

Provisión de insumos y distribución de recursos desde el Programa Nacional de Salud Sexual (2011 al 2019)

Políticas públicas que inciden en la desigualdad



*Camila Lynn**

¿Cuáles son las estrategias de incidencia del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación en la promoción de una sociedad más igualitaria entre los años 2011 y 2019 en los gobiernos provinciales en Argentina?

El acceso a la salud sexual y al ejercicio de los derechos sexuales están profundamente afectados por diversas desigualdades, como las de género, nivel socioeconómico, educativo, geográfico y de edad (Irmeida, 2002). Estos aspectos son parte de un proceso de construcción sociocultural (Mora Salas, 2004), y no pueden atribuirse a un único factor determinante, sino que son fenómenos complejos que involucran varios tipos de desigualdades y factores intervinientes (Reygadas, 2004).

La mayoría de las políticas en salud sexual se centran en personas con capacidad de gestar, amparadas por el sistema público de salud, pero también favorecen a otras identidades corporales y a sus familias y comunidades. Estas políticas benefician no solo a quienes están bajo el sistema público de salud, sino también a aquellos con seguro médico privado, a través del Plan Médico Obligatorio (PMO), y a las directrices, recomendaciones técnicas y materiales de promoción de la salud elaborados por el Ministerio de Salud.

* Licenciada y Profesora en Cs de la Educación (UBA), Especialista Docente de Nivel Superior en Educación Sexual Integral (Instituto Superior del Profesorado J. V. González), Diplomada en salud, derechos sexuales y reproductivos (ISALUD) y en Desigualdades y Políticas Públicas Distributivas de FLACSO Argentina.

Este estudio se propone como punto central de análisis, desde una óptica de género y con un enfoque federal, la consideración de la transferencia de recursos y capacidades desde el gobierno nacional hacia los sistemas de salud provinciales y los prestadores de servicios de salud. Esta transferencia se concibe como una política de Estado destinada a incidir directamente en la salud sexual, con implicaciones cruciales en el acceso al empleo, la educación, el ocio, el disfrute y el pleno ejercicio de decisiones autónomas por parte de las personas con capacidad de gestación, así como de la comunidad en su conjunto.

Además, otro objetivo del estudio es examinar el impacto de las políticas públicas distributivas en el sistema de salud argentino, considerándolas como una inversión pública en salud (Alvarado, 2018), que busca reducir la desigualdad en el acceso y ejercicio de los derechos. Por consideraciones de equidad, se ha optado por priorizar el análisis de dos períodos de gestión consecutivos, con autoridades políticas de distintas fuerzas políticas: 2011 a 2015 y 2015 a 2019.

El Programa. Hacia una política pública de ampliación de derechos

En el año 2003, a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 25673, se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ya en el marco normativo se presentan sin ambigüedad sus objetivos, que delimitan el funcionamiento del Programa hasta la actualidad:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Entre sus primeras medidas, desde el 2003 comienza la distribución de insumos anticonceptivos desde nación a las diferentes provincias, inaugurando así una relación de transferencia de recursos que se sostendrá a lo largo de los años siguientes, adoptando distintas formas a medida que fueran surgiendo programas provinciales con finalidades afines y aumentara la demanda de respuesta estatal frente a estos temas de creciente peso en la sensibilidad ciudadana.

Para dar un marco temporal, recién en el año 2010 la operación logística de entrega de insumos se vio consolidada a partir de la articulación con el exitoso Programa REMEDIAR, también bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, que había logrado desde 2002 llegar de manera directa a los centros de salud de todo el país (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Esto representó un hito en cuanto al sostenimiento y el alcance de las políticas del PNSSyPR. La distribución en todo el territorio permitió desmercantilizar (Adelantado, 2000) el acceso a los insumos de salud sexual y democratizarlo. En términos económicos, al ser el Ministerio de Salud de la Nación quien realiza las licitaciones y compras conjuntas de un gran volumen de insumos destinados a todo el territorio nacional, el margen de negociación deriva en una reducción significativa de los costos.

