

## **EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD Y EL AVANCE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA (2002-2022)**

*Manuela Burgos*

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (FSC - UNC)

Licenciada en Sociología (Facultad de Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Córdoba) y Maestranda en Demografía (Centro de Estudios Avanzados – FCS – UNC). Participa como ayudante en equipos de investigación dedicados al análisis de datos y fuentes sociodemográficas.

E-Mail: [mburgos@mi.unc.edu.ar](mailto:mburgos@mi.unc.edu.ar)

*Bruno Sebastián Ribotta*

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SOBRE CULTURA Y SOCIEDAD - CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS - UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA / CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS - FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (CIECS - CONICET -UNC / CEA – FCS -UNC), ARGENTINA

Dr. en Demografía. Investigador Independiente del CONICET, con lugar de trabajo en el CIECS (CONICET y UNC) y Profesor Titular por concurso del Centro de Estudios Avanzados (CEA, FCS/UNC). En la UNC, es Director de la Maestría en Demografía e Integrante del Comité de Carrera del Doctorado en Demografía. Su trabajo se orienta a la evaluación y corrección de la calidad de las fuentes de datos demográficos, para la estimación de indicadores de fecundidad y mortalidad.

E-Mail: [bruno.ribotta@unc.edu.ar](mailto:bruno.ribotta@unc.edu.ar)

Recibido: 15 de abril 2025

Aceptado: 15 de junio 2025

### **RESUMEN**

En Argentina, la sanción de la Ley 25.673 en el año 2002, marcó un hito en el reconocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Desde entonces, el marco normativo se ha ampliado en un contexto atravesado por tensiones entre el Estado, la Iglesia Católica y el movimiento social de mujeres. A través de un enfoque mixto, que combinó análisis documental con el cálculo de indicadores de fecundidad, se observó una estabilidad en los niveles de fecundidad hasta 2014, seguida por un descenso sostenido, alcanzando en 2018 niveles por debajo del reemplazo. Esta caída estuvo fuertemente asociada a la reducción de la fecundidad adolescente. Estos cambios ocurrieron en un

contexto de avances, reivindicación y ampliación de derechos, donde las políticas implementadas por el Estado tuvieron un impacto sociodemográfico significativo.

**Palabras claves:** Fecundidad - Fecundidad adolescente - Derechos sexuales - Derechos reproductivos - Políticas sociales

## **ABSTRACT**

In Argentina, the enactment of Law 25.673 in 2002 marked a milestone in the recognition of sexual and (non-)reproductive rights. Since then, the legal framework has expanded within a context marked by tensions between the State, the Catholic Church, and the women's social movement. Through a mixed-methods approach that combined documentary analysis with the calculation of fertility indicators, fertility levels were found to remain stable until 2014, followed by a steady decline, reaching below-replacement levels in 2018. This decline was strongly associated with a significant reduction in adolescent fertility. These changes took place in a context of progress, advocacy, and the expansion of rights, where public policies implemented by the State had a significant sociodemographic impact.

**Keywords:** Fertility - Adolescent Fertility - Sexual rights - Reproductive rights - Social policies

## **INTRODUCCIÓN**

La fecundidad en Argentina ha seguido un curso particular, moldeado por factores sociohistóricos que dieron lugar a un modelo “no ortodoxo” (Pantelides, 1983). No obstante, su estudio presenta desafíos debido a la falta de registros vitales precisos, lo que impide determinar con exactitud el momento en que comenzó su descenso. Se estima, sin embargo, que la natalidad inició su declive en la década de 1870, cuando la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) rondaba los 50 por mil, descendiendo a 45 por mil hacia fines del siglo XIX. A partir de la década de 1930, la disminución de la natalidad se aceleró, cayendo por debajo de 30 por mil, umbral que marca el punto en que una población comienza a regular de manera generalizada y efectiva la fecundidad mediante la limitación voluntaria de los nacimientos (Torrado, 2007). Desde entonces, solo se han identificado dos repuntes temporales: el primero, entre 1945 y 1955, y el segundo, durante las décadas de 1970 y 1980. Sin embargo, ambos episodios fueron de corta duración y no lograron revertir la tendencia general de disminución de la natalidad.

La transición de niveles altos a niveles más bajos de fecundidad estuvo asociada a factores sociales tanto intrínsecos como extrínsecos, enmarcados en transformaciones de sus determinantes. Estos se dividen en dos tipos: contextuales o indirectos y próximos o intermedios (Bay, Del Popolo y Ferrado, 2004). Los determinantes próximos son aquellos directamente vinculados a la reproducción de la población, abarcando tanto su dimensión biológica como social (Welti, 1997). En este marco, el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos desempeña un papel clave, siendo la anticoncepción un elemento central que influye en los niveles y tendencias de la fecundidad, con profundas implicancias en términos de poder y autonomía (Brown, 2008; Mario y Pantelides, 2011; Felitti, Cepeda, Mateo y Rustoyburu, 2022).

El reconocimiento de estos derechos ha sido objeto de tensiones y disputas. En el contexto de la Guerra Fría, el crecimiento poblacional emergió como una preocupación central en el debate internacional. Mientras los organismos internacionales y las naciones desarrolladas enfocaban su atención en las regiones con mayores tasas de crecimiento demográfico, en Argentina el debate se centró en la sostenida disminución de la natalidad (Felitti, 2009). Esta discusión tuvo repercusiones directas en la implementación de políticas públicas, ya que llevó a conceptualizar la planificación familiar como una alternativa rápida y efectiva (Felitti, 2012). Durante el tercer gobierno peronista, se adoptaron medidas restrictivas sin precedentes, como la limitación en la venta de anticonceptivos mediante la exigencia de una receta por triplicado y la prohibición de programas de planificación familiar en instituciones públicas (Cepeda, 2008). Si bien estas restricciones fueron derogadas con el retorno a la democracia, los derechos sexuales y (no) reproductivos quedaron en un limbo político: por un lado, relegados en la agenda gubernamental; por otro, atacados por sectores conservadores que promovían la restauración de roles tradicionales de género bajo el concepto de "derecho a la vida" (Brown, 2008).

En este escenario, el concepto de planificación familiar fue reemplazado por el de salud reproductiva, adquiriendo reconocimiento en la agenda internacional a partir de las conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995). Estos encuentros consolidaron un enfoque que vinculó la salud reproductiva con la igualdad de género y los derechos humanos, buscando superar la dicotomía entre países desarrollados y en desarrollo. No obstante, en Argentina, la consolidación de estos derechos se produjo de manera tardía. Aunque en la década de 1980 se impulsaron diversas iniciativas legislativas orientadas a reformar la normativa e introducir temas considerado personas e íntimos, y en los años noventa se presentaron proyectos en el Congreso en línea con los consensos

internacionales, no fue sino hasta los años 2000 cuando se implementaron reformas normativas significativas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

A partir de este recorrido, surge el interrogante: ¿de qué manera las políticas sociales en Argentina han impactado en la evolución de la fecundidad y en el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos? Esta pregunta orienta el análisis de las transformaciones normativas y demográficas en el país, con el propósito de comprender la relación entre el marco legal para el pleno ejercicio de estos derechos, el acceso a métodos anticonceptivos y los cambios en el nivel y la tendencia de la fecundidad.

### **METODOLOGÍA**

Este trabajo tiene como objetivos (I) describir el contexto de producción y contenido de las políticas públicas de salud sexual y (no) reproductiva, a partir del análisis de leyes, resoluciones y decisiones administrativas gubernamentales implementadas desde la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673, 2002); (II) estimar el descenso de la fecundidad como fenómeno demográfico, mediante el examen de las tendencias de los indicadores de fecundidad en Argentina durante el periodo 2002-2022, con énfasis en la fecundidad adolescente en relación con las políticas públicas implementadas.

