

Plan ENIA

Recorrido, logros y desafíos

Plan ENIA

Recorrido, logros y desafíos

Autoras:

Gimena de León. Consultora
Manuela Thourte. Consultora

Coordinación Técnica Plan ENIA
Silvina Ramos
Tamar Finzi
Natalia Gualdoni
Alejandra Sánchez Cabezas

Revisores:

Guillermo Badino (Coordinación General Plan ENIA); Ana Jemio (Coordinación Técnica Plan ENIA); María José De Gregorio (Monitoreo y evaluación Plan ENIA); Patricia Ansaldo, Guillermo Castro y Belén Olmos (Coordinación Operativa Plan ENIA); Silvia Oizerovich, Gabriela Perrotta y Eugenia Otero (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva); Jorge Luis Figuerola y Andrea Iriondo (Dirección Nacional de Sistemas de Protección); Juan Carlos Escobar y Karina Schell (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia); Mirta Marina Lopez, Viviana Dalla Zorza y Fabiana Ludman (Programa Nacional de Educación Sexual Integral); Fernando Zigman y Luciana Lirman (UNICEF); Mariana Isasi, Federico Tobar, Gabriela Hamilton y María Sol East (UNFPA); María Eugenia Miranda, María Eugenia Oviedo, Alejandra García y Felisa Vanini (PNUD).

Diseño y maquetación: María Fernanda Zein y Sebastián Morello

Corrección: Josefina Iotz

Secretaría Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia
Plan ENIA : recorridos, logros y desafíos.
- 1a ed adaptada. - Ciudad Autónoma
de Buenos Aires : Secretaría Nacional
de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan
Nacional de Prevención del Embarazo no
Intencional en la Adolescencia, 2019.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-47356-7-6

1. Embarazo en las Adolescentes. 2.
Políticas Públicas. 3. Gestión en Salud. I.
Título
CDD 612.63

Se autoriza la reproducción total o
parcial de los textos aquí publicados,
siempre y cuando no sean alterados, se
asigne los créditos correspondientes y
no sean utilizados con fines comerciales.

Agradecimientos:

Queremos agradecer especialmente a todas las personas que hacen posible el Plan ENIA: agentes territoriales; referentes de programas provinciales y coordinadores/as de los EFTIs; referentes de los programas y áreas nacionales que integran el Plan; equipos de la coordinación general, administrativa, operativa y técnica; autoridades nacionales, provinciales y municipales. Al Ministerio de Modernización por el apoyo técnico y a otras áreas gubernamentales que acompañaron la ejecución del Plan: Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto; Secretaría de Innovación y Calidad Educativa; Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia; Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO); Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales; Secretaría de Justicia; Cuerpo de Abogados y Abogadas para víctimas de violencia de género; Instituto Nacional de Juventud, Instituto Nacional de las Mujeres; Dirección General de Proyectos Especiales y Cooperación Internacional del MDS; SEDRONAR y Comisión Bicameral Permanente del Defensor de Niños, Niñas y Adolescentes. A Damián Brat, Elena Duro, Diana Fariña, Celeste Leonardi y Agustina Ramón Michel.

A quienes colaboraron en la formulación de esta política: Fabián Repetto, Alejandro Biondi, José Florito, Mariana Romero y equipos de CIPPEC y CEDES. A quienes desde las agencias del Sistema de Naciones Unidas ofrecieron asistencia técnica: Federico Tobar, Virginia Camacho, Mariana Isasi, María Sol East, Gabriela Hamilton, Luciana Lirman, Sabrina Viola y Gabriel Bottino. A las organizaciones y sociedades científicas que integran el Consejo Consultivo del Plan. Al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por el apoyo financiero.

A los/as consultores/as que elaboraron insumos técnicos para la implementación del Plan: Edgardo Abalos, Sonia Ariza, Alejandra Beccaria, Silvia Chejter, Patricia Dávalos, Luis Fara, Mónica Cogna, Valeria Isla, Mariano Nino, Agustín Rojo y Felicitas Rossi. A las instituciones académicas y de la sociedad civil que desarrollaron estudios especiales: Centro de Estudios de Población (CENEP); Estudios y Proyectos; Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) de la UBA; y Universidad Nacional de Tres de Febrero. A las instituciones que brindaron servicios y apoyo técnico: Instituto Nacional de Formación Docente, Gurises Unidos y Red por la Infancia.

| | |
|--|------------|
| Introducción | 7 |
| Capítulo 1 - Formulación y diseño | 9 |
| 1.1. El plan en sus inicios: el problema y los actores | 10 |
| 1.2. El diseño del plan: abordaje conceptual, marco normativo, teoría del cambio y dispositivos | 23 |
| Capítulo 2 - Aspectos institucionales: rectoría y coordinación | 37 |
| 2.1. La estructura del plan a nivel nacional | 38 |
| 2.2. La estructura a nivel provincial: los Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI) | 44 |
| 2.3. Los desafíos de rectoría, intersectorialidad e interjurisdiccionalidad | 46 |
| Capítulo 3 - Implementación | 49 |
| 3.1. El proceso de la puesta en marcha | 50 |
| 3.2. Logros y desafíos de la ejecución | 51 |
| Capítulo 4. Resultados | 71 |
| 4.1. El armado del sistema de información y monitoreo | 72 |
| 4.2. Los productos del sistema de información y monitoreo | 73 |
| 4.3. Metas e indicadores del plan | 76 |
| 4.4. Resultados por dispositivo | 78 |
| 4.5. Gestión del conocimiento | 88 |
| Anexo. Matriz de objetivos, líneas de acción e indicadores | 91 |
| Capítulo 5. Reflexiones finales | 95 |
| 5.1. Aspectos político institucionales | 96 |
| 5.2. Gestión provincial | 97 |
| 5.3. Funcionamiento de los dispositivos | 98 |
| 5.4. Sistema de información y monitoreo | 100 |
| Anexo 1 - Organigrama de las coordnaciones del plan | 103 |
| Anexo 2 - Documentos del plan | 105 |
| Bibliografía | 109 |

Introducción

En 2015, el embarazo no intencional afectó la vida de 111.699 niñas y adolescentes menores de 20 años. Esta cifra dejó plasmada la enorme deuda del Estado para con ellas. En esta etapa clave de la vida, el embarazo no solo representa un riesgo para la salud sino que también compromete seriamente las trayectorias de vida y las posibilidades de integración social de las niñas y adolescentes.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) ubicó en primer plano este problema y estructuró una respuesta integral de política pública. En enero de 2017, el Gobierno nacional, en consonancia con la prioridad asignada a la adolescencia en su plan de gobierno y en el marco de los Objetivos de la Agenda 2030, convocó a tres ministerios nacionales, a través de sus respectivas secretarías. Así, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Desarrollo Social, con la cooperación de la sociedad civil y de las agencias del Sistema de Naciones Unidas, se dieron cita para diseñar una estrategia mancomunada de abordaje integral de un fenómeno que, hasta entonces, no había recibido la prioridad necesaria en las agendas de gobierno.

El cuidadoso proceso de formulación contempló la revisión de las experiencias internacionales, la de los programas nacionales y la trayectoria de las provincias en esta materia y, a partir de un marco institucional propicio, diseñó un modelo de intervención intersectorial basado en evidencia y con una meta que orientó el camino a recorrer y permitió evaluar los resultados a medida que la iniciativa se implementaba.

