



**CURSO ANUAL DE AUDITORIA MEDICA  
HOSPITAL ALEMAN**

**DR. ORLANDO AGUSTIN**

**AÑO 2015**

**PROGRAMA NACIONAL DE SALUD  
SEXUAL Y PROCREACION  
RESPONSABLE**



**INTERGRANTES:**

**SOSA ANDREA  
TAGLIAFERRI PABLO  
TUFARELLI BARBARA**

## **Introducción**

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se pone en marcha en marzo del 2003, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente. Este hecho marcó un hito relevante en nuestro país, ya que fue la primera vez que el Estado se involucró en este campo.

La OMS ha definido la salud reproductiva como la *condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos, y no solamente la ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso*<sup>1</sup>. Se refiere a salud sexual como al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual, supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación, el amor para poder disfrutar en forma placentera y sin riesgos para la salud.

En nuestro país, la edad de inicio de relaciones sexuales es en promedio de 15 años (DS 1,7) y la edad del primer embarazo de la población adolescente es, en promedio, de 16 años (DS 1,57)<sup>2</sup>. Entre 1991 y 2011 se ha observado un ascenso en la fecundidad adolescente, especialmente en los menores de 14 años<sup>3</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), uno de cada veinte jóvenes en la región tiene una infección de transmisión sexual (ITS).

Es por este motivo que es vital importancia la implementación de este programa, ya que permite que la población pueda tomar conciencia de la importancia de ser partícipe de su propia salud sexual y reproductiva. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente; toma como referencia la consejería en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país, que permiten informar y asesorar a la población para que pueda optar por el método anticonceptivo que crea que es más conveniente de acuerdo a sus convicciones. Esto permite que los pacientes puedan decidir cuántos hijos desean tener, cómo, cuándo, y con quién tenerlos.

*El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene como misión promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social; así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva.*<sup>4</sup>

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene como objetivo 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; disminuir la morbilidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

## **Salud integral:**

Comprende el bienestar físico, mental y social de los jóvenes simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad (OMS).

## **Historia**

La salud sexual y la salud reproductiva son cuestiones sociales de resonancia internacional. La OMS reconoce en 1978 en Alma Ata la importancia de la planificación Familiar y sus inclusiones en la Atención Primaria en la Salud, coordinada con la salud materno- infantil, lo que inicia la visión de la salud reproductiva desde un enfoque integral, aunque el termino salud reproductiva comenzó a utilizarse más tarde. De todos los acuerdos y foros internacionales que han ido consagrando los derechos sexuales y reproductivos, y las obligaciones de los estados en materia de derechos, uno de los más importantes ha sido la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), en 1979. Establecen en su artículo 12 que los estados adoptarán las medidas conducentes a eliminar la discriminación en el “acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar”.

A partir de las conferencias de población organizadas por la ONU, el nuevo paradigma se centra en reconocer los derechos humanos, en especial los sexuales y reproductivos con particular énfasis en los derechos de las mujeres y la equidad de género, como eje central de toda política en el área de la población. En 1988 se había publicado la primera definición del concepto de salud reproductiva, cuyo autor es el médico y funcionario de la OMS Mahmoud Fathalla, y en 1994 la OMS adopta una definición oficial, ambas tendientes a enmarcarla en la salud como estado completo de bienestar físico, mental y social, y que abarca la sexualidad, la reproducción, los derechos y el acceso a los servicios y a la información<sup>5</sup>.

Otro hito importante es la Plataforma para la acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Tanto en ella como en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994), se establecen los lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incluidos lo de adolescentes y jóvenes, y los reconoce como derechos humanos y como parte inalienable integral e indivisible de los derechos humanos universales. La salud sexual y reproductiva es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos.

La reforma de la Constitución Nacional de 1994 incorporo a nuestro derecho, con jerarquía constitucional, diversos tratados internacionales de derechos humanos que reconocen preceptos directamente vinculados con los derechos sexuales y reproductivos (art 75, inc. 22. Entre los más relevantes se encuentran la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

El 30 de Octubre del año 2002 se sanciona la ley 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y se pone en marcha en marzo del 2003, acompañando en conjunto La ley Nacional n° 26061 de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes del año 2005, garantizando los derechos de niños, niñas y adolescentes respetando su condición de sujeto

de derecho, y establece que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la atención médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”.

Esto estaría indicando que estos pacientes tienen el derecho a concurrir a un médico con la compañía de un adulto responsable; podrían acceder a la atención de su salud sexual y reproductiva, acceso a información y a entrega de métodos anticonceptivos.

En octubre del año 2006 se sanciona la Ley Nacional 26150 de Educación Sexual Integrada (ESI), que establece que todos los educandos desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria tienen el derecho a recibir educación sexual integral. En el año 2006 se promulga la Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica 26130, que establece que toda persona mayor de 18 años de edad tiene el derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía.

En el año 2007, por Resolución Ministerial 232/07, se incorporó la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), conocida como la “pastilla del día después”. Es el único método anticonceptivo que se indica luego de haber mantenido relaciones sexuales sin protección, ya sea por mala toma de la pastilla anticonceptiva, por rotura del preservativo, desplazamiento del DIU o luego de situaciones de violencia sexual.

A partir del año 2010, el PNSSyPR incorporó en el reparto gratuito de insumos el test rápido de embarazo. Esto se basó en los compromisos asumidos por la Argentina en relación al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas para 2015, sobre todo en relación a la salud materna, que tiene como metas la reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva.

## **Marco legal**

En cuanto a los derechos de niños, niñas y adolescentes se establecen varios marcos legales

La Convención de derechos de los niños en su Artículo 1 define a niño como “todo ser humano menor de 18 años de edad”. Se les debe garantizar el **disfrute del más alto nivel posible de salud**, otorgando una preparación adecuada para afrontar su vida adulta. Siempre debe primar el **interés superior del niño**. (Art. 3).

La Ley Nacional 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. En el artículo 1 se establece que esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida privada e intimidad de y en la vida familiar. Estos derechos no pueden ser objeto de **injerencias arbitrarias o ilegales**. (Art.