Para abordar el primer objetivo, se utilizó la técnica de revisión documental desde la creación del programa mencionado. Este análisis se llevó a cabo mediante un enfoque sistemático que incluyó la recolección, evaluación y síntesis de documentos seleccionados, con especial atención a aquellos que reflejan el marco normativo y político. Se analizaron leyes, resoluciones y decisiones administrativas para comprender el tratamiento del tema en el ámbito legislativo. Además, se incorporaron informes elaborados por fuentes estatales para examinar su implementación desde el poder ejecutivo. Este proceso permitió identificar información relevante, patrones y tendencia, lo que facilitó la construcción de un marco de conocimiento contextual sobre el caso argentino desde una perspectiva histórica.

En relación con el segundo objetivo, se recurrió a fuentes tradicionales para el estudio de la fecundidad: las proyecciones de población del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 y 2010 y los informes anuales de estadísticas vitales elaborados por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud, correspondientes al periodo 2002 - 2022.

Se llevaron a cabo cálculos de indicadores de fecundidad a nivel nacional, incluyendo la Tasa Global de Fecundidad (número promedio de hijos que tendría una mujer, durante su vida reproductiva, asumiendo que experimenta las tasas específicas de fecundidad observadas en un periodo dado y no está expuesta al riesgo de la mortalidad desde su nacimiento hasta el final del periodo fértil), la Tasa Bruta de Natalidad (número de nacimientos por cada mil habitantes en un periodo dado, generalmente un año calendario), las Tasas Específicas de Fecundidad por Edad<sup>1</sup> (número de nacimientos por cada mil mujeres en un grupo de edad específico) y la Edad Media a la Maternidad (promedio ponderado de la edad de las madres al momento del nacimiento de sus hijos). Particularmente, para las TEF, se prestó especial atención a un grupo de edad específico: la Tasa de Fecundidad Adolescente tardía (mujeres de 15-19 años). Además, considerando la relevancia legislativa y para enriquecer el análisis, se calculó la Tasa de Fecundidad Adolescente temprana (mujeres de 10-14 años).

El trabajo tuvo un enfoque mixto, combinando datos cuantitativos y cualitativos, y adoptó un diseño descriptivo/explicativo. Esto permitió no solo identificar tendencias y patrones en los indicadores de fecundidad, sino también contextualizar dichos hallazgos dentro del marco normativo y político. Así, se buscó integrar los datos estadísticos con un análisis crítico de las políticas públicas, resaltando cómo estas han influido en los cambios observados durante el periodo analizado.

## **RESULTADOS**

### EL AVANCE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS

Cepeda (2008) argumenta que los temas relacionados con la salud sexual y (no) reproductiva en Argentina no pueden analizarse de manera aislada, ya que forman parte de un entramado más amplio de políticas nacionales vinculadas tanto a la salud como a la población. Esto implica que, para comprender los derechos sexuales y reproductivos en un momento histórico específico, es necesario contextualizarlos en relación con las políticas de sexualidad y su vínculo con la dinámica demográfica, las políticas de salud y los debates sobre derechos humanos. En este sentido, Brown (2008) destaca que inscribir las demandas en el marco de la ley resulta fundamental, ya que esto les otorga visibilidad y reconocimiento en el ámbito público, facilitando su legitimación y posibilitando su abordaje institucional.

---

<sup>1</sup> En las tasas específicas de fecundidad por edad se empleará la notación  $f(x)$ , donde "x" denota el grupo de edad correspondiente.

En las últimas dos décadas, los derechos sexuales y reproductivos en Argentina han experimentado una expansión significativa. Esto ha permitido que aspectos clave, como el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, la educación sexual integral y la autonomía en la procreación, sean reconocidos como derechos fundamentales. Este avance ha sido posible gracias al activismo y la lucha del movimiento social de mujeres, que logró posicionar estos temas en la agenda política y legal del país, con el objetivo de garantizar la equidad y la justicia social para todas las personas, independientemente de su género, orientación sexual o condición económica.

En 2002, se sancionó la Ley 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), una iniciativa que enfrentó intensos debates y resistencias por parte de la Iglesia Católica y otros sectores políticos. Esta ley estableció como objetivos fundamentales garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y servicios relacionados con la salud sexual y la procreación responsable, así como fomentar la toma de decisiones libres de discriminación, coacción o violencia. Además, buscó reducir la morbilidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, y promover la salud sexual integral de los adolescentes. Asimismo, el programa apuntó a contribuir a la detección temprana y prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias, al tiempo que promovía la participación activa de las mujeres en las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

En sus primeros años, PNSSyPR estuvo bajo la jurisdicción de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y en 2006 su gestión fue transferida a la Secretaría de Políticas Sanitarias. Finalmente, en 2020, mediante la Decisión Administrativa 457, se creó la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), entidad que actualmente depende de la Secretaría de Acceso a la Salud, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación.

La política del programa tiene un enfoque universalista en dos aspectos fundamentales. Por un lado, en cuanto a su población objetivo, establece en el artículo 3 que el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna. No obstante, identifica ciertos grupos prioritarios, como los jóvenes, las mujeres y las personas con capacidad de gestar, para quienes las acciones del programa adquieren un enfoque particular. Por otro lado, el universalismo también se manifiesta en la garantía de acceso a métodos anticonceptivos. El artículo 7 dispone que los servicios de salud del sistema público, de la

seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporaren a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones. Esto asegura la provisión de métodos anticonceptivos a través de hospitales públicos y obliga a las prepagas y obras sociales a incluirlos dentro de sus servicios, garantizando el acceso equitativo a toda la población.

El artículo 9 de la ley establece que las instituciones educativas públicas de gestión privada, sean confesionales o no, deben cumplir con la normativa en el marco de sus propias convicciones. Esta disposición es especialmente significativa porque garantiza que todos los estudiantes, independientemente de la naturaleza de la institución educativa a la que asistan, accedan a información y formación en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la inclusión de la frase "en el marco de sus convicciones" puede haber generado interpretaciones que dificulten la implementación plena del programa, especialmente en instituciones confesionales. Esto cobra mayor relevancia debido a la histórica oposición de la Iglesia Católica a la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos, lo que ha limitado el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en distintos momentos. Garantizar la aplicación de esta norma es fundamental no solo para promover la equidad y reducir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, sino también para cumplir con los compromisos asumidos por el Estado en materia de derechos humanos.

Durante la década de los noventa, las provincias argentinas comenzaron a adoptar legislaciones propias en materia de salud sexual y reproductiva, destacándose programas como el Programa de Procreación Responsable en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana en la provincia de Río Negro. Entre 1991 y 2001, catorce provincias sancionaron regulaciones en este ámbito<sup>2</sup>. No obstante, fue en 2002, con la sanción de la Ley 25.673, cuando se impulsó un marco nacional que unificó estos esfuerzos y proporcionó un marco legal común para aquellas provincias que aún no contaban con legislación propia (CoNDeRS, 2008). El artículo 7 de

---

<sup>2</sup> La Pampa (1991, Programa Provincial de Procreación Humana), Chaco (1996, Programa Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable), Mendoza (1996, Programa Provincial de Salud Reproductiva), Córdoba (1996, Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad), Corrientes (1996), Río Negro (1996, Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana), Neuquén (1997, Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva), Misiones (1998, Programa Provincial de Planificación Familiar Integral), Chubut (1999, Programa de Salud Sexual y Reproductiva), Jujuy (2000, Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de ETS), CABA (2000, Salud Reproductiva y Procreación Responsable), Tierra del Fuego (2000, Régimen Provincial de Salud Sexual y Reproductiva), San Juan (Plan Mujer) y Santa Fe (2001, Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable) (Ministerio de Salud, 2022).

la ley invita explícitamente a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a sus disposiciones, promoviendo así una mayor cohesión y fortaleciendo las políticas de salud sexual y reproductiva en todo el país.

