

➤ **Jurisdicción Federal**

I. Contexto de la jurisdicción

Argentina es el octavo país por su extensión a nivel mundial, el cuarto en el continente americano (luego de Canadá, Estados Unidos de América y la República Federativa de Brasil). En el país existe una total libertad de culto, sin embargo, la religión católica es profesada mayoritariamente.

La estructura política federal del país está dividida en veinticinco (25) jurisdicciones, una a nivel federal, veintitrés (23) provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cada provincia tiene su propia constitución y se encarga de regular la salud, por lo tanto, cada una establece su propio sistema de salud y regula el acceso a los servicios reconocidos, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva. A pesar de esto, el gobierno nacional conserva la autoridad rectora y comparte la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud. Por esta razón, desarrolla planes y programas de salud con un enfoque en derechos humanos, género, generación y discapacidad de manera interseccional para asegurar que se cumplan los compromisos en esta materia en todo el país.

Según los últimos datos disponibles, su población asciende a 46.234.830 de habitantes, siendo 47,05% varones/masculino y 52,83% mujeres/femenino. Se calcula una expectativa de vida de en varones de 72 años y para las mujeres de 78 años ([Censo, 2022](#)). Argentina tiene una brecha de género del 76.2%, situándose en el puesto 36 del [ranking de brecha de género](#), lo cual la ubica por debajo de la media global.

II. Marco normativo para los derechos sexuales y reproductivos

Constitución Nacional

La [Constitución Nacional](#) de Argentina mediante los incisos 22 y 23 del artículo 75, incorporados en la reforma constitucional de 1994, incorpora distintos instrumentos internacionales suscriptos que reconocen, entre otros, los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la diversidad corporal, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, al derecho a la información, a gozar de los beneficios de los avances

científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias. Entre ellos, podemos mencionar:

| Tratados con Jerarquía Constitucional | Ley de Aprobación | Año |
|--|-------------------|------|
| La Declaración Universal de Derechos Humanos; | Ley 24.430 | 1994 |
| El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; | Ley 23.313 | 1986 |
| El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; | Ley 23.313 | 1986 |
| La Convención Americana de Derechos Humanos; | Ley 23.054 | 1984 |
| La Convención sobre los Derechos del Niño, en especial los artículos sobre: la no-discriminación (Art. 2), el interés superior del niño (Art. 3 y 18), capacidades en evolución (Art. 5 y 14), las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres (Art. 5 y 19), el derecho a ser protegido contra toda forma de abuso físico y mental (Art. 19, 32, 34, 35 y 39), el derecho a buscar, recibir e impartir información (Art. 13), el derecho a las instalaciones de salud (Art. 24) y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 24). | Ley 23.849 | 1990 |
| La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 5, Art. 10, Art. 12, Art. 14 b). | Ley 23.179 | 1985 |
| La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará. | Ley 24.632 | 1996 |

A su vez, el artículo 75 inc. 23 se encuentran disposiciones referidas a la protección de la igualdad de género, generación y para las personas con discapacidad, con el objetivo de garantizar el pleno ejercicio de los derechos

consagrados en la misma constitución a través del marco de los derechos humanos. En particular obliga al Estado a:

23. 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 personas con discapacidad.

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.

En este marco, es claro que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos básicos. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud y a la libertad, con los que están directamente relacionados.¹ Así, se reafirma la obligación de garantizar la atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto, la interrupción del embarazo, el posaborto, la anticoncepción, la fertilización asistida, la detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Anticoncepción

Ley 25.673 de 2002. Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

En virtud de los compromisos de derechos humanos y el reclamo social para la protección de la salud sexual y reproductiva, cuya falta de garantía generaba en aquel momento elevadas cifras de morbilidad y afectaba el desarrollo individual y social en la Argentina, se aprobó el 30 de octubre de 2002 la Ley Nacional 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), en el ámbito del Ministerio de Salud.

Es importante destacar que la Ley 25.673, por primera vez, reconoció y modeló el derecho al acceso a métodos anticonceptivos modernos para toda la población de manera gratuita en todos los subsistemas de salud del país. Ordenó la incorporación de una canasta de métodos modernos, que ha ido ampliándose

¹ Ministerio de Salud de la Nación. [Derechos sexuales y derechos reproductivos](#).

con el desarrollo de la tecnología anticonceptiva, con cobertura total (100%) dentro del programa médico obligatorio (PMO).

Esta norma, entre otras metas, estableció la garantía del acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos en todos los subsistemas de salud (público, seguridad social y privado), la atención y prevención de cáncer génito-mamario, atención de la violencia y prevención, la atención de VIH/Sida e ITS y contempla la provisión de información y asesoramiento en salud reproductiva. El PNSSyPR se basa en el respeto de la autonomía reproductiva y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos y contempla a la población, sin discriminación alguna, incluye a las personas adolescentes, así como a mujeres y varones. La norma invita a las provincias a adherir y crear sus propios programas provinciales para expandir la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

El PNSSyR dependió primero de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Posteriormente, en 2006, pasó a depender de la Secretaría de Políticas Sanitarias o sus equivalentes hasta que, en marzo de 2018, fue jerarquizada a Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) por la [decisión administrativa 307/2018](#) y en 2020, se convirtió en Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) pasando a depender directamente de la Subsecretaría de Acceso a la Salud ([decisión administrativa 457/2020](#)). La organización interna de la DNSSR fue institucionalizada por medio de la [Disposición 5/2023](#).

Los principales avances que ha generado hasta 2023 el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se basaron en la provisión de métodos anticonceptivos, capacitación a equipos de salud, estrategias de comunicación y promoción, impulso del acceso a derechos y el desarrollo de un sistema de información y monitoreo. Este balance da cuenta de avances concretos y, también, de la existencia de importantes desafíos pendientes.

Ley 26.130 de 2006. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica

Esta norma se aprueba después del reclamo del movimiento de la sociedad civil para reclamar la posibilidad de la población de acceder a las prácticas de "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios de todos los subsistemas de salud. Este tipo de anticoncepción había sido exceptuada de la regulación de 2002 con la Ley 25.673, por lo cual se requirió esta regulación adicional. La norma consagró

también su cobertura completa dentro del PMO, y reguló los aspectos vinculados al consentimiento informado para acceder a las mismas.

En 2021 se aprueba la reforma de la Ley 26.130, por medio de la [Ley 27.655](#) que modifica los requisitos de acceso a estas prácticas, para evitar que estas sean realizadas sin el consentimiento informado de las personas con discapacidad psicosocial e intelectual. Esta reforma establece que ni a pedido de su familia o de alguna persona que sea representante legal, se pueden realizar estas prácticas sin el consentimiento expreso de la persona con discapacidad. La reforma es un paso fundamental para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás.