10) Rige en todo el país e impone la obligación de respetar su condición de sujeto de derecho, tener en cuenta su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento.

En su Art. 14 garantiza el derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Se indica en el decreto reglamentario que “El derecho al atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En cuanto al concepto del derecho civil, el mismo es aplicable a la realización de determinados actos jurídicos como casarse, testar, contratar, etc. Se adquiere a una edad determinada. Los jóvenes adquieren capacidad para realizar los actos jurídicos que la ley establece a los 14 años (Arts. 54, 55 y 127 del C. Civil). No es aplicable al ejercicio de los DDHH. El Código Civil es un ordenamiento de menor jerarquía que la CN y los tratados de DDHH

Los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años son titulares de todos los derechos consagrados, con particular énfasis los **personalísimos** que deben ser ejercidos sin **discriminación** en forma **progresiva** y en consonancia con su **competencia**. (Art. 2)

La ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (con modificaciones por Ley 439) establece en su artículo 1 que la Ciudad de Buenos Aires garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable.

En su artículo 5 establece que son destinatarias/os de esta ley a población en general, especialmente las personas en edad fértil.

### **Ley 26130:**

Establece que toda persona que cumpla con los requisitos enunciados a continuación, tendrá derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud.

Los requisitos para poder acceder a esta práctica son: mayoría de edad, capacidad jurídica o en su defecto autorización judicial solicitada por su representante legal, solicitud formal, consentimiento informado conformado en la historia clínica, habiendo recibido del equipo de salud información sobre el procedimiento, naturaleza, implicancias, alternativas, riesgos y consecuencias.

### **Cobertura:**

Sin cargos para el requirente, a cargo de los agentes de salud incluidos en la ley 23.660, organizaciones de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga.

### **Objeción de conciencia:**

Toda persona del equipo de salud puede negarse a intervenir en el procedimiento sin consecuencia laboral, siendo responsabilidad del establecimiento asistencial disponer inmediatamente de su reemplazo.

### **Alcance del programa de salud sexual y procreación responsable:**

A fines del año 2006 los centros de salud y hospitales con prestaciones del Programa superan los 6100 en todo el país, siendo 1.900.000 las usuarias y usuarios del mismo.

La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca:

- Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada.

Los insumos de salud sexual y reproductiva que distribuye el Programa actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia; dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.

- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Capacitación a los equipos de salud mediante la articulación con el Programa de Médicos Comunitarios.
- Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- Actividades de comunicación social y campañas.
- Articulación de actividades con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios: Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, Plan Nacer, la Dirección de Maternidad e Infancia, Programa de Médicos Comunitarios, la Dirección de Programas Sanitarios la Dirección Nacional de la Juventud y el Programa Familias del Ministerio de Desarrollo Social y Organizaciones no gubernamentales: científicas, de desarrollo comunitario, académicas.

## **Instituciones públicas**

En los hospitales públicos y centros asistenciales de nuestro país, la entrega de métodos anticonceptivos se realiza de forma rutinaria. Cuando una paciente se presenta solicitando métodos anticonceptivos, se elabora en primera instancia una historia clínica. Luego se le explica a la paciente cuáles son los métodos anticonceptivos recomendados según sus antecedentes personales y familiares basándose en los criterios de elegibilidad de la OMS. A este procedimiento se lo denomina consejería. La Consejería Integral en Salud Sexual y reproductiva, es un espacio en el que las y los adolescentes pueden trabajar dudas y preocupaciones, recibir información, elegir y tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. No se requiere autorización de los padres para acceder a la Consejería Integral de Salud Sexual. Luego de esto, se vuelcan los datos de la paciente en una ficha personal elaborada específicamente por el programa de salud sexual y procreación responsable que permite el seguimiento de la paciente así como también permite elaborar las estadísticas. En esta ficha se detallan los datos personales de la paciente, el profesional que la atiende, la prestación que se le realice (si es consulta de admisión, seguimiento u orientación), la dación que se le realice (anticonceptivo oral, inyectable, anticonceptivo de emergencia, DIU, preservativo, espermicida, óvulos de tratamiento, test de embarazo o implante) y las prácticas solicitadas (Pap y colposcopia, detección de ETS). Luego de la entrega del método elegido, la paciente tendrá un seguimiento por parte de los profesionales de la institución a la cual concurre. En el caso de que la paciente concorra a la guardia buscando la anticoncepción hormonal de emergencia, los hospitales públicos o centros de salud deberán proveérsela sin realizar examen físico ni estudios de laboratorio. La recomendación del PNSSyPR es que la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) se encuentre a disposición para la demanda espontánea por parte de mujeres en edad fértil y varones durante las 24 horas del día en todos los establecimientos sanitarios del país, particularmente en las guardias hospitalarias. Igualmente continúan existiendo trabas para la entrega de este método. También se entregan test rápidos de embarazo, lo que permite un diagnóstico de embarazo a una edad gestacional temprana, contribuye a que las mujeres accedan a una atención adecuada desde el inicio de la gestación, logrando así un embarazo mejor controlado. A su vez, en el caso de que este embarazo se presente en las circunstancias contempladas dentro de la normativa de aborto no punible, permite realizar un aborto legal a una edad gestacional acorde, generando así un menor riesgo para la mujer. En el caso que el resultado del test de embarazo fuera negativo, permite asesorar a la paciente para que comience a utilizar un método anticonceptivo.

## **Cobertura de Obras Sociales y Prepagas**

La cobertura en métodos anticonceptivos que tanto las obras sociales nacionales comprendidas en las leyes N° 23.660 y 23.661 como las empresas de medicina prepaga están obligadas a brindar, es la contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) – Resolución del M. Salud N° 1991/2005, y en las leyes nacionales específicas-. Otra resolución este Ministerio, la N° 310/2004 (también dentro del PMO) en su punto 7.3 indica que:

"Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV y que se

encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable."