Fue sancionada en un contexto de profunda inestabilidad política y social. A comienzos de 2002, Eduardo Duhalde asumió como presidente interino en virtud de la Ley de Acefalía, en un momento marcado por la renuncia de Fernando de la Rúa y la sucesión de varios funcionarios en el Poder Ejecutivo en un corto período. En este marco, la promulgación de la ley enfrentó numerosos desafíos tanto en el ámbito legislativo como en la sociedad. Según Incerti (2015), el proceso de elaboración de la normativa contempló la integración de proyectos presentados por distintos bloques parlamentarios con el propósito de construir un consenso amplio. Sin embargo, sectores religiosos y grupos políticos conservadores manifestaron una fuerte resistencia.

Por un lado, se destaca el rol de organizaciones sociales en la concreción de la ley, destacando la participación de entidades médicas, como la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil y la Federación Argentina de Sociedad de Ginecología y Obstetricia, además de ONG como la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer y el Instituto Social y Político de la Mujer. También se resaltó la contribución de investigadoras del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Por el otro, en enfrentamiento con la Iglesia Católica fue especialmente relevante. Incerti (2015) explicó que los principales argumentos de oposición se centraban en el temor de que la ley abriera el debate sobre la legalización del aborto, la educación sexual en las escuelas y la distribución gratuita de anticonceptivos, algunos de los cuales eran considerados abortivos por la Iglesia. A pesar de las resistencias, la ley fue aprobada, aunque con concesiones. La Iglesia logró incluir la objeción de conciencia para profesionales de la salud, permitiendo que se negaran a recetar anticonceptivos, y garantizó que las escuelas confesionales pudieran excluir la educación sexual de sus programas. Estas negociaciones dejaron en evidencia los límites de la implementación plena de los derechos sexuales y reproductivos en un contexto atravesado por tensiones ideológicas y religiosas.

En 2004, durante una reunión del Consejo Federal de Salud, las autoridades sanitarias de todas las provincias firmaron el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna, un acuerdo que buscaba abordar la problemática de las muertes maternas, incluyendo

aquellas derivadas de complicaciones por abortos inseguros. Este compromiso estableció como meta reducir en un 20% la tasa de mortalidad materna con respecto a los niveles registrados en 2002 (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004).

En 2005, se dio un paso importante con la publicación de la primera guía de atención posaborto mediante la Resolución 989/2005, la cual proporcionó un marco técnico para mejorar la atención en estos casos. Paralelamente, desde el movimiento feminista, se lanzó la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, marcando un hito en la lucha por los derechos reproductivos en el país.

Otro avance significativo llegó en 2006, con la promulgación de la Ley 26.130, que garantizó el acceso a la anticoncepción quirúrgica mediante ligaduras tubarias y vasectomías. Esta ley incluyó una modificación al artículo 8 de la Ley 25.673, incorporando estas prácticas al Programa Médico Obligatorio (Resolución 755/2006). Estos hitos reflejan el progresivo fortalecimiento del marco legal y sanitario en materia de derechos sexuales y reproductivos.

En el marco de la sanción de la Ley 26.150, en 2006, se creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), cuyo propósito fue garantizar la incorporación de la educación sexual en los planes educativos, abordando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Este programa asegura la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre diversos temas relacionados con la educación sexual integral y desde esa perspectiva, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se concibe como un derecho: la ESI tiene como objetivo promover saberes y habilidades que permitan a los y las jóvenes tomar decisiones conscientes y críticas respecto al cuidado de su cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de su sexualidad y sus derechos.

La Ley 26.150 tiene como principal objetivo garantizar la incorporación de la educación sexual integral en las propuestas educativas, promoviendo una formación armónica, equilibrada y permanente de las personas. Asimismo, busca asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, confiables y actualizados sobre los diferentes aspectos que conforman la educación sexual integral. También se propone fomentar actitudes responsables frente a la sexualidad, prevenir problemas relacionados con la salud en general y con la salud sexual y reproductiva en particular, y promover la igualdad de trato y oportunidades entre varones y mujeres.

Cepeda (2008) identifica tres argumentos que fundamentaron la promulgación de la ley: (1) se argumentó que la educación sexual de las nuevas generaciones debía ser una responsabilidad estatal, complementada con el rol educativo de la familia; (2) se destacó que el desarrollo de un Programa de Educación Sexual Integral era clave para prevenir problemáticas como el abuso sexual infantil, el embarazo en la infancia y adolescencia, el sida y el aborto, entendidos como problemas evitables mediante la enseñanza de contenidos específicos; y (3) se subrayó la importancia de resignificar la relación entre la familia y la escuela, reconociendo que ambas instancias son responsables y complementarias en la transmisión de conocimientos y valores necesarios para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

En ese sentido, si bien la ley se enfoca en los derechos reproductivos desde la perspectiva del derecho a la salud, relega en un segundo plano los derechos sexuales y la diversidad de identidades de género<sup>3</sup>. La ley, al priorizar la salud reproductiva y la prevención del embarazo adolescente<sup>4</sup>, deja fuera un debate más profundo sobre la autonomía sexual y la diversidad de identidades, reflejando las tensiones y limitaciones de la política pública en el reconocimiento de derechos en un contexto dado.

Por último, la ley no estuvo exenta de debates y cuestionamientos por parte de la Iglesia Católica, que interpretó estos cambios como una posible vía para introducir derechos reproductivos más amplios, incluyendo el acceso al aborto. Esta tensión reflejaba el debate entre sectores conservadores y progresistas en torno a la educación, los derechos sexuales y reproductivos, y el rol del Estado en la regulación de estos temas.

En 2007, la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, tomó medidas significativas para fortalecer la política de salud sexual y reproductiva en Argentina. Se creó el Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, un espacio destinado a la colaboración y asesoramiento técnico. Ese mismo año, se realizó la primera compra nacional de Anticonceptivos Hormonales de Emergencia (AHE) para garantizar su acceso a la población, incorporándolos al Programa Médico Obligatorio (PMO) a través de la Resolución 232/2007. Además, se elaboró y publicó la

---

<sup>3</sup> Para Cepeda (2008), la normativa se centra en la reproducción y en la prevención de problemáticas de salud pública, pero no profundiza en el reconocimiento de identidades de género diversas ni en una educación sexual que contemple la autonomía plena sobre el propio cuerpo desde una perspectiva más amplia.

<sup>4</sup> La ley enmarca el embarazo en la adolescencia como un problema que debe prevenirse, lo que puede interpretarse como una mirada biologicista y sanitaria, más que como una ampliación integral de derechos sexuales (Cepeda, 2008).

primera guía de atención para abortos no punibles (ANP), un documento fundamental que sería actualizado en 2010. En este marco, también se estableció el Programa Nacional de Salud Sexual en la Adolescencia (PNSSA), con un enfoque específico en las necesidades de los y las adolescentes.

