

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO



Serie Estado, políticas públicas y ciudadanía

# PLANES NACIONALES EN DERECHOS HUMANOS DEBATES Y REFLEXIONES SOBRE EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS

*Victoria Kandel*  
*Laura Gottero*  
*Verónica Jaramillo*  
[Comps.]



Planes nacionales en derechos humanos : debates y reflexiones sobre experiencias latinoamericanas / Laura Pautassi ... [et al.] ; compilado por Victoria Kandel ; Laura Gottero ; Verónica Jaramillo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2021.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-722-887-8

1. Planes Nacionales. 2. Derechos Humanos. I. Pautassi, Laura. II. Kandel, Victoria, comp. III. Gottero, Laura, comp. IV. Jaramillo, Verónica, comp.  
CDD 323.098

Otros descriptores asignados por CLACSO:  
DDHH / Políticas Públicas / Estado / Democracia / Migraciones / Racismo / Salud / Justicia / Memoria / América Latina

Este libro fue sometido a un proceso de evaluación por pares.

Esta publicación cuenta con el apoyo del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCYT-MINCYT, Argentina) Proyecto PICTO-UNLa "Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (2017- 2020): relevamiento sobre el estado de implementación en el Conurbano Sur de la Provincia de Buenos Aires"



**Agencia I+D+i**

**FONCYT**

Fondo para la Investigación  
Científica y Tecnológica

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

**PLANES NACIONALES  
EN DERECHOS HUMANOS  
DEBATES Y REFLEXIONES SOBRE  
EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS**

**Victoria Kandel, Laura Gottero y Verónica Jaramillo  
Compiladoras**

Grupo de Trabajo “Políticas públicas en Derechos Humanos”



# **DERECHO A LA SALUD EN EL PNADH (2017-2019)**

## **Una presencia prestada**

Laura Gottero

Este artículo presenta una discusión sobre la construcción y planificación del derecho a la salud en una política integral de derechos humanos en Argentina (el Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos, PNADH 2017-2020), a partir de entender que la inclusión de este, por sí mismo, no definió su caracterización desde un enfoque de derechos, puesto que se requerían transformaciones conceptuales y metodológicas para cumplir ese objetivo. De allí que este derecho sea considerado en este artículo una “presencia prestada” desde las agencias de salud estatales, tanto porque su enunciación no incorporó elementos específicos del enfoque de derechos humanos aplicado a la formulación de políticas, como porque las acciones previstas ya formaban parte –e incluso ya estaban siendo desarrolladas– de las planificaciones que tenían intervención específica en esas áreas. Este planteo se refuerza con el análisis de los balances de medio término del Plan, de los cuales se supone que serán los últimos debido a que la nueva gestión de la Secretaría de Derechos Humanos nacional no se ha pronunciado sobre el seguimiento de esta política.

Si bien no hay novedades oficiales sobre la continuación o no del Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos al momento de elaborar este texto,<sup>1</sup> su análisis sigue siendo pertinente en tanto existe

---

1 Este artículo fue enviado en el mes de junio de 2020 para su compilación. Es de recordar que, en ese momento, la Argentina –junto con varios países de la

una vacancia de estudios sobre la formulación y desarrollo de esta política pública –desafío que el proyecto en el que se enmarca esta publicación pretende afrontar–, y porque los resultados de indagación y debate pueden contribuir a la elaboración de insumos que permitan reformular este Plan o diseñar otros con una intención superadora.<sup>2</sup>

### **PROPÓSITOS GENERALES DE ANÁLISIS**

Este artículo aborda la planificación en torno del derecho a la salud que se encuentra en el Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (PNADH) elaborado por el Estado argentino para el periodo 2017-2020, durante la gestión de Mauricio Macri como presidente nacional y de Claudio Avruj como secretario de Derechos Humanos. A partir del estudio de la estructura de la planificación y de los objetivos sanitarios planteados, se indaga en la construcción de la agenda de salud pública en articulación con un enfoque de derechos humanos (EDH), con el fin de pensar críticamente el diseño de esta política, así también la selección de objetivos y líneas de acción. El análisis parte de la premisa de que existen distancias con implicancias concretas entre las políticas que gestionan y regulan derechos sociales dándoles el sentido y el alcance de derechos humanos, y las que otorgan a los derechos sociales una retórica de derechos humanos sin reconstruir y revisar su contenido y sus modalidades de implementación. Esto es así porque la perspectiva de derechos no constituye una declaración de buenas intenciones por parte de los Estados, sino una metodología y un esquema conceptual preciso que puede y debe ser aplicado en el diseño de políticas.

### **SALUD: UN DERECHO HUMANO QUE ES SOCIAL, PERO QUE PUEDE SER SOCIAL SIN SER HUMANO**

La planificación del derecho a la salud como derecho social constitucional y como derecho (social) humano entraña efectos diferenciales. El primer modo constituye un compromiso estatal en el nivel nacional,

---

región– cursaba un aislamiento social preventivo y obligatorio con el fin de hacer frente a la pandemia de COVID-19 que se transformó en un problema de salud pública mundial. En consecuencia, la administración pública en todos sus niveles concentró esfuerzos en la gestión de dicho aislamiento y en la labor respecto de la prevención y el control del virus en la población, así como también redujo o pospuso el desarrollo de otras iniciativas de sus respectivas agendas de gobierno. Por ello, la situación del PNADH quedó en suspenso desde la asunción de las nuevas autoridades de la Secretaría de Derechos Humanos, cuya autoridad máxima es Horacio Pietragalla desde el inicio de la presidencia de Alberto Fernández.