Normativa complementaria:

- [Resolución 65/2015](#). Marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de niñas, adolescentes y personas con discapacidad.
- [Resolución 2821/2021](#). Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico
- [Resolución 1062/2023](#). Aprueba el expendio bajo el régimen de "venta libre" del Anticonceptivo Hormonal de Emergencia (AHE)

Notas técnicas:

- [Información para acceder a la vasectomía. Formulario para firmar el consentimiento informado](#)
- [Hacia una consejería en salud sexual y reproductiva inclusiva de personas con discapacidad](#)
- [Nota técnica 8](#). Anticoncepción quirúrgica y personas con discapacidad

[Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo \(IVE-ILE\)](#)

[Ley 27.610](#) de 2020. Acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención posaborto de todas las personas con capacidad de gestar

El 30 de diciembre del año 2020 se sanciona la Ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención posaborto

de todas las personas con capacidad de gestar, la cual entra en vigencia el 14 de enero de 2021 en todo el país por ser una norma de orden público. De acuerdo con estas normas, todas las personas tienen derecho a (art.4) decidir la interrupción del embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional, sin necesidad de expresar el motivo. Fuera del plazo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo Si el embarazo fuere resultado de una violación o si estuviere en peligro su vida o su salud. Asimismo, tiene derecho a requerir y acceder a la atención en los servicios de los tres subsistemas salud del país, a recibir atención posaborto en todos los casos y a prevenir los embarazos no intencionales mediante acceso a información, educación sexual integral y métodos anticonceptivos eficaces (art. 2). Establece también una serie de principios que deben guiar su aplicación y los derechos que asisten a las personas que requieren una IVE/ILE o la atención posaborto.

La ley se enmarca en los derechos humanos de las mujeres, adolescentes y todas las personas con capacidad de gestar y garantiza el acceso universal y gratuito a sus prestaciones como parte de la cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO), y asigna responsabilidad al Estado en todos sus niveles respecto de la garantía de acceso y calidad de la atención.

Cabe destacar que en 2018 y gracias al movimiento de mujeres y la campaña para el aborto seguro y gratuito, se concreta el primer debate parlamentario, logrando la media sanción en diputados, no consiguiendo la cantidad de votos suficientes en la Cámara de senadores. Es recién en el año 2020, que la ley conseguiría ser aprobada en ambas Cámaras del Congreso de la Nación. Además, se destaca que la Ley 27.610 fue producto de un proceso de debate en el Congreso de la Nación que fue público, abierto y democrático, con más de mil oradores de distintas disciplinas, creencias, y de todas las provincias, significando ello un verdadero ejercicio pedagógico e histórico en la vida institucional de la democracia argentina, reconocido y elogiado en el mundo.²

La Ley 27.610 fue reglamentada por medio del [Decreto 516/2021](#) emitido por el poder ejecutivo el 13 de septiembre de 2021. Esta norma establece como autoridad de aplicación de la política de IVE/ILE y atención posaborto al Ministerio de Salud de la Nación y en su interior se designa responsable a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva creada a través de decisión administrativa [457/2020](#), con el objetivo promover la salud sexual y la salud

² ONU. Expertas elogian la aprobación de la ley que legaliza el aborto en Argentina. Enero de 2021. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/2020/12/argentina-un-experts-praise-historic-law-legalising-abortion>

reproductiva de la población, desde un enfoque de derechos, equidad social y perspectiva de género.

Luego de su sanción se actualiza el *protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo* (en adelante, protocolo IVE/ILE), a través de la [Resolución 1535/2021](#) del Ministerio de Salud de la Nación. Este incorpora el nuevo modelo de regulación y desarrolla un enfoque para la atención centrado en la persona y con lineamientos de la política de acceso basados en una atención de calidad con perspectiva de derechos humanos, género, generación, discapacidad, diversidad cultural e interseccionalidad. Posteriormente, en 2022 el protocolo IVE/ILE fue actualizado por medio de la [Resolución 1063/2023](#), para incorporar los lineamientos de la OMS postulados en las [Directrices sobre la Atención para el Aborto \(2022\)](#).³

Normativa complementaria:

- [Resolución 4271/2021](#). Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto;
- [Resolución 2821/2021](#). Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico;
- [Resolución 1841/2020](#). Atención de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud, 2da. Edición;
- [Disposición 1470/2023 ANMAT](#). Aprobación de la Mifepristona para la provisión de IVE/ILE

Notas técnicas:

- [Nota técnica 3](#). Estándares legales para el acceso a la IVE/ILE;
- [Nota técnica 4](#). Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años;
- [Comunicación de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva](#). Directrices sobre la atención para el aborto de la Organización mundial de la salud;
- [Comunicación de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva](#). Directrices sobre Mifepristona y misoprostol la atención para el aborto de la Organización mundial de la salud;
- [Nota técnica 7](#). Estándares legales para la atención posaborto;

³ Ver nota informativa de la DNSSR. [Directrices para la Atención sobre el Aborto de la OMS](#). Una herramienta clave.

- [Nota técnica 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;
- [Nota técnica 10](#). Enfermería en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva: un aporte esencial;
- [Nota técnica 11](#). Interpretación de las normas para el acceso de personas con discapacidad a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

VIH/SIDA

[Ley 27.675](#) de 2022. De Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual, ITS y Tuberculosis. TBC

Esta es la norma marco para la política de respuesta al VIH en la Argentina. Es una ley de orden público, por lo cual tiene aplicación en todo el territorio nacional. Se trata de una política integral e intersectorial que ha sido aprobada con amplia participación de diversos sectores. Declara que la respuesta a estas enfermedades es de interés público y nacional, lo que implica un compromiso por parte del Estado para proporcionar recursos y políticas que aborden estas problemáticas de manera integral.

En términos prácticos, esto significa que se deben garantizar el acceso a los medicamentos, vacunas y tratamientos necesarios para prevenir, diagnosticar y tratar estas enfermedades, así como también promover la investigación y desarrollo de tecnologías médicas locales para su producción. Además, se reconoce la importancia de la participación activa de las personas afectadas en la formulación de políticas públicas, lo que asegura que sus necesidades y preocupaciones sean tenidas en cuenta.

En cuanto al acceso a la salud, se establece que todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, están obligadas a brindar asistencia integral y gratuita a las personas afectadas por estas enfermedades. Esto incluye la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención interdisciplinaria, así como la reducción de estigmas y discriminación.

Además, se prohíbe la discriminación en el ámbito laboral y educativo, asegurando que las personas afectadas por estas enfermedades no sean objeto de despidos, suspensiones o reducciones salariales debido a su condición de salud. Se establecen también derechos específicos para las personas privadas de la

libertad y otras situaciones especiales, garantizando su acceso a la atención médica y protegiendo su privacidad y confidencialidad.

En el ámbito educativo, se prohíbe la realización de pruebas diagnósticas de VIH, hepatitis virales y otras ITS como requisito de ingreso o permanencia, asegurando que todas las personas tengan igualdad de oportunidades en el acceso a la educación.

Por último, se establecen derechos específicos para las mujeres o personas con capacidad de gestar afectadas por estas enfermedades, asegurando su acceso a la información y atención integral durante el embarazo y el postparto, así como garantizando el derecho al parto por vía vaginal y el acceso a la leche materna y tratamiento de inhibición de la lactancia para sus hijos/as.

Esta norma fue reglamentada por el [Decreto 804/2022](#), reglamenta el Capítulo VII y el [Decreto 805/2022](#) que reglamenta toda la norma y declara el interés público su implementación.