El Programa Nacional de Salud Sexual en la Adolescencia (PNSSA), originalmente bajo la órbita de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, tiene como principal objetivo garantizar el acceso a una salud integral para los y las adolescentes. Este programa busca desarrollar herramientas de intervención que estén en consonancia con los principios establecidos en diversas normativas nacionales, como la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (Ley 26.061, 2005), la Ley Nacional de Derechos del Paciente (Ley 26.529, 2009) y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Estas normativas promueven un enfoque basado en derechos, reconociendo la autonomía progresiva y asegurando la confidencialidad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

En cuanto al aborto durante estas dos décadas hubo una transición al hablar del aborto no punible a la interrupción legal del embarazo. En 2011 se publica el primer protocolo de atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales<sup>5</sup>, elaborado en respuesta al caso M.L.R.<sup>6</sup>. Este protocolo posiciona al sistema público de salud como un actor clave en la atención y respuesta ante la violencia sexual, estableciendo dos objetivos fundamentales. En primer lugar, garantizar una atención médica y psicosocial integral para las víctimas, brindando apoyo inmediato y especializado. En segundo lugar, adoptar un rol político y estratégico al visibilizar y reconocer, tanto social como institucionalmente, la gravedad de la violencia sexual. Este reconocimiento no solo promueve la sensibilización y la legitimación del problema, sino que también facilita que las víctimas busquen ayuda, otorgándoles acceso a un dispositivo público que es conocido, gratuito y parte de los hábitos de consulta de amplios sectores de la comunidad.

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud (2011) Protocolo para la atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud.

<sup>6</sup> El Estado Argentino es sancionado por el comité de los DDHH de la ONU por negar el acceso al aborto no punible a una joven de la provincia de Buenos Aires con discapacidad intelectual víctima de abuso sexual. Católicas por el derecho a decidir, INSGENAR (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) y CLADEM (Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) fueron las organizaciones que realizaron la denuncia.

En 2012, la Corte Suprema de Justicia de Argentina se pronunció en el caso F.A.L.<sup>7</sup>, estableciendo un precedente clave al reconocer la interrupción legal del embarazo (ILE) como un derecho y aclarar las responsabilidades del sistema de salud en su garantía. Este fallo marcó un punto de inflexión en la interpretación del acceso al aborto no punible, reafirmando su legalidad en casos de violación y riesgo para la salud o la vida de la persona gestante (Fundación Huésped, s.f.).

En 2014 se lanzó la primera guía de métodos anticonceptivos, desarrollada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) en colaboración con el PNSSyPR. Esta guía, destinada a mejorar el acceso y la calidad de la información sobre métodos anticonceptivos, fue actualizada en 2019 para incorporar avances científicos y nuevas recomendaciones.

Asimismo, en 2015 se publicó el primer protocolo de atención integral para personas con derecho a la interrupción legal del embarazo<sup>8</sup> (ILE), marcando un hito en la garantía de derechos reproductivos en Argentina. Este protocolo ha sido revisado y actualizado en los años 2019, 2021 y 2022, reflejando un compromiso continuo con la adecuación a normativas, estándares internacionales y necesidades de las personas usuarias del sistema de salud.

Durante los doce años de gestión del Frente para la Victoria, se promovieron iniciativas y legislaciones que ampliaron los derechos de las mujeres y de las diversidades sexuales. Entre ellas se destacan el Decreto 1.454 (2005), que permitió la jubilación de amas de casa; el Decreto 1.602 (2009), que estableció la Asignación Universal por Hijo (AUH)<sup>9</sup>; la Ley 26.618 (2010) de matrimonio igualitario; el Decreto 446 (2011), que creó la Asignación por Embarazo para Protección Social; y la Ley 26.743 (2012) de identidad de género. En

---

<sup>7</sup> El caso judicial fue en la provincia de Chubut, una joven fue violada por su padrastro cuando tenía 15 años y su madre recurrió a la Justicia para que su hija pudiera realizarse el aborto en un hospital público. El Tribunal Superior de Justicia provincial enmarcó el caso como uno de los abortos no punible del artículo 86 del Código Penal de la Nación que incluyen dos supuestos: cuando el embarazo representa un peligro para la vida o la salud de la persona gestante, y cuando el embarazo es producto de una violación o de un atentado al pudor cometido contra una mujer con discapacidad mental.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud. (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2ª ed.).

<sup>9</sup> Esta es una política ampliamente estudiada. El trabajo de Garganta (2015) plantea que el incentivo económico de la AUH pudo haber influido en el número de hijos dentro de hogares ya conformados con descendencia, pero no en la decisión de iniciar la maternidad o paternidad en hogares sin hijos. Por su parte, Gardel (2022) explica que no existen estudios que demuestren que las decisiones reproductivas de las personas estén determinadas por la percepción de una suma de dinero. Por el contrario, los datos indican que, desde la creación de la AUH, no solo no se ha registrado un aumento en el número de hijos por mujer titular, sino que se observa una ligera tendencia a la baja.

este período, el movimiento de mujeres experimentó un crecimiento significativo en un contexto de democratización e inclusión.

En 2015, mientras asumía la alianza Cambiemos en el gobierno, emergió el movimiento #NiUnaMenos como respuesta al femicidio de Chiara Páez, marcando un hito en la lucha contra la violencia machista en Argentina. Este movimiento feminista trascendió las calles y llevó sus demandas al congreso, impulsando debates sobre cuestiones estructurales y urgentes relacionadas con los derechos de las mujeres. El movimiento se organizó como una unidad transversal para visibilizar ante la sociedad política las desigualdades del sistema patriarcal, cuestionar las estructuras de poder y exigir al Estado respuestas concretas a demandas históricas y coyunturales. Su irrupción desafió los espacios tradicionales asignados a las mujeres, como el hogar y la familia, reivindicando su derecho a disputar el poder y a transformar las instituciones desde una perspectiva feminista.

Al mismo tiempo, el embarazo adolescente representa un desafío para el Estado debido a las altas tasas de embarazos no planificados en este grupo de edad. Según Rustoyburu (2020), esta situación en Argentina suele ser planteada como una problemática social que debe ser erradicada, por lo que se denomina las desventajas objetivas asociadas como la reproducción intergeneracional de la pobreza, la deserción escolar, la entrada precaria al mercado laboral, entre otras (Rodríguez Vignoli, 2017).

En el año 2017 se crea el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Resolución 1790), una estrategia interministerial, que involucró a los ministerios de Salud, Desarrollo Social y Educación y adoptó un enfoque integral de derechos, género y equidad social. Los objetivos incluyeron mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, garantizar la interrupción voluntaria y legal del embarazo según el marco normativo vigente, prevenir abusos sexuales, y promover los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes.

La implementación del plan se concentró en 36 departamentos de 12 provincias prioritarias, seleccionadas por sus altas tasas de embarazos no planificados en adolescentes y densidad de población adolescente. Entre las acciones destacadas, se incluyen la provisión de métodos anticonceptivos de larga duración, la implementación de Educación Sexual Integral en las escuelas, asesorías de salud sexual y reproductiva, y dispositivos comunitarios liderados por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

El plan priorizó los métodos anticonceptivos de larga duración, como los implantes subdérmicos<sup>10</sup>, considerados eficaces y accesibles para adolescentes, porque no requiere control por parte de las usuarias y requieren de un profesional de la salud para su remoción<sup>11</sup>. Estos son promovidos por los organismos internacionales como la opción más adecuada para el control de la natalidad en los países subdesarrollados y en los sectores sociales más vulnerables de los países desarrollados<sup>12</sup>. Sin embargo, para Rustoyburu (2020) en Argentina, su implementación ha estado ligada a discursos que enfatizan la autonomía y la defensa de los derechos.

En cuanto a los resultados del Plan, durante el período de estudio se observó una reducción notable y acelerada de la fecundidad adolescente y de los embarazos no planificados. Respecto a la fecundidad adolescente, durante la implementación plena del programa en las jurisdicciones que lo adoptaron, todas experimentaron descensos significativos superiores al 40%. Cuando en el periodo anterior, a excepción de Buenos Aires, la mayoría de las jurisdicciones mostraron ritmos de reducción por debajo del promedio nacional e incluso registraron aumentos. En lo que respecta a los embarazos no planificados, de las doce jurisdicciones donde se implementa el Plan ENIA, seis lograron reducir su porcentaje, mientras que las otras seis registraron aumentos; al desagregarlos por grupos de edad, a más edad desciende el porcentaje de no planificación (Burgos, 2024).