2 Una versión ampliada de este artículo puede consultarse en Gottero (2019, pp. 167-192).

de acuerdo con las delimitaciones surgidas de la normativa y de las representaciones que cada Estado construye respecto de los sujetos de derechos; el segundo representa un conjunto de obligaciones estatales asumidas ante la comunidad internacional, que protege a todas las personas que se encuentran en el territorio del Estado que aprobó dichos acuerdos (OEA, 2015; Gerlero, 2010; Abramovich y Pautassi, 2010; Pautassi, 2010a, 2010b; Abramovich y Courtis, 2006; Kawabata, 2003, entre otros/as). La percepción de esta diferencia constituye un elemento crucial para el estudio del PNADH, puesto que la enunciación de acciones programáticas da cuenta de la incorporación de la salud como derecho social, mas no necesariamente incorporan el enfoque y los aspectos constitutivos del derecho a la salud como derecho humano. Así, la especificidad de diseñar un plan de derechos humanos enfrenta un desafío importante, puesto que la incorporación del enfoque de derechos no solo es una expresión de aceptación de esta mirada, sino que implica la puesta en práctica de lineamientos y formulaciones específicas.

#### **METODOLOGÍAS PARA INCORPORAR EL ENFOQUE DE DERECHOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Tal como señalan Rossi y Moro (2014), en la actualidad existen dos modelos preponderantes para el diseño de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: la propuesta esbozada por Naciones Unidas (2006) y la guía metodológica-conceptual desarrollada por la Organización de Estados Americanos (OEA) entre 2008 y 2015.

Con respecto a esta última, su elaboración surge del contenido del Protocolo de San Salvador, puntapié para el diseño de la metodología específica del enfoque de derechos humanos para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Dicho desarrollo fue plasmado en el documento *Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (OEA, 2015), que explica el modo de identificación y evaluación de las obligaciones estatales incluidas en la formulación de políticas. Esta propuesta, de carácter vinculante para los Estados que aprobaron el Protocolo, se compone de indicadores cuantitativos y cualitativos: los primeros expresan un resultado esperado con magnitudes (“cantidad de personas que acceden a una consulta en un centro de atención primaria de la salud”), y los segundos caracterizan ese resultado esperado a través de dimensiones no mensurables (“inclusión y tipo de preguntas sobre determinantes sociales de la salud realizadas por el/la efector/a de salud en el cuestionario inicial de anamnesis durante la consulta en un centro de atención primaria de la salud”).

De manera complementaria –y esto constituye uno de los elementos diferenciales de esta propuesta–, se propone la incorporación de señales de progreso que permitan indagar la experiencia que las personas consideran tener respecto de su acceso a derechos. Siguiendo el tema de los ejemplos anteriores, una señal de progreso podría ser “grado y características de información significativa sobre su cuadro de salud que la persona cree haber adquirido a partir de la consulta médica realizada”.<sup>3</sup>

Dichos indicadores y señales se indagan desde tres vías de entrada: recepción del derecho (forma en que un derecho del Protocolo se encuentra incorporado en la normativa nacional y las políticas públicas), contexto financiero y presupuestario (disponibilidad efectiva de recursos para la ejecución de políticas públicas), y capacidades estatales e institucionales (de qué manera el Estado establece y sostiene agencias específicas para la implementación de políticas públicas, donde confluyan la recepción del derecho y el presupuesto necesario en pos de la provisión de los recursos humanos y materiales necesarios para la protección del derecho en cuestión). De manera simultánea, el análisis se realiza a partir de dimensiones transversales: igualdad y no discriminación, acceso a la información y participación, y acceso a la justicia.<sup>4</sup>

El modelo propuesto por Naciones Unidas no comprende un esquema con dimensiones y variables metodológicas, pero provee elementos para rastrear la incorporación del Enfoque de Derechos Humanos (EDH) en la acción del Estado, en relación estrecha con las estrategias gubernamentales orientadas al desarrollo. El planteo general no está orientado a visibilizar las obligaciones de los Estados en primer lugar, sino a persuadir del empleo del EDH en diferentes contextos nacionales apelando a diversos argumentos relacionados con la gestión pública. Así, este enfoque identifica a titulares de derechos y titulares de deberes como elemento característico –sin centrarse en la responsabilidad estatal como vértice del compromiso con los derechos humanos–, y establece como objetivo del EDH en las políticas la “realización” de los DD. HH.

La propuesta de la ONU no tematiza la dimensión de obligatoriedad sino la de conveniencia en el uso del EDH, al que se le asigna

---

3 El documento de la OEA (2015) provee sus propias sugerencias de indicadores y de señales, distinguidas por tipo de derecho. Los ejemplos aquí presentados son ejercicios derivados del estudio de dicho modelo.

4 Esta síntesis proviene de un abordaje en profundidad realizado en publicaciones anteriores, que no se detalla aquí por razones de extensión de texto. Para mayor información, consultar Gottero (2015a).

beneficios de orden práctico: a) clarificar derechos de “los más pobres entre los pobres”; b) lograr un abordaje holístico de los derechos humanos, como sustrato de políticas, mediante la referencia a los instrumentos internacionales de DD. HH.; c) la posibilidad de generar procesos participativos; d) desarrollar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas; e) concretar la vigilancia de los compromisos del Estado; y, f) exhibir resultados positivos sostenidos que hagan más efectivas “las inversiones”. Estas finalidades constituyen, para la propuesta, las fortalezas de la incorporación de una perspectiva de derechos en las políticas públicas de los Estados, pero la dimensión de obligación estatal se subordina a la estrategia persuasiva pensada para efectivizar la adopción de estos fundamentos. Por último, la vinculación de la perspectiva de derechos humanos con los enfoques sobre el desarrollo otorga un carácter instrumental a aquella, mostrándola como una herramienta favorable de gobierno, y no como una meta en sí misma.<sup>5</sup>

Tal como veremos en la instancia de análisis del derecho a la salud según el PNADH, la elección de una u otra opción para incorporar el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas supone consecuencias importantes en el contenido y el alcance de la salud como derecho humano planificado.