Normativa complementaria

- [Resolución 191/2023](#) implementa el observatorio nacional sobre estigma y discriminación por VIH, hepatitis virales, otras infecciones.

Educación Sexual Integral

[Ley Nacional 26.150](#) de 2006. Creación del Programa de Educación Sexual Integral

Esta ley define como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. El Programa Nacional está destinado a todos los educandos en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. La norma reconoce el derecho a recibir educación sexual integral de los educandos desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

En ese mismo año, se sanciona la [Ley de Educación Nacional 26.206](#). Esta norma regula el ejercicio del derecho de enseñar y aprender consagrado por el artículo 14 de la CN y los Tratados Internacionales incorporados a ella, conforme

con las atribuciones conferidas al Congreso de la Nación (artículo 75, incisos 17, 18, y 19).

Normativa complementaria

- [Resolución C.F.E. 45/2008](#). De Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral
- [Resolución C.F.E.340/2018](#). De Núcleos de Aprendizaje Prioritarios para Educación Sexual Integral
- [Resolución 1789/2021](#). Creación del observatorio federal de la ESI
- [Resolución C.F.E. 419/2022](#). De educación sexual integral. Compromisos y acuerdos nacionales para la implementación de la ESI.
- [Resolución del Ministerio de Educación de la Nación 1985/2023](#). De Pautas de Implementación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral

[Ley 27.234](#) de 2015. Crea el programa Educar en Igualdad: Prevención y Erradicación de la Violencia de Género

Esta ley establece las bases para que en todos los establecimientos educativos del país, públicos o privados, de nivel primario, secundario y terciario, se realice la jornada “Educar en Igualdad: Prevención y Erradicación de la Violencia de Género” con el objetivo de que los alumnos, las alumnas y docentes desarrollen y afiancen actitudes, saberes, valores y prácticas que contribuyan a prevenir y erradicar la violencia de género.

Esta norma se relaciona con la salud sexual y reproductiva porque tiene un impacto directo en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, en particular con relación a la anticoncepción y planificación familiar, enfermedades e infecciones de transmisión sexual y decisiones sobre el propio cuerpo.

[Endometriosis](#)

[Resolución 1104](#) de 2023. Creación del grupo de trabajo para el abordaje integral de la endometriosis

A través de la [Resolución 1104/2023](#) se creó un grupo de trabajo para el abordaje integral de la endometriosis con el fin de avanzar en la elaboración de una

guía práctica clínica para el abordaje. Este grupo se aloja bajo la rectoría de la DNSSR y desde ese momento desarrollan lineamientos técnicos para el abordaje de esta enfermedad.

[Resolución 3795/2023](#). Guía de práctica clínica para el abordaje inicial de la endometriosis

En octubre del año 2023, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó la Guía de práctica clínica para el abordaje inicial de la endometriosis. Esta iniciativa surge al evidenciar una significativa necesidad de optimizar el diagnóstico precoz, el manejo clínico y los cuidados integrales de esta enfermedad dada la existencia de síntomas crónicos y recurrentes y el impacto potencial en la calidad de vida de las personas que la padecen.

Cáncer Cervicouterino

[Resolución 1.261](#) de 2011. Creación del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino

La norma establece como función del programa, el fortalecimiento institucional y de la capacidad de gestión de los programas provinciales; el desarrollo de estrategias para el aumento de la cobertura de tamizaje de mujeres en edad objetivo; la garantía de la calidad de la prueba de tamizaje; el desarrollo de una red eficiente de derivación, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas y cáncer; el establecimiento de un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

Parto Respetado

[Ley 25.929](#) de 2004. Parto Humanizado

Esta norma establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante esos procesos. Además, contempla que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio (PMO). Además, indica los derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Esta ley fue reglamentada por [Decreto Reglamentario 2035/2015](#) y se desarrollaron los estándares técnicos de atención por medio de la [Resolución 4173/2023](#) que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la “Atención Prenatal De Bajo Riesgo”. Cabe mencionar que todas las provincias del país han adherido a esta Ley. En algunos casos han denominado a esta norma parto respetado, parto humanizado o parto digno.

Ejercicio Profesional de la Obstetricia

[Ley 17.132](#) de 1967. Regulación del Arte de curar. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración

Existe evidencia contundente sobre el aporte que el involucramiento de quienes ejercen la obstetricia puede lograr para mejorar la salud reproductiva de las personas en todas las etapas del ciclo vital. La evidencia comparada muestra que el trabajo obstétrico incrementa la calidad de los servicios de salud materna, contribuye al empoderamiento de las mujeres y mejora los indicadores clínicos ([REDAAS, 2022](#)).

En la Argentina, si bien la regulación de las profesiones de la salud es una competencia provincial, se ha comprobado que la existencia de una norma nacional, es un aporte para unificar las condiciones de trabajo y de acceso a la salud en todo el país. Es una forma de jerarquizar las profesiones y promover la armonización de estándares en todo el territorio.

No obstante, fue en 1967 la última vez que el legislativo nacional se expidió sobre las competencias de la obstetricia como profesión del área de la salud. A pesar del avance normativo en salud sexual y reproductiva y de las recomendaciones vigentes sobre la autonomía profesional, esta norma encuadra los servicios que brindan las/os obstétricas como “actividades de colaboración de la medicina”.

En los últimos 15 años se presentaron siete proyectos en el Congreso de la Nación para actualizar sus incumbencias. Recién en 2019 una de las iniciativas obtuvo media sanción en Diputados, pero luego perdió estado parlamentario en el Senado. En 2023 se presentaron otros tres proyectos y se consensuó un texto en la comisión de Salud, pero todavía no obtuvo dictamen y debe pasar también por Legislación General. Esta iniciativa apunta a reconocer a la obstetricia como una especialidad con autonomía en el campo de la salud y no como una labor auxiliar y

subordinada a la medicina. La presión de la corporación médica en contra de que se las jerarquice sería uno de los obstáculos que habrían jugado en los últimos años para frenar la discusión legislativa.

La Ley 27.610, sin dudas ha profundizado el debate acerca de la necesidad y oportunidad de una legislación federal que actualice las competencias y condiciones de ejercicio de la obstetricia, tal y como lo señala la [Nota técnica 9](#) de noviembre de 2023 del Ministerio de Salud de la Nación con las recomendaciones internacionales sobre el rol de las personas obstétricas en la atención de la salud sexual y reproductiva, con foco en el acceso a IVE-ILE, y en el acceso a métodos anticonceptivos, incluidos los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC). Esta Nota Técnica tiene como objetivo potenciar el Rol de las personas obstétricas en la provisión de métodos anticonceptivos e IVE/ILE según los estándares y recomendaciones basadas en la evidencia y lo establecido en los organismos de salud de Rectoría Internacional.

Salud Sexual y Reproductiva de Niñeces y Adolescencias

Ley 26.061 de 2005 De protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes

Esta norma instituyó el régimen de protección integral de niños, niñas y adolescentes. Viene a reemplazar el sistema de patronato vigente en el país desde hacía casi cien años. En esta nueva norma se define el interés superior del niño y establece que deben ser considerados sujetos de derecho; que tienen derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta en todos los asuntos que le concierne. Respecto a su derecho a la salud, prescribe que deberán tener acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen, siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad.

