



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

ESCUELA
DE POLÍTICA
Y GOBIERNO

La sexualidad y la maternidad serán deseadas o no serán

Estudio de caso del Programa Nacional de
Salud Sexual y Procreación Responsable
de Argentina, período 2002-2023

Giselle Arena

gslarena@gmail.com

Director de tesis: Luciano Andrenacci

Fecha de entrega: 6 de febrero de 2024

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para la
Maestría en Políticas Públicas y Gerenciamiento del Desarrollo,

Escuela de Política y Gobierno,
Universidad Nacional de San Martín

Resumen

La presente tesis surgió del interés en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente sobre la problemática de lograr su reconocimiento por parte de los Estados y, en consecuencia, el desarrollo de políticas públicas orientadas a garantizar el ejercicio efectivo de los mismos. En ese marco, tuvo por objetivo describir y analizar la historia del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación Argentina desde su creación, mediante la Ley 25.673 de 2002, hasta la actualidad (octubre de 2023), partiendo de los enfoques de salud integral, género y derechos humanos. En base a ello, se propuso reflexionar acerca del proceso de surgimiento, continuar la periodización de su implementación elaborada para los años 2003 a 2016 e indagar sobre los principales efectos generados.

Para ello, se aplicó la estrategia metodológica del estudio de caso único y se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos primarios y secundarios, que incluyeron consultas a 16 informantes clave en el primer caso, y revisión documental y bibliográfica en el segundo. Asimismo, se analizaron datos secundarios cuantitativos obtenidos mediante un pedido de acceso a la información pública y la revisión de informes producidos por el programa estudiado.

La Ley 25.673 de 2002 representó un gran avance en términos de la protección de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad en todo el país, en tanto que la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable permitió garantizar el ejercicio efectivo de los mismos a través de las diferentes estrategias impulsadas desde los enfoques de salud integral, género y derechos humanos. Se avanzó en el conocimiento de los derechos adquiridos; la capacitación del personal sanitario; el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, a la interrupción del embarazo y a la atención posaborto; y la respuesta a consultas ciudadanas mediante la Línea 0800 Salud Sexual.

Actualmente, los principales desafíos que afronta esta política pública se refieren a reducir las desigualdades territoriales en el acceso a la salud sexual y reproductiva, como así también a sostener los logros alcanzados en un contexto político y económico adverso.

Palabras clave: Ley 25.673 de 2002; salud sexual y reproductiva; enfoque de salud integral, género y derechos humanos; métodos anticonceptivos; interrupción del embarazo.

Dedicatoria

Por múltiples razones, tanto tristes como felices, la elaboración de la presente tesis sin dudas ha sido uno de los desafíos más grandes que me ha tocado afrontar. Este proceso, con todas sus dificultades y satisfacciones, me ha dejado importantes aprendizajes en lo personal y lo profesional. De múltiples maneras, me ha mostrado el afecto, el apoyo, la comprensión y la solidaridad de quienes me rodean. Me ha enseñado también a pedir y recibir ayuda, a no rendirme y a conocer otros modos de ver el mundo.

Ahora comprendo lo significativo de este espacio especialmente reservado para la dedicar el trabajo realizado, y es que se lleva adelante gracias a la red que nos acompaña y nos alienta durante todo el recorrido. Es por eso que esta tesis se la dedico a mi familia y a mis amistades que, desde el comienzo de la Maestría, me han motivado, escuchado y brindado su cariño. A mi pareja, mi compañero de vida y mi amor, que ha sabido acompañarme en todo momento, incluso cuando ni yo sabía lo que necesitaba. A mis jefas, compañeras y compañeros de trabajo de ayer y de hoy, que con una sonrisa me ayudaron a llegar hasta acá. A mi director, que estuvo al pie del cañón para lo que necesitara, con humildad y sinceridad. A mi psicólogo, por supuesto, que apuntaló los más diversos estados de ánimo imaginables para una misma persona en unos pocos meses y me impulsó a reencontrarme con el placer en la escritura. Y se la dedico a mi abuelo Roberto y a mi abuela Marga, que siempre confiaron en mí y, aunque ya no estén acá, nunca dudaron de que este momento iba a llegar. Para todas estas personas, a las que amo profundamente, que me enseñan a ser mejor, a quererme y a valorarme, para todas ellas, este trabajo que es nuestro.

Índice

Introducción.....	6
1. Marco Teórico, Estado de la Cuestión, Objetivos y Metodología de la Investigación .	11
1.1. Derechos Sexuales y Reproductivos en el Mundo.....	11
1.2. Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina.....	23
1.3. Objetivos y Metodología de la Investigación	30
2. Equidad en Salud Sexual y Reproductiva: Análisis de la Creación del PNSSyPR	34
2.1. Entre los Compromisos Internacionales, la Cuestión Sanitaria y las Demandas Sociales: Fundamentos del PNSSyPR.....	34
2.2. Obstáculos y Logros en el Camino hacia el PNSSyPR (1995-2003)	36
2.3. Avances, Limitaciones y Desafíos en el Campo de la Salud Sexual y Reproductiva: Análisis Crítico de la Ley 25.673	43
3. Más y Mejores Derechos: 20 Años Garantizando el Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva de Calidad.....	52
3.1. Devenir Institucional del PNSSyPR	52
3.2. Del Enfoque Maternalista a la Interrupción Voluntaria del Embarazo	59
3.2.1. Etapa Inicial (2003-2006).....	61
3.2.2. Etapa de Institucionalización (2006-2010).....	64
3.2.3. Etapa de Consolidación (2010-2014)	71
3.2.4. Etapa de Integración y Diversificación (2015-2019)	80
3.2.5. Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023)	88
3.3. A Modo de Balance General.....	106
4. Salud Sexual y Reproductiva en Acción: Principales Resultados del PNSSyPR.....	113
4.1. Presupuesto del PNSSyPR.....	113
4.2. Sistema de Aseguramiento de Insumos	117
4.3. Acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo	132
4.4. Línea 0800 Salud Sexual	138
5. Reflexiones Finales	142
Referencias Bibliográficas	148
Apéndices.....	166

Lista de gráficos, ilustraciones y tablas

Gráfico 1. Presupuesto vigente del PNSSyPR, en millones de pesos constantes. Período 2007 - Junio 2023	114
Gráfico 2. Variación interanual del presupuesto vigente del PNSSyPR, en porcentaje. Período 2007 - Junio 2023	114
Gráfico 3. Variación interanual del presupuesto vigente del MSAL, en porcentaje. Período 2007 - Junio 2023	115
Gráfico 4. MAC distribuidos por el PNSSyPR y población cubierta (teórica) con dichos métodos, total país. Período 2010 - 2022	128
Gráfico 5. Población cubierta (teórica) con MAC distribuidos por el PNSSyPR, según tipo de método, total país. Período 2010 - 2022	129
Gráfico 6. Cobertura de población meta del Sistema de Aseguramiento de Insumos con MAC distribuidos por el PNSSyPR, total país. Período 2015 - 2022	131
Gráfico 7. Cantidad de efectores de salud pública que recibieron botiquines de salud sexual y reproductiva, total país. Período 2010 - Junio 2023	132
Gráfico 8. Cantidad de tratamientos de Misoprostol y Combipack distribuidos por el PNSSyPR, total país. Período 2019 - 2023	133
Gráfico 9. Cantidad de IVE e ILE informadas por las jurisdicciones y cantidad de efectores que realizan la práctica, total país. Período 2020 - Octubre 2023	134
Gráfico 10. Evolución de la cantidad de llamadas recibidas por la Línea 0800 Salud Sexual y el porcentaje de secuencias generadas, por año. Período 2010 - Junio 2023	138
Gráfico 11. Distribución de las secuencias generadas por la Línea 0800 Salud Sexual según motivo de consulta, en valores absolutos y porcentaje sobre el total anual, por año. Período 2010 - Junio 2023	140
Ilustración 1. Evolución de la jerarquía institucional del PNSSyPR. Período 2002 - Octubre de 2023	53
Ilustración 2. Evolución de la organización del PNSSyPR en base a la creación de áreas internas. Período 2003 - Octubre 2023	60
Ilustración 3. Objetivos específicos de la DNSSR	90

Ilustración 4. Incorporación de los insumos de la canasta de salud sexual y reproductiva del PNSSyPR, por año. Período 2003 - 2023.....	118
Tabla 1. Composición de la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva del PNSSyPR. Año 2023	117
Tabla 2. Otros insumos de salud sexual y reproductiva entregados por el PNSSyPR. Período 2003 - 2023.....	120
Tabla 3. Métodos anticonceptivos y otros insumos distribuidos por el PNSSyPR, en tratamientos, total país. Período 2003 - 2023	123
Tabla 4. Tratamientos de anticonceptivos distribuidos y población cubierta (teórica) por el PNSSyPR, por tipo de MAC, total país. Período 2010 - 2022	126
Tabla 5. Principales normativas de alcance nacional vinculadas al PNSSyPR emitidas desde su creación hasta septiembre de 2023	166
Tabla 6. Métodos anticonceptivos de corta y larga duración distribuidos por el PNSSyPR y el Plan Enia de la DNSSR, en tratamientos, total país. Período 2003 a 2023.....	176

Introducción

La presente investigación sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR o Programa Nacional) del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL) surgió del particular interés en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente sobre la problemática de lograr su reconocimiento por parte de los Estados y, en consecuencia, el desarrollo de políticas públicas orientadas a garantizar el ejercicio efectivo de los mismos.

Históricamente, los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestar han sido objeto de control de las políticas demográficas implementadas por los diferentes países del mundo según los objetivos perseguidos a lo largo del tiempo. Ya sea que los gobiernos buscaran promover el crecimiento poblacional o disminuir la tasa de natalidad, la autonomía física que poseían para la toma de decisiones sobre su propio cuerpo en función de su deseo reproductivo o no reproductivo, sin sufrir presiones ni discriminación, estaba negada o limitada en post de las metas demográficas fijadas.

Bajo estas condiciones, tampoco los derechos sexuales eran reconocidos como tales por los Estados. El disfrute de la vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni estigmatización, se encontraba subsumido al predominio del rol reproductivo como función principal de las mujeres en la sociedad.

En este contexto, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como aspectos fundamentales de la vida de las personas que deben ser promovidos, respetados, protegidos y garantizados por los Estados ha sido logrado, en gran medida, gracias al impulso ejercido por la organización y la lucha encabezadas por los movimientos de mujeres y feministas, como así también por el rol desempeñado por los organismos internacionales y regionales en defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, de la igualdad de género y de la mejora de la calidad de vida de las personas.

A mediados de la década de los '90, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing (1995) marcaron un punto de inflexión en esta historia, al adquirir relevancia dentro de la agenda internacional el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos como una problemática del campo de los derechos humanos.

Este hecho tuvo un impacto positivo sobre el tratamiento del tema en Argentina, al impulsar los proyectos legislativos orientados a brindar una respuesta estatal a las necesidades locales en

materia de salud sexual y reproductiva, siendo 1995 el año en que por primera vez se alcanzó el tratamiento de un proyecto y su media sanción en la Cámara de Diputados. No obstante, producto de las presiones ejercidas por la Iglesia Católica, grupos religiosos y sectores conservadores de la sociedad, debieron transcurrir 7 años para que se lograra la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, mediante la aprobación por amplia mayoría de la Ley 25.673 de 2002, reglamentada por el Decreto 1282/2003.

El PNSSyPR bajo estudio comenzó a ser implementado en el año 2003 por la entonces Dirección Nacional de Salud Materno Infantil de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción de la Secretaría de Programas Sanitarios del MSAL y, actualmente, es llevado adelante por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud de dicha cartera.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 25.673, los objetivos de esta política pública son: a) 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; b) disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) prevenir embarazos no deseados; d) promover la salud sexual de los adolescentes; e) contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual (ETS), del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y patologías genital y mamarias; f) garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y g) potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. En resumen, el PNSSyPR busca garantizar el acceso universal y equitativo a la salud sexual y reproductiva en todo el territorio nacional y, con ello, contribuir al fortalecimiento de la autonomía de las personas en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, con especial foco en las mujeres y adolescencias.

Para alcanzar este propósito, fue desarrollando diversas líneas estratégicas enmarcadas en los diferentes objetivos de gestión priorizados a lo largo de los 20 años transcurridos desde su puesta en marcha hasta la actualidad (octubre de 2023). Así, llevó a cabo acciones en materia de aseguramiento de insumos; capacitación y proyectos especiales; comunicación y producción de materiales; promoción comunitaria; atención de consultas de la población, asistencia técnica a autoridades jurisdiccionales, Programas Provinciales de Salud Sexual y Reproductiva (PPSSR) y equipos de salud; asesoramiento jurídico; monitoreo y evaluación; rectoría; relaciones institucionales y cooperación internacional. De esta manera, fue configurando un

abordaje multidimensional, integral y coordinado de la problemática en cuestión, que se fue complejizando, ampliando, expandiendo, consolidando e institucionalizando a través de los años, como así también adaptando a las transformaciones que tuvieron lugar a nivel científico, normativo, político, social y cultural.

La elección del PNSSyPR como caso de investigación se funda en su relevancia en la historia argentina de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, ya que se trata de la primera estrategia de alcance nacional que buscó dar respuesta a la problemática en cuestión. Su creación, impulsada por tanto por la lucha de organizaciones de mujeres y feministas como por organismos internacionales y regionales que contribuyeron a poner el tema en agenda, fue clave para promover el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva de calidad en todo el país, a fin de garantizar el cumplimiento de los derechos adquiridos en este campo. Esto se dio en dos sentidos: por un lado, generando un estándar homogéneo para las políticas provinciales desarrolladas entre 1991 y 2001; y, por el otro, promoviendo su implementación en aquellas jurisdicciones que aún no contaban con programas orientados a asegurar el acceso de la población a la salud sexual y reproductiva.

El objetivo de la presente tesis consiste entonces en describir y analizar la historia del PNSSyPR del MSAL desde su creación, mediante la Ley 25.673 de 2002, hasta la actualidad (octubre de 2023), partiendo de los enfoques de salud integral, género y derechos humanos. En base a ello, se propone reflexionar acerca del proceso de surgimiento, continuar la periodización de su implementación elaborada por investigadores especialistas para los años 2003 a 2016 e indagar sobre los principales efectos generados por esta política pública.

En esta clave, la principal contribución del estudio realizado radica en completar la historización del Programa Nacional, estableciendo la fecha de cierre de la cuarta y última fase identificada por los trabajos previos, aportando el abordaje de su desarrollo hasta el momento de su finalización e incorporando la definición, la caracterización y el análisis de una quinta etapa en la implementación de dicha política pública, denominada “Expansión, Transversalización y Participación”. Además, amplía y profundiza la indagación sobre los principales hechos que tuvieron lugar en las tres primeras fases de su ejecución.

La estrategia metodológica aplicada para lograr el objetivo propuesto fue el estudio de caso único, que permite comprender en profundidad la complejidad y totalidad del fenómeno de interés y su interrelación con el contexto en el cual se sitúa (Neiman y Quaranta, 2006; Ragin, 2007; Yazán, 2015; Yin, 2003). Así, en términos de Barzelay et al. (2002), el PNSSyPR constituye un caso particular de la clase políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

En este marco, las preguntas que guiaron la investigación fueron: cómo transcurrió el proceso de formulación del PNSSyPR y cuáles fueron los factores clave que posibilitaron su aprobación; cómo se relaciona el diseño de esta política pública establecido mediante la Ley 25.673 de 2002 y su Decreto Reglamentario 1282/2003 con los posicionamientos de los actores clave y su incidencia sobre el proceso legislativo; cómo fue el desarrollo del Programa Nacional desde su puesta en marcha hasta la actualidad y cuáles fueron los principales hitos, transformaciones y continuidades en relación a su institucionalidad, la modalidad y los objetivos de gestión priorizados, las líneas de acción impulsadas y los enfoques adoptados; y cuáles fueron los principales efectos de su implementación en relación al acceso universal y equitativo a la salud sexual y reproductiva.

Para responder a tales interrogantes, se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos primarios y secundarios, que incluyeron consultas a 16 informantes clave en el primer caso, y revisión documental y bibliográfica en el segundo. Además, se analizaron datos secundarios de tipo cuantitativo obtenidos a través de la tramitación de un pedido de acceso a la información pública dirigido al MSAL y la revisión de informes producidos por el Programa Nacional.

En cuanto a la presentación de la evidencia, se destaca que, siguiendo a Barzelay et al. (2002), ésta se estructuró en función de los tres momentos indagados por los estudios de caso: la génesis, el episodio y los efectos. Esta organización posibilitó la elaboración de una descripción analítica sobre el proceso que le dio origen al PNSSyPR, su desarrollo y sus resultados e impactos, teniendo en cuenta la relación de los eventos relevantes entre sí y con el contexto en cual tuvieron lugar.

De acuerdo con lo anterior, la tesis se divide en cinco capítulos. En el primero de ellos, se presenta el marco teórico que orientó el trabajo realizado, haciendo foco en el devenir del abordaje conceptual, el reconocimiento y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional, regional y nacional. Asimismo, se desarrollan los objetivos de la investigación y la metodología aplicada para alcanzarlos.

En el segundo capítulo, se estudia en profundidad el surgimiento del PNSSyPR, reflexionando sobre los elementos que motivaron su creación, los factores que obstruyeron el proceso de normativo que le dio origen y los logros conseguidos en ese recorrido, que finalmente condujeron a la sanción de la Ley 25.673, cuyo texto es analizado teniendo en cuenta los avances que introduce, las limitaciones que presenta y los desafíos que genera para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población.

En el siguiente capítulo, se aborda la historia del Programa Nacional durante el período 2003-2023 considerando las transformaciones que se produjeron a nivel institucional y el desarrollo de su implementación en cada una de las cinco etapas identificadas: Inicial (2003-2006), Institucionalización (2006-2010), Consolidación (2010-2014), Integración y Diversificación (2015-2019), y Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023).

A continuación, se analizan los principales resultados obtenidos por el PNSSyPR en relación al presupuesto vigente, el sistema de aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva, el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, y la atención de consultas de la población a través de la Línea 0800 Salud Sexual.

Por último, se ofrecen las reflexiones finales de la investigación realizada, repasando los aspectos centrales del camino transitado desde el proceso de surgimiento del Programa Nacional hasta la actualidad, haciendo foco en los logros alcanzados y los desafíos pendientes.

1. Marco Teórico, Estado de la Cuestión, Objetivos y Metodología de la Investigación

1.1. Derechos Sexuales y Reproductivos en el Mundo

La salud y los derechos sexuales y reproductivos no siempre han estado presentes en las agendas internacional, regional, nacional y subnacional. Su reconocimiento como aspectos sustantivos de la vida de las personas que deben ser atendidos por los Estados ha sido parte de un proceso más amplio de organización, movilización, debates, acuerdos y estrategias vinculadas al empoderamiento de las mujeres, la mejora de su calidad de vida y la erradicación de las desigualdades de género.

La igualdad de género, entendida por Levín (2014) como la paridad entre hombres y mujeres en el status de derechos, responsabilidades y desempeño en el orden político, económico, social y cultural, es considerada un derecho humano básico desde la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948. Esto se desprende de sus primeros dos artículos, en los que proclama la libertad e igualdad de derechos y dignidad de todas las personas desde su nacimiento, sin discriminación alguna.

No obstante, la Declaración no ha sido suficiente para que este derecho se hiciera efectivo, ante la ausencia del reconocimiento formal por parte de los Estados y de políticas públicas que abordaran la desigualdad de género en tanto fenómeno multidimensional y complejo que entrelaza un amplio espectro de asimetrías económicas, políticas, sociales, culturales, étnicas, etarias y territoriales. Por este motivo, a partir de 1974, ha sido complementada y reforzada por una multiplicidad de encuentros, convenciones, conferencias, acuerdos, tratados, resoluciones, declaraciones, planes, estrategias y medidas orientadas al logro de dicho objetivo.

Ejemplo de ello es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1979, a fin de promover la igualdad de género y la protección de los derechos de las mujeres tanto en la vida pública como en la privada. Para lograrlo, obliga a los Estados Partes a adoptar una serie de medidas tendientes a la erradicación de la discriminación contra las mujeres, que puede ejercerse a través de normativas, prácticas, costumbres y patrones socioculturales machistas y patriarcales. Por otra parte, el artículo 16 de la CEDAW (1979) establece la igualdad de derechos reproductivos entre mujeres y varones, haciendo referencia a la posibilidad de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, como así también de acceder a la información, la educación y los medios necesarios para el ejercicio

efectivo de tales derechos. Como se verá a lo largo del presente apartado, esta definición se irá ampliando a medida que avancen el desarrollo y la incorporación de los enfoques de género y derechos humanos en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, entre 1975 y 1995, la ONU realizó cuatro conferencias mundiales sobre la condición jurídica y social de la mujer (1975, 1980, 1985 y 1995) que, en su conjunto, fueron relevantes para posicionar las desigualdades de género como un tema fundamental de la agenda mundial y establecer objetivos, metas y líneas de acción comunes entre los países participantes.

La Primera Conferencia Mundial de la Mujer, llevada a cabo en Ciudad de México en 1975, tuvo como resultado la aprobación del Plan de Acción Mundial para la Aplicación de los Objetivos del Año Internacional de la Mujer. Además, dio lugar al Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), etapa en la que se persiguieron los objetivos identificados en la Conferencia: igualdad de género, participación de las mujeres en el desarrollo y en el fortalecimiento de la paz mundial. Para ello, se promovió el diálogo internacional sobre las desigualdades y discriminaciones de género, junto con los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer (ONU, s.f.-a). Dichos mecanismos tienen la función de dirigir y coordinar las políticas públicas de igualdad de género, entendidas como aquellas intervenciones estatales orientadas a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y a garantizar sus derechos humanos, lo cual presupone un reconocimiento político y social de que su situación en la sociedad debe cambiar y que el Estado debe activar los dispositivos disponibles para ello (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2019, p. 16).

En 1980, durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, se celebró la Segunda Conferencia Mundial en Copenhague, Dinamarca. En esta oportunidad, en base al análisis del avance en el logro de los objetivos planteados en 1975, se advirtió acerca de la brecha entre los derechos formales y los efectivos, alertando particularmente sobre las dificultades de las mujeres para el acceso a la educación, la salud y el empleo en condiciones de igualdad, pese a las acciones desplegadas por algunos gobiernos para integrarlas al desarrollo (ONU, s.f.-a).

La Tercera Conferencia, titulada “Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz”, tuvo lugar en 1985 en Nairobi, Kenia. Dicho análisis encontró que los resultados alcanzados por los países eran limitados y desiguales, en parte producto del deterioro de la economía. Esto condujo a la aprobación de las Estrategias de Nairobi, medidas constitucionales y legales a implementar entre 1985-2000 para superar los obstáculos existentes, mejorar la situación de las mujeres y

lograr la igualdad de género en la participación social y política, en la toma de decisiones y en todos los ámbitos de la vida (ONU, s.f.-a).

Este evento marcó el cierre del período y el inicio de una nueva etapa, inaugurada en 1995 con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing, China. Este encuentro representó un punto de inflexión al adoptar el enfoque de género y, en esa clave, reconocer los derechos de las mujeres -incluido el ejercicio de la sexualidad libre de violencia y discriminación- como derechos humanos, estableciendo la igualdad de género como una cuestión de interés universal y beneficio colectivo (ONU, s.f.-a).

De acuerdo con Faur (2008), “el enfoque de género propone un análisis que permite describir y dar visibilidad a las desigualdades entre hombres y mujeres, interpretar las diferencias y desigualdades entre los sexos en un contexto particular; tomar decisiones y compromisos para revertir las inequidades (p. 46).

Desde esta perspectiva, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing constituyen un programa en favor del empoderamiento de la mujer, su autonomía y la igualdad de género, que estipula objetivos y medidas en 12 esferas clave: pobreza, economía, salud, educación, medios de comunicación, ambiente, derechos humanos, poder y toma de decisiones, infancia, violencia, conflictos armados y mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer.

El planteamiento de este abordaje integral se encuentra estrechamente vinculado a la multidimensionalidad tanto de las desigualdades de género como del concepto de autonomía, entendido como la “capacidad de las mujeres para desempeñarse y tomar decisiones libres de acuerdo a sus propias aspiraciones, deseos y expectativas de vida” (Levín, 2014, p. 20). Esta capacidad no puede ser pensada en términos individuales, sino que posee un marcado carácter social y colectivo, en tanto “el grado de autonomía personal que una mujer pueda desplegar dependerá también de la autonomía posible de su grupo social y de aquella que las mujeres de la sociedad a la que pertenece hayan alcanzado” (Fernández, 1999, como se citó CEPAL, 2019, p. 12). De este modo, “la autonomía de las mujeres es una sola y se expresa en la ampliación real de los espacios de libertad y en la reducción de las brechas de desigualdad en todos los espacios de su vida” (CEPAL, 2015d, como se citó en CEPAL, 2019, p. 12).

En este sentido, el informe de la CEPAL (2019) “Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe: mapas de ruta para el desarrollo”, basado en la Plataforma de Acción de Beijing, distingue tres dimensiones de la autonomía de las mujeres:

- Autonomía en la toma de decisiones: comprende las esferas del ejercicio del poder y la adopción de decisiones y mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer.
- Autonomía física: dimensión vinculada a las problemáticas de la salud, la salud sexual y reproductiva, y la violencia contra las mujeres. Incluye tanto las medidas orientadas a fortalecer sus capacidades para incidir en su autonomía física como aquellas destinadas a prevenir, enfrentar y eliminar la violencia contra las mujeres.
- Autonomía económica: refiere a la capacidad de las mujeres de generar ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres. Aborda el vínculo entre mujer, economía y pobreza a partir de la evaluación de medidas relativas a cuidados, previsión social, trabajo no remunerado, tiempo de trabajo total y la interrelación de estos asuntos con la desigualdad de género.

En este contexto, la ONU (s.f.-a) considera que la Conferencia de Beijing es la más relevante, por basarse en los acuerdos políticos establecidos en los tres eventos anteriores y consolidar los logros alcanzados hasta el momento¹. Además, es aquí donde se reconoció la importancia de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos y se instó a los 189 países firmantes a transversalizar la perspectiva de género en el Estado y las políticas públicas para garantizarlos en condiciones de igualdad a toda la población.

El concepto de transversalización de la perspectiva de género fue definido por Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) como el “proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles” (como se citó en CEPAL, 2019, p. 18). Esto supone la incorporación de los intereses, las necesidades, las preocupaciones y las experiencias de todas las personas en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones desarrolladas en las diferentes esferas (política, económica, social y cultural), teniendo en cuenta las desigualdades de género preexistentes, sus efectos sobre la vida de los individuos y sus implicancias sobre los resultados de dichas

¹ En el año 2000, la Asamblea General de la ONU se reunió en Nueva York, Estados Unidos, para realizar una evaluación quinquenal de la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, denominada “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”, y delinear posibles medidas e iniciativas futuras en base a los avances, desafíos y obstáculos identificados (ONU, s.f.-a). De esta sesión resultaron una declaración política, en la que los gobiernos reafirmaron los compromisos asumidos y reconocieron su responsabilidad para el logro de los objetivos planteados, y una resolución en la que se plasmaron tanto la evaluación realizada en cada uno de los 12 temas clave como las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (Anexo de la Resolución S-23/2 de la Asamblea General de Naciones Unidas, 2000).

acciones, a fin de que los beneficios sean equitativos, se reduzcan las brechas existentes y se avance hacia la igualdad sustantiva entre los géneros (Faur, 2008; ONU Mujeres, s.f.).

Asimismo, la materialización de los procesos de transversalización exige una actitud de reflexión permanente y la articulación entre los diferentes organismos, políticas y actores que intervienen en el accionar público. En este sentido, son fundamentales para que las políticas dejen de ser una responsabilidad de los mecanismos para el adelanto de las mujeres y se tornen un deber propio tanto de cada actor estatal como del Estado en su conjunto (CEPAL, 2019, p. 18). Introducir la perspectiva de género en las políticas vigentes y futuras es entonces una vía para expandir su influencia y capacidad transformadora más allá de los sectores cuya competencia se centra exclusivamente en estas políticas.

La importancia de la transversalización de la perspectiva de género también había sido subrayada el año previo en ocasión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994, de la cual surgió la definición de salud reproductiva avalada a nivel internacional:

Estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2014, p. 65)

De acuerdo con esta definición, los derechos reproductivos integran derechos humanos básicos ya reconocidos en documentos internacionales y leyes nacionales, tales como alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; tomar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (por ejemplo, cuántos hijos tener y en qué momento); y acceder a educación e información confiable al respecto (UNFPA, 2014, p. 66). En ese marco, contemplan el acceso a servicios de salud que ofrezcan asesoramiento y atención de calidad, en los que se garanticen embarazos seguros, partos sin riesgos, la prevención y el tratamiento de las ETS; la posibilidad de elegir y acceder a métodos anticonceptivos (MAC) seguros y eficaces, como así también a otros métodos de regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos; y la atención de la salud sexual a fin de proteger el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, promoviendo el disfrute de una sexualidad saludable, placentera, elegida libremente, sin violencia ni discriminación (ONU, s.f.-b; UNFPA, 2014).

En este sentido, el Programa de Acción resultado de la CIPD de El Cairo enfatiza que los Estados deben guiarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que integra a la salud

sexual y, con ello, se distancia del paradigma tradicional de la planificación familiar que, como se verá en lo sucesivo, permeaba el Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest (1974). Además, la definición propuesta se enmarca en el concepto de salud establecido en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, suscrita el 22 de julio de 1946, según el cual se trata de “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). De este modo, ambas conceptualizaciones se ubican bajo una perspectiva que trasciende los límites del enfoque biologicista, acotado a la salud física, y avanzan hacia una mirada integral en la que tanto ese aspecto como el psíquico, el psicológico, el social y el ambiental deben ser contemplados para garantizar el más alto nivel de bienestar a la población (Blanco, 2017).

Con respecto a la CIPD de El Cairo, se destaca también que este evento condensó un cambio de perspectiva en favor de los derechos de las mujeres, sexuales y reproductivos, que se venía gestando progresivamente a través de las sucesivas conferencias. Así, luego de que la Primera Conferencia Mundial de Población, celebrada en Roma en 1954, centrara la atención en el análisis de la situación demográfica de los países, sus determinantes y consecuencias; el segundo encuentro, realizado en Belgrado en 1965, comenzó a abordar el vínculo entre fecundidad y desarrollo. El tercer evento, llevado a cabo en Bucarest en 1974, resulta clave puesto que allí se profundizó sobre este punto al problematizar la interdependencia entre las variables poblacionales y el desarrollo socioeconómico e incluir a las estrategias demográficas como parte de las políticas orientadas a avanzar en el desarrollo social, económico y cultural.

En concreto, el Plan de Acción acordado en Bucarest recomendaba a los países respetar y garantizar los derechos reproductivos, entendidos como el derecho de las personas a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos de manera libre, informada y responsable; a acceder a servicios de planificación familiar eficaces y de calidad, asesoramiento sobre MAC e información científica válida sobre estos temas; a prevenir embarazos no deseados; y a la atención de los problemas de esterilidad involuntaria y subfecundidad; a la vez que instaba a facilitar la adopción de niños y niñas y a promover la paternidad responsable (ONU, s.f.-b).

No obstante, sugería también que los Estados tuvieran la posibilidad de establecer como objetivo de política pública la variación de la dimensión de la familia, lo que implicaba una regulación de los cuerpos en función de metas demográficas y, por ende, una limitación de la autonomía física de las mujeres. Esto se vincula directamente con el paradigma de la planificación familiar dentro del cual se sitúa dicho plan, caracterizado por el énfasis en las decisiones adoptadas en pareja (por sobre la individualidad) con un sentido de procreación

responsable y en el rol reproductivo de las mujeres en la sociedad, relegando su derecho al libre uso de su cuerpo y al placer en la sexualidad. En esta clave, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país" (como se citó en Decreto 1282/2003, Considerando 4).

Si bien lo relatado hasta este punto muestra la creciente importancia del tema poblacional en relación al desarrollo, fue recién en ocasión de la CIPD de El Cairo cuando la cuestión de los derechos humanos adquirió una notoria relevancia por sobre el logro de metas demográficas.

Al respecto, cabe mencionar que la adopción del enfoque de derechos se refiere a la aplicación del marco normativo de derechos humanos reconocido internacionalmente como guía para el diseño, la implementación y la evaluación de estrategias, políticas y programas, a fin de equiparar las oportunidades y capacidades de las personas respetando los principios de igualdad, universalidad y no discriminación (Abramovich, 2006; Faur, 2008). De este modo, dicho enfoque refuerza la capacidad de los gobiernos para cumplir con su obligación de respetarlos, protegerlos y garantizarlos; al tiempo que promueve su reivindicación por parte de los titulares de derechos (UNFPA, s.f.).

En esta línea, el Programa de Acción adoptado en 1994 como agenda nacional e internacional para los siguientes 20 años reforzó el énfasis en la relación entre población y desarrollo sostenible, a la vez que remarcó la importancia de la satisfacción de las necesidades de las personas para la efectivización de los derechos humanos reconocidos y la mejora de calidad de vida de las generaciones presentes y futuras² (ONU, s.f.-b).

En este marco, un hecho clave plasmado en dicho documento fue la incitación a los países a adoptar medidas en favor de los derechos de las mujeres y del acceso universal a la atención integral de la salud sexual y reproductiva, en tanto condición necesaria y resultado del desarrollo nacional e internacional³. Además, el documento establece como objetivos

² Al respecto, el Principio 5 del Programa de Acción establece que "Los objetivos y políticas de población son parte integral del desarrollo social, económico y cultural, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de vida de todas las personas" (UNFPA, 2014, p. 14).

³ Sobre estos ejes, se destacan en particular dos de los principios guía del Programa de Acción: el Principio 4: "Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e

prioritarios de la comunidad internacional el empoderamiento de las mujeres, el logro de la igualdad de género y la erradicación de todas las formas de discriminación.

No menos importante fue la masividad del interés y la participación de múltiples actores en esta Conferencia, a la que asistieron 179 Estados Miembros, junto con otros países y cerca de 11.000 representantes de gobiernos, organizaciones intergubernamentales, dependencias de la ONU, organismos no gubernamentales (ONGs) y medios de comunicación (ONU, s.f.-b). Este significativo aumento de la participación puso de manifiesto la creciente relevancia que los derechos sexuales y reproductivos estaban adquiriendo en las agendas internacional y nacional, vinculados a su vez la lucha contra las desigualdades y discriminaciones de género.

En 1999 y 2014 se llevaron a cabo dos períodos extraordinarios de sesiones de la Asamblea General de la ONU a fin de evaluar la implementación del Programa de Acción aprobado en El Cairo, identificar los avances y desafíos, y reafirmar las obligaciones asumidas. El balance concluyó que, si bien se registraban progresos a nivel mundial en la reducción de la pobreza, las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, la mortalidad materna y por causas relacionadas al VIH, éstos eran dispares y deficientes debido a factores socioeconómicos y demográficos (UNFPA, 2018, p. 1). En esta clave, señaló que la discriminación y las desigualdades seguían obstaculizando el cumplimiento de las metas fijadas (ONU, s.f.-b).

Por tanto, con miras a superar los retos que impidieron el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) propuestos para 2015 y que desafiaban la implementación tanto del Programa de Acción de la CIPD de El Cairo como de la Agenda 2030 de Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, el Plan Estratégico del UNFPA para el período 2018-2021 dio continuidad al propósito establecido para los años 2014-2017 (UNFPA, 2018, p. 1). Buscó entonces garantizar el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como así también reducir la mortalidad materna, haciendo foco en los sectores más rezagados, a fin de acelerar la consecución del Programa de la CIPD de El Cairo, efectivizar los derechos humanos y promover la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y el bienestar de la población. De este modo, persiguió tres resultados centrados en las personas: poner fin a

internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.”; y el Principio 8: “Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.” (UNFPA, 2014, pp. 14-15).

las muertes maternas evitables, a las necesidades de planificación familiar insatisfechas, y a la violencia de género y las prácticas nocivas, incluidas la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, precoz y forzado (UNFPA, 2018, p. 7).

En este contexto, durante la Conferencia sobre Población y Desarrollo +25 (CIPD +25), celebrada en Nairobi en 2019, los países se comprometieron a destinar los recursos financieros necesarios para la implementación de programas de salud sexual y reproductiva e igualdad de género que contemplaran las medidas necesarias para alcanzar dichos resultados. Asimismo, el Sistema de las Naciones Unidas asumió la obligación de apoyar activamente a los países para el logro de las metas planteadas y de incorporar los resultados de la CIPD +25 como un componente integral del Decenio de Acción para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, acordados en 2015 por la Asamblea General de la ONU. En particular, para alcanzar el ODS 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible -cuya séptima meta es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales-; el ODS 4: garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos; y el ODS 5: lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (ONU, s.f.-b).

Haciendo foco en el plano regional, es posible identificar algunos hechos que favorecieron el acceso a los derechos y a la salud sexual y reproductiva. Entre ellos, un suceso clave fue la adopción del Consenso de Montevideo, como resultado de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe realizada en 2013. Se trata del acuerdo intergubernamental más importante de la región en la materia, en tanto da continuidad al Programa de Acción de El Cairo después de 2014, analizando los avances registrados durante las dos décadas transcurridas desde su lanzamiento e identificando las medidas necesarias para el cumplimiento de las metas y los objetivos perseguidos (CEPAL, 2013), a la vez que complementa la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En tal sentido, este instrumento establece 108 medidas prioritarias para la implementación de políticas públicas en 10 temas clave⁴, entre los que se encuentra la salud sexual y reproductiva, desde un

⁴ Los 10 temas prioritarios abordados por el Consenso de Montevideo son: 1) Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos; 2) Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes; 3) Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos; 4) Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva; 5) Igualdad de género; 6) La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes; 7) Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad; 8) Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos;

enfoque de género e intercultural y considerando el carácter multidimensional de las desigualdades que atraviesan los territorios, a fin de garantizar la igualdad y el pleno ejercicio de los derechos humanos (CEPAL, 2022).

De este modo, el Consenso de Montevideo ratifica la importancia de la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos -en tanto derechos humanos- para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales en los pilares social, económico y ambiental del desarrollo sostenible (CEPAL, 2013, p. 11). En consecuencia, establece 14 medidas para alcanzar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, al tiempo que incluye una serie de acciones en el marco de otros temas prioritarios relativos a la protección de los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de personas migrantes, afrodescendientes y pueblos originarios; a la igualdad de género; y a la reducción de las desigualdades territoriales y la vulnerabilidad. Así, presenta una estrategia transversal e integral con participación activa de la sociedad civil para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad para toda la población.

Entre las medidas acordadas se encuentran: promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, impulsando políticas orientadas a tal fin y revisando normativas y prácticas que obstruyen su logro; garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad, sin coerción, discriminación ni violencia, incluyendo la provisión información completa y de MAC modernos y eficaces, condones - femeninos y masculinos- y anticoncepción hormonal de emergencia sin receta; eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, entre ellas, el aborto inseguro⁵; brindar atención integral post aborto; asegurar la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad donde esta práctica es legal o está despenalizada e instar a los demás Estados a permitir la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes; garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida; promover la prevención y fortalecer la detección oportuna y el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); eliminar la discriminación tanto de quienes viven con el virus como de las personas con discapacidad (PCD), por motivos de género, orientación sexual, etnia o condición migratoria; incentivar el autocuidado de la salud

9) Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial; y 10) Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo (CEPAL, 2013).

⁵ El aborto inseguro se refiere a un procedimiento para interrumpir el embarazo realizado por personas que no cuentan con la capacitación necesaria y/o efectuado en un ambiente que no cumple con los estándares médicos adecuados (Infórmate y Decide, s.f.). Por el contrario, un aborto es seguro cuando la intervención es practicada por personas capacitadas en un ambiente que reúne, al menos, las mínimas condiciones médicas necesarias.

sexual y reproductiva en los varones; brindar educación sexual integral desde la primera infancia, respetando el principio de autonomía progresiva; y asegurar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para que todo esto sea posible (CEPAL, 2013).

Posteriormente, durante la Segunda Conferencia Regional celebrada en la Ciudad de México en el año 2015, se presentó la “Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, que brinda orientaciones claras y específicas para la puesta en práctica de las medidas prioritarias e insumos para el monitoreo de su implementación. De este modo, el documento ofrece un conjunto de líneas de acción, metas e indicadores que sirven de referencia para los países de la región, pudiendo ser adaptados y complementados según las particularidades de cada uno de ellos (CEPAL, 2015, p. 6).

En junio de 2023, se llevó a cabo en Argentina un evento de conmemoración del décimo aniversario del Consenso de Montevideo, organizado por la Dirección de Población y el Registro Nacional de las Personas del Ministerio del Interior de la Nación, con la colaboración de la CEPAL y el UNFPA. Entre los temas a tratar, la agenda incluyó las políticas sobre salud sexual y reproductiva desarrolladas en la región, como así también las posibles causas, consecuencias y desafíos de la baja fecundidad (CEPAL, 2023).

Otro evento de relevancia a nivel regional es la firma del Acuerdo N° 6 de 2007 de la Reunión de Ministros de Salud (RMS) del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), en el que se establecen recomendaciones para las políticas de salud sexual y reproductiva en los Estados Partes y Asociados, con el objetivo de promover la coordinación de una estrategia integrada que permita cumplir con los ODM, en particular, con la reducción de la mortalidad materna.

Las recomendaciones hacen referencia a la importancia de contar con políticas integrales en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos humanos, que incorporen la participación de la sociedad civil; como así también de la implementación y sostenibilidad de políticas de educación sexual y anticoncepción para la prevención de embarazos no planificados, mediante el acceso público y gratuito de MAC de calidad y de anticoncepción hormonal de emergencia en establecimientos de salud. Incluyen también el desarrollo de estrategias para la reducción de la mortalidad y morbilidad, que contemplen la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud y de los tratamientos brindados; la prevención, el tratamiento y, donde está permitido, la protocolización e instrumentación del acceso a la interrupción del embarazo; junto con el desarrollo o la mejora de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de morbimortalidad materna (Acuerdo N° 6 de la RMS del MERCOSUR, 2007). Luego, instan al abordaje de la problemática de la violencia

doméstica y sexual desde el sector de la salud. Por último, es importante mencionar que, para avanzar en estas líneas de acción y garantizar la atención integral de la salud sexual y reproductiva, el acuerdo invita a fortalecer las políticas de formación del personal de salud desde una perspectiva de género y derechos humanos.

Un año después, mediante el Acuerdo N° 14 de 2008 de la RMS del MERCOSUR, se adoptó la iniciativa “Acuerdo MERCOSUR para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal” a fin de abordar esta problemática, que afecta en mayor medida a los sectores de menores ingresos. Entre otras acciones, esta estrategia incluye la organización de redes de atención a la salud de la mujer y al recién nacido; la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva en establecimientos educativos para la prevención del embarazo no planeado y de las ETS; el acceso y la mejora de la atención humanizada en la consejería, el parto, las urgencias y emergencias maternas, los abortos inseguros, la interrupción del embarazo y al recién nacido, para lo cual se incentiva la formación profesional continua; y la articulación entre actores sociales y gubernamentales para el diseño de políticas públicas intersectoriales y la planificación de acciones que promueven la reducción de la mortalidad materna y neonatal (Acuerdo N° 14 de la RMS del MERCOSUR, 2008, Artículo 1).

De acuerdo con Ferretto y Picasso (2018), los avances en materia de género y derechos sexuales y reproductivos que se produjeron en el marco del MERCOSUR fueron posibles gracias a la lucha de las organizaciones de mujeres y feministas de los países que integran el bloque por el reconocimiento de sus derechos y en busca de respuestas a problemáticas concretas, como la discriminación y la violencia por motivos de género (p. 42). Además, es importante tener en cuenta que dicho organismo fue fundado en 1991, de modo que el proceso de su construcción transcurrió en una época en la que los derechos de las mujeres estaban en el centro de la agenda internacional, lo cual favoreció la incorporación de estos temas en la propia del MERCOSUR.

En conclusión, a lo largo de las últimas décadas, se observa un avance significativo a nivel internacional y regional en el reconocimiento y la promoción tanto de los derechos sexuales y reproductivos como de la igualdad de género. Este camino tuvo como punto de partida la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 y se avivó al calor de los diversos eventos ocurridos a partir de 1974, que fomentaron y expresaron la creciente conciencia de la importancia de estos derechos para el bienestar de las personas y para la eliminación de las múltiples desigualdades y discriminaciones de género que atraviesan los territorios.

Tales logros fueron impulsados por la movilización y la lucha de las organizaciones de mujeres y feministas, así como por organismos internacionales y regionales que contribuyeron a la

puesta en agenda de estos temas y establecieron metas, objetivos y medidas concretas para garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

En este marco, se destacan las cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer, la aprobación de la CEDAW en 1979 y, especialmente, el punto de inflexión que representaron la CIPD de El Cairo en 1994 y la Conferencia de Beijing en 1995. Pues, desde entonces, en la agenda internacional empezó a cobrar relevancia la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos entendida como una problemática del campo de los derechos humanos. Luego, ante los desafíos pendientes para el logro de los objetivos propuestos, el Plan Estratégico del UNFPA para el período 2018-2021 y la CIPD +25 reforzaron los compromisos asumidos y renovaron el impulso para avanzar hacia el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, la igualdad de género y la erradicación de la violencia por motivos de género.

Estos sucesos hicieron eco en América Latina y el Caribe, donde los gobiernos buscaron analizar las especificidades de la temática en la zona y adaptar las estrategias a las realidades de la región y nacionales. En este sentido, el Consenso de Montevideo de 2013 reafirmó la importancia de la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque integral, de derechos, de género e intercultural, que incorporen a las adolescencias, juventudes, PCD, migrantes y afrodescendientes; a la vez que estableció metas y objetivos concretos junto con un sistema de seguimiento de las acciones desarrolladas con participación de la sociedad civil con el propósito de mejorar la salud de la población, reducir las desigualdades y avanzar hacia un desarrollo más inclusivo y sostenible.

Asimismo, en los Acuerdos N° 6 de 2007 y N° 14 de 2008 de la RMS del MERCOSUR, se formularon recomendaciones y una estrategia integral para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en los Estados Partes y Asociados, dando cuenta de la incorporación de la temática en la agenda del bloque y de su compromiso para garantizar el cumplimiento de estos derechos.

No obstante, a pesar de los avances realizados, subsisten desafíos significativos, como la persistente discriminación y las desigualdades de género, generacionales y territoriales. La superación de las barreras existentes exige un compromiso continuo por parte de los Estados para garantizar el derecho humano a la salud sexual y reproductiva de calidad y en condiciones de igualdad, a fin de alcanzar el desarrollo sostenible y la justicia social a nivel global.

1.2. Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina

En Argentina, el proceso de reconocimiento y ampliación de los derechos sexuales y reproductivos se inició luego de una década marcada por el silenciamiento, las limitaciones y

las omisiones en torno al tema, producto de las medidas restrictivas en materia de anticoncepción emitidas por los gobiernos de Isabel Perón y de la dictadura militar para incentivar el crecimiento poblacional, contemporáneas y contrastantes con los eventos sucedidos a nivel internacional -la Tercera Conferencia Mundial de Población de 1974, que impulsó el respeto y la garantía de los derechos reproductivos, y la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1975, que promovió las políticas públicas de igualdad de género-.

Primero, el Decreto 659/1974 prohibió las actividades de control voluntario de la natalidad en los establecimientos públicos de salud y restringió la comercialización de MAC, exigiendo recetas por triplicado; luego, el Decreto 3938/1977 reforzó dicha prohibición, vedando toda práctica de control de la natalidad (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 30). Estas medidas acentuaron la desigualdad en el acceso a anticonceptivos según la clase social, perjudicando principalmente a las mujeres de bajos recursos, ante las dificultades para costear su compra y la atención privada de la salud (Meng, 2006, p. 95).

Tales políticas de incentivo a la natalidad se vinculan con un fenómeno particular y característico de la Argentina: la temprana transición demográfica. De acuerdo con Cesilini y Gherardi (2002), la tasa de natalidad relativamente baja, registrada incluso antes de la popularización de los métodos anticonceptivos orales, en parte se explica por la preferencia por las familias pequeñas (p. 29). Entre las causas del decrecimiento de dicha tasa en la clase media, las autoras identifican la inclusión de las mujeres en el sistema de educación formal, especialmente en el nivel superior, y en el mercado laboral (p. 30).

El regreso de la democracia trajo aparejada una serie de acontecimientos que, siguiendo a Petracci y Ramos (2006), marcaron el comienzo de una etapa de transición en la que, con algunos avances y retrocesos, la temática adquirió visibilidad y empezó a ganar lugar en la agenda pública, a la par de su creciente relevancia a nivel mundial e impulsada por organizaciones de la sociedad civil y movimientos feministas (p. 11). En este escenario, agregan las autoras, la discusión se fue materializando en los campos normativo, institucional y programático, introduciendo cambios orientados por el principio de la autodeterminación de las personas con relación a sus decisiones en sexualidad y reproducción (p. 11).

Dentro de la esfera social, uno de los eventos que contribuyeron a la instalación del tema fue el Encuentro Nacional de Mujeres, realizado anualmente en diferentes ciudades del país desde 1986. Pues se trata de un espacio pluralista de debate, articulación de demandas e impulso de campañas y proyectos relativos a los derechos sexuales y reproductivos, entre otros asuntos clave para mejorar la situación de las mujeres en Argentina (Brugo Marcó, 2014).

En cuanto a la esfera normativa, el 1 de marzo de 1984 se sancionó la Ley 23.054, mediante la cual aprobó el Pacto San José de Costa Rica, ratificado el 14 de agosto de ese año. Este instrumento, que había sido adoptado el 22 de noviembre de 1969 tras la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos realizada en dicha ciudad y entrado en vigencia desde el 18 de julio de 1978, sentó las bases del Sistema Interamericano de Promoción y Protección de los Derechos Humanos (Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018). Al año siguiente, el 8 de marzo de 1985, se sancionó por unanimidad la Ley 23.179, que aprobó la CEDAW. Cesilini y Gherardi (2002) resaltan el avance que significaron ambas normas, al asumir el compromiso de adecuar la legislación nacional a los principios internacionales (p. 12). Asimismo, la ratificación de la CEDAW es relevante en tanto su cumplimiento condujo, en 1986, a la derogación de los decretos de los años '70 que restringían el acceso a la salud reproductiva.

Continuando con esta línea, se reconoció el derecho a decidir en forma autónoma sobre la reproducción, cuyo ejercicio fue promovido mediante campañas de difusión realizadas por el gobierno, y se autorizó a los servicios públicos de salud a brindar orientación y asistencia en procreación, salud materna e infantil (Decreto 2274/1986) (Schuster y García Jurado, pp. 19-20). Para que dicho acceso a servicios de planificación familiar fuera efectivo, estas medidas fueron acompañadas institucionalmente mediante la creación, en el ámbito del MSAL, de una Comisión que elaborara las bases para el desarrollo de actividades en materia de salud reproductiva, la cual dos años más tarde fue reemplazada por la Comisión Interministerial para las Políticas Demográficas, a cargo de la coordinación del conjunto de acciones gubernamentales en este campo (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 12). Esta sustitución significó una jerarquización del tema durante la presidencia de Raúl Alfonsín, ya que dejó de estar circunscrito al ámbito sanitario y adoptó el carácter de estrategia transversalizada, que incluía y articulaba a diferentes áreas del Estado.

Retornando al plano legislativo, se destaca la presentación, en 1986 y 1988, de los tres primeros proyectos de ley sobre salud reproductiva, impulsados de manera fragmentada por diputados y senadores nacionales⁶ (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 35), es decir, sin establecer amplios acuerdos previos con otros legisladores ni formar parte de una estrategia más extensa articulada

⁶ El primer proyecto fue presentado en 1986 por el diputado Hortazar de la UCR. En 1988, los senadores Adolfo Gass y Margarita Torres de Malharro de la UCR propusieron la creación de un amplio programa de planificación familiar que únicamente prohibía las prácticas de esterilización. Por su parte, los senadores Libardo Sánchez y Eduardo Menem del PJ presentaron un proyecto que prohibía el uso de MAC 'clara o presumiblemente' abortivos, entre los que incluía al DIU y el anticonceptivo hormonal de emergencia (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 35).

con el ejecutivo. Si bien ninguno de ellos fue tratado por el Congreso, su relevancia radica en haber sentado los términos sobre los cuales se desarrollarían el debate y el panorama parlamentario durante los años siguientes (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 35).

En este sentido, el año 1989, en que finalizó el gobierno radical y comenzó el justicialista, marcó un punto de inflexión en la estrategia gubernamental con relación a los derechos sexuales y reproductivos, ahora orientada a la legitimación del accionar estatal por parte del Congreso. A tal fin, se creó una Comisión dentro de la Secretaría de Salud, integrada por reconocidos profesionales, funcionarios públicos y legisladores, quienes recuperaron las bases desarrolladas durante la presidencia de Alfonsín para establecer las pautas del proyecto legislativo que sería enviado al Congreso, hecho que finalmente se vio impedido por los compromisos del país con el Vaticano (Cesilini y Gherardi, 2002, pp. 12-13).

A raíz de este fracaso, se produjo un nuevo giro: el gobierno corrió el foco hacia la promoción de la sanción de leyes provinciales, estrategia cuyos resultados comenzarían a observarse algunos años después. En este escenario, durante la década del '90, diputados y senadores nacionales de diversos partidos presentaron, todavía de manera desarticulada, un total de diez proyectos que, si bien contaron con el apoyo de algunos sectores de la sociedad, no lograron prosperar⁷ (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 35).

En este contexto, tuvo lugar otro evento clave de la política argentina y pionero en América Latina: la sanción de la Ley 24.012 de Cupo Femenino el 6 de noviembre de 1991⁸, que establece un piso mínimo del 30% de candidatas mujeres en las listas partidarias para cargos electivos nacionales, en proporciones que posibiliten su efectivo acceso a los mismos (Artículo 1)⁹. Este suceso no sólo representó una conquista de derechos políticos, sino que fue

⁷ En 1990 presentaron proyectos de ley la Sra. Florentina Gómez Miranda (UCR), Carlos Álvarez (PJ) y Parente (UCR). En 1992 presentó un proyecto Martelli (UCR) y en 1993 lo hizo Zamora (Movimiento Socialista de los Trabajadores). En 1994 nuevos proyectos de ley fueron presentados por Carlos Álvarez y Cristina Zucardi del Frente Grande, Elisa Carca de la UCR y Marcela Durrieu del PJ. Sobre la base de estas propuestas, la Cámara de Diputados elaboró y aprobó un dictamen conjunto. Tras el fracaso de este proyecto de ley en el Senado, en el año 1997 se planteó el tema una vez más y los diputados Zucardi y Fernández Meijide presentaron nuevos proyectos de ley. Elisa Carrió continuó con el proyecto presentado por Elisa Carca. Los diputados Martínez, Giannettasio y Duhalde del PJ presentaron, respectivamente, otros tres proyectos (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 44).