Los medicamentos al 100 % incluido en este grupo (en los Anexos III y IV) son los siguientes:

#### ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE USO SISTEMICO

- ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. Combinado con LEVONORGESTREL entre 0,10 y 0,30 mgr.
- GESTODENO 0,06/0,75 mgr.
- DESORGESTREL 0,15 mgr.
- NORGESTIMATO 0,250 mgr.
- ACETATO DE CIPROTERONA 2 mgr.
- ENANTATO DE NORETISTERONA 50 mgr. / VALERATO DE ESTRADIOL 0,5 mgr.
- ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 25 mgr. /CIPIONATO DE ESTRADIOL 5 mgr.
- DIHIDROXIPROGESTERONA ACETOFENIDO 150 mgr. /ESTRADIOL ENANTATO 10 mgr.
- ETINILESTRADIOL entre 0,03 y 0,04 mgr. Combinado con LEVONORGESTREL entre 0,05 y 0,125 mgr.
- GESTODENO 0,05-0,1 mgr.
- NORGESTINATO 0,180-0,250
- LEVONORGESTREL 0,030 mgr.
- LINSTRENOL 0, 5 mgr.
- NORGESTREL 0,075 mgr.
- ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 mgr."

De este modo los beneficiarios de estos sistemas de cobertura no deben abonar nada siempre y cuando la prescripción médica del anticonceptivo sea sobre los genéricos descriptos, y en sus correspondientes formas farmacéuticas (comprimidos o inyectables). También está incluida la cobertura de los dispositivos intrauterinos o DIU (Resolución 310/04): "Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre. La cobertura estará a cargo de los Agentes del Seguro al 100%."Esto incluye tanto el costo del DIU como su colocación no estando previsto en la normativa el cobro de Coseguros o copago alguno. Además, el sistema de cobertura debe ofrecer una red de prestadores registrados que ofrezcan este servicio. Por otro lado, también están incluidos en dichas normativas los condones, diafragmas y espermicidas al 100 %. Por último, cabe aclarar que el médico está



obligado a hacer siempre las prescripciones sobre los genéricos y no sobre las marcas. A partir de diciembre 2006 se incluye la cobertura gratuita de Anticoncepción Quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía), y en marzo 2007 se incluyó en el PMO la Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

### **Implante Subdérmico**

El día 14 de Julio de 2014 se incorporó al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable el implante subdérmico, con el objetivo de prevenir el segundo embarazo en adolescentes y promover el cuidado y la planificación familiar.

El objetivo de incluir este método anticonceptivo fue implementar una política más focalizada para mejorar la adherencia de las adolescentes a un método.

La coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Adriana Álvarez, recalcó que "la Argentina cuenta con una canasta de más de seis anticonceptivos que es la más amplia de América Latina. Hoy el Estado se hace cargo de la compra de este insumo y de medir su impacto. Nos propusimos a pensar una estrategia sanitaria para incidir en un indicador que es la repitencia del embarazo en la mujer adolescente y el embarazo no planificado. El objetivo de esta propuesta es trabajar este implante como anticonceptivo hormonal de larga duración".

El implante es un método anticonceptivo hormonal de nueva generación que se coloca en el brazo y cuenta con un 99 por ciento de efectividad durante 3 años. Es un método de fácil colocación, reversible, indoloro, poco invasivo. Consiste en una varilla de pequeño tamaño que se coloca en el brazo de la mujer. Este método puede ser utilizado durante la lactancia y requiere un mínimo seguimiento. Al igual que otros métodos anticonceptivos tales como las pastillas anticonceptivas, anillo vaginal, DIU y la pastilla de emergencia, el implante no previene enfermedades de transmisión sexual, motivo por el cual se aconseja la utilización de preservativos de forma conjunta. Este método anticonceptivo no tiene contraindicaciones; para poder ser colocado previamente la paciente debe realizar una consulta con profesionales de la salud e hospitales o centros de salud a través de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. En la primera etapa de implementación, este método se indicó especialmente para adolescentes de entre 15 años y 19 años que hayan tenido al menos un evento obstétrico en los últimos 12 meses, es decir, que hayan cursado un parto, aborto o cesárea y que no tengan obra social o prepaga.

En la primer etapa de implementación, el PNSSyPR adquirió un total de 10 mil unidades, 8 mil de las cuales se entregaron en 10 jurisdicciones del país. Las provincias que primero pusieron en marcha la colocación de este implante como método anticonceptivo fueron Misiones, Formosa, Santiago del Estero, y en la provincia de Buenos Aires, en las siguientes regiones: Región Sanitaria VII (Haedo, Morón, entre otras), Región XII (La Matanza). Ahora estará disponible en la Región VI (Avellaneda, Quilmes, Lomas de Zamora, etc.) y próximamente en la Región Sanitaria XI, y Región V de la provincia de Buenos Aires, así como también en Tucumán y Jujuy.

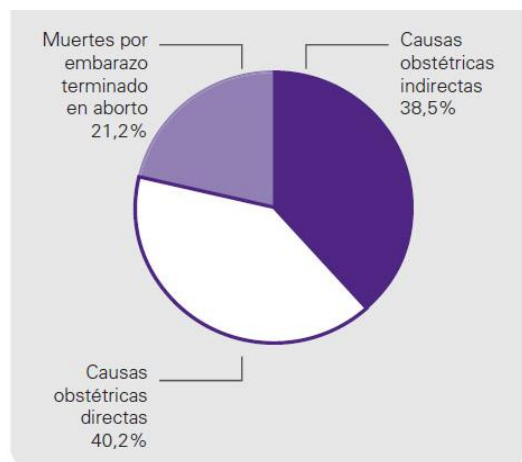
Estas jurisdicciones presentan las mayores tasas de fecundidad adolescente. Este indicador muestra la probabilidad de embarazo en esta población, el número de hijos/as de madres adolescentes y la tasa de egresos hospitalarios por aborto de las mujeres adolescentes (de entre 15 y 19 años). Para una segunda etapa, está previsto promover el uso del implante en mujeres en edad fértil, como otro método más de contracepción.