Esta consolidación de la distribución y compra de insumos anticonceptivos no solamente tuvo impacto en las personas usuarias del subsistema público, dado que significó que los mismos sean incluidos en el Nomenclador del Plan Médico Obligatorio, haciendo por lo tanto extensiva la provisión gratuita a las personas usuarias del subsistema privado y de obras sociales.

El desafío de garantizar el acceso libre y ubicuo a los insumos fue visto desde entonces como un pilar fundamental a la hora de reconocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En esos primeros años del Programa, fue establecido que no habría derechos sexuales y reproductivos si una mujer o un varón no podía acceder a un método anticonceptivo o preservativo (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Sumado a esta política de distribución y provisión que buscaba reducir intermediarios y eliminar barreras, el puente directo entre la ciudadanía y el Estado nacional en estas temáticas se fortaleció con el lanzamiento, el 28 de mayo de 2011, de la línea 0800 de Salud Sexual,

una línea de atención telefónica nacional, gratuita y confidencial, con el objetivo de favorecer el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, difundir los derechos sexuales y reproductivos y brindar información y asesoramiento sobre temas de sexualidad a toda la población (Ministerio de Salud de la Nación, 2011: 89).

Se dio inicio así a una política innovadora a nivel nacional y regional en cuanto al diseño de dispositivos de acceso a la información sobre temas de salud sexual y reproductiva; y también al relevamiento de información y articulación y validación con los programas provinciales de salud sexual.

Un Estado presente que hace propio el desafío (2011-2015)

A casi 10 años de su creación, en el año 2012 el PNSSyPR avanza en el cumplimiento de la Ley N° 25673 del año 2002, que en su artículo 11, inciso b. indica el deber de suscribir convenios para el cumplimiento de los objetivos. En ese año se firman los convenios con la totalidad de las provincias, menos con la Ciu-

dad de Buenos Aires y allí se compromete la nación a enviar métodos y elementos anticonceptivos que integran la canasta de insumos del Programa, prestar asistencia técnica y capacitar a los equipos de salud provinciales para la observancia de la Ley N° 25673. Como contrapartida, las provincias se comprometen a colaborar en el monitoreo, suministrar información, recepcionar, custodiar y distribuir los métodos anticonceptivos y acompañar la capacitación a los equipos de salud que trabajan en los efectores de salud provinciales o municipales.

El marco normativo que crea el Programa y la concreción de estos convenios nos presentan una mirada y articulación entre los niveles estatales que podemos ubicar dentro de lo que Cohen y Peterson mencionan como pluralismo institucional (Cao y Vaca, 2017), donde las responsabilidades, en este caso el acceso a los insumos anticonceptivos de salud sexual, son compartidas por organizaciones o burocracias que pertenecen a niveles de gobierno distintos. Tanto la nación como las provincias articulan en tanto transferencias condicionadas con contraparte (Cetrangolo y Goldschmit, 2013) y colaboran de manera mancomunada aportando unos: recursos del tesoro, insumos, capacitaciones, asistencia técnica, y otros: la distribución y custodia del insumo, elaboración de datos, formaciones específicas a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el marco normativo nacional y convenios internacionales.

También en este año se consolida la estrategia iniciada en el año 2010 de distribución de insumos, donde el 98,1% de los insumos del Programa se envían directamente a los efectores sanitarios alcanzando a 5.125 establecimientos sanitarios con un total de 22.452.049 de insumos (PNSSyPR; 2013). Con estos números podemos estimar que se pretendía disminuir la desigualdad territorial (Cetrangolo y Goldschmit, 2013) ya que tanto en una zona urbana, como en una periurbana e incluso rural se accedía a la misma provisión de la canasta de métodos anticonceptivos pero adaptada a las necesidades locales y las demandas particulares. Citaremos a modo de ejemplo que, dada una zona en la cual el centro de salud se encontrara a varios kilómetros del domicilio de la consultante, se sugería la entrega de varias cajas en una misma visita o bien la colocación de algún método anticonceptivo de larga duración, buscando de esta manera garantizar la efectividad del método y que no fuese necesario que la usuaria visitara regularmente el centro de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2014: 282).

