Las repercusiones dependen de la zona dañada y del tipo de lesión, ya sea esta parcial o total, las que generan diferentes consecuencias (Stanford Medicine Children's Health, s/f).

Consecuencias de las lesiones medulares en la movilidad de la persona:

- **Lesiones medulares en la zona cervical:** suelen producir parálisis de algunos de los músculos para respirar, de los brazos y piernas.
- **Lesiones en la zona dorsal:** las repercusiones en la movilidad suelen incluir debilidades y parálisis en los miembros inferiores (piernas), pérdida de sensibilidad del tronco por debajo de los pezones, o del abdomen dependiendo del nivel de la lesión.
- **Lesiones en la zona lumbar:** parálisis e inmovilidad de los dos miembros inferiores (piernas) a partir de los muslos. En algunos casos puede verse también afectada la sensibilidad táctil de determinadas zonas corporales.
- **Lesiones sacras:** entumecimiento en periné.

Consecuencias de las lesiones medulares en la respuesta sexual

Las lesiones medulares pueden afectar a alguna o varias de las fases de la respuesta sexual humana, ya que la misma está controlada por el sistema nervioso. El grado de afectación de la excitación sexual, el orgasmo y la fertilidad dependen del nivel y tipo de lesión. Cómo responde una persona a la estimulación sexual y erótica se puede analizar desde dos perspectivas: por el tipo de respuesta física o fisiológica, relacionadas con los cambios corporales observables en la respuesta sexual, y en la respuesta subjetiva ante la estimulación, la que dependerá de cada individuo.

¿Qué sucede sexualmente ante lesiones de médula espinal?

En los varones: entre un 15 a 25% tienen erección, un 90% pierde capacidad de eyacular y hay presencia de orgasmos cognitivos o fantasmas. Pueden presentar oligospermia, eyacuación retrógrada, trastornos de la erección, niveles de testosterona normal y disminución de la libido.

En las mujeres: se puede observar parálisis motora y abolición de la sensibilidad. Cambio o pérdida de la sensación genital. Incontinencia urinaria y de materia fecal. Disminución de la capacidad de lubricación. Falta de capacidad de concienciación orgásmica. La baja autoestima y la no aceptación de su imagen corporal hacen que sea menos frecuente que desee tener relaciones sexuales (Tablado, 2005). Tras la lesión medular se produce una amenorrea transitoria, de duración irregular, entre 0 y 6 ciclos. Su fertilidad y libido no están disminuidas (Ministerio de Salud, 2013).

Tener en cuenta que en PCD física pueden estar enmascaradas los síntomas de las ITS. Cómo

también pasar inadvertidos el abuso - violencia sexual.

¿Qué método anticonceptivo (MAC) utilizamos en la discapacidad física?

Las opciones de MAC dependen de varios factores (Best, 1999 y FUSA, 2022).

- La calidad de la circulación en las extremidades.
- Presencia o no de trastornos en la coagulación.
- Destreza manual.
- Interacciones farmacológicas con medicamentos que esté tomando.
- Si tiene problemas con la higiene menstrual.

Para evaluar ginecológicamente a las PCD físicas se recomienda poseer mesa de exploración obstétrica y/o ginecológica regulable o con altura variable, con accesibilidad por ambos lados.

A continuación se presenta la Tabla que resume los aspectos generales de los MAC para PCD física adaptada de Tablado, Ciarmatori. 2005 y Allen, 2022.

Anticoncepción en Discapacidad Física			
Tipo de MAC	Generalidades del uso	Beneficios	Advertencias
Preservati- vos (pene, vagina, vulva)	Evaluar estrategia para hacer su uso posible en caso de que existan dificultades de manipulación. Su uso puede ser difícil para algunas personas dado la limitación manual.	Eficaz Es el único que protege de ITS y VIH. Su entrega es gratuita.	Difícil su uso en personas cuadripléjicas, en cuyo caso debe ser colocado por la pareja.
Progestágeno oral	Es una opción para quien no pueda utilizar estrógenos. Verificar que la paciente pueda manejar el blíster y tomar la pastilla.	Pueden producir amenorrea o disminuir el sangrado menstrual facilitando la higiene No hay riesgo tromboembólico.	Es posible que no pueda tragar pastillas Sangrado y manchado no programados.
Gestágenos solo depósito AMPD	Es de aplicación trimestral Buena opción por su eficacia y duración.	La amenorrea o disminución del sangrado menstrual facilita la higiene en algunas PCD. No hay riesgo tromboembólico.	Evaluar impacto en la masa ósea
Implante Subdérmico	Larga duración (3/5 años) Es una de las primeras líneas para la prevención efectiva del embarazo.	Seguros y altamente eficaces. No requieren del control diario.	La falta de camillas móviles dificulta la tarea de colocación. Sangrado irregular. La inserción y extracción requiere personal capacitado.
ACO de Emergencia	Utilizar ante fallas en el uso de MAC o en caso de relaciones sexuales no consentidas.	No presenta contraindicaciones.	
Anticoncepti- vos combina- dos	Anticonceptivos combinados (orales, Inyect.) ✓ La píldora requiere de uso diario, lo que puede ser una limitación. ✓ Es posible que no pueda tragar pastillas, existen formulaciones masticables (no aún en Argentina). Parches anticonceptivos combinados ✓ El paciente puede quitarlo de la piel (aplicar en la zona central de espalda) Anillo vaginal combinado ✓ Colocación vaginal (problemas de privacidad, la atrofia por denervación puede impedir el éxito retención)	Regulan la menstruación. Disminuye la dismenorrea y el sangrado menstrual. Mejora los síntomas premenstruales	Pueden no ser la opción más apropiada para personas con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades por el riesgo de enfermedad tromboembólica. Especialmente si está inmóvil o con alteraciones en la circulación De acuerdo al nivel o grado de inmovilización evaluar el uso de estrógenos.