Esta norma fue reglamentada por [Decreto Reglamentario 415/2006](#) y hasta diciembre de 2023 había sido [modificada por 77 normas](#). Dichas modificaciones tienen que ver con la articulación de este marco con normas tan importantes como la Ley de identidad de género, la ley de educación sexual integral, acceso a programas de apoyo social, entre otras.

Ley 25.273 de 2000. Creación de sistema de inasistencias justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos mencionados en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal

Este texto legal establece un régimen especial de inasistencias justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen ciclos de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior No Universitaria en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal que carezcan de una regulación con beneficios equivalentes o superiores a los que otorga esta ley. Según el texto, las alumnas que presenten un certificado médico que confirme su estado de gestación y el período de embarazo tendrán derecho a inasistencias justificadas y no contabilizadas antes o después del parto, las cuales pueden ser utilizadas de manera continua o fraccionada. Además, este régimen especial incluirá la franquicia del establecimiento durante un período de seis meses para las alumnas que certifiquen estar en período de amamantamiento, comenzando desde su reincorporación a la escuela. Por último, se aclara que el hecho de no contabilizar las inasistencias en días y horas de clase no implicará una promoción automática; las alumnas deberán cumplir con los requisitos para acreditar su condición de alumna regular de acuerdo con el sistema de promoción vigente en cada jurisdicción.

Ley 25.584 de 2002. Prohibición en establecimientos de educación pública de acciones que impidan el inicio o continuidad del ciclo escolar a alumnas embarazadas

Este texto legal establece una prohibición en los establecimientos de educación pública del país, en todos sus niveles, ciclos y modalidades, de llevar a cabo cualquier acción institucional que obstaculice el inicio o la continuidad del ciclo escolar para cualquier alumna embarazada, o por cualquier otra circunstancia relacionada con esto, que genere efectos de marginación, estigmatización o humillación. Además, el Ministerio de Educación de la Nación se compromete, en colaboración con la autoridad educativa jurisdiccional correspondiente, a hacer pública cualquier práctica irregular mencionada en el artículo 1º, y a iniciar los procedimientos administrativos o judiciales pertinentes.

Políticas públicas de Niñez y Adolescencia

Resolución Ministerial 619/2007. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA)

Se crea en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil el Programa de Salud Integral en la Adolescencia, con el propósito general de promover y proteger la salud de los adolescentes mediante una amplia cobertura de servicios de calidad adaptados a sus necesidades. Este programa se encargará

de brindar apoyo técnico para la elaboración, implementación y seguimiento de programas provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto incluye actividades de capacitación, asesoramiento técnico utilizando recursos del Ministerio de Salud o de centros de excelencia nacionales o extranjeros, la creación de una red de instituciones de atención integral del adolescente, evaluación del programa y coordinación con otras entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales involucradas en la temática.

[Resolución 1527/2020](#). Creación de la Dirección de Adolescencias y Juventudes de la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, Dependiente de la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias de la Secretaría de Acceso a la Salud

Se establece, dentro del ámbito de la Dirección de Adolescencias y Juventudes de la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, que depende de la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias de la Secretaría de Acceso a la Salud, el "Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU)". Este consejo tiene como objetivo principal proporcionar asesoramiento y recomendaciones a la Dirección de Adolescencias y Juventudes sobre políticas públicas relacionadas con adolescentes y jóvenes. Sus funciones incluyen realizar un diagnóstico de la situación de salud integral de esta población, proponer acciones para implementar políticas públicas, monitorear las políticas implementadas, promover la participación de otros organismos públicos y privados y organizaciones de la sociedad civil, contribuir a la estrategia comunicacional de la Dirección, difundir material disponible y solicitar informes periódicos sobre el cumplimiento de metas y objetivos. El CONSAJU está presidido por el titular de la Secretaría de Acceso a la Salud y su coordinación operativa y administrativa está a cargo del titular de la Dirección de Adolescencias y Juventudes. Está integrado por miembros de esta Dirección, representantes de agencias del sistema de Naciones Unidas, asociaciones científicas y profesionales, y organizaciones de la sociedad civil, según lo determine la Dirección.

[Resolución del Ministerio de Desarrollo Social 1790/2017](#) y [Resolución conjunta 9/2020](#). Programa para el embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA)

Esta iniciativa parte de una mirada integral e intersectorial para prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia. Para ello los Ministerios Nacionales de Salud, de Desarrollo Social y de Educación, se proponen trabajar en conjunto para garantizar los derechos de los y las adolescentes en el abordaje integral de la

salud sexual y reproductiva, asegurar el acceso gratuito de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y asesorías en las escuelas, la consejería en salud sexual y reproductiva y actividades de promoción comunitarias.

Los objetivos del Plan Enia son: sensibilizar sobre la importancia de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia; potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia; brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos en forma gratuita en los servicios de salud; Fortalecer políticas para la prevención del abuso, la violencia sexual y el acceso a la interrupción del embarazo según el marco normativo vigente.

El [Plan ENIA](#), en una primera etapa estuvo destinado a toda la población adolescente de entre 10 y 19 años de edad que resida en los 36 departamentos seleccionados de las 12 provincias priorizadas (Buenos Aires; Catamarca; Corrientes; Chaco; Entre Ríos; Formosa; Jujuy; La Rioja; Misiones; Salta; Santiago Del Estero; Tucumán). Se definen como provincias prioritarias para la implementación las doce que presentan índices más altos que el promedio nacional de embarazo en la adolescencia. Si bien la tasa de Buenos Aires no está por encima del promedio nacional, fue seleccionada como provincia prioritaria debido a la cantidad absoluta de casos que concentra.

En el año 2022 el Plan ENIA se federaliza a través de la [Resolución 536/2023](#), ampliando al resto de todas las provincias su alcance mediante la suscripción de convenios marco elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación. Para diciembre de 2023 todas las jurisdicciones habían suscrito estos convenios ([ver](#)).

Violencia Sexual

[Ley 26.485](#) de 2009. Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales

Esta norma marca los estándares de protección de derechos para las mujeres en la Argentina, estableciendo tipos y modalidades de violencia de género, autoridad de aplicación en la materia, procedimientos administrativos y judiciales para la garantía de los derechos. Define en el art. 4 a la violencia contra las mujeres, en el art. 5 los tipos de violencias (entre ellas la sexual) y en su art. 6

describe las modalidades en el ejercicio de las violencias (institucional, de libertad reproductiva y obstétrica, entre otras).

La norma fue reglamentada por [Decreto Reglamentario 1011/2010](#). Cabe destacar que hasta diciembre de 2023 había sido [modificada por 107 normas](#) que, entre otras, han agregado tipos y modalidades de violencia. Se han desarrollado servicios como la [Línea 144](#) para atender víctimas de violencia de género, el [Cuerpo de abogadas/os para el patrocinio jurídico de víctimas de violencia de género](#), y se establece la formación obligatoria en violencia de género a todo el personal público ([Ley Micaela](#)).