Pocos años después, en el 2014, se incorpora a la canasta de métodos anticonceptivos el implante subdérmico, y en una primera instancia se lo distribuye buscando cumplimentar el objetivo de disminuir el embarazo no planificado, prevenir la repitencia del embarazo en la mujer adolescente y el cumplimiento del periodo intergenésico (periodo entre embarazos recomendado). Se designó como población objetivo a las mujeres entre 15 y 19 años que hubieran tenido en el último año al menos un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto); de esta manera se intentaba propiciar que quienes quisieran pudieran continuar con sus estudios educativos, su desarrollo personal y laboral.

Durante ese año se adquirieron 43.500 unidades de implantes; las primeras 8.000 mujeres formaron parte del Protocolo Estudio de Seguimiento y Adherencia del Implante Subdérmico, que tenía como objetivo incidir en los indicadores de embarazo adolescente y reunir evidencia acerca de la eficiencia (eficacia y adherencia al método) que permitiera tener una prescripción segura para ese grupo etario.

En cuanto a la diversidad e identidad de género, un hito significativo ocurrió en el año 2013, apenas un año después de la promulgación de la Ley N° 26743 (2012) de identidad de género. Esta ley, en su artículo 11, establece que toda persona mayor de 18 años “tiene derecho al libre desarrollo personal y, para ello, al goce de su salud integral”. En este contexto, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), mientras aún no estaba reglamentado este artículo, incorporó entre sus políticas la capacitación de los consultores de la línea telefónica gratuita en temas relacionados con la diversidad sexual. Esta iniciativa tuvo como objetivo proporcionar respuestas específicas a las consultas de esta población, demostrando un compromiso con la actualización de temáticas y una respuesta directa a las necesidades de un grupo particular.

En mayo de 2015, se reglamentó el artículo 11 de la Ley N° 26743 mediante el decreto 903/2015, el cual facultó al Ministerio de Salud de la Nación para garantizar el cumplimiento de este artículo, especialmente al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), en lo referente a proporcionar una atención integral de salud a las poblaciones travesti-trans. Esta acción evidenció de manera clara el reconocimiento de las desigualdades estructurales y la falta de oportunidades en el acceso a la salud de las personas travesti-trans. No solo se trató de un gesto simbólico, sino que implicó un compromiso concreto y efectivo para promover el acceso a la salud de poblaciones que históricamente han sido excluidas de los derechos y relegadas a la pobreza o marginalidad. Es importante señalar que estas medidas también garantizaron oportunidades de acceso a poblaciones con una esperanza de vida promedio entre 35 y 40 años, donde entre el 70% y 80% no cuenta con seguro de salud privado y, en general, no accede a consultas de salud (Ministerio de Salud, 2020).

A partir de esto, podemos inferir que la inclusión de estas poblaciones en la agenda prioritaria del PNSSyPR no solo buscó establecer una política de reconocimiento, sino también de redistribución (Fraser, 2008), con el objetivo de asegurar un acceso efectivo y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para esta población.

Del mapa al territorio. La nación en las provincias (2015-2019)

En el año 2017, el PNSSyPR se suma en la creación e implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), que en su gestión administrativa dependió en esos 4 años del Ministerio de Desarrollo Social. Este plan tiene por finalidad la disminución del embarazo en esa franja etaria y está establecido en el marco de los objetivos de la Agenda de Desarrollo 2030 (Plan ENIA, 2019). También articula con el Programa de Salud en la Adolescencia, del Ministerio de Salud de Nación y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, del Ministerio de Educación. Cuenta con la cooperación de organizaciones de la sociedad civil y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Argentina y genera convenios de trabajo con los pares provinciales (gobernadores y ministerios o secretarías de Salud, Educación y Desarrollo o similares). Se da inicio así a la consolidación de un trabajo articulado entre las diferentes carteras ministeriales abocadas directamente a la temática.

En una primera etapa, el Plan ENIA fue aplicado en las 5 jurisdicciones del país con la tasa más alta de embarazo en la adolescencia, ampliándose luego la cantidad de convenios a un total de 14 jurisdicciones hacia el año 2019.