## **PLANIFICACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN EL PNADH**

El análisis de la construcción del derecho a la salud como derecho humano incluido en el PNADH se realizó mediante la indagación en tres dimensiones: a) estructura formal de la planificación, para observar cómo es la localización del derecho a la salud en esta; b) representaciones y definiciones del derecho a la salud vertidas en la planificación; y, c) selección y articulación de los objetivos que componen la planificación del derecho humano a la salud en la política pública estudiada.

El derecho a la salud se encuentra dentro del eje temático N° 4 del PNADH: “Acceso universal a derechos”, y cada una de las acciones se estructura en contenido, responsables, socios necesarios, meta e indicador. En términos metodológicos, es importante señalar que las metas y los indicadores están definidos de manera cuantitativa, estableciendo porcentajes esperados de resultado para cada propósito, lo que constituye una visión parcial desde un enfoque de derechos, que debería complementarse con indicadores cualitativos y con señales

---

5 Una crítica pormenorizada del uso del enfoque de derechos humanos en las políticas y estrategias de desarrollo ha sido elaborada por Abramovich (2006).

de progreso surgidas de la experiencia de la población. Asimismo, no se observa una periodización de las metas o un cronograma de realización –se entiende que ello sería materia de los Planes Operativos Anuales (POAs) o de los Planes Federales (adhesiones de gobiernos provinciales al PNADH).<sup>6</sup>

En lo que respecta a la distribución de responsables y de socios, allí también se pueden discutir premisas relativas a la integralidad y la transversalidad del derecho a la salud, componentes necesarios para la construcción del acceso desde un enfoque de derechos. Entre los responsables, el PNADH distingue al Ministerio de Salud<sup>7</sup> en su totalidad, aunque a veces se hace referencia al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) y al Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). La identificación precisa de estas agencias de salud, para pasar directamente a la referencia general al Ministerio de Salud, motiva una primera observación sobre la orientación de las acciones en las áreas de salud que han registrado mayores avances en el periodo reciente –más allá de las gestiones particulares– respecto del lenguaje y la metodología de derechos humanos aplicada a la gestión. Ello quita preeminencia a los desafíos persistentes en espacios de la agenda de salud pública donde la perspectiva de derechos constituye una asignatura pendiente, como es el caso de la epidemiología. En esta área, una interpelación desde el PNADH contribuiría a que esos espacios de gestión puedan transformar su abordaje de trabajo. Así, esta área podría pasar de una gestión sanitaria de las poblaciones en territorio, a una perspectiva integral de las problemáticas de salud pública donde se incluyan consideraciones relativas a las desigualdades estructurales, representaciones actualizadas sobre las movilidades de personas, y se enmarquen las acciones previstas de acuerdo con indicadores de derechos humanos planteados para las políticas públicas, puesto que esta articulación es factible, necesaria y puede mejorar los resultados previstos para una

---

6 De acuerdo al Informe de Medio Término publicado por la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural (2019), desde enero de 2018 y hasta el momento de finalizar la gestión de Macri, 17 jurisdicciones habían firmado su adhesión al PNADH: Jujuy, Chaco, Corrientes, Río Negro, Mendoza, Misiones, Salta, Entre Ríos, Tierra del Fuego, Neuquén, La Rioja, Tucumán, Chubut, Santa Fe, San Juan, Provincia de Buenos Aires y CABA.

7 Si bien en las referencias del PNADH se mantiene la denominación de “Ministerio”, es importante señalar que en septiembre de 2018, a través del Decreto 802, se reestructuró el organigrama de la administración pública nacional del Estado argentino, y ello provocó que varios Ministerios se transformaran en “Secretarías de gobierno”. Es así como el entonces Ministerio de Salud se convirtió en “Secretaría de gobierno en salud”; no obstante, en este artículo se mantendrá la denominación original que es la que figura en el Plan.

acción sanitaria epidemiológica (Breilh, 2013; 2010; 2009; Gottero, 2014; 2015a; 2015b; Menéndez, 2009; Krieger, 2001; Ortiz, 2005; Ortiz e Insúa, 2003; Buck et al., 1994, entre otros/as).

En el conjunto de socios necesarios, el PNADH identifica a los gobiernos provinciales, a las obras sociales, a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), y al Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INDEC). A partir de esta selección, la planificación en salud y derechos humanos asume una direccionalidad clara y una focalización en ciertos grupos de la población, a la vez que contempla a esos mismos grupos desde una visión esquemática de la gestión que impide el entrecruzamiento de dimensiones de acción desde el Estado. Como ejemplo, la referencia focalizada en la SENAF como única agencia estatal vinculada con la gestión de una población que requiere de especial atención revela, por un lado, cierta prefiguración de destinatarios en la planificación de salud, a la vez que deja a un lado otras posibilidades de articulación. De hecho, esos niños, niñas y adolescentes (NNA) pueden ser migrantes, integrantes de pueblos originarios, afrontar una condición de discapacidad, vivir experiencias relativas a su condición sexual o de género, participar (o no) del sistema educativo, así como otras prácticas propias de su desarrollo familiar y social que inciden en su situación de salud, las cuales pueden ser reguladas por el Estado e incluirse en líneas de acción desde un enfoque de derechos humanos.