⁸ Transcurrieron más de 25 años desde la promulgación de esta norma hasta la sanción de la Ley 27.412 de Paridad de Género en Ámbitos de Representación Política en noviembre de 2017, por la cual se establece que las listas de candidatos/as que se presenten para la elección de senadores/as nacionales, diputados/as nacionales y parlamentarios/as del Mercosur deben integrarse ubicando de manera intercalada a mujeres y varones desde el/la primer/a candidato/a titular hasta el/la último/a candidato/a suplente (artículo 1).

⁹ Al momento de su entrada en vigencia, la Ley de Cupo Femenino sólo aplicaba a la elección de integrantes de la Cámara de Diputados, ya que los miembros de la Cámara de Senadores eran electos de manera indirecta, por designación de las legislaturas provinciales. Esto se modificó mediante la Reforma Constitucional de 1994, donde se estableció que el sistema de elección directa regiría también para el Senado de la Nación y, con ello, se extendió la aplicación de la Ley 24.012 a esta Cámara.

fundamental para seguir avanzando en la ampliación y protección de derechos de las mujeres y diversidades sexuales, a fin de mejorar su calidad de vida y fortalecer su autonomía. En este sentido, la entonces legisladora nacional Marcela Durrieu señala: “El cupo fue un hito en la historia de las mujeres porque eso desencadenó un proceso que cambió toda la estructura jurídica del país” (Diputados Argentina, 2021).

Ejemplo de ello es el papel crucial que desempeñaron las parlamentarias en la reforma de la Carta Magna de 1994, para la aprobación del otorgamiento de jerarquía constitucional a los derechos humanos consagrados en los tratados internacionales a los que Argentina había adherido. De este modo, mediante el artículo 75, inciso 22, se incorporaron a la Constitución Nacional la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la CEDAW; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros tratados internacionales¹⁰. Con ello, los derechos a la salud, sexuales y reproductivos adquirieron el status de derechos humanos fundamentales que deben ser garantizados por el Estado.

En 1995, apenas concluida la Conferencia de Beijing y luego de la CIPD de El Cairo de 1994, se alcanzó por primera vez el tratamiento y la media sanción en la Cámara de Diputados de un proyecto presentado por Elisa Carca de la Unión Cívica Radical (UCR) y Marcela Durrieu del Partido Justicialista (PJ), que había sido elaborado junto a organizaciones feministas y de mujeres e incluía entre sus fundamentos el rango constitucional de la CEDAW (Bianco, 2004, pp. 1-2). No obstante, el entonces Presidente Carlos Menen¹¹ se opuso a la sanción de la ley, sosteniendo la alianza con el Vaticano. A esto se sumó el pedido de modificaciones al proyecto por parte de los obispos, que fueron rechazadas por las organizaciones de mujeres y

¹⁰ Cesilini y Gherardi (2002) señalan que, al investir de jerarquía constitucional a dichos tratados, el Estado se comprometió a: 1) practicar la no discriminación, inclusive mediante la derogación de todas las normas legales y prácticas que pudieran ser discriminatorias contra las mujeres; 2) proteger la maternidad y sus consecuencias sociales, incluyendo información y asesoramiento sobre planificación de la familia; 3) garantizar a las mujeres el derecho de adoptar decisiones reproductivas en condición de igualdad con los hombres y el derecho a la protección de la salud, incluso la salvaguardia de la Función de reproducción; 4) adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia; 5) garantizar el derecho a tener acceso a centros adecuados de atención sanitaria, incluyendo información, orientación y servicios en planificación familiar; 6) garantizar a hombres y mujeres los mismos derechos para decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, para cuyo propósito el Estado debería suministrar o asegurar el suministro de información, educación y medios a las mujeres para que formulen sus decisiones; 7) asegurar el cuidado prenatal y posnatal de las madres; 8) desarrollar los servicios correspondientes para la planificación familiar (p. 26).

¹¹ En línea con su posición contraria al aborto, mediante el Decreto 1406/1998, el entonces Presidente Carlos Menen promovió la declaración del Día del Niño por Nacer, que es recordado en Argentina cada 25 de marzo.

profesionales. Fue así que, una vez en el Senado, perdió estado parlamentario a raíz de la falta de consenso sobre la introducción de las reformas sugeridas por la Iglesia Católica.

En tanto, en 1996 se sancionó la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que, en su capítulo noveno, dedicado exclusivamente al tratamiento de la igualdad entre varones y mujeres, reconoce expresamente los derechos sexuales y reproductivos de la población como derechos humanos básicos, libres de coerción y violencia, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos (Artículo 37). En esta línea, se destaca también el funcionamiento, aunque limitado y errático, de un programa de Planificación Familiar desde 1988 hasta la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el año 2000, mediante la Ley 418 (Petracci, Ramos y Szulik, 2006, p. 207). También en Río Negro se implementó un Programa de Salud Reproductiva entre 1987 y 1996, año en que se creó el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana, a través de la Ley 3.059 (Meng, 2006, p. 99).

Esto se relaciona con otro rasgo fundamental de la historia de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina, a saber, que las primeras legislaciones y políticas públicas orientadas a garantizarlos fueron desarrolladas por las provincias y los gobiernos locales, promovidas por el cambio de estrategia del gobierno nacional a principios de la década del '90 y luego impulsadas por la reforma de la Constitución Nacional del '94.

Así, la necesidad de dar cumplimiento a los compromisos asumidos en materia de derechos y de dar respuesta a la problemática sanitaria atravesada por el país (barreras de acceso a MAC y niveles críticos de maternidad temprana, de embarazos no deseados, de morbilidad infantil y materna, y de madres, niños y adolescentes infectados por VIH), sumado al impulso ejercido por las luchas de los movimientos de mujeres y feministas, motivaron la creación de programas de salud sexual y reproductiva en 14 jurisdicciones. La Pampa (Ley 1.363 de 1991), Chaco (Ley 4.276 de 1996), Córdoba (Ley 8.535 de 1996)¹², Mendoza (Ley 6.433 de 1996), Corrientes (Ley 5.146 de 1996), Neuquén (Ley 2.222 de 1997), Misiones (Decreto 92/1998), Jujuy (Ley 5.133 de 1999), Chubut (Ley 4.545 de 1999), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 418 de 2000), Río Negro (Ley 3.059 de 1996), La Rioja (Ley 7.049 de 2000)¹³, Tierra del

¹² La Ley 8.535, que estableció la creación del Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad de Córdoba, fue derogada en el año 2002 por la Ley 9.073, que creó el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables. En marzo del 2003, la Ley 9.099 incorporó modificaciones a dicha norma y fijó la adhesión al PNSSyPR. Para más información, ver Cárdenas y Tandeter, 2008.

¹³ La Ley 7.049 de creación del Programa Integral de Educación Sexual y Reproductiva sancionada en el año 2000 por La Rioja fue vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo provincial a través del Decreto 1 de 2001, y derogada

Fuego (Ley 509 de 2001) y Santa Fe (Ley 11.888 de 2001) comenzaron a implementar estrategias específicamente orientadas a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población con anterioridad a que existiera un programa nacional destinado a ese fin (Cárdenas y Tandeter, 2008; Cattaneo y Suárez, 2017; Petracci y Ramos, 2006; Schuster y García Jurado, 2006). En gran medida, esto se debió a que la presión ejercida por la Iglesia Católica y los grupos conservadores de la sociedad para frenar el avance de dichas intervenciones era menor en las provincias que a nivel nacional. No obstante, varias legislaciones sufrieron ataques por parte de estos sectores y fueron vetadas por el Poder Ejecutivo, como las de Chaco, Córdoba y La Rioja (Schuster y García Jurado, 2006).

De todos modos, en palabras de Pecheny (2006), "... estamos frente al creciente reconocimiento social y político de que reproducción y sexualidad pueden ir juntas, como no" (p. 247). El autor pone el foco sobre un aspecto paradójico de esta cuestión al señalar que la multiplicación de políticas públicas y organismos gubernamentales orientados a dar respuesta a las necesidades y derechos de la población en materia de salud sexual y reproductiva se produjo en una época, como lo fue la década del '90, en la que la hegemonía conservadora lideró un proceso de retroceso en el campo de los derechos sociales y el bienestar de amplios sectores de la población (p. 247). En el marco de esta conjugación de avances y retrocesos simultáneos, el acceso universal y gratuito a la salud sexual y reproductiva cobró aún mayor relevancia, en especial, para proteger a quienes se encontraban en una situación de vulnerabilidad social y económica.

Por su parte, en la investigación "Los límites de la ley: la salud reproductiva en Argentina", Cesilini y Gherardi (2002) identificaron a los diferentes actores interesados en el debate sobre la salud sexual y reproductiva:

- (i) la Iglesia Católica y los sectores más conservadores de la sociedad, cuyos puntos de vista fueron representados por ciertos partidos políticos (como una fracción del justicialismo y partidos de derecha);
- (ii) organizaciones de la sociedad civil representativas del movimiento de liberación de la mujer y los sectores a favor de la vigencia de los derechos reproductivos, que fueron apoyados por ciertos partidos políticos de centro e izquierda; (iii) los médicos y otros profesionales de la salud (tales como enfermeras);
- (iv) los padres de menores..., a menudo opositores al sistema educativo formal; (v) los jueces de jurisdicciones nacionales y provinciales, que pueden influir en la eficacia de la legislación y los programas de salud reproductiva; (vi) funcionarios gubernamentales, por cuanto su propia agenda política depende de las leyes sancionadas y los programas implementados. (pp. 36-37)

en el 2003 mediante la Ley 7.505. No obstante, en noviembre de 2002, La Rioja adhirió a la Ley Nacional 25.673 a través de la Ley Provincial 7.425. Para más información, ver Cárdenas y Tandeter, 2008.

Sobre esta base, realizaron una serie de entrevistas a actores clave en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, que les permitieron detectar los factores que obstaculizaban la sanción de legislación en la materia, observados con diverso énfasis a nivel nacional, provincial y municipal. La principal barrera que hallaron es la fuerza de los valores religiosos impuestos por la jerarquía eclesiástica y los sectores conservadores de la sociedad, vinculada, a su vez, con la estrecha alianza entre la Argentina y el Vaticano forjada durante las Conferencias de la ONU en temas de familia y salud reproductiva. A este obstáculo le sigue la falta de compromiso de los partidos políticos ante el temor de que un pronunciamiento a favor ponga en riesgo sus oportunidades electorales, especialmente cuando no existe un apoyo social explícito a este tipo de proyectos. También operan en contra de la aprobación de las leyes los intereses de algunos sectores del sistema de salud y la persistencia de la cultura machista y patriarcal (p. 16).

Finalmente, a 7 años del tratamiento del primer proyecto legislativo, se logró sortear este conjunto de obstáculos y sancionar la Ley 25.673 de 2002, reglamentada por el Decreto 1282/2003, mediante la cual se establece la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Desde ese momento, muchos son los progresos que Argentina ha realizado en este campo, hasta convertirse en uno de los países referentes de la región latinoamericana en materia de derechos sexuales y reproductivos. Las organizaciones feministas, de mujeres y de derechos humanos han sido fundamentales para impulsar esta agenda, promovida también por organismos internacionales como la OMS y la ONU. Asimismo, el respaldo de sectores de la sociedad civil, profesionales de la salud, educadores y académicos ha contribuido a este avance, vehiculado a través del apoyo manifiesto de diversos actores del arco político. Esta configuración ha sido clave para sortear las barreras que se han presentado en el camino y lo sigue siendo para defender los logros alcanzados y hacer efectivos los derechos conquistados.

1.3. Objetivos y Metodología de la Investigación

El objetivo de la presente tesis consiste entonces en describir y analizar la historia del PNSSyPR del MSAL desde su creación, mediante la Ley 25.673 de 2002, hasta la actualidad (octubre de 2023), partiendo de los enfoques de salud integral, género y derechos humanos. En base a ello, se propone reflexionar acerca del proceso de surgimiento, continuar la periodización de su implementación elaborada por investigadores especialistas para los años 2003 a 2016 e indagar sobre los principales efectos generados por esta política pública.

El primer antecedente de la periodización de la ejecución del Programa Nacional se encuentra en el documento “Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance

2003-2011” (PNSSyPR, 2011), en el cual se identifican tres etapas de su desarrollo entre los años 2003 a 2011: la Inicial, que abarca desde el 2003 hasta el 2006; la de Institucionalización, que comienza en el 2006 y finaliza en el 2010, y la de Consolidación, que empieza ese año y se encontraba en curso al publicarse tal informe.

Luego, siguiendo dicho análisis, Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez (2015) reflexionan sobre la situación del Programa Nacional a 12 años de su creación y establecen como fecha de cierre de la tercera etapa el año 2014, a la vez que incorporan a la periodización una cuarta fase, llamada “Integración y Diversificación”, que se inicia en el 2015. Por último, Cattaneo y Suárez (2017) retoman los estudios previos y aportan mayor información sobre esa última etapa, señalando que seguía vigente al momento de finalizar su artículo (septiembre de 2016).

En base a dichos antecedentes, la recolección, la sistematización y el análisis de la información sobre el funcionamiento del Programa Nacional durante los años posteriores permitió extender hasta la actualidad la periodización elaborada por los tres estudios mencionados. De este modo, fue posible identificar el año 2019 como fecha de cierre de la fase de Integración y Diversificación e inicio de una quinta etapa, denominada “Expansión, Transversalización y Participación”, que continúa hasta el presente. Por tanto, el principal aporte del estudio realizado consiste en completar la historización de esta política pública, estableciendo el momento de finalización de la cuarta y última fase abordada por los trabajos previos, brindando información relevante sobre lo ocurrido durante su desarrollo hasta ese entonces e incorporando la definición, la caracterización y el análisis de una nueva y última etapa en su implementación. Además, amplía y profundiza la indagación sobre los principales hechos que tuvieron lugar en las tres primeras fases de su ejecución.

Las preguntas que guiaron la investigación fueron: cómo transcurrió el proceso de formulación del PNSSyPR y cuáles fueron los factores clave que posibilitaron su aprobación; cómo se relaciona el diseño de esta política pública establecido mediante la Ley 25.673 de 2002 y su Decreto Reglamentario 1282/2003 con los posicionamientos de los actores clave y su incidencia sobre el proceso legislativo; cómo fue el desarrollo del Programa Nacional desde su puesta en marcha hasta la actualidad y cuáles fueron los principales hitos, transformaciones y continuidades en relación a su institucionalidad, la modalidad y los objetivos de gestión priorizados, las líneas de acción impulsadas y los enfoques adoptados; y cuáles fueron los principales efectos de su implementación en relación al acceso universal y equitativo a la salud sexual y reproductiva.

La estrategia metodológica utilizada para lograr el objetivo propuesto y responder a los interrogantes formulados fue el estudio de caso, entre cuyas aplicaciones principales se encuentra describir una intervención y el contexto de la vida real en el cual ocurrió (Yin, 2003, p. 15). De este modo, en términos de Barzelay et al. (2002), el PNSSyPR constituye un caso particular de la clase políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

Yin (2003) define el estudio de caso como una estrategia de investigación empírica (exploratoria, descriptiva o explicativa) especialmente apropiada para responder a preguntas del tipo “cómo” y “por qué” referidas a un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real sobre el cual quien investiga tiene escaso o nulo control y cuyos límites con el entorno en el que se desarrolla son difusos o poco evidentes (pp. 9, 13). En este sentido, el autor resalta la utilidad de esta metodología para realizar un abordaje holístico de la interrelación entre el caso (fenómeno estudiado) y su contexto.

Destaca también dos virtudes relacionadas entre sí que fortalecen la validez de los estudios de caso: por un lado, el rol clave que desempeña la triangulación de múltiples fuentes de información cualitativa y cuantitativa; por el otro, que la recolección de esta gran cantidad de evidencia sea guiada por proposiciones teóricas preexistentes (pp. 14-15). En la misma línea, diversos especialistas refieren que la integración de diversos métodos y tipos de información recolectada, con predominio de los cualitativos, hace de los estudios de caso una valiosa herramienta para comprender los fenómenos sociales en su complejidad y totalidad (Neiman y Quaranta, 2006; Ragin, 2007; Yazán, 2015).

De acuerdo con ello, se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos a partir de las fuentes primarias y secundarias, las cuales se detallan a continuación.

Fuentes primarias: durante el mes de enero de 2023, se llevó a cabo una consulta individual¹⁴ a un conjunto de 16 informantes clave conformado por ex directoras y coordinadoras del programa estudiado, integrantes de diferentes áreas del mismo (Aseguramiento de Insumos, Capacitación y Proyectos Especiales, Comunicación y Producción de Materiales) y del Consejo Asesor del PNSSyPR (UNFPA, CEDES, Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, Mujeres x Mujeres y Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito), como así también especialistas en la temática. Las dos preguntas realizadas fueron: cuáles consideras que son los tres principales

¹⁴ Si bien todas las personas fueron consultadas en forma individual, la Coordinadora del área de Comunicación y Producción de Materiales y la Responsable del Grupo de Trabajo Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad e integrante de dicha área elaboraron una respuesta en forma conjunta.

logros alcanzados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en estos 20 años de implementación y cuáles son los tres desafíos más importantes afronta en la actualidad para cumplir con sus objetivos y garantizar el acceso universal y equitativo a la salud sexual y reproductiva. Dichas personas fueron identificadas a partir de la revisión documental y bibliográfica realizada y contactadas mediante la utilización de la técnica bola de nieve, lo que facilitó la generación del vínculo de confianza necesario para que accedieran a brindar su testimonio. Los datos recolectados a través de las respuestas brindadas fueron sistematizados y analizados con el objetivo de nutrir el estudio de los efectos del PNSSyPR y la interpretación de episodios relevantes con información cualitativa provista por informantes clave.

Fuentes secundarias: en base a la revisión documental y bibliográfica realizada, se sistematizó y analizó información proveniente de normativa relativa a la materia, investigaciones sobre el caso estudiado, informes de gestión y documentos oficiales publicados por el PNSSyPR, informes presentados por la Jefatura de Gabinete de Ministros (JGM) ante el Congreso de la Nación, notas periodísticas y sitios de internet de organismos nacionales e internacionales vinculados al tema en cuestión.

Asimismo, para el análisis de los efectos del PNSSyPR, se complementó la información cualitativa procedente de dichas fuentes con datos cuantitativos obtenidos mediante el pedido de acceso a la información pública dirigido al MSAL tramitado en el marco de la elaboración de la presente tesis, como así también de informes de gestión y documentos oficiales. Al respecto, cabe señalar que, ante la falta de información sistematizada y exhaustiva sobre los productos y resultados generados por los diferentes componentes del Programa Nacional a lo largo de todo el período estudiado, se hizo foco sobre los aspectos más relevantes de los cuales se disponían los datos necesarios, adecuados, confiables y de calidad para extraer conclusiones válidas (el presupuesto vigente, el sistema de aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva, el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, y la atención de consultas de la población a través de la Línea 0800 Salud Sexual).

En cuanto a la presentación de la evidencia, se destaca que, siguiendo a Barzelay et al. (2002), ésta se estructuró en función de los tres momentos indagados por los estudios de caso: la génesis, el episodio y los efectos. Esta organización posibilitó la elaboración de una descripción analítica sobre el proceso que le dio origen al PNSSyPR, su desarrollo y sus resultados e impactos, teniendo en cuenta la relación de los eventos relevantes entre sí y con el contexto en cual tuvieron lugar.

2. Equidad en Salud Sexual y Reproductiva: Análisis de la Creación del PNSSyPR

Los orígenes del PNSSyPR de la Argentina se remontan a poco más de 20 años atrás. El 30 de octubre del año 2002 el Congreso de la Nación sancionó la Ley 25.673, estableciendo su creación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Luego, esta norma fue reglamentada por el Decreto 1282/2003 del 26 de mayo de 2003, cuya emisión marcó el inicio de la implementación de esta política pública, en el contexto de finalización del mandato presidencial de Eduardo Duhalde y la asunción de Néstor Kirchner¹⁵.

En este marco, en los apartados que integran el presente capítulo se estudia la génesis del PNSSyPR considerando tres aspectos: a) los factores que motivaron su surgimiento; b) el recorrido en el campo legislativo desde la primera vez que un proyecto alcanzó la media sanción hasta que se logró la aprobación por ambas Cámaras, identificando tanto los actores clave que promovieron u obstaculizaron su avance y sus respectivos posicionamientos sobre la cuestión, como los diversos factores que posibilitaron la sanción de la Ley 25.673; y c) el texto de dicha norma y del Decreto Reglamentario 1282/2003, junto con los posicionamientos de los actores clave respecto a los mismos.

2.1. Entre los Compromisos Internacionales, la Cuestión Sanitaria y las Demandas Sociales: Fundamentos del PNSSyPR

En los considerandos del Decreto 1282/2003 es posible identificar dos factores que motivaron la creación del PNSSyPR: la problemática sanitaria nacional y los compromisos internacionales adoptados por el país. Un tercer elemento a considerar es la creciente demanda social de políticas públicas que garantizaran los derechos sexuales y reproductivos, liderada principalmente por organizaciones de mujeres y feministas, junto con organismos de derechos humanos.

Con respecto al primer factor, la reglamentación de la ley hace referencia a la necesidad de garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a MAC, en un escenario de marcadas desigualdades sociales y económicas:

Que estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos. (Decreto 1.282, 2003, Considerando 7)

¹⁵ El Decreto Reglamentario 1282/2003 se sancionó el 23 de mayo de 2003, durante el gobierno provisional de Eduardo Duhalde, y fue publicado en el Boletín Oficial de la República Argentina el 26 de mayo de ese año, es decir, al día siguiente de que Néstor Kirchner asumiera la presidencia.

Profundizando sobre esta cuestión, Cappuccio, Nirenberg y Pailles (2006) abordan las consecuencias negativas de las desigualdades en el campo de los derechos sexuales y reproductivos sobre la salud de la población de menores recursos, haciendo foco en el modo en que la falta de información y las dificultades para acceder a MAC y a servicios de salud especializados contribuyen al aumento de la morbilidad infantil y materna (p. 67).

En esta línea, Schufer, Martellini y Moscovich (2006) identifican en la creación del Programa Nacional una respuesta estatal a los niveles críticos de maternidad temprana, de embarazos no deseados, de morbilidad infantil y materna, y de madres, niños y adolescentes infectados por VIH; situación agravada por la pobreza, la falta de acceso a servicios básicos y a la educación. Y agregan que este impacto negativo del deterioro de la calidad de vida de un amplio sector de la población sobre su condición sanitaria fue advertido por organizaciones vinculadas a la defensa de los derechos de las mujeres y las infancias, centros de investigación y asociaciones profesionales (p. 47).

En una entrevista realizada en el año 2002 por Pedro Lipcovich a Jorge Charalambopoulos, quien en ese momento era profesor de ginecología de la Universidad de Buenos Aires y jefe de Procreación Responsable en la Maternidad Sardá, el especialista explicó la importancia de los programas de salud sexual y reproductiva para reducir la mortalidad materna y combatir ETS, como así también el cáncer mamario y genital. La entrega de MAC, indicó, muchas veces es el punto de partida para que las adolescencias entablen una relación con el sistema de salud que, de satisfacer sus demandas, continúa a lo largo de su vida y promueve la realización de controles periódicos, facilitando la prevención, detección y tratamiento de enfermedades u otras situaciones que requieran ser atendidas por profesionales de la salud. Por tanto, la provisión de anticonceptivos no es sólo un medio para evitar embarazos no intencionales y ETS, sino que además contribuye al cuidado de la salud integral.

En segundo lugar, la Ley 25.673 se funda en la obligación del Estado argentino de dar cumplimiento a los derechos humanos consagrados en los tratados internacionales a los que se había otorgado jerarquía constitucional, incorporándolos al artículo 75, inciso 22 de la Carta Magna, en ocasión de la reforma de 1994. De este modo, en términos de lo establecido en el inciso 23 de dicho artículo¹⁶, la instauración del PNSSyPR constituye una acción positiva que

¹⁶ El artículo 75, inciso 23 de la Constitución Nacional establece que corresponde al Congreso: “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las PCD.

garantiza la igualdad real de oportunidades y de trato, así como el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos, en particular, de los derechos sexuales y reproductivos reconocidos nacional e internacionalmente.

2.2. Obstáculos y Logros en el Camino hacia el PNSSyPR (1995-2003)

El PNSSyPR es la primera política pública de alcance nacional en la materia, ya que los proyectos legislativos presentados a partir de 1986 y aquellos tratados luego de la reforma del '94 no habían logrado prosperar, ante las presiones ejercidas principalmente por la Iglesia Católica, grupos religiosos y sectores conservadores de la sociedad, quienes se oponían centralmente a tres cuestiones: el acceso de la población a MAC, la atención de población adolescente y la educación sexual. Como se verá más adelante, estas tensiones se plasmaron en la normativa finalmente aprobada, generando críticas entre los actores que promovieron el proyecto.

Como se anticipó en el apartado 1.2., entre mediados de los '80 y la década del '90, se presentaron 13 proyectos de ley sobre salud sexual y reproductiva, ninguno de los cuales fue considerado por el Congreso Nacional. No obstante, fue también durante este período que, por primera vez, se logró el tratamiento y la media sanción de un proyecto.

En el marco del impulso a las políticas de salud sexual y reproductiva ejercido por la incorporación a la Constitución Nacional de los tratados internacionales de derechos humanos, como así también por los recientes acuerdos de la CIPD de El Cairo (1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), las diputadas Elisa Carca (UCR) y Marcela Durrieu (PJ) consolidaron en un documento las múltiples propuestas debatidas en Comisión, considerando los argumentos esgrimidos por las diferentes partes. De este modo, generaron un proyecto consensuado entre legisladores de diversos partidos políticos que fue aprobado por la Cámara de Diputados en noviembre de 1995 y elevado a Senadores (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 35).

Es importante destacar, siguiendo a Meng (2006), que en este proyecto se regulaban tanto los derechos reproductivos como los sexuales; asociando estos últimos a la posibilidad de tomar decisiones libres, sin violencia e informadas sobre la vida sexual; a la protección de la integridad física, psicológica y sexual; y al acceso oportuno a servicios de salud y educación de calidad en la materia (p. 104). Por otra parte, Cesilini y Gherardi (2002) señalan que la demanda del

Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.”

movimiento de mujeres vinculada a la inclusión en el articulado del listado de MAC a ser proveídos en forma gratuita por el sistema de salud, que había sido un tema central en la discusión ante la firme oposición de la Iglesia y los sectores más conservadores, finalmente fue resuelta integrando un Anexo en el que figuraban aquellos aceptados por el MSAL, en tanto autoridad de aplicación (p. 35).

En la instancia de tratamiento del proyecto por la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, los obispos requirieron modificaciones que representaban un retroceso en términos de derechos con respecto al texto aprobado en Diputados. No obstante, en mayo de 1997, se obtuvo el consenso necesario para excluir la enumeración de MAC, incluir la objeción de conciencia profesional con relación a la prestación de servicios de anticoncepción y establecer el acompañamiento obligatorio de adolescentes a las consultas médicas por las personas adultas responsables, quienes además debían autorizar que recibieran información sobre sexualidad y anticoncepción (Meng, 2006, p. 104). Si bien este acuerdo satisfago las demandas eclesiósticas, suscitó la rotunda oposición de las organizaciones de mujeres y profesiones. En la reunión de julio de ese año, convocada por senadores de la UCR, manifestaron su rechazo absoluto a las modificaciones realizadas, argumentando la necesidad de respetar los tratados internacionales a los que Argentina había otorgado jerarquía constitucional. Ante la imposibilidad de lograr un nuevo consenso, un mes después de dicha reunión, el proyecto quedó estancado y perdió estado parlamentario hasta que, en 1999, un grupo de legisladores¹⁷ intentó sin éxito reinstalar el debate en el recinto (Meng, 2006, p. 104).

Poco después, comenzó la elaboración de lo que sería el segundo proyecto aprobado por la Cámara Baja. En el año 2000, sobre la base de nuevas propuestas y la actualización de algunas anteriores, diputados de diversos sectores políticos generaron un documento acordado entre las diferentes fuerzas (Cesilini y Gherardi, 2002, p. 36). Con el apoyo unánime del bloque de la Alianza -partido gobernante-, la mayoría del cavallismo y un sector del justicialismo, el 18 de abril de 2001 se consiguió la media sanción (Redacción Clarín, 2001).

En este proyecto se incorporaron algunas de las demandas de la Iglesia Católica que no habían podido ser acordadas con las organizaciones de mujeres en 1997, conduciendo al fracaso de dicha propuesta. Tal es el caso del derecho a la objeción de conciencia para profesionales de la salud y establecimientos educativos privados, el respeto de la patria potestad y la exclusión del

¹⁷ Elisa Carrió y Miriam Curletti, Hilda González de Duhalde y otros, Marcela Bordenave y otros, María Isabel García de Cano y Cristina Guevara. Margarita Stolbizer (Bloque UCR), Laura Musa y Norma Parentella (Meng, 2006, pp. 104-105).

listado de MAC a ser distribuidos, sobre los cuales se especificaba que debían ser no abortivos, reversibles y transitorios (Cesilini y Gherardi, 2002; Redacción Clarín, 2001). Pese a estas concesiones, la iniciativa nuevamente fue rechazada en la Cámara de Senadores, cuya composición seguía siendo la misma que a fines de los '90.

Si bien la actividad en la Cámara de Diputados no cesó y en 4 años las comisiones competentes discutieron ocho proyectos presentados por diferentes legisladores (Meng, 2006, p. 105), era necesario que se modificara la composición del Senado, mayoritariamente alineado con los intereses de la Iglesia Católica, para que alguno llegara a convertirse en ley.

Considerando los sucesivos fracasos de los proyectos legislativos a nivel nacional, Cesilini y Gherardi (2002) invitan a reflexionar sobre el valor asignado a la existencia de una legislación específica en la materia. En especial, siendo que se trata de derechos reconocidos por la Constitución Nacional y, en consecuencia, es obligación del Estado garantizar su cumplimiento. En este sentido, consideran que, en un país caracterizado por el temprano uso masivo de MAC por parte de las mujeres y el bajo índice de natalidad con respecto a la mayoría de la región, esta búsqueda de aprobación de una ley particular se vincula con la existencia de una “prohibición imaginaria” asentada sobre factores históricos, culturales y políticos, que opera con fuerza de ley en el imaginario colectivo y, por tanto, obstruye el acceso a derechos ya adquiridos (pp. 36, 105).

A seis meses de la última media sanción alcanzada, el 18 de octubre de 2001, la Cámara de Diputados aprobó por amplia mayoría un nuevo proyecto consensuado entre todos los bloques partidarios. Únicamente votaron en contra los partidos provinciales Fuerza Republicana de Tucumán y Partido Liberal de Corrientes, junto a un grupo de legisladores justicialistas (Mario Cafiero, Guillermo De Sanctis, Rita Drisaldi, Jorge Obeid y Olijela del Valle Rivas), quienes basaron su oposición en convicciones religiosas y el rechazo a una política considerada antinatalista y proabortista (Parlamentario, 2001).

De este modo, fue elevado a la Cámara de Senadores, donde se encontraría con un escenario y un resultado diferentes a los de sus antecesores: el 30 de octubre de 2002, con una votación afirmativa casi unánime se aprobó la creación del PNSSyPR bajo la órbita del MSAL. De hecho, sólo cuatro de los presentes se opusieron: Pablo Walter, representante tucumano de Fuerza Republicana; y los senadores sanjuaninos José Luis Gioja, entonces presidente del bloque justicialista; Nélica Martín, integrante de dicha bancada; y Nancy Avelín de Cruzada Renovadora (Parlamentario, 2002). La sanción de la Ley 25.673 tuvo lugar luego de un prolongado debate en el que se enfrentaron los discursos basados en concepciones religiosas y

conservadoras con aquellos fundados en el enfoque de derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos y en la importancia del proyecto para la prevención del aborto; pero, por primera vez, en la Cámara Alta la balanza se inclinó en favor de los derechos adquiridos.

¿Qué cambios se produjeron para que en el año 2002 se lograra sancionar la ley que dio origen al Programa Nacional? Investigadores especialistas en la materia identifican diversos factores que posibilitaron este resultado (Cesilini y Gherardi, 2002; Meng, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Schuster y García Jurado, 2006).

Uno de ellos, mencionado anteriormente, es la sanción de la Ley 24.012 de Cupo Femenino en 1991, que permitió cambiar el mapa de actores que integraban el Congreso. Una cuestión central al respecto es que, al momento de su entrada en vigencia, esta norma sólo aplicaba a la elección de integrantes de la Cámara de Diputados, ya que los miembros de la Cámara Alta eran electos de manera indirecta, por designación de las legislaturas provinciales. Esto se modificó mediante la Reforma Constitucional de 1994, donde se estableció que el sistema de elección directa regiría también para el Senado de la Nación, extendiendo así la aplicación de la Ley 24.012 a esta Cámara. Posteriormente, mediante el Decreto Reglamentario 1.246 del 4 de enero de 2001, dictado por el entonces Presidente Fernando de la Rúa, se reglamentó dicha norma a fin de reafirmar su alcance a la Cámara de Senadores, garantizar su cumplimiento y, con ello, efectivizar la inclusión de mujeres en la actividad política.

En cuanto a los efectos de dicha ley, Tula (2004) destaca que, desde su entrada en vigencia, la presencia de mujeres en ambas Cámaras fue aumentando progresivamente. En su investigación muestra que, mientras que durante el período 1983-1991, en promedio, las mujeres ocupaban el 4% de las bancas de la Cámara de Diputados; en 1993, cuando se aplicó por primera vez la norma, este porcentaje ascendió al 13,6%, creció significativamente al 27,2% en 1995 y alcanzó el 30,3% en 2001, año en que se logró la media sanción del proyecto que estableció la creación del PNSSyPR (pp. 27, 36). En tanto, el promedio de senadoras entre 1983 y 2001 fue del 6,5%, cifra que se elevó notoriamente al 36% luego de los comicios de octubre de 2001, año en comenzó a regir la elección directa y, en consecuencia, la Ley de Cupo Femenino para estos cargos (pp. 26, 37). Es decir que, al momento de sancionarse la Ley 25.673, más de un tercio de quienes integraban la Cámara de Senadores eran mujeres.

Si bien el cupo por sí solo no garantiza el posicionamiento a favor de los derechos sexuales y reproductivos o de otras demandas de los movimientos de mujeres y feministas, en el caso analizado, las legisladoras desempeñaron un rol clave tanto en la articulación con estos actores

como en el establecimiento de alianzas entre representantes de diferentes partidos políticos y la persistencia en la presentación de proyectos (Escales, 2019).

Asimismo, impulsaron la progresiva transición desde una etapa en la que los proyectos eran presentados por legisladores en forma aislada o individual, a otra caracterizada por la conformación de coaliciones interpartidarias para la elaboración conjunta y participativa de documentos que reunieran y articularan sus propuestas (Cesilini y Gherardi, 2002; Meng, 2006). Este hecho fue de la mano de la incorporación del tema a la agenda pública nacional, con mayor notoriedad a partir del año 2000 (Meng, 2006), y del creciente apoyo social a las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, lo que incidió positivamente sobre el pronunciamiento a favor de los representantes políticos.

Con relación a esto último, se destacan los aportes de la investigación realizada por Cesilini y Gherardi (2002) en la instancia intermedia entre la media sanción por la Cámara de Diputados y la aprobación por la Cámara de Senadores, es decir, previo a que la norma fuera promulgada. En dicho estudio, indagaron sobre la opinión de actores clave acerca de la existencia de leyes de salud sexual y reproductiva tanto a nivel provincial como nacional. Uno de los principales hallazgos fue el predominio de los posicionamientos favorables acerca de las mismas, en los que se identificaban como aspectos positivos su contribución a la visibilización, concientización, instalación y legitimación del tema; a la continuidad de una política pública más allá de los cambios de gobierno y su transformación en una política de Estado; a la efectiva prestación de servicios de salud; a la protección de los derechos de las mujeres; y al bienestar de la población en general, y de los sectores de menores recursos en particular (p. 85). Además, el 95% de las personas representantes de organismos vinculados a la materia que fueron entrevistadas consideró necesaria una ley nacional de salud reproductiva que incluyera el acceso gratuito e informado a MAC, la atención de adolescentes y educación sexual.

Otro aspecto relevante se vincula con el cambio de gobierno y el debilitamiento de la influencia de Menem en el Congreso. Luego de la crisis de 2001, el 2 de enero de 2002 asumió como Presidente Interino Eduardo Duhalde, quien ocupó el cargo hasta la entrega del mando al candidato electo, Néstor Kirchner, el 25 de mayo de 2003. Durante ese período, su esposa, Hilda González de Duhalde, dirigió el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación, organismo del cual dependía el entonces Consejo Nacional de la Mujer¹⁸. Desde este espacio, promovió activamente la sanción de la ley, así como cuando era

¹⁸ El Consejo Nacional de la Mujer se creó mediante el Decreto 1.426 del 13 de agosto de 1992, con dependencia directa del Presidente de la Nación, a fin de efectivizar el compromiso asumido por el Estado Argentino al ratificar

diputada por el PJ había elaborado proyectos conjuntamente con legisladoras de otros partidos políticos, que fueron presentados en 1997 y 1999 (Meng, 2006, p. 106).

Ampliando esta cuestión, Petracci y Ramos (2006) destacan el papel desempeñado por diferentes actores políticos, organizacionales y sociales para que las conquistas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos fueran posibles, ya sea trabajando en la elaboración de normas, políticas, investigaciones y campañas de difusión o brindando apoyo en las calles: el funcionariado que ocupó cargos públicos ligados a los derechos sexuales y reproductivos entre las presidencias de Raúl Alfonsín y Néstor Kirchner; las Defensorías del Pueblo; organismos de la ONU como el UNFPA, UNICEF y UNIFEM; agencias internacionales de apoyo a la investigación y al activismo, como la Fundación Ford, la Fundación Ebert, el *Global Forum for Women* y la *International Women Health Coalition*; los movimientos feministas, de mujeres y de diversidades sexuales; el Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS); organizaciones de base que trabajan en temas relacionados; profesionales de la salud, investigadores académicos y comunicadores sociales que apoyaron el reconocimiento y el cumplimiento de estos derechos (pp. 12-13).

Por su parte, Schufer, Martellini y Moscovich (2006) ponen énfasis sobre la participación de organizaciones de la sociedad civil, como la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), en el proceso de formulación de la Ley 25.673, quienes aportaron conocimiento especializado sobre el tema y promovieron estrategias para su efectiva implementación (pp. 47-48).

Estos apoyos fueron asentados en el Decreto Reglamentario 1282/2003, donde dice:

Que, en el marco de la formulación participativa de normas, la presente reglamentación ha sido consensuada con amplios sectores de la población de los ámbitos académicos y científicos, así como de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la temática, las jurisdicciones locales y acordado por el COMITÉ DE CRISIS DEL SECTOR SALUD y su continuador, el CONSEJO CONSULTIVO DEL SECTOR SALUD. (Considerando 16)

La combinación de este conjunto de factores fue necesaria para sortear, después de una serie de intentos fallidos, los obstáculos a la sanción de una ley nacional de salud sexual y reproductiva. En cambio, las barreras y oposiciones que se presentaron a nivel subnacional fueron menores, lo que facilitó la creación de programas provinciales en la materia (Cesilini y Gherardi, 2002). Es por ello que, como se refirió previamente, las primeras de políticas que dieran respuesta a la

la adhesión a la CEDAW a través de la propuesta de políticas públicas a las jurisdicciones. Este organismo reemplazó a su antecesor, el Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, creado mediante el Decreto 378 del 13 de marzo de 1991, bajo la órbita del Poder Ejecutivo Nacional, cuya misión era el efectivo logro de los compromisos asumidos a través de la CEDAW.

problemática planteada se encuentran en las 14 jurisdicciones que avanzaron en esa dirección antes de que existiera una estrategia de alcance nacional orientada a garantizar los derechos sexuales y reproductivos: La Pampa, Chaco, Córdoba, Mendoza, Corrientes, Neuquén, Misiones, Jujuy, Chubut, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Río Negro, La Rioja, Tierra del Fuego y Santa Fe.

El estudio comparado de las legislaciones provinciales muestra un acuerdo generalizado acerca de los objetivos de reducción de la morbilidad materno infantil y prevención de ETS (Meng, 2006; Schuster y García Jurado, 2006), problemáticas a las que también el Programa Nacional busca dar respuesta. Es decir, que existía un amplio consenso en torno a la gravedad de la cuestión sanitaria y la necesidad de implementar políticas públicas que atendieran a la misma. En cuanto a las acciones a desarrollar, en todos los casos se contemplan componentes vinculados al acceso informado a MAC reversibles, transitorios, no abortivos y aprobados por la autoridad competente; a la detección precoz de ETS y cáncer genitomamario; a la capacitación permanente de la población y de quienes están relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva; a la difusión; a la articulación y coordinación con organismos gubernamentales y no gubernamentales; al registro y el acceso a la información (Schuster y García Jurado, 2006, pp. 27-28).

Asimismo, dicho análisis pone de manifiesto las divergencias existentes entre los PPSSR, centradas principalmente en el enfoque adoptado (de derechos o de asistencialismo social), el marco conceptual de las intervenciones (salud sexual, salud reproductiva y/o planificación familiar), el alcance de las acciones previstas y la regulación -o no- de la objeción de conciencia (Meng, 2006; Schufer, Martellini y Moscovich, 2006; Schuster y García Jurado, 2006).

Estas diferencias, junto con la ausencia de políticas en varias jurisdicciones, omisiones e intervenciones contradictorias, configuraban una realidad nacional atravesada por importantes brechas en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. En este marco, la sanción de la Ley 25.673 y su Decreto Reglamentario 1282/2003 establecieron un estándar mínimo para garantizarlos, promoviendo la igualdad de condiciones en todo el país. Con ello, no sólo sentaron una base homogénea para las estrategias provinciales puestas en marcha entre 1991 y 2001, sino que favorecieron la efectivización de estos derechos constitucionales en aquellas jurisdicciones que no contaban con políticas directamente orientadas a darles cumplimiento.

Esto último es subrayado por Schuster y García Jurado (2006), quienes señalan que la invitación a adherir a la normativa nacional, incorporada en su artículo 13, motivó a provincias como La Rioja (Ley 7.425 de 2002), Santa Cruz (Ley 2.656 de 2003) Corrientes (Ley 5.527 de 2003) y

Santiago del Estero (Ley 6.579 de 2005) a sancionar leyes de adhesión al Programa Nacional, a la vez que incitó la creación de programas provinciales en Córdoba (Leyes 9.073 de 2002 y 9.099 de 2003) -que contaba con antecedentes en el tema-, San Luis (5.344 de 2002)¹⁹, Buenos Aires (Ley 13.066 de 2003), Entre Ríos (Ley 9.501 de 2003) y Salta (Ley 7.311 de 2004). Por su parte, Schufer, Martellini y Moscovich (2006) resaltan que “la ley regula las actividades preexistentes (las que se desarrollaban de manera desarticulada en los ámbitos público y privado), invita a incorporar las temáticas en los consultorios, a abrir espacios específicos para la atención de las demandas de información” (pp. 50-51).

Habiendo repasado los factores que motivaron la creación del PNSSyPR, el recorrido de los proyectos de ley tratados por el Congreso Nacional, los sectores que obstruyeron y aquellos que promovieron las conquistas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, en el próximo apartado se analiza la legislación que le dio origen a esta política pública y que impulsó su puesta en marcha.

2.3. Avances, Limitaciones y Desafíos en el Campo de la Salud Sexual y Reproductiva: Análisis Crítico de la Ley 25.673

A continuación, se presentan y analizan los aspectos clave de la normativa que le da origen al Programa Nacional. Luego, se identifican los posicionamientos de los actores clave que impulsaron o se opusieron a su creación acerca del texto finalmente aprobado.

La creación del PNSSyPR en el ámbito del MSAL es establecida mediante el artículo 1 de la Ley 25.673. Seguidamente, el artículo 2 aborda uno de los aspectos centrales de toda política pública: la definición de los objetivos que persigue, contemplando los siguientes propósitos:

- a) 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.
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- c) Prevenir embarazos no deseados.
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes.

¹⁹ San Luis sancionó la Ley 5.344 de Salud Sexual y Reproductiva el 30 de octubre de 2002, es decir, el mismo día que se aprobó la Ley Nacional 25.673. Luego, a través del Decreto 127/2003, creó el Programa Provincial Integral de Salud Reproductiva de San Luis, cuyos objetivos son los establecidos en dicha ley. No obstante, el año siguiente se produjo un retroceso, al derogar la Ley 5.344 mediante la Ley 5.429 de 2004). Para más información, ver Cárdenas y Tandeter, 2008; y Schuster y García Jurado, 2006.

- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias.
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Schuster y García Jurado (2006) remarcan el carácter de avanzada de los objetivos planteados, en tanto buscan garantizar a todas las personas el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos (p. 24). Señalan también que la formulación del primer objetivo (a) inscribe a la norma dentro del marco conceptual de los derechos humanos, contrapuesto al enfoque asistencial, mientras que el último objetivo (g) le otorga perspectiva de género, al promover la autonomía física de las mujeres (p. 23).

En el mismo sentido, Schufer, Martellini y Moscovich (2006) advierten que el espíritu de la ley refleja las conclusiones de la CIPD de El Cairo (1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial Mujer en Beijing (1995), ambas de la ONU, en las que la salud sexual y reproductiva pasó del plano de las políticas de población a la noción de derechos individuales y sociales, bajo la impronta de los enfoques de género y derechos humanos (p. 51). De hecho, la definición salud reproductiva que se incluye en los considerandos de la reglamentación de la ley recupera la acordada a nivel internacional en la CIPD de El Cairo en 1994: “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (Decreto 1.282, 2003, Considerando 6).

Para alcanzar los objetivos propuestos, la Ley 25.673 y su Decreto Reglamentario 1282/2003 regulan diferentes dimensiones programáticas: capacitación y educación, difusión, modelo de atención de la salud y ampliación del Programa Médico Obligatorio (PMO), responsabilidades y financiamiento. Incluye, además, especificaciones en torno al derecho a la objeción de conciencia.

Ante la necesidad de fortalecer la formación en salud sexual y reproductiva de los equipos de salud y educación en particular, y de la población en general, prevé estrategias de capacitación orientadas a la mejora de la satisfacción de la demanda en el sistema sanitario y la promoción del abordaje de estos temas tanto en el ámbito educativo como en la comunidad.

Por un lado, el artículo 5 fija que el MSAL debe coordinar su accionar con los actuales Ministerios de Educación, de Desarrollo Social y de Ambiente y Desarrollo Sostenible, a fin de formar agentes de salud, educadores, trabajadores sociales y otros operadores comunitarios que contribuyan a mejorar el cuidado y la atención de la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, el artículo noveno ordena a los establecimientos educativos públicos de gestión privada -confesionales o no-, dar cumplimiento a la norma en el marco de sus convicciones. Como se verá luego, esta limitación en el alcance, alineada con las referencias al rol tradicional de la familia presentes en la reglamentación²⁰, fue criticada por los sectores promotores de la ley. En 2006, la creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150) revirtió la situación, al establecer el derecho a recibir educación sexual integral (ESI) en todos los establecimientos educativos públicos del país de gestión estatal y privada.

Acompañando este accionar, el artículo 8 de la Ley 25.673 dispone la difusión periódica del Programa Nacional que, de acuerdo con el decreto reglamentario, debe ser realizada al menos una vez al año por los Ministerios de Salud, Educación, Desarrollo Social, y Ciencia y Tecnología. Este punto es central, ya que la producción de campañas de comunicación masiva es un elemento fundamental para que la población de todo el país conozca sus derechos, exija su cumplimiento y demande la atención de su salud sexual y reproductiva de acuerdo con los estándares de calidad establecidos.

En cuanto al modelo de atención, en su artículo sexto, la norma propone una transformación del esquema vigente en ese entonces, con el objetivo de brindar respuestas eficaces en materia de salud sexual y procreación responsable. Para ello, busca reforzar la calidad y la cobertura de los servicios de salud mediante dos estrategias. La primera de ellas es garantizar controles de salud que permitan la detección temprana de ETS, VIH, SIDA, cáncer genital y mamario, junto con el tratamiento adecuado y la rehabilitación necesaria.

En cuanto a la segunda, consiste en el acceso informado y respetado de la población a MAC reversibles, no abortivos y transitorios, cuyo uso debe ser acompañado por controles médicos periódicos. La reglamentación del artículo 6 introduce una medida positiva en esta línea de

²⁰ En los considerandos del Decreto Reglamentario 1282/2003 se expresa: “Que la ley que por el presente se reglamenta no importa sustituir a los padres en el asesoramiento y en la educación sexual de sus hijos menores de edad sino todo lo contrario, el propósito es el de orientar y sugerir acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad, procurando respetar y crear un ambiente de confianza y empatía en las consultas médicas cuando ello fuera posible” (Considerando 9). Luego se agrega que la ley reconoce “... la importantísima misión paterna de orientar, sugerir y acompañar a sus hijos en el conocimiento de aspectos, enfermedades de transmisión sexual, como ser el SIDA y/o patologías genitales y mamarias, entre otros, para que, en un marco de responsabilidad y autonomía, valorando al menor como sujeto de derecho, mujeres y hombres estén en condiciones de elegir su Plan de Vida” (Considerando 11).

acción, a saber, que la oferta de anticonceptivos a los que puede acceder la población no sea estática, sino que pueda ser actualizada a partir de la incorporación de nuevas opciones que cuenten con la aprobación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). Dos avances fundamentales al respecto fueron la inclusión en el PMO del Anticonceptivo Hormonal de Emergencia (AHE) (Resolución 232/2007 del MSAL) y la regulación del derecho a acceder a métodos de anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía) para personas mayores de 16 años (Ley 26.130 de 2006), que no habían sido contemplados en el cuerpo normativo original por su carácter permanente y generalmente irreversible²¹.

Complementando esta última estrategia, en su artículo 7, la norma establece la incorporación al PMO de las prestaciones médicas y farmacológicas de salud sexual y reproductiva. Esta ampliación de la cobertura rige para los tres subsistemas de salud existentes en el país: público, privado y de la seguridad social.

En este punto es importante resaltar que tanto los objetivos planteados como el articulado de la legislación incluyen a las infancias y adolescencias como población beneficiaria del Programa Nacional, protegiendo la satisfacción del interés superior del niño, de acuerdo con lo establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849 de 1990)²². Esto implica el deber de garantizarles el más alto nivel de salud, incluyendo la prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. Por ende, tienen derecho a acceder a consultas en un clima de confianza y empatía (en compañía de una persona adulta de referencia cuando sean menores de 14 años); a recibir información clara, completa y oportuna, adecuada a su desarrollo; y a que se respete la confidencialidad y privacidad.

A su vez, la reglamentación del artículo 4 establece que se prescribirán preferentemente métodos anticonceptivos de barrera, en particular preservativos, siendo excepcional y según criterio profesional la indicación de otros métodos autorizados por la ANMAT. Sobre esto último, Schuster y García Jurado (2006), advierten que se trata de una restricción añadida en el Decreto 1282/2003 (no incluida en la ley), que debe ser interpretada en favor del interés del niño (p. 39). Por otra parte, este artículo indica que la ley se inscribe en el marco del ejercicio

²¹ El artículo 8 de la Ley 26.130 de 2006 modifica el artículo 6 de la Ley 25.673 de 2002, agregando en su inciso b) la aceptación de la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía como método de familiar y/o anticoncepción.

²² “En concordancia con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, se entiende por interés superior del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y, dentro de ella, de las políticas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva, en consonancia con la evaluación de sus facultades” (Decreto 1.282, 2003, Considerando 13).

de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad, mención que remite al rol de la familia en la educación sexual de las infancias y adolescencias y que representa un guiño a los sectores conservadores de la sociedad, preocupados por preservar sus valores y transmitir sus creencias.

En cuanto a la asignación de competencias, de acuerdo con la reglamentación del segundo artículo, los PPSSR que adhieran al Programa Nacional son los principales responsables de las acciones a realizar para el logro de los objetivos planteados en la ley. Por su parte, el MSAL tiene el deber de orientarlos y asesorarlos técnicamente en materia informativa, de entrega de MAC, monitoreo y evaluación. Además, para mejorar la satisfacción de la demanda, el decreto ordena la implementación de acciones que amplíen y mejoren la red asistencial. Por último, establece que las actividades deben ser realizadas desde un enfoque preventivo y de riesgo, teniendo en cuenta tanto lo individual como lo comunitario.

Asimismo, el artículo 11 de la normativa establece que es responsabilidad del MSAL, en su carácter de autoridad de aplicación, realizar la implementación, el seguimiento y la evaluación del PNSSyPR, y suscribir convenios con las 24 jurisdicciones subnacionales a fin de que cada una de ellas lleve adelante esta política pública en su territorio. Para impulsar este accionar, dispone la asignación de partidas presupuestarias del Tesoro Nacional destinadas a la transferencia de fondos conforme las alícuotas acordadas en el Consejo Federal de Salud (COFESA).

Un aspecto transversal a las dimensiones hasta aquí abordadas es la previsión y promoción de la articulación intersectorial y multiactoral que, junto a la transformación del modelo de atención de la salud, resulta clave para brindar una respuesta integral acorde a la multidimensionalidad de la problemática en cuestión, que exige contemplar tanto a las personas como a su medio social.

En cuanto a la fuente de financiamiento, el artículo 13 de la norma establece la imputación del gasto a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional. Este aspecto es fundamental para hacer efectiva la implementación de la ley, ya que prevé los recursos necesarios para materializar la creación, el desarrollo y la continuidad en el tiempo de dicha política pública.

Por último, es importante mencionar que la normativa regula, en su décimo artículo, el derecho a la objeción de conciencia para las instituciones privadas confesionales que brinden servicios

de salud, las cuales pueden solicitar quedar exceptuadas de la participación en el Programa Nacional. En tal caso, quienes se declaren objetores de conciencia, deben serlo en todos los ámbitos en los que desarrollen su actividad profesional, sean públicos o privados. No obstante, siguen obligados a garantizar la atención de la población y la implementación de esta política pública, por lo que tienen que realizar derivaciones a otros establecimientos que brinden servicios de salud sexual y reproductiva.

En este punto resulta interesante retomar el análisis de los debates legislativos de los diferentes proyectos de salud sexual y reproductiva realizado por Cesilini y Gherardi (2002). En este estudio, las investigadoras hallaron que la búsqueda del consenso necesario para la sanción de la ley condujo a la complejización de la discusión parlamentaria. Dicha transformación se plasmó en la incorporación de elementos propios de áreas del derecho en principio desvinculadas del campo de la salud sexual y reproductiva, tales como las referencias a las leyes que regulan la objeción de conciencia y la patria potestad, que aparecieron en los debates del 2001 y 2002, pero estuvieron ausentes en 1995 (pp. 36-37, 40). Al respecto, advierten que, si bien la inclusión de ambas cuestiones y de la eximición de la obligación de brindar educación sexual y reproductiva en escuelas privadas -muchas de las cuales son subsidiadas por el Estado- posibilitaron la aprobación de la Ley 25.673, al mismo tiempo configuraron limitaciones a su alcance y aplicación. Es por ello que dichas concesiones fueron objeto de críticas por parte de los sectores que promovieron la ley, en particular, de organizaciones de mujeres y feministas, referentes de la academia, profesionales de la salud y especialistas en la materia.