### **Estadística:**

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores más sensibles para medir el estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La salud materna es considerada un elemento clave de desarrollo humano y fue incorporada como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que Naciones Unidas considera que globalmente los estados deben mejorar para el año 2015. La tasa de mortalidad materna (TMM), refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. En la Argentina, se mantuvo relativamente estable por casi dos décadas, con una tendencia levemente descendente y ciertas fluctuaciones, con un valor de 4,3 por diez mil nacidos vivos en 2003, y 3,3 por diez mil nacidos vivos para el 2013", siendo el nivel más alto en 2009 de 5,5 y el más bajo en el año 2000 que fue de 3,5. Atribuyendo también las causas al brote de Gripe A H1N1 en 2009.

Las causas de muerte materna se dividen en obstétricas directas: complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias antes mencionadas. Y las causas obstétricas indirectas, que resultan de una enfermedad existente previa al embarazo o que evoluciona durante el mismo, que pueden estar agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, Ej.: HIV, Gripe u otras enfermedades respiratorias. En la Argentina, desde 1998, las causas directas representan un 60% de las muertes maternas, el embarazo terminado en aborto, incluido dentro de las mismas, constituye la principal causa individual de mortalidad, 21,2% en 2009. En la última década, las causas obstétricas directas y las consecuencias de los abortos registraron una leve disminución, mientras que las indirectas mantienen una tendencia creciente.

Mortalidad Materna – Año 2009. Fuente DEIS – Ministerio de Salud de la Nación 2010.

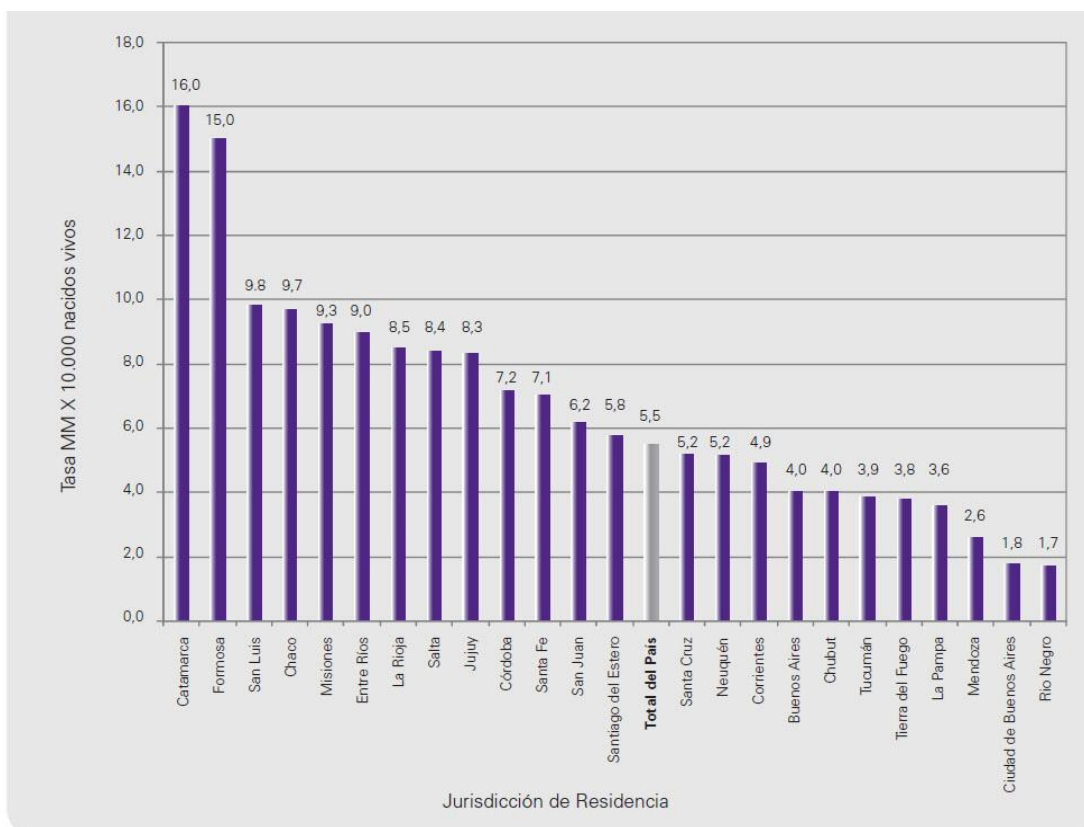


La mortalidad materna ligada con el aborto ha variado de año en año pero **“la tendencia es que permanece constante”**. Existen algunas dudas sobre las estadísticas, especialmente en ciertas provincias en las que varían abruptamente los datos de las diferentes causas de mortalidad materna de año a año.

“Una mujer que muere por un aborto lo hace por una infección o una hemorragia, y es posible que en distintos momentos se clasifique con distintas causas”. Edgardo Ávalos, médico obstetra del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva de Argentina.

En la Argentina, la práctica del aborto se encuentra legalmente restringida. Por eso, la magnitud de las interrupciones inducidas de embarazos sólo puede calcularse a través de métodos indirectos. En 2009, las provincias del Noroeste y Noreste tuvieron tasas que superaron en más de dos veces las del total país. En el extremo opuesto se encuentran las provincias del Centro y la Patagonia con valores cuatro veces más bajos que el total país.

Tasa de mortalidad materna según provincia de residencia – Total País – Año 2009. Fuente DEIS – Ministerio de Salud de la Nación 2010.



Las diferencias regionales son tan profundas que desmarcan el promedio para construir un mapa de varios países en un solo país.

La mortalidad materna refleja el grado de desigualdad de las posibilidades de las mujeres de vivir o morir según las condiciones económicas y regiones del país.

Si bien la Argentina registra una disminución de las desigualdades en cuanto a la distribución de la riqueza, las muertes maternas continúan concentrándose, mayoritariamente, en las provincias con menores ingresos.