El Plan ENIA es una referencia de experiencia exitosa en materia de articulación intersectorial para dar respuesta a un problema con múltiples determinantes. Es un faro para otras políticas públicas que enfrenten el desafío de coordinar sectores y actores alrededor de una visión y compromisos comunes.

Esta publicación tiene la intención de recuperar el camino recorrido por el Plan ENIA, mostrar los resultados alcanzados y reflexionar sobre los logros y las deudas pendientes. Su propósito es acrecentar el conocimiento en materia de formulación e implementación intersectorial de políticas públicas para orientar la toma de decisiones en otras áreas de la gestión pública. También es su propósito servir de brújula para orientar los próximos pasos del Plan.

Capítulo 1

Formulación y diseño

El documento está destinado a decisores gubernamentales, gestores públicos, referentes académicos, de organizaciones internacionales, de la sociedad civil, y público en general que tengan interés en los procesos de instalación y formulación de políticas públicas en el campo de la salud sexual y reproductiva, los derechos de niñas, niños y adolescentes y la equidad de género. También está destinado a quienes han sido protagonistas del Plan sin cuyo compromiso cotidiano no habría sido posible que diera frutos. A todos ellos y todas ellas, el reconocimiento que se merecen como agentes de cambio.

Contemplando los objetivos planteados, el documento se organiza en cinco capítulos y dos anexos. El primero presenta la formulación y el diseño del Plan, identifica las condiciones que facilitaron la instalación del tema en la agenda gubernamental y los actores que participaron en la construcción del mismo. El segundo capítulo profundiza en el andamiaje institucional, tanto a nivel nacional como provincial, identificando los desafíos que presenta la coordinación intersectorial. El tercero se adentra en las diversas facetas de la implementación en sus dimensiones técnica, operativa y administrativa, como así también en el ámbito provincial y sectorial. El cuarto capítulo presenta los principales resultados y la instalación del sistema de información y monitoreo. En el capítulo quinto, se reflexiona sobre los logros y desafíos estableciendo recomendaciones para mejorar la gestión, implementación e impacto del Plan.

8 Los resultados alcanzados a dos años de trabajo reflejan que, si bien deberán introducirse ajustes en algunos aspectos, el Plan ENIA transita por el camino correcto. Sería deseable no solo sostenerlo, sino ampliarlo y potenciarlo. Las niñas y adolescentes de la Argentina tienen derecho a que así sea.

Esta sección recoge el proceso de formulación y diseño del Plan en el marco de los 100 Objetivos de gobierno. Se describe, por un lado, el proceso de formulación donde se identifican las condiciones que facilitaron la instalación del tema en la agenda gubernamental, la lectura e incidencia del fenómeno del embarazo en la adolescencia y los actores que participaron de la construcción del Plan. Por otro lado, se presenta el diseño del Plan con foco en los ejes conceptual y normativo que sustentan las intervenciones, la teoría del cambio y los dispositivos de intervención.

- El Plan ENIA es la primera política pública que se plantea una intervención integral e intersectorial sobre el embarazo no intencional en la adolescencia.
- El embarazo no intencional es un fenómeno de magnitud en la Argentina: siete de cada diez adolescentes menores de 20 años manifestaron no haber buscado su último embarazo; ocho de cada diez de las niñas y adolescentes menores de 15 años manifiestan lo mismo. Diversos estudios muestran que, de cada diez adolescentes, seis abandonan la escuela al quedar embarazadas.
- El Plan ENIA reconoce el impacto que el embarazo no intencional tiene en la vida de las/os adolescentes, así como el derecho de ellas y ellos a tener una vida sexual libre y plena sin discriminaciones de género, a tomar decisiones informadas en virtud de su autonomía progresiva, y a crecer y desarrollarse en entornos libres de violencia, en el marco de un clima cultural propicio que facilite el ejercicio de esos derechos.
- La respuesta del Plan ENIA al fenómeno del embarazo no intencional en la adolescencia se basó en un enfoque de derechos, género y equidad social, y en los derechos reconocidos en el marco normativo de Argentina.
- La alta prioridad asignada al tema del embarazo en la adolescencia por parte del Poder Ejecutivo Nacional y el conocimiento técnico, la trayectoria y la legitimidad de los programas nacionales involucrados en el Plan fueron factores que facilitaron su formulación.

1.1. El Plan en sus inicios: el problema y los actores

Los orígenes del Plan ENIA se remontan a una serie de condiciones favorables que contribuyeron a su establecimiento. En primer lugar, la decisión por parte del Gobierno nacional de incluir a la adolescencia como una de las cien prioridades de gobierno, dándole jerarquía a la temática del embarazo en la adolescencia y comprometiendo al Poder Ejecutivo Nacional a responder por los logros alcanzados. En segundo lugar, la existencia de políticas sectoriales de larga data que se implementaban a nivel provincial con el objetivo de promover la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y constituyeron la base de las intervenciones del Plan. Tercero, el liderazgo ejercido por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) en la coordinación de los programas nacionales sectoriales en el proceso de diseño del Plan. Y, por último, el apoyo y la asistencia técnica brindada por dos instituciones dedicadas a la investigación y la incidencia en políticas públicas: el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

La conjunción de estos factores resultó en una construcción colectiva de la política pública que, desde sus orígenes, estuvo signada por la intersectorialidad.

1.1.1. Instalación del tema en la agenda gubernamental

Si bien el embarazo que ocurre en la adolescencia, sea intencional o no, ha sido una preocupación para áreas del sector de salud, sobre todo de los programas de Salud Sexual y Procreación Responsable -actualmente Dirección de Salud Sexual y Reproductiva-, y de Salud Integral en la Adolescencia que tienen entre sus objetivos el abordaje de este tema, no había existido hasta 2017 una intervención integral e intersectorial de envergadura que se propusiera disminuir la incidencia de este fenómeno, propósito que se fijó a partir del Plan ENIA.

Uno de los antecedentes de su instalación en la agenda gubernamental se remonta a 2016. El Gobierno fijó en ese momento cien prioridades de gestión agrupadas en ocho ejes temáticos. La prioridad número cincuenta dentro del eje de Desarrollo Humano refería a la generación de una estrategia nacional para adolescentes y jóvenes vulnerables. En ese marco, se creó una mesa intersectorial de juventud organizada por la Jefatura de Gabinete de Ministros (Presidencia de la Nación) que reunió a distintos organismos con programas e intervenciones en la materia (Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia, SENAF, Administración Nacional de la Seguridad Social,

ANSES, Ministerio de Trabajo, Empleo, Educación y Salud), con el objetivo de coordinar acciones destinadas a adolescentes y jóvenes. El embarazo en la adolescencia había surgido ya como preocupación en ese ámbito y su abordaje le había sido asignado a la SENAF, en tanto organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia, según lo establece la Ley 26.061 que se analiza más adelante.