En 2018 se dio el primer debate parlamentario sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), lo que permitió que la discusión sobre el tema se instalara en todos los ámbitos sociales. El proyecto obtuvo la aprobación en la Cámara de Diputados, pero fue rechazado en la Cámara de Senadores. Este proceso dio lugar a la aparición de un nuevo actor político, la denominada #mareaverde, que mostró un apoyo masivo al proyecto impulsado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Con el tema ya instalado en la agenda pública, se logró la despenalización social del aborto.

---

<sup>10</sup> Los implantes subdérmicos son métodos anticonceptivos modernos con una trayectoria significativa. El primero en ser comercializado fue Norplant, desarrollado en Finlandia en 1983, aunque dejó de producirse en 2008. Posteriormente, en 1996, se lanzaron Jadelle (Estados Unidos) y Sinoimplant (China). En 1998, se introdujo Implanon, el primer implante que contenía etonogestrel. Su versión más reciente, Implanon NXT, fue desarrollada por el laboratorio Organon (Ministerio de Salud, Nota Técnica N°5, 2023).

<sup>11</sup> "La autonomía y la responsabilidad progresiva como principios en los cuales se sustenta el plan parecen estar en tensión con la forma en que se interpretan las ventajas de los implantes" (Rustoyburu, 2020:130)

<sup>12</sup> La incorporación de los implantes subdérmicos coincide con la adhesión de Argentina al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Finalmente, en 2020, el Congreso aprobó la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que fue promulgada en 2021.

Estas normativas se inscribieron en Argentina bajo un modelo biomédico predominante, un enfoque de la medicina tradicional con perspectiva biológica y científica. Este modelo se concentra en la prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, el cual incluye el cuerpo, pero también lo social, porque los saberes tecnológicos biomédicos son productos de relaciones de poder e intereses confluyentes, contradictorios y opuestos (Felitti et al., 2022).

A pesar de los avances normativos e institucionales, persisten desafíos vinculados a su implementación efectiva y a la inclusión real de la diversidad sexual y de género. En un escenario político cambiante, estos derechos continúan siendo un campo de disputa, lo que exige sostener una vigilancia activa y una defensa permanente desde los sectores comprometidos con la justicia social y la equidad de género.

#### **EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD**

En Argentina, el comportamiento de la fecundidad se mantuvo relativamente estable desde principios del siglo XXI hasta 2014, antes de iniciar un descenso sostenido en los años siguientes.

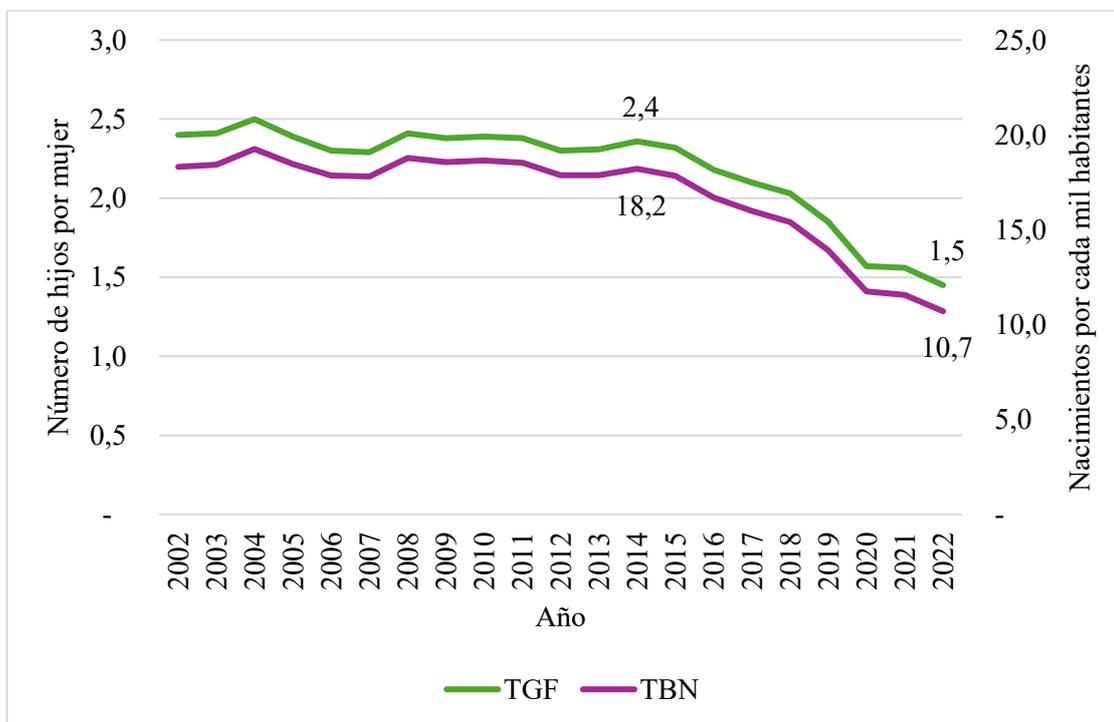
Durante el periodo comprendido entre 2002 y 2014, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) osciló entre 2,3 y 2,5 hijos por mujer. A partir de 2015, esta tasa comenzó a descender de manera sostenida, alcanzando 2,1 hijos por mujer en 2017, un nivel considerado suficiente para asegurar el nivel de reemplazo poblacional. Sin embargo, en 2018, la tasa cayó por debajo del nivel de reemplazo, llegando a 1,5 hijos por mujer hacia el final del periodo estudiado. En términos relativos, la TGF disminuyó un -1,7% entre 2002 y 2014, y un -38,6% entre 2014 y 2022.

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) mostró una tendencia similar. Se mantuvo constante hasta 2014 con un valor de 18,2 nacimientos por cada mil habitantes, para luego descender hasta 10,7 nacimientos por cada mil habitantes en 2022, lo que representa una reducción del -41,5 % entre 2002 y 2022.

En términos absolutos, los nacimientos anuales se situaron en torno a los setecientos mil hasta 2017. A partir de 2018, el volumen de nacimientos comenzó a disminuir, alcanzando 495.295 nacimientos en 2022.

[Gráfico 1]

**Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Natalidad. Argentina (total país), 2002-2022.**



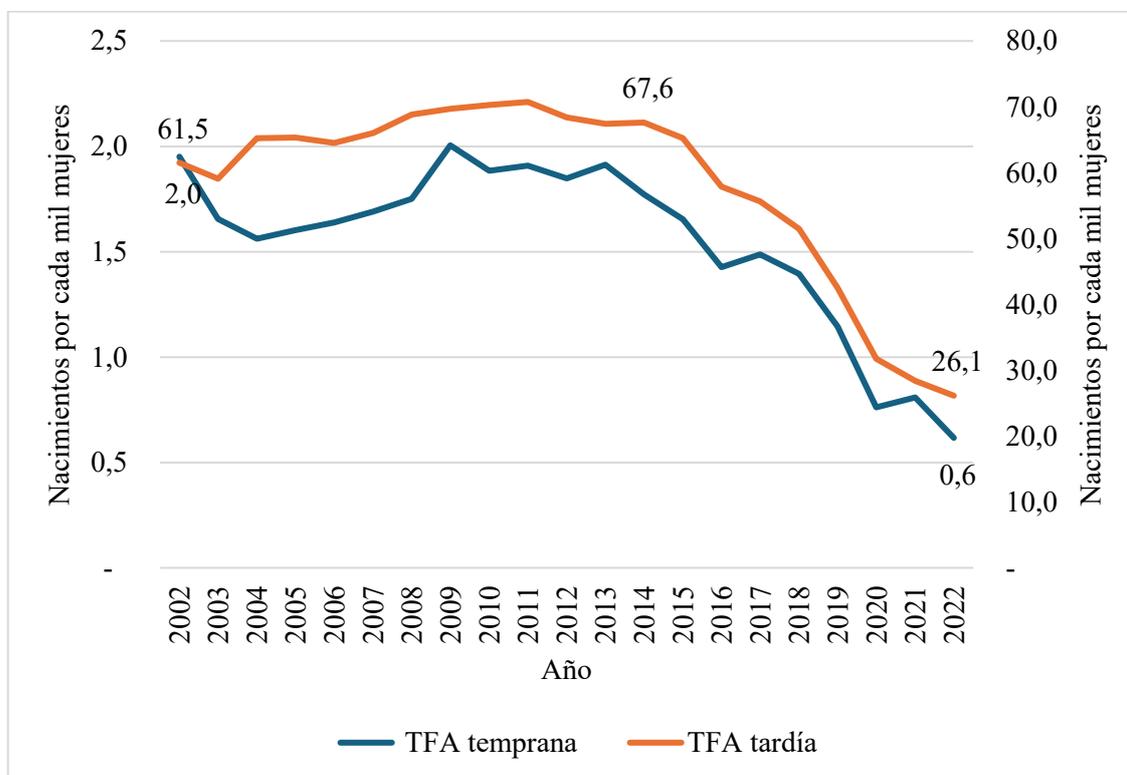
Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2005, 2013) y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2003-2024).

En cuanto a las tasas específicas de fecundidad por edad, la tasa de fecundidad adolescente temprana (mujeres de 10-14 años), experimentó un descenso del -68,4% entre 2002 y 2022, pasando de 2 nacimientos por cada mil mujeres a 0,6 nacimientos por cada mil mujeres al final del periodo.

Por su parte, la tasa de fecundidad adolescente tardía (mujeres de 15-19 años) registró un aumento del 10% entre 2002 y 2014, seguido de una disminución del -61,3% desde 2014 hasta 2022. En 2002, la tasa se ubicaba en 61,5 nacimientos por cada mil mujeres; en 2014 alcanzó 67,6 nacimientos, para luego reducirse a 26,1 nacimientos por cada mil mujeres en 2022.

[Gráfico 2]

**Tasa de Fecundidad Adolescente temprana (mujeres de 10-14 años) y tardía (mujeres de 15 a 19 años). Argentina (total país), 2002-2022.**

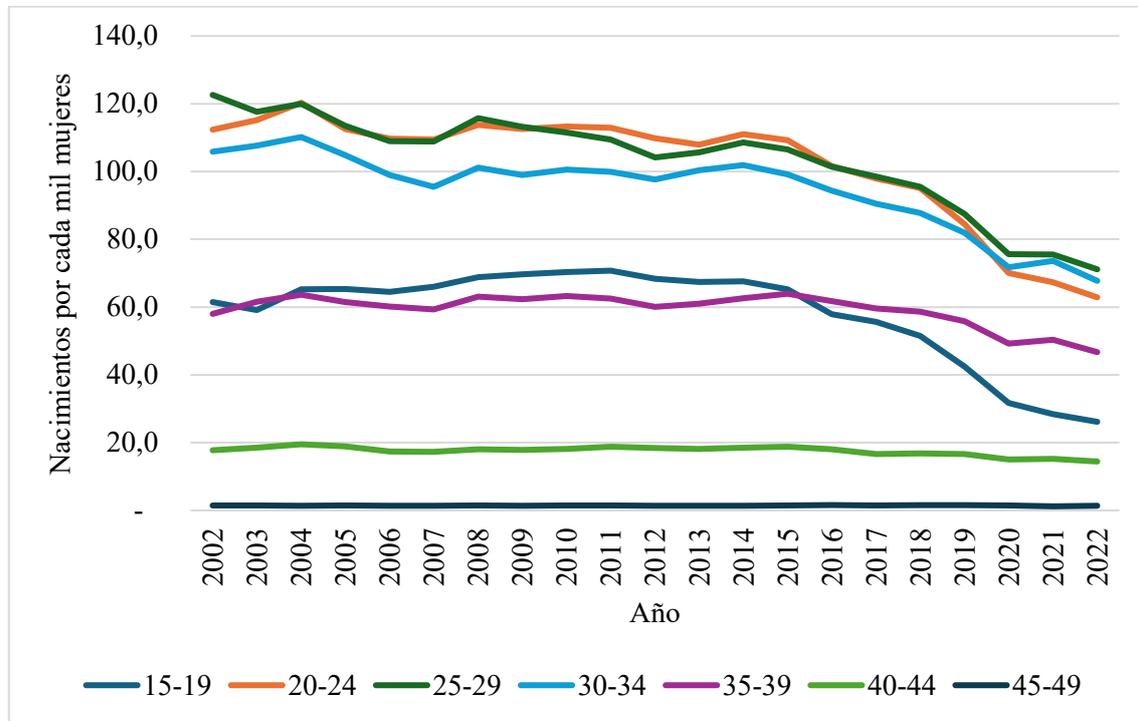


Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2005, 2013) y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2003-2024).

Para los demás grupos de edad también se observó una tendencia decreciente. La tasa de fecundidad para el grupo de mujeres de 20-24 años se mantuvo alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres hasta 2016, pero disminuyó a 62,9 nacimientos por cada mil mujeres en 2022, un descenso del -44% en dos décadas. El grupo de 25-29 años tuvo un comportamiento similar, pasando de 100 nacimientos por cada mil mujeres hasta 2016 a 70,1 nacimientos en 2022, lo que implicó una reducción del -42% entre 2002 y 2022. El grupo de mujeres de 30-35 años pasó de 105,9 nacimientos en 2002 a 67,7 nacimientos por cada mil mujeres en 2022, registrando un descenso del -36%. Los demás grupos de edad permanecieron relativamente estables durante todo el periodo analizado, el grupo de mujeres de 35-39 años tuvo un descenso del -19,5%, el grupo de mujeres de 40-44 años un descenso del -18,9% y por último, el grupo de mujeres de 45-49 años, un descenso del -4,1%.

[Gráfico 3]

**Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, según año calendario. Argentina (total país), 2002-2022.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2005, 2013) y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2003-2024).