La médica ginecóloga y obstetra Diana Galimberti, entonces Presidenta de la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva, expresó una opinión matizada sobre el proyecto aprobado: “Es un empuje muy importante y una señal muy clara de decisión política en el camino a la procreación responsable, aunque es imperfecta y no puede considerarse como una de las leyes más avanzadas en este tema” (Página/12, 2002). De todos modos, interpretó la sanción de la ley como un buen signo, enfatizando los aspectos positivos de un logro que anteriormente no se había podido alcanzar y resaltando su importancia como marco legal para las políticas provinciales.

Por su parte, la escritora y periodista especializada en temas de género Mariana Carbajal (2002) manifestó que, si bien la norma representa un avance al ser la primera vez que el presupuesto nacional debe contemplar una partida destinada a un programa de salud sexual y reproductiva, la Iglesia Católica consiguió limitar su alcance a través de las salvedades presentes en los artículos 9 y 10.

Schuster y García Jurado (2006) señalan que estos elementos restrictivos se ubican dentro de marcos ideológicos contrapuestos al enfoque de género y derechos humanos que inspira la Ley 25.673 y que, amparándose en el respeto de la libertad religiosa y los valores familiares, obstruyen su alcance perjudicando especialmente a los sectores más vulnerables de la sociedad. Por tanto, en consonancia con Cesilini y Gherardi (2002), concluyen que su inclusión evidencia la necesidad de lograr un consenso entre diferentes actores sociales cuyos saberes, valores, prejuicios y creencias atraviesan el cuerpo normativo, dando lugar a ambivalencias, confusiones o interpretaciones diversas sobre los alcances y el contenido de la ley (pp. 43-44).

El testimonio de la entonces senadora salteña Sonia Escudero (PJ) ilustra esta cuestión: “Yo sé que las organizaciones feministas no están conformes, que consideran que éste es apenas un pequeño escalón. Pero los sectores conservadores también se oponen. Por eso digo que ésta es la ley posible” (Carbajal, 2002).

La carta del obispo de Corrientes mencionada en el debate parlamentario, en la que transmitió sus recomendaciones para que el proyecto fuera “aceptable”, expresa muy bien este rechazo:

...permítannos aclarar que lo que precede no significa que éste sería un proyecto de ley 'de acuerdo con la Iglesia', sino que dicho proyecto permitiría causar el menor daño posible, en caso que los diputados verifiquen que no es factible rechazar el proyecto. Oremos por nuestros representantes a fin de que actúen con responsabilidad ante Dios y ante los hombres, poniendo su mano sobre la Biblia y sobre su corazón. (como se citó en Cesilini y Gherardi, 2002, p. 40)

En suma, el antecedente de los proyectos legislativos que no lograron prosperar da cuenta de la necesidad de establecer acuerdos con los grupos opositores, lo que a su vez explica la presencia de las limitaciones identificadas en la norma sancionada. Fueron principalmente las presiones de la Iglesia Católica las que llevaron a la Cámara de Diputados a introducir cambios conservadores en el documento original, dando como resultado una normativa que refleja la tensión entre avanzar hacia una sociedad más igualitaria en derechos sexuales y reproductivos y la resistencia de los grupos religiosos y tradicionales. No obstante, estas concesiones fueron necesarias para que se consiguiera aprobar la ley con una amplia mayoría de los votos.

Años más tarde, un estudio de opinión pública realizado por el Área de Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) (2006) evidenció el acuerdo generalizado sobre la relevancia de la creación del PNSSyPR. A partir del análisis de encuestas de opinión a la ciudadanía, del abordaje del tema en medios de comunicación y de manifestaciones del movimiento de mujeres, la investigación concluyó que por entonces existía un contundente consenso social acerca de la importancia del respeto de los derechos sexuales y

reproductivos y de la necesidad de implementar políticas que aseguraran la igualdad de oportunidades en el acceso a la información y servicios de salud reproductiva (p. 1).

Las opiniones favorables sobre la Ley 25.673 predominaban también entre los profesionales de la salud, de acuerdo con un estudio realizado por Cappuccio, Nirenberg y Pailles (2006) desde mayo de 2004 hasta mayo de 2005, en el que relevaron sus actitudes hacia la legislación y los programas de salud sexual y procreación responsable nacional y provinciales, entre otras cuestiones vinculadas a la temática. Además, esta indagación encontró que disminuir la morbilidad materno infantil y prevenir los embarazos no deseados eran los dos objetivos considerados más deseables, concretos y viables, mientras que la provisión de MAC a adolescentes sin la presencia de una persona adulta referente era el aspecto que generaba mayores controversias. Otro hallazgo relevante fue que la mayoría de las recomendaciones propuestas por los profesionales de la salud para mejorar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos referían a acciones contempladas en la normativa (campañas de difusión, capacitaciones, educación sexual, gratuidad de las prestaciones). Esto supone, por un lado, el apoyo a las estrategias promovidas por el Programa Nacional y, por el otro, que su implementación era aún demasiado incipiente como para poder observar resultados notorios.

En esa línea, actualmente, la médica y Presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) M. Bianco destaca como un logro el reconocimiento y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos que significaron la sanción y aplicación de la Ley 25.673:

Hemos conseguido, y eso creo que también es muy importante, que ahora haya un reconocimiento de un derecho, que es el derecho a poder decidir si tener o no hijos, cuándo, con quién. Entonces ya no es que las mujeres y las parejas están sometidas a tener que tener hijos cada vez que tengan relaciones sexuales no protegidas, sino que, al contrario, pueden graduar, pueden ubicar y planificar la familia. Y esto no es menor meramente por los aspectos económicos, sino fundamentalmente por los aspectos humanos y sociales. Armar una familia, estructurar una familia, planificarla, quiere decir que implica que ambos. Los miembros de esa pareja se ponen de acuerdo en cómo van a ir haciendo crecer la familia de modo de que sea armónica, que les permita a ellos y a los nuevos integrantes integrarse lo mejor posible y poder convivir lo mejor posible, cosa que antes no se podía hacer porque de estos temas no se podía hablar. (comunicación personal, 15 de enero de 2024)

En resumen, los compromisos internacionales en materia de derechos humanos incorporados a la Constitución Nacional en 1994, el contexto político y social, las demandas de los movimientos de mujeres y feministas respaldadas por organismos internacionales, y la problemática sanitaria convergieron para lograr la sanción de la Ley 25.673. Si bien las resistencias ejercidas principalmente por la Iglesia Católica y los sectores conservadores

obstruyeron durante años su aprobación y se plasmaron en las limitaciones que presenta la norma, la creación del PNSSyPR significó un avance sustantivo en términos de garantía de derechos y fue una importante conquista de las organizaciones de mujeres y feministas que la impulsaron. Asimismo, el clima social favorable y el apoyo del conjunto de actores que promovieron activamente la ley serían fundamentales para el desarrollo, la consolidación y la institucionalización del naciente programa, en un contexto en el que los grupos opositores seguirían presionando para obstruir su implementación y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

3. Más y Mejores Derechos: 20 Años Garantizando el Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva de Calidad

En este capítulo se describe y analiza el camino transitado por el PNSSyPR desde su puesta en marcha en el 2003 hasta la actualidad, con foco en los principales hitos, transformaciones y continuidades que tuvieron lugar con relación a las dimensiones institucional y programática.

Como se anticipó en el apartado 1.3., el relato sobre su desarrollo durante estas dos décadas (2003-2023) se estructura en base a la periodización en cuatro etapas que abarcan los años 2003 a 2016, realizada por especialistas en el campo de la salud sexual y reproductiva (Cattaneo y Suárez, 2017; Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; PNSSyPR, 2011), a la cual la presente investigación aportó la identificación de una quinta fase. De este modo, las cinco etapas de la historia del Programa Nacional que serán estudiadas en profundidad en el apartado 3.2. son: Inicial (2003-2006), Institucionalización (2006-2010), Consolidación (2010-2014), Integración y Diversificación (2015-2019), y Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023).

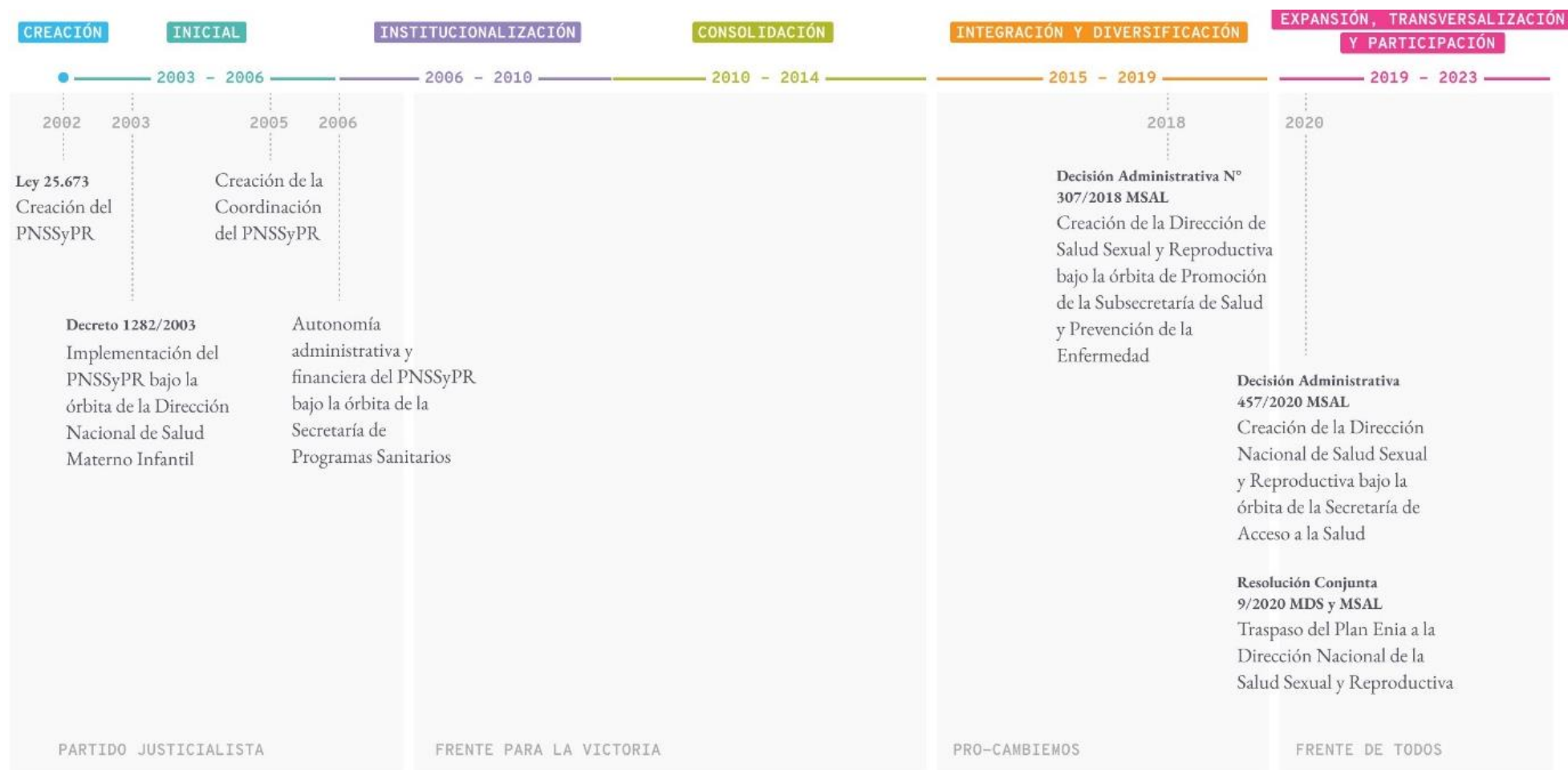
3.1. Devenir Institucional del PNSSyPR

Recuperando lo señalado en el capítulo 2, el Programa Nacional comenzó a implementarse durante la presidencia de Néstor Kirchner (PJ), a partir de la emisión del Decreto 1.282 del 26 de mayo de 2003, que en su artículo primero designa al MSAL como autoridad de aplicación de la Ley 25.673 y de dicha reglamentación. Dos meses antes, se llevó a cabo un encuentro con los Programas Materno Infantiles de las 24 jurisdicciones del país, a fin de presentar esta política pública, acordar las estrategias para su puesta en marcha y empezar a diseñar conjuntamente un sistema de monitoreo y evaluación de la misma (JGM, 2003, pp. 82-83).

Como muestra la Ilustración 1, a lo largo de estos 20 años, el nivel de jerarquía institucional del PNSSyPR se fue transformando, siguiendo una línea siempre ascendente. Además, experimentó variaciones en términos de su anclaje dentro de la cartera sanitaria y, como se verá en el próximo apartado, fue diversificando las áreas internas que lo conformaban (ver Ilustración 2) a la vez que avanzaba el fortalecimiento del entramado normativo que la sustenta²³ (Dávila León, 2000). Esta combinación de factores da cuenta de la creciente relevancia que fue adquiriendo la cuestión de la salud sexual y reproductiva de la población más allá de los cambios de gobierno atravesados durante el período analizado.

²³ Para mayor detalle sobre el marco normativo que le da sustento al PNSSyPR, ver la Tabla 5 del Apéndice.

Ilustración 1. Evolución de la jerarquía institucional del PNSSyPR. Período 2002 - Octubre de 2023



Nota: Entre el 25 de mayo de 2003 y el 10 de diciembre de 2007 el Presidente de la Nación fue Néstor Kirchner (PJ); desde esa fecha hasta el 10 de diciembre de 2015 gobernó Cristina Fernández de Kirchner (Frente para la Victoria), ejerciendo dos mandatos consecutivos; a partir de entonces y hasta el 10 de diciembre de 2019 Mauricio Macri (PRO-Cambiemos) desempeñó el cargo de Presidente de la Nación; y luego se inició el gobierno de Alberto Fernández (Frente de Todos), que finalizó el 10 de diciembre de 2023, al entrar en funciones el Presidente electo Javier Milei (La Libertad Avanza).

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento normativo y documental.

En sus inicios, el PNSSyPR dependía de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción de la Secretaría de Programas Sanitarios y era ejecutado por el personal que se desempeñaba en dicho sector, careciendo de autonomía administrativa y financiera propia. Como se verá en la sección 3.2.1. Etapa Inicial (2003-2006), esta pertenencia institucional impregnaba el enfoque que subyacía a las acciones desarrolladas, en el que predominaban la visión maternalista de las mujeres y el foco en su rol reproductivo, bajo el binomio madre-hijo (PNSSyPR, 2011, p. 34).

El primer cambio ocurrió en el 2005, año en que se creó una Coordinación dentro de dicha área cuya responsabilidad primaria era la implementación de esta política pública. Este hecho empezó a delinear el camino hacia uno de los hitos más importantes en su devenir institucional: en el 2006, pasó a depender en forma directa de la Secretaría de Programas Sanitarios, dando comienzo a la conformación de una estructura administrativa y financiera autónoma de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (PNSSyPR, 2011, p. 34).

Al respecto, Valeria Isla, por entonces Coordinadora del PNSSyPR, declaró que este nuevo anclaje institucional facilitó la relación directa con quien fuera el Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, Ginés González García, lo que contribuyó a la agilidad en la toma de decisiones prioritarias (Redacción Perfil, 2016). Asimismo, la autonomización del Programa Nacional marcó el fin de la Etapa Inicial (2003-2006) y la apertura de la Etapa de Institucionalización (2006-2010), signada por la adopción de los enfoques de género y derechos humanos, el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos, el fortalecimiento del abordaje de la salud sexual y la construcción de un nuevo modelo de gestión (PNSSyPR, 2011, p. 34). Sobre esta cuestión se ahondará en la sección 3.2.2. Etapa de Institucionalización (2006-2010).

Luego, durante el gobierno de la coalición PRO-Cambiamos y la gestión del entonces Ministro de Salud Adolfo Rubinstein²⁴, mediante la Decisión Administrativa 307/2018 de la JGM de fecha 14 de marzo de 2018, la Coordinación del PNSSyPR adquirió el rango de Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR) dependiente de la Subsecretaría de Promoción de la Salud

²⁴ Adolfo Rubinstein asumió el cargo de Ministro de Salud de la Nación en reemplazo de Jorge Lemus, primer titular del organismo nombrado por el gobierno de Mauricio Macri (PRO-Cambiamos). Se desempeñó como máxima autoridad ministerial desde el 21 de noviembre de 2017 hasta septiembre de 2018, cuando se llevó a cabo una reestructuración general del Poder Ejecutivo de la Nación (Decreto de Necesidad y Urgencia 801/2018) y la cartera fue reubicada como Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Desde entonces, continuó como titular de dicha Secretaría hasta su renuncia, poco antes de finalizar el gobierno de Macri. Su salida fue producto de la derogación, a través del Decreto 785/2019, del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, a dos días de la publicación del acto de aprobación (Resolución 3158/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación) (Dapelo, 2019).

y Prevención de la Enfermedad de la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del MSAL. Esta jerarquización institucional tuvo lugar en la Etapa de Integración y Diversificación (2015-2019), durante la Co-Coordinación del área por parte de Silvia Oizerovich y Gabriela Perrotta, en el contexto de implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género²⁵ iniciada en 2015 y de tratamiento legislativo del primer proyecto sobre Interrupción Voluntaria de Embarazo que, en 2018, obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados. El hecho significó un reconocimiento al crecimiento experimentado por el PNSSyPR desde su creación a partir de la ampliación de las temáticas abordadas, la priorización de nuevas líneas de acción y la búsqueda de superar las barreras identificadas.

Dos años más tarde, en marco del cambio de gobierno al asumir el Poder Ejecutivo Nacional el Frente de Todos, González García fue nuevamente nombrado Ministro de Salud²⁶ e Isla fue designada a cargo del área que anteriormente había coordinado. En ese escenario, la Dirección -simple- fue elevada a Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) en el ámbito de la Secretaría de Acceso a la Salud de dicho organismo, mediante la Decisión Administrativa 457/2020 de la JGM del 5 de abril de 2020. Este nuevo ascenso en estructura institucional puso de manifiesto la prioridad que representaba la agenda de salud y derechos sexuales y reproductivos para la gestión de la cartera que estaba comenzando.

Atravesando la pandemia por el COVID-19, se inició entonces una nueva fase en la historia del PNSSyPR que, como se verá en la sección 3.2.5. Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023), se caracterizó por la renovación y complejización del modelo de gestión, el fortalecimiento de ejes de trabajo previos y el desarrollo de nuevas líneas estratégicas a partir de la incorporación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en

²⁵ La Ley 26.743 de 2012, reglamentada mediante los Decretos 1007/2012 y 903/2015, establece que todas las personas tienen derecho al reconocimiento de su identidad de género, a desarrollarse libremente conforme dicha identidad autopercebida y a ser tratadas e identificadas en los instrumentos que registran y acreditan identidad de acuerdo con la misma (artículo 1). En este sentido, entiende por identidad de género “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (artículo 2). En línea con lo anterior, el artículo 11 de esta ley, reglamentado por el Decreto 903 del 29 de mayo de 2015, establece que las personas mayores de 18 años podrán acceder a intervenciones quirúrgicas (totales y parciales) y/o a tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercebida; siendo únicamente necesario que brinden su consentimiento informado. En el caso de menores de 18 años, se establecen requisitos particulares para el acceso. Dichas prestaciones son incorporadas al PMO y deben ser garantizadas en forma permanente por todos los efectores del sistema de salud.

²⁶ En febrero de 2021, en el contexto de la pandemia por el COVID-19, Ginés González García debió renunciar al cargo debido al escándalo público generado por el “Vacunatorio VIP” en el organismo y fue sucedido por Carla Vizzotti, quien se desempeñó como Ministra de Salud de la Nación hasta la finalización del mandato presidencial de Alberto Fernández (Frente de Todos).

la Adolescencia (Plan Enia) a la DNSSR (Resolución Conjunta 9/2020 del Ministerio de Desarrollo Social [MDS] y el MSAL), la aprobación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Post Aborto el 30 de diciembre de 2020 y la priorización de las problemáticas de género e inclusión impulsada por el gobierno y materializada en la creación del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (Decreto 7/2019).

En este punto, cabe destacar el papel central desempeñado por Ginés González García en la jerarquización de la política pública analizada, al encontrarse a cargo de la cartera sanitaria cuando se produjeron cinco de los seis hitos mencionados: la creación del PNSSyPR, su puesta en marcha, la conformación de la Coordinación, el pasaje a la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios²⁷ y el ascenso de Dirección a Dirección Nacional, como así también el traspaso de la rectoría del Plan Enia a dicho sector. Desde los comienzos, el ex Ministro ha apoyado las demandas en torno a los derechos sexuales y reproductivos, impulsando la instauración de una política pública que garantizara el cumplimiento de los mismos y el acceso universal e igualitario de la población a la salud sexual y reproductiva (Galinsky, 2019; Santoro, 2019; Winokur, 2022). La Responsable del Grupo de Trabajo de Acceso a la Interrupción del Embarazo de la DNSSR hace referencia a esta cuestión al resaltar el rol del ex Ministro para que la evolución del Programa Nacional fuera posible:

Uno de los logros alcanzados es el desarrollo que tuvo a lo largo del tiempo, generando nuevas estrategias y líneas de acción en respuesta a los desafíos que se fueron presentando. Además, al observar el recorrido, dónde empezamos y dónde estamos, es claro que tuvimos un líder comprensivo de cada tiempo. Ginés fue el que inició la puesta en agenda en su primer ciclo y, cuando llegamos a 2019, su primera resolución fue la firma del Protocolo [para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo] (Resolución 1/2019). Es importante valorar el rol de Ginés, su compromiso con la agenda feminista, que se materializó en avances concretos del Programa en particular, y de los derechos sexuales y reproductivos en general. (A. Messina, comunicación personal, 15 de enero de 2024)

Asimismo, fue fundamental la iniciativa de Valeria Isla, activa promotora de la garantía de derechos en este campo desde el ámbito de la gestión pública y de la militancia feminista (Sandá, 2020), quien contó con el aval político de la máxima autoridad ministerial para avanzar en la jerarquización del PNSSyPR (Redacción Perfil, 2016).

²⁷ Ginés González García fue nombrado Ministro de Salud de la Nación en enero del 2002 por el entonces Presidente Interino Eduardo Duhalde (PJ) y continuó en el cargo durante todo el mandato de Néstor Kirchner (PJ), es decir, hasta el 10 de diciembre de 2007. En esa fecha, Cristina Fernández de Kirchner (Frente para la Victoria) asumió la presidencia y Graciela Ocaña fue designada titular de la cartera sanitaria, sucediéndolo en el ejercicio de las funciones.

La importancia de esta dimensión se puso de manifiesto también en la consulta a informantes clave, ya que 10 de los 16 testimonios recogidos identificaron la institucionalización del Programa Nacional y su creciente nivel de jerarquía dentro de la estructura ministerial como uno de los principales logros alcanzados en sus 20 años de implementación. Dichas reflexiones expresaron la valoración positiva de haber comenzado siendo un programa sin estructura propia a una Dirección Nacional con autonomía administrativa y financiera, recursos humanos altamente calificados y un gran respaldo tanto de la sociedad civil y de organismos externos como de las diferentes gestiones públicas nacionales y ministeriales que ejercieron el poder entre 2003 y 2023, hecho que da cuenta del consenso multiactoral y pluripartidario alcanzado en torno a la relevancia del desarrollo de esta política pública.

Así, la ex Coordinadora del PNSSyPR²⁸, actual Jefa del servicio de Ginecología del Hospital Padilla de Tucumán y Miembra fundadora de Mujeres x Mujeres (MxM) identificó como un logro “Sostener, defender y trabajar con la Ley 25.673 desde su reglamentación sobre todo en las diferentes gestiones... y en la última lograr tener una DNSSR” (A. Álvarez, comunicación personal, 23 de enero de 2024).

En tanto, F. Varino Pérez, integrante del área de Aseguramiento de Insumos del Programa Nacional destacó:

El hecho de haber llegado a ser una Dirección Nacional, lo cual nos permitió contar con otro presupuesto, otras herramientas para fortalecernos, crecer y de nuevo poder ser mejores con quienes utilizan el sistema de salud público en lo relacionado con la salud sexual. (comunicación personal, 15 de enero de 2024)

En la misma línea, E. Amorín²⁹ y C. Leone³⁰ mencionaron que:

El Programa tuvo un desarrollo y crecimiento importante a lo largo de sus 20 años. El crecimiento institucional se vio acompañado y respaldado por las organizaciones sociales de diverso tipo (feministas, ONG, asociaciones científicas, de la discapacidad, de la diversidad sexual) y desde todo el país. (comunicación personal, 19 de enero de 2024)

Si bien excede el período analizado en la presente tesis, es importante señalar también que, a través de la Disposición 5/2023 de la DNSSR de la Secretaría de Acceso a la Salud del MSAL, el 6 de noviembre de 2023 se aprobó por primera vez la organización interna del sector, incluyendo tanto al Programa Nacional como al Plan Enia³¹. Este hecho se produjo unos días

²⁸ Adriana Álvarez se desempeñó como Coordinadora del PNSSyPR entre el 2013 y el 2015.

²⁹ E. Amorín es Coordinadora del área de Comunicación y Producción de Materiales del PNSSyPR.

³⁰ C. Leone es Responsable del GT sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad e integrante del área de Comunicación y Producción de Materiales del PNSSyPR.

³¹ En el Anexo I de la Disposición 5/2023 de la DNSSR de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, se establecen las áreas que integran dicha Dirección Nacional y sus respectivas actividades:

antes del *ballotage* de las elecciones que, el 19 de noviembre de 2023, tuvieron por ganador al actual Presidente, Javier Milei, entonces candidato por La Libertad Avanza. En este escenario, la medida de formalización de la estructura interna de la DNSSR un mes antes de la asunción de una nueva gestión puede interpretarse como un intento de garantizar cierta estabilidad y continuidad tanto de las políticas públicas implementadas por el sector como de los equipos que las llevan adelante día a día, ante un futuro entendido como adverso.

Las señales sobre este pronóstico negativo se encuentran en los posicionamientos de Milei durante la campaña y primeros meses de gestión en referencia a la ESI, al acceso a MAC y a la interrupción del embarazo, todos ellos contrarios a los avances realizados por los gobiernos anteriores desde el inicio de la implementación del PNSSyPR y del Plan Enia hasta la actualidad. Sus pronunciamientos sobre la igualdad de género como una “pelea ridícula y antinatural” entre hombres y mujeres, acompañados de la negación de las desigualdades de género; sus dichos en contra de la existencia del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (que efectivamente disolvió) y de los organismos enfocados en la atención de las problemáticas de género; sus declaraciones en oposición a los “mecanismos de control poblacional” -aludiendo al acceso público y gratuito a MAC-, a la “agenda sangrienta del aborto” que viola el derecho a la vida y a la intromisión del Estado en la educación sexual de las infancias y adolescencias; junto con la utilización de vocablo “sexo” en lugar de “género” y “madre” en reemplazo de “persona gestante” (Amnistía Internacional, 2024), significan un claro retroceso en términos de derechos humanos en general, y de las mujeres, diversidades, sexuales y reproductivos en particular.

Asimismo, como se verá en el apartado 3.2.5., llevan a pensar que posiblemente se esté transitando el inicio de una nueva etapa, en la que por primera vez tenga lugar un proceso de regresión para el PNSSyPR. La preocupación aumenta al considerar que las medidas incluidas en el Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023 emitido por el Ejecutivo Nacional ponen en riesgo la producción de MAC y de medicamentos necesarios para la práctica de interrupciones del embarazo (Misoprostol y Mifepristona), a la vez que podrían llevar al encarecimiento de los

Aseguramiento de Insumos, Capacitación y Proyectos Especiales, Comunicación y Producción de Materiales, Asesoramiento Legal, Gestión de la Línea Salud Sexual 0800-222-3444, Monitoreo, Relaciones Institucionales y Cooperación, Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Personas con Discapacidad, Técnica (enfocada principalmente en las acciones relativas al cumplimiento de la Ley 27.610), Provincias (centrada en el vínculo con las 24 jurisdicciones y la implementación del Plan Enia) y Gestión Integral (cuya función principal es coordinar la ejecución del Plan Enia y del PNSSyPR). Con ello, se formaliza la existencia de las áreas internas, se jerarquiza el trabajo realizado por los equipos en los ejes temáticos específicamente vinculados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las PCD y el acceso a la IVE e ILE, y se fortalece la integración organizacional de quienes desempeñaban funciones relativas a la articulación interjurisdiccional, implementación del Plan Enia y coordinación general de la DNSSR.

mismos, y hacen peligrar también los derechos adquiridos en el marco de la Ley 27.610 de 2020, al consagrar el derecho del niño “desde la concepción” y del “hijo por nacer” (Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito Regional Salta, 2023).

No obstante, en el camino transitado hasta la actualidad es posible observar la creciente jerarquización institucional del PNSSyPR. Esta política pública comenzó a dar sus primeros pasos en el 2003, bajo la órbita de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, pasó a ser implementada por una Coordinación propia en el año 2005, adquirió autonomía administrativa y financiera en el 2006, dicha área fue elevada a Dirección de Salud Sexual y Reproductiva en el 2018 y, finalmente, alcanzó el rango de Dirección Nacional en el 2020. Como se verá a continuación, este devenir fue acompañado por el fortalecimiento y la consolidación del PNSSyPR, de la articulación con los PPSSR y de las líneas de acción impulsadas, como así también por la profundización y ampliación de las temáticas abordadas.

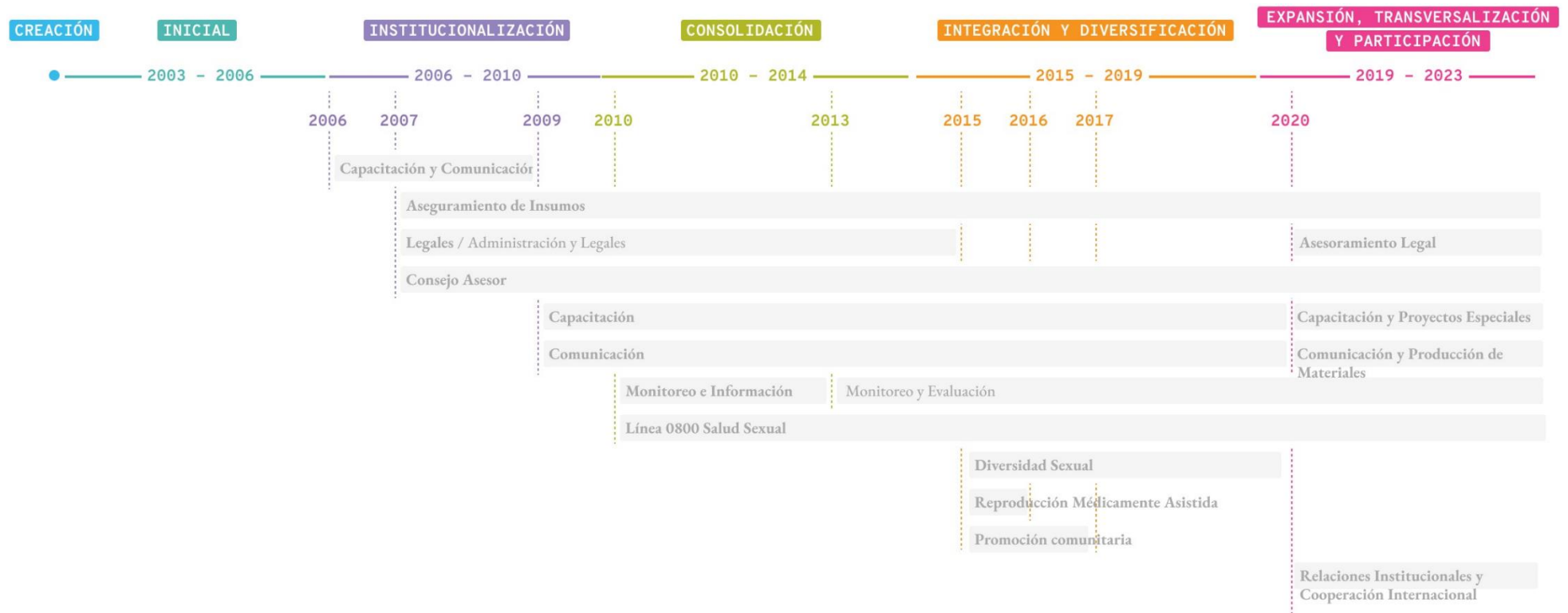
3.2. Del Enfoque Maternalista a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

En el presente apartado se describen y analizan los principales hechos que tuvieron lugar en cada una de las cinco etapas del Programa Nacional durante el período estudiado, considerando los objetivos priorizados y las líneas estratégicas desarrolladas según los enfoques adoptados a lo largo del tiempo, junto con las formas de organización de la gestión y áreas de trabajo que se fueron conformando para llevarlas a cabo.

En esta línea, es importante tener en cuenta la creciente coordinación y articulación de las acciones desarrolladas por las áreas en las que se organiza la implementación del PNSSyPR. Esta forma de trabajo se estructuró fundamentalmente en torno al objetivo de garantizar el acceso gratuito e igualitario de la población a MAC y otros insumos de salud sexual y reproductiva en todo el territorio nacional, que ha sido uno de los propósitos centrales de esta política pública desde sus orígenes hasta la actualidad y el principal eje transversal de los distintos modelos de gestión establecidos a lo largo de estos 20 años (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; PNSSyPR, 2011). Por tanto, el trabajo de las diferentes áreas generalmente fue acompañando, desde un enfoque integral, las iniciativas llevadas adelante por el equipo de Aseguramiento de Insumos, a fin de contribuir al logro de los objetivos propuestos.

En la siguiente ilustración se representa el momento en que se crearon las diferentes áreas internas, a fin de orientar la lectura de las próximas secciones.

Ilustración 2. Evolución de la organización del PNSSyPR en base a la creación de áreas internas. Período 2003 - Octubre 2023



Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental.

3.2.1. Etapa Inicial (2003-2006)

Como se mencionó anteriormente, el PNSSyPR comenzó a ser implementado en el año 2003 por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción de la Secretaría de Programas Sanitarios del MSAL. En ese entonces, no disponía de una partida presupuestaria específica para su ejecución y era llevado adelante por los recursos humanos que integraban dicho sector, es decir, no contaba con personal propio.

Este anclaje institucional condujo al predominio del enfoque reproductivo y maternalista propio del paradigma tradicional de la planificación familiar. En este marco, la gestión tuvo por objetivo mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, haciendo foco en cuatro ejes: acceso gratuito y universal, igualdad de oportunidades, atención de calidad, y redistribución de recursos materiales y simbólicos (PNSSyPR, 2011, p. 35). No obstante, el enfoque adoptado llevó a poner particular énfasis sobre la mejora de provisión de servicios relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, relegando a un lugar secundario la atención de la salud sexual.

En relación al propósito establecido es importante señalar también que, para lograr la mejora del acceso, es necesario abordar diferentes cuestiones en simultáneo, tales como la oferta adecuada de servicios públicos, la calidad de la atención y el financiamiento suficiente para asegurar el buen funcionamiento de los establecimientos de salud, la disponibilidad de información y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población y de los actores involucrados en garantizarlos (PNSSyPR, 2011, p. 45).

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta primera etapa se impulsaron cuatro líneas estratégicas:

1. Articulación entre el PNSSyPR y las jurisdicciones subnacionales
2. Implementación del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos
3. Disponibilidad de recursos humanos altamente calificados
4. Desarrollo de estrategias de comunicación y difusión de los derechos sexuales y reproductivos

Acerca de la primera línea de estratégica, se destaca el desarrollo de dos acciones fundamentales para garantizar la viabilidad política y técnica del Programa Nacional en todo el país. Por un lado, la promoción de la generación de acuerdos con los Ministerios de Salud provinciales, logrando que hacia el 2005 las 24 jurisdicciones contaran con un programa de salud sexual y reproductiva; por el otro, la asistencia técnica brindada a los equipos locales afectados a su implementación para fortalecer sus capacidades de gestión (JGM, 2005b, pp. 262, 264).

La distribución de insumos anticonceptivos, por su parte, empezó a implementarse durante el año 2003 a fin de garantizar el acceso gratuito de la población a MAC, especialmente en el contexto de crisis económica que impedía a amplios sectores su adquisición en el mercado. Para definir las cantidades asignadas a cada una de las provincias, se utilizó como parámetro el cálculo de mujeres en edad reproductiva sin cobertura de salud (JGM, 2004a, p. 31) y se tuvieron en cuenta las necesidades informadas por cada provincia (PNSSyPR, 2011, p. 52). En cuanto a la logística, cada una de las 24 jurisdicciones designó un depósito responsable de recibir los insumos y enviarlos a los efectores de salud bajo programa, de acuerdo con lo planificado por los Programas Provinciales de Maternidad e Infancia, quienes progresivamente fueron ampliando la cantidad de establecimientos destinatarios en función de la disponibilidad de recursos humanos capacitados y adecuados.

De este modo, en su primer año de funcionamiento, el PNSSyPR distribuyó Métodos Anticonceptivos Combinados Orales (ACO), Anticonceptivos Inyectables Mensuales (ACI Mensual) y Dispositivos Intrauterinos T (DIU T), los cuales provinieron de dos fuentes: una parte fue donada por el UNFPA y otra fue adquirida por el MSAL con fondos externos del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), conforme lo acordado con el Banco Mundial (JGM, 2003, p. 83). La oferta de insumos se amplió en el 2004 a partir de la inclusión de la entrega de Preservativos Peneanos, Anticonceptivos Hormonales para la Lactancia (ACOLAC) y Kits para la Colocación de DIU.

En relación a la tercera línea estratégica, para contar con recursos humanos altamente calificados, las acciones de capacitación dirigidas a operadores sanitarios y profesionales de la salud se enfocaron, primero, en las herramientas para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en general, y de la consejería³² en particular. Luego, se incluyeron temáticas como la oferta de MAC existente, la colocación de DIU, los marcos normativos vigentes y las responsabilidades de los equipos de salud (PNSSyPR, 2011, p. 63).

Acompañando este accionar, se produjeron diversos materiales didácticos para el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud, como la “Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos”, el “Manual de Apoyo para el Trabajo de Agentes de Salud” y afiches sobre

³² La consejería es un modelo de atención centrado en las personas que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía en la toma de decisiones tanto acerca del ejercicio de la sexualidad y el cuidado del cuerpo, como de la salud reproductiva. Es un espacio de intimidad donde pueden realizar consultas, compartir sus necesidades y recibir información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, prevención de ITS, prácticas de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena, acceso a tratamientos de hormonización, entre otros temas (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR], s.f.-b; PNSSyPR, 2011).

criterios de elegibilidad y procedimientos en la provisión de MAC, colocación de DIU y uso de anticonceptivos inyectables. En este marco, un evento clave fue la elaboración, en el 2005, de la primera “Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto”.

Seguidamente, se llevaron a cabo actividades de formación sobre salud sexual y procreación responsable destinadas a organizaciones comunitarias relacionadas con el abordaje de la temática y, junto a la Dirección Nacional de Juventud, se organizaron talleres para adolescentes, realizados en diversos puntos del país durante el 2005 (JGM, 2005b, p. 263).

Asimismo, en el marco de la cuarta línea de acción, a partir del 2003 se pusieron en marcha estrategias de comunicación de los derechos sexuales y reproductivos orientadas a diferentes actores vinculados directa e indirectamente a la ejecución del PNSSyPR, con el objetivo de promover la demanda de la atención. Así, se impulsaron campañas de difusión institucional dirigidas a decisores políticos, ONGs, medios de comunicación y personal de salud.

Luego de estas acciones iniciales, en el año 2004, se lanzó la comunicación específicamente destinada a la población mediante la distribución de folletos institucionales del PNSSyPR e informativos sobre MAC, que buscaban fortalecer el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En el 2006, esta estrategia se fortaleció a través de la realización de la primera campaña de difusión masiva impulsada por el Programa Nacional, que constó de la transmisión de dos spots televisivos y la colocación de afiches tanto en la vía pública como en diferentes medios de transporte (subtes, colectivos y micros) (JGM, 2004b; PNSSyPR, 2011).

En este punto es importante mencionar que la comunicación desarrollada por el PNSSyPR durante los primeros años estuvo alineada con el paradigma de la planificación familiar y el enfoque maternalista característicos de esta etapa. En consecuencia, se centró en la visibilización de los derechos reproductivos y el abordaje del embarazo como decisión de pareja (PNSSyPR, 2011, p. 72).

Por otra parte, como se anticipó previamente, durante el evento de presentación del Programa Nacional empezó a diseñarse el sistema de monitoreo y evaluación en forma conjunta con los actores provinciales involucrados. Finalmente, se acordó efectuar el seguimiento de dos aspectos: por un lado, la gestión, distribución y entrega a la población de los insumos de salud reproductiva suministrados por el PNSSyPR, mediante el sistema utilizado por el MSAL en el marco de la Emergencia Sanitaria Materno Infantil; por el otro, la población bajo programa discriminada por sexo, edad y MAC dispensado, información que sería consolidada por los PPSSR a través de sistemas propios y reportada periódicamente al Programa Nacional (JGM,

2004a, p. 34). La ejecución de esta estrategia fue acompañada por el PPSSyPR brindando asistencia técnica a los equipos locales.

En suma, en el año 2003, comenzaron a implementarse las estrategias de coordinación y articulación con las contrapartes provinciales, distribución de MAC, formación de equipos de salud y difusión dirigida a tomadores de decisión, ONGs, medios de comunicación y personal sanitario, como así también el sistema de monitoreo y evaluación. En el año 2004, se incorporó la difusión directamente orientada a la población, que fue acompañada por las primeras capacitaciones a organizaciones comunitarias y adolescentes. Además, se amplió la canasta de insumos proveída a las jurisdicciones y se incluyeron nuevas temáticas en la formación de profesionales de la salud. Estas líneas estratégicas sentaron las bases sobre las cuales se erigió el modelo de organización de la gestión que empezó a desarrollarse a partir de la autonomización del Programa Nacional en el año 2006.

Es importante también señalar que, si bien como se analizó en el apartado 2.3., el artículo 9 de la Ley 25.673 contemplaba la promoción de la educación sexual en las escuelas, el PNSSyPR no logró superar las barreras que obstaculizaban su implementación, ligadas principalmente al poder ejercido por sectores religiosos y conservadores (PNSSyPR, 2011, p. 28). Esto motivó la sanción de la Ley 26.150 de 2006, que establece el derecho universal a recibir ESI en los establecimientos públicos y privados de todo el país, desde el nivel inicial hasta el secundario³³.

3.2.2. Etapa de Institucionalización (2006-2010)

Como se anticipó en el apartado 3.1., el punto de partida de esta segunda fase lo establece uno de los hitos principales de la jerarquización institucional del PNSSyPR, que tuvo lugar en el año 2006: el fin de la dependencia de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y la adquisición de autonomía administrativa y financiera bajo la órbita de la Secretaría de Políticas Sanitarias del MSAL. Este hecho clave en la historia de la implementación del Programa Nacional es el que motiva la denominación otorgada a esta etapa en el documento “Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011” (PNSSyPR, 2011) y posteriormente recuperada por otras investigaciones sobre el tema (Cattaneo y Suárez, 2017; Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015).

La autonomización del PNSSyPR permitió, entre otras cosas, la contratación de recursos humanos para la conformación de un equipo específicamente abocado a su desarrollo. En este marco, el funcionamiento de la Coordinación, creada en 2005, comenzó a estructurarse en áreas

³³ Para mayor detalle sobre la Ley 26.160 de 2006, ver la Tabla 5 Apéndice.

de trabajo, recuperando, valorizando, organizando y transformando acciones que veían ejecutándose desde los inicios del PNSSyPR:

- **Capacitación y Comunicación:** se creó en el año 2006 con el propósito de diseñar e implementar estrategias de formación y difusión desde los enfoques de género y derechos humanos (en contraste con el paradigma tradicional de planificación familiar) a fin de fortalecer a los PPSSR, promover la incorporación de dicha perspectiva en la atención de la salud sexual y reproductiva, mejorar el acceso y la calidad de los servicios, incentivar la demanda de atención por parte de la población y promover la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones tanto reproductivas como acerca del disfrute de la sexualidad (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015, p. 10). En el 2009, fue dividida en dos áreas diferenciadas, una de Capacitación y otra de Comunicación.
- **Aseguramiento de Insumos:** se conformó en el 2007 con el objetivo de planificar y tramitar la adquisición de MAC de corta y larga duración, anticonceptivos de emergencia, métodos de barrera y otros insumos de salud sexual y reproductiva, como así también gestionar su distribución a las 24 jurisdicciones para el acceso gratuito de la población en efectores públicos de salud de todo el país (DNSSR, 2022c, p. 21).
- **Legales:** se constituyó en el 2007 a fin de brindar asesoramiento jurídico en los casos de incumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los efectores de salud y, con ello, contribuir al ejercicio efectivo de los mismos³⁴.
- **Consejo Asesor del PNSSyPR:** se creó en el 2007 mediante la Resolución 1/2007 del MSAL, que lo sitúa bajo la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios. Se trata de un espacio permanente de trabajo e intercambio de información calificada en materia de salud sexual y reproductiva que busca contribuir al cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional. Inicialmente, estuvo integrado por la Unidad de Coordinación de dicha política pública, profesionales, asociaciones científicas y otras ONGs representativas del sector; luego, se incorporaron referentes de redes feministas e integrantes de agencias de la ONU. Cabe mencionar la participación de la sociedad civil en las políticas de salud sexual y reproductiva formó parte de las recomendaciones realizadas por el MERCOSUR en el Acuerdo N° 6 de 2007 de la RMS.

³⁴ Desde su creación hasta el año 2015, hubo momentos en los que el sector jurídico formó parte de un área más amplia que desarrollaba tareas de gestión, administración y legales. En el 2016, el equipo jurídico se disolvió y recién en el 2020 se volvió a conformar un área de Asesoramiento Legal.

Asimismo, la autonomización con respecto a la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil habilitó el pasaje desde la perspectiva reproductiva y maternalista al enfoque de género y derechos humanos, que amplía la visión de las mujeres en tanto sujeto de derechos jerarquizando el disfrute de la sexualidad (PNSSyPR, 2011, p. 34). La búsqueda de transversalizar dicho enfoque en las diferentes acciones impulsadas alineó al Programa Nacional con la visión promovida tanto por los organismos internacionales a partir de la CIPD de El Cairo en 1994 y la Conferencia de Beijing en 1995, como por el MERCOSUR a través del referido acuerdo, en que recomendó a los países miembros contar con políticas integrales en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos humanos.

La adopción de este nuevo enfoque se plasmó en la definición de los objetivos prioritarios, que consistieron en:

1. Fortalecer el sistema de distribución de insumos anticonceptivos estableciendo su provisión como eje central del modelo de gestión
2. Mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud sexual mediante la incorporación del enfoque de género y derechos humanos en la prestación de servicios

Con respecto a las acciones desarrolladas para el cumplimiento del primer objetivo, se destacan cuatro hechos fundamentales que tuvieron lugar durante esta etapa: por un lado, la conformación del área de Aseguramiento de Insumos y el diseño de la estrategia de distribución a través del Programa Remediar³⁵ (entonces llamado Programa Remediar+Redes); por el otro, la incorporación al PMO de la anticoncepción quirúrgica (Ley 26.130 de 2006) y del AHE (Resolución 232/2007 del MSAL) dentro de la oferta gratuita de MAC.

Acerca de la creación de dicha área, cabe resaltar que el equipo a cargo de la implementación del sistema de monitoreo y evaluación contribuyó a la organización del sistema de aseguramiento de insumos (SAI) mediante la elaboración de 18 documentos técnicos relativos a características poblacionales; cálculos y procedimientos para la compra de insumos; distribución, transporte y almacenamiento de insumos; control de gestión y auditoría de la operatoria; y sistema de información sobre aseguramiento de insumos (PNSSyPR, 2011, p. 97).

Además, aportó a la definición de la población objetivo del SAI para el sistema público de salud. En este punto, es importante distinguir entre la población destinataria del PNSSyPR que, de acuerdo con lo fijado por la Ley 25.673, son todas las personas sin discriminación alguna,

³⁵ El Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación distribuye botiquines de medicamentos esenciales en forma directa a centros de salud de todo el país.

de la población objetivo del SAI que, en 2007, fue establecida del siguiente modo: los MAC para mujeres se destinarían a aquellas en edad reproductiva (de 14 a 49 años) que contaran con cobertura de salud pública exclusiva, excluyendo a las embarazadas; mientras que la población objetivo de los Preservativos Peneanos estaría integrada por los varones y las mujeres de 14 a 64 años que tuvieran cobertura de salud pública exclusiva³⁶ (PNSSyPR, 2011, pp. 36-37). Las personas que contaran con obra social o prepaga fueron excluidas del cálculo, ya que dichas entidades tienen la obligación de proveerles en forma gratuita MAC desde su inclusión en el PMO en el año 2004.

Posteriormente, se estableció un acuerdo con el Programa Remediar para la incorporación de insumos de salud sexual y reproductiva en los botiquines de medicamentos distribuidos en todo el territorio nacional a través de su sistema logístico. La puesta en práctica de esta nueva estrategia representó un cambio trascendental para el PNSSyPR, ya que permitió complementar los envíos a los depósitos provinciales y de las regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires con el abastecimiento en forma directa de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) activos en el Programa Remediar³⁷, hecho que contribuyó al fortalecimiento de las capacidades de gestión y de las herramientas para planificar y garantizar el aseguramiento de insumos en todo el país.

Previo a su implementación a nivel nacional, a fines del 2008 se realizó una prueba piloto en Chaco, Misiones y la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires (JGM, 2008, p.12). Asimismo, de forma coordinada con el Programa Remediar, el PNSSyPR brindó asistencia técnica y acompañamiento a los equipos provinciales a la vez que elaboró y entregó el instructivo para la distribución de insumos de salud sexual y reproductiva “Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras”, dirigido a los PPSSR y servicios de salud (PNSSyPR, 2011, pp. 52-53).

³⁶ Para realizar la estimación de la población objetivo del SAI se utilizó la Tasa Anual Media de Crecimiento de las mujeres por provincia y grupos de edad en base a la población proyectada por el INDEC para el período 2001-2005. Las tasas obtenidas se aplicaron a la población femenina hasta el 2008. Una vez obtenida la estimación de mujeres de 15 a 49 años por provincia, se sustrajo el subgrupo de embarazadas y, posteriormente, el cubierto por obras sociales, mutuales o prepagas. Ambos ajustes se basaron en datos del Censo de Población 2001, por ser la fuente de información con mayor cobertura y extensión. Finalmente, se obtuvo el porcentaje de mujeres sin cobertura de 15 a 49 años al 2001 y se aplicó el total de mujeres de esa edad no embarazadas estimadas al 2008. Si bien el grupo de 10 a 14 años es considerado en edad fértil, no es significativo el porcentaje de jóvenes iniciadas sexualmente. Por otro lado, el corte de 15 a 49 permite establecer comparaciones con otros países, ya que es el más utilizado internacionalmente (PNSSyPR, 2011, p. 37).

³⁷ En 2010, San Luis y Río Negro optaron por no ingresar al Programa Remediar, decisión que mantienen hasta la actualidad. Por tanto, siguen recibiendo los insumos en sus respectivos depósitos provinciales y redistribuyéndolos desde allí a los efectores de salud que dispensan MAC.

Finalmente, en el 2010 se puso en marcha este sistema logístico, que continúa vigente en la actualidad. Desde entonces, la mayor parte de los MAC de corta duración proveídos por el PNSSyPR es entregada a los CAPS a través de los botiquines distribuidos por el Programa Remediar. En tanto, un porcentaje menor de estos insumos y la totalidad de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) son remitidos a los depósitos jurisdiccionales a fin de abastecer a los hospitales públicos y enviar refuerzos a los CAPS cuando fuera necesario, tarea que es gestionada por los PPSSR³⁸.

Por otra parte, mediante la Ley 26.130 de 2006, se estableció el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica y se reguló el derecho de todas las personas mayores de edad a acceder a la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía en forma gratuita en los tres subsistemas de salud (público, obras sociales y prepagas), prácticas que además fueron incluidas dentro de los MAC contemplados por la Ley 25.673. La aprobación de esta norma permitió poner fin a las barreras que afectaban principalmente a las mujeres, quienes muchas veces debían solicitar autorización del Poder Judicial para acceder a la anticoncepción quirúrgica (PNSSyPR, 2011, p. 27).

En tanto, bajo el impulso del PNSSyPR y siguiendo las recomendaciones de la OMS, recuperadas en el Acuerdo N° 6 de 2007 de la RMS del MERCOSUR, el AHE fue incorporado al PMO a través de la Resolución 232/2007 del MSAL. Esta medida representa un hito en la historia del Programa Nacional y de los derechos sexuales y reproductivos, ya que desde entonces la población puede acceder en forma gratuita al único anticonceptivo post-coital que permite evitar embarazos no intencionales en casos de relaciones sexuales de riesgo, ya sea por rotura del preservativo, inconvenientes en el uso de otro método o situaciones de violencia sexual (PNSSyPR, 2011, p. 51).

En cuanto al segundo objetivo, relativo a la mejora del acceso y la calidad de la atención de la salud sexual mediante la incorporación de los enfoques de género y derechos humanos en la prestación de servicios, las acciones impulsadas para su cumplimiento fueron desarrolladas principalmente por el área de Capacitación y Comunicación. Así, de acuerdo con la perspectiva adoptada en esta etapa, la oferta formativa destinada a equipos de salud fue ampliada a través de la inclusión de temas como dichos enfoques, el abordaje interseccional de la salud sexual y reproductiva, la salud integral de la mujer y la sexualidad en la adolescencia; al tiempo que

³⁸ Si bien puede presentarse variaciones en planificación anual de la distribución, el área de Aseguramientos del PNSSyPR prevé el envío de un 60% de los MAC de corta duración e insumos en forma directa a los efectores de salud y un 40% de los mismos y el 100% de los LARC a los depósitos jurisdiccionales.

siguieron ofreciéndose capacitaciones sobre actualización profesional, MAC, marco normativo vigente y responsabilidades del personal sanitario (PNSSyPR, 2011, pp. 63-64).

En esta línea, la estrategia de comunicación buscó promover la incorporación de la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva como parte de las obligaciones de los profesionales de la salud a través de la transmisión de conocimientos basados en evidencia científica (PNSSyPR, 2011, pp. 72, 74). Fue así que, en 2007, junto a especialistas del país y de Latinoamérica, se elaboró la primera “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”, basada en las recomendaciones de la OMS sobre la materia; iniciativa que también estaba contemplada en el Acuerdo N° 6 de 2007 de la RMS del MERCOSUR para reducir la mortalidad materna y cumplir con los ODM. El comienzo de la distribución de esta guía en hospitales del país durante ese mismo año, a pocos días de finalizar las gestiones de González García e Isla, representó un hito en la historia del Programa Nacional, siendo una de las primeras acciones directamente orientadas a evitar la judicialización de los casos avalados por el artículo 86 del Código Penal y garantizar el acceso de calidad a dicha práctica (Carbajal, 2007).