DIU	<p>DIU Cu: Duración: 10 años. No es hormonal</p> <p>DIU Lng: Duración hasta 5/8 años según la carga de LNG. (Ya aceptado en algunos países hasta 8 años el DIU Lng de 52 mg). Disminuye el flujo menstrual. Posibilidad de amenorrea. Mejora la dismenorrea</p> <p>Ventajas: seguros y altamente eficaces</p> <p>Advertencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De indicarse, realizar colocación bajo control ecográfico por mayor riesgo de perforación. ✓ Puede necesitar sedación para inserción. ✓ El DIU Cu puede aumentar el flujo menstrual y dismenorrea. ✓ Si tiene sangrados abundantes, utilizar DIU de LNG. ✓ La enfermedad pélvica inflamatoria o un embarazo ectópico o cuadros de dolor pueden pasar inadvertidos por falta de sensibilidad. ✓ Posibles dificultades en la colocación por espasticidad de músculos aductores de los muslos. ✓ La falta de camillas ginecológicas móviles dificulta la tarea de colocación.
Diafragma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Requiere para su uso de destreza física.
Esterilización quirúrgica	<p>Ventajas: seguro y altamente eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin efecto sobre la menstruación. <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establece la igualdad de derechos con la población general para decidir voluntariamente, previa información y asesoría. ✓ Si no hay deseos de fertilidad por la PCD se puede utilizar este método, participando en la solicitud la persona directamente involucrada. ✓ La esterilización no debe representar la solución a la violencia sexual. ✓ El procedimiento para obtener la autorización se rige por lo descrito en la ley de esterilización quirúrgica vigente en Argentina, al igual que para el consentimiento informado.
Naturales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Este método no está recomendado por su menor eficacia anticonceptiva y sus dificultades para utilizarlo, necesitando de una destreza física que no siempre se cuenta. ✓ Dificultad para controlar temperatura basal por la posibilidad de un síndrome febril por infecciones urinarias. ✓ Dificultad para valorar el moco cervical por la posibilidad de infecciones vaginales.

Referencias Bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra: World Health Organization. ISBN 84-8446-034-7. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42419>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Imsero. (22), pp. 286. NIPO 377-94-003-X, ISBN 84-86852-45-5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>
- Ministerio de Salud. (2015). Normativa para la certificación de personas con discapacidad motora – Aprobación. Servicio Nacional de Rehabilitación. Disposición 1019/2015. Boletín Nacional del

2015.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposición-1019-2015-255736>

Zacharin, M. R. (2009). Puberty, contraception, and hormonal management for young people with disabilities. *Clinical Pediatrics*, 48(2), 149-155. <https://doi.org/10.1177/0009922808324492>

Stanford Medicine Children's Health. (s.f.). Lesiones de la médula espinal. https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=spinalcordinjury_85-P04278

Alexander, M., Hicks, T., Aisen, M., & Klebine, P. (maestría en humanidades). (2015). La sexualidad y el funcionamiento sexual después de una lesión de la médula espinal. <https://msktc.org/sci/factsheets/la-sexualidad-y-el-funcionamiento-sexual-despues-de-una-lesion-de-la-medula-espinal#:~:text=A%20menudo%2C%20la%20lesi%C3%B3n%20de,si%20es%20completa%20o%20incompleta.>

Tablado, A. y Ciarmatori, S. (2005). La sexualidad de las personas con discapacidad. En *Anticoncepción del Siglo XXI* (pp. 698-709). Buenos Aires: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, Editorial Ascune Hnos.

Ministerio de Salud. (2013). Instituto Nacional de Rehabilitación Psico-física del Sur "Dr. Juan Otimio Tesone". Tratamiento de las secuelas de la lesión medular y sus complicaciones. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inareps-lesion-medular-protocolo-secuelas-complicaciones-lm.pdf>

Best, K. (1999). Disabled have many needs for contraception. *Netw Res Triangle Park N C*. 19(2), 16-18. PMID: 12295057. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12295057/>

FUSA. (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para Equipos de Salud. Recuperado de <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/02/perspectiva-discapacidad-atencion-sa-lud-sexual-reproductiva.pdf>

Allen RH. (2022, July 1). Contraception for Patients with Disabilities. *OB/GYN Clinical Alert*. <https://www.reliasmedia.com/articles/149557-contraception-for-patients-with-disabilities>

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Sensorial

Discapacidad sensorial es un término que se refiere a las personas que han perdido su capacidad visual (baja visión o ceguera) o auditiva (hipoacusia total o parcial, congénita o adquirida, de uno o de los dos oídos), incluyendo a quienes presentan problemas al momento de comunicarse o utilizar el lenguaje, secundarios a estas discapacidades.