Otro antecedente importante fue el encuentro sobre embarazo en la adolescencia organizado por la SENAF con apoyo de CIPPEC a mediados de 2016, en el marco de un convenio entre la SENAF y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que contemplaba una estrategia de fortalecimiento de las áreas provinciales de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes. El encuentro, organizado dentro de una reunión habitual del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (COFENAF), se propuso instalar el tema en la agenda pública nacional y de las provincias. El evento contó con la presencia de la Ministra de Desarrollo Social y tuvo una importante repercusión entre decisores gubernamentales. En esa ocasión, además, se selló la alianza entre la SENAF y CIPPEC para trabajar de manera conjunta. En diciembre de ese año (2016), se firmó un convenio de asistencia técnica entre ambas instituciones en lo que, hasta ese momento, sería un diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la Argentina y la elaboración de recomendaciones de política pública. Este proceso terminó convirtiéndose en el Plan ENIA.

A principios de 2017, comenzó el funcionamiento de los talleres intersectoriales para la definición de una estrategia conjunta de abordaje del embarazo en la adolescencia (problemática que posteriormente sería acotada a embarazo *no intencional* en la adolescencia), proceso liderado por la SENAF con el apoyo técnico de CIPPEC y CEDES. En los talleres participaron los cuatro actores gubernamentales centrales: la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR),¹ el Programa de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) y la propia SENAF como organismo con mandato político para diseñar e implementar el Plan.

En paralelo a los talleres participativos, se llevaron a cabo reuniones bilaterales con cada programa sectorial para realizar un análisis más profundo de sus intervenciones, resultados, desafíos y necesidades de escalamiento. Se definieron líneas de acción agrupadas en cuatro objetivos estratégicos; se estableció una línea de base; metas de proceso y de impacto; y se diseñó la institucionalidad del Plan, así como un costeo inicial de las intervenciones propuestas, con el apoyo de UNICEF.

1. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) se creó en el año 2003, a partir de la sanción de la Ley Nacional 25673. Desde entonces promueve la igualdad de derechos y el acceso a una atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva. El 13 de marzo de 2018, por decisión administrativa N° 307/2018, se crea la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) del Ministerio de Salud de la Nación.

El proceso de formulación se plasmó en junio de 2017 en el Documento del Plan y en agosto de ese año se creó formalmente el *Plan para la Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia* mediante la Resolución 1790 del entonces Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

1.1.2. Incidencia del fenómeno²

La tasa de fecundidad adolescente de América Latina se destaca a escala mundial por ser comparativamente elevada, solo superada por la de África subsahariana. Una característica adicional es que su comportamiento no acompaña al observado para la fecundidad total: la fecundidad en la adolescencia es mucho más alta que la que se esperaría por la fecundidad total y por otros indicadores sociales, como los niveles educativos y los grados de urbanización de los/as adolescentes (Rodríguez Vignoli y Cobos, 2014). A causa de ello, América Latina es la región del mundo con mayor concentración de nacimientos en mujeres adolescentes: según estimaciones de las Naciones Unidas, 13% de los 14 millones de niños que nacen anualmente en el mundo corresponden a madres adolescentes.

En la Argentina, en los últimos veinticinco años se observan fluctuaciones en las tasas de fecundidad adolescente de 10-14 y de 15-19 años, aunque la tendencia de la tasa total es estable. Cuando se diseñó el Plan se utilizaron los últimos datos disponibles que correspondían a 2015. En ese año, se observó un leve descenso de la tasa de fecundidad adolescente respecto del año anterior, ubicándose en 62,6 por mil. En términos comparativos, Argentina se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (66,5 por mil en el período 2010-2015) y por encima del promedio mundial (46 por mil). A su vez en el período 2010-2015 fue superior a la de Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay (Ministerio de Salud, SAP, UNICEF, 2010).

Desde la perspectiva sociosanitaria resulta adecuado considerar la segunda década de la vida en dos períodos: la adolescencia temprana (entre los 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Los determinantes del embarazo difieren en cada etapa: en las adolescentes de 10 a 14 años deben considerarse más frecuentemente las situaciones de abuso y coerción, produciéndose situaciones de incesto (UNICEF, 2016) y de embarazos y maternidades infantiles forzadas (CLADEM, 2016). En las adolescentes de 15 a 19 años los determinantes se relacionan con condiciones de pobreza, estar fuera del sistema escolar, tener relaciones sexuales sin uso sistemático y/o adecuado

de métodos anticonceptivos, y estar en pareja y/o conviviendo (Binstock y Gogna, 2014).

Hay evidencia de la repetición del embarazo en la adolescencia: en la Argentina, una de cada cuatro de las mujeres que tuvo su primer/a hijo/a en la adolescencia, tendrá el segundo antes de los 19 años (Binstock y Gogna, 2014). Además, se advierten más dificultades por parte de las mujeres adolescentes madres (y sus parejas, sobre todo cuando también son adolescentes) para acceder a controles de salud y adoptar anticonceptivos efectivos. Esta dificultad contrasta con las aparentes ventajas que tienen otros grupos etarios en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Binstock y Pantelides, 2005; Rodríguez Vignoli y Cobos, 2014).

Otro indicador para analizar la incidencia del embarazo en la adolescencia es el porcentaje de nacidos vivos cuyas madres son adolescentes. El dato que se utilizó al momento de la formulación del Plan correspondía a 2015. Ese año nacieron en la Argentina 2.787 hijos/as de madres menores de 15 años y 108.912 hijos/as de adolescentes de 15-19 años, los que representan un 0,4% y 14% del total de los nacimientos, respectivamente. El aporte del grupo de 15- 19 años se ha mantenido estable en los últimos tres quinquenios (Pantelides y Menéndez, 2012). Este dato presenta fuertes disparidades a nivel jurisdiccional. Las provincias de Formosa, Chaco y Misiones (todas ellas en la región del NEA) tienen las proporciones más altas de nacimientos de mujeres adolescentes. En contraposición, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego tienen proporciones por debajo del promedio nacional (6% y 10% respectivamente), al igual que la Provincia de Buenos Aires (12%), Córdoba (13%) y Santa Cruz (13%). Si bien la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes residentes en la Provincia de Buenos Aires está por debajo del promedio nacional, su aporte en términos de la proporción de nacimientos sobre el total de nacimientos de madres adolescentes debe ser resaltado: tres de cada diez nacimientos de madres adolescentes ocurren en esta jurisdicción.

2. Esta sección sigue el documento del Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación. Se presentan los datos estadísticos utilizados al momento de la formulación del Plan.

Los nacimientos de niñas menores de 15 años y el acceso a la ILE

En Argentina en 2015 nacieron 2800 niños/as de madres menores de 15 años. Vale destacar que la mayoría de estos nacimientos es consecuencia de situaciones de abuso sexual y violación. El Código Penal de la Nación tipifica el abuso sexual como delito y, específicamente, si la niña es menor de 13 años sin que medie violencia física o haya sido sometida en contra de su voluntad o haya existido abuso de poder. A partir de diversos estudios especializados en abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, se estima que los casos son muy frecuentes y su número supera ampliamente las denuncias realizadas. Los embarazos que son producto de abusos sexuales en niñas y adolescentes menores de 15 años encuadran en las distintas causas que, de acuerdo con el Código Penal vigente, habilitan una

Interrupción Legal del Embarazo (ILE): violación y riesgo para la salud psicofísica. No se dispone de información respecto de cuántas de estas niñas y adolescentes solicitaron interrupciones legales del embarazo y pudieron acceder a ella en tiempo y forma, siguiendo las normativas vigentes (UNICEF, 2016). La medición de la incidencia real de las ILE -especialmente en las adolescentes- es muy compleja. Los datos oficiales indican que en 2015 se registraron 7683 egresos hospitalarios por abortos de niñas y adolescentes de hasta 19 años en todo el país. De esta cifra, 414 correspondieron a niñas entre 10 y 14 años (Ministerio de Salud, 2017). Esta cifra representa un promedio diario de 21 niñas y adolescentes que egresaron de un hospital público luego de haber estado internadas por una situación de aborto.