Además, se produjeron diversos materiales de actualización profesional, como el libro “Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación” y aquellos que brindan información relevante sobre los MAC que habían sido recientemente incorporados al PMO: “Anticoncepción Quirúrgica Mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio”, “Anticoncepción Quirúrgica Varones. Vasectomía” y “Píldora del Día Después. Anticoncepción Hormonal de Emergencia”. Se elaboraron también los materiales de divulgación, formación y reflexión titulados “La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina”, “Indagaciones en torno a la problemática de la sexualidad en el terreno de la educación” y “Jóvenes y sexualidad. Una mirada sociocultural”.

El crecimiento experimentado por el área durante sus primeros años y los desafíos que trajo aparejada la elaboración del desarrollo del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes³⁹ llevaron a que, en el 2009, se creara un

³⁹ Luego de la IV reunión ordinaria del Consejo Federal de Salud realizada en noviembre del 2008, en la que se acordaron las “Estrategias de abordaje de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil 2009-2011” con el propósito de promover el cumplimiento de los ODM relativos a la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna para 2015, la Subsecretaría de Salud Comunitaria de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del MSAL comenzó a desarrollar el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes para dicho período. Este plan fue aprobado el 2 de julio de 2010 mediante la Resolución 1087/2010 del MSAL y sus metas principales consistieron en: a) mejorar la situación de salud materno-infantil, de las adolescentes y las mujeres en general; b) reducir la mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) y materna con aumento de la supervivencia de las infancias, adolescentes y mujeres; c) prevenir los embarazos no

sector específico de Capacitación y otro de Comunicación. Sobre este tema, integrantes de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA) (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015) destacan la importancia que tuvo la participación del PNSSyPR para que se introdujera en dicho plan el enfoque de derechos y se priorizara el acceso universal a la salud sexual y reproductiva como estrategia central para reducir de la mortalidad materna (p. 10)⁴⁰.

El área de Capacitación profundizó entonces la formación en salud sexual y reproductiva desde los enfoques de derechos humanos, género y diversidad sexual, étnica y cultural (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015, p. 10). A tal fin, elaboró un marco teórico-metodológico basado en esos tres ejes, que sirvió de guía tanto para el desarrollo del programa de formación de promotores comunitarios como para las actividades destinadas a efectores de salud, que constaron de talleres participativos de sensibilización y fortalecimiento de las capacidades profesionales y capacitaciones en servicio orientadas a promover la reflexión en la acción, el trabajo colaborativo y las capacidades locales de gestión, en el marco del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; PNSSyPR, 2011).

Por su parte, el área de Comunicación se centró en la difusión de los derechos sexuales y reproductivos en la población en general, y al interior de los establecimientos de salud en particular, a fin de garantizar su ejercicio efectivo promoviendo la demanda de la atención, la mejora de su calidad y el acceso gratuito a MAC. En línea con ello, se fortaleció la estrategia de comunicación masiva mediante la distribución de diversos folletos sobre derechos sexuales y reproductivos con foco en la población adolescente y acerca de la oferta de anticonceptivos existente, como así también a través de la producción de cuatro spots televisivos sobre violencia sexual y MAC, entre otros temas (PNSSyPR, 2011, pp. 64, 75-76).

El área de Legales también aportó al logro del segundo objetivo mediante el desarrollo de dos líneas de trabajo: por un lado, la recopilación de normativas y causas judiciales provinciales en

planificados; y d) prevenir el desarrollo del cáncer de cuello de útero (PNSSyPR, 2011, pp. 35-36). Cabe destacar que la vigencia del Plan fue prorrogada en dos oportunidades: en julio de 2012 fue extendida hasta el 31 de diciembre de 2015 (Resolución 934/2012 del MSAL) y, al acercarse esa fecha, fue ampliada hasta el 31 de diciembre de 2020 (Resolución 2254/2015 del MSAL), en ambos casos debido a que los resultados alcanzados eran insuficientes para el logro de las metas fijadas. Asimismo, en 2015, su denominación fue reemplazada por “Plan Operativo para garantizar el acceso a la salud de calidad e integral”.

⁴⁰ En este punto, cabe recordar que, durante esta época, la reducción de la mortalidad materna fue perseguida también por el MERCOSUR a fin de cumplir con dicha meta de los ODM mediante la adopción de la iniciativa “Acuerdo MERCOSUR para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal” (Acuerdo N° 14 de la RMS del MERCOSUR, 2008).

materia de derechos sexuales y reproductivos; por el otro, la capacitación de equipos de salud y organizaciones sociales sobre la temática (PNSSyPR, 2011, p. 95).

En cuanto al sistema de monitoreo y evaluación, si bien comenzó a ser diseñado en el año 2003, su puesta en marcha se vio obstaculizada por las dificultades para consensuar los criterios metodológicos de relevamiento y sistematización de la información entre el PNSSyPR y los PPSSR de 24 jurisdicciones del país. No obstante, en el encuentro con referentes provinciales realizado en 2009 se logró acordar un conjunto de indicadores básicos para monitorear la gestión en función de los objetivos del Programa Nacional, incluyendo dimensiones vinculadas a su funcionamiento (cobertura, prestaciones ofrecidas, demanda y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva), los resultados alcanzados (en especial, por la distribución de insumos), determinantes sociales y políticas (PNSSyPR, 2011, pp. 97-98). Este avance posibilitó la elaboración del primer informe anual de gestión, donde se abordaron diferentes aspectos de la ejecución de los programas nacional y provinciales y se presentó información sobre efectores y prestaciones ofrecidas con el objetivo de sistematizar, analizar y difundir las acciones desarrolladas (PNSSyPR, 2011, p. 99).

3.2.3. Etapa de Consolidación (2010-2014)

El comienzo de este período está ligado a la aprobación, en julio de 2010, del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes (Resolución 1087/2010 del MSAL), llevado adelante por la Subsecretaría de Salud Comunitaria de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del MSAL. Esto se debe a que el inicio de su implementación implicó la adecuación de los objetivos estratégicos y del modelo de gestión de la Coordinación del PNSSyPR.

No obstante, al haber introducido la perspectiva de derechos en dicho plan, fue posible dar continuidad a la transversalización de los enfoques de derechos, género y diversidad sexual, étnica y cultural en las acciones desarrolladas. De este modo, el Programa Nacional estuvo en línea con lo establecido poco después por el Consenso de Montevideo (2013), entre cuyas medidas prioritarias se encuentra la implementación de una estrategia transversal e integral que parta de dichos enfoques y considere el carácter multidimensional de las desigualdades que atraviesan los territorios, a fin de alcanzar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad para toda la población (CEPAL, 2022).

En este contexto, la denominación de este período del PNSSyPR como “Consolidación” se basa en los avances producidos en términos del fortalecimiento de la estructura de la Coordinación,

la mejora de la ejecución de las líneas de acción impulsadas desde años anteriores y la incorporación de nuevas estrategias para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y aportar al cumplimiento de las metas del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes.

En relación a lo anterior, se destaca la creación, en el año 2010, del área de Monitoreo e Información, que puso en valor el trabajo desarrollado desde los comienzos del Programa Nacional y, en especial, los avances realizados durante el 2009. En concreto, su conformación tuvo por objetivo elaborar un diagnóstico nacional de la política de salud sexual y reproductiva que permitiera identificar los logros y desafíos pendientes, a fin de contribuir a la mejora continua de la calidad, la eficiencia y la efectividad de la gestión.

Para ello, se propuso relevar, sistematizar, producir y analizar información relativa a tres dimensiones: a) la cantidad y calidad de las prestaciones brindadas por los servicios de salud sexual y reproductiva; b) las características y cobertura de la población bajo el SAI; y c) la distribución de insumos. Esto implicó el seguimiento de indicadores básicos de salud sexual y reproductiva; la sistematización de datos generados por las diferentes áreas del PNSSyPR, los PPSSR, establecimientos sanitarios y otros sectores del MSAL; y la utilización de fuentes de información secundaria, tales como el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

El trabajo realizado por el área fue clave para la elaboración de informes de gestión, documentos de difusión de los avances realizados por PNSSyPR y respuestas a los Pedidos de Acceso a la Información Pública y a requerimientos del MSAL, del Congreso de la Nación, de otros actores gubernamentales y de organismos internacionales (PNSSyPR, 2011, 2012).

Asimismo, en 2010 se creó la Línea 0800 Salud Sexual, que brinda atención telefónica, gratuita y confidencial a la población de todo el país con el objetivo de favorecer el acceso efectivo a servicios de salud, visibilizar los derechos sexuales y reproductivos, contribuir al monitoreo de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva e identificar sus déficits (PNSSyPR, 2011, p. 89). Este hecho constituye otro de los hitos en la historia del PNSSyPR, tanto por los resultados generados como por tratarse de una experiencia innovadora a nivel nacional y regional en cuanto al diseño y la implementación de dispositivos de acceso a información sobre tales temas (PNSSyPR, 2011, p. 89).

La Línea 0800 Salud Sexual ofrece contención, información y asesoramiento sobre derechos sexuales y reproductivos; MAC; obligaciones del sistema público de salud, obras sociales y prepagas; derechos del paciente (Ley 26.529 de 2009); atención de las personas LGBTI+;

fertilización asistida; cáncer de cuello de útero y de mama; violencia obstétrica y sexual; abuso sexual infantil; acceso a la interrupción legal (y actualmente voluntaria) del embarazo y atención posaborto; entre otros temas (JGM, 2010, pp. 560-561)⁴¹. Cuenta también con un mapa de los efectores en permanente actualización, a fin de derivar las consultas que así lo requieran y, con ello, promover el acceso efectivo a la atención de la salud.

En los casos de consultas complejas que no pueden ser respondidas por los agentes (situaciones de incumplimiento en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, que implican una vulneración de tales derechos o que se refieren a la interrupción del embarazo), se genera una secuencia y se la remite a la Coordinación del PNSSyPR (actualmente, a la DNSSR) para su derivación al sector correspondiente. Las secuencias pueden ser respondidas por los equipos técnicos del Programa Nacional o requerir de la intervención de los PPSSR, otros organismos y/o programas gubernamentales competentes para su resolución (DNSSR, 2022c, p. 19; PNSSyPR, 2011, p. 92). Inicialmente, se estableció que las secuencias debían ser respondidas en un plazo máximo de 48 horas, lapso de tiempo que se amplió a 72 horas en el año 2020⁴².

De este modo, durante la etapa de Consolidación, la Coordinación del PNSSyPR estuvo conformada por las siguientes áreas: Aseguramiento de Insumos, Capacitación, Comunicación, Legales, Monitoreo e Información, Línea 0800 Salud Sexual y Consejo Asesor.

Apoyándose sobre esta organización de la gestión, su principal propósito consistió en mejorar el acceso gratuito, igualitario y universal a la salud sexual y reproductiva, garantizando la calidad de la atención desde los enfoques de género, derechos, intercultural e inclusión (PNSSyPR, 2011, p. 35). En particular, los objetivos estratégicos fueron:

1. Mejorar los dispositivos, prestaciones y servicios de salud sexual y reproductiva en todo el territorio nacional a través del desarrollo de un modelo de gestión integral

⁴¹ Para garantizar la efectividad y la calidad de la atención, en 2010, el área de Capacitación desarrolló cursos de formación destinados a los consultores de la Línea 0800 Salud Sexual, los cuales fueron acompañados por la cartilla “Acceso + Derechos Información sobre Salud Sexual y Reproductiva para consultoras y consultores del Sistema Único de Atención Telefónica en Salud (SUATS)” (PNSSyPR, 2011, p. 90). A partir de entonces, se realizaron múltiples capacitaciones con el objetivo de ampliar y actualizar los conocimientos del equipo.

⁴² De acuerdo con lo informado por los reportes de seguimiento de la Línea 0800 Salud Sexual (DNSSR, 2021a, 2022a, 2023a, 2023b), los posibles estados de las secuencias se clasifican en cuatro tipos: 1) Respuesta positiva: cuando la persona pudo aclarar las dudas que motivaron la secuencia, accedió a la práctica solicitada, fue contactada por la Línea y se le ofreció una derivación efectiva, o decidió continuar con el embarazo. 2) Respuesta negativa: cuando no se logró resolver la consulta desde el subsistema público de salud. 3) En vías de resolución: cuando todavía no se cuenta con un turno asignado en el efector de salud identificado para la derivación, cuando la persona usuaria no responde a los llamados realizados desde la Línea o cuando se deriva la secuencia al efector para que contacte a la usuaria. 4) Sin información: cuando se desconoce el estado de situación porque no fue notificado por las provincias o regiones sanitarias.

2. Contribuir al logro de los objetivos del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes mediante tres ejes clave:
 - a. Mejorar la cobertura y la calidad de la atención fortaleciendo al PNSSyPR y a los PPSSR
 - b. Garantizar el acceso igualitario a la salud sexual y reproductiva a través de la distribución de MAC y campañas de difusión
 - c. Promover los derechos sexuales y reproductivos en todo el país⁴³

En línea con los objetivos 1 y 2.a., se construyó un modelo de gestión integral que permitió fortalecer la articulación y coordinación con los PPSSR, afrontando el desafío de generar una estrategia nacional caracterizada por una dinámica de trabajo centralizada que, a su vez, contemplara las particularidades locales en torno a enfoques y prácticas institucionales (PNSSyPR, 2011, p. 39). Para lograrlo, fue fundamental la celebración de convenios de adhesión entre el PNSSyPR y los Ministerios de Salud provinciales que tuvo lugar entre 2011 y 2012, puesto que en ellos se estableció que:

... siendo un deber del Estado, tanto nacional como provincial, garantizar el derecho a la salud de las personas teniendo en cuenta los principios de igualdad, de no discriminación y universalidad, se recurre al presente Convenio, en procura de la institucionalización de canales y espacios de articulación respecto al intercambio de información, orientación, provisión de métodos y elementos anticonceptivos, y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable [estableciéndose como objetivo] compartir esfuerzos para el mejoramiento de las políticas públicas de salud que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de la población, en lo relativo a la situación del acceso universal a los servicios de salud y los derechos sexuales y reproductivos en todo el territorio nacional. (Convenio de Adhesión, como se citó en Cattaneo y Suárez, 2017, p. 3)

De este modo, la suscripción de los convenios, prevista en el artículo 11 de la Ley 25.673, favoreció la construcción de una red nacional de referentes de los PPSSR articulada por la Coordinación del PNSSyPR y, con ello, el fortalecimiento de la capacidad de gestión a nivel territorial de los programas nacional y provinciales (Cattaneo y Suárez, 2017, p. 3).

Otro hecho destacado, enmarcado en los propósitos 1 y 2.b., fue la inclusión de la atención de la salud sexual y reproductiva dentro del Programa Sumar del MSAL (entonces llamado Plan Nacer)⁴⁴, el cual tiene por objetivo garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios

⁴³ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2011). *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011* (p. 36). Ministerio de Salud de la Nación. <https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/pol%C3%ADticas-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-avances-y-desaf%C3%ADos>

⁴⁴ El Programa Sumar tiene como antecedente de política sanitaria al Plan Nacer, que se inició en el 2004 en las provincias del norte argentino y se extendió al resto del país en el 2007. Entre el 2012 y el 2015 el Programa

de salud para toda la población que no cuenta con obra social ni prepaga mediante el financiamiento de un conjunto de prestaciones (DNSSR, 2023g, p. 74). La gestión de dicha incorporación comenzó en el año 2010 y empezó a implementarse en 12 provincias priorizadas (Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán) durante el año 2013, ampliando luego tanto la cobertura territorial como las prestaciones financiadas.

Por otra parte, bajo el impulso de la aprobación de la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario en julio del 2010⁴⁵, el PNSSyPR y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino de la Subsecretaría de Salud Comunitaria conformaron ese mismo año la Mesa de Trabajo sobre Diversidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, con la participación de Dirección Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, organizaciones LGBTI+, el UNFPA y ONU SIDA (PNSSyPR, 2011, p. 40). Los encuentros realizados permitieron identificar los desafíos de la salud pública desde un enfoque de derechos, como así también visibilizar la necesidad de elaborar un diagnóstico sobre las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que afrontan las personas LGBTI+. A fin dar respuesta a esta demanda, en diciembre de 2010 se llevó a cabo la “Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo Sobre Diversidad y Derechos Sexuales y Reproductivos”, que tuvo como resultado la elaboración de recomendaciones y propuestas de líneas de acción en forma conjunta entre integrantes de la Mesa y referentes de los PPSSR (PNSSyPR, 2011, p. 41).

Continuando con las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos 1 y 2.b., durante este período se fortaleció el SAI producto de la mejora de las capacidades del área de Aseguramiento de Insumos para planificar la compra de los mismos, de la mayor articulación con los PPSSR y de la consolidación de la logística de distribución a través del Programa Remediar, todo lo cual contribuyó a discontinuidades en la disponibilidad de insumos.

Un cambio fundamental al respecto fue la producción y entrega de botiquines exclusivos de salud sexual y reproductiva a partir del año 2011. Es decir, que los insumos proveídos por el PNSSyPR a las provincias dejaron de ser distribuidos junto a los medicamentos suministrados por el Programa Remediar y empezaron a ser entregados por separado, en botiquines conformados únicamente por insumos del Programa Nacional. Esta innovación incrementó la eficiencia, la efectividad y la equidad en la asignación de recursos, ya que permitió diseñar

Sumar fue ampliando su cobertura, proceso culminó en el 2020 al lograr alcanzar al universo total de la población que no tiene obra social ni prepaga (Programa Sumar, s.f.).

⁴⁵ Para mayor detalle, ver la Tabla 5 del Apéndice.

botiquines de diferente tamaño y composición según las necesidades y los consumos informados por los efectores de salud y los PPSSR (PNSSyPR, 2012, p. 19).

Paralelamente, se desarrolló una estrategia conjunta con la Dirección Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual para garantizar el acceso de la población a Preservativos Peneanos. Ésta consistió en la instalación de *dispensers* de condones y geles lubricantes en establecimientos de salud y organizaciones de la sociedad civil de todo el país, donde cualquier persona puede retirarlos en forma gratuita (PNSSyPR, 2012, p. 21). Actualmente, esta estrategia sigue siendo implementada por la dicha Dirección Nacional.

El SAI se vio fortalecido también por la ampliación de la canasta de salud sexual y reproductiva que, entre 2011 y 2014, incorporó 6 nuevos insumos. Así, el Test Rápido de Embarazo, el Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral (Inyectable Trimestral), el Dispositivo Intrauterino Multiload (DIU M), el Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral con Gestodeno (ACO II), el Anticonceptivo Hormonal sólo Progestágeno (ASPD) y el Implante Subdérmico de 1 varilla (Implante 1v) empezaron a ser distribuidos junto al ACO, el ACO LAC, el ACI Mensual, el DIU T, el Preservativo Peneano, el AHE y el Kit para la Colocación de DIU.

Entre los principales motivos de incorporación del Test de Embarazo, se destaca su aporte al cumplimiento a los ODM de Naciones Unidas para 2015, en particular, a las metas de reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna y acceso universal a la salud reproductiva. Pues la disponibilidad de este insumo facilita el diagnóstico temprano de embarazo, lo que contribuye tanto al acceso a la atención y los controles prenatales en el momento adecuado como al acceso al aborto legal durante las primeras semanas de gestación, lo que minimiza el riesgo de la práctica (PNSSyPR, 2011, p. 51).

Otra de las innovaciones que tuvo lugar en esta tercera fase, vinculada al objetivo 2.c., fue la promoción del abordaje integral de la salud sexual y de la salud reproductiva como ámbitos relacionados pero independientes entre sí. Esta jerarquización de los derechos sexuales, que dio continuidad al proceso iniciado en la etapa anterior, constituyó un paso fundamental hacia el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar (PCG), al visibilizar y proteger su derecho al libre uso de su cuerpo y al placer, diferenciándolo de su capacidad reproductora. El accionar desde esta perspectiva se vio facilitado por la mejora del acceso a MAC, un factor clave para poder escindir la sexualidad de la reproducción, y fue instrumentado a través las capacitaciones brindadas y los materiales de comunicación elaborados.

De este modo, a partir de 2010, la estrategia de formación se estructuró en torno a tres objetivos abordados desde dicho enfoque: fortalecer a los PPSSR; mejorar la calidad de la atención y la gestión institucional de los servicios de salud sexual y reproductiva; y promover los derechos sexuales y reproductivos en espacios comunitarios (PNSSyPR, 2011, pp. 64-65). Las acciones desarrolladas para alcanzarlos fueron acompañadas desde el área de Comunicación mediante una estrategia integral para visibilizar tales derechos, reducir las brechas de acceso existentes, favorecer la actualización profesional y fortalecer la promoción comunitaria.

En relación a los primeros objetivos, el área de Comunicación desarrolló dos líneas de trabajo orientadas al fortalecimiento de los conocimientos y la actualización profesional del personal sanitario. Por un lado, las actividades se centraron en la implementación y mejora de dispositivos de consejería, el modelo de reducción de riesgos y daños en embarazos no planificados, la atención integral de abortos no punibles y la incorporación de las perspectivas de derechos humanos, género, diversidad sexual, étnica y cultural, e inclusión de las PCD (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; PNSSyPR, 2011). Por el otro, mediante capacitaciones en servicio, la actualización profesional se enfocó en el abordaje de situaciones de violencia sexual, la consejería integral y la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, a través de cursos técnicos, se trataron la colocación de DIU, los criterios de elegibilidad de los MAC y la utilización del procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) (PNSSyPR, 2011, p. 65).

A fin de contribuir al establecimiento de un elevado estándar de calidad en la atención de la salud sexual y reproductiva, estas acciones fueron complementadas con la distribución de protocolos de atención, guías y materiales de actualización profesional que ordenan, normalizan y regulan la realización de prácticas y prestaciones, los cuales fueron elaborados el área de Comunicación junto a especialistas en la temática (Cattaneo y Suárez, 2017; PNSSyPR, 2012).

Con respecto al tercer objetivo, el área de Capacitación trabajó con diversos sectores estatales y ONGs en el desarrollo de talleres de formación de promotores comunitarios destinados a equipos de salud, referentes sociales y la población en general (PNSSyPR, 2011, pp. 69-70). Para nutrir esta línea de acción, con la colaboración del Programa Sumar, la Dirección Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en el 2013 se elaboró un kit de materiales didácticos (láminas, imágenes, maquetas y juegos didácticos) sobre los derechos y el cuidado de la salud sexual y reproductiva basado en la

experiencia territorial de un centenar de integrantes de equipos de salud de todo el país (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015, pp. 11-12).

Por otra parte, en línea con el cambio de enfoque del PNSSyPR, durante el 2010, el área de Comunicación diseñó una nueva imagen institucional que buscaba transmitir un discurso sobre la sexualidad orientado al placer, en el que se entendieran los derechos sexuales y los derechos reproductivos como diferentes pero vinculados (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015, p. 11; PNSSyPR, 2011, p. 72). Además, mejoró la accesibilidad de la información sobre los MAC incluidos en el PMO para favorecer la elección autónoma por parte de las personas usuarias.

En este marco, se desarrollaron cuatro líneas editoriales: Institucional, Actualización Profesional, Promoción de Derechos y Accesibilidad, y Participación y Acción Comunitaria, las cuales incluyeron la producción de calcos, postales, afiches, trípticos, folletos, boletines, guías de atención, manuales de actualización profesional, cuadernillos, documentales y CD (PNSSyPR, 2011, pp. 77-82). Entre los principales productos se encuentran el “Protocolo de Atención de la Salud de las Personas Víctimas de Violaciones Sexuales” (2011), la actualización de la “Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos No Punibles” del 2007 (edición 2010) y la serie de materiales orientados a poblaciones específicas (juventudes, varones, diversidad sexual, PCD, pueblos originarios y migrantes) a través de la cual el Programa Nacional abordó por primera vez las sexualidades desde una mirada integral y diversa, opuesta al heterosexismo (PNSSyPR, 2011, p. 83).

Además, en 2010, se inició la edición bimensual del Boletín de Salud Sexual y se incluyó en el boletín del Programa Remediar un artículo sobre salud sexual y reproductiva. Ambos materiales fueron distribuidos con los botiquines en forma directa a los efectores de salud, con el propósito de fortalecer la comunicación de información relevante a estos actores (PNSSyPR, 2011, p. 83).

Con respecto al área de Legales, a partir del 2010 tuvo como prioridad el seguimiento y la intervención en casos de obstaculización del acceso a la anticoncepción quirúrgica y al aborto no punible, mediante estrategias como el recurso de *Amicus Curiae*, las notas formales a las autoridades de los establecimientos de salud y las comunicaciones dirigidas a referentes de los PPSSR, acompañadas por la actualización de los protocolos de atención (PNSSyPR, 2011, pp. 95-96).

Un hecho clave en relación a esto último fue la expedición del Fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva por parte de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en marzo del 2012, mediante el cual buscó remover las barreras institucionales, administrativas y/o fácticas

que obstruían el acceso a la práctica y evitar la judicialización de los casos encuadrados dentro de las causales legalmente previstas por el artículo 86 del Código Penal. Este fallo marcó un hito también al utilizar por primera vez el concepto de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en lugar de Aborto No Punible. Además, la CSJN exhortó a las autoridades nacionales y subnacionales con competencia en la materia a implementar protocolos hospitalarios para la atención de dichas situaciones y la asistencia integral de las víctimas de violencia sexual⁴⁶.

Por último, otro de los hitos ocurridos durante esta etapa fue la realización, en el año 2013, de la primera Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de un convenio suscripto entre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el MSAL y las Direcciones Provinciales de Estadística. Esta encuesta tuvo por objetivo generar información acerca de la salud sexual y reproductiva de los varones de 14 a 59 años y las mujeres de 14 a 49 años en centros urbanos de 2.000 o más habitantes, incluyendo a las personas que se atienden en los tres subsistemas de salud (INDEC y MSAL, 2013, p. 1)⁴⁷. Entre los principales hallazgos de este estudio se encuentra que tanto las mujeres como los varones tienen un elevado nivel de conocimiento de los MAC, principalmente del preservativo y las pastillas anticonceptivas -que eran también los más utilizados-: el 87% de las mujeres nombraron al primero y el 94% al segundo, mientras que el 95% de los varones mencionaron al condón y el 82% a las pastillas anticonceptivas (p. 3). En contraste con ello, la ligadura de trompas de Falopio, la vasectomía y el AHE estuvieron entre los métodos menos conocidos. Por otra parte, si bien 8 de cada 10 personas usaban algún MAC al momento de realización de la encuesta, sólo el 45% de las mujeres y el 34% de los varones con cobertura pública exclusiva declararon haberlo obtenido en forma gratuita, cifra desciende al 25% y 16% respectivamente en el caso de las personas que contaban con obra social o prepaga (pp. 3, 17-18).

Estos datos muestran que difundir la diversidad de MAC existentes y efectivizar el acceso gratuito por parte de la población en los tres subsistemas de salud representaban todavía un importante desafío tanto para el PNSSyPR como para los PPSSR.

⁴⁶ Para mayor detalle, ver la Tabla 5 del Apéndice.

⁴⁷ Los objetivos específicos fueron: 1) identificar el grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos; 2) indagar sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, la edad en que se utilizan dichos métodos por primera vez y el uso actual de los mismos; 3) describir los motivos por los cuales no se utilizan métodos anticonceptivos en distintos momentos de la vida de la población; 4) identificar las prácticas preventivas en torno a la salud sexual y reproductiva desarrolladas por las mujeres y los varones; 5) caracterizar la historia de la fecundidad de las mujeres; 6) describir los cuidados y controles durante el embarazo del último hijo nacido vivo; 7) indagar sobre la cantidad de hijos vivos y por el deseo de tener otro hijo; 8) indagar sobre los comportamientos de las mujeres respecto a la lactancia; 9) conocer las prácticas preventivas en torno a las enfermedades de transmisión sexual; 10) caracterizar la situación demográfica y laboral de los varones y mujeres (INDEC y MSAL, 2013, p. 1).

3.2.4. Etapa de Integración y Diversificación (2015-2019)

El inicio de esta fase está marcado por la reglamentación y el comienzo de la implementación de las estrategias vinculadas a salud sexual y reproductiva contempladas por la Ley 26.743 de 2012 de Identidad de Género y la Ley 26.862 de 2013 de Reproducción Médicamente Asistida⁴⁸ que, en una primera instancia, estuvieron a cargo del PNSSyPR. Como se verá más adelante, éstas se refirieron principalmente a garantizar el acceso a tratamientos de hormonización para personas trans y fertilización asistida mediante el aseguramiento de insumos, la capacitación y la difusión. En este marco, se dio continuidad tanto a la visión integral de los derechos sexuales y reproductivos como al propósito de transversalización de los enfoques de derechos humanos, género e inclusión en las diferentes estrategias y acciones desarrolladas (DSSR, 2019).

De este modo, la denominación “Integración y Diversificación” otorgada a esta cuarta etapa se funda, por un lado, en la forma en que la visión integral de los derechos sexuales y reproductivos se manifestó en la modalidad de trabajo y las acciones impulsadas, al promover la intersectorialidad y la articulación entre las diferentes áreas; y, por el otro, en la incorporación a la agenda del Programa Nacional de nuevos temas a partir del comienzo de la implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género y la Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, junto con la priorización del abordaje integral de la ILE y la anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO)⁴⁹. En otras palabras, la diversificación de la agenda de trabajo fue acompañada por un proceso de integración de los temas emergentes y de aquellos de renovada relevancia como parte de los derechos sexuales y reproductivos, otorgándoles un tratamiento multidisciplinario e intersectorial.

En este contexto, en el 2015 se crearon tres nuevas áreas dentro de la Coordinación, ninguna de las cuales continuó durante la etapa siguiente:

- **Diversidad Sexual:** estuvo a cargo de implementar y coordinar las estrategias vinculadas al cumplimiento de la Ley 26.743, a fin de promover un modelo de atención integral de la salud en el que se despatologice la diversidad de identidades y/o expresiones de género y se garantice el derecho a la salud de todas las personas (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; PNSSyPR, 2015). Entre dichas acciones, se destaca la gestión de la

⁴⁸ Para mayor detalle sobre la Ley 26.160 de 2006, ver la Tabla 5 del Apéndice.

⁴⁹ La AIPEO es una de las estrategias fundamentales para ampliar y mejorar el acceso a MAC, especialmente a los de larga duración, ya que el momento posterior a un parto, cesárea o aborto constituye una oportunidad clave para recibir información y elegir un anticonceptivo antes del alta médica. Además, mediante la reducción de los intervalos intergenésicos cortos, contribuye a disminuir la morbimortalidad materna, la mortalidad neonatal, la mortalidad infantil, las muertes en niños menores de 5 años y la desnutrición infantil.

compra y distribución de tratamientos para hormonización de personas trans, la capacitación del personal de salud y la difusión de los nuevos derechos. En abril de 2020, esta área fue transferida a la órbita de la Dirección de Géneros y Diversidad, creada mediante la Decisión Administrativa 457/2020 del MSAL.

- **Reproducción Médicamente Asistida:** tuvo como responsabilidad implementar y coordinar las estrategias vinculadas al cumplimiento de la Ley 26.862. En particular, a fin de eliminar las barreras de acceso ligadas a prácticas burocrático-administrativas y profesionales, el área llevó adelante la compra y distribución de insumos requeridos para la realización de tratamientos de fertilización asistida en el subsector público, el registro de efectores de los tres subsectores de salud en condiciones de brindar esta prestación, el armado de una red de efectores públicos de salud que ofrecen estos tratamientos y el fortalecimiento de los mismos, la capacitación del personal sanitario y el desarrollo de campañas de difusión de la política en la comunidad y el sector salud, incluyendo las recomendaciones formuladas (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; PNSSyPR, 2015). A partir de diciembre de 2016, las tareas realizadas por el área comenzaron a ser competencia del Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, creado por la Resolución E 2190/2016 del MSAL.
- **Promoción Comunitaria:** su función consistió en difundir información sobre los MAC de acceso gratuito y capacitar a promotores de salud comunitaria, agentes sanitarios y referentes de organizaciones sociales en el uso de herramientas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, para fortalecer la articulación entre la población y el sistema de salud, especialmente con el primer nivel de atención (PNSSyPR, 2015, 2017). El sector fue disuelto en el 2017, ya que sus funciones se superponían, en cierto modo, con las propias de las áreas de Capacitación y Comunicación.

En relación al modo en que el contexto en cual se desarrollaba el Programa Nacional incidió sobre el mismo, es importante mencionar que la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994 de 2014) en agosto de 2015 implicó la modificación de varios aspectos de la Ley 25.673. Ejemplo de ello es la declaración del derecho a la salud como derecho personalísimo, que significó un avance en el ejercicio de la autonomía, en particular, de las PCD, niñas, niños y adolescentes, quedando sin efecto el régimen de patria potestad contemplado en el artículo 4 de dicha ley (Cattaneo y Suárez, 2017, p. 4).

En consecuencia, el PNSSyPR convocó a especialistas en las temáticas involucradas a participar de un espacio de intercambio y análisis del nuevo marco normativo. El encuentro, celebrado en noviembre de 2015, tuvo como resultado la elaboración del documento “Mesa de Trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos y Reproductivos”, aprobado e incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica mediante la Resolución 65/2015 del MSAL. La formulación de este marco interpretativo fue de suma relevancia, ya que permitió esclarecer la incidencia sobre el Programa Nacional de las modificaciones en materia de derechos sexuales y reproductivos que trajo aparejada la reforma del Código Civil y Comercial, contribuyendo así al ejercicio de la gestión pública y a la atención que brindan los equipos de salud.

Otro dato relevante es que esta cuarta etapa comenzó durante el último año del mandato presidencial de Cristina Fernández de Kirchner, que fue también el de la derrota electoral del peronismo luego de 12 años de gobierno ininterrumpidos. Así, en el marco de la asunción del Poder Ejecutivo Nacional por la coalición PRO-Cambiamos, la implementación del PNSSyPR se desarrolló, por primera vez, bajo el mando de un gobierno opositor al peronismo.

Los primeros meses de la nueva gestión estuvieron marcados por el despido de un tercio de los trabajadores del Programa Nacional, el vacío de autoridad producto de la demora en la designación de la Coordinación y las dificultades en los procesos de compra de insumos, que afectaron la provisión de MAC a las provincias (PNSSyPR, 2017, pp. 3, 27). No obstante, la presión ejercida por el reclamo del Consejo Asesor junto a otras organizaciones de la sociedad civil y referentes del campo de la salud sexual y reproductiva, manifestado tanto a través de los medios de comunicación como en forma directa a las autoridades del MSAL, forzó el nombramiento de la nueva Coordinación del PNSSyPR hacia mediados del 2016, que fue avalada por especialistas en la temática (JGM, 2016; Redacción Perfil, 2016).

En esa instancia, se introdujo un cambio en la modalidad de gestión, al establecer una co-conducción ejercida por Silvia Oizerovich, como Coordinadora General, y Gabriela Perrotta, como Coordinadora Técnica, quienes hasta ese entonces habían estado a cargo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Redacción Perfil, 2016). Luego de ello, se logró la reincorporación de las personas que habían sido despedidas, pero sólo 7 de las 19 retomaron sus funciones en el PNSSyPR, mientras que el resto fue reubicado en otras áreas de la cartera (PNSSyPR, 2017, p. 3). En tanto, la distribución de insumos se regularizó durante el año siguiente, alcanzando niveles cercanos a los registrados en el 2015. Asimismo, cabe recordar que, en el 2018, el PNSSyPR fue jerarquizado a través de

la creación de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva mediante la Decisión Administrativa 307/2018 de la Secretaría de Gobierno de Salud.

De este modo, superado el momento de crisis inicial, se establecieron cinco objetivos de gestión que estructuraron las acciones desarrolladas hasta fines de 2019:

1. Promover el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva
2. Garantizar el acceso a la ILE
3. Aumentar el acceso a MAC, en especial a los de larga duración
4. Contribuir a la implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género
5. Ejecutar el Plan Enia⁵⁰

A continuación, se sintetizan las principales estrategias desarrolladas por el PNSSyPR para el logro de los objetivos de gestión propuestos.

A fin de promover el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y remover las barreras existentes, el área de Capacitación fortaleció la formación en consejería y de promotores comunitarios, a la vez que realizó actividades interdisciplinarias destinadas a agentes sanitarios de pueblos originarios. Por su parte, el área de Comunicación continuó con la elaboración de materiales destinados a poblaciones específicas (niños, niñas y adolescentes, diversidades sexuales y PCD) y desarrolló una campaña de difusión masiva de la Línea 0800 Salud Sexual, que incorporó cuatro consultores para ampliar su capacidad de respuesta.

Asimismo, se implementaron estrategias específicas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las PCD y la población en contextos de encierro. Para avanzar en la transversalización de la perspectiva de discapacidad en las diferentes acciones impulsadas (capacitaciones a equipos de salud y desarrollo de materiales de difusión accesibles), la DSSR contó con el apoyo de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), que fue incorporada al Consejo Asesor del PNSSyPR. En paralelo, se distribuyeron MAC en el sistema penitenciario para el acceso de las personas privadas de su libertad, se realizaron talleres y actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos destinados a esta población, como así también acciones de sensibilización del personal penitenciario en la temática.

En tanto, para garantizar el acceso a la ILE, el área de Aseguramiento de Insumos tramitó por primera vez la compra de Misoprostol 200 mcg y su distribución a los depósitos de los PPSSR.

⁵⁰ Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019). *Informe de Gestión 2016-2019* (p. 2). Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En este sentido, cabe destacar que, el mes siguiente a la media sanción del proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo aprobado en la Cámara de Diputados en junio 2018, la ANMAT autorizó la comercialización bajo receta archivada de dicho medicamento para uso hospitalario exclusivo (Disposición 6726/2018) y, en octubre de ese mismo año, luego de que el proyecto fuera rechazado por la Cámara de Senadores, el organismo permitió también su venta al público bajo receta archivada (Disposición 946/2018). Estas medidas habilitaron al PNSSyPR a tramitar la adquisición de un total de 10.340 tratamientos a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Secretaría de Gobierno de Salud, que comenzaron a ser distribuidos a mediados de 2019 (DSSR, 2019, pp. 7-8).

El área de Monitoreo y Evaluación acompañó el inicio de este accionar con el diseño de un Registro de ILE para efectores de salud del primer nivel de atención, a fin de contar con información sobre la realización de esta práctica, el uso de Misoprostol y el acceso de las personas según la causal en la que se enmarca y el tipo de tratamiento recibido. Contar con este registro era clave, ya que no existían estadísticas oficiales sobre ILE que permitieran conocer el volumen y las características de la demanda ni los modos en que los profesionales de la salud realizan la práctica, lo cual dificultaba el cálculo de la cantidad de Misoprostol necesaria para abastecer las necesidades existentes. Los primeros datos al respecto comenzaron a obtenerse en el 2020, pero el cumplimiento del reporte todavía era parcial (DSSR, 2019, pp. 8-9).

Además, en el marco de la incorporación del Misoprostol a la canasta de salud sexual y reproductiva, el Programa Nacional llevó a cabo reuniones de gestión con autoridades provinciales y locales, ofreció asistencia técnica y legal en atención integral, organizó actividades de formación y sensibilización destinadas a equipos de salud, produjo diversos materiales de difusión (folletos y afiches) y avanzó en la actualización del “Protocolo para la Atención Integral de Víctimas de Violaciones Sexuales” y del “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” publicado por el MSAL en el 2015 (DSSR, 2019, pp. 8-9). Este último había sido elaborado con la colaboración de especialistas en el tema e incorporaba tanto las nuevas recomendaciones de la OMS como las modificaciones necesarias para adecuarlo a la normativa vigente. Sin embargo, la Resolución 3158/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación que lo aprobaba fue derogada por el Poder Ejecutivo Nacional dos días después de su publicación, mediante el Decreto 785/2019 del 22 de noviembre de 2019, por haber sido dictada “sin consultar la opinión de sus superiores jerárquicos, máxime teniendo en particular consideración la relevancia e

implicancias de las cuestiones en ella reguladas” y no haber dado intervención a los organismos competentes, según se refiere en los considerandos del decreto.

Con el objetivo de aumentar el acceso a MAC, el área de Comunicación actualizó los contenidos de las cinco líneas de los folletos y afiches sobre métodos anticonceptivos destinados a la población (MAC, DIU, AHE, ASPD y Test de Embarazo), elaboró un kit de 8 folletos a ser entregados por profesionales de la salud a las personas usuarias a fin de promover la adherencia del MAC dispensado, actualizó la “Guía de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva desde las perspectivas de las personas con discapacidad y los pueblos originarios” y lanzó una nueva edición de la “Guía de Métodos Anticonceptivos” en base a la última evidencia científica disponible, las recomendaciones de la OMS y el marco normativo vigente (DSSR, 2019, p. 15).

Haciendo foco en los LARC y el fortalecimiento de la estrategia de AIPEO, en el 2015, se incorporó el Sistema Intrauterino Liberador de Hormona (SIU) a la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva del PNSSyPR. Luego, mediante la Resolución 2922/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud, dicho insumo y el Implante 1v fueron incluidos dentro del PMO, lo que permitió garantizar el acceso gratuito a los mismos para las personas con cobertura de salud mediante obra social o prepaga. La medida incluyó también las prácticas de colocación y extracción de DIU (DSSR, 2019, p. 10). En esta línea, el área de Capacitación desarrolló actividades de formación en características, colocación y extracción de LARC (DIU T, DIU M, SIU e Implante 1v) y en estrategia AIPEO destinadas a profesionales de la salud, con el objetivo de promover su conocimiento y uso (DSSR, 2019, pp. 12-13). Por su parte, en 2018, el área de Monitoreo y Evaluación empezó a implementar un registro de Colocación de LARC⁵¹, a fin de realizar un seguimiento de la dispensa de estos métodos y conocer tanto los perfiles de las usuarias como los establecimientos en los que se realiza la práctica.

Una de las primeras acciones orientadas a contribuir a la implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género fue, como se dijo anteriormente, la creación del área de Diversidad Sexual en el año 2015. En ese marco, se incluyeron los tratamientos de hormonización de personas trans al SAI del PNSSyPR, los cuales empezaron a ser distribuidos a las provincias en el 2016 e incorporados al PMO en el 2019 (Resolución 3159/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud)⁵². Esta iniciativa fue acompañada por la implementación de un relevamiento de

⁵¹ El formulario de Colocación de LARC es completado por los efectores de salud y remitido a los PPSSR, quienes compilan la información y la reportan al área de Monitoreo y Evaluación del PNSSyPR para su consistencia, procesamiento y análisis.

⁵² De este modo, al finalizar el período, el PNSSyPR entregaba seis insumos de hormonización en todo el país: la canasta de salud sexual y reproductiva incluyó, primero, la provisión de Antiandrógeno (Acetato de Ciproterona

establecimientos de salud que brindaban atención a personas trans y de personal capacitado e interesado en formarse en la temática, el cual permitió elaborar una base de datos de efectores y prestaciones ofrecidas para ser utilizada por la Línea 0800 Salud Sexual en la respuesta a consultas sobre la temática.

Además, se desarrollaron acciones en materia de capacitación y sensibilización del personal sanitario (talleres, capacitaciones en servicio y pasantías), asistencia técnica a los PPSSR y equipos de salud para el abordaje de la atención de las infancias y adolescencias LGBTI+, comunicación y promoción de derechos (DSSR, 2019, pp. 15-16).

Se organizó también la Mesa de Diversidad y, en colaboración con equipos de salud de distintas jurisdicciones con experiencia en la temática y Organizaciones de la Diversidad Sexual, se actualizaron la “Guía de Atención Integral de la Salud de Personas Trans” y los folletos informativos destinados a los equipos sanitarios y la población en general (DSSR, 2019, p. 20).

El quinto objetivo de gestión se refiere a la ejecución del Plan Enia, que fue creado mediante la Resolución Conjunta 1790/2017 del MDS y el MSAL con el objetivo de promover el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y prevenir el embarazo no intencional, los abusos sexuales y los embarazos forzados en la población adolescente. A tal fin, se propone:

- Sensibilizar a la población en general y a las adolescencias en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia
- Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones
- Potenciar las decisiones informadas de las adolescencias para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos
- Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la ILE según el marco normativo vigente⁵³

50mg comprimidos), sumó el Gel Dérmico Estrógenos (Estradiol gel 0.06%) en 2017 y la Testosterona Inyectable Trimestral (Undecanoato de Testosterona 1000 mg), la Testosterona en Gel (Testosterona gel 1%), los Estrógenos Comprimidos (Valerato de Estradiol 2 mg) y dos variedades de Antiandrógeno (Espironolactona 100 mg y Finasteride 5 mg) que reemplazaron a la anteriormente distribuida en el 2019.

⁵³ Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2019a). *Implementación del Plan Nacional ENIA. Documento Técnico N° 2. Julio 2018 Modalidad de intervención y dispositivos* (p. 3). Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL006800.pdf>.

Para lograr los objetivos propuestos, desde un enfoque integral e intersectorial, el Plan Enia impulsa cuatro dispositivos territoriales de intervención que, en su conjunto, abarcan tres sectores: escuelas secundarias, servicios de salud y comunidades. Estos dispositivos son: 1) Fortalecimiento de la educación sexual integral (ESI) en escuelas secundarias; 2) Asesorías en salud integral (ASIE) en escuelas secundarias; 3) Fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva (SSR) para adolescentes en establecimientos sanitarios mediante consejerías y

De este modo, el Plan Enia aporta al cumplimiento de los objetivos y al fortalecimiento de las líneas de acción del PNSSyPR, en particular, de aquellas orientadas a garantizar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, consejerías y MAC, y las estrategias de promoción comunitaria.

En sus orígenes, esta política pública se desarrollaba de manera articulada y coordinada entre el entonces Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, el MSAL y el MDS, encontrándose la rectoría a cargo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) dependiente de este último, y se ejecutaba con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Plan Enia, 2019a). Siguiendo su diseño original, comenzó a implementarse en 36 departamentos de 12 provincias, seleccionadas por ser aquellas que presentaban elevadas tasas de embarazo no intencional en la adolescencia: Buenos Aires, Catamarca, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán (Plan Enia, 2019b)⁵⁴.

En este punto es importante aclarar que, si bien el Plan Enia aporta al logro de los objetivos del PNSSyPR, se trata de dos políticas públicas de salud sexual y reproductiva diferenciadas que articulan entre sí. Lo relevante al respecto es que, a partir de la conformación en el 2018 de un equipo dentro de la DSSR abocado a la ejecución de las acciones del Plan Enia orientadas al fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva para adolescentes en establecimientos sanitarios mediante consejerías y provisión de MAC, con énfasis en los de larga duración⁵⁵ (la tercera de sus cuatro líneas de acción), dicha dirección dejó de tener como única función la implementación del Programa Nacional e incluyó el desarrollo de acciones enmarcadas en otra política pública⁵⁶, cuya rectoría estaba a cargo del MDS.

provisión de MAC, con énfasis en los de larga duración; 3) Dispositivos de base comunitaria (DBC) para la promoción de derechos a través de estrategias de sensibilización y asesorías en salud integral en espacios comunitarios (Plan Enia, s.f.).

⁵⁴ En este sentido, un hito en el desarrollo de esta política pública fue la firma de Convenios Marco de Adhesión entre el MSAL y las carteras sanitarias de las 24 jurisdicciones del país, que tuvo lugar entre marzo y abril de 2023, hecho que dio inicio a un proceso de ampliación y federalización del Plan Enia que consta de cuatro etapas de trabajo (DNSSR, 2023f, pp. 68, 145).

⁵⁵ El Plan Enia se focalizó en la provisión de dos LARC: DIU T e Implante 1v, cuyos procesos de compra fueron gestionados con el apoyo del área de Aseguramiento de Insumos la DSSR. Asimismo, siguiendo los lineamientos de la Dirección, promovió la estrategia de AIPEO para prevenir la repetición de embarazos no planificados.

⁵⁶ Durante los años 2018 y 2019, el equipo del Plan Enia en la DSSR trabajó junto a los PPSSR en la organización de actividades de formación de equipos de salud sobre consejería, colocación de DIU e Implante 1v, ILE y promoción comunitaria; elaboró materiales para equipos de salud (guías, protocolos y manuales) y diversas piezas de difusión (afiches, folletos, calcos, tarjetas en braille) sobre derechos sexuales y reproductivos, MAC, AHE, Test de Embarazo, ILE, diversidad sexual, violencia sexual y Línea 0800 Salud Sexual; y colaboró con el armado de capacitaciones docentes sobre ESI y asesorías en salud integral (DSSR, 2019, pp. 21-24).

3.2.5. Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023)

Este último período se inicia con el cambio de gobierno que tuvo lugar el 10 de diciembre de 2019, al asumir el Poder Ejecutivo Nacional el Frente de Todos. Como se mencionó en el apartado 3.1., en ese marco, Ginés González García fue nombrado Ministro de Salud de la Nación y Valeria Isla regresó al organismo como Directora de Salud Sexual y Reproductiva, ascendiendo al cargo de Directora Nacional pocos meses después, a partir de la jerarquización del sector. Este momento es considerado una bisagra en la historia del PNSSyPR ya que, desde el comienzo de la nueva gestión, se sentaron las bases del enfoque y los objetivos prioritarios de los años siguientes, expresando la relevancia que tendría en la agenda ministerial la salud sexual y reproductiva en general, y el derecho a la interrupción del embarazo en particular.

Lo anterior se manifestó por primera vez a dos días de haber entrado en funciones el gobierno del ex Presidente Alberto Fernández, al realizar un evento en Casa Rosada⁵⁷ para la firma de la aprobación del “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2da Edición 2019” (Resolución 1/2019 del MSAL), que fue elaborada tomando en consideración la actualización publicada un mes antes por la gestión anterior e inmediatamente derogada a través del Decreto 785/2019 (DNSSR, 2021b, p. 8). Con este acto se transmitió públicamente la relevancia del tema para la gestión entrante, que marcaría la agenda de trabajo hasta la actualidad.

A partir de entonces, esta etapa concentró una multiplicidad de hechos clave en la historia del PNSSyPR. En primer lugar, como se mencionó anteriormente, el 5 de abril de ese año la entonces Dirección de Salud Sexual y Reproductiva fue elevada al rango de Dirección Nacional y ubicada directamente bajo la órbita de la Secretaría de Acceso a la Salud (Decisión Administrativa 457/2020 del MSAL), cuya responsabilidad primaria consiste en diseñar, implementar y monitorear políticas vinculadas a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva y a la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, a fin de promover la salud sexual y reproductiva de la población desde un enfoque de derechos, equidad social y perspectiva de género (DNSSR, 2021b, p. 3).

En este sentido, es importante mencionar las definiciones de derechos sexuales y derechos reproductivos que, desde dichos enfoques y teniendo en cuenta las definiciones de la CIPD de El Cairo y el marco normativo nacional, guiaron el accionar desarrollado en esta etapa:

⁵⁷ El evento contó con la presencia del entonces Presidente, el Ministro de Salud, la Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, integrantes del Consejo Asesor del PNSSyPR y medios de comunicación.

- Derechos sexuales: se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas.
- Derechos reproductivos: se refieren a poder decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. En ese sentido, incluyen recibir información sobre los diferentes MAC con respeto y confidencialidad, como así también acceder en forma gratuita al método elegido, a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, a tratamientos de reproducción médicamente asistida, y a la atención de la salud durante el embarazo, el parto, el posparto y el post aborto de manera respetuosa y de acuerdo a los mejores estándares de calidad vigentes⁵⁸.

En línea con lo anterior, el PNSSyPR comenzó a ser llamado “Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” (PNSSR), reflejando en el desuso del término “procreación responsable” la adopción de los enfoques de género y derechos humanos en contraposición con el paradigma tradicional de la planificación familiar. Sin embargo, dicho cambio no fue aprobado por una nueva normativa, sino que se impuso de manera informal mediante las diversas vías de comunicación utilizadas. Si bien este hecho es de suma relevancia, a fin de facilitar la lectura del documento, en lo que sigue, se mantiene el uso de la denominación original establecida en la Ley 25.673.

En base a las responsabilidades asignadas y el enfoque adoptado, se establecieron cinco líneas estratégicas:

1. Acceso efectivo a MAC, con énfasis en los LARC y en AIPEO
2. Acceso a la interrupción del embarazo (IVE e ILE) y a la atención posaborto
3. Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia
4. Prevención, detección temprana y atención de abusos sexuales y embarazos forzados en infancias y adolescencias
5. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad⁵⁹

⁵⁸ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (s.f.-a). *Derechos sexuales y derechos reproductivos*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>

⁵⁹ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023g). *Informe de gestión anual 2022* (p. 20). Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-anual-2022-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva>

En ese marco del desarrollo de dichas líneas de acción, se definieron siete objetivos específicos:

Ilustración 3. Objetivos específicos de la DNSSR

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTRIBUYE A LÍNEA ESTRATÉGICA
1	Ejercer rectoría en materia de políticas de salud sexual y reproductiva para promover: prácticas seguras, de calidad y basadas en evidencia; el acceso igualitario a los servicios de salud sexual; y el enfoque de género, derechos y diversidad en las respuestas del sistema de salud.	Este objetivo específico contribuye a las 5 líneas estratégicas.
2	Fortalecer los programas provinciales de Salud Sexual y Reproductiva con el fin de mejorar la cobertura y la calidad de atención.	Acceso efectivo a métodos anticonceptivos (N.º 1)
3	Prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia.	Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (N.º 3)
4	Promover el acceso, la cobertura y la atención de personas con capacidad de gestar a la interrupción voluntaria y legal del embarazo con estándares de calidad en los servicios de salud.	Acceso a la IVE/ILE y a la atención posaborto. Ley 27.610 (N.º 2)
5	Fortalecer la capacidad de acción de los equipos de salud para la detección temprana del abuso sexual en niñas/es/os y adolescentes (NNNA) y del embarazo forzado.	Detección temprana y prevención del abuso sexual en NNNA y del embarazo forzado (N.º 4)
6	Coordinar acciones para garantizar el acceso efectivo de las personas con discapacidad (PCD) a la salud sexual y reproductiva.	Promover los DSR de las personas con discapacidad (N.º 5)
7	Difundir y promover los derechos sexuales y reproductivos de la población en general y de niñas/es/os y adolescentes en particular.	Este objetivo específico contribuye a las 5 líneas estratégicas.

Fuente: Extraída de *Objetivos específicos de la DNSSR y contribución a sus 5 líneas estratégicas* (p. 11), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Para comprender la redefinición de las líneas estratégicas y la selección de los objetivos priorizados, es importante tener en cuenta algunos hechos clave ocurridos durante este período. En primer lugar, en abril de 2020, se creó la Dirección de Géneros y Diversidad, inicialmente dependiente de la Secretaría de Acceso a la Salud (Decisión Administrativa 457/2020 del MSAL) y, luego, de la Unidad de Gabinete de Asesores (Decisión Administrativa 384/2021 del MSAL). A partir de entonces, el área de Diversidad Sexual del PNSSyPR pasó a formar parte de la nueva Dirección, de modo que los insumos para tratamientos de hormonización destinados a personas trans dejaron de integrar la canasta de salud sexual y reproductiva gestionada por el área de Aseguramiento de Insumos del Programa Nacional.