En términos de su distribución territorial, las diferencias en las distintas provincias dan cuenta de las desigualdades en salud asociadas a determinantes sociales que afectan de manera dramática a las mujeres más jóvenes y más pobres.

Así, el promedio nacional encubre una situación de desigualdad en los niveles de acceso a la salud Sexual y reproductiva que afecta a las mujeres habitantes de las zonas más pobres del país.

La Argentina tiene una tasa de mortalidad materna alta en relación a otros países de la región, como Chile y Uruguay. Mientras que en el país es de 69 muertes cada 100 mil nacidos vivos, en Chile se ubica en 22 y en Uruguay en 14, de acuerdo a los datos publicados por el Banco Mundial.

En cuanto al cumplimiento de los Objetivos del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el país aún está lejos. Para lograrlo, en 2015 tendría que reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna en relación al nivel que tenía en 1990, esto quiere decir que la mortalidad materna tendría que llegar a 1,3 nacidos vivos cada 10 mil nacidos vivos. La de 2013, último dato disponible, fue de 3,2.

“La mortalidad materna es un indicador que mide, entre otras cosas, la accesibilidad del sistema sanitario de un país y su calidad, la mayoría de las muertes maternas suceden en países en desarrollo. Sin embargo, eso no significa que sólo las mujeres de los países en desarrollo tengan complicaciones médicas durante o después del embarazo. Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que en los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado”.  
Zulma Ortiz, experta en Salud de UNICEF.

Respecto de la Mortalidad Infantil, la tasa de mortalidad infantil de 2003, **Inicio de PNSSyPR, era de 16,5 por mil nacidos vivos, y en 2013 se redujo a 10,8 por mil nacidos vivos, también gracias al Calendario Nacional de Vacunación, que incluye 19 vacunas.**

Como dato positivo, en un estudio denominado "Estado Mundial de las Madres 2015", Argentina ocupa el puesto 36 entre 179 países en el índice anual como mejor país para ser madre, tres lugares por debajo de Estados Unidos, que ocupa el puesto 33, mientras que Chile se ubicó en el número 48, México en el 53, Uruguay en el 56, Brasil en el 77, Bolivia en el 88 y Paraguay en el 110.

### **Adolescencias y salud sexual y reproductiva:**

Los adolescentes constituyen un grupo específico dentro de la población objetivo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), que tiene entre sus finalidades garantizar el acceso y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y que en la ley 25.673 establece específicamente la atención de las y los adolescentes.

Entre las problemáticas centrales, en la actualidad, se encuentra el embarazo precoz. Si bien la tasa de fecundidad adolescente nacional está por debajo de la media de América Latina y el Caribe, el porcentaje de madres menores de 20 años se incrementó, aunque levemente, en la última década.

Al igual que con la mortalidad materna, existe una gran variación entre las provincias de acuerdo a diversos factores culturales y económicos. Mientras que en la Ciudad de Buenos Aires el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años representan el 7,1% del Total, en la provincia de Chaco asciende a 24,4%. Otro rasgo de las desigualdades regionales, económicas y sociales que sobresalen en el país y que se expresan, particularmente, en el cuerpo de las mujeres.

En 2012, de los 738 mil nacimientos que hubo en el país, 114 mil fueron de madres menores de 20 años.

El 13,1 por ciento de las adolescentes de entre 15 a 18 años tiene al menos un hijo, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. Además, en 2011, el 18 por ciento de los egresos hospitalarios por aborto fue de mujeres menores de 20 años".

La jurisdicciones de Misiones, Formosa, Santiago del Estero, Buenos Aires, (Región Sanitaria VII (Haedo, Morón, entre otras), Región XII (La Matanza). Región VI (Avellaneda, Quilmes, Lomas de Zamora, etc.), Región Sanitaria XI, y Región V, así como también Tucumán y Jujuy) son las que presentan las mayores tasas de fecundidad adolescente. Este indicador muestra la probabilidad de embarazo en esta población, el número de hijos/as de madres adolescentes y la tasa de egresos hospitalarios por aborto de las mujeres adolescentes (de entre 15 y 19 años).

### **Muertes maternas en adolescentes:**

Preocupante por su dimensión es el incremento de abortos inducidos entre las adolescentes. Mientras los egresos hospitalarios por embarazos terminados en aborto muestran una tendencia decreciente en el grupo total de mujeres, el porcentaje de menores de 20 años que egresan con este diagnóstico registró, en los últimos años, una tendencia ascendente.

En el año 2000, un 9% de las hospitalizaciones por complicaciones post aborto correspondieron a jóvenes de 15 a 19 años. Para el año 2007, esta cifra había ascendido al 15%. Al igual que los egresos hospitalarios por aborto, la mortalidad materna en el grupo de 15 a 19 años muestra un incremento en los últimos años. Mientras en el año 2000 alcanzaban el 11% del total, para el año 2008 representaron casi el 15%.

La mayor proporción de interrupciones del embarazo y el incremento de la tasa de mortalidad materna entre las mujeres jóvenes subraya la necesidad de acentuar la puesta en práctica de la Ley de Educación Sexual Integral, las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva, las políticas frente al abuso sexual y remover las barreras de acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes.

Una investigación realizada en 2005, con apoyo del ministerio de Salud de la nación, estimó que cada año se producen entre 372.000 y 522.000 abortos inducidos.

“Las muertes por aborto están siempre ligadas a los casos en los que se hace de manera insegura. Los abortos en hospitales, con todas las condiciones sanitarias correctas, tienen incluso menos mortalidad que un parto”, la situación es muy distinta entre la población con mayores ingresos, que puede acceder a servicios de mejor calidad, y la de menores recursos, que muchas veces termina haciéndolo de manera insegura”. Esta misma desigualdad se observa entre las diferentes provincias. “La razón de mortalidad materna postaborto presenta grandes variaciones interprovinciales”, lo cual probablemente se asocie al acceso y a la calidad de la atención”, señala un informe del Ministerio de Salud de la Nación sobre la mortalidad materna.