El dato de embarazo en adolescentes es un indicador que permite visibilizar la alta desigualdad entre las regiones geográficas de nuestro país. Por ejemplo, según datos de la DEIS del año 2015 las provincias de Formosa, Chaco y Misiones (todas ellas en la región del NEA) tenían las proporciones más altas de nacimientos en adolescentes. En contraposición, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego tenían indicadores por debajo del promedio nacional (6% y 10%, respectivamente), al igual que las provincias de Buenos Aires (12%), de Córdoba (13%) y de Santa Cruz (13%). En el caso de la provincia de Buenos Aires, si bien se hallaba por debajo del promedio nacional, se decidió incluirla en la primera etapa del plan, ya que su aporte en términos de la proporción de nacimientos sobre el total de nacimientos de madres adolescentes es relevante: 3 de cada 10 nacimientos de madres adolescentes ocurren en esta jurisdicción. También la problemática del embarazo en la adolescencia describe y muestra una complejidad social (de acceso laboral, educativo, pobreza, etc.) que demanda respuestas coordinadas entre los diferentes niveles del Estado, un abordaje conjunto entre nación y las provincias. Los embarazos en la adolescencia tienen consecuencias directas para las adolescentes y sus hijes y, en otro plano, tiene consecuencias agregadas para el desarrollo del país y la reproducción de la pobreza.

La tenencia de un/a hijo/a en edades muy tempranas expone a las madres a situaciones de cuidado cuando todavía no se ha consolidado la trayectoria educativa y laboral, lo que las aleja de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía (Plan ENIA, 2019: 20).

Es por esas tareas de cuidado, que las adolescentes y mujeres deben garantizar cotidiana y silenciosamente y ante la falta de respuesta de políticas públicas por parte del Estado (Faur; 2014), que ocurre la deserción escolar: de cada 10 adolescentes que concurren a la escuela al momento del embarazo, 6 la abandonan.

El Plan Nacional que abordamos puede también ser analizado como una muestra de federalismo cooperativo, ya que se evidencia “la construcción de estructuras institucionales de trabajo conjunto” (Cao y Vaca, 2017: 13) y a su vez, tal como expresa el documento base del Plan (2019), una buena adaptación a distintas realidades, ya que irá cambiando según las necesidades y los acuerdos políticos-técnicos con cada provincia.

El convenio incluye la contratación desde nación de diferentes perfiles locales para coordinar las acciones, y son estas personas quienes se ocupan de llevar adelante las políticas en articulación entre los gobiernos municipales, donde se encuentran los efectores de salud, o las instituciones educativas y la contratación de personal exclusivo para llevar adelante las asesorías en escuelas o el trabajo específico

en centros de salud; también cuenta con presupuesto propio destinado a la compra de insumos de salud sexual que se distribuyen únicamente a las provincias incluidas en el Plan y que son dirigidas a la población adolescente. Es fundamental en este punto la coordinación con las provincias, de lo contrario, podría considerarse la contratación de estos trabajadores y trabajadoras que responden directamente a la nación pero que trabajan en territorio provincial y municipal como una intromisión sobre las potestades y capacidades administrativas locales.

En el Plan ENIA también se observa de manera fehaciente la coordinación entre diferentes instituciones y actores para disminuir la desigualdad. Tanto desde el sector educación realizando acciones *en lo micro* en las consejerías de Salud Sexual o en las asesorías individuales en las escuelas como garantizando los insumos en la totalidad de los centros de salud y trabajando con los equipos de salud para disminuir las barreras de acceso; así como *en lo macro* diseñando el marco normativo o la firma de convenios para trabajar de manera estructural; y en lo local disminuyendo barreras de acceso y articulación entre los espacios.

Desde un enfoque de género, el Plan ENIA busca contribuir a través de las políticas a lograr relaciones de género más igualitarias, a través de intervenciones que tiendan a reparar las desventajas que conducen a la subordinación de las mujeres, así como incorporar perspectivas de nuevas masculinidades, reforzar su autonomía, la capacidad para tomar decisiones libres y autónomas, para el goce de sus derechos y para el acceso a otras autonomías, por ejemplo, la económica.