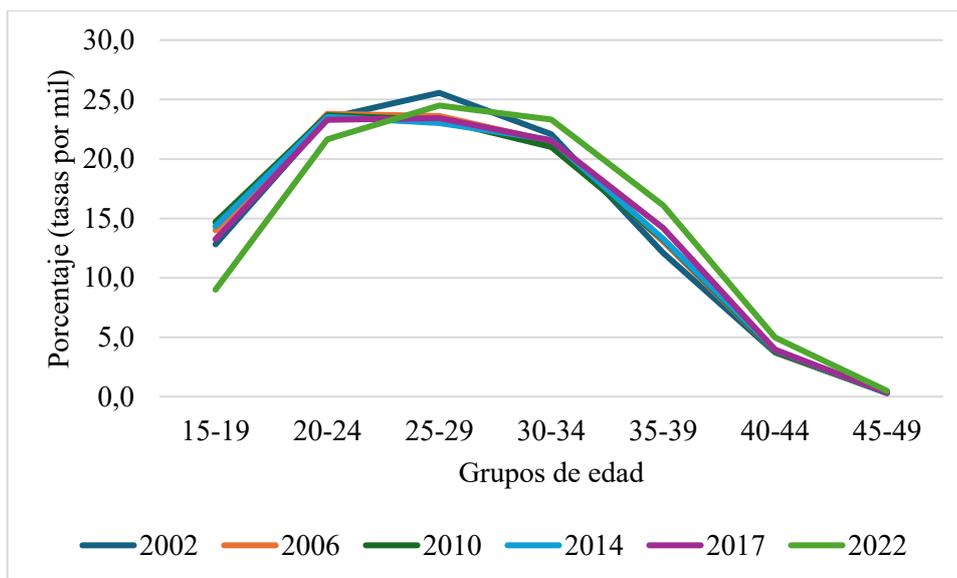
En términos de estructura de la fecundidad, el análisis de la distribución porcentual de las tasas específicas de fecundidad por edad evidencia un desplazamiento de la curva, resultado de la disminución en los grupos de 15 a 29 años y de un posible retraso a la maternidad. Hasta 2014, la máxima de la fecundidad se encontraba en los grupos de 20-24 y 25-29 años (23,5% y 23%, respectivamente), configurando una cúspide dilatada. Para 2022, la máxima se desplazó a los grupos de 25-29 y 30-34 años (24,5% y 23,3%, respectivamente), constituyendo una cúspide dilatada tardía.

La edad media a la maternidad paso de 28 años en 2002 a 29,1 en 2022, lo que representa un aumento de un año en dos décadas. Sin embargo, este indicador, al ser una medida de tendencia central, no permite concluir un retraso sin considerar la edad de maternidad según orden de paridez. Un análisis más detallado sobre el orden de paridez, realizado por Bathory, Muhafra y Grushka (2023) utilizando estadísticas vitales, sugiere que el aumento en la edad media a la maternidad puede estar vinculado tanto a la postergación de la

maternidad como a una disminución en el número total de hijos por mujer al finalizar su vida reproductiva, lo atribuye a un cambio en el calendario reproductivo.

[Gráfico 4]

**Estructura de la fecundidad: porcentaje de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por año. Argentina (total país), años seleccionados<sup>13</sup>.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2005, 2013) y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2003, 2007, 2011, 2015, 2018, 2024).

## CONCLUSIONES

Desde el retorno de la democracia en Argentina, los derechos sexuales y (no) reproductivos han ocupado un lugar central en la agenda política. Sin embargo, fue a partir de la década del 2000 cuando se produjo un cambio sustancial en el rol del Estado. Este giro, impulsado por las demandas históricas del movimiento de mujeres, se materializó en la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que marcó un hito al garantizar el acceso a servicios esenciales de salud sexual y métodos anticonceptivos, promoviendo la igualdad de género y respetando la autonomía corporal. La Ley 25.673 estableció un marco normativo integral para la salud sexual y reproductiva, abordando problemáticas como la mortalidad materna, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados. En este contexto, la consolidación de un modelo biomédico permitió que las mujeres tomaran decisiones informadas sobre su salud reproductiva,

<sup>13</sup> Los años seleccionados corresponden con el inicio del período estudiado, la implementación de políticas públicas relevantes y los años de realización de censos nacionales.

fortaleciendo su capacidad de elección y contribuyendo a una maternidad deseada en una sociedad más inclusiva.

En términos demográficos, la fecundidad en Argentina se mantuvo estable desde comienzos del siglo XXI hasta 2014, cuando inició un descenso sostenido que llevó los niveles por debajo del reemplazo en 2018. La Tasa Global de Fecundidad pasó de 2,4 a 1,5 hijos por mujer, representando una reducción del -39,6% en dos décadas. Este fenómeno estuvo acompañado por una disminución significativa en la fecundidad adolescente: en el grupo de 10 a 14 años, la caída fue del -68,4%, mientras que en el grupo de 15 a 19 años alcanzó el -57,5%. La abrupta caída de la fecundidad a partir de 2014, no anticipada por las proyecciones de población, refleja profundas transformaciones sociales y culturales que reavivaron los debates sobre desarrollo y población en la esfera pública.

El impacto de las políticas públicas fue determinante en este proceso. La incorporación de métodos anticonceptivos de emergencia y de larga duración, la anticoncepción quirúrgica, la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia contribuyeron significativamente al descenso de la fecundidad. Estas iniciativas, implementadas a través del sistema educativo, las instituciones de salud y los espacios comunitarios, promovieron la autonomía individual y ayudaron a reducir desigualdades estructurales. Además, el rol del movimiento feminista fue clave. Gran parte de la responsabilidad de que el tema de la salud sexual y reproductiva se instalara en la arena pública, la sociedad civil, los medios tradicionales de comunicación, las redes sociales y pasara al Congreso fue por la irrupción en el espacio público del movimiento feminista de #niunamenos (2015) y la Marea Verde (2018). Estos movimientos reclamaron, por un lado, que la sociedad se involucre en temas que hasta entonces se consideraban de la esfera privada y por el otro, la intervención social del Estado: pusieron en el centro del debate público el derecho a decidir sobre la maternidad y la necesidad de una intervención estatal activa en la garantía de estos derechos.

No obstante, persisten desafíos. El embarazo adolescente es un problema de salud pública y de derechos humanos, especialmente en casos de embarazos forzados. Si bien el Plan ENIA ha logrado reducir los embarazos no planificados en adolescentes, persisten desigualdades estructurales que afectan principalmente a los sectores más vulnerables. Esto evidencia la necesidad de ampliar el alcance de las políticas públicas más allá de la educación sexual y la provisión de anticonceptivos, incorporando estrategias que

promuevan oportunidades educativas y económicas equitativas para abordar de manera integral las dinámicas sociales vinculadas a la maternidad adolescente.

Por otro lado, el descenso de la fecundidad ha generado transformaciones significativas en la estructura y dinámica poblacional, desafiando y alterando concepciones tradicionales sobre el rol de la familia, la maternidad y la reproducción social. Sin embargo, a pesar de los avances en autonomía femenina en el ámbito público, persisten desigualdades en el ámbito doméstico, especialmente en la distribución de las responsabilidades de cuidado. Además, en el marco de lo que se conoce como la segunda transición demográfica, las nuevas dinámicas en las uniones, separaciones y divorcios no siempre conducen a una mayor autonomía; en algunos casos, pueden generar efectos contrarios.

Los discursos que han circulado desde los primeros años de la nación argentina parecen seguir vigentes. Si bien el Estado ha acompañado al movimiento de mujeres en la ampliación del marco normativo, cuando los derechos reproductivos entran en disputa, la maternidad vuelve a ser concebida como un asunto de interés estatal. Históricamente, se ha asignado a las mujeres el rol del hogar y la reproducción social de la familia, lo que evidencia la necesidad de continuar profundizando los debates sobre derechos, autonomía y equidad de género.

El descenso sostenido de la fecundidad en Argentina no solo ha transformado las dinámicas familiares y reproductivas, sino que también plantea desafíos estructurales a largo plazo. La reducción en los nacimientos impactará en la composición de la población, acelerando el proceso de envejecimiento. Sin embargo, estos cambios no afectan a todos los sectores por igual: persisten profundas desigualdades en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, con brechas significativas según región, nivel socioeconómico y acceso a servicios de salud. Las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad aún enfrentan barreras en el ejercicio de su autonomía reproductiva, lo que refuerza la necesidad de políticas focalizadas que garanticen acceso equitativo a métodos anticonceptivos y educación sexual. En este contexto, la continuidad y el fortalecimiento de las políticas públicas resultan fundamentales para sostener los avances logrados y evitar retrocesos en derechos adquiridos. Dado que la agenda de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente objeto de disputa política, es crucial que las estrategias estatales se mantengan firmes en su enfoque de equidad de género y justicia social, asegurando que los derechos reproductivos no dependan de coyunturas políticas, sino que sean reconocidos como una base innegociable del bienestar social y del desarrollo sostenible

En conclusión, las últimas dos décadas han sido testigos de una compleja interacción de factores políticos, sociales y culturales que han transformado los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Si bien los avances han sido significativos, persisten desafíos que requieren políticas públicas integrales. Garantizar la igualdad de género, fortalecer la autonomía de las mujeres y equilibrar las necesidades individuales con los objetivos del desarrollo serán elementos clave para construir una sociedad más equitativa e inclusiva.