De hecho, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires hubo una muerte en 2013 ligada a abortos, en el Conurbano bonaerense hubo 10 (aún si se considera la diferencia en población, de 9,9 millones en el Conurbano frente a los 2,9 millones de la Ciudad, la proporción es mayor).

### **Embarazos no planificados:**

La mayoría de las muertes por aborto son consecuencia de la interrupción inducida de embarazos no deseados. En la Argentina, seis de cada diez embarazos no son buscados. Esta información se desprende de datos correspondientes al año 2008, relevados en 21 jurisdicciones por el Sistema Informático Perinatal.

En 2008, de 98.519 embarazos registrados en los cuales se completó la información correspondiente, es decir, podría existir cierto nivel de sub registro estadístico, 62.051 (aproximadamente un 62%) fueron no planificados. Se estima que, a nivel mundial, dos de cada tres embarazos no planificados son producto de la falta de acceso a información, a uso de métodos anticonceptivos, y 1 en cada 7 del fracaso de métodos tradicionales. Se calcula también que, a nivel global, el 20% de los embarazos no planificados termina en un aborto inducido.

### **Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva:**

Entre los logros se encuentra el incremento de los establecimientos sanitarios del sector público que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva. En el año 2006, el 78% de los establecimientos ofrecía servicios de SSyR y en el año 2009 lo hacían el 93,0%. En el año 2011 según datos suministrados por 23 jurisdicciones, el 95% de los efectores públicos de salud (CAPs + Hospitales) entregaron métodos anticonceptivos. En 15 provincias el 100% de los efectores entregaron métodos anticonceptivos.

Entre los elementos facilitadores debemos mencionar: las compras realizadas por el PNSSyPR que le permitieron a las provincias disponer de métodos en forma constante; y la estrategia de distribución de REMEDIAR + Redes que garantiza la entrega bimensual de métodos .Otro de los logros fue la aprobación, en junio del año 2010, del Plan Operativo

para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y la Adolescente de la Subsecretaria de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

### **Evaluación del programa:**

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreacion Responsable evaluó su política a través del cumplimiento de diez metas fijadas con anterioridad a su implementación en el período 2002-2005.

En la fecha actual se contaban con datos fidedignos al año 2011.

Este Programa marca una ruptura con la política sanitaria sexual a nivel nacional respecto a los fracasos de los años anteriores.

Dentro del mismo programa (evaluación interna) se establecieron diez metas a ser cumplidas Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FUENTE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Meta 1: Implementar Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable en todas las Jurisdicciones Provinciales del país para el 2005.	Jurisdicciones Provinciales con Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable ----- x 100 Total de Jurisdicciones Provinciales	Programas Provinciales	Meta cumplida en un 100%.
Meta 2: Lograr que todas las Jurisdicciones Provinciales implementen un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del P. de SS y PR.	Programas provinciales con sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación implementado ----- x 100 Total de Jurisdicciones Provinciales con Programa	Programas Provinciales	Meta cumplida en un 100%.
Meta 3: Lograr que a los tres años de implementado el Programa provincial haya incorporado al menos el 50% de efectores de la provincia.	Número de efectores al inicio del Programa (línea base 2003) ----- x 100 Total de efectores provinciales programados  Número de efectores a los tres años de implementado el	Programas Provinciales	Meta cumplida en un 63%.

	Programa -----x 100 Total de efectores provinciales programados		
Meta 4: Lograr que al menos el 80 % de los efectores de cada P. de SS. Y PR Provincial cuente con disponibilidad regular de insumos para el 2005.	Efectores con disponibilidad regular de insumos ----- x 100 Total de efectores por Programa Provincial	Programas Provinciales	Meta cumplida en un 100%.
Meta 5: Lograr que todas las jurisdicciones provinciales con Programa de SS y PR realicen actividades de información para el 2005.	Efectores del Programa Provincial con actividades de información -----x 100 Total de efectores Programa Provincial	Programas Provinciales	Meta cumplida en un 91,7%.
Meta 6: Asegurar que todos los Programas Provinciales incluyan Actividades de consejería para el año 2005.	Nº de Programas Provinciales con actividades de consejería -----x 100 Total de Programas Provinciales de SS y PR	Programas Provinciales	Meta cumplida en un 74,8%.
Meta 7: Reducir en al menos un 15 % para el 2005 la tasa de mortalidad materna en todas las jurisdicciones.	Tasa de mortalidad materna (corregida por subregistro)  Nº de defunciones por causa materna acaecida en la población femenina de cada jurisdicción provincial durante un año dado ----- x 10.000 Nº de nacidos vivos registrados en la jurisdicción provincial dado durante el mismo año	Estadísticas Vitales	Información aún no disponible.
Meta 8: Reducir en al menos un 20 % el número de hospitalizaciones por aborto a 5 años de iniciado el P. de SS y PR provincial con respecto a los valores del año 2000/01.	Nº de egresos por aborto en 2000/01 - Nº de egresos por aborto año correspondiente -----x 100 Nº de egresos por aborto en 2000 / 01	Registros Centros Asistenciales	Información aún no disponible.
Meta 9: Disminuir la Tasa de Fecundidad	Nº de nacimientos ocurridos en mujeres entre 10 y 19 años	Estadísticas Vitales	Información aún no disponible.



Adolescente en al menos el 10 % en 5 años de implementado el Programa Provincial de SS y PR	-----x 1000 Total de mujeres entre 10 y 19 años por jurisdicción provincial		
Meta 10: Asegurar que todas las mujeres bajo Programa Provincial realicen PAP en los últimos tres años.	Nº de mujeres que realizaron PAP en los últimos tres años. ----- x100 Total de mujeres bajo Programa Provincial	Registros de Centros Asistenciales / encuestas usuarias	Información aún no disponible.

### **Sistematización y balance**

A partir de 2010, como parte de las funciones que competen al Área de Monitoreo y Evaluación del PNSSyPR, se planificaron y elaboraron una serie de informes y documentos de trabajo con la finalidad de difundir los avances producidos así como poner en la agenda pública y de los actores sociales los derechos sexuales y reproductivos.