Consideraciones para la consulta

En PCD sensorial es necesario considerar cuáles son las barreras que obstaculizan su autonomía y ejercicio del derecho a la salud. En muchas oportunidades estos obstáculos pueden ser fruto de actitudes de los profesionales debido al desconocimiento de sus necesidades, por falta de tiempo, o por miedo a recibir a las PCD en la consulta. Un error frecuente es dirigirse a su acompañante en vez de a ellas mismas. Otra de las fallas es tratarlas como si no entendieran o no explicar paso a paso los procedimientos a realizar (Domínguez et al. 2011 y Teveles, 2021).

Para ello, debemos:

- Tener en cuenta las particularidades y necesidades de cada persona.
- Disponer de tiempo suficiente.
- Utilizar los recursos disponibles para la comunicación.
- Ser creativos en caso de no contar con los recursos ideales.
- Anticipar y explicar los procedimientos.
- Ofrecer la posibilidad de repreguntar
- Respetar sus decisiones.

Sugerencias para el abordaje de la consulta en personas con discapacidad auditiva o visual

(FUSA, 2022; UNFPA s/f; Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2012, 2020):

Discapacidad Visual

Debemos facilitar el acceso autónomo a la consulta: señalización y cartelería con alto contraste de colores, tipografía simple, textos breves, incluir pictogramas o figuras, textos en Braille, incluir códigos QR para acceder a un lector del texto.

El llamado al turno puede ser por medios visuales como pantallas y complementarse con medios sonoros o verbales.

En el consultorio es necesario tener recursos facilitadores, tanto en folletería y material informativo, como para los formularios de consentimiento informado: textos en Braille, macrotipo,

formatos sonoros, acceso a través de códigos QR. Otro recurso interesante es enviar información por mensajería virtual o telefónica (WhatsApp, correo electrónico u otras vías).

Se debe contar con material concreto para el reconocimiento táctil a fin de utilizarlo como apoyo a las explicaciones. Asimismo, es fundamental usar lenguaje descriptivo, dar indicaciones claras con referencias espaciales (derecha, izquierda, delante, detrás, etc.) evitando indicaciones gestuales. No olvidar de explicar y anticipar los exámenes y procedimientos a realizar.

Elección del MAC:

La discapacidad visual no constituye contraindicación para ninguno de los MAC disponibles. De todos modos, se deberá consultar los [Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2015\)](#), teniendo en cuenta la posible coexistencia de otros factores o patologías.

En este sentido, merece una consideración especial la relación entre anticonceptivos y presión intraocular. Algunos estudios encontraron mayor riesgo de glaucoma en usuarias de anticoncepción oral combinada (ACO) (Wang et al., 2016). Pasquale & Kang (2011) describen un moderado aumento del riesgo asociado al uso de ACO por más de 5 años, aunque sugieren la necesidad de más estudios al respecto. Dado que los estrógenos son un factor protector en cuanto a la presión intraocular (Dewundara et al., 2016; Pasquale & Kang, 2011), se postula como posible mecanismo la falta de cambios cíclicos de los niveles de estrógenos en usuarias de anovulatorios. Otros autores no coinciden en estos hallazgos (Moschos & Nitoda, 2017), por lo que aún será necesaria más evidencia al respecto.

En caso de elegir un método autoadministrado, es necesario que éste cumpla con las condiciones para facilitar su uso. Los envases de medicamentos deberían incluir la información importante como el nombre y la fecha de vencimiento en Sistema Braille o en sobrerrelieve, así como un código QR, aunque esto aún no está garantizado (Puente Pérez et al., 2020). Al hacer la indicación se debe considerar que el método pueda ser utilizado en forma autónoma. En el caso de los anticonceptivos orales, por ejemplo, se debe elegir aquellos que no incluyen placebos o que incluyan sólo 4 placebos en una fila bien diferenciada en el blíster, fácil de reconocer en forma táctil. En la consulta se deberá mostrar en forma práctica su utilización.

Discapacidad Auditiva

Es necesario facilitar el acceso autónomo a la consulta con otorgamiento de turnos online, por mensajería escrita o personalmente (con posibilidad de intérprete).

En relación con el llamado a la consulta, idealmente se recomienda contar con pantallas u otros medios complementarios, y que no sea únicamente verbal.