### Referencias bibliográficas

BATHORY, María Florencia, MUHAFRA, Sofía y GRUSHKA, Carlos, “El descenso de la fecundidad en Argentina 2010-2021. Cuantificación y contexto”, Actas de las XVII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, IV Congreso Internacional de Población del Cono Sur, Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Cafayate (Salta), 2023, pp. 1-20. Disponible en línea: <https://www.academica.org/xvii.jornadas.aepa/2>

BAY, Guimar, DEL POPOLO, Fabiana y FERRANDO, Delicia, La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Sesión 4: Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos, Santiago de Chile, CEPAL-CELADE, 2004. Disponible en línea: <https://hdl.handle.net/11362/6738>

BROWN, Josefina Leonor, “Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas”, en *Cadernos Pagu*, núm. 30, 2008. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>

BURGOS, Manuela, Fecundidad y derechos (no) reproductivos en Argentina 2002-2022: una aproximación sociodemográfica al plan ENIA (Trabajo Final de Grado). Universidad Nacional de Córdoba, 2024. Disponible en línea: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/554015>.

CEPEDA, Agustina, Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: Entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006), *Prácticas de Oficio. Investigación y Reflexión en Ciencias Sociales*, núm. 2, 2008, pp. 23-37.

CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN, Ley 11.179 de 1921, Artículo 86, 3 de noviembre de 1921, B. O. No. 8.300.

CONSORCIO NACIONAL DE MONITOREO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: Una revisión de la legislación y la jurisprudencia, 2008, UNFPA.

DECISIÓN ADMINISTRATIVA 457, Estructura organizativa, 5 de abril de 2020, B.O. No. 34.348.

DECRETO 1.454, Modifícase la Ley N° 24.476. Trabajadores autónomos. Régimen permanente de regularización voluntaria de deudas. Determinación de las mismas, 7 de diciembre de 2005, B.O. No. 30.797.

DECRETO 1.602, Incorpórase el Subsistema no Contributivo de Asignación Universal por hijo para Protección Social, 30 de octubre de 2009, B.O. No. 31.770.

DECRETO 446, Modifícase la Ley N° 24.714 en relación con la Asignación por Embarazo para Protección Social, 19 de abril de 2011, B.O. No. 32.133.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD, Estadísticas Vitales. Información básica. Argentina - Año 2002-2022, Serie 5 Número 46-66, 2003-2024.

FELITTI, Karina, Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, 2009. Disponible en línea: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1389>.

FELITTI, Karina A., Planificación familiar en la Argentina de las décadas 1960 y 1970: ¿Un caso original en América Latina?, en Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 27, núm. 1, 2012, pp. 7-42. Disponible en línea: <https://doi.org/10.24201/edu.v27i1.1408>.

FELITTI, Karina, CEPEDA, Agustina, MATEO, Natacha, RUSTOYBURU, Cecilia, Tecnologías biomédicas y feminismos: Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos, Buenos Aires, Grupo Editor Universitario, 2022.

FUNDACIÓN HUÉSPED, Historia del aborto en Argentina. Disponible en línea: <https://huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/interrupcion-voluntaria-del-embarazo/historia-del-aborto-en-argentina/>, Fecha de consulta: 14/04/2025.

GARDEL, Lucia, No hay evidencia de que las chicas se embarazan por un plan, UNICEF, 2022.

GARGANTA, Santiago, El impacto laboral y demográfico de la Asignación Universal por Hijo en Argentina (Tesis doctoral) Universidad Nacional de La Plata, 2015. Disponible en línea: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/46182>

INCERTI, María Irene, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Un primer acercamiento, XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales,

Universidad Nacional de Buenos Aires, 2015. Disponible en línea:  
<https://www.aacademica.org/000-061/776>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS, Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie 31, Análisis demográfico, INDEC, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS, Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2010-2040, Serie 36, Análisis demográfico, INDEC, 2013.

LEY 25.673, Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud, 22 de noviembre de 2002, B. O. No. 30.032.

LEY 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, 26 de octubre de 2005, B. O. No. 30.767.

LEY 26.130, Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, 29 de agosto de 2006, B. O. No. 30.978.

LEY 26.150, Programa Nacional de Educación Sexual Integral, 24 de octubre de 2006, B. O. No. 31.017.

LEY 26.529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, 20 de noviembre de 2009, B. O. No. 31.785.

LEY 26.618, Matrimonio Civil, 22 de julio de 2010, B. O. No. 31.949.

LEY 26.743, Establécese el derecho a la identidad de género de las personas, 24 de mayo de 2012, B. O. No. 32.404.

LEY 27.610, Acceso a la Interrupción Voluntaria del embarazo, 30 de diciembre de 2021, B. O. No. 34.562.

MARIO, Silvia y PANTELIDES, Edith Alejandra, Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en la Argentina, XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación de Estudios de Población de la Argentina, 2011. Disponible en línea:  
<https://www.aacademica.org/000-091/42>

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, Consejo Federal de Salud, Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina, 2004.

MINISTERIO DE SALUD, Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, 2010.

MINISTERIO DE SALUD, Protocolo para la atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud, 1ª ed., 2011.

MINISTERIO DE SALUD, Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2ª ed., 2015.

MINISTERIO DE SALUD, 20 años de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva. Acceder a derechos nos cambia la vida, YouTube, 2022. Disponible en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=pQrI0PNUZ6k>. Fecha de consulta: 14/04/2025.

MINISTERIO DE SALUD, Implantes anticonceptivos subdérmicos. Nota técnica 5, 2023.

PANTELIDES, Edith Alejandra, La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo, en Desarrollo Económico, 22(88), 1983, pp. 511-534.

RESOLUCIÓN 1790, Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia, 10 de agosto de 2017.

RESOLUCIÓN 232, Incorpórase la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), como método anticonceptivo hormonal al Programa Médico Obligatorio, 9 de marzo de 2007, B.O. No. 31.112.

RESOLUCIÓN 755, Programa Médico Obligatorio: Ligaduras de trompas de falopio/vasectomía, 31 de octubre de 2006, B.O. No. 31.022.

RESOLUCIÓN 989, Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, 17 de agosto de 2005, B.O. No. 30.718.

RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge, Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos, Serie Población y Desarrollo N° 119, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2017. Disponible en línea: <https://hdl.handle.net/11362/42511>

RUSTOYBURU, Cecilia, "Embarazo en la adolescencia, medicalización y derechos reproductivos en Argentina. Un análisis del Plan Nacional de Prevención de Embarazo no Intencional en la Adolescencia", en Amores ilícitos. Diversidad, desigualdad y filiación, Amores, ilícitos, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), 2020, pp. 124-135. Disponible en línea: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/150483>.

TORRADO, Susana, "Transición de la fecundidad. Los hijos ¿Cuántos? ¿Cuándo?", en S. Torrado (Ed.), Población y bienestar en la Argentina del primer al segundo centenario. Una historia social del siglo XX, 1ra ed., Buenos Aires, EDHASA, 2007, pp. 439-474.

WELTI, Carlos, Demografía I, Buenos Aires, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 1997.