Normas complementarias:

- [Resolución 2003/2021 del Ministerio de Salud de la Nación](#). Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales (2021).

Diversidad Sexogénerica

La [Ley 26.743 de Identidad de Género de 2012](#), establece el derecho a la identidad de género y garantiza a todas las personas la posibilidad de ser reconocidas y tratadas de acuerdo con la identidad de género autopercibida. Define la identidad de género como la vivencia interna y personal del género, que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer, e incluye la posibilidad de modificar la apariencia o función corporal si así se desea.

La norma reconoce el derecho de cualquier persona a solicitar la rectificación registral de su sexo, nombre y foto en documentos oficiales sin necesidad de someterse a cirugías, tratamientos hormonales o evaluaciones psicológicas. Asimismo, garantiza el acceso a tratamientos hormonales y cirugías de adecuación corporal para quienes lo requieran, sin necesidad de autorización judicial ni administrativa, siempre que haya consentimiento informado. En el caso de menores, se requiere la autorización judicial, además del consentimiento de los representantes legales. Estos tratamientos deben estar cubiertos por el sistema de salud, incluyendo el Plan Médico Obligatorio.

III. Estado de Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos a diciembre de 2023

De acuerdo a los informes de gestión anuales publicados por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante DNSSR) durante el periodo

2019-2023, se recabaron los siguientes datos sobre sus líneas estratégicas de acción, a saber: Acceso efectivo a métodos anticonceptivos (MAC); Acceso a la interrupción del embarazo (IVE-ILE); Prevención del embarazo no intencional en adolescentes (Plan Enia) y Prevención, detección temprana y atención de abusos sexuales hacia niñas, niños y adolescentes (NNyA) y de embarazos forzados.

Anticoncepción

En el marco de la estrategia de acceso efectivo a métodos anticonceptivos (MAC), la DNSSR trabajó en el aseguramiento de insumos y el fortalecimiento de la canasta, con énfasis en métodos de larga duración (LARC) y en anticoncepción posevento obstétrico (AIPEO).

Durante el año 2020, la DNSSR distribuyó y dispensó a nivel federal anticonceptivos orales e inyectables en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Plan Enia un total de 7.669.321, en el 2021 un total de 7.703.387, en el 2022 un total de 7.916.310 y en el año 2023 descendió a la suma de 5.804.405, dando un total de 29.093.423. Respecto de los anticonceptivos de larga duración, en el año 2020 se distribuyó un total de 233.400, en el 2021, un total de 160.340, en el 2022 se dispensaron 343.434 y en el 2023 un total de 278.234, dando una suma de 10.154.408. La dispensa de anticonceptivos hormonales de emergencia se distribuyó del siguiente modo: en el año 2020 se dispensó un total de 507.024, en el 2021 un total de 533.335, en el 2022, un total de 592.506 y en el 2023 un total de 460.043, dando una suma de 2.092.908. Asimismo, la DNSSR dispensó un total de 58.398.480 preservativos peneanos, distribuidos de la siguiente manera: 10.389.312 en el 2020, 23.806.368 en el 2021, 18.945.072 en 2022 y 5.277.728 en el 2023. Por último, en el 2023 distribuyó 26.000 preservativos vaginales.

Salud Sexual y Reproductiva de Niñeces y Adolescencias

En el marco de la estrategia de prevención del embarazo no intencional en adolescentes (en adelante Plan Enia), la DNSSR desarrolla el Plan a través de mesas intersectoriales provinciales, la elaboración de Planes Operativos Anuales (POA), y de cuatro dispositivos: el dispositivo de salud sexual y reproductiva; el asesoramiento en salud integral en escuelas secundarias (ASIE); la educación sexual integral (ESI); el trabajo en la comunidad a partir de dispositivos de base comunitaria (DBC).

- **Resultados de los Dispositivos del Plan Enia**

El Plan cuenta con un [sistema de monitoreo propio con indicadores](#) de proceso, resultados e impacto y un modelo de evaluación del impacto desarrollado especialmente con asistencia técnica del UNFPA que permite realizar seguimiento trimestral de los avances y genera reportes públicos de performance. Se presentan informes anuales sobre los resultados y desafíos del Plan.

- **Fortalecimiento de la educación sexual integral (ESI)**

El dispositivo de ESI en el Plan Enia tiene como propósito fortalecer la implementación de la ESI en las escuelas secundarias públicas a través de la sensibilización y capacitación de sus docentes y directivas/es/os.

En el año [2021](#), los estudiantes que realizaron al menos una actividad de ESI-Enia fueron 265.664. En el [2022](#) la cifra fue de 258.236. El porcentaje de estudiantes con actividades realizadas se mantuvo prácticamente constante entre un año y otro, con un leve descenso del 2,7%. Entre enero y septiembre del 2023, 361.424 estudiantes realizaron una actividad de ESI. Por otro lado, el total de docentes capacitados en el 2020 fue de 1.076 y durante el año [2021](#) alcanzó la cifra de 2.304 y en el [2022](#) ascendió a la cifra de 3.326. En el 2023, la cifra fue de 4.567.⁴

- **Asesorías en salud integral en escuelas secundarias (ASIE)**

El dispositivo de ASIE tiene como finalidad establecer una relación más significativa de los adolescentes con el cuidado de su salud sexual y reproductiva, abriendo puertas de acceso al sistema de salud y a la disponibilidad oportuna de prestaciones en el marco de la salud integral.

En el año 2020, se asesoraron un total de 21.958 y en [2021](#) ascendió a 32.327 adolescentes. Lo que significa un incremento del 47% respecto al año anterior. En el año [2022](#) se asesoraron a 40.720 adolescentes, es decir un

⁴ Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Enero- Marzo 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IKZm_30aa5LixlykEH9LM8COhousxDBS/view?usp=drivesdk

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Abril- Junio 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1PKJZ76D2JWSaCbVw3ayQWRo6N4SjNncM/view?usp=drivesdk>

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Julio- Septiembre 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Z0JWq_bO2peo3ZvOnL4okwSgC7kHS6gv/view?usp=drivesdk

incremento del 25,2% con respecto a 2021. Entre enero y septiembre del año 2023 se asesoraron un total de 24.275 adolescentes.⁵

En [2021](#) se brindaron 47.492 asesoramientos. Registrando un incremento del 48% respecto al año 2020. En [2022](#) se brindaron 58.895 asesoramientos, lo que implicó un crecimiento del 23,3% respecto del año anterior. Entre enero y septiembre del 2023 se brindaron 32.826 asesoramientos.⁶

En términos generales, los motivos de asesoramiento que requirieron pronta intervención, si bien son numéricamente pocos, cobran relevancia por el tipo de situaciones que afectan a los adolescentes. El primer lugar lo ocupan los distintos tipos de violencia, la temática de IVE/ILE y las situaciones de abuso sexual ([informe anual 2022](#)).