Siempre se debe disponer de mayor tiempo en la consulta en estos casos. Si es posible, se recomienda incorporar la presencia de intérprete de lengua de señas argentina (ILSA) en la atención en salud. También existe la posibilidad de que un familiar o acompañante cumpla esta función, siempre que la paciente lo solicite. En todo momento debemos garantizar la confidencialidad y la privacidad, recordando dirigirse siempre a la persona que consulta y respetando sus decisiones.

Si la PCD hace lectura labial, es importante hablar de frente, a su altura, con el rostro bien iluminado y descubierto. En caso de usar barbijo se deberá contar con uno transparente que permita ver la boca. Hablar con voz normal, vocalizando bien sin exagerar ni gritar. Es recomendable dar explicaciones claras y concretas, frases cortas, sin palabras superfluas. Asimismo, es útil contar con recursos visuales como apoyo en las explicaciones: láminas, gráficos, maquetas. Otros recursos, en caso de ser necesarios, son los gestos o el lenguaje escrito (este último recurso es posible solo en personas alfabetizadas). También existen recursos tecnológicos, como algunas aplicaciones para celular con LSA (por ejemplo, LSA en familia, Háblalo).

<http://www.proyectodane.org/aplicacion/aplicacionlsaenfamilia/>

En caso de requerir examen ginecológico u otros procedimientos, es necesario explicar previamente en qué consiste, anticipando los pasos a realizar. Resulta fundamental prever cómo será la comunicación durante el examen teniendo en cuenta que durante el mismo la paciente no podrá vernos.

Elección del MAC:

La discapacidad auditiva no constituye contraindicación para ninguno de los MAC. Sin embargo, dada la posible coexistencia de otras patologías, para la elección del método se deberá consultar [Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2015\)](#).

En relación a la Otosclerosis es importante considerar que los estrógenos juegan un papel en su mecanismo de producción y en su agravamiento vinculado a la gestación. Schwartzman (1975) sugirió efectos negativos de la anticoncepción hormonal combinada (AHC) en estas pacientes. Sin embargo, otros estudios no encuentran la misma evidencia (Mitre et al., 2006; Vassey, 2001; Sanchez Borrego, 2003; Horner, 2009). Por lo tanto, sugerimos trabajar junto al profesional tratante

de la patología de base.

Referencias Bibliográficas

- Dominguez, M. E., Mattioli, N., & Sosa, F. (2011). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de servicios de salud en Montevideo.
[http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapa.pdf](http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres_con_discapa.pdf)
- Teveles, D. (2021). Accesibilidad en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 5(2), 170-191.
<http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/283/154>
- FUSA. (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para equipos de salud.
<https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/08/guia-proyecto-desear.pdf>
- UNFPA (s/f). Sordas sin violencia. Salud integral accesible para mujeres sordas. Disponible en:
[https://www.sordassinviolencia.com/SALUD INTEGRAL ACCESIBLE PARA MUJERES SORDAS.pdf](https://www.sordassinviolencia.com/SALUD_INTEGRAL_ACCESIBLE_PARA_MUJERES_SORDAS.pdf)
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2012). Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad.
<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Libro-Discapacidad-SSR-28-11-12.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2020). Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad.
https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-salud-sexual_2020_web_accesible.pdf
- Wang, Y. E., Kakigi, C., Barbosa, D., Porco, T., Chen, R., Wang, S., Li, Y., Singh, K., Pasquale, L. R., & Lin, S. C. (2016). Oral Contraceptive Use and Prevalence of Self-Reported Glaucoma or Ocular Hypertension in the United States. *Ophthalmology*, 123(4), 729-736.
- Dewundara, S. S., Wiggs, J. L., Sullivan, D. A., & Pasquale, L. R. (2016). Is Estrogen a Therapeutic Target for Glaucoma? *Seminars in Ophthalmology*, 31(1-2), 140-146. doi: 10.3109/08820538.2014.959666
- Pasquale, L. R., & Kang, J. H. (2011). Female reproductive factors and primary open-angle

glaucoma in the Nurses' Health Study. *Eye* (London, England), 25(5), 633-641.

Moschos, M. M., & Nitoda, E. (2017). The impact of combined oral contraceptives on ocular tissues: a review of ocular effects. *International Journal of Ophthalmology*, 10(10), 1604-1610.

Puente Pérez, M., Cristóbal Infante Riquelme, M., & Carvajal Gutiérrez, B. (2020). Accesibilidad de métodos anticonceptivos para personas con discapacidad visual. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 4(2), 43-70. ISSN 2525-1643.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use (5th ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

Schwartzman, J. A. (1975). Efectos de los anticonceptivos sobre la otosclerosis. *BJORLG Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 41, 46-50.

Mitre, E. I., Figueira, A. S., Rocha, A. B., & Alves, S. M. (2006). Audiometric and vestibular evaluation in women using the hormonal contraceptive method. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 72(3), 350-354.

Vessey, M., & Painter, R. (2001). Oral contraception and ear disease: Findings in a large cohort study. *Contraception*, 63(1), 61-63. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(00\)00181-1](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(00)00181-1)

Sánchez Borrego, R., & Martínez Pérez, O. (2003). *Guía Práctica en Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia*. Emisa.