En este contexto, se elaboraron una serie de informes:

- Informe de Balance (2003-2011) de la implementación del **Programa Nacional desde su inicio** a 2011 inclusive, cuyo principal objetivo fué sistematizar el proceso de implementación del programa, los cambios organizacionales e institucionales que se fueron produciendo, sus logros y sus desafíos en el futuro inmediato. Cuadro anterior.
- Informe Anual de Gestión del año 2009. Sistematizó la información referida a efectores, prestaciones y distintos aspectos de la gestión tanto del Programa Nacional como de los Programas Provinciales. Este trabajo permitió una perspectiva integral de la política nacional de salud sexual y reproductiva y de los logros obtenidos en el último año.
- Informe Semestral de Gestión del año 2010. Compiló las acciones implementadas por el Programa Nacional en los primeros seis meses del año, señaló los resultados obtenidos y el cumplimiento de metas.
- Informe Anual de Gestión del año 2010. Reunió la información de las acciones realizadas por el Programa Nacional y los Programas Provinciales.
- Informe para la Cámara de Diputados. Se mostraron distintas acciones implementadas en el marco de la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.

- Informe para la Cámara de Senadores de la Nación. Se dio cuenta de los abortos hospitalizados registrados por las estadísticas de salud pública.
- Informe ante la CEDAW. Se elaboró con el Consejo Nacional de las Mujeres (CNM) el “Informe País” presentado en la 46° Sesión del Comité de Seguimiento de la Comisión por la Eliminación de la Discriminación hacia las mujeres (CEDAW por sus siglas en inglés).
- Informe ODM+10 años. Se elaboró desde el PNSSyPR en articulación con la Dirección de Economía de la Salud, y a partir de una iniciativa del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, quien tiene a su cargo el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) propuestos por Naciones Unidas para 2015, en Argentina.
- Decreto PEN N° 1172 de Acceso a la Información Pública. Se prepararon seis informes respecto de la ejecución del PNSSyPR en 2010 y trece en 2011 en cumplimiento con el decreto de acceso a la información pública.

Respecto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se ha incorporado esta metodología como línea de trabajo estratégica en el marco de la asistencia técnica del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, a fin de avanzar en la definición de metas e indicadores nacionales respecto de la meta de acceso universal a la salud reproductiva establecida en el año 2007 a nivel global por las Naciones Unidas.

Por último, y como parte del proceso de monitoreo y evaluación del mismo, se ha realizado una Encuesta a adolescentes de alrededor de 500 casos sobre uso de MAC, información que se encuentra en proceso de sistematización y análisis y que permitirá orientar y revisar las estrategias en cuanto a acceso y cobertura a las prestaciones de este grupo etario.

Asimismo, se ha iniciado el diseño de una Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que actualice y amplíe la información suministrada en su oportunidad por la ENNYS; para lo cual se ha conformado un equipo de trabajo conjunto con el CENEP.

### **Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013**

Esta encuesta presentada el 30 de mayo de 2014 se realizó en el marco de un convenio suscripto entre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, y las Direcciones Provinciales de Estadística. El objetivo general de esta encuesta consistió en 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.

El relevamiento de los datos fué llevado a cabo entre mayo y junio de 2013 en conjunto con

las Direcciones Provinciales de Estadística. A continuación se destacan los más importantes.

Los y las jóvenes debutarían antes que sus mayores, pero también con más cuidados. Así las chicas de entre 14 y 19 años tuvieron su primera relación sexual sobre los 15 años, frente a los casi 18 años con los que debutaron de media las mujeres entre 40 y 49. **9 de cada 10 de estas jóvenes usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual**, en el grupo entre los 40 y 49, solo la mitad se cuidó en su debut. Los jóvenes varones también debutaron antes, mostrando una media de 14'9 frente a los 16'5 de los hombres entre 50 y 59 años. De nuevo, mientras que menos de 4 de cada 10 hombres del grupo mayor usaron algún anticonceptivo en su primera relación, **los más jóvenes se cuidaron en un 87%**. En términos generales **8 de cada 10 argentinas y argentinos en edad reproductiva, estaría usando métodos anticonceptivos en la actualidad**.

Pese a la distribución gratuita de anticonceptivos a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), las y los jóvenes no acceden mayoritariamente a estos insumos, por lo que quedaría pendiente un esfuerzo mayor en ampliar el acceso a los anticonceptivos gratuitos.

Se observa **alta prevalencia de la lactancia materna, con un 94% de las mujeres que amamantaron a su último hijo nacido**.

Tanto el amplio uso de anticonceptivos como la generalización de la lactancia materna fueron saludados como resultados de los esfuerzos públicos concretados en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). La **voluntad de “escuchar también a los varones”**, ante la tendencia de centrarse sólo en las mujeres cuando se trata de salud sexual y reproductiva.

A pesar de la amplia difusión de métodos anticonceptivos como el preservativo y la píldora, destaca la necesidad de impulsar el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia, mencionado solo por un 10% de las personas preguntadas, aún cuando este método está disponible desde 2007 y podría tener un rol importante en frenar el embarazo adolescente. Además de la importancia de potenciar el uso de anticonceptivos más duraderos como el DIU.

Persistirían **diferencias regionales**, registrándose por ejemplo que en el NOA 5 de cada 10 mujeres usan métodos anticonceptivos y en Cuyo son 5 de cada 10 hombres. La encuesta también da testimonio de las **diferencias entre niveles socioeconómicos e instructivos señalando que a más educación más anticoncepción**.

En cuanto al acceso a **anticoncepción gratuita, 3 de cada 10 mujeres obtendrían gratuitamente el anticonceptivo que utilizan, principalmente las adolescentes entre 14 y 19 años con un 43% de acceso**. Así mismo solo dos de cada 10 varones acceden gratuitamente a los preservativos. **El desafío, sería ampliar la llegada a los métodos anticonceptivos asegurados por el PNSSyPR**. Asimismo que la recopilación de datos sobre el uso de métodos permite registrar la existencia de **personas que no se cuidan en las relaciones porque persiguen un embarazo**. Entre éstas personas, un sector

correspondería a mujeres y hombres con problemas de fecundidad, principalmente entre los mayores de 35. Para garantizar los derechos reproductivos de este grupo también se estaría trabajando con iniciativas como la *Ley de Reproducción Médicamente Asistida*, quiso remarcar la coordinadora del PNSSyPR.