En 2020 los asesoramientos referenciados a servicios de salud alcanzaron la cifra de 13.713 y en [2021](#) ascendió a 20.106 casos. Ello arrojó un incremento interanual de 46.7%. En [2022](#) los asesoramientos referenciados a servicios de salud alcanzaron un total de 22.626 casos, los que representaron el 38,4% del total.

- **Dispositivo de base comunitaria (DBC)**

El dispositivo de base comunitaria (DBC) es una propuesta destinada a adolescentes que busca fortalecer la toma de decisiones informadas en relación

⁵ Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Enero- Marzo 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IKZm_30aa5LixlykEH9LM8COhousxDBS/view?usp=drivesdk

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Abril- Junio 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1PkJZ76D2JWSaCbVw3ayQWRo6N4SjNncM/view?usp=drivesdk>

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Julio- Septiembre 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Z0JWq_bO2peo3ZvOnL4okwSgC7kHS6gv/view?usp=drivesdk

⁶ Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Enero- Marzo 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IKZm_30aa5LixlykEH9LM8COhousxDBS/view?usp=drivesdk

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Abril- Junio 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1PkJZ76D2JWSaCbVw3ayQWRo6N4SjNncM/view?usp=drivesdk>

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Julio- Septiembre 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Z0JWq_bO2peo3ZvOnL4okwSgC7kHS6gv/view?usp=drivesdk

con su salud sexual integral. En cada abordaje la intervención se realiza en el marco de la promoción y protección integral de derechos.

En el año 2020, se asesoraron un total de 3.863 adolescentes y en 2021 la cifra disminuyó a 3.318 adolescentes. En la comparación interanual se registró una baja de la cobertura del 14%.⁷ En el 2022 se asesoraron 6.227 adolescentes. De modo que se registró un importante incremento del 88%.⁸

En el [2021](#) se brindaron 4.480 asesoramientos, registrando un descenso del 4,3% respecto al año 2020.⁹ En [2022](#) se brindaron 7.549 asesoramientos, registrando un significativo incremento del 68,5% respecto al año 2021. Entre enero y septiembre del 2023 se asesoraron 5.343 adolescentes.¹⁰

En el [2021](#) los motivos de asesoramiento que requirieron pronta intervención fueron, en primer lugar, IVE/ILE con 41 casos siendo el 32% más respecto a ILE en 2020; la categoría agrupada de distintos tipos de violencias con 19 casos tuvo un leve descenso respecto al 2020 (13.6%); en abuso sexual con 13 casos prácticamente no hubo variaciones (8%) y en intentos de suicidio con 5 casos hubo un aumento considerable frente al único caso registrado en 2020. En [2022](#), entre los motivos que requirieron pronta intervención, los relativos a IVE/ILE se redujeron un 27,5% mientras que los distintos tipos de violencias agrupadas y el abuso sexual se redujeron en ambos casos en un 50%. No se produjeron asesoramientos relacionados con intentos de suicidio en este año.

En el [2021](#) se referenciaron a los servicios de salud el 46,8% de los asesoramientos del dispositivo, donde el 92% de las referencias fue de mujeres, 6%

⁷ Informe anual de monitoreo Plan Enia 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1lQT8SxFa0Z0pVfIHMIdeBtguplwYJ6SW/view?usp=sharing>

⁸ Informe Anual de Monitoreo Plan Enia 2022. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/13hsVNfj9HbgFM-pF8GvNrHI3eQLi4SHz/view?usp=drive_link

⁹ Informe anual de monitoreo Plan Enia 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1lQT8SxFa0Z0pVfIHMIdeBtguplwYJ6SW/view?usp=sharing>

¹⁰ Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Enero- Marzo 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1lKZm_30aa5LixlykEH9LM8COhousxDBS/view?usp=drivesdk

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Abril- Junio 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1PkJZ76D2JWSaCbVw3ayQWRo6N4SjNncM/view?usp=drivesdk>

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Julio- Septiembre 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Z0JWq_bO2peo3ZvOnL4okwSgC7kHS6gv/view?usp=drivesdk

para varones y el 2% para otro género autopercebido. En el [2022](#) se referenciaron a los servicios de salud el 32,4% de los asesoramientos del dispositivo, mientras que en 2021 se habían referenciado el 46,8% de los mismos. El 86.1% de las referencias fue para mujeres, 13,1% para varones y el 0,8% para otro género autopercebido.

En el [2021](#) se realizaron 2.094 actividades donde participaron 20.766 niños, niñas y adolescentes y jóvenes (10 a 24 años), 15.162 adultos y agentes del Sistema de Protección de Derechos. En el [2022](#) se realizaron 1.148 actividades donde participaron 19.022 niños, niñas y adolescentes y jóvenes (10 a 24 años), 6.869 adultos y agentes del Sistema de Protección de Derechos. Entre enero y septiembre del 2023, se realizaron un total de 661 actividades donde participaron 15.986 personas.¹¹

- **Fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva (SSR)**

El propósito de este dispositivo es fortalecer el acceso a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

En el [2021](#) el total de LARC distribuidos alcanzó a 55.411 métodos, lo que implica un incremento del 27.7% respecto al año 2020. En [2022](#), el total de LARC distribuidos durante año alcanzó a 57.100, cifra algo mayor que en 2021.

En el [2021](#) se dispensaron 26.716 LARC mayoritariamente a adolescentes de 15 a 19 años. La colocación de LARC correspondió a 96.7% de implantes subdérmicos y el 3.3% de DIU. La composición por tramo edad no arrojó cambios significativos respecto a años anteriores, manteniéndose el 85%, de la dispensa en adolescentes entre 15 a 19 años y el 15% restante correspondió a menores de 15 años. En [2022](#), la cantidad de LARC dispensados a adolescentes menores de 20 años fue de 26.995, de los cuales el 97,1% correspondió a implantes subdérmicos y el 2,9% a DIU.¹²

¹¹ Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Enero- Marzo 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IKZm_30aa5LixlykEH9LM8COhousxDBS/view?usp=drivesdk

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Abril- Junio 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1PkJZ76D2JWSaCbVw3ayQWRo6N4SjNncM/view?usp=drivesdk>

Informe Trimestral de Monitoreo Plan Enia. Julio- Septiembre 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Z0JWq_bO2peo3ZvOnL4okwSgC7kHS6gv/view?usp=drivesdk

¹² Informe Anual de Monitoreo Plan Enia 2022. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/13hsVNfj9HbgFM-pF8GvNrHl3eQLi4SHz/view?usp=drive_lin

La dispensa de LARC a la población objetivo en AIPEO para el año [2021](#) alcanzó a 3.049 casos, equivalentes al 11.4% del total de LARC dispensados. Esta cifra resultó menor a la registrada en el año 2020 (4.020 casos) arrojando una baja del 24%. La dispensa de LARC a la población objetivo en AIPEO para el año [2022](#) fue un 5% menor a la del año 2021, pasando de 2.995 en este año a 2.852 casos en 2022, lo que representó el 10,6% del total de LARC dispensados.