Por otra parte, en octubre de 2020, la DNSSR se amplió significativamente al asumir la rectoría del Plan Enia, que fue transferido desde la órbita de la SENAF mediante la Resolución Conjunta

9/2020 del MDS y el MSAL⁶⁰. Cabe señalar que estos cambios no implicaron modificaciones en su modalidad de implementación, que siguió desarrollándose de manera articulada y coordinada entre el Ministerio de Educación, el MDS y el MSAL. Pero sí representaron un crecimiento sustantivo de la DNSSR en relación a sus responsabilidades, funciones, recursos humanos y presupuesto disponible, a la vez que exigieron un cambio en la organización y el funcionamiento del sector.

El tercer evento relevante fue la sanción, el 30 de diciembre de 2020, de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Post Aborto, reglamentada mediante el Decreto 516/2021, cuya autoridad de aplicación es el MSAL. En este punto es importante mencionar que la DNSSR integró el equipo interministerial conformado para la redacción del proyecto que dio origen a esta norma (DNSSR, 2021b, p. 3).

En síntesis, la Ley 27.610 de 2020 establece el derecho de todas las PCG a decidir la interrupción del embarazo, a solicitar y acceder tanto a dicha práctica como a la atención posaborto en los servicios del sistema de salud, y a prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, ESI y MAC eficaces, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible (Artículos 1 y 2). En cuanto al acceso a la interrupción del embarazo, reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921 por uno mixto de plazos y causales e incluye la cobertura total de las prestaciones en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO⁶¹.

Los hechos relatados permiten comprender los cambios y las continuidades que se presentaron durante estos años con respecto al período anterior. En este sentido, es importante señalar que los denominados “objetivos” durante la Etapa de Integración y Diversificación son llamados “líneas estratégicas” en esta nueva fase.

En primer lugar, se identifica que el objetivo vinculado al acceso a MAC se mantuvo y que el relativo a garantizar el acceso a la ILE se amplió en virtud de la incorporación de la IVE y la atención posaborto, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 27.610 el 24 de enero de 2021.

Se observa también que el objetivo referido a la ejecución del Plan Enia fue reformulado, estableciendo una diferenciación entre la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, por un lado, y la detección temprana y prevención del abuso sexual y del

⁶⁰ Junto con ello, el Proyecto “Apoyo al Plan Nacional de Prevención y Reducción de Embarazo No Intencional en la Adolescencia” (ARG/17/011), ejecutado con el apoyo del PNUD, fue trasladado a la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo de la cartera sanitaria.

⁶¹ Para mayor detalle, ver la Tabla 5 del Apéndice.

embarazo forzado en infancias y adolescencias, por el otro. De este modo, la ejecución de la primera línea estratégica fue situada bajo la órbita del Plan Enia, motivo por el cual no se profundizará sobre su desarrollo durante este período.

Asimismo, las acciones vinculadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las PCD fueron jerarquizadas, al incorporar esta temática como una línea estratégica prioritaria. Por el contrario, el propósito de contribuir a la implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género fue suprimido, ya que la responsabilidad primaria sobre el mismo fue transferida a la Dirección de Géneros y Diversidad.

En tanto, la promoción del acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva constituyó un eje transversal de las líneas estratégicas y los objetivos específicos, siendo ésta la finalidad principal de la DNSSR.

En este escenario, en el que la Dirección Nacional comenzó a tener a cargo la implementación del PNSSyPR y del Plan Enia, fue necesario fortalecer tanto la gestión interna como la coordinación y articulación entre ambas políticas, las áreas que las integraban y los PPSSR. Esta situación motivó la construcción de un nuevo modelo de gestión integral basado en evidencia y orientado a resultados, caracterizado por el abordaje transversal de las líneas estratégicas y el fortalecimiento de los espacios de participación activa de los equipos del PNSSyPR y de diversos actores externos (diferentes programas, sectores y organismos gubernamentales, organizaciones internacionales y de la sociedad civil, personas expertas y movimientos sociales, entre otros).

Se organizaron entonces Grupos de Trabajo (GT) sobre temáticas específicas, conformados por integrantes de los equipos técnicos de las diferentes áreas del PNSSyPR y del Plan Enia vinculadas al abordaje de las mismas, a fin de planificar y ejecutar las acciones necesarias para el logro de los objetivos propuestos desde un enfoque transversal e integral, que tenga en cuenta los ejes de construcción de institucionalidad, rectoría, prestaciones directas, capacitación, rendición de cuentas y acceso a la información (DNSSR, 2022c, p. 5). Los GT creados fueron: Aseguramiento de Insumos, Acceso a la Interrupción del Embarazo, Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad, Gestión Menstrual, y Monitoreo y Evaluación. Cada uno de ellos se reunió semanal o quincenalmente, según la agenda de trabajo acordada.

Asimismo, en 2020, se constituyó nuevamente el área de Asesoramiento Legal con el objetivo de contribuir al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos mediante diferentes acciones: 1) sistematizar, intervenir y ofrecer asistencia técnica legal en causas judiciales,

consultas directas y secuencias iniciadas por la Línea 0800 Salud Sexual relativas a posibles vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos, en particular, de aquellas asociadas a la Ley 27.610; 2) brindar asistencia técnica para la implementación y el fortalecimiento de la detección temprana y prevención del abuso sexual de infancias y adolescencias en el marco del Plan Enia y del PNSSyPR; 3) brindar asesoramiento legal a las diferentes áreas de la DNSSR, los PPSSR y los servicios de salud y; 4) ofrecer capacitación legal a equipos de salud; y 5) fortalecer el abordaje de temas estratégicos en materia de derechos sexuales y reproductivos⁶².

En el 2020 se creó también el área de Relaciones Institucionales y Cooperación Internacional, con el objetivo de realizar el seguimiento y aportar a la construcción de la agenda sobre derechos sexuales y reproductivos, como así también de articular acciones con organismos gubernamentales y ONGs nacionales e internacionales. El trabajo realizado por el área fue clave para fortalecer las relaciones de las DNSSR con el Consejo Asesor del PNSSyPR⁶³, autoridades y referentes de la política local y exterior, organismos regionales e internacionales de rectoría en la materia⁶⁴, organizaciones de la sociedad civil⁶⁵ y movimientos sociales (DNSSR, 2023g, pp. 8, 10). A su vez, esto favoreció la ampliación y consolidación de los espacios de participación, intercambio, trabajo colaborativo y toma de decisiones con especialistas en derechos sexuales y reproductivos que contribuyan a la mejora de la política pública (DNSSR, 2021b, pp. 26-27).

En la misma línea, en 2021, la DNSSR conformó “Comunidades de práctica”, un espacio de encuentro entre integrantes de los equipos del PNSSyPR, del Plan Enia y de los PPSSR para

⁶² Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022c). *Informe de gestión 2021* (p. 40). Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-2021-dnssr-0>

⁶³ Actualmente, el Consejo Asesor es integrado por las expertas Nelly Minyersky, Marita Perceval, Silvia Chejter, Mariela Rosen y Agustina Ramon Michel; y las siguientes instituciones: AMAdA; Amnistía Internacional Argentina; Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito; CEDES; Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA); Socorristas en Red; REDI; Red de Acceso al Aborto Seguro (Redaas); Red de Profesionales por el Derecho a Decidir; Católicas por el Derecho a Decidir; Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP); Central de Trabajadores Argentinos (CTA); MxM; Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ); UNFPA; Fundación para la Salud del Adolescente (Casa FUSA); Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y FEIM; Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infanto Juvenil (ASAPMI); Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Coordinadora Comité de Salud Sexual y Reproductiva, Federación Argentina de Medicina General (FAMG) y OPS (DNSSR, 2023e, p. 8).

⁶⁴ MERCOSUR, CEPAL, OPS, IPAS, *Fòs* Feminista UNFPA, UNICEF y PNUD, entre otros.

⁶⁵ Entre ellas, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Fundación Huésped, Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina y Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva.

fortalecer las capacidades locales de gestión, a fin de contribuir a la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el país (DNSSR, 2023g, p. 11)⁶⁶.

Previo a sintetizar las principales acciones desarrolladas durante esta etapa en el marco de cada una de las líneas estratégicas definidas, es importante mencionar un hecho externo que afectó de manera global el acceso a la salud sexual y reproductiva y el modo en que esta situación fue abordada por la DNSSR. A pocos meses de iniciada la gestión, la pandemia por el COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno para proteger a la población obstruyeron el acceso a estos servicios, tanto por el temor de las personas a asistir a establecimientos sanitarios como por la reorganización de los mismos y el cierre de escuelas (DNSSR, 2021b, p. 4). En este sentido, fue fundamental que, siguiendo las recomendaciones de la OMS, los servicios de salud sexual y reproductiva hayan sido declarados esenciales, ya que esto promovió y posibilitó la rehabilitación del acceso a la atención, las prácticas y los MAC.

Asimismo, desde la DNSSR se desarrollaron diversas estrategias para fortalecer el acceso a las prestaciones en este contexto adverso, como la promoción del suministro preventivo del AHE por cualquier integrante de los equipos de salud (no necesariamente profesionales) para que la persona lo tuviera disponible en el momento que lo necesitara; el sostenimiento de la distribución de MAC, con foco en los LARC; el fortalecimiento de la comunicación, las capacitaciones virtuales y la Línea 0800 Salud Sexual; la elaboración y difusión de notas técnicas e informativas dirigidas a equipos de salud para apoyar la prestación de servicios y la articulación con el Programa Sumar (DNSSR, 2021b, pp. 4, 9).

En relación al último punto, se destaca que las gestiones coordinadas con el Programa Sumar iniciadas en 2020 tuvieron como resultado la ampliación del conjunto de prestaciones de salud sexual y reproductiva financiadas por dicho programa, incluyendo las consejerías, las asesorías en salud integral, las consultas de urgencia por violencia, la dispensa de MAC, la ILE y, luego de su aprobación, la IVE (DNSSR, 2021b, 2023g).

Para lograr el acceso efectivo a MAC, con énfasis en los LARC y en la AIPEO, se buscó mejorar el aseguramiento de insumos, el acceso de la población a los mismos y la formación de equipos de salud, como así también fortalecer la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva (DNSSR, 2023g, p. 22).

⁶⁶ El primer año, los encuentros se realizaron de forma semanal entre los meses de abril y noviembre y, a partir de 2022, su periodicidad fue mensual. En base al trabajo realizado en este espacio, se elaboró colectivamente el documento de apoyo a la gestión “Comunidad de práctica federal de decisoras y decisores. Salud y derechos sexuales y reproductivos. Cartografías 2021” (DNSSR, 2022c, p. 12).

Una de las primeras medidas adoptadas a tal fin fue la conformación del GT Aseguramiento de Insumos, integrado por equipos técnicos multidisciplinarios de la DNSSR (DNSSR, 2021b, p. 24). Además, en el marco del modelo de gestión integral y transversal característico de esta etapa, se coordinaron las acciones desarrolladas por dicho GT; las áreas de Aseguramiento de Insumos, Monitoreo y Evaluación, Capacitación, Comunicación y Línea 0800 Salud Sexual; diversos proyectos y estrategias de rectoría, para contribuir desde cada uno de estos ámbitos a alcanzar el objetivo propuesto (DNSSR, 2023g, p. 22).

En este marco, se potenció el trabajo colaborativo entre las áreas de Aseguramiento de Insumos y Monitoreo y Evaluación para mejorar la planificación y la gestión tanto de los procesos de compra como de la distribución de insumos. Para ello, fue clave contar con información sobre población objetivo; *stock* nacional y provincial disponible; *clearing*⁶⁷ de depósitos; dispensa de LARC, de Misoprostol y Combipack; seguimiento del cumplimiento de metas de distribución; y demandas de los PPSSR y efectores de salud; datos que son producidos y/o sistematizados, procesados y analizados por el área de Monitoreo y Evaluación del PNSSyPR.

En este punto, un avance importante fue el establecimiento de la meta de cobertura del SAI, que se propuso alcanzar al 60% de su población objetivo. Al respecto, se debe tener en cuenta que también fue actualizada la definición de esta última, de modo que actualmente está conformada por las mujeres y PCG de 15 a 49 años que tienen cobertura de salud pública exclusiva, no están embarazadas⁶⁸ ni tienen cobertura anticonceptiva mediante un LARC o una ligadura tubaria⁶⁹ (DNSSR, 2023j, p. 25). Las diferencias con relación a la definición del 2007 se refieren a la inclusión y visibilización de la diversidad de identidades de género a partir del uso del término “personas con capacidad de gestar”, la exclusión del cálculo que aquellas personas que tienen cobertura anticonceptiva mediante un LARC o anticoncepción quirúrgica, y el desuso del cálculo de población objetivo de los Preservativos Peneanos. En tanto, la

⁶⁷ El *clearing* se refiere a la redistribución de los insumos entregados por el PNSSyPR desde los depósitos jurisdiccionales hacia los efectores de salud y otros destinos, tales como el envío de sobrestock de algún insumo a otra provincia de los requiera.

⁶⁸ El criterio utilizado fue considerar que aquellas mujeres o PCG que no tienen cobertura en salud a través del subsistema de obra social, mutual o prepaga se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y necesidad de políticas públicas que les garanticen el acceso a los MAC. Según los últimos datos censales disponible, el 41 % de las mujeres o PCG en edad reproductiva no tienen cobertura a través del subsistema de obra social, mutual o prepaga (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010) (DNSSR, 2023j, p. 25).

⁶⁹ Para calcular las mujeres con ligadura tubaria se utilizaron los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva realizada en 2013, según la cual, entre las mujeres o PCG que no tenían obra social o prepaga, el 7,6% se había realizado una ligadura tubaria. Para calcular las mujeres o PCG con DIU o implante subdérmico, se tomó el número total de la dispensa de esos dos LARC para los años 2019 y 2020 (DNSSR, 2023j, p. 25).

innovación que introduce la definición de la meta de cobertura del SAI del PNSSyPR es que se propone alcanzar a un 60% de su población destinataria.

En cuanto al fortalecimiento de la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva, se destaca la incorporación del Implante Subdérmico de 2 varillas (Implante 2v) y del Combipack (Mifepristona + Misoprostol) en el año 2022. Estos cambios fueron acompañados por la elaboración y difusión de notas técnicas basadas en evidencia científica actualizada y recomendaciones internacionales acerca de las dos alternativas de implantes subdérmicos disponibles y del uso de tratamientos combinados para la práctica de aborto con medicamentos. Por su parte, el área de Capacitación incorporó dentro de los temas abordados hasta el momento, la colocación de Implante 2v y la utilización de Combipack para la realización de interrupciones de embarazo, a la vez que amplió la oferta formativa en AIPEO a fin de fortalecer la implementación de esta estrategia e incrementar la dispensa de LARC (DNSSR, 2023g, pp. 23, 27). Con el apoyo de UNFPA, se realizó también el proyecto “Incorporación de implante de dos varillas”, que constó de la formación teórico-práctica y de capacitadores para equipos de salud y reuniones de coordinación, tutoría y seguimiento (DNSSR, 2023h, p. 37).

Asimismo, en el marco de una estrategia conjunta entre la DNSRR y la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis de la Secretaría de Acceso a la Salud, apoyada por el UNFPA Argentina, en el 2023 se inició el proyecto de inclusión de Preservativos Vaginales en la distribución nacional de insumos, a fin de contar con un método de barrera alternativo para prevenir ITS, evitar embarazos no intencionales y promover la toma de decisiones autónomas e informadas (DNSSR, 2023g). Este proyecto contempla tres líneas de acción, puestas en marcha a comienzos del 2023: provisión del insumo, capacitaciones y monitoreo de la ejecución.

En este marco, dichas áreas, la OPS y el UNFPA organizaron la mesa de trabajo “Preservativo vaginal en el marco de la prevención combinada del VIH e ITS y la ampliación de la oferta de métodos anticonceptivos”, a fin de presentar el plan de implementación nacional y construir una agenda de trabajo conjunta con las organizaciones participantes (Fundación Huésped, Casa FUSA, FEIM, Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina, Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva, Proyecto “Preservativo para Vulvas” y Ciclo Positivo) (DNSSR, 2023h, p. 12).

Teniendo en cuenta los avances registrados durante los últimos años, en 2023, se actualizó el documento “Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud”, que contó con la revisión técnica del Consejo Asesor, AMAdA y la Federación Argentina de Medicina

General (DNSSR, 2023h, p. 44). Entre los principales cambios introducidos se encuentran la incorporación del Implante 2v, la ampliación de la información sobre el Preservativo Vaginal, la actualización del apartado relativo a la anticoncepción quirúrgica en base la modificación de la Ley 26.130 de 2006⁷⁰ y la inclusión de la temática salud menstrual, de un capítulo sobre el modelo social de la discapacidad y de la nueva Ley 27.675 de 2022 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis⁷¹.

Además, mediante la Resolución 2821/2022 del MSAL, se aprobó la “Guía de Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico”. Este documento brinda información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente, por lo que resulta una herramienta de suma importancia para promover el acceso y la calidad de dicha estrategia en los servicios de salud.

En cuanto al acceso a la interrupción del embarazo (IVE e ILE) y a la atención post aborto, durante esta etapa se profundizó, potenció y amplió el trabajo iniciado durante el período anterior, especialmente a partir de la entrada en vigencia de la Ley 27.610.

En ese sentido, el PNSSyPR se enfocó en la remoción de las barreras de acceso, la ampliación de la capacidad de resolución del sistema de salud, la provisión de insumos (Misoprostol, Combipack y equipamiento para AMEU), la asistencia técnica y la actualización profesional de equipos de salud, la producción de protocolos de atención y de otros materiales de difusión e información, la capacitación de consultores de la Línea 0800 Salud Sexual para la respuesta a consultas en base al marco normativo vigente y la información disponible sobre efectores que realizan la práctica, y el monitoreo de la implementación de la ley (DNSSR, 2022c, 2023g).

Como se mencionó al comienzo de esta sección, uno de los primeros hitos de esta etapa fue la aprobación del “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2da Edición 2019” (Resolución 1/2019 del MSAL), documento fue actualizado nuevamente en dos oportunidades en 2021 y 2022. Primero, en virtud de la sanción de la Ley 27.610, se elaboró el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Actualización 2021” (Resolución 1535/2021 del MSAL), a fin de incluir la posibilidad de acceder a la IVE y ofrecer

⁷⁰ La Ley 27.655 de 2021 modificó los artículos 2 y 3 de la Ley 26.130, que establece el Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica. De este modo, se eliminó el requisito de contar con una autorización judicial cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz y se determinó que todas las PCD tienen derecho a brindar su consentimiento informado para acceder a prácticas de contracepción quirúrgica, por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas.

⁷¹ Ley 27.675 de 2022. Por la cual se declara de interés público nacional la Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis. 18 de julio de 2022. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27675-368130>

lineamientos para la atención integral y de calidad de las personas con derecho a la interrupción del embarazo, ya sea legal o voluntaria. A su vez, brindó indicaciones para la anticoncepción post aborto e introdujo modificaciones conforme los estándares normativos vigentes y las recomendaciones internacionales acerca de los procedimientos para la interrupción del embarazo. Luego, se realizó el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Actualización 2022” (Resolución 1063/2023 del MSAL), con el objetivo de incorporar las Directrices sobre la Atención para el Aborto emitidas por la OMS en marzo de ese año, las cuales indican tanto los criterios para la regulación del aborto como los mejores procedimientos clínicos y de atención disponibles para garantizar la seguridad y eficacia de la intervención en abortos (espontáneos o provocados) y atención post aborto.

Por otra parte, en 2021, se elaboró la “Guía de Recomendaciones para la Calidad e Integralidad de los Cuidados durante el Post Aborto” (Resolución 4172/2021 del MSAL), que les brinda a los equipos de salud lineamientos claros, precisos y acordes a los estándares vigentes sobre los procedimientos recomendados para asegurar una atención integral post aborto que respete los parámetros de calidad, accesibilidad, trato digno, confidencialidad, privacidad, autonomía de la voluntad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente.

Al igual que en el marco de la primera línea estratégica, también en este caso se conformó un GT integrado por especialistas, a fin de diseñar e implementar políticas que favorezcan el acceso a la IVE e ILE en todo el país y llevar adelante acciones que contribuyan a remover las barreras existentes.

En tal sentido, tres innovaciones que se introdujeron en este período fueron el comienzo de la entrega de Misoprostol en forma directa a efectores de salud (CAPS y hospitales) a través del Programa Remediar en el año 2020 -modalidad que complementó los envíos a depósitos jurisdiccionales-, la provisión de equipos para la práctica de AMEU (aspiradores y cánulas) a los PPSSR⁷² por primera vez ese mismo año y el inicio de la distribución de tratamientos de Combipack durante el 2022⁷³. Además, el área de Monitoreo y Evaluación trabajó en la mejora

⁷² Los instrumentos para la AMEU fueron obtenidos mediante la tramitación de una donación por parte de IPAS a las provincias, que constó de 157 equipos en 2020 y de 250 en 2021 (DNSSR, 2021b, 2022c).

⁷³ Para la adquisición de Combipack, en 2021, se gestionó una donación de 25.000 tratamientos con *Fòs* Feminista (ex IPPF/ RHO) y se inició la compra de 50.000 tratamientos a través del UNFPA (DNSSR, 2022c, p. 23).

del seguimiento a través del Formulario de IVE e ILE y Uso de Misoprostol y la conformación de una red de efectores que realizan la práctica.

En la misma línea, entre las capacitaciones brindadas por el PNSSyPR, se destaca el fortalecimiento de la oferta formativa sobre actualización profesional en interrupción del embarazo, uso de Misoprostol, Combipack y AMEU, tanto por la cantidad de actividades realizadas y personas capacitadas como por la ampliación y profundización de los temas abordados. Algunas de ellas fueron realizadas por el equipo técnico, profesional y jurídico del PNSSyPR y otras contaron con el apoyo de académicos, profesionales expertos, organizaciones de la sociedad civil (como Católicas por el Derecho a Decidir y la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir) y organismos internacionales (como OPS, UNFPA, IPAS y *Fòs Feminista*) (DNSSR, 2022c, pp. 26-27, 38). Asimismo, como se mencionó anteriormente, se brindaron capacitaciones a los equipos de la Línea 0800 Salud Sexual para el abordaje de las consultas relativas a interrupción del embarazo.

Por otra parte, se ofreció asistencia técnica a equipos de salud a fin de brindar herramientas para superar las barreras de acceso y atender consultas sobre los procedimientos adecuados según la edad gestacional, manejo de medicamentos e interacciones y mantenimiento de equipos AMEU (DNSSR, 2023g, p. 37).

Este accionar fue complementado por la realización de diversos proyectos de capacitación y asistencia técnica a equipos de salud con el objetivo de garantizar el acceso y la calidad de la atención tanto en la IVE e ILE como post aborto. Algunos de ellos fueron: “Rodando derechos” de Católicas por el Derecho a Decidir; “Rutas de acción por las derechos sexuales y reproductivos: fortalecimiento del acceso a la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en NOA y NEA”, apoyado por Casa FUSA y la Embajada de Países Bajos; y “Más Servicios IVE/ILE”, ofrecido por profesionales expertos (DNSSR, 2023g, pp. 39-40).

Además de la elaboración y actualización de protocolos de atención referida anteriormente, se produjeron notas técnicas para la difusión de estándares de organización y prestación de servicios en el marco de la Ley 27.610⁷⁴. Por otra parte, el área de Comunicación confeccionó

⁷⁴ Nota Técnica N° 2: Aspiración Manual Endouterina (AMEU); Nota Técnica N° 3: Ley 27610 - Estándares legales para la atención de la interrupción del embarazo; Nota Técnica N° 4: Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE; Nota Técnica N° 6: Mifepristona y Misoprostol para la atención del aborto con medicamentos; Nota Técnica N° 7: Estándares legales para la atención posaborto - Ley 27.610; Nota Técnica N° 9: Potenciar el rol de las personas obstétricas en la provisión de métodos anticonceptivos e interrupción del embarazo (IVE-ILE) - Estándares y recomendaciones basadas en la evidencia; y Nota Técnica N° 11: Interpretación de las normas para el acceso de personas con discapacidad a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (MSAL, s.f.).

diversos materiales de difusión masiva para promover el acceso a la IVE e ILE: calcos, afiches, folletos, videos y publicaciones en redes sociales del MSAL (DNSSR, 2023g, pp. 41-45).

Otra de las acciones relevantes fue la participación en la Mesa Interinstitucional de IVE e ILE, conformada junto a la Superintendencia de Servicios de Salud, la Dirección de Defensa al Consumidor y el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, con el objetivo intercambiar información y compartir recomendaciones de personas expertas en materia legal sobre las mejores formas de garantizar el acceso a la interrupción del embarazo, principalmente en los subsistemas de salud de obras sociales y prepagas (DNSSR, 2022c, 2023g).

Además, desde su creación en 2020 hasta la actualidad, el área de Asesoramiento Legal realizó múltiples intervenciones en causas judiciales, secuencias de la Línea 0800 Salud Sexual y derivadas de consultas directas sobre IVE e ILE; actuaciones administrativas relacionadas con posibles incumplimientos de obligaciones y vulneraciones de derechos protegidos por la Ley 27.610; asistencias técnicas a equipos provinciales en aspectos legales de los servicios de IVE/ILE; gestiones de traslados interjurisdiccionales para el acceso a la práctica y articulaciones con la Mesa Interinstitucional de IVE e ILE (DNSSR, 2023g, pp. 92-94).

Con respecto a la línea estratégica de prevención, detección temprana y atención de abusos sexuales y embarazos forzados en infancias y adolescencias, se destaca el proyecto “Estrategia de abordaje en red para la detección y atención de los embarazos forzados producto de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes menores de 15 años” destinado a profesionales, equipos y servicios del sistema de salud, que fue implementado a partir del 2021 con el apoyo de PNUD. Dicha iniciativa tiene por objetivo de fortalecer, consolidar y articular las políticas públicas provinciales en la materia mediante el desarrollo de un modelo de atención en red que permite optimizar la capacidad de respuesta del sistema (DNSSR, 2023g, p. 67).

Su puesta en práctica contó con la colaboración del UNFPA, Casa FUSA y los PPSSR e incluyó la realización de asistencias técnicas, talleres teórico-prácticos sobre diversos temas (modalidades y contextos de los abusos sexuales; modelos de intervención; embarazos no intencionales, embarazos forzados, embarazos consentidos o deseados; la vulnerabilidad de género y generacional; objetivos y especificidad de las consejerías), conferencias, pasantías virtuales, supervisiones de casos (DNSSR, 2023g, p. 67). Asimismo, el proyecto fue acompañado por el acceso a material bibliográfico y la publicación del documento “Consejerías en derechos a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y embarazo forzado”, que recopila la experiencia de especialistas de la salud en el abordaje de la temática (DNSSR, 2022c, p. 25).

Además, en 2021, el área de Comunicación del PNSSyPR y el equipo del Plan Enia realizaron la “Serie audiovisual para la formación en detección y abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado en la niñez y adolescencia”, compuesta de cinco videos educativos breves para el trabajo con equipos de hospitales y centros de salud, escuelas, organismos de niñez y adolescencia, organizaciones comunitarias y del sistema de administración de justicia (DNSSR, 2022c, p. 25). Siguiendo con esta línea, en 2023, dicha área elaboró la serie de herramientas para la intervención “Niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos”, integrada por seis herramientas que brindan orientaciones y recomendaciones a equipos de salud para la atención de estos casos (DNSSR, 2023h, pp. 98-99). A fin de visibilizar la problemática y promover el acompañamiento de estas situaciones, produjo también la serie audiovisual “Derechos sexuales y reproductivos: Abuso sexual y embarazo forzado”, distribuyó libros y calcos sobre la temática.

En materia de rectoría, se destaca la actualización del “Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales, 4ª edición, 2021”, y sus respectivas adaptaciones sociolingüísticas e interculturales para el acceso de pueblos originarios (Resolución 2003/2021 del MSAL). Este documento les ofrece a los equipos de salud una guía de procedimientos recomendados para la atención integral e inmediata post exposición, la anticoncepción de emergencia, el acceso a la IVE o ILE y la recolección de evidencia biológica, basada en información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente, con lineamientos claros y precisos para un abordaje oportuno y de calidad de las situaciones de violencia sexual.

La quinta línea estratégica fue liderada por el GT Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad, que tiene por objetivo transversalizar la perspectiva de dicha población en las diferentes acciones impulsadas por la DNSSR, a fin de garantizar su acceso efectivo a la salud sexual y reproductiva (DNSSR, 2022c, p. 6).

Para ello, elaboró un diagnóstico sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las PCD; formuló recomendaciones de política pública en base al modelo social de discapacidad; coordinó con la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) la formación del personal del MSAL en comunicación accesible; trabajó junto al área de Capacitación en la inclusión de la perspectiva de las PCD en los cursos realizados y en los espacios de consejería como así también en la elaboración de cursos específicos sobre la temática; le brindó herramientas al equipo de consultores de la Línea 0800 Salud Sexual para fortalecer su capacidad de respuesta a las consultas realizadas por esta población; participó en la elaboración de la Nota Técnica N° 8 sobre anticoncepción quirúrgica y PCD; y coordinó el desarrollo de un

trabajo articulado entre el área de Comunicación y especialistas en lectura fácil, braille y lenguaje de señas para la accesibilización de la totalidad de los materiales didácticos y comunicacionales desarrollados (DNSSR, 2021b, 2022c). Estas acciones se vieron nutridas por el intercambio permanente con organizaciones vinculadas a la temática, tales como la Biblioteca Argentina de Ciegos, la REDI, la ANDIS y el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.

Otra línea de trabajo impulsada desde el 2021 para promover los derechos sexuales y reproductivos fue el abordaje de la salud menstrual, temática que hasta entonces no había formado parte de la agenda del PNSSyPR. A tal fin, se promovió la prestación de consejerías sobre esta cuestión y se publicó el documento “Justicia menstrual: la introducción a la copa menstrual”, destinado a equipos de salud. Dicho material fue producto del trabajo realizado en el marco del espacio multiactoral “Justicia Menstrual”, del que participaron organismos nacionales, provinciales, municipales y de la sociedad civil especializados en la temática (DNSSR, 2022c, p. 24).

Asimismo, en 2022, se distribuyeron copas menstruales y se iniciaron las capacitaciones sobre salud menstrual dirigidas a equipos del Plan Enia, promotores comunitarios, agentes sanitarios y penitenciarios, personas privadas de su libertad y trabajadores del Instituto Nacional de Juventudes, entre otros. En marzo de 2023, se publicó la investigación “Introducción de la copa menstrual como producto de gestión de la higiene menstrual a través del sistema de salud: estudio de caso”, elaborada por la DNSSR con el apoyo de UNFPA y CEDES (DNSSR, 2023h, p. 118). Además, el área de Comunicación realizó folletos y publicaciones en redes sociales sobre menstruación ofreciendo respuestas a preguntas frecuentes (DNSSR, 2023g, p. 80).

Entre los aspectos relevantes de esta etapa que son transversales a las diferentes líneas estratégicas se destaca que, desde el área de Comunicación, se potenció la difusión de los derechos sexuales y reproductivos mediante redes sociales institucionales (Facebook e Instagram) y se incrementó la publicación de materiales en técnicos, educativos y de seguimiento de la gestión en la página web del MSAL. Paralelamente, se continuó con la distribución de libros, afiches, folletos, calcos y otros materiales gráficos impresos.

Además, a partir de la pandemia por COVID-19, se amplió el alcance de las acciones desarrolladas por el área de Capacitación producto del crecimiento de la oferta formativa de modalidad virtual: *webinars*, conversatorios sincrónicos, cursos autoadministrados y tutorías (DNSSR, 2022c, p. 34). Esto permitió ofrecer herramientas y acompañamiento a los PPSSR y equipos de salud a pesar del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), como así

también reducir las brechas de acceso territoriales y promover el encuentro e intercambio entre personas que habitan en diferentes lugares del país.

Asimismo, para promover el acceso a informes de monitoreo y rectoría, en 2023, la DNSSR comenzó a publicar catálogos de las diferentes líneas de materiales producidos, que son actualizados periódicamente: “Políticas Públicas de salud y derechos sexuales y reproductivos: monitoreo y rendición de cuentas”, “Material de formación en detección y abordaje de la violencia sexual y el embarazo forzado en la niñez y adolescencia” y “Materiales de capacitación y documentos técnicos de la DNSSR” (DNSSR, 2023c, 2023d, 2023h). Este formato de presentación facilita el acceso a la información y fortalece la transparencia de la gestión pública.

En línea con lo anterior, uno de los avances más importantes en materia de rendición de cuentas y acceso a la información fue la elaboración del Tablero de Monitoreo de la DNSSR, proyecto desarrollado conjuntamente por las áreas de Monitoreo y Evaluación del PNSSyPR y el Plan Enia desde el 2020, en el marco del GT integrado por ambos sectores. Luego de más de un año de trabajo, a principios de 2022, se publicaron los resultados del primer año de gestión y, actualmente, están disponibles también las mediciones correspondientes al 2021 y 2022.

Esta herramienta fue diseñada con el propósito de contar con información de calidad que permitiera identificar los avances realizados y los desafíos pendientes para el logro de los objetivos estratégicos planteados, a fin de fortalecer la toma de decisiones en base a evidencia, la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión (DNSSR, 2023j, p. 10). Para ello, se formuló un conjunto de 68 indicadores de entorno, oferta, calidad, proceso, resultado e impacto, que resultan clave para el seguimiento de los 7 objetivos específicos propuestos en el marco de las 5 líneas estratégicas de la DNSSR, los cuales son actualizados anualmente por el área de Monitoreo y Evaluación en base a información producida por las 24 jurisdicciones, el PNSSyPR y el Plan Enia (DNSSR, 2023j, p. 10). De este modo, el Tablero de Monitoreo constituye una estrategia centralizada de seguimiento de la gestión que permite dar respuesta al desafío que representan la complejidad y la heterogeneidad territorial del país para consensuar criterios de relevamiento y articular su implementación con las provincias (DNSSR, 2023j, p. 10).

Luego de este recorrido por los principales hechos que tuvieron lugar durante esta quinta etapa del PNSSyPR es posible comprender la denominación otorgada a partir de la investigación realizada en la presente tesis. “Expansión, Transversalización y Participación” sintetiza el camino transitado desde diciembre de 2019 hasta la actualidad, años en los que el Programa Nacional experimentó un notorio proceso de expansión, primero, a raíz del mayor énfasis en

las estrategias orientadas a garantizar en el acceso a la ILE y, luego, producto del fortalecimiento y la diversificación de dicho accionar para asegurar el acceso equitativo y universal a la IVE, ILE y atención posaborto en todo el territorio nacional. Asimismo, esta etapa se caracterizó por la implementación de un modelo de gestión integral y transversal, cuyo rasgo distintivo fue formalizar, estructurar y darles entidad a las instancias de articulación entre las áreas internas a través de la creación de GT intersectoriales y multidisciplinarios sobre temas clave para la mejora de la gestión y la política pública a través de la incorporación de diferentes visiones al abordaje de las líneas estratégicas. Por último, fueron años en los que se logró fortalecer, ampliar y consolidar los espacios de participación activa de actores clave en el campo de los derechos sexuales y reproductivos⁷⁵ tanto en la planificación de las intervenciones como en los procesos de toma de decisiones.

Para finalizar el abordaje de esta sección, es importante reflexionar en torno a la vinculación de los testimonios de las informantes clave y la hipótesis esbozada en el apartado 3.1. acerca de la asunción presidencial de Javier Milei y el comienzo del gobierno de La Libertad Avanza como momento de cierre de esta quinta etapa del PNSSyPR e inicio de un período regresivo y defensivo para esta política pública en particular, y en el campo de los derechos sexuales y reproductivos en general.

Al preguntarles por los tres principales desafíos del Programa Nacional en la actualidad, 10 de las 16 personas consultadas encontraron en el contexto político nacional el reto de mayor relevancia. En particular, advirtieron sobre el posible deterioro del financiamiento de esta política pública, que llevaría a una reducción de la provisión de MAC y otros insumos, lo que tendría como consecuencia el incremento de los embarazos no intencionales, agravado por la obstaculización del acceso a la IVE e ILE. Además, alertaron sobre el retorno de enfoques tradiciones contrarios a la perspectiva de género y derechos humanos, como así también sobre el retroceso en materia de derechos sexuales y reproductivos y la persecución ideológica a profesionales de la salud que estén a favor de los mismos. En ese marco, subrayaron la importancia de defender al PNSSyPR, los logros alcanzados y los derechos conquistados; fortalecer las actividades comunitarias y preservar al equipo de trabajo para que esto sea posible y volver a crecer cuando el escenario sea más favorable. En palabras de las informantes clave:

⁷⁵ Entre ellos, el Consejo Asesor del PNSSyPR, profesionales de la salud, especialistas en el tema, organismos externos, organizaciones de la sociedad civil, referentes del movimiento feminista y diferentes programas, sectores y organismos gubernamentales.

Bueno, el gran desafío es seguir. Yo creo que hay un gran problema de vaciamiento que se va a dar especialmente en relación a los anticonceptivos, que se va a dar por supuesto en la falta de financiación y la persecución a los profesionales y las profesionales de la salud, desde médicas, anestesistas, enfermeras administrativas que accionen a favor del aborto legal. Creo que puede haber un vaciamiento en relación a los anticonceptivos, que es lo más grave que puede pasar y, por supuesto, un retroceso en relación a la prevención del embarazo adolescente. Así que el enorme desafío en esos tres puntos es que el programa pueda seguir y no se vea declinado por el enorme cambio que se da en la Argentina y el enorme retroceso enmarcado por las palabras de Javier Milei en Davos, alguien que además confunde no azarosamente, que habla de un control poblacional que no existe en el mundo. Los paradigmas de los derechos sexuales y reproductivos hace mucho tiempo que no apuntan al control poblacional, sino que se orientan al acceso a los derechos sexuales y reproductivos, y toda su esencia se va a ver retrotraída para la Argentina y para el resto del mundo y de América Latina. (L. Peker⁷⁶, comunicación personal, 22 de enero de 2024)

Sostener todo lo realizado en los últimos 20 años en el contexto político actual del país será el principal desafío en los próximos años. Ni un paso atrás en DSyNR [derechos sexuales y no reproductivos]. Garantizar el acceso, que los insumos y la información correcta lleguen a les usuaries... sólo eso podrá sostener lo que venimos defendiendo como autonomía. (A. Álvarez, comunicación personal, 23 de enero de 2024)

La verdad que estamos en un contexto de muchos desafíos que tienen que ver con diferentes discusiones que parecían estar saldadas, que uno creía o que en los talleres salían como bueno, esto ya pasó, como pensar en el respeto de las decisiones del otro. Cuestiones muy generales y, en particular, en salud sexual. Para intentar focalizarme, pienso la necesidad de presupuesto, eso es un gran desafío que tenemos por delante. El trabajo comunitario también me parece que es un gran desafío que se nos viene. Pensar en la comunidad, no solamente en personas individuales, sino en personas individuales que funcionan en un contexto particular, con una mirada, con unos determinantes de la salud propios a los que hay que prestarles atención... Tiene que ver con lo comunitario y con el trabajo articulado con todas las redes, con las organizaciones, con los gobiernos provinciales, municipales, y poner por delante la política pública de salud y no otras cuestiones. (C. Lynn⁷⁷, comunicación personal, 20 de enero de 2024)

En cuanto a desafíos, en este momento, sostener lo realizado y alcanzado es uno muy significativo a la luz de los cambios de gobierno que, al menos en el macrodiscurso, no pregonan derechos sexuales y reproductivos. Otro desafío es que no se pierda la mirada de sujetos de derechos de las personas destinatarias de las políticas de salud sexual y reproductiva. Del mismo modo que es un desafío el riesgo de retornar al discurso y mirada inicial muy centrada en 'la mujer' en las políticas de salud sexual y reproductiva, en especial desde que los temas asociados al colectivo LGBTQ+ no están más en la órbita de la DNSSR. No obstante, dado que cambios de gestiones ha habido otros, podemos decir que esa solidez del equipo es lo que permite sostener saberes ya institucionalizados, líneas de trabajo y, también, ciertas prácticas que pueden quedar más aletargadas y luego recuperarse y expandirse en contextos generales más propicios. (E. Amorín y C. Leone, comunicación personal, 19 de enero de 2024)

⁷⁶ L. Peker es periodista y escritora especializada en género.

⁷⁷ C. Lynn es Responsable del GT sobre Gestión Menstrual e integrante del área de Capacitación del PNSSyPR.

En la misma línea, hasta la asunción del nuevo gobierno, la Investigadora Adjunta del CEDES S. Ariza identificaba como principales retos del PNSSyPR avanzar en la capacitación de equipos de salud para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva conforme el marco normativo vigente en todo el país, mantener la continuidad en el aseguramiento de insumos y seguir realizando actualizaciones permanentes del marco normativo para garantizar elevados estándares de calidad de la atención brindada a la población (comunicación personal, 2 de febrero de 2024). Sin embargo, a partir de la transformación del escenario político pone el foco sobre el principio de no regresividad de los derechos:

En relación a los tres desafíos que considero más importantes, me parece que hoy estamos en un contexto muy distinto a cuando me hiciste la pregunta porque hace un mes nada más estaba iniciando un nuevo gobierno, estaba empezando a darse un cambio muy estructural en la política argentina e, incluso, por lo que podemos ver hoy, un cambio en la estructura institucional que va a tener un profundo impacto en la salud sexual y reproductiva, ya que muestra que no hay una priorización como la que hubo en gestiones anteriores respecto a esta materia. Entonces eso va a marcar unos desafíos que son muy distintos a los que podía avizorar cuando estábamos terminando la gestión anterior...

Hoy te diría que mis prioridades son distintas y allí pongo en primer plano el principio de no regresividad. A partir de lo que ha dejado ver este gobierno, uno debería pensar que los desafíos son mantener lo logrado y no retroceder. El Estado tiene un compromiso grande de no regresividad con los derechos y de asegurar que cada vez que la ciudadanía gana un derecho, ese derecho se mantenga y lo que haga es avanzar y progresar, y no retroceder. Pienso entonces que hoy nuestros desafíos son esos, asegurarnos que el derecho a la interrupción del embarazo no sea restringido, que haya una disponibilidad de servicios anticonceptivos, que la mirada sobre adolescentes y personas con discapacidad se mantenga basada en la autonomía y en el respeto de sus derechos, que mantengamos el respeto por el marco constitucional y convencional de los derechos humanos en materia de derechos sexuales y reproductivos y que no haya ningún retroceso. Yo diría que hoy son esos los desafíos que tenemos, lamentablemente. (comunicación personal, 2 de febrero de 2024)

De este modo, en caso de que se materializaran en medidas concretas los dichos contrarios a los derechos sexuales y reproductivos pronunciados por funcionarios de La Libertad Avanza y se cumplieran entonces los pronósticos enunciados por las informantes clave, estaríamos transitando el fin de la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación del PNSSyPR y comenzando una nueva fase, marcadamente diferente a las transitadas hasta el momento.

3.3. A Modo de Balance General

A lo largo de estos 20 años, el PNSSyPR ha atravesado un proceso de institucionalización, jerarquización, consolidación, diversificación y expansión, acompañado por la creciente transversalización de los enfoques de salud integral, género y derechos humanos. Asimismo, ha promovido la extensión del marco normativo que fortalece su sostenibilidad a la vez que

amplía y protege los derechos sexuales y reproductivos de la población⁷⁸, hecho que fue señalado entre sus principales logros por 11 informantes clave. Al respecto, A. Messina resaltó el “haber promovido con éxito la sanción de nuevas leyes que amplían los derechos sexuales y reproductivos (anticoncepción quirúrgica, IVE)” (comunicación personal, 15 de enero de 2024), y la Vocal Titular de la AMAdA M. L. Lovisolo expresó que:

Otro logro desarrollado en el mismo marco fue el de la sanción de la Ley 26.130, que establece que a partir de la mayoría edad las personas pueden acceder de manera gratuita a la ligadura tubaria sin necesitar el consentimiento de su pareja. Se ha logrado también el acceso a tratamientos de fertilidad asistida en forma gratuita y se logró impulsar la Ley de Identidad de Género, con todo lo que ello significa. (comunicación personal, 16 de enero de 2024)

Con relación a este punto, resulta interesante recuperar las palabras de Cesilini y Gherardi, quienes en 2002 habían advertido que, en Argentina, “el principal elemento de opresión para las mujeres no es jurídico” y que “la cuestión no pasa por reconocer derechos sino por protegerlos” (p. 11) ante la existencia de diversos factores que pueden obstaculizar el respeto de los mismos. Entre ellos mencionan la falta de recursos, la ausencia de asignación presupuestaria, la discontinuidad institucional, la rotación de funcionarios públicos, la debilidad del sistema de salud, los problemas de capacitación del personal sanitario (desactualización formativa, sesgos ideológicos, enfoque tradicional), las barreras culturales, y la persistencia de concepciones y roles de género tradicionales que ubican a las mujeres como responsables exclusivas del cuidado de la salud sexual y reproductiva (pp. 16-17).

Esta afirmación lleva a poner el foco sobre la importancia de implementar políticas públicas cuyas estrategias permitan afrontar dichas barreras para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos adquiridos. Y precisamente ello fue lo que hizo el PNSSyPR, primero, para dar cumplimiento a la norma que estableció su creación y, luego, a la ampliación de derechos que tuvo lugar mediante la Ley 26.130 del Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica; la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral; la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales; la Ley 26.743 de Identidad de Género; la Ley 26.862 de Reproducción Medicamente Asistida; y la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Post Aborto.

De hecho, para superar, minimizar o evitar tales obstáculos, llevó adelante gran parte de las estrategias sugeridas por Cesilini y Gherardi (2002): promover y visibilizar la demanda con el

⁷⁸ Para mayor detalle, ver la Tabla 5 del Apéndice.

apoyo de las ONGs, los movimientos de mujeres, organizaciones feministas, actores políticos y profesionales de la salud; negociar y evitar la confrontación con los sectores conservadores y la jerarquía eclesiástica, centrándose en la defensa de los aspectos que hacen al cumplimiento de los objetivos clave (y cediendo en los que son en cierto modo secundarios); construir argumentaciones eficaces y convincentes basadas en evidencia; generar consensos, buscar aliados pluripartidarios y tejer redes con los diferentes actores interesados; y fortalecer la participación activa de ONGs, organizaciones comunitarias, organismos gubernamentales e internacionales en la política pública (pp. 95-102).

Para ello, fue central la adquisición de autonomía administrativa y financiera, que habilitó la disponibilidad de un presupuesto propio, la conformación de un equipo especializado, su organización en áreas internas diferenciadas y en GT transversales e interdisciplinarios. Este aspecto fue resaltado por E. Amorín y C. Leone:

Un logro central es el armado, no lineal ni poco conflictivo, de un equipo de trabajo amplio, integral, interdisciplinario con compromiso técnico, profesional y político al desarrollo de políticas públicas de salud sexual y reproductiva colectivas y federales. Este equipo sumamente sólido y especializado, que incluye a quienes tomaron la tarea tanto a nivel central como provincial, permitió sostener una línea de trabajo que permaneció y creció en el tiempo, atravesando múltiples coordinaciones y gestiones de diversos tintes políticos y de salud pública. Fue un desafío sostener, frente al crecimiento del programa, ese mismo compromiso y clima de trabajo. (comunicación personal, 19 de enero de 2024)

En el marco de los diferentes modelos de gestión establecidos desde el 2003 en adelante, este equipo de trabajo aportó al diseño de múltiples estrategias para alcanzar los propósitos del Programa Nacional y los objetivos priorizados, y llevó delante de manera coordinada las líneas de acción impulsadas a tal fin en materia de capacitación, comunicación y producción de materiales, aseguramiento de insumos, asesoramiento legal, atención de consultas ciudadanas, monitoreo y evaluación, relaciones institucionales y cooperación internacional, e intercambio con actores clave en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. La tarea realizada en estos ejes fue valorada positivamente por las informantes clave en los testimonios brindados.

Las intervenciones desarrolladas en materia de capacitación, consejería y producción de materiales fueron identificadas como estrategias clave para mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva por 9 de las personas consultadas. En este sentido, la entonces Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva V. Isla⁷⁹ destacó la elaboración de guías, protocolos y notas técnicas, junto con la realización de capacitaciones para mejorar la

⁷⁹ Valeria Isla fue Coordinadora del PNSSyPR entre el 2005 y el 2007 y luego se desempeñó como Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el período 2019-2023.

calidad de atención y el acceso a MAC (comunicación personal, 17 de enero de 2024). En tanto, S. Ramos resaltó “la formación y el fortalecimiento de equipos para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, creando masa crítica de agentes de cambio con compromiso por la garantía de derechos y formados técnicamente”, como así también “la mejora de la consejería en anticoncepción, como herramienta para las decisiones libres e informadas” (comunicación personal, 15 de enero de 2024).

Por su parte, la ex Directora de Salud Sexual y Reproductiva, Médica Ginecóloga, Profesora Universitaria y Presidenta de la Red Iberoamericana de Profesionales de la Salud Sexual y Salud Reproductiva S. Oizerovich⁸⁰ subrayó haber garantizado “la formación de profesionales en los temas de asesoría-consejería para la implementación de los MAC e IVE ILE” e identificó como un desafío “garantizar la continuidad en las capacitaciones de los equipos de salud” (comunicación personal, 26 de enero de 2024). En esta línea, C. Lynn señaló:

Pienso que un gran trabajo fue pensar las políticas de consejería desde la atención primaria de la salud. Y en esto la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, de un espacio de atención basado en la escucha, que brinda información validada científicamente y que toma en cuenta las creencias y las opiniones que la persona trae. Me parece que esa mirada integral de la salud puesta en el usuario, que se distancia del modelo médico hegemónico, fue un gran logro. Y ese trabajo dio sus frutos para pensar el resto de los abordajes, las temáticas y el acceso a métodos anticonceptivos. (comunicación personal, 20 de enero de 2024)

S. Ariza incluyó entre los tres principales logros del PNSSyPR la articulación con los PPSSR para asegurar el cumplimiento de los derechos adquiridos:

Otro logro muy importante fue la articulación entre Nación y provincias para hacer un trabajo conjunto en la garantía de los derechos. Uno a veces lo puede ver en las cifras más frías de los insumos... pero, en realidad, eso es todo un trabajo que llevó muchos años de generación de confianza, articulación, identificación de prioridades y creación de redes. Ese es un punto clave que se fue armando desde el inicio del programa y la Ley 27.610 se pudo implementar muy rápido porque existía ya esta gimnasia de articulación entre las provincias y Nación, algunas con más fluidez, otras con menos. Pero la idea más estructural de cómo debe trabajar el Estado Nacional con los Estados Provinciales y con las demás jurisdicciones es muy clara y es un logro importante. (comunicación personal, 2 de febrero de 2024)

Para que esto sea posible, fueron centrales la firma de los convenios de adhesión con los PPSSR (años 2011 y 2012), el armado de una red nacional de referentes provinciales y la generación de espacios de trabajo colectivo, participación, intercambio y articulación.

⁸⁰ S. Oizerovich se desempeñó como Coordinadora del PNSSyPR entre el 2016 y el 2018, cuando fue nombrada Directora de Salud Sexual y Reproductiva, cargo que ocupó hasta el fin de la gestión en 2019.

Además, la Investigadora Adjunta del CEDES señaló como un logro la conformación del Consejo Asesor y el sostenimiento de la labor conjunta con diferentes actores de la sociedad civil, lo que contribuyó tanto a la mejora continua de la política pública como a la transparencia y redición de cuentas:

Otro logro importante que destacaría es que no sé si hay tantas otras áreas de la salud ni del resto de los sectores del Estado que trabajen de una manera tan articulada y con una comunicación permanente con la sociedad civil como el área de salud sexual y reproductiva. Ya desde de la creación del programa se armó un Consejo Consultivo. Esto lo habían enseñado las provincias que ya tenían una ley [un programa de salud sexual y reproductiva] ... y un Consejo Consultivo con el que trabajaban de manera articulada con la sociedad civil... En distintas gestiones y con distinta intensidad, siempre se mantuvo ese Consejo que realmente ha sido siempre consultado, ha sido parte de las decisiones, ha sido un órgano muy importante para la rendición de cuentas a la sociedad civil, ha apoyado la tarea del Estado y ha sido un interlocutor mucho más definido con relación a la tarea que está haciendo, que puede hacerle devoluciones, *feedback*, para que las políticas sean realmente un ida y vuelta. Y creo que eso hizo que fuéramos aprendiendo a hacer políticas basadas en la evidencia, que esos ejercicios de rendición de cuentas fueran retroalimentando las políticas. Eso se hace concreto, por ejemplo, en el tablero de evidencia [Tablero de Monitoreo de la DNSSR] que se implementa en esta última gestión, que ya es una herramienta que queda estable, que está estandarizada, que va a permitir medir los progresos y que da información para mejorar la política pública. (S. Ariza, comunicación personal, 2 de febrero de 2024)

Por otra parte, la Investigadora de CONICET⁸¹-CEDES M. Romero destacó la importancia de haber podido “sostener la gratuidad [de las prestaciones de salud sexual y reproductiva] en el subsector público, de obras sociales y privado” (comunicación personal, 22 de enero de 2024). Esto fue esencial para garantizar la universalidad y equidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población, independientemente de la cobertura de salud con la que cuente, cuestiones sobre las que se profundizará en el próximo capítulo.

Asimismo, 9 informantes clave resaltaron como un logro fundamental la incorporación y transversalización de los enfoques de salud integral, derechos, género, inclusión e interculturalidad, dejando atrás la mirada reproductiva y maternalista propia del paradigma tradicional de la planificación familiar que había predominado durante la Etapa Inicial (2002-2006). A continuación, se citan cinco testimonios que ilustran esta cuestión:

Yo pienso que el principal logro fue instalar en la política pública sanitaria en particular, y en la política pública en general, la importancia de que haya políticas dirigidas exclusivamente a la salud sexual y, en este marco, la promoción de la salud integral. Me parece que ese trabajo realizado sobre la necesidad de políticas específicas fue una base fundamental para que después se pudieran dar otros avances. La Ley de

⁸¹ CONICET es el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

IVE, por supuesto, y las siguientes conquistas, me parece que se posibilitaron gracias al hecho de hablar de salud sexual desde la promoción de la salud integral y no desde la mirada de la enfermedad. (C. Lynn, comunicación personal, 20 de enero de 2024)

Cabe hacer hincapié en que la implementación correcta del Programa no radica únicamente en la provisión de métodos anticonceptivos, sino también en la transmisión de los valores respecto de los derechos en salud sexual y reproductiva en un contexto de no violencia, con perspectiva de género y respetando la diversidad sexual. (M. L. Lovisolo, comunicación personal, 16 de enero de 2024)

En relación a los tres logros que se alcanzaron durante estos 20 años de la ley, creo que tienen que ver con la ampliación de la mirada acerca de los derechos sexuales y reproductivos. Por allá en 2002, cuando empieza el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, había una mirada muy centrada en el control de la reproducción desde el punto de vista de la anticoncepción y del acceso a métodos modernos, y se entendía que ese era el objetivo final de un programa de salud reproductiva. A lo largo de estos 20 años no sólo se fue ampliando la mirada y haciendo más comprensiva porque se incluyeron nuevas prácticas -obviamente el aborto, la anticoncepción quirúrgica- y el abordaje de cuestiones relacionadas con la ESI y el acceso a derechos, sino que se integró a una mirada puesta en la autonomía como el eje articulador del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Entonces se sumaron ... muchos derechos que hicieron que hoy podamos decir que tenemos una visión mucho más compleja acerca de la salud sexual y reproductiva. Y todo esto impacta en el programa y en lo que ha podido alcanzar. Hay pequeñas muestras de ese cambio tan importante que tienen que ver con el uso del lenguaje. Si uno mira, por ejemplo, cómo era un protocolo de acceso al aborto del 2007 y [lo compara con] el de 2023, hay una diferencia enorme en el foco que se utiliza para hablar sobre los derechos. Ese es un logro importantísimo que permea todas las actividades del programa. (S.Ariza, comunicación personal, 2 de febrero de 2024)

Este equipo [del PNSSyPR] traccionó permanente políticas progresivas dentro de una estructura con tradición médico-hegemónica del Ministerio de Salud de la Nación y el Programa logró corrimientos significativos hacia la 'humanización' de las políticas de salud sexual y reproductiva: el discurso de derechos vs la prescripción médica; la salud de la mujer versus la diversidad sexual, corporal, de género; la rigurosidad técnica, clínica y sanitaria en la atención podía aunarse al reconocimiento de los derechos y decisiones personales reconociendo los múltiples e interrelacionados condicionamientos sociales; la sexualidad forma parte de la vida de todas las personas e incluye tanto el deseo, la salud y el placer como el sufrimiento, la violencia y la enfermedad, entre otros. En ese sentido, otro logro del Programa es haber construido y promover una perspectiva, un discurso de la salud sexual y reproductiva asociada a la autonomía de las personas. Esto se plasma en todos los materiales de comunicación y educativos tanto para la población como para equipos de salud y en las capacitaciones que se realizan.

