



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Nota

Número:

Referencia: Cuestionario de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

A: Luciana Castillo Socol (Dirección Nacional de Relaciones Internacionales),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted en mi carácter de Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) en respuesta a la nota NO-2022-41318419-APN-DDDHH#MRE recibida en nuestro webmail institucional en fecha 1/6/2022 en relación al cuestionario de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, recibido por la Misión Permanente en Ginebra.

CUESTIONARIO

1.- Datos de contacto

Comparta por favor sus datos de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted en relación con este cuestionario. (opcional)

2.- Tipo de actor (por favor seleccione uno): Ministerio de Salud de la Nación

Estado

Estado observador

Otro (por favor especifique):

Nombre del Estado/persona encuestada: **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**

Correo electrónico: **saludsexual@msal.gov.ar**

¿Podemos atribuir públicamente estas respuestas a su Estado*?

(En la web de la OACDH, en la sección de la Relatoría):

Si X

No

Comentarios (si fuera relevante):

Antecedentes

En el marco de la resolución 42/16 del Consejo de Derechos Humanos, la Relatora

Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha identificado el racismo y el derecho a la salud como una de sus prioridades durante su mandato (véase A/HRC/47/28 paras 87-94). En cumplimiento con su mandato y en línea con esta prioridad, la Relatora Especial ha decidido dedicar su siguiente informe temático a la Asamblea General de las Naciones Unidas en octubre de 2022 al tema “El Racismo y el derecho a la salud.”

Objetivos del informe

La Relatora Especial subraya que el racismo es un determinante social clave en la salud y un motor de las desigualdades en materia de salud. Con su informe, quiere esclarecer el impacto del racismo y la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, casta, origen nacional o étnico o condición de inmigrante o refugiado, en el disfrute del derecho a la salud. Se centrará en particular en el impacto del racismo en las personas negras, afrodescendientes, árabes y musulmanas, asiáticas y descendientes de asiáticas, inmigrantes y personas pertenecientes a pueblos indígenas y minorías, y en la intersección de factores como la pobreza, o la discriminación basada en la edad, sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad, estatus migratorio, estado de salud, por ejemplo, VIH, albinismo, etc., y las disparidades entre las zonas rurales y urbanas.

La Relatora Especial busca considerar la perspectiva histórica del impacto de las formas pasadas y contemporáneas de racismo en el derecho a la salud y en la capacidad de las personas y las comunidades para hacer efectivo su derecho al acceso a la atención de la salud, servicios y bienes de salud, incluyendo la realización de los derechos de salud sexual y reproductiva y en la capacidad de los Estados de cumplir con sus obligaciones para hacer efectivo el derecho a la salud. El informe abordará el impacto del racismo en la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, el derecho a controlar la propia salud, incluido el derecho a no verse sometido a tratamientos o experimentos médicos no consensuales, así como el derecho a un sistema de protección sanitaria. Al hacerlo, y adoptando los marcos de anticolonialidad y antirracismo, el informe expondrá el impacto del legado de las formas pasadas y actuales de racismo, apartheid, esclavitud, colonialidad y estructuras opresivas en la salud global, incluyendo la arquitectura económica y la financiación, y los sistemas nacionales de salud en las personas racializadas.

Es importante destacar que la Relatora Especial adoptará un enfoque interseccional y tendrá en cuenta las múltiples formas de discriminación que afectan a las personas que sufren racismo y formas de discriminación conexa en el ámbito de la atención de la salud.

Analizará los vínculos entre las desigualdades en el acceso a la atención de la salud

adecuada y las disparidades sociales, el sexo, edad, género, pobreza, clase, nacionalidad, exclusión, discapacidad y entre las zonas rurales y urbanas y los sistemas de opresión conexos.

La Relatora Especial también desea identificar buenas prácticas que afirmen el derecho a un sistema de protección sanitaria (es decir, acceso a la atención de la salud y los factores sociales determinantes de la salud) que proporcione igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del nivel más alto posible de salud.