Esta crítica por la ausencia de una mirada transversal se confirma al observar la planificación específica del PNADH para el grupo de NNA en el Eje N° 1 “Inclusión, no discriminación e igualdad”, donde el punto 1.4 establece la protección de los grupos que se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad: NNA, adultos mayores, y personas en situación de discapacidad. No obstante, en la planificación específica del derecho a la salud no se hallan medidas que atiendan las problemáticas específicas de las personas mayores y de quienes afrontan discapacidad(es), por lo que se observan inconsistencias en la construcción de poblaciones prioritarias desde el abordaje sanitario con perspectiva de derechos humanos.<sup>8</sup>

---

8 Es de resaltar que todas las poblaciones referidas en este artículo y en el PNADH (migrantes, personas mayores, NNA, personas en situación de discapacidad, etc.) fueron objeto de Convenciones de derechos humanos específicas que regulan el modo y alcance de la protección que los Estados debían brindarle, en razón de su situación particular de vulnerabilidad, y que estos instrumentos fueron ratificados por Argentina.

**Cuadro 1. Representaciones y prioridades del derecho a la salud**

| Dimensión de estudio   | PNADH Argentina 2017-2020  |
|--|--|
| Representaciones del derecho a la salud según prioridades establecidas | <p>El derecho a la salud se planifica en 7 acciones, distribuidas de la siguiente manera:</p> <p>3 orientadas a la SSyR: provisión de insumos e información sobre anticoncepción, reducción de embarazos adolescentes no intencionales, y realización de la segunda edición en el año 2019 de la Encuesta Nacional de SSyR, para compararla con el primer relevamiento de 2013.</p> <p>2 relacionadas con la salud materno-infantil: promoción de la lactancia, y reducción de la morbimortalidad a través de estrategias de prevención y atención perinatales.</p> <p>1 destinada a la accesibilidad del sistema de salud en “poblaciones vulnerabilizadas”, vinculada con la mejora del porcentaje de diagnósticos oportunos mediante estrategias “amigables” en el sistema. Sin embargo, el indicador de resultado se centra en los diagnósticos de VIH y refiere exclusivamente a esta población afectada.</p> <p>1 acción programática para reducir la morbimortalidad de la enfermedad de Chagas, a través del control vectorial, la recertificación de no circulación en algunas provincias, y del diagnóstico oportuno en niños, niñas y adolescentes.</p> |

Fuente: Elaboración propia a partir de la sistematización del análisis.

Como puede verse en el cuadro, los objetivos del acceso a la salud en el PNADH se reparten en cuatro áreas: de manera predominante, salud sexual y procreación responsable, así también salud materno-infantil. De manera menos destacada, la accesibilidad al sistema (con foco en VIH) y la reducción del riesgo epidemiológico sobre la enfermedad de Chagas.

**¿POR QUÉ EL DERECHO A LA SALUD SERÍA UNA “PRESENCIA PRESTADA”?**

Esta idea toma forma cuando avanza el análisis del origen y formulación de las acciones programáticas. Una de las primeras pistas surge de la observación de que ninguna acción constituía –al momento de presentación del Plan– una línea de acción nueva o específica propia de esta política, sino que tomó iniciativas o propósitos de agencias de la órbita del (ex)Ministerio de Salud que fueron incluidas en la planificación sin incluir una revisión conceptual y metodológica desde la perspectiva de derechos humanos. Si bien en el documento analizado existen varios ejemplos que sustentan esta afirmación, aquí se señalarán dos por razones de espacio:

a. La realización de la II Encuesta Nacional de SSyR parte de una línea de acción ya desarrollada por el (ex)Ministerio de Salud de la Nación<sup>9</sup> y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en el

9 La referencia a “ex” se enlaza con el Ministerio de Salud y Acción Social durante la segunda presidencia de Cristina Kirchner (2011-2015), que luego se transformó en Ministerio de Salud y después en Secretaría de Gobierno de Salud durante el período presidencial de Mauricio Macri. Desde diciembre de 2019, esta agencia volvió

año 2013.<sup>10</sup> Su inclusión en el PNADH responde a la meta de “evaluar sus resultados, para generar información relacionada con la salud sexual y la salud reproductiva de la población que oriente la elaboración de estrategias para mejorar la implementación de la política pública y permita la comparación con los datos obtenidos en la Encuesta de 2013” (PNADH, 2017-2020, p. 69).<sup>11</sup> No obstante, parte de estos esfuerzos ya estaban siendo realizados por la entonces denominada Dirección de Salud Sexual y Procreación Responsable, que poseía un banco de recursos y campañas destinados a la población y a los equipos de salud.<sup>12</sup>

Pese a lo deseable de la realización de una segunda edición de la Encuesta, no se observaron en esta acción del PNADH elementos coincidentes con un enfoque de derechos que permitieran evaluar, en principio, cómo sus resultados conducen a conclusiones sobre avances y cuestiones pendientes en materia de cumplimiento de obligaciones internacionales sobre estos temas. Luego, la confección del instrumento de recolección de datos hubiera debido revisarse a la luz de los parámetros del EDH, con el fin de acercar la información obtenida a la “materia prima” necesaria para evaluar estos resultados con aquel paradigma, y mantenerlo en las instancias de sistematización de datos, difusión de resultados y definición de líneas de trabajo subsiguientes. Estas reformulaciones no solo deberían emerger del PNADH, sino que conforman el espacio de su gran oportunidad de transformación de políticas, desde una mirada transversal e integral.

Por último, consultando el Informe de Medio Término puede observarse que esta acción programática no ha sido cumplida, sino que, tal como se informa en el documento, permanecía en fase diagnóstica y se estaban realizando consultas sobre otras encuestas similares que se hubieran realizado al respecto, sin dar mayores precisiones.

b. La promoción y protección de la salud materno-infantil, a partir de dos objetivos: la promoción de la lactancia y la reducción de la morbimortalidad a través de estrategias de prevención y atención

---

al rango ministerial pero, para el momento de formulación del PNADH, la Encuesta había sido realizada por el Ministerio de la gestión anterior.