Otro logro es la incorporación de la perspectiva del modelo social de discapacidad. El programa pudo identificar barreras específicas de las PCD para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos, escuchar y atender la demanda del colectivo y progresivamente construir, con PCD, respuestas específicas y transversales. Tomar la sexualidad de las PCD como un tema y convertirlo en una línea de trabajo. Esto aun cuando en el Ministerio y en otras instituciones suele ser una perspectiva con resistencias basadas en la permanencia de múltiples prejuicios y prácticas tutelares.

Todo esto en distintas gestiones, cada una con su impronta y acento. (E. Amorín y C. Leone, comunicación personal, 19 de enero de 2024)

Por todo esto, L. Peker y M. Ferretto⁸² encuentran en el PNSSyPR una referencia de política pública exitosa tanto a nivel nacional como regional:

Entonces creo que [el PNSSyPR] fue bien ejecutado, que fue bien provisto, que tuvo un cambio muy grande, que tuvo buenas gestiones, con compromiso y responsabilidad, y creo que puso a la Argentina en la vanguardia, por un lado, de los derechos sexuales y, por otro lado, de acceso a la población. En un país con desigualdades e igualar el derecho al sexo, al disfrute y a las posibilidades de la anticoncepción, al aborto legal, a la fertilización asistida, etcétera... Creo que realmente el programa es de las mejores cosas que habían pasado en la Argentina. (L. Peker, comunicación personal, 22 de enero de 2024)

Si tuviera que resaltar al menos 3 logros de los 20 años que lleva el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva creo que empezaría por su aporte a nivel regional, es una referencia de política pública en otros países, sobre todo el abordaje desde la perspectiva de salud integral y derechos. (M. Ferretto, comunicación personal, 17 de enero de 2024)

Si bien como se verá en el próximo capítulo todavía persisten desafíos para lograr el acceso universal y equitativo de la población a la salud sexual y reproductiva, lo expuesto hasta aquí muestra los significativos avances que el PNSSyPR ha realizado en los 20 años de su implementación, contribuyendo a garantizar los derechos adquiridos, fortaleciendo la autonomía física de las personas y aportando a la construcción de una sociedad más justa e igualitaria.

⁸² M. Ferretto es investigadora doctoral del CONICET e integra la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

4. Salud Sexual y Reproductiva en Acción: Principales Resultados del PNSSyPR

Partiendo del recorrido realizado en el capítulo anterior, a continuación, se presentan los principales resultados alcanzados por el PNSSyPR. En particular, se analizan datos relativos a su presupuesto, el SAI, al acceso a la interrupción del embarazo y la atención brindada por la Línea 0800 Salud Sexual durante el período bajo análisis.

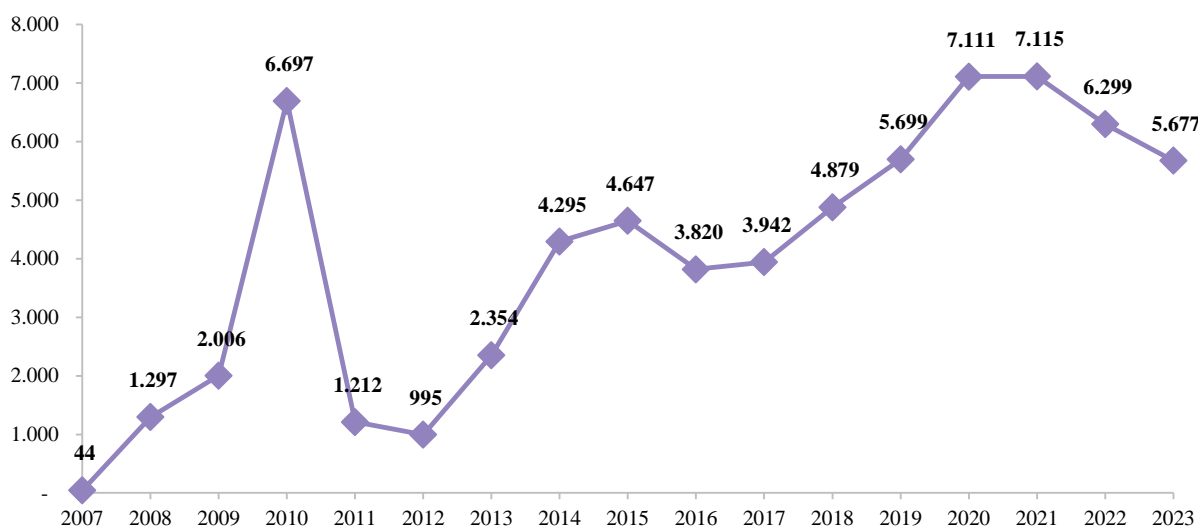
4.1. Presupuesto del PNSSyPR

En el presente apartado se analiza la evolución del presupuesto vigente del PNSSyPR desde el ejercicio 2007, en el que se creó una categoría programática discriminada para dicha política pública, hasta el primer semestre de 2023, y se relaciona su comportamiento con el presupuesto vigente del MSAL durante dicho período.

El Gráfico 1 muestra un crecimiento del presupuesto vigente del Programa Nacional a partir del 2007 y un salto significativo en el 2010, coincidente con el inicio de la Etapa de Consolidación, que se explica por la voluntad política para garantizar el acceso universal a MAC (PNSSyPR, 2011, p. 55). Luego de caer pronunciadamente en 2011 hasta niveles cercanos a los del 2008⁸³, comenzó a incrementarse sostenidamente desde el 2013 hasta el 2015. En 2016, primer año del gobierno nacional de la coalición PRO-Cambiamos, esta fase de recuperación se vio interrumpida y el presupuesto del PNSSyPR se redujo nuevamente -en proporciones similares a las de los fondos asignados al MSAL en general-. A partir del 2017, volvió a incrementarse progresivamente y sufrió una disminución en el 2022 -aunque en proporciones significativamente menores a la experimentada por el presupuesto de la cartera.

⁸³ Esta caída en el crédito vigente del PNSSyPR se produjo durante la gestión del entonces Ministro de Salud de la Nación Juan Luis Manzur, durante la presidencia de Cristina Fernández de Kirchner. Si bien en parte puede ser explicada por haber adquirido en 2010 la mayor parte de los insumos a distribuir durante el 2011 (PNSSyPR, 2011, p. 55), esto no resulta suficiente para comprender la reducción presupuestaria. Además, llama la atención que la ejecución presupuestaria de 2011 y 2012 haya sido del 56% y 63% respectivamente, cifras que se encuentran muy por debajo del promedio general alcanzado por el Programa Nacional, que entre 2008 y 2022 fue del 84% y, sin considerar los años 2011 y 2012, asciende al 87%. Lo anterior no se debe a un problema generalizado del organismo, ya que la ejecución presupuestaria del MSAL durante esos dos años fue del 95% y 93% respectivamente, y promedia el 95% entre 2008 y 2022. Si bien se intentó indagar sobre los motivos de este hecho, no se logró conseguir información respecto a lo ocurrido. No obstante, en futuras investigaciones, sería interesante profundizar sobre el tema.

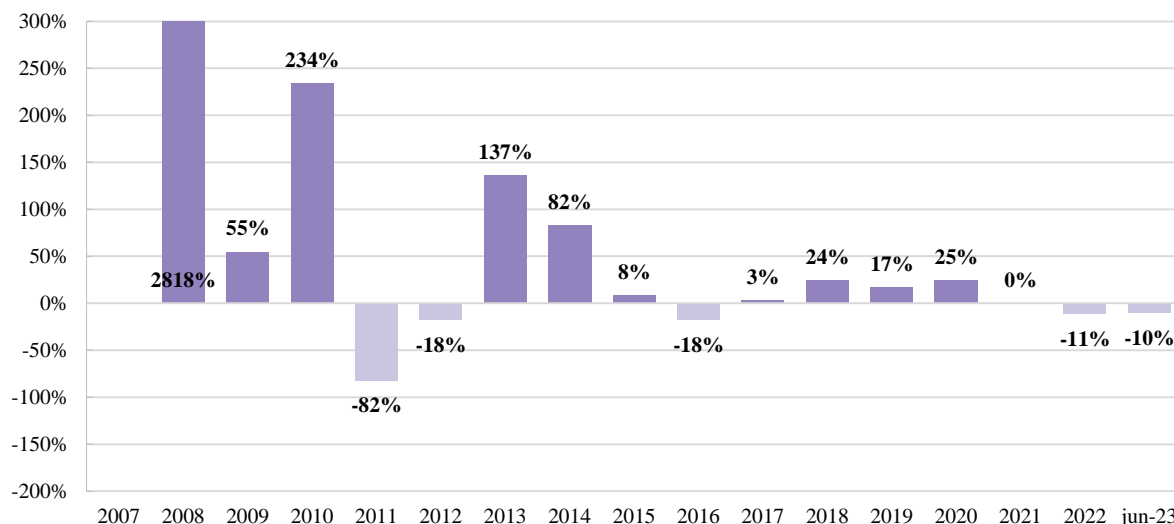
Gráfico 1. Presupuesto vigente del PNSSyPR, en millones de pesos constantes. Período 2007 - Junio 2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección General de Programación y Control Presupuestario de la Secretaría de Gestión Administrativa del Ministerio de Salud de la Nación mediante el pedido de acceso a la información pública realizado en el marco de la presente tesis.

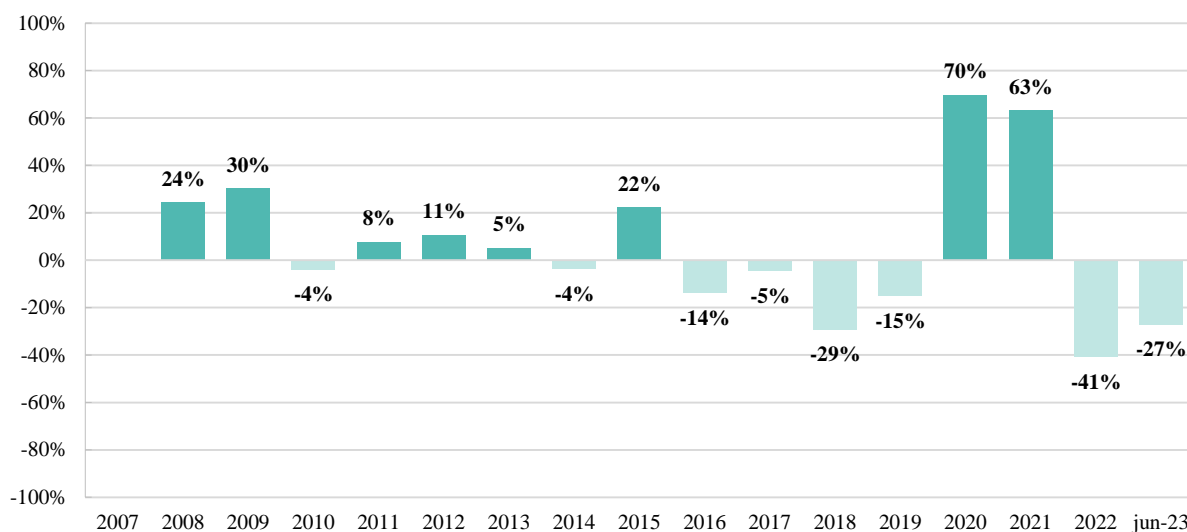
Los siguientes dos gráficos permiten comparar las variaciones interanuales de los presupuestos vigentes del PNSSyPR (Gráfico 2) y del MSAL (Gráfico 3), a fin de identificar las principales convergencias y divergencias entre ambas evoluciones.

Gráfico 2. Variación interanual del presupuesto vigente del PNSSyPR, en porcentaje. Período 2007 - Junio 2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección General de Programación y Control Presupuestario de la Secretaría de Gestión Administrativa del Ministerio de Salud de la Nación mediante el pedido de acceso a la información pública realizado en el marco de la presente tesis.

Gráfico 3. Variación interanual del presupuesto vigente del MSAL, en porcentaje. Período 2007 - Junio 2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección General de Programación y Control Presupuestario de la Secretaría de Gestión Administrativa del Ministerio de Salud de la Nación mediante el pedido de acceso a la información pública realizado en el marco de la presente tesis.

En primer lugar, es importante explicar el incremento significativo del presupuesto vigente del Programa Nacional observado al inicio de la serie del Gráfico 2, desproporcional al experimentado por los fondos ministeriales. Esto se debe a que el 2007 fue el primer año en que esta política contó con una categoría programática propia (ver Gráfico 1) y 2008 aquel en el cual la asignación de recursos para su implementación estuvo prevista desde el origen de la planificación presupuestaria.

Por otro lado, se destaca que no siempre las variaciones presupuestarias del MSAL impactaron del mismo modo sobre el PNSSyPR. Tal es el caso de los primeros tres años en los que contó con una partida propia, en los que su presupuesto creció proporcionalmente más que el crédito vigente de la cartera. En particular, en 2010, se observa una leve caída de los fondos del organismo que contrasta con el crecimiento del 234% de los asignados al Programa Nacional. De modo contrario, en 2011 y 2012, se recuperó levemente el presupuesto ministerial y se ajustó el financiamiento en salud sexual y reproductiva, luego de la importante suba del año previo. En tanto, en 2013 y 2014 éste se incrementó muy por encima del presupuesto de la cartera sanitaria. En 2016 comenzó un período de achicamiento de los fondos del organismo, que se extendió durante todo el gobierno de la coalición PRO-Cambiamos (2016-2019) y en el cual, como se mencionó en el apartado 3.1., fue incluso degradado a Secretaría de Gobierno, lo que se expresó en la reducción presupuestaria del 2018, año en que tuvo lugar este hecho. En ese contexto, sin embargo, a partir del 2017 se fue fortaleciendo el financiamiento del PNSSyPR.

Los años 2020 y 2021 se caracterizaron por un fuerte aumento del presupuesto del MSAL, debido a la necesidad de implementar políticas públicas para hacer frente a la pandemia por el COVID-19. En ese marco, los fondos del Programa Nacional aumentaron relativamente menos en 2020 y se conservaron en 2021. Finalmente, en el contexto de crisis económica del país, durante el 2022 y el primer semestre de 2023 el crédito vigente del PNSSyPR se redujo, pero en proporciones mucho menores al del organismo.

En suma, en líneas generales, la evolución del financiamiento del Programa Nacional entre 2007 y junio de 2023 muestra la relevancia que tuvo la política pública de salud sexual y reproductiva para los diferentes gobiernos que ejercieron el poder en este período. Asimismo, cabe destacar que su ejecución presupuestaria promedió el 84% entre 2008 y 2022 y mejoró significativamente desde el 2020, ascendiendo del 82% en 2019 al 94% en dicho año y al 95% en 2021 y 2022. Con ello, logró alcanzar resultados semejantes a los propios del MSAL (96% promedio 2020-2022). En este sentido, el Coordinador del área de Aseguramiento de Insumos mencionó como uno de los principales logros del PNSSyPR:

El constante crecimiento de salud sexual y reproductiva en materia de salud pública nacional, tanto desde lo institucional -pasando de ser un programa hasta la actual Dirección Nacional-, como producto de la buena gestión de los equipos y la correcta ejecución presupuestaria. Esto logró una tendencia creciente que, a su vez, permite adquirir más y distintos métodos anticonceptivos, LARC e insumos, ampliar la canasta. (L. Crudo, comunicación personal, 16 de enero de 2024)

Por su parte, en relación a los desafíos futuros, F. Varino Pérez señaló:

Pienso que el principal es poder dar respuesta a las necesidades de la población usuaria aun cuando el presupuesto aprobado para el año 2024 sea el mismo monto que en el 2023, será cuestión de ver cómo se administra eso para poder adquirir los insumos necesarios. (comunicación personal, 15 de enero de 2024)

En la misma línea, M. Bianco refirió que el reto más importante es preservar el presupuesto del Programa Nacional:

En la actualidad, el principal desafío es conseguir que un gobierno que no cree en la desigualdad de género, pese a que es una realidad innegable y que prácticamente ya no hay grupos en el mundo excepto los sectores representados por Trump y por Bolsonaro, pero muy poquitos, que no reconozcan la desigualdad de género. Entonces el desafío es que este programa siga existiendo con los fondos suficientes para poder proveer a todas las provincias los insumos y seguir capacitando a los profesionales y al personal de estos servicios... (comunicación personal, 15 de enero de 2024)

4.2. Sistema de Aseguramiento de Insumos

Actualmente, la canasta de salud sexual y reproductiva del PNSSyPR está compuesta por los siguientes métodos anticonceptivos e insumos, que son distribuidos a través del Programa Remediar a depósitos jurisdiccionales y efectores de salud de todo el país⁸⁴:

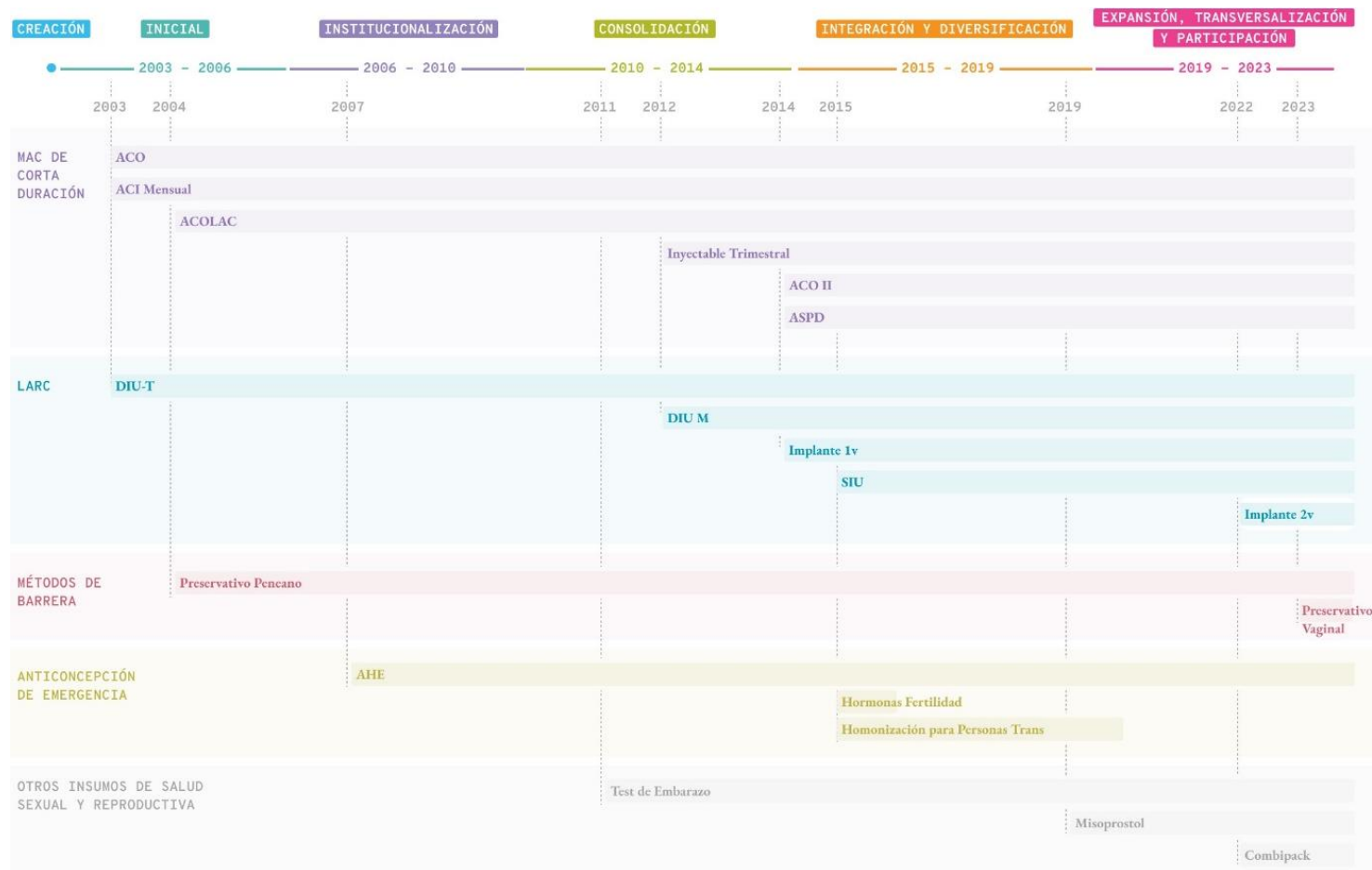
Tabla 1. *Composición de la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva del PNSSyPR. Año 2023*

Tipo de insumo	Insumo	Abreviatura	Composición / Presentación
Métodos Anticonceptivos de Corta Duración	Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral	ACO	Etinilestradiol + Levonorgestrel Comp. 0.03mg / 0.15mg Tratamiento x 21 comprimidos
	Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral con Gestodeno	ACO II	Etinilestradiol + Gestodeno Comp. 0.02mg / 0.075mg Tratamiento x 21 comprimidos
	Anticonceptivo Hormonal para la Lactancia	ACOLAC	Levonorgestrel Comp. 0.03mg Tratamiento x 35 comprimidos
	Anticonceptivo Hormonal sólo Progestágeno	ASPD	Desogestrel Comp. 0.075mg Tratamiento x 28 comprimidos
	Anticonceptivo Hormonal Combinado Inyectable Mensual	ACI Mensual	Noretisterona + Estradiol 50mg / 5mg Ampolla - 1 unidad
	Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral	Inyectable Trimestral	Medroxiprogesterona 150mg/ml Ampolla - 1 unidad
Métodos Anticonceptivos de Larga Duración	Dispositivo Intrauterino T	DIU T	DIU T Cobre 380mm 1 unidad
	Dispositivo Intrauterino Multiload	DIU M	DIU Multiload 375mm 1 unidad
	Sistema Intrauterino Liberador de Hormona / DIU Lng	SIU	Levonorgestrel 52mg 1 unidad
	Implante Subdérmico de 1 varilla	Implante 1v	Etonogestrel 68mg 1 unidad
	Implante Subdérmico de 2 varillas	Implante 2v	Levonorgestrel 75mg 1 unidad
Anticoncepción de Emergencia	Anticonceptivo Hormonal de Emergencia	AHE	Levonorgestrel Comp. 1.5mg Tratamiento x 1 comprimido
Métodos de Barrera	Preservativo Peneano	Preservativo Peneano	Preservativo de Látex
	Preservativo Vaginal	Preservativo Vaginal	Preservativo de Nitrilo
Otros Insumos de Salud Sexual y Reproductiva	Test Rápido de Embarazo	Test de Embarazo	Tira Reactiva + Recipiente 1 unidad
	Misoprostol	Misoprostol	Misoprostol 200mcg Tratamiento x 12 comprimidos
	Combipack	Combipack	Mifepristona 200mg (1 comp.) + Misoprostol 200mcg (4 comp.) Tratamiento x 5 comprimidos

Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental.

⁸⁴ De acuerdo con la planificación del Programa Remediar, se realizan 10 entregas anuales. Sobre el este total, el PNSSyPR intercala entre un envío exclusivo a depósitos jurisdiccionales y otro a efectores de salud y depósitos.

Ilustración 4. Incorporación de los insumos de la canasta de salud sexual y reproductiva del PNSSyPR, por año. Período 2003 - 2023



Nota: El año de incorporación de los insumos se refiere al ejercicio en el cual se realizó la primera distribución a CAPS y depósitos. No obstante, es importante tener en cuenta que la decisión de incorporarlos a la canasta de salud sexual y reproductiva generalmente antecede, al menos, uno o dos años a la entrega efectiva del mismo por parte del PNSSyPR.

Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental.

Como se observa en la Ilustración 4, desde el 2003 hasta la actualidad, el PNSSyPR fue ampliando la oferta de MAC y otros insumos distribuidos en todo el país para el acceso gratuito de la población, con foco en las personas en edad reproductiva que cuentan con cobertura de salud pública exclusiva.

Mientras que durante el primer año de implementación el PNSSyPR proveía únicamente dos MAC de corta duración (ACO y ACI Mensual) y uno de larga duración (DIU T), al finalizar la Etapa Inicial (2003-2006) ya había agregado dos nuevos métodos: el ACOLAC y los Preservativos Peneanos. Luego, en la Etapa de Institucionalización (2006-2010), incorporó el AHE, a la vez que comenzó a brindar acceso a la anticoncepción quirúrgica, en el marco de la entrada en vigencia de la Ley 26.130. La mayor ampliación se produjo durante la Etapa de Consolidación (2010-2014), cuando duplicó la oferta de insumos distribuidos mediante la inclusión de tres MAC de corta duración (ACO II, ASPD e Inyectable Trimestral), dos LARC (DIU M e Implante 1v) y el Test de Embarazo.

En la fase siguiente, de Integración y Diversificación (2015-2019), empezó a distribuir SIU y Misoprostol a los depósitos jurisdiccionales⁸⁵. El inicio de la entrega de este insumo constituyó un hito en la historia del Programa Nacional, ya que fue la primera vez que buscó favorecer el acceso a la ILE mediante la provisión de un medicamento para la realización de la práctica.

Durante la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023), en el contexto de elaboración, sanción e implementación de la Ley 27.610, la distribución de Misoprostol se fortaleció significativamente, aumentando la cantidad de métodos entregados e iniciando los envíos en forma directa a efectores de salud. Además, el PNSSyPR incorporó el Combipack como tratamiento alternativo para práctica de interrupciones del embarazo. Amplió también la oferta de LARC a través de inclusión del Implante 2v e incluyó el Preservativo Vaginal como método de barrera opcional.

Además, como se muestra en la Tabla 2, a lo largo de estos 20 años el PNSSyPR realizó entregas puntuales de otros insumos necesarios para garantizar el acceso a MAC e interrupciones del embarazo, adquiridos con presupuesto propio u obtenidos a través de donaciones de organismos internacionales.

⁸⁵ Si bien actualmente no forman parte de la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva, cabe recordar que, durante esta etapa, entregó también tratamientos de hormonización para personas trans y, en 2015, hormonas para tratamientos de fertilidad.

Tabla 2. *Otros insumos de salud sexual y reproductiva entregados por el PNSSyPR. Período 2003 - 2023*

Tipo de insumo	Insumo	Primera entrega	Comentarios
Otros Insumos de Salud Sexual y Reproductiva	Kit descartable para la colocación de DIU	2004	Entre 2004 y 2018 se distribuyeron más de 300.000 kits para la colocación de DIU. En el 2019 su entrega fue discontinuada, ya que los PPSSR y equipos de salud manifestaron su preferencia por instrumentos reutilizables.
	Pinza erina para la colocación de DIU	2021	En el 2021, el PNSSyPR distribuyó 2.000 unidades por única vez hasta la fecha.
	Equipo para la práctica de AMEU (aspirador y cánulas)	2020	IPAS realizó una donación de 157 equipos a las provincias en 2020 y otra de 250 en 2021. En 2023, el PNSSyPR distribuyó 1.000 equipos adquiridos con fondos propios.
	Pinza para remoción de implantes subdérmicos	2022	En 2022 y 2023 el PNSSyPR distribuyó Pinzas Halstead de acero 13 cm y Pinzas Kelly de acero 14 cm.
	Pinza para remoción de implantes subdérmicos	2022	En 2022 y 2023 el PNSSyPR distribuyó Pinzas Halstead de acero 13 cm y Pinzas Kelly de acero 14 cm.
	Cánulas endouterinas	2023	En 2023, el PNSSyPR distribuyó 15.000 cánulas endouterinas de 7, 8, 9, 19 y 12 mm.

Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental.

El fortalecimiento del SAI y, en especial, la ampliación de la canasta de salud sexual y reproductiva fueron mencionados entre los tres principales logros alcanzados por el Programa Nacional en los 20 años de su implementación por 14 de las 16 informantes clave consultadas. Los aspectos destacados incluyeron la diversidad de MAC ofrecidos en forma gratuita y continua, la mejora de la oferta de LARC y la inclusión de medicamentos para la interrupción del embarazo y del AHE sin receta para prevenir embarazos no intencionales. Además, resaltaron los efectos positivos de la distribución a través del Programa Remediar para ampliar el alcance y mejorar el desarrollo de esta acción estratégica. A continuación, se citan algunos de los testimonios recolectados.

M. Bianco, enfatizó el acceso gratuito e informado a MAC con alcance nacional:

En estos 20 años, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable o Salud Sexual y Reproductiva logró lo que queríamos, que es, en primer lugar, que todos los establecimientos públicos tuvieran acceso a métodos anticonceptivos para poder distribuirlos a las mujeres en forma gratuita, pero que también se acompañe de la educación y de la información. En segundo lugar, conseguimos que este fuera un programa de alcance nacional, que estuviera asegurándole a todas las mujeres, en todo el territorio, en cualquiera de las condiciones que estuvieran, el acceso a la información y a los métodos. Esto no es menor en un país que tuvo tantos años de resistencia a hablar de esto, porque se creía que si se hablaba se estaba faltando a un concepto también muy arraigado, que era el de poblar el país. Y lo que no se entendía es que no dar información y acceso a métodos anticonceptivos, en vez de ayudar a poblar el país, lo que hacía era afectarlo. ¿Por qué? Porque teníamos una mayor mortalidad infantil y materna. Entonces esto creo que ha sido fundamental. (comunicación personal, 15 de enero de 2024)

A. Álvarez refirió que:

Un logro fue ampliar la canasta de insumos, apostar a los anticonceptivos de larga duración, tener sistematizada la distribución al país, detectar la población usuaria y, sobre todo, trabajar el insumo acompañado de programas que apuntan a la educación, información y prevención de embarazo no intencional y de ITS. (comunicación personal, 23 de enero de 2024)

La Responsable del GT sobre Gestión Menstrual e integrante del área de Capacitación destacó:

Otro logro que, si bien uno tendería a pensar que es la Ley de IVE -que sin duda es un logro inmenso-, yo creo que tiene que ver con la canasta de métodos anticonceptivos e insumos, y ahí puedo incluir obviamente al Misoprostol y a la Mifepristona. Y eso junto a la posibilidad de que Remediar llegue a todos los centros de salud del país con su botiquín de salud sexual y que esto posibilite que las usuarias de ese centro de salud puedan acceder de manera segura, constante y con regularidad a métodos anticonceptivos, basado en que lo elija cada persona. Eso fue un gran acierto, un gran logro y un gran trabajo. (C. Lynn, comunicación personal, 20 de enero de 2024)

En esa dirección, M. Romero agregó:

Creo que los logros más importantes del programa son poder sostener una política de acceso a los MAC que costó muchísimo pero que, impulsada desde el Estado Nacional, pudo llegar a distintas jurisdicciones fuertemente articulada con el Remediar (que, con idas y vueltas, se sostuvo en distintas gestiones), y también tener una canasta de MAC que es amplia, diversa, moderna y que no se restringe por edad, condición de pareja o paridad. (comunicación personal, 22 de enero de 2024)

Además, señaló que todavía persiste el desafío de “remover mitos tanto de los equipos de salud como de las personas sobre el DIU y los MAC orales por ejemplo”, como así también fortalecer la AIPEO y el acceso a la ligadura tubaria. En la misma línea, M. L. Lovisolo mencionó que:

Otro desafío será erradicar las falsas creencias que devienen de la falta de actualización en métodos anticonceptivos, la distribución gratuita de los mismos como de la anticoncepción de emergencia y la capacitación a personas que puedan ejercer el rol de capacitadores en educación sobre los temas que conciernen al Programa. (comunicación personal, 16 de enero de 2024)

Ahora bien, para conocer la cantidad de insumos de la canasta de salud sexual y reproductiva distribuida anualmente por el PNSSyPR en todo el país durante el período bajo análisis, se recopiló la información disponible en los informes de gestión anual y las publicaciones de resultados del Tablero de Monitoreo de la DNSSR. De allí fue posible obtener las cifras por insumo y/o tipo de MAC correspondientes a los años 2010 a 2023⁸⁶.

⁸⁶ Los datos de enero a junio de 2023 se encuentran consolidados, mientras que el total anual es estimado, ya que fue calculado a partir de las cifras correspondientes a la planificación de la distribución de las entregas en curso al momento de elaboración de la presente tesis.

Los datos relativos al período 2003-2009 se encontraron de modo agregado en dos gráficos presentados en el documento “Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011” (PNSSyPR, 2011, pp. 54-55), los cuales muestran la evolución de la distribución por insumo y total anual, pero no cuentan con etiquetas de datos que permitan identificar los valores de interés. Por lo tanto, se realizó un pedido de acceso a la información pública, en el cual se consultó la cantidad de cada insumo distribuida por el PNSSyPR a nivel país, por año. Sin embargo, en la respuesta al mismo se remitió nuevamente a los gráficos contenidos en dicho documento.

En consecuencia, se utilizó el programa *Photo Measure* (<https://eleif.net/photomeasure>) para estimar las cantidades distribuidas en cada ejercicio en base al "Gráfico 4. Total de Métodos Anticonceptivos (MAC) distribuidos por el PNSSyPR en millones de tratamientos y pesos. Total del país - Años 2003 - 1er semestre 2011" (PNSSyPR, 2011, p. 54). Luego, se realizó el mismo procedimiento con el “Gráfico 5. Distribución de Métodos Anticonceptivos (MAC) por tipo de método correspondiente al PNSSyPR - Total País. Años 2003 - 1er semestre 2011” (PNSSyPR, 2011, p. 55) para aproximar la cantidad de cada insumo distribuida anualmente⁸⁷. Por tanto, los datos del 2003 al 2009 ofrecen magnitudes indicativas de las entregas realizadas, pero no serán tenidos en cuenta en el análisis de la distribución a fin de evitar conclusiones erróneas que pudieran surgir de la imprecisión de las estimaciones efectuadas.

Así, en la base a la información proporcionada por las mencionadas fuentes, la Tabla 3 que se encuentra a continuación muestra la cantidad de MAC de corta duración, LARC, AHE, métodos de barrera (preservativos penéanos y vaginales), Test de Embarazo, Misoprostol y Combipack distribuida anualmente por el Programa Nacional en todo el país entre 2003 y 2023. Asimismo, en la Tabla 6 del Apéndice se puede consultar la información de los métodos anticonceptivos de corta y larga duración entregados tanto por PNSSyPR como por el Plan Enia de la DNSSR durante el período analizado, desagregada por insumo.

⁸⁷ Al respecto, cabe advertir que, de la comparación entre las cifras estimadas reportadas en el Gráfico 4 y la sumatoria de la distribución anual por insumo representada en el Gráfico 5 surgió una inconsistencia entre el total de tratamientos anticonceptivos informados para los años 2005 (21.428.571 vs. 14.713.206) y 2006 (12.327.472 vs. 10.399.297). Considerando la evolución general de la distribución de insumos durante el período analizado, se tomaron como válidos los datos estimados en base al Gráfico 5: 14.713.206 distribución total año 2005 y 10.399.297 distribución total año 2006.

Tabla 3. Métodos anticonceptivos y otros insumos distribuidos por el PNSSyPR, en tratamientos, total país. Período 2003 - 2023

Año	MAC de corta duración	LARC	Total MAC	AHE	Métodos de barrera		Total MAC, AHE y métodos de barrera	Test de embarazo	Misoprostol	Combipack
					Preservativo peneano	Preservativo vaginal				
2003	9.528.738	312.788	9.841.526	N/A	N/A	N/A	9.841.526	N/A	N/A	N/A
2004	3.957.594	291.338	4.248.932	N/A	6.289.069	N/A	10.538.001	N/A	N/A	N/A
2005	5.299.751	265.278	5.565.028	N/A	9.148.178	N/A	14.713.206	N/A	N/A	N/A
2006	7.677.381	94.234	7.771.615	N/A	2.627.682	N/A	10.399.297	N/A	N/A	N/A
2007	3.214.185	83.654	3.297.839	464.755	3.649.018	N/A	7.411.612	N/A	N/A	N/A
2008	3.473.394	140.789	3.614.184	0	10.108.610	N/A	13.722.793	N/A	N/A	N/A
2009	4.483.366	229.934	4.713.301	254.221	4.359.178	N/A	9.326.700	N/A	N/A	N/A
2010	15.917.011	83.654	16.000.665	323.714	23.040.896	N/A	39.365.275	N/A	N/A	N/A
2011	14.980.936	86.870	15.067.806	281.202	22.133.952	N/A	37.482.960	200.400	N/A	N/A
2012	7.679.908	154.000	7.833.908	153.587	15.325.344	N/A	23.312.839	593.269	N/A	N/A
2013	8.471.334	87.500	8.558.834	289.512	23.978.880	N/A	32.827.226	393.162	N/A	N/A
2014	14.116.083	110.895	14.226.978	631.410	10.475.136	N/A	25.333.524	173.710	N/A	N/A
2015	10.636.551	150.542	10.787.093	377.987	21.174.336	N/A	32.339.416	790.110	N/A	N/A
2016	4.190.418	104.707	4.295.125	100.103	3.198.384	N/A	7.593.612	280.076	N/A	N/A
2017	7.295.596	170.827	7.466.423	364.200	21.992.256	N/A	29.822.879	550.696	N/A	N/A
2018	7.777.300	228.767	8.006.067	489.831	20.206.080	N/A	28.701.978	521.843	N/A	N/A
2019	6.611.695	204.695	6.816.390	312.704	10.548.432	N/A	17.677.526	501.956	9.941	N/A

Año	MAC de corta duración	LARC	Total MAC	AHE	Métodos de barrera		Total MAC, AHE y métodos de barrera	Test de embarazo	Misoprostol	Combipack
					Preservativo peneano	Preservativo vaginal				
2020	7.669.321	191.150	7.860.471	484.902	10.389.312	N/A	18.734.685	430.038	18.560	N/A
2021	7.705.887	218.490	7.924.377	534.415	23.833.728	N/A	32.292.520	733.455	74.057	N/A
2022	7.916.310	286.334	8.202.644	592.506	18.945.072	N/A	27.740.222	798.503	62.323	28.577
Enero-junio 2023	2.820.140	112.524	2.932.664	170.923	3.841.200	1.000	6.945.787	348.448	41.815	33.763
Estimado 2023	7.603.786	274.561	7.878.347	553.655	16.709.608	34.000	25.175.610	781.731	84.388	77.586
Total estimado 2003 - 2023	166.206.546	3.771.007	169.977.553	6.208.705	278.133.150	34.000	454.353.408	6.748.949	249.269	106.163

Fuente: Elaboración propia en base a *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011* (pp. 53-55), por Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2011, Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión anual 2023* (pp. 139-144), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023h, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión trimestral. Abril - junio de 2023* (p. 94), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023i, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (pp. 70-73), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Pese a las variaciones en los volúmenes de distribución registradas entre el 2010 y el 2023, el ACO y el ACI Mensual fueron los MAC de corta duración que mayor peso tuvieron de manera constante en las entregas realizadas⁸⁸, en línea con las preferencias de las usuarias relevadas en la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (INDEC y MSAL, 2013).

Dentro de la oferta de LARC, el DIU T fue el método más distribuido hasta el año 2017, cuando se vio superado por el Implante 1v, cuya provisión creció desde 12.420 unidades en el año de su incorporación (2014) hasta 155.174 unidades en 2022, en respuesta a la demanda de la población, especialmente jóvenes y adolescentes.

En tanto, la entrega de AHE muestra una tendencia creciente, mientras que la distribución de Preservativos Peneanos fue irregular, producto de los inconvenientes atravesados por los procesos de compra tramitados para la adquisición de dicho insumo, en el marco de la escasez de proveedores nacionales (L. Crudo, comunicación personal, 10 de enero de 2024). La distribución de Misoprostol y Combipack, por su parte, será analizada en el apartado siguiente, relativo al acceso a la IVE e ILE.

La siguiente tabla presenta la cantidad de tratamientos de métodos anticonceptivos de corta y larga duración distribuidos anualmente por el Programa Nacional en todo el país y la población cubierta (teórica)⁸⁹ con los mismos, durante el período 2010 - 2022. Las cifras correspondientes al año 2023 no fueron incluidas, ya que hasta el momento no se cuenta con los datos consolidados por insumo necesarios para realizar el cálculo de cobertura de población⁹⁰.

⁸⁸ Cabe mencionar que el descenso en la cantidad de ACI Mensual distribuido durante el año 2021 se debió al impacto negativo de la pandemia por el COVID-19 sobre su producción ya que, en ese contexto, los laboratorios proveedores se abocaron a la fabricación de vacunas contra el virus y, en consecuencia, suspendieron o redujeron significativamente la de dicho insumo. Este hecho llevó a que los procesos de compra de ACI Mensual tramitados quedaran desiertos, fracasados o fueran adjudicados en forma parcial, no logrando tampoco la DNSSR obtener este MAC en el mercado externo, mediante adquisiciones gestionadas a través de organismos internacionales como el UNFPA, debido al alcance mundial de la problemática.

⁸⁹ Se utiliza el término “teórica” al referirse a la población cubierta ya que el cálculo se realiza en base a la cantidad de tratamientos de métodos anticonceptivos distribuidos y no a los efectivamente dispensados, puesto dicho dato no se encuentra disponible para la totalidad de los insumos. En lo que sigue del documento, la población cubierta se entenderá siempre en términos teóricos.

⁹⁰ El cálculo de la cobertura de población estimada (teórica) se realiza en función de la cantidad de tratamientos que una mujer o persona gestante utiliza a lo largo de un año de consumo para estar protegida de forma continua: 13 ACO, 13 ACO II, 7 ACOLAC, 13 ASPD, 13 ACI Mensuales, 4 Inyectables Trimestrales, 1 DIU T, 1 DIU M, 1 SIU o 1 Implante Subdérmico por persona.

Tabla 4. *Tratamientos de anticonceptivos distribuidos y población cubierta (teórica) por el PNSSyPR, por tipo de MAC, total país. Período 2010 - 2022*

Año	MAC distribuidos			Población cubierta (teórica)		
	MAC de corta duración	LARC	Total MAC	MAC de corta duración	LARC	Total MAC
2010	15.917.011	83.654	16.000.665	1.349.889	83.654	1.433.543
2011	14.980.936	86.870	15.067.806	1.264.833	86.870	1.351.703
2012	7.679.908	154.000	7.833.908	642.891	154.000	796.891
2013	8.471.334	87.500	8.558.834	716.092	87.500	803.592
2014	14.116.083	110.895	14.226.978	1.182.002	110.895	1.292.897
2015	10.636.551	150.542	10.787.093	902.441	150.542	1.052.983
2016	4.190.418	104.707	4.295.125	380.479	104.707	485.186
2017	7.295.596	170.827	7.466.423	605.710	170.827	776.537
2018	7.777.300	228.767	8.006.067	651.424	228.767	880.191
2019	6.611.695	204.695	6.816.390	556.380	204.695	761.075
2020	7.669.321	191.150	7.860.471	652.687	191.150	843.837
2021	7.705.887	218.490	7.924.377	671.678	218.490	890.168
2022	7.916.310	286.334	8.202.644	655.496	286.334	941.830
Total 2010 - 2022	120.968.350	2.078.431	123.046.781	1.0232.002	2.078.431	12.310.433

Fuente: Elaboración propia en base a *Informe de gestión anual 2023* (pp. 139-144), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023h, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión trimestral. Abril - junio de 2023* (p. 94), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023i, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (pp. 70-73), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Al respecto, se destaca que los años de mayor volumen de anticonceptivos entregados y población cubierta fueron el 2010, el 2011, el 2014 y el 2015 (*ranking* que se mantiene incluso al considerar los datos del 2003 al 2009). En este sentido, el documento “Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011” (PNSSyPR, 2011) resalta que la compra de casi 91 millones de MAC realizada por el Programa Nacional para distribuir durante el bienio 2010-2011 fue superior a la cantidad total proveída desde el inicio de la implementación de esta política en el 2003 hasta el año 2009 (p. 76), período en el cual se distribuyó un total de 75.953.136 tratamientos anticonceptivos (PNSSyPR, 2012, p. 16).

El quinto lugar en relación a la provisión de estos insumos lo ocupa el año 2013, con 8.558.834 MAC distribuidos en todo el país. Sin embargo, al poner el foco en la cobertura poblacional,

dicho lugar le corresponde al ejercicio 2022, en el que se distribuyeron cerca de 350.000 tratamientos menos que en 2013, pero la población alcanzada fue un 17% mayor.

En cuanto a la caída en los niveles de distribución observada en 2012 con respecto al bienio anterior, según lo explicado por el Coordinador del área de Aseguramiento de Insumos, esto se debió, en gran medida, a las demoras registradas en los procesos de compra realizados con financiamiento externo de la OPS/OMS, a través de fondo Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), los cuales requerían de la aprobación del Banco Mundial (L. Crudo, comunicación personal, 10 de enero de 2024). Dichos procesos llegaron a durar incluso más de dos años desde el inicio de la tramitación hasta la entrega de los insumos por parte de los proveedores al PNSSyPR. Ante los faltantes ocasionados por dicha tardanza, el Programa Nacional gestionó pequeñas compras complementarias utilizando fondos propios, en un escenario en el que su presupuesto se había visto reducido.

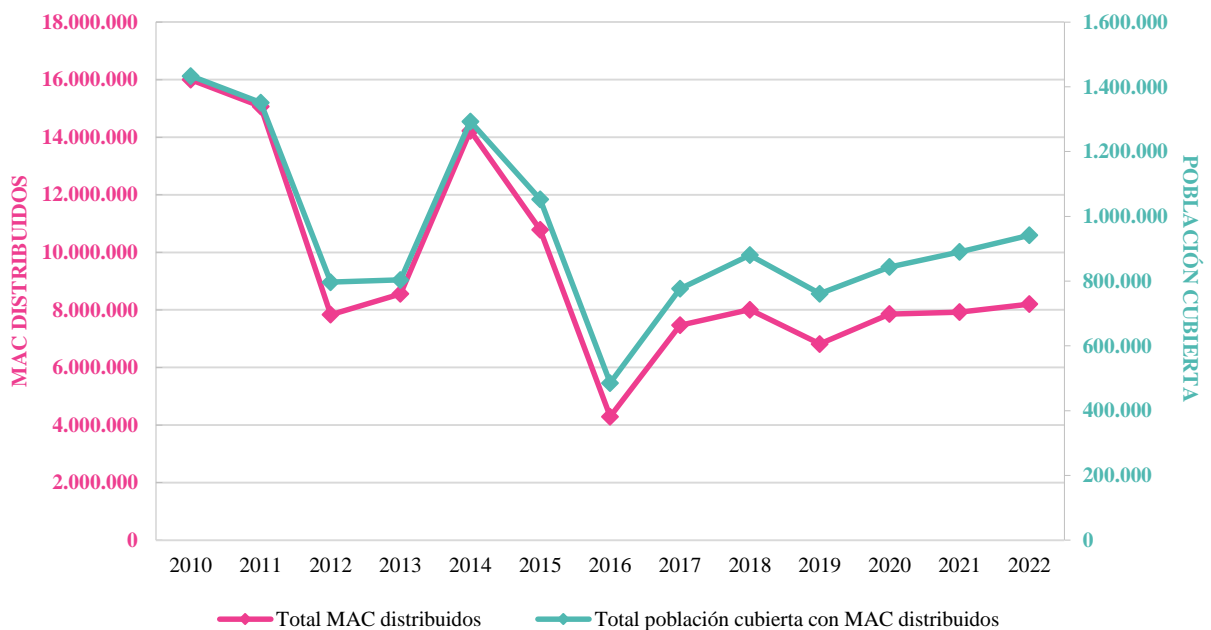
El mínimo histórico de MAC entregados y población cubierta se registró en el 2016, debido a la crisis atravesada por el PNSSyPR al inicio de la gestión de la coalición PRO-Cambios en materia de restricción presupuestaria e inconvenientes en los procesos de compra de insumos. Al respecto, el “Informe Anual de Gestión 2016” (PNSSyPR, 2017) señala que las demoras en la adquisición de MAC llevaron a la reducción de las cantidades de ACI Mensual distribuidas durante los primeros seis meses de dicho año y a la suspensión de los envíos de ACO y Preservativos Peneanos durante el segundo semestre, producto del faltante de *stock* (pp. 13-14).

No obstante, en el 2017 comenzó una fase de mejora tanto en materia de financiamiento como de estrategias implementadas para el fortalecimiento del SAI, que tuvo como resultado la recuperación de la provisión de MAC y de la cobertura de población. Ese año, el nivel de cobertura total se incrementó un 60%, en tanto que la población alcanzada con MAC de corta duración aumentó un 59%, y un 63% en el caso de los de larga duración. Desde entonces, los niveles de provisión y cobertura de anticonceptivos de corta duración se mantuvieron relativamente constantes, mientras que los relativos a LARC fueron creciendo de manera progresiva (con una mayor participación del Implante 1v).

Así, en comparación con el año 2016, la entrega de MAC en 2022 aumentó un 91% y la población cubierta total un 94%, incrementándose un 72% la cobertura con métodos de corta duración y un 173% con los de larga duración. En tanto, tomando como referencia el 2017, la distribución de anticonceptivos creció un 10% y la población cubierta un 21%, con un incremento de la cobertura del 8% en los MAC de corta duración y del 68% en los LARC.

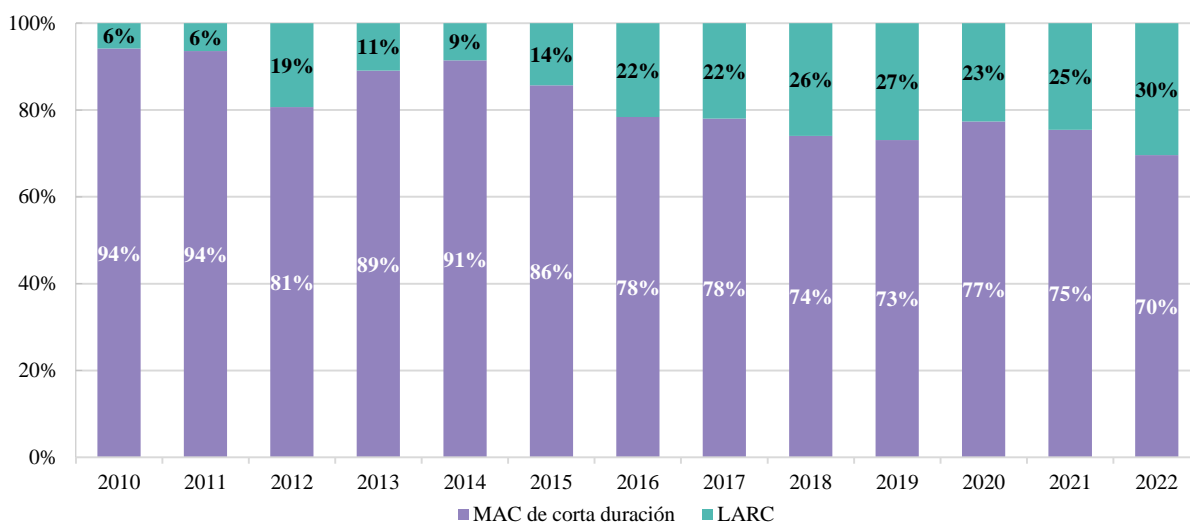
En relación con lo anterior, el Gráfico 4 muestra que, hasta el 2016, la evolución de la población cubierta siguió de cerca el desempeño del volumen de la distribución de MAC del PNSSyPR. No obstante, a partir del 2016-2017, la cobertura de población se encontró en niveles relativos mayores a la cantidad de anticonceptivos entregados. Esta diferencia se explica, como expresa el Gráfico 5, por el mayor peso que adquirieron los LARC en la composición de la provisión de MAC, que creció del 14% al 22% entre 2015 y 2016 y llegó a representar el 30% del total de anticonceptivos distribuidos en 2022. Dicho incremento fue promovido en el marco de los objetivos de priorizados tanto durante la Etapa de Integración y Diversificación (2015-2019) como en la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023).

Gráfico 4. MAC distribuidos por el PNSSyPR y población cubierta (teórica) con dichos métodos, total país. Período 2010 - 2022



Fuente: Elaboración propia en base *Informe de gestión anual 2023* (pp. 139-144), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023h, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión trimestral. Abril - junio de 2023* (p. 94), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023i, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (pp. 70-73), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 5. Población cubierta (teórica) con MAC distribuidos por el PNSSyPR, según tipo de método, total país. Período 2010 - 2022



Fuente: Elaboración propia en base *Informe de gestión anual 2023* (pp. 139-144), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023h, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión trimestral. Abril - junio de 2023* (p. 94), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023i, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (pp. 70-73), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

De este modo, si bien luego de la crisis atravesada en 2016 la cantidad de población cubierta anualmente con los MAC entregados aún no logró llegar al máximo histórico registrado en el 2010, el nivel alcanzado en 2022 fue cercano al pico del 2015 (con una diferencia del 11%) y, en relación a ese año, se produjo un aumento del 90% en la cobertura mediante LARC. Esto representa un incremento significativo de las personas protegidas por un período de tiempo prolongado (de 3 a 10 años según el método dispensado⁹¹), notoriamente mayor al que brindan los anticonceptivos de corta duración. La cuestión central es, entonces, que la progresiva recuperación de los niveles de distribución de MAC y población cubierta fue acompañada por el incremento de la cantidad de LARC entregados, lo que produce un aumento de la población cubierta de manera plurianual.