Por último, la Relatora Especial busca ejemplos de cómo combatir el racismo y la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, origen nacional o étnico, en el acceso a los centros de salud, bienes y servicios de salud y a los factores determinantes básicos de la salud.

Preguntas claves

Puede elegir responder a todas o a algunas de las preguntas que figuran a continuación.

(El límite de palabras por cuestión es de 750 palabras).

1. ¿Cuáles son las principales manifestaciones actuales de racismo y las formas conexas de discriminación creadas por el racismo que puedan prevalecer en su país en el ámbito del derecho a la salud, incluyendo en general en los factores determinantes básicos de la salud, resultados de salud y el acceso a la atención de la salud?

Una de las prácticas enmarcadas en la violencia racista, sexista y de índole colonial se conoce como «chineo» y consiste en la violencia psicofísica, abuso sexual y femicidio, a partir de las que resultan víctimas niñas, adolescentes y mujeres de comunidades originarias de distintos pueblos indígenas mayoritariamente noreste y noroeste del país. Estos abusos sexuales contra niñas y adolescentes son perpetrados por varones blancos (criollos) y contra niñas, adolescentes y mujeres indígenas. La invisibilidad histórica del chineo y especialmente de sus expresiones más extremas, ancladas en masculinidades violentas, y asociadas a la naturalización y la tolerancia social que rodean al fenómeno, se inscribe dentro de la colonialidad del poder que selló, en nuestro continente, el modo de relacionamiento entre el canon de supremacía blanca y la depreciación de las identidades indígenas.

La visibilización de estas prácticas racistas que ponen en riesgo la salud y la vida de niñas y adolescentes inciden en política, en materia de derechos sexuales y reproductivos de organizaciones y movimientos de la sociedad civil, que en articulación con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) han trabajado en conjunto en el marco de proyectos de capacitación a agentes sanitarios, promotoras y promotores de salud territoriales en la atención primaria y emergencia en casos de violencia sexual en la atención primaria de la salud. Este trabajo consiste en la actualización profesional, apoyo y asistencia técnica para la atención de mujeres, niñas y adolescentes desde un enfoque de derechos e interculturalidad, interseccionalidad y género, y de la elaboración de piezas comunicacionales en lenguas originarias destinadas a la población para facilitar el conocimiento de sus derechos, así como las obligaciones y recursos disponibles por parte del Estado para el abordaje de su salud integral.

2. ¿Quiénes son las personas más afectadas y por qué? Por favor, describa las disparidades existentes en la prestación y el acceso a los servicios de salud que afectan a las personas de diferente origen racial y étnico, ascendencia, así como a otros grupos, como los inmigrantes. También puede reflejarse la falta de datos, análisis o indicadores de salud al respecto.

En la Argentina, la ley no hace ninguna exclusión a migrantes, por el contrario, protege sus derechos y garantiza el acceso a la salud reproductiva en igualdad de condiciones, aunque, entendemos que aún subsisten prejuicios. En ese sentido, la DNSSR en cumplimiento de los objetivos asignados por la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, promueve con distintas acciones y líneas de trabajo: “a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y [reproductiva] con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y [reproductiva]” (art. 2) sin discriminación.

Sin embargo, es cierto que existe una disparidad en los indicadores de salud reproductiva y acceso a servicios de salud, en las provincias en las cuales se reportan mayores concentraciones de población perteneciente a pueblos originarios, en el norte del país principalmente.

Además, cabe destacar la gratuidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva en el sistema público de salud, tanto en atención como métodos anticonceptivos o prácticas que requieran determinados insumos claves. Esto permite universalizar el acceso y que se brinde sin distinciones.