10 Sus resultados pueden consultarse en [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy\\_2013.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_2013.pdf). Acceso 17 de junio de 2020.

11 Los resultados de dicha Encuesta fueron objeto de análisis académicos, entre los cuales pueden señalarse el artículo de Rojas Cabrera, Moyano y Peláez (2017), y el de Rojas Cabrera (2017).

12 Ver <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual>, aunque la misma existencia de la Dirección expresa un solapamiento entre sus iniciativas y la planificación del PNADH.

perinatales. Nuevamente, estas acciones ya tenían un lugar en otras planificaciones de la agenda de salud pública<sup>13</sup> en la gestión macrista y en las anteriores. A pesar de ser construidas como un derecho universal para las madres y sus niños/as –y si bien era promisoría su referencia en el PNADH– ello no necesariamente implica que su contenido sea configurado desde el EDH, cuya inclusión requiere de requisitos específicos: progresividad, interdependencia, consideración de los elementos concretos de este tipo de planificación, etcétera.

Con relación a este conjunto de acciones, el Informe de Medio Término (2019) presenta las estadísticas favorables sobre lactancia materna exclusiva, como parte de la exposición de resultados de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna. La salvedad es que la Encuesta fue realizada en el año 2017 de manera previa al inicio del Plan, mientras que al periodo de este corresponde el acto de presentación de balances y resultados, los que figuran como un hito en el Informe citado.

#### **LA ACCESIBILIDAD COMO ELEMENTO DE ANÁLISIS**

En el PNADH, las líneas de trabajo relativas a la promoción y prevención de la salud, si bien construyen accesibilidad concreta para este derecho, no definen por sí mismas su orientación por criterios de la perspectiva de derechos humanos orientada a las políticas públicas, y es posible que sufran una evaluación insatisfactoria siguiendo estos parámetros. En relación con esto, la acción de facilitar la llegada y atención en el sistema de salud se encuentra en un solo objetivo del Plan:

---

13 Las actividades de promoción de la lactancia pueden seguirse a partir de este documento del año 2013: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001254cnt-lactancia-promocion-apoyo-hamyn.pdf>; en relación con la sanción en ese mismo año de la Ley 26.873 de Promoción y Concientización Pública de la Lactancia Materna. Más recientemente, a partir del siguiente boletín informativo del año 2016: [http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-08\\_b02/noti0.php](http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-08_b02/noti0.php). En cuanto a la reducción de la morbimortalidad, puede citarse el Plan respectivo del año 2010 del entonces Ministerio de Salud nacional: [http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan\\_operativo\\_reimpresion\\_junio2010\\_WEB.pdf](http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf), y, con anterioridad, un documento estratégico del año 2004: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000246cnt-g17.tapa-morbi-mortalidad-materna-argentina.pdf>. De manera complementaria, puede citarse un documento del año 2013: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis\\_mortalidad\\_materno\\_infantil\\_argentina-2003-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf). Por último, un balance del periodo 2003-2011 que recorre estas acciones y metas se encuentra en el documento publicado por UNFPA en el 2011: [http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06\\_original-balances-syr.pdf](http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_original-balances-syr.pdf). Acceso a todos los sitios web 7 de junio de 2020.

Asegurar el acceso al diagnóstico de la población, realizado oportunamente, con especial foco en poblaciones claves, mediante estrategias tendientes a reducir las barreras de acceso como: la creación de consultorios amigables, la provisión de reactivos para tamizaje, acceso universal sin orden médica al test rápido de VIH en el primer nivel de atención (centros de salud y unidades sanitarias móviles) y organizaciones de la sociedad civil (PNADH, 2017-2020, p. 67).<sup>14</sup>

En la redacción de este objetivo se focaliza la promoción, prevención y control del VIH, por lo que se circunscribe el alcance del concepto de accesibilidad.<sup>15</sup> Si bien, en primera instancia, este objetivo se relaciona con el acceso a un diagnóstico oportuno, resultaría precisa una fundamentación de la predominancia, en el PNADH, de la atención relativa al diagnóstico y tratamiento de VIH, no por ir en desmedro de esta iniciativa de detección sino para evaluar cómo se piensan otro tipo de diagnósticos relacionados con problemáticas de salud pública que también forman parte de la agenda sanitaria. Asimismo, la referencia a “poblaciones claves”, sin indicar cuáles son, también revela inconsistencias y ambigüedades en esta parte de la planificación.

Recorriendo el grado de alcance o avance respecto de estos compromisos, la lectura del Informe de Medio Término permite observar que buena parte de las acciones programáticas han seguido líneas de acción, pero se mezclan productos o avances que no se circunscriben al año 2018, sino que se realizaron con anterioridad. Asimismo, en su consecución se identifica como único responsable a la entonces Secretaría de Gobierno de Salud, sin intervención o funciones específicas de la Secretaría de Derechos Humanos.

Como ha sido adelantado, el planteo de acciones tendientes a la integralidad, que expresan un trayecto promisorio desde la salud y los derechos humanos, se contradicen con indicadores de resultado que no representan esa multidimensionalidad. Por ejemplo, sobre el acceso a métodos anticonceptivos, se prevé lo siguiente:

---

14 En el sentido de las argumentaciones anteriores, es importante señalar que metas como está ya habían sido desarrolladas en la Dirección de VIH-Sida y ETS a través de su página web. Un ejemplo de ello es la información sobre lugares cercanos para realizarse el test de diagnóstico: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-sida/donde>

15 Es de recordar que la noción de accesibilidad surgió en la década de 1960 para caracterizar el modo en que los servicios de atención interactúan, o se acercan, a la población. Desde este punto de vista, analizar la accesibilidad en términos de derecho a la salud implica observar las posibles barreras existentes para una atención adecuada, las que principalmente se clasifican en geográficas, administrativas, y culturales. Otros factores que han sido valorados en el análisis de accesibilidad a servicios de calidad son la continuidad y la integralidad en la atención (Comes et al., 2006; OG 14, 2000).