Horner, K. C. (2009). The effect of sex hormones on bone metabolism of the otic capsule – an overview. *Hearing Research*, 252, 56-60. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2009.01.009>

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Visceral

La discapacidad visceral es un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales que impliquen una restricción física no relacionada con el sistema locomotor. Pueden ser de origen cardiovascular, renal-urológico, respiratorio, hepático y digestivo (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2015).

Estas PCD se encuentran impedidas de desarrollar su vida con total plenitud, aunque no tengan complicaciones en el campo intelectual, en sus funciones sensoriales o motoras (OMS, 1994). Entre los ejemplos más frecuentes se identifican las siguientes patologías: fibrosis quística del páncreas, cardiopatía congénita e insuficiencia renal crónica terminal.

Las PCD visceral parecen llevar su vida con normalidad. Es cierto que, en determinados casos, con un tratamiento correcto, pueden desenvolverse con autonomía y sin restricciones. Sin embargo, hay otros casos en los que las personas requieren asistencia porque tienen otras manifestaciones, como fatiga, problemas musculares o fallas orgánicas que no se visibilizan como tales.

Las PCD orgánicas (enfermedades crónicas) es posible que deseen usar MAC en algunas etapas de su vida o de forma permanente.

Es necesario advertir que las PCD orgánicas suelen tomar múltiples fármacos que afectan la eficacia a la hora de elegir un MAC hormonal.

Los profesionales de la salud deben consultar los [Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2015\)](#) y tener en cuenta las interacciones medicamentosas en las distintas patologías crónicas.

Trasplantes de Órganos Sólidos

Las recomendaciones en personas receptoras de trasplantes de órganos sólidos fueron publicadas por consenso de la Sociedad Americana de Trasplante (AST) en 2005 (McKay, 2005). Por su parte, las recomendaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el uso de anticonceptivos en receptores de trasplantes de órganos sólidos se publicaron en 2016. Desde entonces, se ha publicado información adicional sobre la seguridad y la eficacia de las opciones anticonceptivas en las receptoras de trasplantes, en particular para los dispositivos intrauterinos.

Las recomendaciones de anticoncepción de los criterios del CDC se separaron por función del injerto: "estable" versus "complicada".

La función complicada del injerto se definió como fracaso o rechazo agudo o crónico del injerto, sin

denotar un umbral de insuficiencia renal. Además, existen recomendaciones del CDC para afecciones comunes asociadas con trasplantes como: diabetes, hipertensión, lupus y trombosis venosa profunda previa (TVP).

Elección del MAC:

1. Métodos hormonales: Todos los métodos hormonales se clasifican como seguros en mujeres con función estable del injerto. Sin embargo, la anticoncepción hormonal combinada NO se recomienda en mujeres con función complicada del injerto, hipertensión no controlada, antecedentes de accidente cerebrovascular, trombosis o estado de hipercoagulabilidad (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).
2. Dispositivos intrauterinos: Existen ventajas del DIU de cobre y el DIU de Lng de 52mg como: baja tasa de fracaso, facilidad de uso, ausencia de interacciones farmacológicas inmunosupresoras y efectos secundarios sistémicos.

Es por ello que ha resultado como recomendación para su uso entre muchos profesionales de trasplantes. (Sarkari et al., 2018; Chandra et al., 2019; Krajewski et al., 2013).

En la función complicada del injerto, el DIU Cu y el DIU Lng están designados como categoría 3 para el inicio (I), pero si se desarrolla una disfunción del injerto después de la colocación son categoría 2 para la continuidad (C).

Las primeras preocupaciones sobre el fracaso del DIU y el riesgo teórico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) en receptoras de trasplantes no han sido respaldadas por estudios observacionales (Juliato et al., 2018; Huguelet et al., 2017).

Se concluye que el DIU Lng es una de las opciones más seguras en mujeres trasplantadas tanto para la anticoncepción como para el sangrado uterino anómalo (SUA) teniendo en cuenta que las mujeres en edad reproductiva luego de un trasplante, requieren de una anticoncepción de larga duración (Cassia, 2018).

3. Implante subdérmico: es una opción anticonceptiva segura para las mujeres en edad reproductiva que reciben un trasplante de órganos sólidos, dadas las recomendaciones de evitar el embarazo durante los primeros 2 años posteriores al trasplante. (Lew & Sheeder, 2021).
4. Ligadura tubaria: puede realizarse por vía laparoscópica o abdominal según criterio médico.
5. Anticoncepción de emergencia: en receptoras de trasplante se puede prescribir AHE sin restricción. Se identifica como categoría 3 únicamente en los casos de rechazo de injerto o

vasculopatía (CDC, 2016). Favorecer su entrega anticipada es de vital importancia, ya que un embarazo puede estar asociado con eventos adversos graves que pueden deteriorar la salud en estas mujeres. Por la resolución 1062/2023 establece que la anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel de 1,5 mg es de venta libre en Argentina. Es necesario considerar que el DIU de Cu puede ser utilizado como anticoncepción de emergencia en estas usuarias dentro de los 5 días post coitales con la ventaja de convertirse en un método de anticoncepción regular.