3. En virtud del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación especial de abstenerse de denegar o limitar la igualdad de acceso de todas las personas, incluyendo miembros de minorías, solicitantes de asilo e inmigrantes, incluidos los inmigrantes indocumentados, a los servicios de salud que proporcionan cuidados preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de aplicar prácticas discriminatorias en las políticas de Estado, así como de garantizar el acceso igualitario a los cuidados y servicios sanitarios suministrados por terceros. Por favor, explique cómo se aplica el punto anterior en su país, qué funciona bien y qué no tanto, y, si es posible, ilústrelo con datos desglosados.

En Argentina el derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, es universal, independientemente de la condición migratoria y de la documentación con la que cuentan las personas que se encuentran en el territorio argentino. Todas las personas solicitantes de asilo, refugiadas y/o migrantes pueden acceder al sistema público de salud de manera gratuita y en igualdad de condiciones. Así lo establece tanto la Ley de Migraciones (N° 25.871 – Art. 6), como la Ley de Reconocimiento y Protección al Refugiado (N° 26.165 – Arts 51 y 52). En ese sentido todas las prestaciones de salud sexual y reproductiva garantizadas en el sistema de salud pública de todo el país deben atender sin discriminación alguna a las personas migrantes independientemente de su condición o la regularidad de su permanencia. Esta Dirección Nacional capacita regularmente a los equipos de atención de todo el país para que apliquen esta perspectiva de igualdad.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, produce información vinculada a distintos aspectos de salud sexual y reproductiva, generalmente desagregándola por edad, por sexo, por lugar en donde se realiza la atención, entre otras. Sin embargo, hasta el momento no se desagregan datos que permitan desglosar si la persona es migrante o no, atento a que la regulación no hace una diferenciación en el acceso a derechos relacionados con la salud.

4. ¿Cuál ha sido el impacto del colonialismo y de la imposición de la medicina alopática en la disponibilidad de los sistemas de conocimiento, medicina y prácticas de salud indígenas y tradicionales, y sobre el derecho a la salud en general en su país? ¿Existen en su país servicios sanitarios que tengan en cuenta debidamente y reconozcan, o incorporen respetuosamente, sistemas y prácticas de conocimientos sanitarios, atención preventiva, prácticas curativas y medicina indígenas/tradicionales? Por favor, comparta ejemplos de buenas prácticas.

En relación con el marco normativo para la garantía de la salud de los pueblos indígenas en la Argentina se aplica lo dispuesto en el art. 12) por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); norma aclarada y explicada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación de la Observación General N° 14 (2000) sobre el Derecho a la Salud. Dicha Observación hace referencia específica a los pueblos indígenas en el apartado 27.

En el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación:

-En el año 2011 por Resolución 439 se creó el “Área de Salud Indígena” en la órbita del Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en un todo de acuerdo a lo consagrado en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional, así como también en la ley 23.302 de creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y en el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

-En el año 2016 por Resolución 1036-E se creó el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, el cual tiene como objetivos:

- 1) Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
- 2) Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.
- 3) Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, lleva adelante el compromiso de incorporar la mirada interseccional en sus tareas y en ese marco ha participado y liderado proyectos relacionados con el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en comunidades históricamente marginalizadas dentro del país. Algunos de estos proyectos son:

-Proyecto Rodando Derechos de Católicas por el Derecho a Decidir:

Coordinado en conjunto con la Organización Católicas por el Derecho a Decidir y con el apoyo de la Embajada de Canadá, este proyecto buscó consolidar la formación de equipos de capacitación y de atención en derechos sexuales y (no) reproductivos, particularmente en la Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, IVE/ILE, fortaleciendo la articulación intersectorial como modalidad para desarrollar prácticas territoriales y ancladas en las realidades de las localidades de las provincias de Formosa y Santiago del Estero.

Se trabajó en 11 distritos sanitarios de la provincia de Formosa y los ejes abordados en las capacitaciones fueron: marco legal – consejería – atención IVE primer trimestre – redes (identificación de actores sociales) y actividades de atención en consultorio. El proceso incluyó la prestación de servicios en algunos efectores en particular y trabajo en la comunidad con actividades de capacitación, talleres en escuelas y centros de salud, difusión de derechos y encuentros de saberes con mujeres integrantes de comunidades originarias.