Muy recientemente se ha tratado de abordar la intencionalidad en relación con el embarazo en las adolescentes, analizando particularmente dimensiones como “intencional o planeado”, “no intencional”, y “ambiguo” desde la perspectiva de las adolescentes. La dimensión de “no intencional” puede incluir un espectro de situaciones que van desde embarazos producto de abuso a los que son resultado del uso inadecuado o falla de métodos anticonceptivos (MAC) (Jaccard *et al.*, 2003; Speizer *et al.*, 2004, citados en Macutkiewicz y MacBeth, 2017).

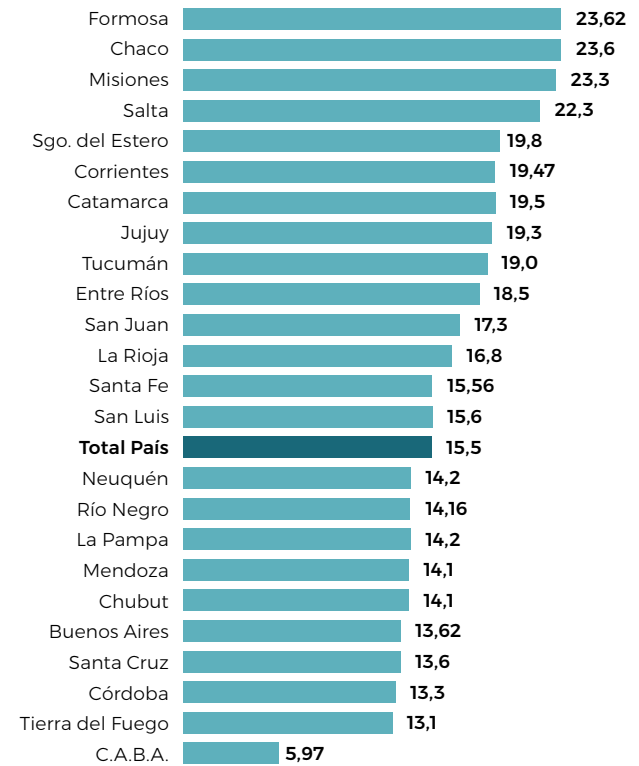
En la Argentina, los datos agregados 2010-2014 del Sistema Informático Perinatal (SIP) permiten observar que la proporción de embarazo no intencional para las mujeres madres de todas las edades alcanza valores considerables: seis de cada diez mujeres reportaron que el embarazo fue no intencional. Entre las mujeres madres menores de 20 años esa proporción es aún mayor (68,1%). En términos jurisdiccionales, para las mujeres madres de todas las franjas etarias, las provincias donde la proporción de embarazos no intencionales es mayor son: Salta (70,3%), Santiago del Estero (70,3%), La Rioja (70 %) y Formosa (69,8%). En ellas, puede decirse que siete de cada diez embarazos fueron no intencionales. Esta situación se repite cuando se consideran las mujeres menores de 20 años: La Rioja (79%), Salta (77,1%), Jujuy (76,1%) y Formosa (74,1%).

Uno de los factores intervinientes en la fecundidad señalado previamente es el uso de métodos anticonceptivos. Los datos provistos por SIP reportan -en los casos que la mujer refiere que el embarazo fue no intencional- si estaba usando o no MAC, sin especificar frecuencia de uso o adherencia al MAC en el caso de quienes estaban usando. Aun sin esta precisión, es esperable que los embarazos no intencionales ocurran en mayor proporción en las mujeres no usuarias. Los motivos de no uso no pueden deducirse a partir de estos datos, pero se pueden hacer algunas observaciones. En primer lugar, para el grupo de mujeres con edad igual o menos a 14, el no uso de MAC asciende al 88,3% en el total país, con valores extremos en Corrientes (97,8%) y La Rioja (96,7%). En la franja etaria de 15 a 19 años, la proporción de no uso de MAC entre las mujeres con embarazo no intencional también supera el 80%, algo menor que la franja etaria previa. Nuevamente, las provincias del NOA y el NEA son las que presentan las proporciones más altas de no utilización. Para la franja de edad de adolescentes menores de 15 años, la no intencionalidad asciende a más del 80% de las nulíparas. En síntesis:

- Hay una persistencia de las tasas de fecundidad en la adolescencia que no acompañan el descenso de la tasa de fecundidad global. Los análisis de las tasas de fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes indicaban en 2015 que la situación de la maternidad en la adolescencia no había cambiado en el país en los últimos

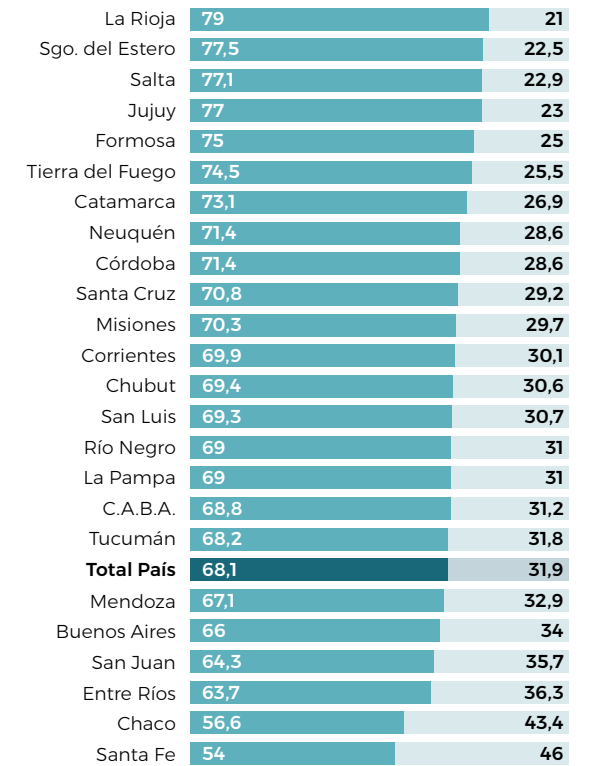
Gráfico 1.1. Incidencia del embarazo en la adolescencia y de la no intencionalidad por provincia.

Nacidos vivos de madres menores de 20 años sobre el total de nacimientos por jurisdicción de residencia de la madre (%).



Fuente: DEIS 2015

Embarazos no intencionales e intencionales de menores de 20 años por jurisdicción de residencia de la madre (%).