Las mujeres en edad reproductiva pueden no tener conocimiento de los riesgos que implica un embarazo post trasplante y en consecuencia, no consultar a los servicios de anticoncepción. Resulta importante que los miembros del equipo de trasplante brinden asesoramiento en SS y SR o garanticen la derivación temprana a profesionales de la salud que tengan el conocimiento para asesorar a estas mujeres con patologías complejas con una anticoncepción segura y altamente eficaz. (Klein & Josephson, 2022).

Referencias Bibliográficas

- Servicio Nacional de Rehabilitación. (2015, 17 de junio). Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia física de origen visceral. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_fisica_de_origen_visceral.doc_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Imsero. (22), pp. 286. NIPO 377-94-003-X, ISBN 84-86852-45-5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>.
- McKay, D.B., Josephson, M.A., Armenti, V.T., Agosto, P., Coscia, L.A., Davis, C.L., Davison, J.M., Terasaki, P.I., Friedman, J.E., Hou, S., Carlos, J., Lago, K.D., Lindheimer, M., Matas, A.J., Moritz, M.J., Rielly, C.A., Ross, L.F., Scott Jr, R., Waggoner, L.E., Wrenshall, L., Adams, P.L., Bumgardner, G.L., Bien, R.N., Goral, S., Krams, S.M., Martínez, O.M., Tolloff-Rubin, N., Pavlakis, M., Scantlebury, V: Women`s Health Committee of the American Society of Transplantation: Reproduction and Transplantation: Report on the AST consensus conference on reproductive issues and transplantation. American Journal of Transplantation 5: 1592-1599. 2005

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. Recommendations and Reports, 65(3).
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503.pdf>

Huguelet, P.D., Sheehan, C., & Spitzer, R.F, Scott S: Use of the Levonorgestrel 52mg intrauterine system in adolescent and young adult solid organ transplant recipients: A case series. Contraception 95: 378-381, 2017

Sarkar, A., Bramham, K., Moritz, M. J., & Coscia, L: Reproductive health in woman following abdominal organ transplant. Am J Transplant 18: 1068-1076, 2018.

Chandra, A., Midtvedt, K., Asberg, A., & Eide, I: A Immunosuppression and reproductive health after kidney transplantation. Transplantation, 103: e325-e333, 2019

Krajewski, C. M., Geetha, D., & Gómez-Lobo, V: Contraceptive options for women with a history of solid-organ transplantation . Transplantation 95; 1183-1186, 2013

Cassia RT, Juliato, Stahlschmidt P, & Bahamondes L: A case series on the use of Levonorgestrel 52mg intrauterine system after organ transplant. Contraception, 98(3), 252-254,2018
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.017>

Lew, J., & Sheeder, J: Acceptance and safety of the Etonorgestrel contraceptive implant in solid organ transplant recipients. Contraception, 104(5), 556-560, 2021
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.006>

Klein, C. L., & Josephson, M. A. : Post Transplant Pregnancy and Contraception. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 17(1): 114-120, 2022. doi: 10.2215/CJN.14100820, 17(1): 114-120, 2022. doi: 10.2215/CJN.14100820

UKMEC calculator: <https://www.ukmec.co.uk/>

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Intelectual

Las PCD intelectual (PCDI) presentan una serie de limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos.

- Se origina antes de los 18 años, reemplaza al término retraso mental y es parte integrante de la diversidad humana (OMS, 1994).
- Es irreversible, es decir, dura para toda la vida y no solo es un impacto que sufre el individuo, sino también es un reto muy fuerte para toda su familia.
- Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales.
- Considera la enfermedad mental o psicosocial y varios tipos de enfermedad crónica.
- Contempla una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje o aprendizaje), así como en algunos casos de las funciones motoras.

Siempre se debe trabajar en la eliminación de las barreras y la eficacia de los apoyos.

¿Cómo debemos asesorar en anticoncepción a PCD intelectual?

La asesoría anticonceptiva debe ser individualizada y considerar la capacidad de la persona para dar su consentimiento. Para cada caso es necesario contemplar si hay MAC contraindicados en función del tipo de discapacidad intelectual y de los posibles problemas médicos concurrentes.

Las conversaciones directas con la PCDI (con y sin sus familiares y/o cuidadores) son esenciales. Es importante que las/los cuidadores sepan que la esterilización no es la única opción anticonceptiva y que existen opciones reversibles igualmente efectivas que a menudo tienen beneficios no anticonceptivos. Para las PCDI, el CDC recomienda (CDC, 2019; FUSA, 2022):

- Incorporar imágenes, dibujos animados, videos y muñecas con partes anatómicas, donde las PCDI puedan identificar e interactuar.
- Proporcionar materiales para que las PCDI y cuidadores los usen en casa para reforzar lo que se hable durante la consulta médica.
- Utilizar dispositivos de comunicación asistida y materiales impresos escritos al nivel cognitivo de la PCDI.
- Dentro de la consulta es fundamental permitir tiempo adicional para que la PCDI, sus familiares y/o persona de apoyo puedan realizar preguntas aclaratorias, manifestar inquietudes y puedan explorar modelos y/o muestras.