La encuesta también revela **resultados positivos sobre la salud sexual de las mujeres**, así **9 de cada 10 madres recientes tuvieron al menos 5 controles durante el embarazo**, y **7 de cada 10 mujeres dijeron haberse realizado un Papanicolau – prueba para la prevención del cáncer de cuello de útero- en el año anterior a la encuesta**. Dato que reflejaría el impacto de las políticas públicas, sobre todo en zonas históricamente más desfavorecidas como el NOA.

**Luego se continuara con la tarea de acompañamiento de los referentes provinciales para la sistematización de la información de cada jurisdicción y se comenzará a preparar los insumos para la elaboración del Informe Anual de Gestión correspondiente, así como también se ha planificado la realización de un Encuentro nacional de Salud Sexual, Género y Derechos Humanos en conjunto con la cancillería y otros organismos del Estado Nacional.**

El programa revela que el acceso a la anticoncepción gratuita es 3 de cada 10 mujeres principalmente las adolescentes entre 14 y 19 años con un 43% de acceso. Así mismo solo dos de cada 10 varones acceden gratuitamente a los preservativos. El desafío, sería ampliar la llegada a los métodos **anticonceptivos asegurados por el PNSSyPR**, Asimismo la recopilación de datos sobre el uso de métodos permite registrar la existencia de **personas que no se cuidan en las relaciones porque persiguen un embarazo**. Entre éstas personas, un sector correspondería a mujeres y hombres con problemas de fecundidad, principalmente entre los mayores de 35. Para garantizar los derechos reproductivos de este grupo también se trabajo en las iniciativas como la *Ley de Reproducción Médicamente Asistida*. El programa también nos muestra los resultados positivos sobre la salud sexual de las mujeres, **así 9 de cada 10 madres recientes tuvieron al menos 5 controles durante el embarazo**, y **7 de cada 10 mujeres dijeron haberse realizado un Papanicolau – prueba para la prevención del cáncer de cuello de útero- en el año anterior a la encuesta**. Dato que reflejaría el impacto de las políticas públicas, sobre todo en zonas históricamente más desfavorecidas como el NOA.

Los temas de mayor relevancia vinculados con la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos considerados prioritarios para los próximos cinco o diez años y su seguimiento después de 2014 son: el acceso universal a los métodos anticonceptivos; la morbilidad materna por aborto; acceso a la salud sexual y reproductiva en grupos específicos (usuarios con capacidades diferentes, población LGBT, adolescentes); embarazos no deseados y necesidades de planificación familiar insatisfecha.

## **Conclusión:**

Habiendo analizado todas las evidencias existentes que permiten evaluar el PNSSYPR, creemos que se trata de un Programa Nacional sólido, con múltiples etapas de monitoreo y evaluación, que crece en la universalización del acceso a las prácticas como a los métodos anticonceptivos, con comprobada eficacia en el abordaje y cumplimiento de los objetivos propuestos y con una visión a largo plazo. Que si bien todavía existen puntos débiles, éstos están identificados y la política se re-direcciona entorno a estos. Como aspecto negativo, no se cuenta con estudios de impacto, es decir, cuál sería la situación si el Programa no se hubiera implementado.

## **RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN**

### **Referente Provincial**

Lic. Marisa Matía

### **Equipo de trabajo:**

Lic. Andrea Pineda

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires. Región Sanitaria I**

Lic. Alicia de Dios

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria II**

Dra. Silvia Goldman

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria III**

Dra. Mercedes Luna

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria IV**

Lic. Ebe Verde

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria V**

Lic. Estela Sánchez

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria VI**

Dr. Adrián González

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria VII**

Dra. Carla Laila Verón

### **Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria VIII**

**Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria IX**  
Teléfono: (02281) 423410 / 8019 int. 36

**Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria X**  
Lic. Graciela Castro

**Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria XI**  
Dra. Liliana Romero

**Referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable por la Provincia de Buenos Aires Región Sanitaria XII**  
Dr. Jorge Costa

## **Fuentes consultadas:**

[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/documento\\_programa.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/documento_programa.pdf)

<http://www.comunicarigualdad.com.ar/salud-sexual-y-reproductiva-buenos-resultados-de-la-primera-encuesta-nacional/>

Políticas de salud sexual y salud reproductiva.  
Avances y desafíos.

Informe de Balance 2003-2011 es una publicación producida por el equipo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadoresbasicos.html>

Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014  
Informe de país República Argentina

**SECCIÓN 6. DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA.  
SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD<sup>1</sup>**

<http://chequeado.com/ultimas-noticias/gollan-el-aborto-es-una-causa-de-muerte-materna/>

[http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com\\_content&id=2113:se-presento-una-nueva-tecnologia-en-materia-anticonceptiva-para-adolescentes-#sthash.qaUjQYDU.dpuf](http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&id=2113:se-presento-una-nueva-tecnologia-en-materia-anticonceptiva-para-adolescentes-#sthash.qaUjQYDU.dpuf)

## **Bibliografía**

---

<sup>1</sup> Rosso, GZ. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en la República Argentina. Anticoncepción del Siglo XXI. AMADA. Ed. Ascune 2005

<sup>2</sup> Borsergent, S. Anticoncepción en la Adolescencia. Ginecología Infanto Juvenil. Un abordaje interdisciplinario. Ediciones Journal, 2015

<sup>3</sup> Ley 26150, Programa Nacional de Educación Sexual Integrada. Argentina 2006.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>5</sup> Trumper, E; Perrota, G. Aspectos legales de la anticoncepción en esta etapa de la vida. Ginecología Infanto Juvenil. Un abordaje interdisciplinario. Ediciones Journal, 2015.