Por otro lado, en la provincia de Santiago del Estero se trabajó junto a la Cátedra Libre de Aborto de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE). Hubo instancias de formación reflexiva y crítica para garantizar buenas prácticas en el cumplimiento de la Ley 27.610. Con este objetivo, se realizaron intercambios virtuales de experiencias y saberes sobre la interrupción legal y voluntaria del embarazo entre los servicios que están dando cumplimiento a la ley; y se brindaron herramientas prácticas en las diferentes técnicas para la interrupción voluntaria del embarazo: farmacológica y AMEU. También se generó un espacio para la reflexión crítica sobre el aborto como un problema social y de salud integral, desde una perspectiva de derechos humanos.

-Proceso participativo de interpretación sociolingüística de los protocolos de IVE ILE y de violaciones sexuales con la Organización Católicas por el Derecho a Decidir y la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

Con el objetivo de trabajar el ejercicio de derechos con mujeres y disidencias indígenas, la organización Católicas por el Derecho a Decidir en conjunto con Radio Comunitaria La Voz Indígena de Tartagal y la organización de mujeres indígenas ARETEDE realizó la adaptación sociolingüística e intercultural del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y del Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales, ambos del Ministerio de Salud de la Nación. En base a este proceso de interpretación participativa se realizaron materiales de difusión y sensibilización social realizados por y para las mujeres indígenas en idiomas wichí, guaraní, toba y chorote y contó con el apoyo de la OPS. Como resultado, se sumaron estos materiales a la colección “Cuerpos y Libertades”, la cual está disponible en internet:

- Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Actualización 2021:

<https://drive.google.com/file/d/1aFTUAR8znhf849WJJ1gJdsGrIpvuzhNc/view>

- Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales. Actualización 2021:
<https://drive.google.com/file/d/1aBLfBdRL8zJWES9xZ6UAmbzSoWiPs8lb/view>

5. Por favor, comparta ejemplos de marcos legales y políticos adecuados que aborden el racismo pasado o actual y las formas de discriminación racial y conexas, específicamente en relación con el acceso a los factores determinantes básicos de la salud, así como el acceso a la atención de salud y los, bienes, servicios e instalaciones de salud de calidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

Desde la consolidación de la política nacional en salud sexual y reproductiva, la cartera sanitaria nacional a través de diversas iniciativas de trabajo conjunto y en el marco de la cooperación sur-sur ha desarrollado líneas de abordaje y facilitación del acceso y atención de derechos sexuales y reproductivos en el caso de las personas migrantes. Esta política se respalda además en un corpus normativo, tanto en materia de derechos sexuales y reproductivos, como desde el

reconocimiento de la migración como derecho humano, tal como lo establece la ley 28.571 de Migraciones de 2003 que equipara el acceso a los servicios sociales de las personas migrantes como de las nacionales.

Actualmente, desde la DNSSR y conjuntamente con la Dirección de Asuntos de Género de la Cancillería argentina y la Dirección Nacional de Migraciones del Ministerio del Interior y la Dirección Nacional de Relaciones Internacionales se han acordado propuestas de trabajo que conllevan a buenas prácticas en la facilitación y atención de la salud sexual y reproductiva en el marco de flujos migratorios en el que el Estado argentino ha ofrecido apoyo técnico al Estado colombiano para el intercambio de buenas prácticas y estrategias de atención de la salud integral de las personas migrantes, con particular énfasis en el flujo migratorio de Venezuela a Colombia.

6. Por favor, comparta ejemplos de financiación de la sanidad pública, prácticas de financiación del sector no gubernamental, soluciones financieras interinstitucionales, productos de seguros médicos que muestren manifestaciones de racismo actual o pasado y discriminación conexas, a nivel local y global, que afecten a personas racializadas, así como otros factores como la pobreza, o la discriminación basada en edad, sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad, estatus migratorio, estado de salud, por ejemplo, VIH, albinismo, etc., y las disparidades entre las zonas rurales y urbanas.