En el [2021](#), la dispensa por tipo de efector fue realizada en CAPS, el 52.3%, el 42.2% en hospitales y el 5.5% por otros equipos (efectores móviles o programas itinerantes, centros de integración comunitaria-CIC-, equipos territoriales, programas provinciales de salud sexual y reproductiva).¹³ Mientras que la dispensa en la población objetivo en el año [2022](#) fue del 55,8% en CAPS, el 39,5% en hospitales y el 4,7% en otros efectores de salud (móviles y programas itinerantes) y Centros de Integración Comunitaria (CIC) entre otros.

En el 2020 se realizaron 823 capacitaciones territoriales. En el [2021](#), las capacitaciones territoriales realizadas totalizaron 720. Esto significó una disminución relativa del 13%. En el [2022](#) se realizaron 531 capacitaciones territoriales. Esto implicó una reducción de un 25,8% con respecto al 2021. Tanto en 2021 como en 2022, algo más del 60% de los perfiles ocupacionales corresponden a obstétricas/os enfermeras/os, promotoras/es y agentes sanitarios a médicas/os. En comparación con el año 2020, donde estas mismas cuatro categorías agruparon el 51% de la totalidad de asistentes, se concentraron en obstétrica/os (16%), médica/os (14%) enfermera/os (12%) y promotoras/es de salud (8%). Entre enero y septiembre del 2023 se realizaron 307 capacitaciones territoriales.

- [Embarazos no intencionales y tasa de fecundidad adolescente \(2019 - 2022\)](#)

El porcentaje de embarazos no planificados en adolescentes está desagregado por grupo de edad (menos de 15 años y adolescentes entre 15 y 19 años). Se diferencian en dos franjas etarias debido a que el embarazo en menores de 15 años está asociado, mayoritariamente, a situaciones de abuso sexual, lo cual implica un abordaje diferencial como problemática social, que se suma a los riesgos específicos de un parto o de un aborto inseguro. El embarazo y la

¹³ Informe anual de monitoreo Plan Enia 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1lQT8SxFa0Z0pVfIHMIDeBtguplwYJ6SW/view?usp=sharing>

maternidad a edades tempranas impactan sobre la transición de la niñez, y es por este motivo que se requiere de las acciones concertadas del Estado y la sociedad civil fortaleciendo a los adolescentes en el ejercicio de sus derechos y garantías, para abordar esta problemática y lograr el descenso de los casos.

La información presentada en 2019 muestra que los embarazos no planificados en las menores de 15 años representan un 85,2% del total, superando a los de la población de 15 a 19 años (70,8%). En el 2020, los embarazos no planificados en las menores de 15 años representan un 85,3 % del total, superando a los de la población de 15 a 19 años (71,8 %) y a los de la población mayor de 20 años. Mientras que en 2021, los embarazos no planificados en menores de 15 años representan un 84,3 % del total, superando a los de la población de 15 a 19 años (68,5 %) y a los de la población mayor de 20 años (55,8 %).¹⁴

La tasa de fecundidad adolescente comprende hasta los 19 años de edad de la madre. No obstante, los análisis diferencian entre, la tasa de fecundidad adolescente temprana, relativa a las madres menores de 15 años, y la tasa de fecundidad adolescente tardía, que abarca a las madres de entre 15 y 19 años. Eso se debe principalmente a que las circunstancias que dan lugar al embarazo en cada uno de estos grupos de edades, generalmente, difieren entre sí.

En 2019, la tasa de fecundidad adolescente temprana fue de 1,1 por mil, mientras que la tasa de fecundidad adolescente tardía fue de 40,7 por mil. En 2020, la tasa de fecundidad adolescente temprana fue de 0,7 por mil, mientras que la tasa de fecundidad adolescente tardía fue de 30,3 por mil. En 2021, último año con datos disponibles, la tasa de fecundidad adolescente temprana fue de 0,8 por mil, mientras que la tasa de fecundidad adolescente tardía fue de 27,0 por mil. En el 2022, la tasa de fecundidad temprana fue de 0,6 y la tasa de fecundidad tardía fue de 25,2.¹⁵

IVE-ILE

¹⁴ DNSSR Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Publicación de resultados 2022, pág. 49. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1JowsxahUjVorW5F6Rj-U8--V6gAklQqQ/view?usp=drive_link

¹⁵ DNSSR Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Publicación de resultados 2022, pág. 49. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1JowsxahUjVorW5F6Rj-U8--V6gAklQqQ/view?usp=drive_link

En el marco de la estrategia de acceso a la interrupción del embarazo (IVE-ILE), la DNSSR trabajó en ampliar la capacidad de resolución del sistema de salud y en la remoción de las barreras de acceso a la interrupción del embarazo. Asimismo, en la provisión y aseguramiento de insumos, en la producción de protocolos y en otros materiales de difusión e información, así como en la atención posaborto.

- **Distribución de insumos**

Según los informes anuales, en el año 2021 se distribuyeron 74.057, en el 2022 la suma descendió levemente a 62.323 y en el año 2023 se distribuyeron 70.428 insumos de misoprostol, dando un total de 206.808. Asimismo, se distribuyeron 28.577 insumos de combipack en 2022 y 46.972 en 2023, dando un total de 75.549. Por último, en el año 2023 se comenzó a distribuir tratamientos combinados de misoprostol y mifepristona por un total de 8.010.

- **Cantidad de IVE - ILE reportadas**

En el mismo sentido, existe información sobre la cantidad de interrupciones voluntarias y legales del embarazo reportadas en los años 2022 y 2023. En el primer caso, se reportaron 96.664, mientras que en el 2023 se reportaron 75.581, dando un total de 172.245 IVE ILE reportadas.

- **Disminución de la mortalidad materna por aborto**

La razón de mortalidad materna por aborto expresa la cantidad de muertes por aborto en un período y lugar determinado, sobre el total de nacidos vivos en el mismo período y lugar. Para poder trabajar con este indicador se sumaron los datos de los tres últimos años con datos disponibles: 2019 al 2021. Entre [2019 y 2021](#), se produjeron 61 muertes por aborto y la razón de muerte materna por aborto fue de 0,36 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. En las provincias de Chubut, La Pampa, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego no se registraron muertes por aborto en el período analizado; y se observaron las razones más altas de muertes maternas por aborto por cada 10.000 nacidos vivos en las provincias de Catamarca (1,3), La Rioja (1,4), Salta (1,0) y Santa Cruz (1,6).

En el año 2021 se registraron 393 muertes maternas, de las cuales 13 fueron por aborto, 107 por causas obstétricas directas y 273 por causas obstétricas indirectas. Las muertes por aborto representaron el 3,3 % del total de muertes maternas a nivel nacional. Entre las menores de 20 años, se identificaron 17

mueres maternas y de estas ninguna fue por aborto. La razón de muerte materna por aborto fue 0,25 muertes por cada 10.000 nacidos vivos.

En el 2021 se registraron 172 muertes maternas más que en el 2020, el incremento se debió al aumento de las muertes por causas obstétricas indirectas y dentro de estas a las relacionadas con el sistema circulatorio y en particular las de enfermedades virales, donde se incluyen las muertes asociadas con COVID-19. En 2020 se identificaron 37 muertes por esta enfermedad, mientras que en 2021 se registraron 220.