A partir del 13 de marzo de 2018, por Decisión Administrativa N° 307/2018, se crea en el Ministerio de Salud Nacional la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), lo que le otorga mayor jerarquía dentro de la toma de decisiones hacia el interior del Ministerio y posibilidades presupuestarias.

En lo que respecta específicamente a insumos anticonceptivos, parece relevante señalar que entre 2016 y 2019 se distribuyeron 363.981 implantes que, si bien se siguieron dirigiendo sobre todo a población adolescente, se fue ampliando su rango etario a 25 años y luego a toda la población para la cual se considerara conveniente (población rural, contextos de encierro, vulnerabilidad social, etc.) (Dirección de Salud Sexual, 2019).

Durante estos años se suma a la canasta de insumos la compra de misoprostol, que en el 2018 la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), mediante la Disposición N° 6726 y la N° 946, autoriza para uso obstétrico y en la cantidad y presentación necesaria para garantizar las interrupciones de embarazo; dando inicio así a la garantía del acceso a la Interrupción Legal del Embarazo en el sistema de salud de manera más masiva, elaborando registros y evidencia científica junto a los Programas Provinciales.

Contrastes y desafíos

Al analizar las políticas públicas distributivas de salud sexual, cabría preguntarse si, como dicen Cetrangolo y Goldschmit (2013) en su clasificación de los programas sociales, estamos ante políticas de

programas nacionales cumpliendo funciones descentralizadas; tanto en lo que tiene que ver con la distribución de recursos económicos como de capacitación. Esta interpretación se sostiene sobre una idea de federalismo donde las políticas sanitarias serían potestad de cada provincia. No obstante, una vez analizados los datos de desigualdad es inevitable interrogarse sobre el rol que el Estado nacional está llamado a ocupar.

En un afán de contrastar ambos períodos analizados, podemos encontrar en la generalidad cierta continuidad en cuanto a las políticas públicas presentadas, e incluso cabe señalar una profundización de sus alcances durante el periodo 2015-2019 al menos en cuanto a presupuesto y logística. En el periodo 2011-2015 el presupuesto del PNSSyPR estaba compuesto en su gran mayoría por partidas propias del Ministerio de Salud. A partir del período siguiente se incorporaron, además, otro tipo de recursos económicos instrumentados a través del Plan ENIA que, si bien también tenían origen en el tesoro nacional, su administración era llevada a cabo por el Ministerio de Desarrollo Social vía el Fondo de Naciones Unidas (UNFPA). De esa incorporación derivó la consiguiente ampliación de la canasta de insumos, la ampliación de la línea 0800 y la jerarquización de la política de salud sexual, que se vio ascendida de programa a dirección dentro de la estructura ministerial.

Una diferencia fundamental que resulta interesante señalar es que, si bien en el 2012 el PNSSyPR operaba efectivamente mediante la firma de convenios marco de trabajo entre los gobiernos provinciales y el gobierno nacional, tal como estipula la Ley N° 25673, estos acuerdos planteaban una estructura de trabajo mancomunado y cooperativo entre los distintos niveles de gobierno. Los convenios realizados a través del Plan ENIA desde el año 2017 presentó un tipo de injerencia diferente en la política territorial mediante la contratación de personal específico, a cargo salarial y administrativamente del Estado nacional, pero afectado a las escuelas, los centros de salud y las oficinas locales de gobierno; mostrando así un cambio en el tipo de desarrollo articulado que se realiza con las provincias y que pareció aumentar las políticas de coordinación y compensación entre territorios desde el nivel central; supliendo el personal que muchas provincias no podían contratar pero también trabajando directamente para nación coordinando con el gobierno local.