La respuesta anterior muestra algunos de los esfuerzos realizados por esta Dirección Nacional para combatir algunas de las manifestaciones de la discriminación a poblaciones vulnerables en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

7. Por favor, comparta buenas prácticas y ejemplos de intervenciones en salud pública que faciliten un acceso adecuado (dentro y fuera del sector de la salud), apoyen la producción de conocimientos o la implementación de programas que aborden con éxito las desigualdades, en particular el impacto del racismo y la discriminación racial conexas, así como otros factores como la pobreza, o la discriminación basada en el sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad y estatus migratorio.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, a través del Plan para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (Plan Enia), ha implementado acciones que deben ser consideradas buenas prácticas por sus resultados favorables para la sensibilización para la prevención del 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 la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente. De esta manera, sus principales componentes son: Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral (ESI), Asesorías en salud sexual integral en escuelas secundarias y servicios de salud (ASIE), Asesorías de base comunitaria (DBC) y Fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva (SSR).

El Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan Enia) se implementa para dar respuesta integral a uno de los problemas que más afecta a adolescentes en la Argentina. Cada año, alrededor de 80.000 adolescentes tienen una hija/e/o, y 7 de cada 10 adolescentes no han deseado ni planificado ese embarazo. Entre quienes son menores de 15 años, 8 de cada 10 no lo ha hecho, en buena medida, porque muchos de esos embarazos son consecuencia de abusos y violencia sexual.

Los embarazos en la adolescencia comprometen negativamente las posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo. El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana están fuertemente asociados al abandono escolar y consecuentemente tiene un impacto considerable a largo plazo en las posibilidades que tienen las mujeres y personas con capacidad de gestar que tuvieron hijas/es/os en la adolescencia, de insertarse en el mercado laboral y de acceder a puestos de trabajo de calidad, afectando su seguridad económica y la de sus familias.

El Plan Enia se implementa a partir de una visión integral del problema, con perspectiva de derechos y enfoque de género. Se articulan respuestas y dispositivos de políticas públicas preexistentes, basadas en evidencia y orientadas a resultados, con metas de cobertura e impacto comprometidas y una apuesta a la construcción de esfuerzos compartidos entre los niveles de gobierno con un marco intersectorial e interjurisdiccional.

En ese sentido, la DNSSR contribuye con:

5.1) Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

5.2) Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en el ámbito público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.3) Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

5.6) Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing.

8. Por favor, comparta buenos ejemplos y prácticas que permitan la rendición de cuentas en el sector público y privado que faciliten el acceso a la justicia y la reparación a víctimas de racismo y discriminación por motivos como el color, ascendencia, origen nacional o étnico o condición de inmigrante o refugiado en la prestación de la atención de la salud, y en la medida en que se combina con factores como la pobreza, o la discriminación basada en la edad, sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad, situación migratoria, estado de salud, por ejemplo, VIH, albinismo, etc. y las disparidades entre las zonas rurales y urbanas.

La DNSSR, tiene la gestión del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR, Ley 25.673) y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Enia). A partir del año 2020 la gestión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 25.673) y el Plan Enia se encuentra organizado territorialmente por provincias y con líneas transversales de trabajo.

La Dirección produce información de gestión de forma periódica, y publica distintos informes bimensuales, trimestrales y anuales sobre la implementación de acciones en las distintas líneas de trabajo de su competencia. Los informes contienen información relacionada con la gestión, en materia presupuestaria y de gastos, en cumplimiento de las obligaciones de transparencia y rendición de cuentas.