Antes de incluir personas de apoyo, como familiares o cuidadores, se deben realizar entrevistas

confidenciales con todas las PCDI, en la asesoría sobre anticoncepción. Se puede adoptar la toma de decisiones con apoyo para permitir que la PCDI pueda comprender las distintas opciones, tomando conocimiento de los riesgos/ beneficios y comunicar las decisiones al profesional en salud. En ocasiones se requieren varias visitas para poder garantizarlo. El resultado final siempre debe ser lo que la PCDI considere mejor para ella.

Se recomienda consultar a otros miembros del equipo de salud (interdisciplina), cuando:

- a. La capacidad de la paciente para dar su consentimiento está en duda.
- b. Las decisiones de atención médica sean muy complejas o implican un riesgo significativo o tengan consecuencias permanentes (ejemplo: la esterilización).

Las PCDI pueden tener diversas limitaciones funcionales que se deben evaluar al momento de dar un MAC .

Se reitera que la toma de decisiones con apoyo, cuando se trata de niñas y adolescentes con discapacidades, ayuda a incorporar la autonomía en un proceso colaborativo de toma de decisiones en la atención médica. (FUSA, 2022).

Limitaciones de la educación sexual en personas con discapacidad intelectual:

Las PCDI tienen actividad sexual al igual que las mujeres sin discapacidad, es posible que reciban educación sobre SS y SR limitada. Asimismo, es preciso tener en cuenta que son personas con menos conciencia de riesgos por sus déficits cognitivos y más dificultades para llevar a cabo prácticas seguras. En este sentido la educación sexual puede ayudarlas a protegerse mejor de los riesgos asociados como los embarazos no intencionales y las ITS.

También contribuye a que puedan detectar situaciones de violencia sexual y pedir ayuda.

Las PCDI comparten ciertos rasgos que definen la vivencia de la sexualidad:

Cuadro: Sexualidad y discapacidad intelectual

Sexualidad y discapacidad intelectual

- Tienen **oportunidades de socialización mucho más escasas** y sus contactos sociales son reducidos, por lo que disponen de menos opciones para observar, mantener y desarrollar habilidades sociales.
- Tienden a ser **sobreprotegidas/os e infantilizadas/os por las personas que las rodean**, lo que dificulta el desarrollo de conductas autónomas y adaptativas en el medio externo a la familia.
- Presentan **limitaciones que afectan fundamentalmente a la capacidad de juzgar, razonar y distinguir entre conductas de riesgo y conductas adecuadas y saludables** en el comportamiento sexual. Este hecho condiciona la existencia de dificultades en la toma de decisiones y el pensamiento realista.
- Las deficiencias intelectuales conllevan habitualmente a **dificultades en el proceso de aprendizaje**, por lo que es frecuente que en el transcurso de la comunicación pierdan información relevante transmitida a través de mensajes verbales y no verbales sutiles.
- Presentan una **mayor vulnerabilidad** a sufrir algún tipo de explotación, acoso o violencia sexual - abuso sexual. (CDC, 2019).

Manejo de la Anticoncepción en PCDI:

La elección del MAC va a estar relacionado con el grado de discapacidad intelectual que tenga la usuaria, teniendo en cuenta las ventajas no contraceptivas (como ser la reducción o ausencia del sangrado menstrual) reduciendo la carga de cuidado de familiares en relación a la gestión menstrual; así como las desventajas del método para su uso. Tal es el caso en PCDI severa que no pueden tragar pastillas ni colocar parches o anillos vaginales.

Se recomiendan fuertemente aquellos MAC que no dependen de la usuaria, como son los de larga duración (LARC): el implante subdérmico y la anticoncepción intrauterina. También se puede indicar el acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) vía IM o subcutánea.

1. DMPA: es de aplicación trimestral y tiene el beneficio de lograr la amenorrea. Esto resulta muy importante en las PCDI para el manejo de la gestión menstrual (evaluar impacto en masa ósea).
2. IMPLANTE SUBDÉRMICO: es un excelente método para este grupo de personas. Es ideal en usuarias que tengan contraindicado el uso de estrógenos por presentar comorbilidades concomitantes. El implante subdérmico tiene la desventaja de los sangrados no

programados y que puede requerir de sedación para su inserción.

3. DIU: es un excelente método para estas usuarias y en especial aquellas con contraindicación del uso de estrógenos por presentar comorbilidades concomitantes. Un gran número de PCDI reciben medicaciones que se asocian con el uso de antiepilépticos inductores de la enzima CP450, antipsicóticos, antidepresivos generando interacciones medicamentosas (OMS, 2015). Las desventajas pueden ser que requiera sedación y control ecográfico para su colocación.

El DIU Cu puede aumentar el sangrado menstrual y la dismenorrea.