Sobre este tema, S. Ramos, Investigadora Titular del CEDES, expresó que:

Un logro fue introducir el acceso a la anticoncepción como una política pública financiada para la promoción de la autonomía reproductiva y de prevención de los embarazos no intencionales y del aborto inseguro. Y, en ese marco, incorporar métodos de larga duración (como el implante) y fortalecer el uso del DIU que son métodos costo efectivos. (comunicación personal, 15 de enero de 2024)

⁹¹ El tiempo de cobertura que brindan los LARC es de 10 años en el caso del DIU T, 5 años para el DIU M y 3 a 5 años en los Implantes Subdérmicos.

Luego, haciendo foco en el rol clave de la incorporación del Implante Subdérmico para proteger a la población adolescente, la periodista y escritora especializada en género L. Peker reflexionó:

El otro gran logro es el reparto de anticonceptivos gratuitos y democráticos. Entonces, es un programa que logra, más allá de otros derechos sexuales, el reparto de anticonceptivos de primera calidad. Más allá de todos los debates o posibilidades que hay sobre eso, fue clave la inclusión del chip [implante subdérmico] para bajar el embarazo adolescente no intencional porque es un anticonceptivo que tiene en cuenta la idiosincrasia adolescente: que te podés olvidar, que podés dormir en otro lugar, que podés un día tomar de más; y que no implica la idea de la responsabilidad, sino la idea de que tengan un anticonceptivo a largo plazo. Antes, cuando yo era chica, no se hacía porque se suponía que eso iba a promover que las chicas tengan más relaciones sexuales. Entonces es un anticonceptivo que tiene la posibilidad de evitar un embarazo sin que eso implique acordarse todos los días, que es muy caro en el mercado y que eso implica un gran acceso a un anticonceptivo que no hubieran podido pagar en el mercado chicas de otros niveles económicos. (comunicación personal, 22 de enero de 2024)

Poniendo el foco sobre la cuestión del embarazo no intencional en la adolescencia mencionada en las citas anteriores, M. L. Lovisolo y L. Peker enfatizaron el aporte del PNSSyPR y del Plan Enia a la reducción de dicha problemática. Para que este logro fuera posible, fue central garantizar el acceso informado a MAC en todo el país, articulando las estrategias de aseguramiento de insumos con las de capacitación, comunicación, promoción de derechos, consejería, atención de consultas mediante la Línea 0800 Salud Sexual y ESI.

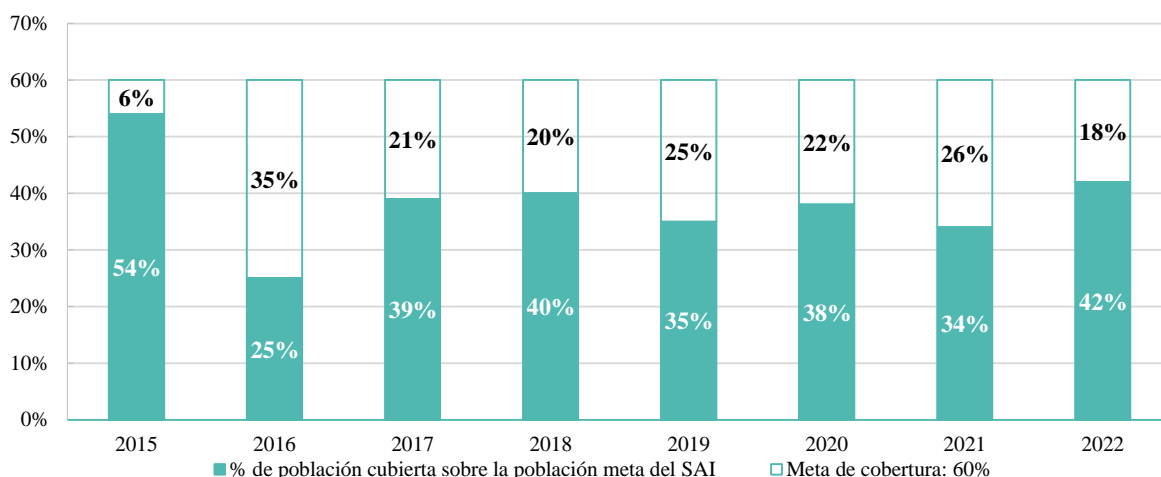
Sin dudas el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva trajo beneficios en la medida que su aplicación se fue desarrollando en los últimos años. La maternidad temprana tiene impactos negativos sobre la trayectoria de vida de las adolescentes, contribuyendo a la reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza. Gracias al Plan Enia y en el marco de este programa, se logró disminuir sustancialmente la tasa de embarazo adolescente de personas entre 15 y 19 años (-49%). Asimismo, se redujo la tasa de embarazo en menores de 15 años, los cuales son en su mayoría producto de situaciones de abuso sexual y violación. (M. L. Lovisolo, comunicación personal, 16 de enero de 2024)

Bueno, yo creo que tenemos el logro que queda más enmarcado en la estadística, que es la baja del embarazo adolescente no intencional. Además, es muy importante tener en cuenta que no es sólo que baja el embarazo adolescente, sino que sea no intencional, o sea que no está demonizada ni la maternidad ni la maternidad adolescente, sino que se trata de la baja de un embarazo que ni era buscado, ni era planificado, ni era intencional y que era una condena especialmente a las pibas más pobres y más vulnerables. Para mí, además, está enlazado con el otro gran logro que es el reparto de anticonceptivos gratuitos y democráticos. (L. Peker, comunicación personal, 22 de enero de 2024)

En cuanto a la cobertura de población meta del SAI, la primera medición disponible corresponde al año 2015, en el cual el significativo volumen de MAC distribuidos tuvo como resultado el mejor desempeño registrado en esta dimensión (Gráfico 6). En 2016, se produjo

una caída del 29% en la cobertura, asociada a una reducción del 60% en el total de MAC distribuidos por el PNSSyPR, debido a los inconvenientes mencionados anteriormente. Luego se ello, se registró una mejora ocasionada por la recuperación del abastecimiento de MAC. Si bien hasta el momento no se logró alcanzar el nivel de cobertura *record* del 2015, el 2022 fue el año de mejor desempeño desde la crisis del 2016 y, a su vez, aquel en que se distribuyó la mayor cantidad de tratamientos anticonceptivos (8.202.644).

Gráfico 6. Cobertura de población meta del Sistema de Aseguramiento de Insumos con MAC distribuidos por el PNSSyPR, total país. Período 2015 - 2022



Nota: Las cifras correspondientes al año 2023 no fueron incluidas, ya que hasta el momento no se cuenta con los datos consolidados por insumo necesarios para realizar el cálculo de población cubierta con MAC distribuidos.

Fuente: Elaboración propia en base a *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (p. 26), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

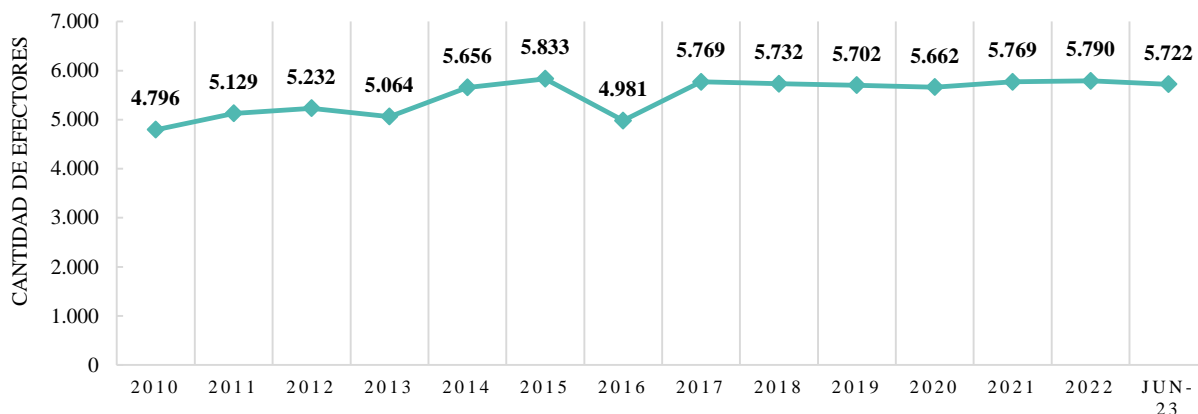
Con respecto a la cantidad de efectores públicos de salud de todo el país que recibieron insumos del PNSSyPR a través de los botiquines distribuidos por el Programa Remediar desde el 2010 hasta el primer semestre de 2023, cabe señalar que dicha cifra se encuentra condicionada por diversos factores, tales como el volumen de *stock* disponible para su distribución, la cantidad de efectores activos en dicho programa⁹² y, de ese universo, aquellos que brindan prestaciones de salud sexual y reproductiva.

En este marco, la evolución del total anual de establecimientos públicos que recibieron botiquines con insumos proveídos por el PNSSyPR presentada en el Gráfico 7 muestra que, en

⁹² Para estar activos en el Programa Remediar, es decir, poder recibir los botiquines de medicamentos que éste financia y/o distribuye, los establecimientos de salud deben cumplir con los criterios de elegibilidad y operatoria fijados por la normativa vigente. A fin de controlar su cumplimiento, el programa realiza auditorías periódicas (aproximadamente seis por año) y, en caso de irregularidades, puede efectuar suspensiones o bajas. Esto, junto con el alta de nuevos efectores, hace que varíen los efectores habilitados para recibir botiquines a lo largo del año. Por tanto, el Programa Remediar le informa al PNSSyPR el listado de efectores activos al momento de planificar cada una de las entregas de botiquines.

líneas generales, la cantidad de efectores alcanzados creció progresivamente hasta el 2015, a excepción de un leve descenso registrado en el 2013 que tuvo un correlato en la disminución de la cantidad de insumos distribuidos respecto al 2010 y 2011 y que, al año siguiente, fue seguido de una recuperación junto al aumento significativo del volumen de insumos entregados.

Gráfico 7. Cantidad de efectores de salud pública que recibieron botiquines de salud sexual y reproductiva, total país. Período 2010 - Junio 2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por el Programa Remediar mediante el pedido de acceso a la información pública realizado en el marco de la presente tesis.

La principal caída se registró en el 2016, año en el cual, como se mencionó previamente, las dificultades que afrontaron los procesos de compra de insumos en el marco del cambio de gestión del gobierno nacional limitaron el *stock* disponible para su distribución a las provincias. Así, al reducirse notoriamente el volumen de insumos entregados, decreció también la cantidad de efectores destinatarios de los mismos. En 2017, junto con la regularización del *stock*, se recuperó el alcance de la distribución, llegando casi a la misma cantidad de efectores de salud que durante el año 2015. Por último, al comparar los valores del 2010 con los del primer semestre de 2023, se observa un crecimiento del 19% (926 efectores) en el total de establecimientos sanitarios que recibieron botiquines de salud sexual y reproductiva.

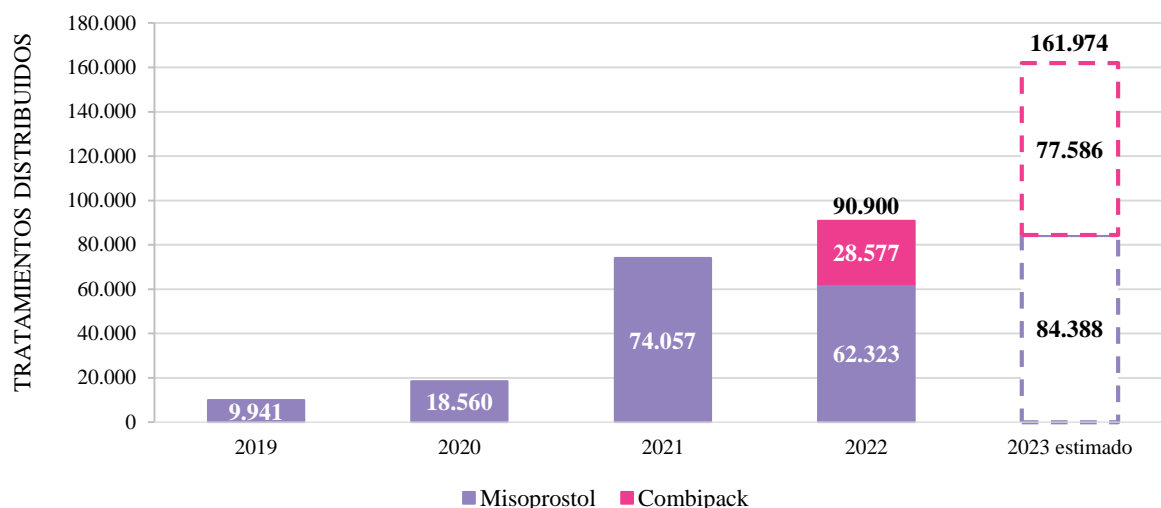
4.3. Acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo

En este apartado se presentan los resultados alcanzados por el PNSSyPR en relación al objetivo de garantizar acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. A tal fin, se analizan datos de 2019 a 2023 vinculados a la distribución de insumos necesarios para efectuar dicha práctica, los efectos públicos de salud que la realizan y la cantidad de IVE e ILE informadas.

Como se dijo anteriormente, la provisión de medicamentos para la práctica de interrupciones del embarazo comenzó en el 2019 con la entrega de 9.941 tratamientos de Misoprostol a depósitos jurisdiccionales de los PPSSR, un año después de que por primera vez un proyecto

de ley que otorgara el derecho a la IVE obtuviera la media sanción en la Cámara de Diputados. Desde ese entonces, ha continuado la distribución de estos medicamentos conforme lo establecido por el marco normativo vigente. El siguiente gráfico expresa la cantidad y el tipo de insumos entregados cada año:

Gráfico 8. Cantidad de tratamientos de Misoprostol y Combipack distribuidos por el PNSSyPR, total país. Período 2019 - 2023



Nota: Los datos del año 2023 son estimados ya que a la fecha no se cuentan con datos consolidados de los insumos distribuidos durante todo el ejercicio.

Fuente: *Informe de gestión anual 2023* (pp. 139-144), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023h, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022*, por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

El Gráfico 8 muestra que, durante el 2020, año en el que se trató un nuevo proyecto que finalmente dio lugar a la sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Post Aborto, la distribución de Misoprostol aumentó un 87% con relación al ejercicio anterior y creció significativamente en el 2021 (299%), año en que entró en vigencia dicha norma. En 2022, si bien se incorporó el Combipack a la canasta de insumos de salud sexual y reproductiva, el crecimiento fue más moderado (23%). No obstante, la provisión se fortaleció nuevamente en el 2023 con un incremento del 160%, principalmente a raíz del aumento del 171% en la entrega de dicho insumo.

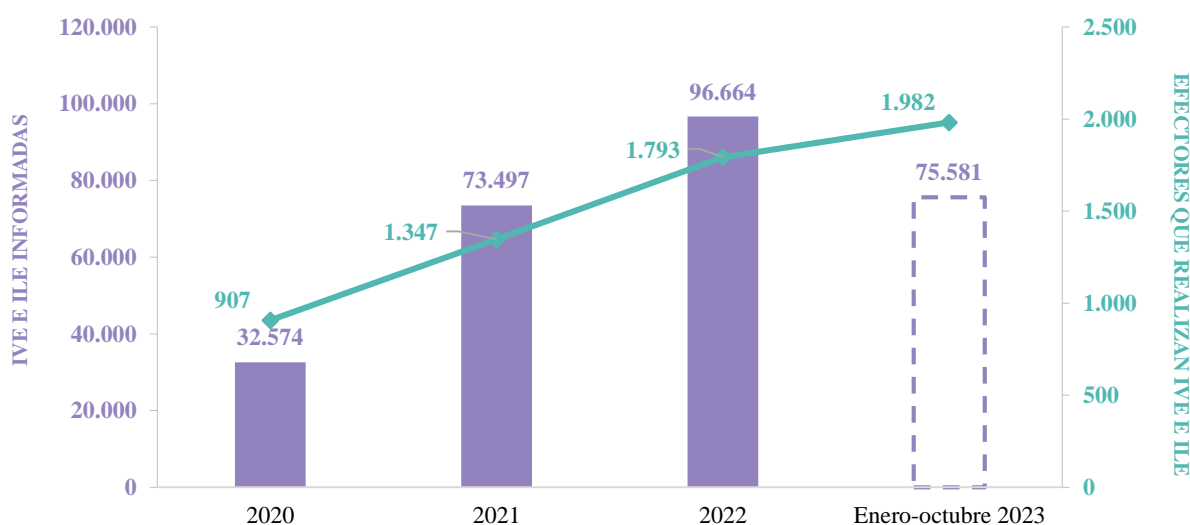
Sobre este tema es importante tener en cuenta las dificultades afrontadas por el PNSSyPR para poder estimar la cantidad de tratamientos necesarios para satisfacer la demanda de la población, en un escenario en el que no se contaba con estadísticas oficiales de ILE y había una cantidad significativa pero desconocida de abortos realizados en forma clandestina. Por tanto, el volumen adquirido se fue ajustando según la información construida colectivamente entre el equipo del

Programa Nacional, el Consejo Asesor, especialistas en la temática y referentes de los PPSSR. Luego, se fue nutriendo también de la información obtenida mediante el Formulario de IVE e ILE y Uso de Misoprostol implementado por el área de Monitoreo y Evaluación del PNSSyPR, cuyos primeros datos disponibles corresponden al año 2020.

Además, como se mencionó anteriormente, entre 2020 y 2023, se entregó un total de 1.407 equipos para la práctica de AMEU (aspirador y cánulas) y, el último año, distribuyeron también 15.000 cánulas endouterinas de diferentes medidas.

La provisión de estos insumos y el aumento de la cantidad de tratamientos de Misoprostol y Combipack distribuidos por el PNSSyPR fueron acompañados por un crecimiento sostenido tanto del número de establecimientos que realizan interrupciones del embarazo como de la cantidad de prácticas informadas por los PPSSR, tal como puede observarse en el Gráfico 9.

Gráfico 9. Cantidad de IVE e ILE informadas por las jurisdicciones y cantidad de efectores que realizan la práctica, total país. Período 2020 - Octubre 2023



Fuente: Elaboración propia en base a *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021. Actualización julio 2022* (p. 34), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022b, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2020* (p. 50), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022d, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2021* (p. 52), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022e, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación; *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. Actualización abril 2023* (pp. 7-8), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023e, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2023 (enero - octubre)* (pp. 8-9), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023f, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (pp. 51, 53), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

La red de efectores públicos de salud que practican IVE e ILE se fue expandiendo año a año, registrando una ampliación del 119% entre 2020 y octubre de 2023. De este modo, más del

25% de los establecimientos públicos de salud que actualmente brindan al menos una prestación de salud sexual y reproductiva realiza interrupciones del embarazo (DNSSR, 2023j, p. 51).

En tanto, durante el 2020, año en que únicamente estaba permitida la ILE, se informaron 32.574 prácticas realizadas en efectores públicos de salud⁹³. Luego, durante el primer año de vigencia de la Ley 27.610 que estableció el derecho a la IVE, las prácticas reportadas aumentaron un 126%, mientras que en 2022 crecieron un 32% con respecto al ejercicio anterior. En tanto, entre enero y octubre de 2023, se informaron 75.581 IVE e ILE realizadas, cifra que pareciera indicar que el total anual se aproximaría al observado en 2022.

Como puede notarse, la cantidad de interrupciones del embarazo que fueron reportadas al área de Monitoreo y Evaluación del PNSSyPR fue superior a la cantidad de tratamientos de Misoprostol y Combipack que éste distribuyó anualmente en todo el país. Dicha diferencia se explica por las compras de tales insumos tramitadas por las jurisdicciones para complementar los envíos nacionales y, de ese modo, dar respuesta a la demanda de la población.

Por último, es importante resaltar que la ampliación de la red de efectores públicos de salud que practican IVE e ILE y el aumento de la cantidad interrupciones del embarazo realizadas en dichos establecimientos se vinculan tanto con la entrada en vigencia de la Ley 27.610 como con la política activa impulsada por la DNSSR en la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación para garantizar el ejercicio efectivo de los nuevos derechos a través de las estrategias planificadas en el marco del GT Acceso a la Interrupción del Embarazo y coordinadas con las diferentes áreas del PNSSyPR en materia de difusión, promoción de derechos, capacitación, asistencia técnica, asesoramiento jurídico, atención de consultas, aseguramiento de insumos, articulación y cooperación multiactoral y multisectorial.

Este hecho fue destacado por C. Leonardi, Oficial en Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA, al señalar como uno de los logros del Programa Nacional “El impulso para la sanción de la Ley IVE y su posterior implementación, que contempló aseguramiento de insumos, la asistencia técnica a las provincias, las regulaciones, las capacitaciones a equipos de salud, entre otros” (comunicación personal, 20 de enero de 2024).

En la misma línea, la investigadora doctoral del CONICET e integrante de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito M. Ferretto subrayó que “el programa logró una base sólida de mecanismos para garantizar la salud sexual y reproductiva que fue clave al

⁹³ Este es el primer dato disponible sobre la cantidad de ILE efectuadas en el subsistema público de salud, ya que anteriormente no se contaba con un registro nacional unificado de las mismas.

momento de lograr la sanción de la Ley 27.610, que dio ventaja al tener muchos de los circuitos ya entrenados” (comunicación personal, 17 de enero de 2024).

En consonancia con ello, 13 de las 16 informantes clave consultadas incluyeron dentro de los principales logros alcanzados por el PNSSyPR su accionar en relación al derecho a la interrupción del embarazo. A continuación, se brindan algunos de sus testimonios.

V. Isla, entonces Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, resaltó que:

La sanción de la Ley 27.610 y el desarrollo de estrategias sanitarias para garantizar su implementación produjeron condiciones para el acceso al aborto seguro y esto se observa en el descenso de la mortalidad materna por aborto en el primer año de implementación de la ley. (comunicación personal, 17 de enero de 2024)

En el mismo sentido, M. L. Lovisolo mencionó: “También encuadrado en el Programa, se logró poner en práctica la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, disminuyendo la tasa de mortalidad materna de manera drástica; en especial, en los sectores más vulnerables de la población” (comunicación personal, 16 de enero de 2024). En concreto, Ramon Michel et al. (2023) y el Proyecto Mirar (s.f.) informan que, entre 2020 y 2021, las muertes maternas por aborto se redujeron de 23 a 13, es decir, casi un 57%.

Si bien los avances realizados sin dudas son significativos, todavía persisten barreras de acceso a la IVE e ILE, especialmente vinculadas a las desigualdades que atraviesan el territorio nacional en términos de la cobertura de los servicios de salud, la capacitación del personal sanitario y factores socio-culturales. En este sentido, S. Oizerovich, A. Álvarez, C. Leonardi, S. Ariza, E. Amorín y C. Leone incluyeron entre los desafíos que afronta el PNSSyPR garantizar la implementación de la Ley 27.610 en todo el país. En palabras de la Coordinadora del área de Comunicación y Producción de Materiales y la Responsable del GT sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad e integrante de dicha área:

El desafío actual es que las políticas de acceso al aborto se sigan garantizando y profundizando, pues no es que a partir de la sanción de la ley hay una garantía de acceso en todo el país. Es decir, cómo podrían sostenerse y mejorarse unas políticas que todavía tienen muchas dificultades para su implementación pareja en todo el territorio nacional. (E. Amorín y C. Leone, comunicación personal, 19 de enero de 2024)

Ampliando lo anterior, Ramon Michel et al. (2023) advierten que las desigualdades territoriales para acceder a la IVE e ILE todavía persisten, hecho que se refleja en la cantidad de servicios públicos disponibles por mujer: mientras que en Chaco, Santiago del Estero y Tucumán existen entre 3 y 4 servicios cada 100.000 mujeres, La Pampa cuenta con 48 servicios cada 100.000

mujeres (p. 7). Además, Agustina Ramon Michel, abogada, investigadora asociada del CEDES e integrante del proyecto Mirar, explicó que:

“Hay incumplimientos, muchos individuales, pero también institucionales, donde profesionales, directores y administrativos dejan a todas las usuarias de la zona sin respuesta. Hay incluso objeciones [de conciencia] jurisdiccionales, es decir, municipios enteros que deniegan acceso a abortos legales. Esto ocurrió en Oberá hasta hace muy poco, o en San Miguel o en otros sitios de Tierra del Fuego. Pero lo que cambió radicalmente fue que estas objeciones jurisdiccionales eran la regla antes de la sanción de la ley, incluso había provincias enteras donde difícilmente se encontraba más de un puñado de profesionales de la salud, que, de manera heroica, proveían la práctica” (como se citó en Iglesias, 2024).

Asimismo, Romero et al. (2023) llaman la atención sobre las estrategias desarrolladas por algunos sectores conservadores y religiosos de la sociedad para obstaculizar el cumplimiento del derecho a la IVE e ILE. Como ejemplo de ello mencionan la colocación de cartillas religiosas en los servicios de salud, los intentos de poner en marcha servicios confesionales de acompañamiento a las mujeres embarazadas dentro de hospitales con el fin de evitar sus decisiones de abortar y las declaraciones públicas de candidatos presidenciales acerca de la necesidad de derogar la Ley 27.610 (p. 40).

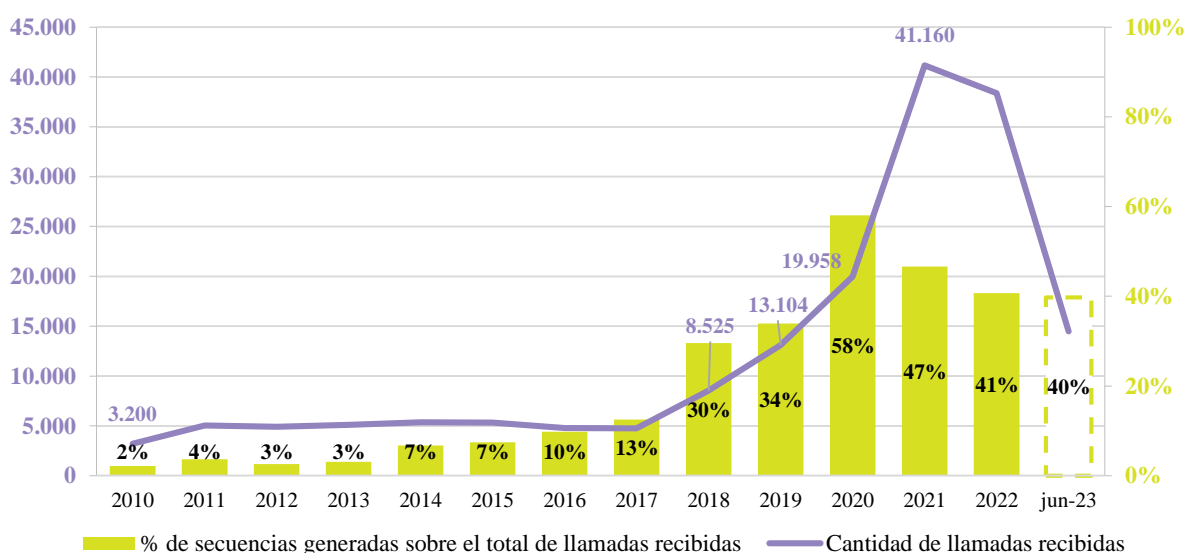
Sobre este tema habían advertido Cappuccio, Nirenberg y Pailles (2006) en su investigación “El Equipo de Salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, al hallar diversos factores que podían obstaculizar la efectiva implementación del PNSSyPR. Entre las barreras vinculadas a los profesionales de la salud, se encuentran sus concepciones, creencias, intereses y perfiles de formación; mientras que en relación a la población en general se destaca el peso de los sistemas de creencias, la religión y la falta de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (pp. 68-69).

En este escenario, la posibilidad de acceder a la interrupción del embarazo se ve afectada tanto por el lugar de residencia y los recursos económicos con los que cada persona cuenta para movilizarse hacia un lugar que disponga de efectores de salud que realicen la práctica, como por factores sociales y culturales que limitan el ejercicio de los derechos adquiridos. No obstante, así como desde el comienzo de su puesta en marcha el Programa Nacional ha trabajado en el desarrollo de diversas estrategias para afrontar estos obstáculos, desde el 2019 en adelante ha intensificado los esfuerzos destinados a superar las barreras de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Si bien queda un largo camino por recorrer, también son muchos los logros alcanzados y las capacidades adquiridas para seguir avanzando hacia el cumplimiento igualitario de la Ley 27.610.

4.4. Línea 0800 Salud Sexual

Como se mencionó anteriormente, la Línea 0800 Salud Sexual fue creada en el año 2010, durante la Etapa de Consolidación del PNSSyPR (2010-2014), a fin de favorecer el acceso efectivo a servicios de salud, visibilizar los derechos sexuales y reproductivos, contribuir al monitoreo de la calidad de los servicios e identificar posibles *déficits* en los mismos (PNSSyPR, 2011, p. 89). En ese marco, a continuación se analiza, por un lado, el comportamiento de la cantidad de llamadas recibidas y el porcentaje de ese total que generó secuencias desde la puesta en funcionamiento de la Línea 0800 Salud Sexual hasta junio de 2023, de acuerdo con los datos representados en el Gráfico 10; y, por el otro, la evolución de los motivos de consulta que dieron lugar a dichas secuencias, según las cifras presentadas en el Gráfico 11.

Gráfico 10. Evolución de la cantidad de llamadas recibidas por la Línea 0800 Salud Sexual y el porcentaje de secuencias generadas, por año. Período 2010 - Junio 2023



Fuente: *Acceso a métodos anticonceptivos y a interrupción voluntaria y legal del embarazo Reporte trimestral en base a secuencias del 0800. Julio - septiembre 2023*, por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023b, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Uno de los datos relevantes que surgen de este gráfico es que, durante el período analizado, se registraron tres incrementos pronunciados en la cantidad de llamadas recibidas por la Línea 0800 Salud Sexual. El primero de ellos se produjo al año siguiente de su puesta en marcha, con un crecimiento interanual del 58%, posiblemente motivado por el efecto positivo de las campañas de difusión desarrolladas por el área de Comunicación del PNSSyPR sobre el nivel de conocimiento de este servicio por parte de la población. Luego de ello, la cantidad de llamadas recibidas se mantuvo relativamente constante, con un promedio anual cercano a las 5.000 consultas anuales entre 2011 y 2017.

El segundo pico se registró en el 2018 y tuvo dos particularidades: fue aún más pronunciado que el anterior, ya que el número de llamadas se incrementó un 80%, y fue acompañado por un aumento significativo de la cantidad de secuencias generadas, de las cuales un 77% correspondió a consultas sobre ILE (Gráfico 11). Este hecho se explica tanto por la visibilización sin precedentes en el país de la problemática, en el marco del debate legislativo del primer proyecto de acceso a la IVE que fue aprobado por la Cámara de Diputados y de la masiva movilización social que acompañó dicho proceso, como por las campañas de difusión de la Línea 0800 Salud Sexual realizadas y la ampliación de su capacidad de respuesta mediante la incorporación de cuatro consultores (DSSR, 2019, p. 7). De este modo, la puesta en agenda del aborto legal, seguro y gratuito tuvo un efecto incremental sobre la cantidad de llamadas recibidas y la generación de secuencias vinculadas al tema, que se vio potenciado por las estrategias desarrolladas por el PNSSyPR.

En 2019 y 2020, las consultas siguieron creciendo (54% y 52% respectivamente), junto con las secuencias generadas y el porcentaje de las mismas que tuvo por motivo el acceso a la ILE. Especialmente en 2020, año en que se trató el proyecto de ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención post aborto, se observa un aumento significativo del porcentaje de secuencias generadas, de las cuales un 93% estuvo vinculada a la ILE.

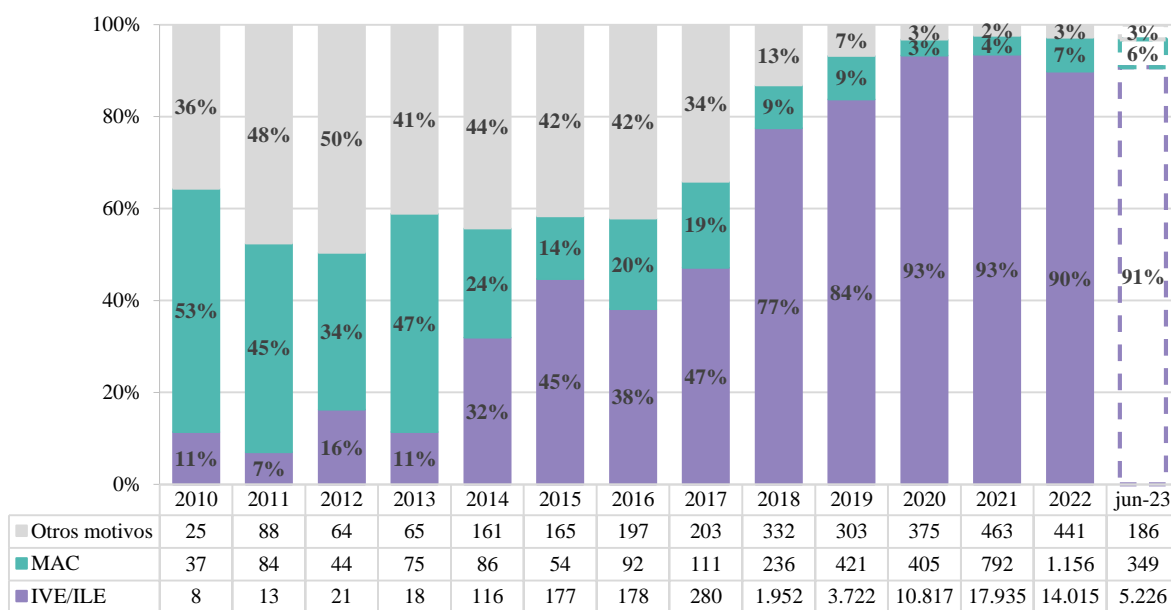
En este sentido, L. Peker destacó como un logro del Programa Nacional el haber ofrecido la posibilidad, a través de la Línea 0800 Salud Sexual, de realizar consultas sobre interrupción del embarazo, incluso antes de que la IVE fuera legal, y resaltó también el seguimiento brindado:

Y por supuesto, el otro gran derecho es la posibilidad de preguntar sobre el acceso a abortos legales, incluso previamente a la aprobación de la ley, en el 0800 [Línea 0800 Salud Sexual]. Creo que además es un 0800 que funcionó de hecho mucho mejor en la atención a la salud sexual que la Línea 144 [que atiende situaciones de violencia de género] porque tiene lo que se llama seguimiento [generación de secuencias y seguimiento de su estado]. (comunicación personal, 22 de enero de 2024)

Finalmente, en 2021, se produjo el tercer pico de llamadas, con un incremento del 106% interanual. Nuevamente, este fenómeno estuvo vinculado al acceso a la interrupción del embarazo, aunque en este caso fue producto de la entrada en vigencia de la Ley 27.610, sancionada a fines del 2020. Un aspecto relevante en este caso es que, si bien el porcentaje de secuencias generadas siguió siendo alto, se redujo un 11% con relación al año anterior, manteniéndose en 93% la proporción asociada a IVE e ILE. Dicho decrecimiento puede estar vinculado a una disminución de las barreras de acceso a la interrupción del embarazo, en el marco de la implementación de la Ley 27.610. Profundizando sobre esta cuestión, el Gráfico

11 muestra cómo se fue transformando la composición del conjunto de secuencias generadas por motivo a lo largo del tiempo.

Gráfico 11. Distribución de las secuencias generadas por la Línea 0800 Salud Sexual según motivo de consulta, en valores absolutos y porcentaje sobre el total anual, por año. Período 2010 - Junio 2023



Fuente: Acceso a métodos anticonceptivos y a interrupción voluntaria y legal del embarazo Reporte trimestral en base a secuencias del 0800. Julio - septiembre 2023, por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023b, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Resulta notorio que, durante los primeros cuatro años de funcionamiento de la Línea 0800 Salud Sexual, casi la totalidad de las secuencias se debía a cuestiones vinculadas al acceso a MAC y otros motivos, como derechos sexuales y reproductivos, situaciones de violencia obstétrica y atención de las personas LGBTI+; mientras que aquellas relacionadas a la ILE apenas promediaban el 12% del total. En 2014, la proporción de secuencias sobre MAC se redujo significativamente y, desde entonces, siguió su tendencia decreciente hasta llegar a representar el 6% del total generado durante el primer semestre de 2023. Este fenómeno puede ser explicado por la mejora en el acceso métodos anticonceptivos lograda a través de las diversas líneas de acción impulsadas por el Programa Nacional para remover las barreras existentes a través de la articulación con los PPSSR, otros programas y sectores de la cartera, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, entre otros; el fortalecimiento y la consolidación del SAI; la ampliación de la canasta de salud sexual y reproductiva; la sensibilización de actores clave; la capacitación del personal de salud; la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos; la asistencia técnica y los efectos positivos derivados del seguimiento de las secuencias generadas los años previos.

En tanto, la proporción de secuencias por otros motivos, que agrupan múltiples temas de consulta, se mantuvo en niveles relativamente altos hasta el 2017 y cayó en 2018 -cuando creció pronunciadamente el porcentaje vinculado a ILE-. Desde ese momento, dichas secuencias continuaron su tendencia a la baja, significando sólo un 3% en el último tramo de la serie. Igualmente, el máximo absoluto que registraron en el período (463) es muy inferior al alcanzado por las secuencias sobre MAC (1.156) e interrupción del embarazo (17.935).

Por último, las secuencias en materia de ILE e IVE iniciaron su crecimiento en 2014 y, como se dijo anteriormente, experimentaron un incremento notorio en 2018, manteniéndose en niveles muy elevados durante el resto del período, representando de hecho casi la totalidad de las secuencias generadas.

Al respecto, C. Lynn identificó como uno de los grandes logros del Programa Nacional la creación de la Línea 0800 Salud Sexual:

La línea 0800 para atender las consultas fue una política ‘zarpada’ [de gran relevancia] y con la Ley de IVE se mostró ese potencial que tenía para acercarnos a las personas usuarias, para brindar una respuesta, una escucha, para brindar información clara. Es muy interesante ver cómo fue transformándose el rol de la Línea y ahora también creo que tuvo un gran rol central para que efectivamente las políticas públicas, y en particular la política de la IVE, llegue a todas las localidades o tengamos una mirada de dónde falta. (comunicación personal, 20 de enero de 2024)

En la misma línea, E. Amorín y C. Leone señalaron que:

Favorecer el acceso de la población a través de la línea de salud sexual también es un logro, un hito y una herramienta que se sostiene hace más de diez años y que crece en su uso a partir de constituirse la línea en vía de entrada para el acceso a la IVE-ILE. (comunicación personal, 19 de enero de 2024)

Por su parte, M. Ferretto destacó “la línea 0800 como un instrumento clave de implementación y de información, con una atención de calidad”, a la vez que consideró que persiste el desafío de fortalecer su visibilización en la sociedad:

También pienso en la difusión de la línea 0800 que es muy poco visibilizada como herramienta ‘apta para todo público’ ante dudas, consultas y hasta contención. No olvidemos que la información es poder y es clave para la toma de decisiones. (comunicación personal, 17 de enero de 2024)

En conclusión, la Línea 0800 Salud Sexual ha sido una importante herramienta para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, cuyo potencial y efectividad se ha evidenciado a partir del crecimiento exponencial de las consultas y secuencias relativas a la interrupción del embarazo. Impulsar nuevamente su difusión masiva puede ser central ante un escenario de posible retroceso en este campo, a fin de defender los derechos adquiridos.

5. Reflexiones Finales

En la presente tesis se realizó un estudio de caso sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación Argentina partiendo de los enfoques de salud integral, género y derechos humanos, en el cual se describió y analizó la historia de dicha política pública desde su creación en el 2002 hasta la fecha (octubre de 2023), haciendo foco en tres aspectos clave: su surgimiento, su desarrollo y los principales efectos generados.

En relación a la primera cuestión se encontró que la creación del Programa Nacional, mediante la sanción por amplia mayoría de la Ley 25.673 de 2002, fue motivada tanto por la problemática sanitaria que atravesaba el país en el contexto de aguda crisis socioeconómica, como por la obligación de dar cumplimiento a los tratados internacionales incorporados a la Constitución Nacional en ocasión de la reforma del '94. A su vez, fue impulsada por organizaciones de mujeres y feministas, junto con organismos de derechos humanos, cuyo rol fue central para finalmente lograr la aprobación luego del fracaso sistemático de los proyectos presentados desde 1986 en adelante; años en los que las presiones ejercidas principalmente por la Iglesia Católica, grupos religiosos y sectores conservadores de la sociedad lograron obstaculizar el surgimiento de la primera política pública nacional de salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la creación del PNSSyPR fue posible gracias a las concesiones realizadas en favor de los sectores opositores al proyecto; la implementación de la Ley 24.012 de Cupo Femenino, cuya entrada en vigencia permitió cambiar el mapa de actores que integraban las Cámaras de Diputados y Senadores; el papel desempeñado por las legisladoras en la generación de consensos y la promoción de la elaboración de proyectos que unificaran las propuestas de los diferentes partidos políticos; el cambio de gobierno nacional y el debilitamiento de la influencia del ex Presidente Menem en el Congreso; la incorporación del tema a la agenda pública nacional y el creciente apoyo social a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, que incidió positivamente sobre el pronunciamiento favorable de los representantes políticos.

Así, la Ley 25.673, que refleja las conclusiones de la CIPD de El Cairo (1994) y de la Conferencia de Beijing (1995), representó un gran avance en términos de la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la población en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, garantizando su ejercicio efectivo a través de la implementación del PNSSyPR desde los enfoques de salud integral, género y derechos humanos.

Si bien no estuvo exenta de limitaciones -producto de las concesiones realizadas para lograr su aprobación-, a lo largo de este estudio se mostró cómo las mismas fueron siendo superadas a medida que progresó el desarrollo de esta política pública. Por ejemplo, la eximición de la obligación de brindar educación sexual y reproductiva en escuelas privadas (Ley 25.673, 2020, Artículo 9), fue revertida en el 2006 mediante de la sanción de la Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral y establece el derecho a recibir ESI en todos los establecimientos educativos públicos del país, ya sean de gestión estatal o privada. Por su parte, la inscripción de la norma en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad (Ley 25.673, 2020, Artículo 4) quedó sin efecto a partir de la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994 de 2014) en agosto de 2015, que declaró el derecho a la salud como derecho personalísimo, dando lugar a un avance significativo en el ejercicio de la autonomía de las personas, en particular, de la infancias, adolescencias y PCD. Además, el Programa Nacional buscó superar la ausencia en el cuerpo normativo del listado de MAC incorporados al PMO a través de una multiplicidad de campañas de comunicación masiva, diversas actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la puesta en marcha de la Línea 0800 Salud Sexual. Asimismo, con el establecimiento del régimen de anticoncepción quirúrgica (Ley 26.130 de 2006) y la conquista del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (Ley 27.610 de 2020) se logró trascender la barrera de poder ofrecer únicamente MAC de carácter no abortivo, reversible y transitorio (Ley 25.673, 2002, Artículo 6, Inciso b).

En este sentido, la investigación realizada evidenció el notorio proceso de crecimiento, fortalecimiento y jerarquización institucional experimentado por el PNSSyPR desde su puesta en marcha en el 2003, a cargo de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, hasta la actualidad, en que es llevado adelante por la DNSSR del MSAL. Dicha jerarquización, que fue acompañada por la expansión del marco normativo que contribuye a su sostenibilidad y amplía los derechos sexuales y reproductivos de la población, fue valorada por 10 de las 16 informantes clave como uno de los principales logros alcanzados en sus 20 años de implementación.

Paralelamente, el Programa Nacional impulsó la progresiva incorporación y transversalización de los enfoques de salud integral, derechos, género, inclusión e interculturalidad, dejando atrás la mirada reproductiva y maternalista propia del paradigma tradicional de la planificación familiar que había predominado durante la Etapa Inicial (2002-2006). En este marco, fue profundizando, diversificando, articulando y consolidando las líneas de acción desarrolladas, como así también complejizando el modelo de gestión diseñado para llevarlas adelante, a fin

de cumplir con los propósitos establecidos por la ley que establece su creación, como así también con aquellos objetivos prioritarios que se fueron fijando a lo largo del tiempo a la luz de los cambios normativos y las transformaciones del contexto sociopolítico nacional.

Desde el 2006 en adelante, las acciones impulsadas en materia de capacitación, comunicación y producción de materiales, aseguramiento de insumos, asesoramiento legal, atención de consultas ciudadanas, monitoreo y evaluación, intercambio con actores clave en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, relaciones institucionales y cooperación internacional, se fueron estructurando y jerarquizando mediante la conformación de áreas de trabajo específicas integradas por equipos de especialistas y profesionales.

Luego, el modelo de gestión integral que comenzó a desarrollarse en la etapa de Etapa de Consolidación (2010-2014) con el objetivo de mejorar los dispositivos, las prestaciones y los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el territorio nacional, y al que se le dio continuidad durante los años posteriores, se modificó sustancialmente durante la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023) a partir de la creación de GT intersectoriales y multidisciplinarios sobre temas clave, que buscaron contribuir a la mejora de la gestión y la política pública a través del fortalecimiento de la articulación entre las áreas y la incorporación de diferentes visiones al abordaje de las líneas estratégicas.

En línea con lo anterior, el recorrido por los principales aspectos de cada una de las cinco etapas de la implementación del Programa Nacional puso de manifiesto dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, que el punto de quiebre más importante se produjo en la transición desde la Etapa Inicial (2003-2006) hacia la Etapa de Institucionalización (2006-2010), ya que la adquisición de autonomía administrativa y financiera que trajo aparejada el pasaje desde la órbita de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil a la dependencia directa de la Secretaría de Programas Sanitarios habilitó una serie de transformaciones clave para el PNSSyPR. Como se mencionó anteriormente, fue entonces cuando pudo avanzar en la conformación de un equipo propio, el armado de áreas de trabajo y la ruptura con la mirada reproductiva y maternalita en favor de la adopción de los enfoques de género y derechos humanos promovidos por la Ley 25.673. Esto permitió que su impronta principal dejara de ser la mejora de los servicios relacionados al embarazo, el parto y el puerperio y que, en contraste con ello, la provisión de MAC se constituyera como eje central del modelo de gestión y se acentuaran las acciones de promoción de la salud sexual. Dichos cambios sentaron las bases sobre las cuales se establecieron los objetivos prioritarios, las estrategias, las líneas de acción en las etapas siguientes.

Lo anterior conduce al segundo aspecto destacado y es que, desde entonces, el Programa Nacional se fue desarrollando tomando como punto de partida lo construido previamente y los logros alcanzados hasta el momento. De este modo, mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva ha sido siempre el principal propósito de esta política pública, en tanto que las modificaciones observadas en los objetivos de gestión no tuvieron tanto que ver con una ruptura en relación a su contenido, sino con la prioridad otorgada a cada uno de ellos en las diferentes etapas y la incorporación de nuevos propósitos derivados de las responsabilidades asumidas a partir de la entrada en vigencia de las leyes que fueron ampliando los derechos sexuales y reproductivos de la población. En línea con ello, se registraron cambios en las prestaciones incluidas, las temáticas abordadas y las acciones impulsadas a fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos planteados, promover la mejora continua y dar respuesta a las transformaciones normativas y sociopolíticas que tuvieron lugar a lo largo de los años.

Por ejemplo, si bien garantizar la provisión de MAC y otros insumos de salud sexual y reproductiva ha sido siempre el eje de gestión en torno al cual se organizaron las estrategias desplegadas por las diferentes áreas, desde el 2015 en adelante se puso especial énfasis en los LARC y, a partir del 2019, se priorizaron también los medicamentos para la práctica de interrupciones del embarazo a fin de poder cumplir con el reciente objetivo de garantizar el acceso a la IVE e ILE. De igual modo, la reformulación planteada en 2010 a partir del desarrollo del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes, no significó una profunda transformación de los propósitos perseguidos, sino más bien el impulso de diversas líneas de acción orientadas a alcanzarlos, como la firma de convenios de adhesión con los PPSSR y el armado de una red nacional de referentes provinciales, la inclusión de prestaciones de salud sexual y reproductiva en el Programa Sumar y la consolidación del sistema de distribución de insumos a través del Programa Remediar, entre otras. En la misma línea, desde el 2010 el PNSSyPR ha buscado promover los derechos sexuales y reproductivos de las diversidades sexuales y las PCD, pero recién a raíz del comienzo de la implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género las primeras fueron contempladas por los objetivos de gestión prioritarios establecidos en la Etapa de Integración y Diversificación (2015-2019), mientras que las segundas fueron incluidas en la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación (2019-2023). Cabe destacar que, además, en esta última fase se buscó garantizar el acceso a la interrupción del embarazo (IVE e ILE) y a la atención posaborto, y fortalecer la prevención, detección temprana y atención de abusos sexuales y embarazos forzados en infancias y adolescencias.

De este modo, mediante el desarrollo de una estrategia integral, transversal, coordinada, multidisciplinaria y participativa el PNSSyPR ha contribuido a la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, constituyéndose como una referencia de política pública a nivel nacional e internacional. Pues no sólo ha logrado mejorar el acceso universal, equitativo y gratuito a la salud sexual y reproductiva conforme los estándares de calidad vigentes, sino que ha aportado también a la reducción de las desigualdades de género a través del reconocimiento de las mujeres y diversidades como sujeto de derechos y del ofrecimiento de valiosas herramientas para el fortalecimiento de su autonomía física. Estos logros fueron posibles también gracias a los apoyos políticos conseguidos y al rol desempeñado por las organizaciones de mujeres, feministas y de la sociedad civil, organismos internacionales, especialistas y referentes en este campo, quienes contribuyeron a poner el tema en las agendas pública, política y gubernamental.

El análisis realizado en el capítulo 4 mostró que el éxito del Programa Nacional se manifiesta en los resultados obtenidos. En primer lugar, el seguimiento del presupuesto vigente de esta política pública entre 2007 y junio de 2023 expresó la relevancia que tuvo para los diferentes partidos y actores que gobernaron durante dicho período, ya que el financiamiento otorgado presenta una línea de tendencia predominantemente creciente.

En cuanto al SAI, no sólo se fortaleció a partir de la implementación del sistema logístico de distribución a través del Programa Remediar, que le permitió llegar en forma directa a más de 5.700 efectores de salud de todo el país, sino que además amplió significativamente la canasta de salud sexual y reproductiva ofrecida a la población. De este modo, mientras que en 2003 el PNSSyPR entregaba 3 anticonceptivos diferentes, gracias a la progresiva incorporación de nuevos insumos, en la actualidad provee de manera regular 14 MAC, 2 medicamentos para la interrupción del embarazo y Test de Embarazo. En este marco, y de acuerdo con el objetivo perseguido desde la Etapa de Integración y Diversificación (2015-2019) en adelante, amplió notoriamente la población cubierta con LARC, a la vez que garantizó la provisión de Misoprostol y Combipack, en el contexto de tratamiento y aprobación del derecho a la IVE. Esto último fue acompañado por el incremento de la cantidad de efectores que realizan IVE e ILE y de la cantidad de prácticas informadas por las jurisdicciones.

Para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo fue clave también el rol de la Línea 0800 Salud Sexual, que dio respuesta al masivo crecimiento de la cantidad de consultas y secuencias vinculadas al tema que tuvo lugar desde el 2018, año en que por primera vez obtuvo la media sanción un proyecto de ley que autorizara la IVE.

Asimismo, el crecimiento y la consolidación del SAI, el acceso a la IVE e ILE y el buen funcionamiento de la Línea 0800 Salud Sexual fueron posibles gracias a la articulación con las acciones desarrolladas por las diferentes áreas del Programa Nacional; al fortalecimiento del vínculo con los PPSSR, a los aportes realizados por el Consejo Asesor; a la participación de especialistas en la temática; y al trabajo conjunto con diversos programas, sectores y organismos gubernamentales como así también con organizaciones internacionales y de la sociedad civil. Esta estrategia integral, multidimensional e intersectorial contribuyó a la mejora continua de la política pública, promovió la transparencia y la rendición de cuentas.

No obstante, persisten desafíos para efectivizar la universalidad e igualdad en la salud sexual y reproductiva de la población, tales como la reducción de las inequidades territoriales en la cobertura y la calidad de la atención, la mejora del acceso de las PCD y diversidades, la remoción de mitos en torno a los MAC, el fortalecimiento de la AIPEO y de la implementación de la anticoncepción quirúrgica, el alcance de la meta de cobertura poblacional del SAI y la formación continua del personal de salud de todo el país.

Por último, cabe destacar que los testimonios recolectados abonan a la hipótesis formulada en el apartado 3.1. y la sección 3.2.5., acerca del comienzo del gobierno de La Libertad Avanza como momento de cierre de la Etapa de Expansión, Transversalización y Participación identificada por la presente investigación e inicio de un período defensivo y de posible retroceso en materia de derechos sexuales y reproductivos. Una vez más, el rol que desempeñen las organizaciones de mujeres, feministas y de la diversidad, como así también los organismos de derechos humanos, será fundamental para promover la continuidad del PNSSyPR y proteger de los derechos conquistados.

En futuras investigaciones sería interesante analizar la incidencia de este giro político en la implementación del Programa Nacional y los efectos observados en diferentes puntos del país, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de las desigualdades que atraviesan el territorio, el modo en que ello impacta sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de la población y el papel desempeñado por los actores que, históricamente, han promovido u obstaculizado los avances en este campo.