Igualmente, tanto el Programa de Salud sexual y Reproductiva como el Plan ENIA cuentan con espacios de consulta y asesoramiento con diferentes organizaciones de la sociedad civil y con integrantes de organismos del sistema de Naciones Unidas con el fin de enriquecer la política pública en materia de salud sexual y reproductiva con opiniones de expertas/os.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva cuenta con un Consejo Asesor creado en el año 2007. Este es un espacio de cooperación y diálogo entre las autoridades e integrantes de asociaciones científicas y profesionales, organizaciones no gubernamentales especializadas en la temática, integrantes de agencias de Naciones Unidas y especialistas. Tiene como objetivo el análisis y debate de los principales temas o problemas en materia de salud sexual y salud reproductiva, y la elaboración de líneas de acción posibles.

El Plan ENIA cuenta con un Consejo Consultivo integrado por 30 organizaciones de la sociedad civil y del Sistema de Naciones Unidas con experiencia en la investigación, la docencia, la capacitación, la incidencia y la intervención comunitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Junto al Consejo se analizan los avances en la implementación del PLAN ENIA en base a informes de seguimiento semestrales provistos por el sistema de monitoreo del Plan, se analizan las estrategias comunicacionales y se revisan los abordajes sectoriales e intersectoriales de la implementación territorial, en un marco de rendición de cuentas y de cooperación institucional.

A su vez y de forma periódica la Dirección realiza encuentros participativos con redes de profesionales, organizaciones comunitarias, redes feministas y actoras relevantes del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de incorporar estas perspectivas a las políticas públicas.

Información relevante:

- Los Informes anuales de gestión están disponibles en:

<https://drive.google.com/file/d/1FLp4sREG01IPZkGYP1o0eVrnKh8Sjz7v/view?usp=sharing>

- Los Informes trimestrales sobre implementación de la Ley 27.610 de acceso a la interrupción del embarazo y la atención posaborto, informe Implementar IVE-ILE, que contiene acciones específicas, compras y gastos de la implementación de la ley 27.610: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2021>.
- El material producido por el Plan Enia para la promoción de los derechos de las adolescencias al acceso gratuito a la salud sexual y reproductiva se encuentra disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia>
- Los informes de Monitoreo del Plan Enia que son realizados bimensualmente y anualmente se encuentran disponibles en Reportes Enia: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia/documentos/reportes-monitoreo-enia>
- También se encuentran disponibles los reportes bimensuales de la Línea 0800 de Salud Sexual disponibles en el portal del Ministerio de Salud de la Nación en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia/documentos/reportes-0800-ssr>

A su vez se han distribuido los catálogos de materiales técnicos con los protocolos y con los materiales de abordaje del abuso sexual y embarazos forzados en la niñez y adolescencia:

- Materiales de capacitación y documentos técnicos:

https://drive.google.com/file/d/1kbqqu_-8v6qCbNpxorVuk4wD8Mti9x-_/_view

- Materiales para la formación en detección y abordaje de la violencia sexual y embarazo forzado en la niñez y adolescencia:

https://drive.google.com/file/d/1slm55VV6lX25TU6-yx7yFNjQWJ0_j9r/view

- Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva:

chrome-extension://efaidnbmninnkpbpcjpcglclefindmkaj/https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/Impacto_pandemia_COVID-19_respuestas_adaptativas_servicios_salud_para_garantizar_los_derechos_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Información Pública:

En relación con el acceso a la información pública, además, la DNSSR responde de forma oportuna todos los pedidos de acceso a la información pública solicitados por la ciudadanía, las organizaciones de la sociedad civil y otras áreas de gobierno en todos sus niveles, de acuerdo con lo establecido en la Ley 27.275 del Derecho al Acceso a la Información Pública y otros, en la responsabilidad de rendir cuentas y transparentar los procesos de gestión pública. Entre las solicitudes se encuentran pedidos sobre información que en su gran mayoría se vinculan con datos sobre interrupción del embarazo, sobre la línea 0800 de Salud Sexual, capacitaciones, métodos anticonceptivos y otros que corresponden a temáticas que han sido diversas. Para dar respuesta, se contó con la asistencia técnica de abogadas del área legal y la colaboración de todos los equipos de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Personas con discapacidad:

Por otra parte, uno de los objetivos de la DNSSR es incluir de modo transversal la perspectiva de las personas con discapacidad (PCD) en todas las acciones que se llevan adelante, además de acciones específicas para garantizar el acceso de las PCD a la salud sexual y reproductiva.