En estos tiempos donde parece rediscutirse el federalismo, el rol del Estado e incluso la democracia, considero que es fundamental no perder de vista la identidad de la nación y las desigualdades territoriales y de acceso en tanto género y diversidad que aún existen. Realizar una transferencia de las obligaciones, sin los recursos, en nombre de supuestas urgencias fiscales del gobierno nacional plantea el gran riesgo de aumentar la descentralización de las políticas públicas sanitarias hacia las provincias, generando aún más adversidades y desigualdades, con lo cual ocuparía el Estado nacional un rol meramente indicativo en 24 jurisdicciones yuxtapuestas, a las que muchas veces se suman realidades municipales diversas (Cetrangolo y Goldschmit, 2013).

En este sentido, la distribución de insumos de salud sexual mediante el programa REMEDIAR, con su llegada directa a cada uno de los efectores de salud y la implementación de la línea 0800, es una muestra ejemplar de toda la potencia que puede alcanzar una política pública justa, accesible y que promueve la igualdad en el acceso a la atención de salud en todo el territorio.

Las desigualdades en el acceso a las políticas de salud sexual y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos son múltiples, pero no se han podido resolver solamente con la garantía de las entregas de los insumos. Por el contrario, fue necesario a lo largo de todos estos años pensar políticas interconectadas e ir contribuyendo a elaborar alianzas con múltiples actores y agentes que trabajan en los diferentes niveles del territorio, tanto para generar la demanda desde los usuarios como también la respuesta deseada por parte de los efectores de salud.

Para poder cumplimentar los ODS de la Agenda de Desarrollo es necesario, como dice Gómez Gil (2018), que se tomen medidas ambiciosas y urgentes, con decisiones políticas claras y compromisos políticos. Más aún, se podría sumar la necesidad de que sean sostenidas en el tiempo y no dependan de la ideología del partido político que esté al frente.

Poder pensar centros de salud receptivos, que hablen en lenguaje claro y validado científicamente, que acepten e incluyan las creencias y vidas de quienes se acerquen, sin discriminación ni exclusión. Una política situada con perspectiva de género, desde el paradigma de los derechos humanos, que busque eliminar las brechas de desigualdad de género, orientación sexual, económicas, territoriales y garantizar el desarrollo de los proyectos de vida debiera ser un objetivo ineludible. “La búsqueda de igualdad también es multifacética y tiene que desplegarse por varias rutas” (Reygadas, 2004: 25).

Referencias bibliográficas

- Adelantado Gimeno, J. (2000). *Cambios en el estado del bienestar: políticas sociales y desigualdades en España*. Barcelona: Icaria.
- Almeida, C. (julio-agosto de 2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 905-925. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400002>
- Alvaredo, F.; Chancel, L.; Piketti, T.; Saez, E. y Zucman, G. (2018). Informe sobre la desigualdad global. Resumen ejecutivo. Laboratorio sobre la desigualdad global. Recuperado de <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-spanish.pdf>
- Argentina (2002). Ley N° 25673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/79831/texto>
- Argentina (2012). Ley N° 26743 de Derecho a la Identidad de Género. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf
- Cao, H. y Vaca, J. (2017). Gestión pública y modelos de federalismo. Serie Federalismo y Administración Pública. Centro de Investigaciones en Administración Pública. Documento de trabajo, Año 9, N 2.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2013). La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces: impactos, desafíos y reformas. El caso de la Argentina. Serie Macroeconomía del Desarrollo, 144. Santiago de Chile: CEPAL.

- Faur, E. (2014). Consideraciones finales. En *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Fraser, N. (agosto-diciembre de 2008). La justicia social en la era política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, 6, 83-99.
- Gil Gómez, C. (2018). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. *Revista Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 140, 107-118. Madrid: FUHEM Ecosocial.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003- 2011. Recuperado de https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_original-balances-syr%20%281%29.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Indicadores básicos. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indiba2015.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia>
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). PNSSyPR Informe Anual de Gestión 2012.
- Mora Salas, M. (2004). Desigualdad social en América Latina: viejos problemas, nuevos debates. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 131 San José. Flacso. Recuperado de https://biblioteca.clacso.edu.ar/Costa_Rica/flacso-cr/20120809035816/cuad131.pdf
- Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. *Política y Cultura*, 22, 7-25.