Fuente: SIP 2015

No intencionales Intencionales

años. En términos del peso específico de los nacidos vivos de madres menores de 20 años: en 2016, 96.905 adolescentes y 2419 niñas menores de 15 años tuvieron un/a hija/o, lo cual representa el 13,3% de los nacimientos anuales. En los últimos cinco años, este porcentaje se mantuvo alrededor del 15%.³

- Los embarazos no intencionales ocurren con mayor frecuencia en las mujeres menores de 20 años y más aún en las menores de 15 años. Las proporciones de no intencionalidad son relativamente más elevadas si la adolescente no estaba usando MAC o era nulípara. El reporte de uso de MAC en la primera relación sexual y en las relaciones actuales es elevado, aun en presencia de la baja cobertura de acceso gratuito indicada por las encuestadas.
- La no intencionalidad del embarazo es alta entre las mujeres nulíparas menores de 15 años, y de entre 15 a 19 años (ocho y seis de cada diez, respectivamente). Al mismo tiempo, la proporción de no intencional/intencional tiende a equipararse en las adolescentes madres de entre 15 y 19 años que ya han tenido al menos un parto previo.
- Los niveles de privación material, el bajo nivel educativo y las diferencias entre jurisdicciones se han mostrado como variables asociadas que merecen considerarse como determinantes y ser tenidas en cuenta a la hora del diseño e implementación de un Plan Nacional integral con perspectiva federal.

El impacto del embarazo en la adolescencia puede analizarse desde varias dimensiones. Tiene consecuencias directas para las adolescentes y, en otro plano, tiene consecuencias agregadas para el desarrollo del país y la reproducción de la pobreza. En el terreno de lo individual, el embarazo que ocurre en la adolescencia impacta profundamente en las posibilidades de desarrollo educativo, laboral y personal de las adolescentes y jóvenes.

La tenencia de un/a hijo/a en edades muy tempranas expone a las madres a situaciones de cuidado cuando todavía no se han consolidado las trayectorias educativa y laboral, lo que las aleja de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía (De León, 2017). En términos de inclusión educativa, ha sido ampliamente documentada la relación estrecha entre la permanencia en el sistema educativo y la edad en la que las jóvenes (más que los jóvenes) sobre todo, tienen su primer/a hijo/a. Tanto como causa o como efecto del embarazo en la adolescencia, la deserción escolar es un factor fuertemente asociado a la maternidad temprana. En muchos casos, las adolescentes dejan de estudiar y, luego, quedan embarazadas como una búsqueda de completar un proyecto de vida que ha quedado trunco, mientras en otros casos la evidencia muestra que abandonan los estudios al quedar embarazadas. Diversos estudios muestran que de cada diez adolescentes que asistían a la escuela al momento del embarazo, seis la abandonan (Plan Enia, 2019).

3. Entre 2015 y 2017 se registró una disminución de 1,7 puntos porcentuales, pasando de 15% a 13,3%.

Esta imposibilidad de completar la trayectoria educativa tiene impacto en el recorrido laboral de las jóvenes madres. Las mujeres con hijos/as y provenientes de sectores de ingresos más bajos presentan tasas de inactividad más elevadas que sus pares varones y que las mujeres que no tienen hijos/as (Díaz Langou *et al.*, 2019). Además de la tenencia de hijos/as en sí misma, la cantidad de hijos/as presentes en el hogar también incide en la disminución de las probabilidades de participación laboral de las mujeres. Un dato contundente que refleja el impacto de las responsabilidades de cuidado de niños/as en la trayectoria educativa y laboral de las madres surge de la Encuesta Nacional de Juventud. El 30% de jóvenes afirmó haber dejado de estudiar o trabajar por cuidar a otros/as (ENJ, 2014). La exclusión del estudio y el trabajo como dos ámbitos centrales de inclusión y participación social tiene también efectos en el ejercicio de la autonomía y el empoderamiento de las adolescentes y jóvenes. El confinamiento al ámbito doméstico cercena sus oportunidades de desarrollo personal y de generación de redes en un momento clave para la acumulación de activos para la vida (De León, 2017).

En un plano agregado, este fenómeno tiene consecuencias en el desarrollo y progreso del país desde el punto de vista demográfico, productivo y fiscal. Argentina está atravesando el fin del bono demográfico, entendido como el período en el cual el país presenta tasas de dependencia decreciente; vale decir un peso menor de la población dependiente (niños/as y adultos/as mayores) respecto de la población económicamente activa. Este período constituye una oportunidad única para que el país se prepare para afrontar una tasa de dependencia mayor. Una manera de hacerlo es a partir del incremento de su productividad y su capacidad fiscal a través de una mayor participación económica de las personas. Tanto el abandono escolar como la inactividad laboral de las mujeres conspiran, en términos agregados, contra una mayor productividad y sostenibilidad fiscal en un inminente escenario de aumento de la tasa de dependencia.

1.1.3. Los programas y áreas que integran el Plan

La experiencia y trayectoria de los programas que intervienen en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos de los/as adolescentes fue la base a partir de la cual se diseñó el Plan. El conocimiento técnico de los programas nacionales sectoriales en cuanto al problema que se enfrentaba y a la respuesta que ya se brindaba en términos de prestaciones y dispositivos fue un capital importante que nutrió el proceso de formulación.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyR) nació a partir de la sanción de la Ley 25673, en 2003. En ese momento, dependía de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Posteriormente, en 2006, pasó a depender de la Secretaría de Políticas Sanitarias o sus equivalentes hasta que, en

marzo de 2018, fue jerarquizada a Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) (decisión administrativa 307/2018).

Los objetivos del PNSSyR son: promover el acceso de toda la población a los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con énfasis en la población adolescente; alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva, con el fin de que la población pueda adoptar decisiones libres, autónomas, sin discriminación, coacciones o violencias; garantizar el acceso a información, orientación y métodos anticonceptivos; prevenir embarazos no intencionales y potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva.

La Dirección implementa una serie de líneas de trabajo: provisión de una amplia canasta de métodos anticonceptivos y otros insumos en los establecimientos de salud de todo el país; desarrollo de estrategias de comunicación a distintos/as destinatarios/as y contextos (población general y equipos de salud) incluida la línea gratuita de Salud Sexual 0800-222-3444, como herramienta de consulta para la población y los equipos de salud; capacitación a los equipos de salud desde una perspectiva de derechos, género y diversidad orientada a la reflexión sobre las propias prácticas en los servicios y la actualización científica y para fortalecer competencias técnicas para la dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración. Por último, promueve la Estrategia en Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPE) en maternidades para el acceso a un MAC posparto o posaborto. La DSSyR trabaja junto a los equipos locales para la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual y corporal, la inclusión de las personas con discapacidad y la atención integral para la interrupción legal del embarazo.

Por otra parte, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) creado en 2007 en la órbita de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia tiene el objetivo de garantizar el acceso a la salud integral oportuno y sostenido de las/os adolescentes reduciendo su morbilidad. Los objetivos específicos definidos en el plan estratégico del área para 2019-2023 son: fomentar la oferta de servicios de salud inclusivos y de calidad en todo el país, así como la implementación de asesorías en salud integral en la adolescencia, en escuelas secundarias; promover la participación significativa de las/os adolescentes y jóvenes en el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas; aumentar la cobertura nacional en la prevención de los embarazos no intencionales y el acceso a la interrupción legal del embarazo segura; reducir la morbilidad adolescente por violencias y otras causas externas; asegurar que todas las acciones del programa incluyan los abordajes transversales de géneros, diversidad sexual y corporal e incrementar la cantidad y calidad de información estratégica para la toma de decisiones sobre políticas y programas.