Mejorar la oferta y el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), priorizando los métodos de larga duración a través de la compra y distribución de MAC a todo el país, el trabajo intersectorial con Educación Sexual Integral de Ministerio de Educación, la promoción de consejerías en salud sexual y salud reproductiva en el primer nivel de atención, capacitaciones a profesionales para mejorar el acceso a información y anticoncepción, y formación de promotores en salud (PNADH, 2017-2020, p. 68).<sup>16</sup>

Para esta acción multidimensional se plantea la meta de lograr que un 85% de mujeres empleen un método anticonceptivo, y que 15% elijan un método de larga duración, mientras que el resultado es el porcentaje de mujeres que usan un método anticonceptivo. En consecuencia, la prevención en materia de salud sexual queda focalizada en los usos y prácticas de las mujeres, sin que los varones tomen participación en este tipo de acciones; de manera complementaria, tampoco se observan acciones o metas que incluyan acciones de salud sexual y procreación responsable orientadas a la población masculina, por lo que la responsabilidad de la planificación familiar se descarga únicamente sobre las mujeres, a la vez que los hombres terminan escindidos como sujetos de derechos en esta rama de la salud pública. Además, el indicador cuantitativo expresado como resultado esperado requiere de indicadores cualitativos y señales de progreso que den cuenta de los avances en esta acción programática desde el EDH. Esto profundiza la observación de que el PNADH establece acciones, metas e indicadores de resultado clásicos para las teorías de formulación de políticas públicas, pero no construye resultados esperados que incorporen, en la evaluación, las transformaciones propias de los modelos basados en derechos humanos. Ello es un elemento fundamental de las inconsistencias relativas a las formas de implementación y de evaluación.

Finalmente, el objetivo de carácter epidemiológico que se encuentra en el Plan se centra en la prevención de la enfermedad de Chagas:

Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas en la República Argentina, a través de la interrupción de la transmisión vertical y el control o interrupción de las formas no vectoriales de transmisión del *Trypanosoma Cruzi* y el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de

---

16 Estas iniciativas ya son contempladas y referidas de manera literal por la Dirección de Salud Sexual y Procreación Responsable, aunque en sus materiales informativos e institucionales no se hace referencia al PNADH. Como ejemplos, consultar <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/enfoque-genero> y <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/metodos-anticonceptivos>. Acceso 16 de junio de 2020.

la infección aguda y/o crónica reciente (menores de 19 años) (PNADH, 2017-2020, p. 69).<sup>17</sup>

La exclusiva elección del Chagas como enfermedad de transmisión por vectores (ETV) se contradice con la persistencia de otras ETV en la agenda sanitaria, que también presentan elevada incidencia, prevalencia y morbilidad, como es el caso del dengue. Esta selección en el PNADH no ofrece tampoco una explicación o fundamentación que permita entender su predominancia. A la vez, los resultados esperados también son correspondientes a una evaluación de impacto orientada por la epidemiología del riesgo: la certificación de interrupción de transmisión en provincias afectadas, y la recertificación en aquellas provincias que habían logrado detener la circulación de la enfermedad. Estos objetivos de carácter técnico no incluyen elementos o abordajes propios del enfoque de derechos humanos –mucho más emparentado con las perspectivas epidemiológicas críticas–, y por la focalización en la dimensión del riesgo resultan acciones y metas descontextualizadas de las condiciones de prevalencia de esta enfermedad, asentadas en las desigualdades estructurales, cuyo reconocimiento y análisis constituyen pasos esenciales para diseñar acciones programáticas de derechos humanos, como el derecho a la salud.

Esta acción programática figura con un sello gráfico que indica “Meta alcanzada” en el Informe de Medio Término, dado que gran parte de las expectativas cuantitativas fueron concretadas. No obstante, se mantienen ciertas inquietudes sobre el dato de las provincias donde se realizó un control vectorial, como línea de prevención durante el dengue, durante el año 2018: Formosa, Salta, Chaco, Tucumán, Corrientes, Catamarca, Córdoba, Santiago del Estero, San Juan y Mendoza). Por un lado, el control vectorial se registra como acción en derechos humanos cuando requeriría una relectura de esta práctica (necesaria) para adecuarse a este enfoque. Por el otro, hay provincias donde el dengue ha tenido una presencia marcada en los diversos ciclos epidémicos y que no se encuentran en ese grupo, tales como Buenos Aires y Santa Fe.<sup>18</sup>

---

17 El documento tutorial sobre la detección y manejo de casos sospechosos o confirmados de Chagas data del año 2012 –aunque tiene varias actualizaciones– y puede consultarse en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000622cnt-03-guia-para-la-atencion-al-paciente-con-chagas.pdf>. Acceso 18 de junio de 2020.

18 A manera de muestra, en abril de 2019, el reporte epidemiológico de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Secretaría de Gobierno de Salud) incluía estas provincias en el listado de zonas con circulación: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019-4-17-alerta-dengue\\_.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019-4-17-alerta-dengue_.pdf). Acceso 18 de junio de 2020.

## **UN DERECHO “PRESTADO” DESDE LOS CONTENIDOS Y DESDE LAS AGENCIAS**

Si bien la idea de una presencia prestada para referirse a la inclusión del derecho a la salud en el PNADH tiene la intención de jugar con el lenguaje para presentar una crítica, esta idea de préstamo subsiste con fuerza en los enunciados del eje temático de salud en el Plan, donde podemos ver que la idea de préstamo no es para nada una metáfora. En efecto, las acciones previstas son o fueron desarrolladas por sectores del Ministerio de Salud –en su mayor parte– y de otras agencias de gobierno que tienen para sí la consecución de estos objetivos, incluso con antelación a la formulación del PNADH. De allí que no existe en los lineamientos de esta política pública una reconfiguración de los elementos propios del derecho a la salud, abordado desde el enfoque de derechos humanos, que pueda ser entendida como una transformación, una novedad, o una modificación del parámetro con el que se construyen, monitorean y evalúan las metas e indicadores en salud.