Las muertes por causas directas y por aborto registraron un descenso. De este modo, la implementación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción del Embarazo (IVE/ILE) generó condiciones para el acceso al aborto seguro y esto se observa en el [descenso de las muertes maternas por aborto](#) en el primer año de implementación de la ley, de 23 casos registrados en 2020 se pasó 13 casos en el 2021, lo que representa un descenso del 43,5 %, descenso marcado en un contexto de ascenso de muertes maternas. Cabe señalar, que las muertes por “aborto médico”, se redujeron de 13 en 2020, a 9 en 2021.

VIH-SIDA

La Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis en su [Boletín Anual Nro. 40 presenta los siguientes datos sobre HIV- SIDA:](#)

La tasa de VIH se calcula como la proporción de nuevos diagnósticos en un período y lugar específico en relación con la población de ese lugar, expresada cada cien mil habitantes. Las tasas específicas se calculan por sexo asignado al nacer, no por género autopercebido, ya que para hacerlo de ese modo necesitaríamos conocer cuántas personas trans viven en la Argentina, dato del que por ahora no disponemos. Debe tenerse presente que la tasa de VIH mide la cantidad de diagnósticos, no la incidencia de infecciones, por lo que un aumento puede explicarse por un mejor acceso a las pruebas, un mejor reporte de los casos o, indirectamente, por un aumento de las infecciones.

En el último quinquenio, se reportaron en promedio 5.300 diagnósticos de VIH por año, de los cuales 3.700 correspondieron a varones y 1.600 a mujeres. La tasa de diagnósticos por cien mil habitantes fue de 12,2 en 2022, valor que se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, con pocas oscilaciones. En ese mismo año, la tasa de diagnósticos en varones fue de 17,2, mientras que en

mujeres fue de 7,3. En 2022, se alcanzaron valores cercanos a los niveles prepandémicos, especialmente entre las mujeres.

En 2022, la tasa de diagnóstico más alta entre los varones se registró en el grupo de 25 a 34 años, que alcanzó los 42,0 por cien mil habitantes, seguida por los grupos de 20 a 24 y 35 a 44 años. Entre las mujeres, las tasas más elevadas se observaron en los grupos de 25 a 34 y 35 a 44 años, con cifras de 14,4 y 14,8 respectivamente. Ese mismo año, la tasa entre los varones de 25 a 34 años casi triplicaba la de las mujeres de esa franja etaria (42,0 frente a 14,4), al igual que en el grupo de 20 a 24 años (30,3 frente a 11,3).

El noroeste argentino (NOA), Cuyo, la región Centro y el noreste argentino (NEA) han alcanzado o superado los valores previos a la pandemia de COVID-19, en tanto que el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y en especial la región de la Patagonia aún se encuentran por debajo de esos valores. En 2022, las tasas más elevadas continúan siendo las observadas en el NOA, con un valor de 20,3 por cien mil habitantes, y en Cuyo, 18,0 por cien mil habitantes. En contraste, las tasas más bajas se registraron en el AMBA, la región Centro y el NEA (con valores de 9,7; 9,6 y 9,1 por cien mil habitantes, respectivamente).

A su vez, al comparar las tasas de VIH de varones en 2012 y 2022, se evidencia una importante disminución en la región del AMBA (del 50%, de 28,1 a 14,0), un descenso del 32% en la región Centro y una reducción de 20% y 13% en la Patagonia y el NEA. En contraste, la tasa de VIH entre los varones aumentó en un 26% en las regiones del NOA y Cuyo. En el caso de las mujeres, la tasa de VIH también disminuyó un 50% en el AMBA desde 2012, aproximadamente un 36% en el NEA y la región Centro y un 26% en la Patagonia. Únicamente en el NOA y en Cuyo, las tasas se mantuvieron en valores similares a los de hace una década.

El análisis de las vías de transmisión se ve afectado por la falta de datos, similar a lo que se describió en el análisis de la vía de transmisión, aunque en menor medida. De los casos reportados entre 2013 y 2022, solamente el 72% incluye esta información, mientras que en los diagnósticos con fechas entre 2021 y 2022, la cobertura del dato disminuye al 47%. Durante el período 2021-2022 se observa que el 98% de las mujeres cis y el 99% de los varones cis, de quienes se tiene información sobre la vía de transmisión, adquirieron el virus durante una relación sexual desprotegida. En el caso de los varones cis, el 66% lo contrajo durante una relación sexual con otro varón, el 32% con una mujer y aproximadamente el 1% con personas trans. Un pequeño porcentaje, el 0,6% de los casos, fue resultado de la

transmisión vertical (de la persona gestante al hijo/a) y el 0,4% se debió al uso compartido de material para el consumo de drogas inyectables.

Debido al actual proceso de notificación de las muertes al nivel central, la consistencia y el procesamiento de los datos, las tasas de mortalidad por sida que aquí se presentan tienen un retraso de dos años. Cabe aclarar que la tasa de defunción por sida incluye solo a aquellas personas que fallecieron por alguna complicación vinculada con la infección de VIH y no aquellas que fallecieron por otras causas. Por otro lado, como el sistema estadístico nacional no diferencia entre personas cis y trans, los indicadores de este artículo se expresarán con el sexo asignado al nacimiento.

Durante 2021 se produjeron 1.260 muertes por sida en el territorio nacional, 121 casos más que el año previo. Después de cinco años de caída constante, el aumento en los fallecimientos de 2021 influye en la tasa de mortalidad, que por ende también asciende. La tasa de mortalidad por sida en 2021 fue de 2,8 cada cien mil habitantes y, a pesar de la suba, la tendencia se mantiene estable. En el caso de los varones, llegó a 3,8 casos cada cien mil habitantes y, entre las mujeres, a 1,7. La mediana de edad del total de defunciones fue de 46 años, en el caso de las mujeres es igual y entre los varones asciende a 47 años. Si se observa la edad agrupada, encontramos que el 30,2% de las defunciones se concentra en el grupo de 45 y 54 años; esto representa un cambio respecto del año previo, cuando el grupo de 35 a 44 años era el que aglutinaba la mayor cantidad de muertes (27,3% de los casos).

Si analizamos las muertes por sida según región de residencia de las personas fallecidas, encontramos que el AMBA, con una tasa de 3,1 muertes cada cien mil habitantes, es la región que más casos tiene. Los 450 decesos registrados representan un 35,7% del total de muertes del país. Este comportamiento es similar al de la tasa de infección por VIH, que concentra en esta región la mayor cantidad de nuevos diagnósticos. Le siguen en cantidad de residentes fallecidos la región Centro, con el 27% de los casos y una tasa de 2,3 defunciones cada cien mil habitantes, y el NOA que, con el 14,8% de los casos, presenta la tasa más alta del país: 3,3 muertes cada cien mil habitantes. En cuarto lugar, el NEA reúne el 10,2% de las muertes, con una tasa de 3 cada cien mil habitantes. Finalmente, la Patagonia presenta una tasa de 2,5 cada cien mil habitantes y el 5,8% de los casos de país, y la región de Cuyo, el 5,2%, con una tasa de 2 muertes cada cien mil habitantes.

Sobre el resto de categorías no existe información disponible a nivel federal