Desde 2015 el Programa implementaba, en conjunto con el área de Inclusión Democrática del Ministerio de Educación, las asesorías integrales en salud en las escuelas, un dispositivo novedoso para fomentar el acceso a información oportuna y de calidad sobre salud, cuyo objetivo es favorecer las condiciones para el acceso a la salud de las/os adolescentes, a través de la oferta de un dispositivo específico en la escuela, mediante el trabajo conjunto entre el centro de salud y la institución escolar.

Por último, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral se creó en el año 2006 a través de la Ley 26150. Se propone incorporar la educación sexual dentro de las propuestas educativas a fin de asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral. La Educación Sexual Integral (ESI) promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos de los niños, las niñas y los/as jóvenes.

Los objetivos del Programa son: a) incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas; b) asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; c) promover actitudes responsables ante la sexualidad; d) prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; e) procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Los lineamientos curriculares de la Educación Sexual Integral comprenden contenidos de distintas áreas y/o disciplinas, y consideran situaciones de la vida cotidiana del aula y de la escuela, así como también sus formas de organización. Responden a las etapas del desarrollo de los/as alumnos/as y se incluyen en el proyecto educativo de la escuela. Los lineamientos curriculares marcan grandes sendas en relación con el abordaje de los contenidos de educación sexual integral que es preciso garantizar, pero a la vez contemplan la posibilidad de adecuación por parte de cada escuela, respetando la diversidad sociocultural y el carácter federal de nuestro país.

Por último, la Dirección Nacional de Protección de Derechos de la SENAF asume la responsabilidad de fortalecer las instituciones de gestión estatal y de la sociedad civil, desarrollando un trabajo de acompañamiento y asistencia técnica a los actores locales que forman parte del sistema de protección de derechos con el objetivo de promover y fortalecer redes locales de protección de la infancia y la adolescencia.

Cabe destacar algunas características que, con matices, compartían los programas que facilitaron el diseño del Plan. Primero, los tres programas tienen probado conocimiento técnicos sobre sus áreas de competencia. Segundo, comparten enfoques conceptuales y un marco de sentido común. Tanto el de derechos como el de género son enfoques que las intervenciones sectoriales abrazan y que constituyeron un facilitador. Tercero, tenían un profundo conocimiento de las lógicas territoriales y las realidades provinciales, esenciales para la planificación de las intervenciones a nivel subnacional. El hecho de contar con equipos provinciales que actuaban como espejo de sus estructuras a nivel nacional y de mantener una fluida relación con ellos, brindó una plataforma de conocimiento de las tramas territoriales que fue esencial para la programación e implementación del trabajo a nivel subnacional. Por último, ya habían tenido experiencias de coordinación previas que habían generado redes de confianza entre ellos.⁴

No por nada en la estructura del Plan como los dispositivos territoriales centrales quedan tres dispositivos que ya se venían implementando. Como estrategia son las que veníamos desarrollando los programas. Evidentemente, el camino no era errado (integrante de programa de salud).

El acervo técnico y las redes a nivel territorial de los Programas y la SENAF constituyeron un elemento que facilitó el diseño y la posterior implementación del Plan. Sin embargo, ellos enfrentaban, en distinto grado, algunas dificultades. Una de las limitaciones más importantes que enfrentó el diseño del Plan fue la ausencia de información estadística sobre los resultados de las intervenciones programáticas que permitieran estimar la cobertura de los programas –a modo de línea de base–, la meta de impacto del Plan y los costos asociados.

1.1.4. La decisión política y el rol de la SENAF

La alta prioridad asignada al tema por el Poder Ejecutivo Nacional fue un factor facilitador, tanto en la formulación como en la posterior implementación del Plan. Esta prioridad se manifestó en el mandato político otorgado a la SENAF y, más adelante, en el presupuesto asignado al Plan. El rol de las autoridades de la SENAF fue importante para sostener la formulación de la política y consolidar la confianza de los programas sectoriales.

Me pareció que este tema valía la pena para ser priorizado y así se lo planteé a la ministra, que me dio un apoyo político decidido (autoridad de la SENAF).

4. Cabe mencionar el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno, Infantil y de Adolescentes 2009-2015 del Ministerio de Salud; la Estrategia Regional para la Disminución del Embarazo No Intencional en la Adolescencia del Cono Sur; la elaboración de materiales y contenidos temáticos entre adolescencia y salud sexual; y entre estos y el Programa ESI.

Siempre es necesaria la convicción política. Yo tenía la sensación de que esto iba a salir al ver la conducción del Secretario Nacional tomándose en serio el tema y con las primeras definiciones más concretas. Por supuesto que cuando estuvo el financiamiento se vio un grado de concreción muy fuerte (integrante de programa de salud).

El Plan es una política monumental y a la vez profundamente humana por su objetivo. Al mismo tiempo y de la mano de la SENAF nos enseñó a cada ministerio a trabajar en equipo (autoridad del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología).

La intersectorialidad cuesta mucho. Se la proclama siempre y se la practica en contadas ocasiones. Aun cuando se la reconoce como necesaria, cada uno está en su lógica, con sus urgencias y limitaciones. Los contextos institucionales son distintos, los procedimientos, las repercusiones de las acciones en una escuela se multiplican por cada estudiante, por cada familia involucrada. Frente a todo esto que nos separa están las grandes urgencias que nos unen, en este sentido ayudó la conducción de la SENAF, recordándonos siempre la necesidad de deponer algo de lo sectorial para potenciar la llegada (integrante del Programa ESI).

1.1.5. La asistencia técnica externa: cuando aliarse fortalece

La participación desde el inicio de dos organismos no gubernamentales fue clave como facilitador y dinamizador del proceso. Los actores de la sociedad civil tienen la ventaja de actuar por fuera de las estructuras burocráticas estatales y no estar imbuidos en la gestión cotidiana de las políticas, lo cual constituyó una ayuda, sobre todo durante la formulación del Plan. Este rol fue desempeñado por CIPPEC y CEDES.

Creo que el logro más importante de CIPPEC/CEDES fue la articulación. Eso permitió que el Plan no se centrara en salud o educación, sino que fuera de verdad intersectorial (autoridad de la SENAF).

CIPPEC tenía importantes antecedentes en el tema. Por un lado, a fines de 2015 había publicado el documento *Diagnóstico de la primera infancia en la Argentina* (Acuña, 2015), en el cual se identificaba el embarazo en la adolescencia como un problema crucial con impacto directo en la pobreza infantil. Este documento tuvo una repercusión importante en la prensa nacional y dejó instalada a la organización como un actor con especial interés en la cuestión. Sin embargo, carecía de un programa de salud con expertise suficiente como para encarar una propuesta técnica

integral en la materia, por lo que se realizó una alianza con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), actor técnico indiscutible en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que resultó clave en el posterior desarrollo de la asistencia técnica.

La intervención de CEDES fue central para poner de manifiesto que existían vastos diagnósticos sobre la temática y mucha evidencia sobre las políticas que debían instalarse o fortalecerse para avanzar en la reducción del fenómeno, y lo que se requería era que el tema ocupara un lugar prioritario en la agenda pública estatal. La estrategia que se trazó en adelante fue la formulación de una política de carácter intersectorial que realizó ajustes a las intervenciones ya existentes. El rol de ambas instituciones fue clave para abordar las mejores respuestas de política pública basadas en evidencia, relevar lo que funcionaba y lo que no en la experiencia internacional y acercar la *expertise* de organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y UNICEF, que fueron clave durante el proceso, tanto para estimar la meta de disminución del ENIA como para el costeo general de la política.