Finalmente, para terminar de analizar la inclusión del derecho a la salud en el PNADH con esta figura de la “presencia prestada”, se puede observar cuál es la agencia del Estado que se encuentra a cargo de las acciones programáticas, y en todos los casos se realiza una única referencia a la Secretaría de Gobierno de Salud, que figura como “responsable”. De esta manera, la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural no solo no se incluye como parte encargada del cumplimiento de la planificación, sino que en su rol de articuladora no garantiza por sí misma que se aborden estas cuestiones de agenda política con el marco teórico y metodológico provisto por los derechos humanos. En simultáneo, y porque es justo aclararlo, el Informe se arroga entonces resultados que fueron planificados, trabajados y conseguidos por otros equipos dentro del Estado –antes y durante la vigencia del PNADH–, sin que quede claro cuál fue la participación concreta de la Secretaría que presenta el Plan ni cuáles fueron sus aportes durante la implementación. En consecuencia, termina cumpliendo una función de compilación de logros o alcances generados en otras agendas sectoriales de gobierno, pero sin incorporarle el abordaje desde las herramientas de intervención y análisis que provienen del campo interdisciplinar de los derechos humanos.

## **ALGUNAS CONCLUSIONES EMERGENTES DEL ANÁLISIS**

Aun teniendo en cuenta la interrupción del periodo de implementación del PNADH, corresponde contextualizar los resultados de esta investigación en el marco de una mirada procesual que entiende que los tiempos previstos en la planificación suelen no corresponderse con su concreción efectiva en la fase de implementación, ni con los periodos

marcados por los cambios de gestión. No obstante, resulta relevante señalar algunas cuestiones para la discusión que no dependen de estos despliegues temporales entre formulación y ejecución, ni de las dificultades propias de la puesta en desarrollo de una política pública de estas características en el marco de un gobierno que planteó una mirada claramente regresiva en materia de derechos humanos.

En principio, debe señalarse la gran oportunidad que representó la existencia del PNADH en términos de una construcción de políticas en derechos humanos. Como ha sido dicho, esta planificación se implementó en un contexto de regresividad de derechos, producto de las reformas institucionales y económicas, así también por una actualización de discursos que no fortalecieron de manera equilibrada la noción de derechos humanos en las diversas áreas de su injerencia.<sup>19</sup> No obstante, la intención y la decisión de motorizar este tipo de política reveló que, detrás de los mandos decisorios o de los principales responsables políticos de la cartera de derechos humanos –que manifestaron en la escena pública sus contradicciones e inconsistencias en su labor como funcionarios/as–, existían y existen equipos de trabajo que tratan de generar transformaciones en sus espacios de gestión, y se encuentran persuadidos/as de la importancia de implementar el PNADH, que constituye una oportunidad promisoría para producir transformaciones en el campo interdisciplinario de los derechos humanos.

No obstante, y en pos de construir insumos que permitan revisar y profundizar la construcción de esta perspectiva en todo el ciclo de políticas públicas, existen algunas cuestiones para debatir que surgen del análisis realizado.

---

19 Este contexto histórico ha sido analizado por informes previamente citados en este artículo. En el mismo mes del lanzamiento del PNADH, la CIDH emitió un comunicado respecto de la represión policial ejercida contra manifestantes durante el debate por la reforma previsional en el Congreso de la Nación, donde afirmó que “en democracia, los Estados deben actuar sobre la base de la licitud de las protestas o manifestaciones públicas y bajo el supuesto de que no constituyen una amenaza al orden público. A fin de contribuir a la no repetición de estos hechos, la CIDH rechaza cualquier forma de violencia y promueve la búsqueda de soluciones con absoluto apego a los derechos humanos”. En tanto, el CELS, en su informe anual del año 2017 –primero de ejecución del PNADH–, expresó en su introducción que “Una cantidad de decisiones, medidas y hechos afectan negativamente cuestiones críticas de la agenda y los mecanismos de protección de derechos en la Argentina. No se trata de hacer una caracterización global del proyecto que lleva adelante la alianza Cambiemos, sino de señalar una preocupante convergencia de acciones y decisiones políticas y judiciales que erosionan aspectos nodales del sistema de derechos humanos en el país” (p. 3).

En principio, el Plan adolece de articulación concreta y metodológica con modelos de evaluación de políticas públicas de acuerdo con el EDH. Si bien hay referencias importantes como el Manual de ACNUDH y el documento del Estado argentino sobre lineamientos de acción en derechos humanos 2010-2015, no se observa un trabajo con el método específico diseñado por la OEA para los países que integran el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Este modelo establece una serie de pasos y dimensiones que deben estudiarse y evaluarse de manera cualitativa y cuantitativa en todas las fases de las políticas públicas, de tal manera de ir adecuando estas a la perspectiva de derechos que constituye un compromiso de los Estados.

Esta ausencia de articulación se encuentra en la base de las tensiones y contradicciones entre el propósito general del PNADH como política en derechos humanos, los objetivos y acciones del eje de salud, y los resultados e indicadores que medirán los avances respecto de las metas estipuladas. Todos estos elementos se han confeccionado en diferentes registros y representaciones respecto de lo que significan los derechos humanos, el derecho a la salud, las problemáticas sanitarias desde una perspectiva de derechos y, finalmente, qué tipo de información o dato resulta relevante para evaluar progresos o discontinuidades del acceso y la garantía del derecho humano a la salud.