En ese sentido, se conformó el grupo de trabajo “Derechos sexuales y reproductivos y personas con discapacidad”, el cual lleva adelante las siguientes acciones:

- Monitorear las acciones y prácticas de la DNSSR para incluir un diseño universal, que contemple a las PCD.
- Producir información sobre la situación de las PCD y su SSR.
- Generar espacios de capacitación para equipos de salud y al interior de la DNSSR.
- Construir recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva con perspectiva del modelo social de discapacidad.
- Elaborar de materiales comunicacionales accesibles para personas con discapacidad.

En 2021 se priorizó realizar materiales accesibles, fortalecer la línea 0800 Salud Sexual también como un espacio de consulta y denuncia de vulneración de derechos de personas con discapacidad y promover espacios de capacitación y consejerías accesibles.

Por otro lado, para transversalizar la perspectiva de las personas con discapacidad es imprescindible su participación en las diversas instancias de los procesos de trabajo. Se mantuvieron varias reuniones de asistencia técnica con un equipo de la Biblioteca Argentina de Ciegos (BAC) para el proyecto “ESI sin barreras”, para personas con discapacidad visual que no reciben ESI ni cuentan con materiales accesibles. También se entregaron kits del material “Experiencias para armar”, muestras de MAC y ejemplares de tarjetas de MAC en Braille para talleres con NNNA realizados por la BAC.

Además, se generaron espacios de intercambio permanentes con la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Agencia Nacional de Discapacidad y con el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad para profundizar acciones conjuntas de capacitación a equipos de salud, educación y desarrollo a promotoras/es en perspectiva de discapacidad, género y diversidad y Consejerías en salud sexual y reproductiva.

Por último, se publicaron dos cuadernillos sobre anticoncepción quirúrgica y los formularios para firmar el consentimiento informado escritos en lectura fácil: uno sobre ligadura de trompas uterinas y otro sobre vasectomía. El proceso se realizó junto con UNFPA y Lengua Franca. Ambos son los recursos que ofrece la DNSSR como material de apoyo en las consejerías de anticoncepción quirúrgica para todas las personas:

-Cuadernillo CI ligadura tubaria:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el>

-Cuadernillo CI vasectomía:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>

9. Por favor, comparta información sobre las fuentes de financiación sanitaria de su país, la cantidad y calidad de dicha financiación, así como cualquier condición de la ayuda o financiación, políticas económicas globales y medidas de austeridad o de otro tipo solicitadas o fomentadas por las instituciones financieras internacionales, organismos multilaterales o donantes, que afecten negativamente a los sistemas sanitarios y al acceso a la salud de las personas en su país.

La asignación presupuestaria para la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2021, está enmarcada por la Decisión Administrativa N° 4 del 15 de enero de 2021.

En lo referente al “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” del Ministerio de Salud de la Nación, el presupuesto aprobado de pesos dos mil quinientos cincuenta y dos millones ochocientos veinticuatro mil novecientos cuarenta y uno (\$ 2.552.824.941) se distribuyó entre las Actividades 6

“Prevención de Embarazo Adolescente (Enia)” y la Actividad 41 “Desarrollo de la Salud Sexual y Procreación Responsable”

La ejecución presupuestaria alcanzó a un 97 %. Respecto al porcentaje para el completamiento del 100 % se corresponde a circuitos administrativos de compromiso y devengamiento presupuestario que no llegaron a ser completados al 31 de diciembre de 2021, por lo cual ese saldo fue migrado al ejercicio 2022, para su nuevo compromiso, devengamiento y pago.

En el Cuadro 1 se puede apreciar la ejecución clasificada por las Actividades Presupuestarias (6 y 41) del Programa 25.

Cuadro 1. Ejecución presupuestaria desagregada por actividades. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021.