Referencias Bibliográficas

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL* (88), pp. 35-50. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/11102/088035050_es.pdf
- Acuerdo N° 6 de 2007 [Reunión de Ministros de Salud del Mercado Común del Sur]. Por el cual se adoptan las “Recomendaciones para las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR”. 15 de junio de 2007. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/202011/anexo_7_acuerdo_rms_06_07_mercosur.pdf
- Acuerdo N° 14 de 2008 [Reunión de Ministros de Salud del Mercado Común del Sur]. Por el cual se adopta la iniciativa “Acuerdo MERCOSUR para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal”. 28 de noviembre de 2008. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/14455.html>
- Amnistía Internacional [@amnistiaar] (18 de enero de 2024). *Estamos de acuerdo con algo que dijo el Presidente en Davos: “La evidencia empírica es incuestionable”. En esa línea respondemos a algunas de sus declaraciones más desopilantes y que ignoran justamente eso que él mismo invoca. Datos, no opinión.* Instagram. <https://www.instagram.com/p/C2QSGIbvp1K/?igsh=MXQ2cTQ0Y3EzbmJzag==>
- Anexo de la Resolución S-23/2 de 2000 [Asamblea General de Naciones Unidas]. Por el cual los gobiernos participantes del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas realizan una Declaración Política sobre el examen quinquenal de la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Beijing +5). 10 de junio de 2000. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/652/02/PDF/N0065202.pdf?OpenElement>
- Barzelay, M., Gaetani, F., Cortazar - Velarde, J. C., y Cejudo, G. (2002). *Investigación sobre Reformas a la Política de la Gestión Pública en la Región de América Latina: Marco Conceptual, Guía Metodológica y Estudios de Caso*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bianco, M. (agosto de 2004). *Los derechos sexuales y reproductivos según Cairo. Experiencias de abogacía y protección en América Latina*. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. http://www.feim.org.ar/pdf/conferencias/roundtable/2004_DSSyR_segun_Cairo.pdf

- Blanco, L. G. (2017). La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)*. Recuperado el 4 de octubre de 2023, de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>
- Brugo Marcó, N. (3 de enero de 2014). Historia sobre los Encuentros Nacionales de Mujeres. *Voces en el Fénix* (32). <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/historia-sobre-los-encuentros-nacionales-de-mujeres/>
- Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito - Regional Salta [@campabortosalta] (29 de diciembre de 2023). *Es ley, ni un paso atrás*. Instagram. https://www.instagram.com/p/C1dOAEysTJJ/?igsh=MWQxOTZ2YXJvdWpsaQ%3D%3D&img_index=1
- Cappuccio, M., Nirenberg, O. y Pailles, J. (2006). El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 67-92). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>
- Carbajal, M. (31 de octubre de 2002). Para una sexualidad responsable. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-12197-2002-10-31.html>
- Carbajal, M. (5 de diciembre de 2007). Una guía para el aborto dentro de la ley. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-95751-2007-12-05.html>
- Cárdenas, E. y Tandeter, L. (2008). *Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Una visión de la legislación y la jurisprudencia*. Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos. <https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/derechos-sexuales-y-reproductivos-en-argentina-una-revisi%C3%B3n-de-la-legislaci%C3%B3n-y-la>
- Cattaneo, V. y Suárez, N. (2017). Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673 y Decreto Reglamentario 1282/2003. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario>
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad (2006). *Salud y derechos sexuales y reproductivos. La opinión pública 2006*. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3575>

- Cesilini, S. y Gherardi, N. (2002). *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*. Banco Mundial.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/478071468742167083/pdf/364090Spanish.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (septiembre de 2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (septiembre de 2015). *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38935-guia-operacional-la-implementacion-seguimiento-consenso-montevideo-poblacion>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (2019). Planes de Igualdad de Género en América Latina y el Caribe: Mapas de ruta para el desarrollo. *Observatorio de Igualdad de Género en América Latina y el Caribe. Estudios N° 1*.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/41014-planes-igualdad-genero-america-latina-caribe-mapas-ruta-desarrollo>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (28 de julio de 2022). *¿Qué es el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo?*
<https://www.cepal.org/es/videos/que-es-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (7 de junio de 2023). *A 10 años del Consenso de Montevideo: hacia una agenda de población y desarrollo con equidad territorial*. <https://www.cepal.org/es/eventos/10-anos-consenso-montevideo-agenda-poblacion-desarrollo-equidad-territorial>
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1 de octubre de 1996. Artículo 37.
http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=166
- Constitución de la Nación Argentina. 3 de enero de 1995. Artículo 75.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 22 de julio de 1946. Preámbulo. Nueva York.
<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. 18 de diciembre de 1979. Artículo 16. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Dapelo, S. (22 de noviembre de 2019). Adolfo Rubinstein renunció y justificó su actuación con el protocolo sobre el aborto. *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/politica/adolfo-rubinstein-renuncia-como-secretario-salud-polemica-nid2308751/>
- Dávila León, O. (2000). Política pública e institucionalidad en juventud. *Última Década* 8(2), pp. 17-22. Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362000000100004>
- Decisión Administrativa 307 de 2018 [Jefatura de Gabinete de Ministros]. Por la cual se aprueba la estructura organizativa de primer nivel operativo del Ministerio de Salud de la Nación. 14 de marzo de 2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decisi%C3%B3n-administrativa-307-2018-307802>
- Decisión Administrativa 457 de 2020 [Jefatura de Gabinete de Ministros]. Por la cual se aprueban las estructuras organizativas de primer y segundo nivel operativo del Ministerio de Salud de la Nación. 5 de abril de 2020. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decisi%C3%B3n-administrativa-457-2020-336067>
- Decisión Administrativa 384 de 2021 [Jefatura de Gabinete de Ministros]. Por la cual se aprueba la estructura organizativa de primer nivel operativo del Ministerio de Salud de la Nación, de conformidad con el organigrama y las responsabilidades primarias y acciones que, como anexos forman parte integrante de la presente medida. 21 de abril de 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decisi%C3%B3n-administrativa-384-2021-348984>
- Decreto 378 de 1991 [Presidencia de la Nación]. Por el cual se crea el Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, se establecen su misión e integración. 13 de marzo de 1991. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-378-1991-5686>
- Decreto 1.426 de 1992 [Presidencia de la Nación]. Por el cual se crea el Consejo Nacional de la Mujer y se aprueba su estructura organizativa. 13 de agosto de 1992. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1426-1992-9837>

Decreto 1.246 de 2000 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por el cual se establecen normas para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley 24.012, la Constitución Nacional y tratados internacionales que poseen jerarquía constitucional, a fin de lograr la integración efectiva de las mujeres en la actividad política. 4 de enero de 2001.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1246-2000-65634>

Decreto 1.282 de 2003 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por el cual se aprueba la Reglamentación de la Ley N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. 26 de mayo de 2003.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1282-2003-85450>

Decreto 785 de 2019 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por el cual se deroga la Resolución de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social N° 3158 de fecha 19 de noviembre de 2019. 22 de noviembre de 2019.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-785-2019-332009>

Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (29 de enero de 2018). *Convención Americana sobre Derechos Humanos: Pacto San José de Costa Rica*.
<https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/convencion-americana-sobre-derechos-humanos-8/#:~:text=%C2%ABPacto%20San%20Jos%C3%A9%20de%20Costa%20Rica%C2%BB&text=Fue%20aprobado%20por%20la%20Rep%C3%ABblica,14%20de%20agosto%20de%201984.>

Diputados Argentina (8 de noviembre de 2021). *La Cámara de Diputados conmemoró los 30 años de la Ley de Cupo Femenino*. <https://diputados.gob.ar/prensa/noticia/LA-CAMARA-DE-DIPUTADOS-CONMEMORO-LOS-30-ANOS-DE-LA-LEY-DE-CUPO-FEMENINO/>

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019). *Informe de Gestión 2016-2019*. Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (s.f.-a). *Derechos sexuales y derechos reproductivos*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (s.f.-b). *Preguntas frecuentes*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/preguntas-frecuentes#5>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021a). *Acceso a métodos anticonceptivos -MAC- y a interrupción legal del embarazo -ILE-. Reporte bimestral en base a secuencias del 0800. Noviembre - diciembre 2020*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/reporte-bimestral-en-base-secuencias-del-0800-noviembre-diciembre-2020>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021b). *Informe de gestión 2020*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-2020-dnssr>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022a). *Acceso a métodos anticonceptivos y a interrupción voluntaria y legal del embarazo. Reporte bimestral en base a secuencias del 0800. Noviembre - Diciembre 2021*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/reporte-bimestral-en-base-secuencias-del-0800-noviembre-diciembre-2021-acceso-metodos>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022b). *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021. Actualización julio 2022*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2021>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022c). *Informe de gestión 2021*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-2021-dnssr-0>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022d). *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación resultados 2020*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/tablero-de-monitoreo-para-la-toma-de-decisiones-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-y>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022e). *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2021*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/tablero-de-monitoreo-para-la-toma-de-decisiones-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-0>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023a). *Acceso a métodos anticonceptivos y a interrupción voluntaria y legal del embarazo Reporte trimestral en base a secuencias*

- del 0800. Abril - junio 2023. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/reporte-trimestral-en-base-secuencias-del-0800-salud-sexual-abril-junio-2023>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023b). *Acceso a métodos anticonceptivos y a interrupción voluntaria y legal del embarazo Reporte trimestral en base a secuencias del 0800. Julio - septiembre 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/reporte-trimestral-en-base-secuencias-del-0800-salud-sexual-julio-septiembre-2023>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023c). *Catálogo de materiales de capacitación y documentos técnicos Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Diciembre 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/catalogo_de_materiales_de_capacitacion_y_documentos_tecnicos_7122023-2.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023d). *Catálogo de materiales. Políticas públicas de salud y derechos sexuales y reproductivos: monitoreo y rendición de cuentas. Diciembre 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://drive.google.com/file/d/1ccN0RT-u6-VICJx5K4f9rW3dyFOxGuCF/view>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023e). *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. Actualización abril 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2022>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023f). *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2023 (enero - octubre)*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://drive.google.com/file/d/1sSIIHEB0mEbTsmBNmw6Dx8GNjuh-kzDc/view>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023g). *Informe de gestión anual 2022*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-anual-2022-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023h). *Informe de gestión anual 2023. Enero - octubre 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. https://drive.google.com/file/d/1tc0vm43N_sIwQcGlrB1GHEayfpOvbmje/view

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023i). *Informe de gestión trimestral. Abril - junio de 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-trimestral-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-abril>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023j). *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022*. Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/tablero-de-monitoreo-para-la-toma-de-decisiones-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-1>
- Disposición 5 de 2023 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se aprueba la organización interna de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de acuerdo con el Anexo I de la presente medida. 6 de noviembre de 2023. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/297885/20231106>
- Escales, V. (19 de junio de 2019). Las primeras sororas: históricas y vigentes. *LatFem*. <https://latfem.org/las-primeras-sororas-historicas-y-vigentes/>
- Fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva [Corte Suprema de Justicia de la Nación]. Por el cual se resuelve a favor de la interrupción legal del embarazo de una adolescente de 15 años que había sido violada y se aclara la interpretación del artículo 86 del Código Penal. 13 de marzo de 2012. <https://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>
- Faur, E. (2008). *Desafíos para la igualdad de género en la Argentina*. (1ª ed.). Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) <https://www.undp.org/es/argentina/publications/desaf%C3%ADos-para-la-igualdad-de-g%C3%A9nero-en-argentina-estrategia-del-programa-de-las-naciones-unidas-para-el-desarrollo-en>
- Ferretto, M. y Picasso, Y. (2018). La agenda de género en el MERCOSUR: logros y desafíos, ¿qué ocurre con los derechos sexuales y reproductivos? *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio Lucas Gioja*, ISSN-e 1851-3069, N° 20, 2018, pp. 35-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7041346>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (s.f.). *El enfoque basado en los derechos humanos*. <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Edición 20 Aniversario. ISBN 978-0-89714-025-6. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). *Plan Estratégico 2018-2021*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/18-044_UNFPA-SP2018-SP_2018-03-12-1244_0.pdf
- Galinsky, P. (12 de diciembre de 2019). Ginés González García presentó el nuevo protocolo para el aborto legal: “Esto no es un combate ni busca votos”. *Clarín*. https://www.clarin.com/politica/gines-gonzalez-garcia-anuncia-nuevo-protocolo-aborto-legal_0_s5XF3IV1.html
- Iglesias, M. (28 de diciembre de 2023). Tres años de aborto legal: mejora de los indicadores y una amenaza latente. *elDiarioAR*. https://www.eldiarioar.com/blog/punto-de-encuentro/tres-anos-aborto-legal-mejora-indicadores-amenaza-latente_132_10780900.html
- Infórmate y Decide (s.f.). *¿Qué es un aborto inseguro?* <https://informatydecide.org/que-es-un-aborto-inseguro/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR 2013). Presentación de Resultados*. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf
- Jefatura de Gabinete de Ministros (2003). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros ante el Honorable Congreso de la Nación. Informe N° 58, agosto de 2003, Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Presidencia de la Nación*. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-58-Diputados.pdf
- Jefatura de Gabinete de Ministros (2004a). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Doctor Alberto Ángel Fernández a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación. Informe N° 61, mayo de 2004. Presidencia de la Nación*. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-61-Senadores.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros (2004b). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Doctor Alberto Ángel Fernández a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Informe N° 62, julio de 2004.* Presidencia de la Nación. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-62-Diputados.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros (2005a). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Doctor Alberto Ángel Fernández a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Informe N° 64, marzo de 2005.* Presidencia de la Nación. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-64-Diputados.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros (2005b). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Doctor Alberto Ángel Fernández a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación. Informe N° 65, 2005.* Presidencia de la Nación. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-65-Senado.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros (2008). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Señor Sergio Tomás Massa a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Informe N° 74, octubre de 2008.* Presidencia de la Nación. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-74-Diputados.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros (2010). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Doctor Aníbal Domingo Fernández a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Informe N° 78, septiembre de 2010.* Presidencia de la Nación. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-78-Diputados.pdf

Jefatura de Gabinete de Ministros (2016). *Informe del Jefe de Gabinete de Ministros Licenciado D. Marcos Peña a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación. Informe N° 92, junio de 2016.* Presidencia de la Nación. https://www2.hcdn.gob.ar/export/hcdn/secparl/dgral_info_parlamentaria/dip/archivos/Informe-92-Senadores.pdf

Kanterewicz, L., Palazzesi, A. y Ramírez, M. C. (2015). A 12 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. ¿Cómo estamos? *Revista de la*

- Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA)*, 12(2), pp. 6-16.
https://www.amada.org.ar/images/revista_Amada_N2_2015.pdf
- Levín, S. (2014). Políticas públicas y desigualdades de género: fortalezas, debilidades, desafíos. En S. Levín (Coord.), *Políticas Públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina* (1ª ed., pp. 13-32). Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn).
<https://hdl.handle.net/20.500.11785/603>
- Ley 24.012 de 1991. Por la cual se sustituye el artículo 60 del Decreto N° 2135/83 del 18 de agosto de 1983, estableciendo que las listas presentadas deberán tener mujeres en un mínimo del 30% de los candidatos a los cargos a elegir y en proporciones con posibilidad de resultar electas. 29 de noviembre de 1991. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24012-411>
- Ley 25.673 de 2002. Por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. 21 de noviembre de 2002.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831>
- Ley 26.130 de 2006. Por la cual se establece el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica y que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la ligadura de trompas de Falopio y a la ligadura de conductos deferentes o vasectomía' en los servicios del sistema de salud. 28 de agosto de 2006. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26130-2006-119260>
- Ley 26.150 de 2006. Por la cual se establece el derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de todo el país y se crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 23 de octubre de 2006.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222>
- Ley 26.485 de 2009. Por la cual se establece la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 1 de abril de 2009. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
- Ley 26.618 de 2010. Por la cual se aprueba el matrimonio igualitario de las personas independientemente de su identidad de género. 21 de julio de 2010.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26618-169608>

- Ley 26.743 de 2012. Por la cual se establece el derecho a la identidad de género de las personas. 23 de mayo de 2012. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860>
- Ley 26.862 de 2013. Por la cual se establece el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. 25 de junio de 2013. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700>
- Ley 27.412 de 2017. Por la cual se establece la paridad de género en ámbitos de representación política. 15 de diciembre de 2017. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27412-304794>
- Ley 27.610 de 2020. Por la cual se regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto. 15 de enero de 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27610-346231>
- Lipcovich, P. (31 de octubre de 2002). Las provincias no tendrán excusas para no aplicar los programas. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/12197-4984-2002-10-31.html>
- Meng, G. (2006). Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género? En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 93-111). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>
- Ministerio de Salud de la Nación (s.f.). *Materiales para equipos de salud*. https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field_problematika_target_id=92&field_soporte_target_id=All&title=nota+t%C3%A9cnica
- Ministerio de Salud de la Nación (8 de marzo de 2023). *La ANMAT autorizó la comercialización de mifepristona*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-anmat-autorizo-la-comercializacion-de-mifepristona>
- Ministerio de Salud de la Nación; Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación; Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; Fondo de Población de Naciones Unidas; y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019). *Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de

- Niñez, Adolescencia y Familia. <https://argentina.unfpa.org/es/Plan-ENIA-Recorrido-logros-y-desafios>
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. Estrategias de investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1ª ed., pp. 213-237). Editorial Gedisa Mexicana S.A. https://www.academia.edu/36458205/Vasilachis_2006_Estrategias_de_Investigacion_Cualitativa
- ONU Mujeres (s.f.). *Incorporación de la perspectiva de género*. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>
- Organización de las Naciones Unidas (s.f.-a). *Conferencias / Mujeres e igualdad de género*. <https://www.un.org/es/conferences/women>
- Organización de las Naciones Unidas (s.f.-b). *Conferencias / Población y Desarrollo*. <https://www.un.org/es/conferences/population#:~:text=El%20Programa%20de%20Acci%C3%B3n%20de,y%20pol%C3%ADtico%20nacionales%20e%20internacionales>
- Página/12 (31 de octubre de 2002). *Tres visiones sobre la nueva norma*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/12197-4983-2002-10-31.html>
- Parlamentario (19 de abril de 2001). Aprobó Diputados el proyecto de salud sexual. *Parlamentario*. <https://www.parlamentario.com/2001/04/19/aprobo-diputados-el-proyecto-de-salud-sexual/>
- Parlamentario (31 de octubre de 2002). Convirtieron en ley el proyecto de Salud Reproductiva. *Parlamentario*. <https://www.parlamentario.com/2002/10/31/convirtieron-en-ley-el-proyecto-de-salud-reproductiva/>
- Pecheny, M. (2006). Cierre. En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 247-249). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>
- Petracci, M. y Ramos, S. (2006). Apertura. En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 11-16). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>

- Petracci, M., Ramos, S. y Szulik, D. (2006). Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires: monitoreo técnico y político. En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 203-222). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (s.f.). *Plan Enia*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/planenia/el-plan-hoy>
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2019a). *Implementación del Plan Nacional ENIA. Documento Técnico N° 2. Julio 2018 Modalidad de intervención y dispositivos*. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL006800.pdf>
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2019b). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia 2017-2019*. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2011). *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/pol%C3%ADticas-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-avances-y-desaf%C3%ADos>
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2012). *Informe de Gestión Anual 2011*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015). *Informe Anual de Gestión 2015*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2017). *Informe Anual de Gestión 2016*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Programa Sumar (s.f.). *Sumar*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>
- Ragin, C. C. (2007). *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. Universidad de los Andes – Sage Publications. Siglo del Hombre Editores.

- Ramon Michel, A., Krause, M., Miguel, S., Molina, S., Ramos, S. y Romero, M (2023). *Reporte temático 2023: Es mucho más que un aborto*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. https://drive.google.com/file/d/1Wvzx44ie90JDo_dE30uihgC6mbcjxSIU/view
- Redacción Clarín (19 de abril de 2001). Los diputados aprobaron anoche el proyecto de ley de Salud Sexual. *Clarín*. https://www.clarin.com/sociedad/diputados-aprobaron-anoche-proyecto-ley-salud-sexual_0_H1X-sSdg0tx.html
- Redacción Perfil (27 de febrero de 2016). Temor por el futuro del plan de salud sexual y de procreación responsable. *Perfil*. <https://www.perfil.com/noticias/elobservador/temor-por-el-futuro-del-plan-de-salud-sexual-y-de-procreacion-responsable-20160227-0035.phtml>
- Resolución 1 de 2007 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se crea el Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito de la Secretaría de Programas Sanitarios. 25 de enero de 2007. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1-2007-124604>
- Resolución 232 de 2007 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se incorpora la anticoncepción hormonal de emergencia al Plan Médico Obligatorio con cobertura al 100%. 9 de marzo de 2007. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-232-2007-126144>
- Resolución 1.087 de 2010 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se aprueba el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes. 2 de julio de 2010. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1087-2010-168921>
- Resolución 934 de 2012 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se prorroga la vigencia del “Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes” hasta el 31 de diciembre de 2015. 3 de julio de 2012. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-934-2012-199187>
- Resolución 65 de 2015 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se aprueba como marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente el documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de Trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos y Reproductivos” realizada los días 10, 18 y 23 de noviembre de 2015. 8 de enero de 2016. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649>

Resolución 2.254 de 2015 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual el “Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de las Adolescentes”, que pasa a denominarse “Plan Operativo para garantizar el acceso a la salud de calidad e integral” y se prorroga su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2020. 10 de diciembre de 2015. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2254-2015-256677>

Resolución 2.190 de 2016 [Ministerio de Salud]. Por la cual se crea el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida con dependencia directa de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria. 13 de diciembre de 2016. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2190-2016-268930>

Resolución 1 de 2019 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, 2da Edición 2019. 13 de diciembre 2019. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1-2019-333416>

Resolución 2.922 de 2019 [Ministerio de Salud]. Por la cual se incorpora la provisión, colocación y extracción de Implante Subdérmico y SIU/DIU-LNG al Plan Médico Obligatorio con cobertura del 100%, junto con las prácticas de colocación y extracción de DIU. 7 de noviembre de 2019. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2922-2019-331451>

Resolución 3.158 de 2019 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” Actualización 2019. 20 de noviembre de 2019. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-3158-2019-331896>

Resolución 3.159 de 2019 [Ministerio de Salud]. Por la cual se incorpora un conjunto de medicamentos para la realización de tratamientos hormonales integrales destinados a la adecuación de la imagen al género autopercibido al Plan Médico Obligatorio con cobertura del 100%. 21 de noviembre de 2019. [Resolución 3159/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación](#)

Resolución 1.535 de 2021 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Actualización 2021”. 28 de mayo de 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1535-2021-350362>

- Resolución 2.003 de 2021 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba la actualización del “Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales, 4ª edición, 2021”. 22 de julio de 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2003-2021-352257>
- Resolución 4.172 de 2021 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba la “Guía de Recomendaciones para la Calidad e Integralidad de los Cuidados durante el Post Aborto”. 30 de diciembre de 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-4172-2021-358998>
- Resolución 2.821 de 2022 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba la “Guía de Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico”. 16 de noviembre de 2022. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2821-2022-375043>
- Resolución 1.063 de 2023 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo”, Actualización 2022. 31 de mayo de 2023. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1063-2023-384503>
- Resolución Conjunta 1.790 de 2017 [Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se crea el “Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia” (Plan Enia) bajo la rectoría de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Resolución Conjunta 9 de 2020 [Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud de la Nación]. Por la cual se transfiere el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, 15 de octubre de 2020. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236129/20201015>
- Romero M., Ramón Michel, A., Krause, M., Keefe-Oates. B., Ábalos. E., Molina, S., Ramos, S. (2023). *Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal*. Proyecto Mirar, CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>
- Sandá, R. (11 de enero de 2020). Valeria Isla, directora de Salud Sexual y Reproductiva: la guardiana de los derechos feministas. *Página12*. <https://www.pagina12.com.ar/240683-valeria-isla-directora-de-salud-sexual-y-reproductiva-la-gua>

- Santoro, S. (7 de diciembre de 2019). Ginés González García, el hombre que "sabe todo" sobre salud. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/235086-gines-gonzalez-garcia-el-hombre-que-sabe-todo-sobre-salud>
- Schufer, M., Martellini, P. y Moscovich, L. (2006). Los pediatras y la ley de salud reproductiva. En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 47-66). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>
- Schuster, G., y García Jurado, M. (2006). Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva. En M. Petracci (Ed.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (1ª ed., pp. 17-46). Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3955>
- Tula, M. I. (2004). *La Ley de Cupos en la Argentina: reforma electoral y representación política*. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://cdsa.academica.org/000-045/229.pdf>
- Winokur, P. (29 de noviembre de 2022). El Gobierno homenajeó a Ginés González García por su trayectoria y "aportes a la salud pública". A24. <https://www.a24.com/politica/el-gobierno-organiza-un-homenaje-gines-gonzalez-garcia-su-labor-la-pandemia-n1061134>
- Yacuzzi, E. (2005). *El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación*. Universidad del CEMA. <https://ucema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>
- Yazan, B. (2015). Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2102>
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. (3ª ed., Vol. 5). Sage Publications, Inc.

Apéndices

A continuación, se presenta una síntesis de las principales normativas de alcance nacional emitidas durante estos 20 años de implementación del Programa, directa e indirectamente vinculados al mismo⁹⁴, que representan un avance en términos de garantía y ampliación de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Tabla 5. Principales normativas de alcance nacional vinculadas al PNSSyPR emitidas desde su creación hasta septiembre de 2023

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
27/11/2003	Ley 25.808 ⁹⁵	Modifica el artículo 1° de la Ley N° 25.584 de 2002, ampliando los derechos de estudiantes embarazadas, madres y padres. En este sentido, mientras que dicha ley se limitaba a prohibir toda acción que impidiera el inicio o la continuidad del ciclo escolar a estudiantes embarazadas, esta norma establece que los directivos o responsables de las instituciones oficiales y privadas de educación pública, en todos los niveles del sistema y modalidades, no podrán adoptar acciones que impidan u obstaculicen el inicio o la continuidad de los estudios a estudiantes embarazadas, en período de lactancia o padres. Asimismo, fija que las autoridades educativas del establecimiento están obligadas a autorizar los permisos que las estudiantes embarazadas requieran para garantizar tanto su salud física y psíquica como la del bebé durante su gestación y el período de lactancia.	Indirecta
17/09/2004	Ley 25.929 y su Decreto Reglamentario 2035/2015	Regula la protección del embarazo y del recién nacido, el parto humanizado y los derechos de la familia (madre, padre y persona recién nacida). Establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deben brindar las prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto fijadas por esta ley, las cuales se incorporan al PMO.	Indirecta

⁹⁴ Se entiende por vinculación directa cuando el Programa interviene o participa de la ejecución de alguna de las acciones previstas en la normativa en cuestión. En tanto, la relación indirecta se refiere a normativas que inciden en el cumplimiento de los objetivos que persigue el Programa o se vinculan con los derechos sexuales y reproductivos de la población, sin implicar la participación activa del mismo.

⁹⁵ Previo a esta ley, tanto en el ámbito nacional como a nivel jurisdiccional, se habían sancionado otras normas orientadas a proteger el derecho a la educación y los derechos reproductivos de las adolescentes embarazadas y madres. Una de ellas es precisamente la que esta ley modifica y otro ejemplo es la Ley 25.273, promulgada el 24 de julio del 2000, que crea un Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior No Universitaria en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal, que no posean una reglamentación con beneficios iguales o mayores a los que otorga esta ley (artículo 1). Este régimen consta de 30 inasistencias justificadas y no computables antes o después del parto, continuas o fraccionadas (artículo 2), como así también de la posibilidad de ausentarse del establecimiento por motivos de lactancia durante 1 hora diaria por un plazo de 6 meses desde su reincorporación a la escuela (artículo 3).

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
28/08/2006	Ley 26.130 (modificada por la Ley 27.655 de 2021)	Establece el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica y regula el derecho de todas las personas mayores de edad a acceder en forma gratuita a las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y vasectomía en los servicios del sistema de salud, previo otorgamiento de su consentimiento informado. Además, agrega al artículo 6, inciso b) de la Ley 25.673 de creación del PNSSyPR la aceptación de estas prácticas como método de planificación familiar y/o anticoncepción. Hasta que la Ley 27.655 de 2021 eliminó el requisito, las personas declaradas judicialmente incapaces debían contar con una autorización judicial solicitada por su representante legal para acceder a estas intervenciones.	Directa
23/10/2006	Ley 26.150	Establece el derecho de todos los educandos a recibir ESI en los establecimientos públicos, de gestión estatal y privada, de las jurisdicciones nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. Para garantizar el cumplimiento de este derecho, crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, fijando su finalidad, objetivos, destinatarios y alcance, las responsabilidades y la forma de implementación.	Directa ⁹⁶
31/10/2006	Resolución 755/2006 de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación	Incorpora al PMO las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, que deben ser garantizadas y cubiertas de forma total por las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud.	Directa
27/12/2006	Ley 26.206	El artículo 81 de la Ley de Educación Nacional establece que las autoridades jurisdiccionales deben garantizar el acceso y la permanencia en la escuela de las estudiantes embarazadas y madres, así como la no discriminación de las mismas. En tal sentido, cuando sea necesario, podrán incluir a las alumnas madres en condición de pre y posparto en la modalidad de educación domiciliaria y hospitalaria. Además, la norma dicta que las escuelas tienen que contar con salas de lactancia.	Indirecta
25/01/2007	Resolución 1/2007 del Ministerio de Salud de la Nación	Crea el Consejo Asesor del PNSSyPR bajo la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios. Se trata de un espacio permanente de intercambio, trabajo e información calificada en materia de salud sexual y reproductiva integrado por la Unidad de Coordinación del Programa, profesionales, asociaciones científicas y otras ONGs representativas del sector, que busca contribuir al logro de los objetivos de dicha política pública.	Directa
09/03/2007	Resolución 232/2007 del Ministerio de Salud de la Nación	Incorpora al PMO con cobertura del 100% la Anticoncepción Hormonal de Emergencia como método anticonceptivo, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y el PNSSyPR.	Directa

⁹⁶ De acuerdo con lo establecido por la Ley 25.673 de 2002, la educación sexual es una de las líneas de acción del PNSSyPR a desarrollar en articulación con el Ministerio de Educación. No obstante, ante las limitaciones y obstáculos que atravesó su implementación, la creación de un programa específicamente orientado a garantizar su cumplimiento significó un avance en términos de ampliación y garantía de derechos.

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
01/04/2009	<p>Ley 26.485 y su Decreto Reglamentario 1011/2010</p> <p>(modificada por la Ley 27.501 y la Ley 27.533, ambas de 2019, y la Ley 27.736 de 2023)</p>	<p>En su artículo 4, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales define la violencia contra las mujeres como toda conducta basada en razones de género y en una relación de poder desigual que afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política y seguridad personal, ya sea por acción u omisión, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado y en el espacio analógico digital, incluyendo las perpetradas por el Estado y sus agentes. Luego, define como violencia indirecta toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.</p> <p>La norma comprende 6 tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica y política (Artículo 5); y 9 modalidades en las que se pueden manifestar: doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica, mediática, en el espacio público, pública-política y digital o telemática (Artículo 6).</p> <p>Entre los derechos protegidos, incluye la salud; la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial; y decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673. En esta línea, establece la competencia directa del PNSSyPR en el desarrollo de políticas en materia de violencia sexual, obstétrica y contra la libertad reproductiva.</p> <p>Además, el artículo 11, apartado 4, punto c) de la Ley 26.485, establece que el Ministerio de Salud diseñará “protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios”. En el desarrollo de esta línea de acción interviene el PNSSyPR.</p>	Directa
21/07/2010	<p>Ley 26.618</p>	<p>Mediante la sustitución del artículo 172 del Código Civil, aprueba el matrimonio igualitario, estableciendo que “el matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo” (Artículo 2). Además, en su artículo 42, la ley establece todas referencias del ordenamiento jurídico a la institución del matrimonio son aplicables por igual a aquellos conformados por personas de distinto o del mismo sexo, que los integrantes de las familias constituidas en ambos casos tienen los mismos derechos y obligaciones; y que ninguna norma del ordenamiento jurídico argentino puede ser interpretada ni aplicada en un sentido que limite, restrinja, excluya o suprima el ejercicio o goce de los mismos derechos y obligaciones a todos los matrimonios.</p>	Indirecta
18/04/2011	<p>Decreto de Necesidad y Urgencia 446/2011</p>	<p>Crea e incorpora al subsistema no contributivo para protección social la Asignación por Embarazo, destinada a personas gestantes de grupos familiares que están desocupados, son monotributistas sociales y/o trabajadores de la economía informal. Esta asignación, que se puede cobrar desde el inicio del embarazo hasta su interrupción o el nacimiento del hijo o hija, tiene entre sus objetivos principales disminuir los índices de mortalidad maternal, perinatal, neonatal e infantil que están asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud, fomentando la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno.</p>	Indirecta

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
2011-2012	Convenios celebrados entre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y los Ministerios de Salud de las 24 jurisdicciones subnacionales	Los convenios suscritos establecen que se promoverá la institucionalización de canales y espacios de articulación entre ambas partes respecto al intercambio de información, orientación, provisión de métodos y elementos anticonceptivos, y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, a fin de mejorar las políticas públicas de salud orientadas a garantizar el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población en todo el territorio nacional.	Directa
13/03/2012	Fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN)	Ante la judicialización del acceso al aborto no punible de una adolescente de 15 años embarazada producto de la violación por parte de su padrastro, la CSJN expide este fallo pese a que la interrupción del embarazo ya se había concretado, a fin de que el criterio adoptado para resolverlo fuera tenido en cuenta para proceder en situaciones similares que pudieran presentarse a futuro. Luego de pronunciarse a favor de la práctica efectuada, la medida aclara 3 cuestiones centrales: 1) el artículo 86, inciso 2 del Código Penal autoriza la realización de un aborto a toda persona que curse un embarazo producto de una violación, no sólo a las personas con discapacidad (PCD) mental; 2) en estos casos, para acceder a la práctica basta la declaración jurada de la víctima o de su representante legal; no se requiere autorización judicial ni denuncia alguna y los médicos no pueden solicitar dicha documentación para proceder; y 3) no se debe judicializar el acceso a la interrupción del embarazo cuando el mismo se encuadra dentro de las causales legalmente previstas por el artículo 86 del Código Penal. Además, la CSJN exhortó a las autoridades nacionales y subnacionales con competencia en la materia a implementar protocolos hospitalarios para la atención de abortos no punibles y la asistencia integral de las víctimas de violencia sexual. De este modo, el fallo aclara la responsabilidad del Estado respecto al aborto, busca remover las barreras institucionales, administrativas y/o fácticas que obstruyen el acceso a la práctica y marca un hito al utilizar por primera vez el concepto de Interrupción Legal de Embarazo (ILE) en lugar de Aborto No Punible.	Directa
23/05/2012	Ley 26.743 , su Decreto Reglamentario 1007/2012 y Decreto Reglamentario 903/2015	La Ley de Identidad de Género entiende por este concepto “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (Artículo 2). En ese marco, establece que todas las personas tienen derecho al reconocimiento de su identidad de género, a desarrollarse libremente conforme dicha identidad autopercebida y a ser tratadas e identificadas en los instrumentos que registran y acreditan identidad de acuerdo con la misma (Artículo 1). Por tanto, en su artículo 3 fija que todas las personas tienen derecho a solicitar la rectificación registral cuando ésta no coincida con su identidad de género autopercebida, de acuerdo con el procedimiento regulado por el Decreto Reglamentario 1.007 del 3 de julio de 2012. Asimismo, en su artículo 11, reglamentado por el Decreto 903 del 29 de mayo de 2015, establece que las personas mayores de 18 años pueden acceder a intervenciones quirúrgicas (totales y parciales) y/o a tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercebida; siendo únicamente necesario que brinden su consentimiento informado. En el caso de los menores de 18 años, se establecen requisitos particulares	Directa

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
25/06/2013	Ley 26.862⁹⁷ y su Decreto Reglamentario 956/2013	<p>para el acceso. Dichas prestaciones son incorporadas al PMO y deben ser garantizadas en forma permanente por todos los efectores del sistema de salud.</p> <p>Garantiza el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida de baja y alta complejidad, que requieran o no la donación de gametos y/o embriones. Incluye las prestaciones necesarias a tal fin en el PMO y establece que el sistema de salud público, privado y de seguridad social, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo junto con los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida.</p> <p>De acuerdo con el Decreto Reglamentario 956 del 23 de julio de 2013, corresponde al PNSSyPR la realización de campañas de información que promuevan los cuidados de la fertilidad en mujeres y varones.</p>	Directa
08/01/2016	Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación	<p>Aprueba como marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente el documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de Trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos y Reproductivos”, realizada en noviembre de 2015, y lo incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud.</p> <p>La importancia de contar con este documento se funda en la necesidad de esclarecer la incidencia sobre las Leyes 25.673 y 26.743 de las modificaciones en materia de derechos sexuales y reproductivos que trae aparejada la reforma del Código Civil y Comercial (Ley 26.994 de 2014), en vigencia desde el 1 de agosto de 2015, a fin de facilitar el ejercicio de la gestión pública y la atención que brindan los equipos de salud.</p> <p>Los puntos principales se relacionan con los criterios etarios relativos a la capacidad para el ejercicio de los derechos vinculados al propio cuerpo (Artículo 4 del Decreto 1282/2003 que reglamenta la Ley 25.673 y artículos 25 y 26 de la Ley N° 26.994), lo que modifica el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de niños, niñas y adolescentes. Además, se introducen modificaciones que implican un avance en términos de derechos para las PCD.</p>	Directa
13/12/2016	Resolución E 2190/2016 del Ministerio de Salud de la Nación	<p>Crea el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida, bajo la órbita de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, a fin de fortalecer la implementación de la Ley 26.862, garantizar y efectivizar los derechos amparados por la normativa vigente en la materia. Con ello, la realización de campañas de difusión deja de ser responsabilidad del PNSSyPR y pasa a ser competencia del programa creado.</p>	Directa

⁹⁷ Posteriormente, mediante la Resolución 2.190 del 13 de diciembre de 2016 del Ministerio de Salud de la Nación, se creó el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida, bajo la órbita de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria de dicho organismo, a fin de fortalecer la implementación de la Ley 26.862.

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
17/01/2017	Resolución E 55/2017 del Ministerio de Salud de la Nación ⁹⁸	Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test de diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana con información a la pareja de la mujer embarazada y a personas que en la consulta médica se verifique alguna de las patologías o circunstancias enumeradas en el Anexo I de la ley ⁹⁹ .	Indirecta
2017	Resolución Conjunta 1790/2017 del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud de la Nación ¹⁰⁰	Crea el “Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia” (Plan Enia), que tiene por objetivos promover el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos con foco en la población adolescente, prevenir los abusos sexuales y los embarazos forzados. A tal fin, se propone: 1) Sensibilizar a la población en general y a las/os adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia; 2) Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones; 3) Potenciar las decisiones informadas de las/os adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; y 4) Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente. Para ello, desde un enfoque integral e intersectorial, impulsa las siguientes intervenciones: 1) Educación Sexual Integral (ESI); 2) Asesorías de salud integral en escuelas secundarias; 3) Consejerías en salud sexual y reproductiva y provisión de métodos anticonceptivos con énfasis en los de larga duración; 4) Dispositivos de base comunitaria; 5) Dispositivos de acceso a la justicia. El Plan Enia se desarrolla de manera articulada y coordinada entre el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, encontrándose la rectoría a cargo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) dependiente de este último ¹⁰¹ , y se ejecuta con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).	Directa
07/11/2019	Resolución 2922/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación	Incorpora al PMO con cobertura del 100% la provisión, colocación y extracción del Implante Subdérmico y el SIU/DIU-LNG. Además, incluye las prácticas de colocación y extracción de DIU.	Directa

⁹⁸ Esta norma complementa a la Ley N° 25.543, promulgada el 7 de enero de 2002, que establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a toda mujer embarazada, con consentimiento expreso y previamente informado.

⁹⁹ Dichas patologías o circunstancias son: neumonías severas o a repetición; tuberculosis; cualquier infección de transmisión sexual; psoriasis; dermatitis seborreica extensa; víctimas de abuso sexual; herpes zoster; episodios de herpes simple recurrentes; candidiasis oral; cualquier tipo de inmunodeficiencia; linfoma; tumores malignos de cuello uterino o ano; todo tipo de neoplasia; síndromes mononucleosiformes; síndromes febriles prolongados, o sin diagnóstico definido; citopenias (anemias, leucopenia, trombocitopenia); enfermedades autoinmunes; micosis endémicas; infecciones recurrentes; cualquier enfermedad marcadora de SIDA; demencia y encefalopatías en general (Anexo I de la Resolución E 55/2017 del Ministerio de Salud de la Nación).

¹⁰⁰ No se encontró la publicación de esta Resolución en el Boletín Oficial de la República Argentina ni en otras páginas web, por lo que se utilizaron como fuentes de información la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación (<https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia>) y el documento “Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos”, elaborado en 2019 por el Ministerio de Salud de la Nación; el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación; el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; el Fondo de Población de Naciones Unidas; y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (<https://argentina.unfpa.org/es/Plan-ENIA-Recorrido-logros-y-desafios>).

¹⁰¹ Mediante la Resolución Conjunta 9/2020 del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud de la Nación, la rectoría del Plan Enia se transfirió a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, área que también se encuentra a cargo de la implementación del PNSSyPR.

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
20/11/2019	Resolución 3158/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación	<p>Aprueba la actualización del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” publicado por el Ministerio de Salud en el año 2015, el cual se basaba en las ediciones de la “Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles” de 2007 y 2010. De este modo, con la colaboración de especialistas en el tema, se realizan las modificaciones necesarias para adaptarlo al nuevo Código Civil y Comercial de 2015, a la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación y a las recomendaciones internacionales acerca de los procedimientos para la interrupción legal del embarazo (dosis de medicamentos y AMEU). Además, se refuerza la importancia del acceso rápido a la atención integral y a la práctica, principalmente en el primer nivel de atención y mediante tratamientos medicamentosos, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.</p> <p>Dos días después de publicada, esta resolución es derogada por el Poder Ejecutivo Nacional, mediante el Decreto 785/2019 del 22 de noviembre de 2019, por haber sido dictada “sin consultar la opinión de sus superiores jerárquicos, máxime teniendo en particular consideración la relevancia e implicancias de las cuestiones en ella reguladas” y no haber dado intervención a los organismos competentes, según se refiere en los considerandos del decreto.</p>	Directa
21/11/2019	Resolución 3159/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación	<p>Incorpora al PMO con cobertura del 100% un conjunto de medicamentos para la realización de tratamientos hormonales integrales destinados a la adecuación de la imagen al género autopercebido.</p>	Directa
13/12/2019	Resolución 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación	<p>Mediante esta resolución, publicada a 3 días de asumir el nuevo gobierno, se aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, 2da Edición 2019, que toma en consideración la actualización publicada el mes anterior y derogada por el Decreto N° 785/2019 y el documento del año 2015, que, a su vez, se basaba en las ediciones de la “Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles” de 2007 y 2010.</p> <p>De acuerdo con el considerando 5, el protocolo aprobado tiene por objetivos garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas y los derechos de pacientes; proteger y acompañar a los equipos de salud que atienden la salud de la población; basarse en evidencia científica actualizada y orientarse por el principio de equidad para llevar las mejores prácticas a quienes más las necesitan.</p>	Directa
15/10/2020	Resolución Conjunta 9/2020 del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud de la Nación	<p>Transfiere el Plan Enia a la órbita de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, área que también se encuentra a cargo de la implementación del PNSSyPR. Junto con ello, el Proyecto “Apoyo al Plan Nacional de Prevención y Reducción de Embarazo No Intencional en la Adolescencia” (ARG/17/011), ejecutado con el apoyo del PNUD, queda bajo la órbita de la Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo del mencionado Ministerio. Cabe aclarar que esta medida no modifica la modalidad de implementación del Plan Enia, que se sigue desarrollando de manera articulada y coordinada entre los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social de la Nación.</p>	Directa

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
15/01/2021	Ley 27.610 y Decreto Reglamentario 516/2021	<p>Establece el derecho de todas las personas con capacidad de gestar (PCG) a decidir la interrupción del embarazo, a solicitar y acceder tanto a dicha práctica como a la atención post aborto en los servicios del sistema de salud, y a prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, ESI y MAC eficaces, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible (Artículos 1 y 2).</p> <p>En cuanto al acceso a la interrupción del embarazo, la ley reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921 por un sistema mixto de plazos y causales. De este modo, conforme el artículo 4 de la Ley 27.610, hasta la semana 14 del proceso gestacional inclusive, las PCG tienen derecho a la IVE. Luego de ese plazo, tienen derecho a decidir y acceder a la ILE en las situaciones (causales) que ya contemplaba el Código Penal y de acuerdo con los lineamientos del fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de la CSJN, es decir: a) cuando el embarazo es resultado de una violación, si solicitan dicha práctica y brindan la declaración jurada pertinente al personal de salud interviniente, documentación que no será requerida en casos de menores de 13 años; y b) cuando esté en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante, lo cual debe constar en su historia clínica. En ninguno de los casos previstos se requiere autorización judicial para el acceso a la práctica, sí el consentimiento informado de la persona solicitante, en los términos de los artículos 7, 8 o 9 de la Ley 27.610, según sea mayor de 16 años, menor de 16 años o una persona con capacidad restringida por sentencia judicial.</p> <p>En relación a los derechos en la atención de la salud, el artículo 5 de la norma establece que el plazo máximo para acceder a la interrupción del embarazo es de 10 días corridos a partir de que fuera solicitada. Además, regula los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar el personal de salud en la atención del aborto y del post aborto: trato digno y no violencia; privacidad, confianza y respeto; confidencialidad y secreto médico; autonomía de la voluntad; escucha activa y respetuosa, acceso a información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles; estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada y tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la OMS.</p> <p>Asimismo, la ley contempla el derecho a la objeción de conciencia por profesionales que intervengan en forma directa en la interrupción del embarazo (Artículo 10) -aunque están obligados a realizar la práctica en casos de emergencia- y las obligaciones de los establecimientos de salud que, a causa de lo anterior, no dispongan de personal para realizar la práctica (Artículo 11).</p> <p>Con respecto a la cobertura y calidad de las prestaciones, el artículo 12 fija su inclusión en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo; y agrega que el sistema de salud público, privado y de seguridad social, así como también todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la IVE en todas las formas que la OMS recomienda.</p>	Directa
15/01/2021	Ley 27.611 y su Decreto Reglamentario 515/2021	<p>Mediante la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia se crea el Plan 1000 Días. Con ello, se busca proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud de las personas gestantes y las infancias en sus primeros 3 años a través de políticas de ingreso, identidad, salud, desarrollo social, educación, protección, género, cultura, con el objetivo de reducir la mortalidad, la malnutrición y</p>	Indirecta

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
		la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.	
28/05/2021	Resolución 1535/2021 del Ministerio de Salud de la Nación	Aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Actualización 2021”, que incluye indicaciones para la anticoncepción post aborto. Esta es la primera versión que contempla la posibilidad de acceder a la IVE. Además, introduce modificaciones conforme los estándares normativos vigentes y las recomendaciones internacionales acerca de los procedimientos para la interrupción del embarazo (dosis de medicamentos y AMEU”. Para su elaboración, se tuvieron en consideración las dos ediciones publicadas en 2019, el protocolo de 2015 y la “Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles” de 2007 y 2010.	Directa
22/07/2021	Resolución 2003/2021 del Ministerio de Salud de la Nación	Aprueba la actualización del “Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales, 4ª edición” (2021), dirigido a los equipos de salud a fin de brindarles el marco legal e información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente, con lineamientos claros y precisos para un abordaje oportuno y de calidad de las situaciones de violencia sexual. De este modo, se ofrece una guía de procedimientos recomendados para la atención integral e inmediata post exposición, la anticoncepción de emergencia, el acceso a la IVE o ILE y la recolección de evidencia biológica. El desarrollo de este instrumento de rectoría y estrategia para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia forma parte de una política sanitaria llevada adelante por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en cumplimiento del artículo 11, apartado 4, punto c) de la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.	Directa
23/12/2021	Ley 27.655	Modifica los artículos 2 y 3 de la Ley 26.130, eliminando el requisito de contar con una autorización judicial cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz y estableciendo que todas las PCD tienen derecho a brindar su consentimiento informado para acceder a prácticas de contracepción quirúrgica, por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas.	Directa
30/12/2021	Resolución 4172/2021 del Ministerio de Salud de la Nación	Aprueba la “Guía de Recomendaciones para la Calidad e Integralidad de los Cuidados durante el Post Aborto”, dirigida a los equipos de salud a fin de brindarles el marco legal y la sistematización de los procedimientos recomendados para asegurar una atención integral post aborto de calidad. De este modo, se ofrecen lineamientos claros, precisos y acordes a los estándares vigentes, respetando los parámetros de calidad, accesibilidad, trato digno, confidencialidad, privacidad, autonomía de la voluntad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente. El desarrollo de este instrumento de rectoría forma parte de las acciones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.	Directa
10/11/2022	Ley 27.696 y su Decreto Reglamentario 409/2023	Tiene por objeto incorporar al PMO de las obras sociales nacionales un Protocolo para la Atención Integral de la Salud de las personas ante situaciones de violencia por motivos de género, que será elaborado por el Ministerio de Salud. En este marco, deberán brindar cobertura total e integral de las prácticas preventivas y terapéuticas, incluyendo todas las terapias médicas, psicológicas, psiquiátricas, farmacológicas, quirúrgicas y toda otra atención que resulte necesaria o pertinente.	Directa

Fecha*	Normativa	Resumen	Vinculación con el Programa
16/11/2022	Resolución 2821/2022 del Ministerio de Salud de la Nación	Aprueba la “Guía de Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico”, dirigida a los equipos de salud para la implementación de esta estrategia en los servicios de salud en base a información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente. El momento posterior a un parto, cesárea o aborto constituye una oportunidad clave para recibir información y acceso a anticonceptivos. Por ello, la AIPEO es una de las estrategias que permiten ampliar y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, poniendo énfasis en la oferta y colocación de LARC antes del alta. Además, mediante la reducción de los intervalos intergenésicos cortos, contribuye a disminuir la morbilidad materna, la mortalidad neonatal, la mortalidad infantil, las muertes en niños menores de 5 años y la desnutrición infantil.	Directa
07/03/2023	Disposición 1470/2023 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica ¹⁰²	En el marco del cumplimiento de la Ley 27.610, aprueba la comercialización de mifepristona y, con ello, permite tanto su distribución y venta en farmacias como su uso en los tres subsistemas de salud (público, obras sociales y prepagas). Según las recomendaciones de la OMS, el uso combinado de esta droga con misoprostol es el procedimiento más eficaz para realizar interrupciones del embarazo.	Directa
31/05/2023	Resolución 1063/2023 del Ministerio de Salud de la Nación	Aprueba el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo”, Actualización 2022. En esta edición, se incorporan las Directrices sobre la Atención para el Aborto emitidas por la OMS en marzo de ese año, donde se indican tanto los criterios para la regulación del aborto como los mejores procedimientos clínicos y de atención disponibles para garantizar la seguridad y eficacia de la intervención en abortos (espontáneos o provocados) y atención post aborto.	Directa

*En el caso de las leyes, se consigna la fecha de promulgación; mientras que para otras normativas se incluye la fecha de publicación en el Boletín Oficial de la Nación Argentina (BORA).

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento normativo en Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (octubre de 2023). *Leyes Argentinas*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa>.

¹⁰² Al no hallarse la publicación de esta normativa en el BORA ni en otras páginas web, se utilizó como fuente de información el comunicado de prensa: Ministerio de Salud de la Nación (8 de marzo de 2023). *La ANMAT autorizó la comercialización de mifepristona*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-anmat-autorizo-la-comercializacion-de-mifepristona>

Tabla 6. Métodos anticonceptivos de corta y larga duración distribuidos por el PNSSyPR y el Plan Enia de la DNSSR, en tratamientos, total país.

Período 2003 a 2023 (continúa)

Año	MAC de corta duración							TOTAL		
	ACO	ACO II	ACOLAC	ASPD	ACI Mensual	Inyectable Trimestral		PNSSyPR	Plan Enia	DNSSR
	PNSSyPR	PNSSyPR	PNSSyPR	PNSSyPR	PNSSyPR	PNSSyPR	Plan Enia			
2003	8.544.842	N/A	N/A	N/A	983.896	N/A	N/A	9.528.738	N/A	9.528.738
2004	3.162.159	N/A	250.301	N/A	545.134	N/A	N/A	3.957.594	N/A	3.957.594
2005	3.856.207	N/A	148.640	N/A	1.294.903	N/A	N/A	5.299.751	N/A	5.299.751
2006	4.582.341	N/A	2.144.216	N/A	950.824	N/A	N/A	7.677.381	N/A	7.677.381
2007	2.678.582	N/A	277.041	N/A	258.563	N/A	N/A	3.214.185	N/A	3.214.185
2008	1.746.435	N/A	755.975	N/A	970.984	N/A	N/A	3.473.394	N/A	3.473.394
2009	3.397.551	N/A	754.158	N/A	331.657	N/A	N/A	4.483.366	N/A	4.483.366
2010	10.497.090	N/A	1.903.475	N/A	3.516.446	N/A	N/A	15.917.011	N/A	15.917.011
2011	9.683.879	N/A	1.705.539	N/A	3.591.518	N/A	N/A	14.980.936	N/A	14.980.936
2012	4.095.335	N/A	475.618	N/A	2.988.955	120.000	N/A	7.679.908	N/A	7.679.908
2013	5.646.070	N/A	973.247	N/A	1.850.396	1.621	N/A	8.471.334	N/A	8.471.334
2014	6.206.433	2.456.890	1.119.258	525.640	3.678.718	129.144	N/A	14.116.083	N/A	14.116.083
2015	4.718.390	1.928.469	879.976	668.245	2.289.955	151.516	N/A	10.636.551	N/A	10.636.551
2016	1.353.644	147.880	405.285	128.342	1.973.747	181.520	N/A	4.190.418	N/A	4.190.418
2017	4.311.332	406.874	452.211	413.235	1.627.044	84.900	N/A	7.295.596	N/A	7.295.596
2018	4.022.723	541.482	505.068	385.629	2.207.598	114.800	N/A	7.777.300	N/A	7.777.300
2019	3.789.235	293.192	392.523	459.168	1.551.001	126.576	24.199	6.611.695	24.199	6.635.894
2020	3.797.142	551.976	531.621	667.494	1.961.118	159.970	0	7.669.321	0	7.669.321
2021	4.852.521	534.135	540.795	755.936	772.550	249.950	0	7.705.887	0	7.705.887
2022	4.700.048	600.412	566.220	900.438	1.095.942	53.250	0	7.916.310	0	7.916.310
2023	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	7.603.786	0	7.603.786

LARC										
Año	DIU T		DIU M	SIU	Implante 1v		Implante 2v	TOTAL		
	PNSSyPR	Plan Enia	PNSSyPR	PNSSyPR	PNSSyPR	Plan Enia	PNSSyPR	PNSSyPR	Plan Enia	DNSSR
2003	312.788	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	312.788	N/A	312.788
2004	291.338	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	291.338	N/A	291.338
2005	265.278	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	265.278	N/A	265.278
2006	94.234	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	94.234	N/A	94.234
2007	83.654	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	83.654	N/A	83.654
2008	140.789	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	140.789	N/A	140.789
2009	229.934	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	229.934	N/A	229.934
2010	83.654	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	83.654	N/A	83.654
2011	86.870	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	86.870	N/A	86.870
2012	97.000	N/A	57.000	N/A	N/A	N/A	N/A	154.000	N/A	154.000
2013	57.000	N/A	30.500	N/A	N/A	N/A	N/A	87.500	N/A	87.500
2014	65.425	N/A	33.050	N/A	12.420	N/A	N/A	110.895	N/A	110.895
2015	64.100	N/A	41.940	3.200	41.302	N/A	N/A	150.542	N/A	150.542
2016	23.606	N/A	34.690	8.900	37.511	N/A	N/A	104.707	N/A	104.707
2017	49.822	N/A	18.222	1.398	101.385	N/A	N/A	170.827	N/A	170.827
2018	63.200	N/A	18.662	4.455	142.450	N/A	N/A	228.767	N/A	228.767
2019	71.750	7.150	30.650	545	101.750	45.500	N/A	204.695	52.650	257.345
2020	59.300	7.500	34.800	3.850	93.200	34.750	N/A	191.150	42.250	233.400
2021	76.620	4.300	31.780	1.150	108.940	51.400	N/A	218.490	55.700	274.190
2022	91.660	5.750	23.720	5.780	155.174	51.350	10.000	286.334	57.100	343.434
2023	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	274.561	79.490	354.051

Fuente: Elaboración propia en base a *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011* (pp. 53-55), por Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2011, Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión anual 2023* (pp. 139-144), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023h, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Informe de gestión trimestral. Abril - junio de 2023* (p. 94), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023i, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación; *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022* (pp. 70-73), por Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2023j, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.