Tomar lo bueno, escalar e innovar

“Borrón y cuenta nueva” es la primera acción de algunos gobiernos que inician sus gestiones. Afortunadamente, este no fue el caso del Plan ENIA, que tomó las políticas públicas que se venían desarrollando desde hace muchos años en la materia, las articuló, las escaló y las financió. Pero no se quedó solamente con lo que existía previamente, sino que también incluyó componentes innovadores.

Se puede destacar especialmente lo realizado en las asesorías de salud integral en escuelas secundarias, centros de salud y de base comunitaria. Este dispositivo se encontraba en una fase piloto y el Plan ENIA lo priorizó como una de sus intervenciones clave y apoyó el establecimiento de más de 1000 asesorías en escuelas, 470 en servicios de salud y 261 en espacios comunitarios. El incremento del acceso a métodos anticonceptivos de larga duración por parte de las adolescentes es otra de las políticas que el Plan escaló. Como innovaciones pueden nombrarse la incorporación de los

acompañantes pedagógicos en las escuelas para que hubiera un mayor apoyo para la implementación de la educación sexual integral, el abordaje explícito del abuso sexual y su vinculación con el embarazo forzado.

La gobernanza del Plan ENIA es todo un avance en la coordinación de una política federal en la que se sientan en una misma mesa los actores más relevantes. Esto incluye un Consejo Consultivo de la Sociedad Civil y la incorporación de las agencias del Sistema de Naciones Unidas, entre las que se encuentra el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que viene brindando asistencia técnica desde el comienzo.

A dos años de su inicio, siendo aún muy joven, el Plan ENIA se ha instalado como una de las políticas de Estado fundamentales que toma lo bueno que existía e innova, avanzando para que más adolescentes puedan acceder a sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

Mariana Isasi
Oficial de Enlace
Fondo de Población de las Naciones Unidas – Argentina

El apoyo de UNICEF al Plan ENIA

UNICEF cree que a través de la reducción de los embarazos no intencionales durante la adolescencia que propone el Plan ENIA más niños, niñas y adolescentes accederán al ejercicio de sus derechos.

Traccionado por este gran objetivo, se construye un ejemplo de política intersectorial que en su desarrollo facilita a la población adolescente el ejercicio de muchos más derechos. Esto es lo que debe suceder y es el gran beneficio de las políticas integrales. Es un ejemplo, también, de abordaje de un problema complejo, ya que solo se puede acercar la solución cuando dicho abordaje es multidimensional.

Para UNICEF contribuir con la abogacía para la existencia del Plan, apoyar sus diferentes ejes de trabajo, aportar al escalamiento de dispositivos, asistir a los procesos de costeo, análisis de sustentabilidad financiera y sistematización, es ejercer su misión.

La contribución técnica y financiera al Plan ENIA colaboró a que más adolescentes accedan a la anticoncepción y puedan tomar decisiones

autónomas sobre el desarrollo de sus vidas, más chicos y chicas reciban educación sexual integral en sus escuelas, puedan acercarse a los centros de salud a partir de las asesorías de salud integral en escuelas secundarias y más niñas y adolescentes, hasta hace muy poco invisibilizadas, puedan ser protegidas ante situaciones de abuso sexual.

Para todos los actores institucionales que participan en esta construcción, también el Plan ENIA se constituye como catalizador de aprendizajes colectivos. Por un lado, implementando buenas prácticas para una población a la que todavía estamos aprendiendo a cuidar adecuadamente y, por otro, en la construcción intersectorial de un Plan del que no había muchos ejemplos en la Argentina.

Desde UNICEF entendemos que los derechos a la salud, a la educación y a la protección integral son ahora más accesibles para las/os adolescentes, al tiempo que el Estado argentino cuenta con mayores fortalezas para sostener estas acciones a largo plazo, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Fernando Zingman
Especialista en Salud
Unicef Argentina

1.2. El diseño del Plan: abordaje conceptual, marco normativo, teoría del cambio y dispositivos

1.2.1. Abordaje conceptual: enfoque de derechos, de género y de equidad social

El abordaje del embarazo en la adolescencia, tanto en sus manifestaciones como en la respuesta que se provee desde el Plan en tanto política pública, adoptó los enfoques de derechos, género y equidad social que permearon el diseño y la implementación de las intervenciones.

El enfoque de derechos supone garantizar que las/os adolescentes puedan gozar y ejercer plenamente los derechos humanos que les reconocen las normas y principios nacionales e internacionales (Cecchini y Rico, 2015). Esta perspectiva supone la obligación de

los estados de garantizar su cumplimiento para todos/as los/as adolescentes, en línea con la tradición de los derechos humanos en términos de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, inalienabilidad y progresividad. La aplicación de esta óptica a las políticas públicas significa que las intervenciones públicas resguarden el criterio de universalidad en el acceso. En el plano de los derechos sexuales y reproductivos, el enfoque de derechos implica que las/os adolescentes deben poder acceder a las prestaciones que hacen efectivos sus derechos solo por el hecho de ser adolescentes, como imperativo de su ciudadanía (Cecchini y Rico, 2015), así como debe respetarse su derecho a ser escuchados y a opinar sobre todo asunto que les concierne, como también a su autonomía progresiva, reconocida expresamente en nuestro Código Civil y Comercial.

Por su parte, el enfoque de género apunta a contribuir, a través de las políticas, a lograr relaciones de género más igualitarias, a través de intervenciones que tiendan a reparar las desventajas que conducen a la subordinación de las mujeres así como a incorporar la perspectiva de las nuevas masculinidades (Benavente y Valdés, 2014). Las políticas que incorporan este enfoque se orientan a reforzar la autonomía de las mujeres y adolescentes; es decir, la capacidad para tomar decisiones libres e informadas de acuerdo con su elección. La autonomía física comprende la posibilidad de que las mujeres decidan libremente sobre su propio cuerpo, lo cual involucra tanto el derecho a la no violencia, como los derechos a la salud sexual y reproductiva. Garantizar que las mujeres, particularmente las adolescentes, puedan tomar decisiones libres, informadas y seguras sobre el inicio de la vida reproductiva es una medida fundamental para el goce de sus derechos y para el acceso a otras autonomías, por ejemplo, la económica. La no intencionalidad que se registra en los embarazos en la adolescencia indica falencias en la autonomía para tomar decisiones sobre este aspecto trascendental de la vida. Dadas la excesiva familiarización y feminización del cuidado de niños y niñas, un embarazo en la adolescencia genera consecuencias decisivas en la inclusión educativa y laboral futura de las adolescentes.

En síntesis, el enfoque de género guía el accionar del Plan, tanto en la especial consideración del impacto diferencial que tiene el embarazo no intencional en la vida de las adolescentes, como en el diseño y la implementación de las intervenciones, materiales y metodologías. Diseño e implementación que atienden especialmente la experiencia particular de las adolescentes en las políticas de acceso a sus derechos sexuales y reproductivos.