Ejercicio	Denominación	Area programática	FF	Crédito aprobado	Crédito ejecutado	% Gastado
2021	Prev. embarazo adolescente (Enia)	25.0.0.6.0	11.	\$ 795.018.963	\$ 801.085.331	101%
2021	Desarrollo de la Salud Sexual y Procreación Responsable	25.0.0.41.0	11.	\$ 1.757.805.978	\$ 1.662.996.511	95%
2021	Desarrollo de la Salud Sexual y Procreación Responsable	25.0.0.41.0	11.	\$ 0	\$ 0	-
				\$ 2.552.824.941	\$ 2.464.081.842	97%

Link: <https://drive.google.com/file/d/1FLp4sREG01IPZkGYP1o0eVmKh8Sjz7v/view?usp=sharing>

10. ¿Cuáles son los legados e impactos históricos y actuales del colonialismo y la esclavitud en el derecho a la salud en su país? ¿Y cómo ha afectado la falta de reparaciones por la esclavitud, el colonialismo, el apartheid y la discriminación racial al derecho a la salud en su país?

En el contexto de seguimiento al Consenso de Montevideo y con motivo de la próxima CRPD a realizarse en Chile, junio 2022, conjuntamente con la Subsecretaría de Asuntos Políticos y la Dirección Nacional de Población del Ministerio del Interior; el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad; la Dirección nacional de Equidad Racial, Personas Migrantes y Refugiados, dependiente de la subsecretaría de Promoción de los Derechos Humanos; la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, del Ministerio de Desarrollo Social y esta Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se acordó la conformación de una mesa de trabajo interministerial orientada a desarrollar estrategias conjuntas para dar seguimiento a las medidas prioritarias acordadas en el Plan de Acción del Consenso de Montevideo y monitorear el cumplimiento de los compromisos asumidos y la posibilidad de fortalecer sinergias a fines de robustecer la implementación de políticas públicas que incorporen la interseccionalidad como una perspectiva insoslayable en pos de la remoción de la invisibilización y naturalización de prácticas discriminatorias, racistas, sexistas.

11. Por favor, comparta también buenas prácticas y ejemplos de reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud.

Se ha desarrollado en puntos anteriores, como las respuestas 4 y 8.

Glosario de definiciones a efectos de este cuestionario.

En su primer informe al Consejo de Derechos Humanos, la Relatora Especial se hizo eco de las reflexiones del Prof. Charles Ngwena sobre el racismo, y señaló que también se extenderían a la etnia.

2.“En 2018, Charles Ngwena escribió lo siguiente:

[...] La raza sigue siendo un criterio de asociación que las personas reivindican a menudo como parte de su identidad o que les puede ser atribuida por otras personas o por la comunidad política de la que forman parte. La raza tiene consecuencias políticas cuando la estructura política está racializada, explícita o implícitamente, en el sentido de que la diferenciación racial se vincula a esencias jerarquizadas que conllevan significados sociales, políticos y económicos que pueden ser positivos o negativos para el sujeto racializado, en función del lado de la “línea de color” en que está la persona o en que se considera que debe estar.”

3. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial define la “discriminación racial” como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” (Artículo 1)

La Declaración y Programa de Acción adoptados en la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en 2001 en Durban (Sudáfrica) por las Naciones Unidas - conocida como la Conferencia de Durban – instó a los Estados a que, individualmente y mediante la cooperación internacional, mejoraran las medidas encaminadas a satisfacer el derecho de cada persona a disfrutar el máximo nivel posible de salud física y mental, con miras a eliminar las diferencias en el estado de salud, (...), que puedan ser resultado del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. (Programa de Acción de Durban, para. 109).

En 2009, la Conferencia de Examen de Durban aceptó la interpretación dada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial sobre la definición del concepto de discriminación racial que figura en la Convención, con el fin abordar las formas múltiples o agravadas de discriminación racial, tal como se refleja en su documento final.

Sin otro particular saluda atte.