La falta de diálogo con estas metodologías específicas logra, asimismo, una disociación respecto de las dimensiones transversales de análisis en la evaluación de políticas desde el enfoque de derechos: la igualdad y la no discriminación, el acceso a la información y la participación, y los mecanismos de acceso a la justicia. La incorporación de estos ejes a la mirada de la planificación hubiera transformado los objetivos previstos, y habría aportado rasgos concretos del lenguaje y las preocupaciones del campo de los derechos humanos.

Por otra parte, desde las metodologías de la planificación y desde el diseño metodológico de un abordaje en territorio, se observan posibles problemas de implementación surgidos del proceso de formulación. Entre estos obstáculos pueden señalarse: la falta de justificación para las opciones seleccionadas en los objetivos, la ausencia de articulación con agencias del Estado que regulan la situación de poblaciones directamente referidas en el Plan (migrantes, pueblos originarios, personas mayores, etc.), y la existencia de mecanismos de participación social basados en una muestra débil, tanto en términos de convocatoria por parte del Estado como de accesibilidad espontánea por parte de la población en general. Las agencias como la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) y el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) se encontraban convocadas en otros ejes del PNADH, pero su omisión en el campo de planificación de la salud dificultó el fortalecimiento de

la mirada integral, transversal e interdependiente sobre este derecho social y humano.

El derecho a la salud en Argentina se desarrolla en un campo de acción heterogéneo y complejo, con desafíos particulares e históricos que se fundan a partir de una multiplicidad de factores: la estructura del sistema de salud, atravesado por la superposición y la fragmentación, las trayectorias acontecidas en el periodo reciente respecto de la provisión de recursos y presupuestos, y la diversidad multidimensional de la población residente en Argentina. Por ello, el PNADH tuvo una gran oportunidad de transformación y de constitución de buenas prácticas, pero la desarticulación de este Plan con los lineamientos metodológicos del EDH –y con el abordaje transversal y articulado de poblaciones y cuestiones que requieren especial protección–, crearon obstáculos para construir y visibilizar innovaciones y buenas prácticas en la accesibilidad igualitaria a la salud, así como su fortalecimiento en tanto derecho humano. Seguramente, este será el desafío superador de la revisión de este Plan o de su reemplazo por una nueva política integral en este sentido, en sintonía con un contexto de gobierno que retoma el lenguaje de los derechos humanos como parte de su retórica política.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. (2006, abril). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, pp. 35-50.
- Abramovich, V. y Courtis, C. (2006). *Los derechos sociales en el debate contemporáneo*. Madrid: GPS.
- Abramovich, V. y Pautassi, L. (Comps.) (2010). *La medición de derechos en las Políticas Sociales*. Buenos Aires: Del Puerto.
- Breilh, J. (2009). *Epidemiología crítica; ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva manera de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl. 1), S13-S27.
- Buck, C.; Llopis, A.; Nájera, E. y Terris, M. (1998). Servicios de salud y políticas de salud (discusión). En *El desafío de la*

*epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- Gottero, L. (2014). *Migraciones limítrofes, derecho a la salud y participación social en políticas sobre dengue. Análisis de los discursos sobre el diagnóstico estatal y las soluciones propuestas (Argentina, 2009-2013)*, Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Gottero, L. (2015a, enero-julio). Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra el dengue en Argentina: un desafío pendiente. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 1-29.
- Gottero, L. (2015b). Dengue en la agenda pública argentina: relatos institucionales sobre los brotes en la frontera noroeste (2009-2013). *Punto Cero*, 20(31), 21-34.
- Gottero, L. (2019). Construcciones y alcances del derecho a la salud en el Plan Nacional de Derechos Humanos (Argentina, 2017-2020): prioridades de agenda y lineamientos de política pública desde un enfoque de derechos humanos. *Notas de Población*, 108, 167-192.
- Kawabata, A. (2003). *Los Derechos Humanos*. Buenos Aires: mimeo.
- Krieger, N. (2001, agosto). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al estudio del enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Naciones Unidas. (2002). *Manual para los Planes Nacionales de Acción en Derechos Humanos*. Ginebra: ACNUDH.
- Naciones Unidas. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Ginebra: ACNUDH.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador*. Washington: OEA-SEDI.
- Ortiz, Z. (2005, marzo). Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología. *Revista Médicos Hoy*.
- Ortiz, Z. e Insúa, I. (2003). Los meridianos de la pobreza y la enfermedad. El rol de la epidemiología en la medición de la

- vulnerabilidad social. *Boletín de la Asociación Nacional de Medicina*, 81(2), 239-255.
- Pautassi, L. (2010a). Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición. En V. Abramovich y L. Pautassi (Comps.), *La medición de Derechos en las Políticas Sociales*. Buenos Aires: Del Puerto.
- Pautassi, L. (2010b). El enfoque de derechos y la inclusión social. Una oportunidad para las políticas públicas. En L. Pautassi (Org.), *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Rojas Cabrera, E. (2017), El derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina: un análisis a partir de la variación de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual entre los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013. *Notas de Población*, 104, 145-160.
- Rojas Cabrera, E.; Moyano, S. A. y Peláez, E. (2017). Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a “la primera vez”. *Sex., Salud Soc.*, 25, 49-67.
- Rossi, J. y Moro, J. (2014). *Ganar derechos. Lineamientos para implementar políticas públicas basadas en derechos*. Buenos Aires: Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH).
- Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Argentina. (2017). *Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos*. (s.d.).
- Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Argentina. (2019). *Informe Nacional de Medio Término, Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos*. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_medio\\_termino\\_sdh\\_2019.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_medio_termino_sdh_2019.pdf)