El DIU Lng aporta una ventaja adicional en este grupo de pacientes:

- Reducción del sangrado y de la dismenorrea.
- Los DIUs de Lng de 13,5 mg y de 19.5 mg podrían tener mayor facilidad de colocación (Allen, 2022) en mujeres jóvenes por ser de menor diámetro(28x30mm) versus el DIU de Lng de 52mg(32x32mm) y el Diu de Cu (32x36mm).

4. LIGADURA TUBARIA/ VASECTOMIA: Método irreversible.

En anticoncepción permanente es necesario evaluar siempre otras opciones anticonceptivas trabajando con la PCDI. El consentimiento informado es imprescindible, personal e individualizado, siempre y cuando la PCDI pueda proporcionarlo.

Si este MAC es solicitado por responsables parentales, legales o cuidadores de las PCDI se debe solicitar el certificado de discapacidad que garantice que esta persona puede decidir sobre la SS y SR o bien la sentencia judicial. (Ver marco jurídico)

A modo de síntesis:

- Todas las PCDI tienen derecho a recibir atención en SS y SR del mismo tipo y calidad que las personas sin discapacidad.
- El sistema de salud debe proporcionar los medios y las estrategias para que las PCDI puedan comprender la información que se les brinda y de esa manera poder dar su consentimiento informado.
- Se debe tener en cuenta que la decisión y el consentimiento lo brinda la PCD, aunque pueda requerir de personas de apoyo.
- Las PCDI pueden utilizar cualquier MAC, analizando las comorbilidades.
- En las PCDI se **debe priorizar el uso de los LARC**, en especial el DIU de Lng. que aporta el

beneficio de la reducción del sangrado, la dismenorrea y facilita la gestión menstrual en estas usuarias.

Referencias Bibliográficas

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Imsero. (22), pp. 286. NIPO 377-94-003-X, ISBN 84-86852-45-5, 1994. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>

Allen, R. H: Contraception for patients with disabilities.OB/GYN Clinical Alert, 2022. <https://www.reliasmedia.com/articles/149557-contraception-for-patients-with-disabilities>

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC): Tips for communicating with female patients with intellectual disabilities. Sexual and Reproductive Health Information,2019 <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/materials/communicating-with-female-patients.html>

FUSA : Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para el equipo de salud. Proyecto DeseAr/FUSA,2022. <http://www.grupofusa.org/proyectodesear/>

Hare, A. A., & Olah, K. S: Pregnancy after endometrial ablation: a review article. J Obstet Gynaecol, 25: 108-114, 2005. PMID: 15949160

CDC/USMEC Guidance : Recommendations for the use of contraceptives in women with certain medical conditions.2016 https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm#USMEC

Gestión menstrual para más igualdad. Ministerio de Economía de la Nación Argentina - Unicef, 2022.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gestion_menstrual_para_mas_igualdad.pdf

Reflexiones finales

La Argentina cuenta con un marco jurídico muy rico que incluye, la ley de SS y SR y su programa, la ley 26.378 de adhesión a la Convención Internacional de Derechos de las PCD, la modificación de ley de ligadura tubaria/vasectomía y las modificaciones del CCyC del 2015, pero la realidad que viven las mujeres o personas con capacidad de gestar y discapacidad, dista mucho de ser la ideal en cuanto al respaldo de sus derechos en materia de SS y SR.

Esto que mencionamos antes está determinado por barreras difíciles de erradicar como, la preparación y capacitación de los miembros de los equipos de salud para una atención integral a esta población, la faltas de controles de salud específicos en PCD institucionalizadas, la adaptabilidad edilicia y el sistema de accesibilidad a determinados MAC que cuenten con el sistema Braille en sus envases y lo más importante como es la ausencia de articulación entre miembros y equipos de salud en situaciones que lo requieren.

Desde la dirección nacional de salud sexual y reproductiva se trabaja con la línea 0800 de salud sexual que involucra a PCD e intenta dar respuestas adaptadas a cada situación, además, cuenta con una importante cantidad de material audiovisual o interactivo adaptado al que se puede acceder en el banco de salud on line (www.bancos.salud.gov.ar) del Ministerio de Salud de la Nación.

El concepto de asesoramiento y recomendaciones en anticoncepción en las PCD, verdaderamente es necesario ya que no sólo cada tipo de discapacidad, necesitará su consideración especial en cuanto a la selección y elección del MAC, sino que cada mujer o persona con capacidad de gestar considerada en su discapacidad, va a plantear al profesional un desafío singular al que tendrá que afrontar. Para que este desafío tenga bases sólidas, no debemos olvidar que las PCD pueden y deben en la mayoría de los casos dar su propio consentimiento informado y en aquellos casos en donde no pudiera, la certificación o el respaldo judicial aportarán a sus responsables la potestad de tomar dichas decisiones.

A modo de conclusión esta guía pretende brindar herramientas concretas ante situaciones poco frecuentes, pero que desafían el accionar del equipo de salud al momento de garantizar los derechos a las personas con discapacidad.