Por último, dada la íntima relación que existe entre el embarazo no intencional en la adolescencia y la condición socioeconómica, abordar ese fenómeno, cuya incidencia es mayor en hogares en situación de vulnerabilidad, es una manera de hacer frente a las

desigualdades sociales. En Argentina, la maternidad adolescente es más frecuente entre quienes viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas y entre quienes residen en áreas rurales (Plan ENIA, 2019). A su vez, los embarazos tempranos refuerzan los mecanismos de reproducción de la pobreza, dado que se asocian con impactos negativos en las trayectorias educativas y laborales y en la salud integral (Ganchimeg *et al.*, 2014; Conde-Agudelo *et al.*, 2005). De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Jóvenes, de 2014, el 30% de las jóvenes de entre 15 y 29 años que abandonó el secundario, lo hizo por embarazo o maternidad, y el 42% de las jóvenes que cuidan a otras personas tuvo que dejar de estudiar o trabajar para dedicarse a esa labor (INDEC, 2015). Además, la inactividad es más alta entre las jóvenes que son madres que entre las que no lo son, y el 67% de los jóvenes que no estudian, no trabajan y no buscan trabajo son mujeres que realizan actividades de cuidado en sus hogares (De León, 2017).

1.2.2. El marco normativo como ambiente facilitador

El Plan ENIA descansa en el exhaustivo marco normativo argentino en los distintos niveles de la pirámide legislativa. La prevención del embarazo en la adolescencia debe ser entendida como una estrategia de resguardo del derecho a la salud y, específicamente, a la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes, que se encuentra reconocido en la normativa nacional e internacional. La Constitución Nacional, los diversos tratados internacionales de derechos humanos que tienen jerarquía constitucional y las leyes nacionales brindan un encuadre normativo que legitimó la existencia del Plan y le confirió un mandato expreso de garantía de derechos. Argentina cuenta con un marco favorable que visibiliza el compromiso con la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes y que es particularmente propicio para la prevención de los embarazos en la adolescencia, ya que aspira a dar lugar al ejercicio autónomo y responsable de los derechos a la salud, sexuales y reproductivos (UNFPA, 2017). En este sentido, las leyes argentinas reconocen la titularidad y promueven el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población, incluyendo la población adolescente.

Entre 2002 y 2007 se sancionaron las leyes que crean los principales programas dependientes de las esferas de salud y educación que abordan el tema. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se estableció mediante la Ley 25673, sancionada en 2002. Por su parte, en 2006, la Ley 26150 creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, en la órbita del Ministerio de Educación, que establece que “todos los educandos tienen el derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de CABA y municipal”.

En 2007, se creó por Resolución Ministerial el Programa de Salud Integral en la Adolescencia, cuyo propósito es promover la salud integral de las/os adolescentes, contemplando estrategias que fortalecen la calidad de los servicios disponibles para esta población. Si bien sus intervenciones exceden el campo de la salud sexual y reproductiva, este tema ocupa un lugar destacado.

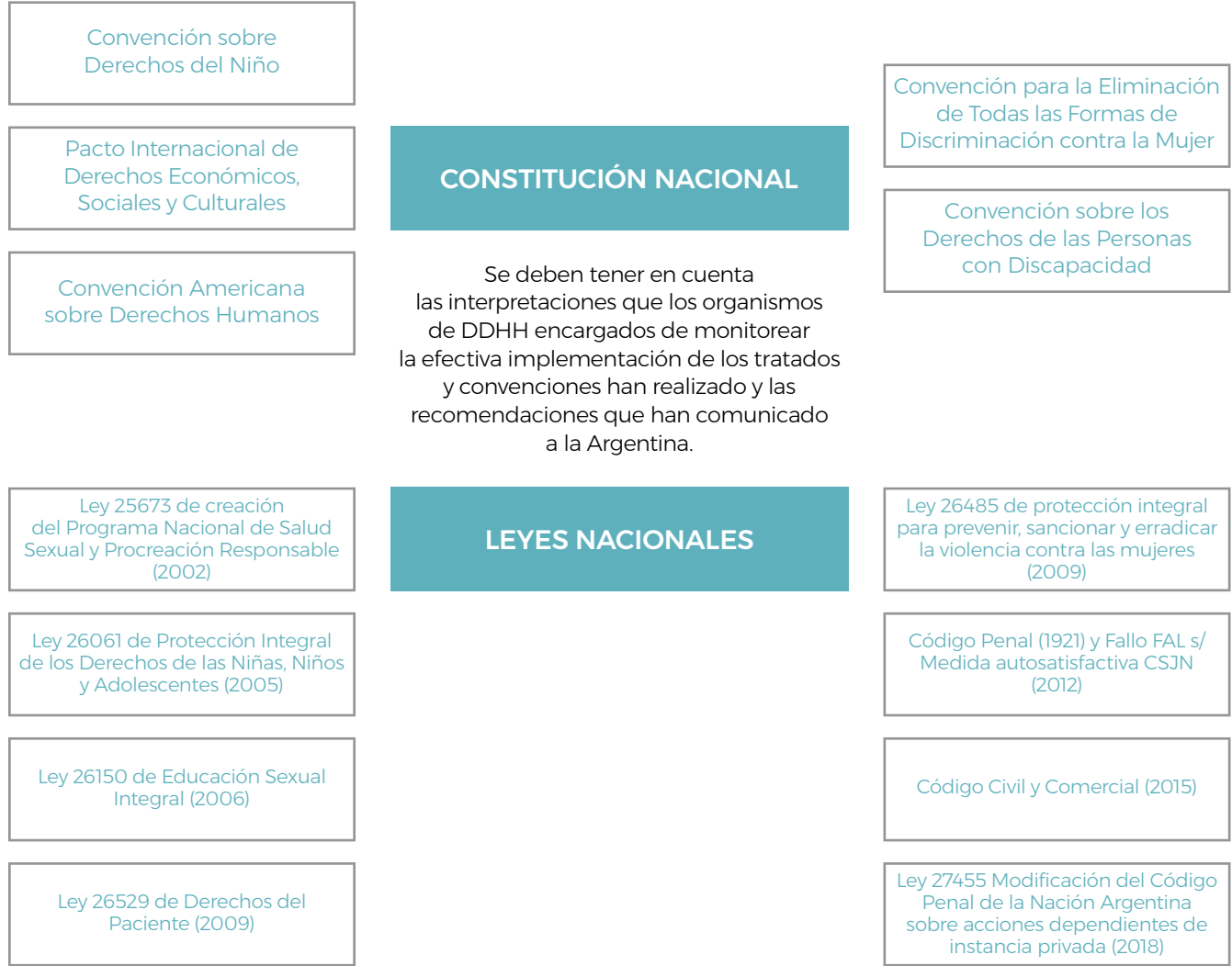
La Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes sancionada en 2005 adecúa la legislación interna a la Convención de los Derechos del Niño. La norma entiende por interés superior de la niña, niño o adolescente la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y las garantías reconocidos en la ley, debiéndose respetar su condición de sujeto de derecho, su derecho a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta, su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales, entre otros. El Artículo 14 del Decreto Reglamentario 415/2006 explicita que el derecho a la atención integral de la salud de adolescentes incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva, previsto en la Ley 25673, estableciendo la interdependencia y conexión entre ambos marcos legales como parte de la protección integral de niños, niñas y adolescentes.

Por último, el Código Civil y Comercial de la Nación, sancionado en 2014, reconoce la autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes y garantiza el derecho a ser oídos y a que su opinión sea tenida en cuenta. El Artículo 26 presume que “el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto de las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.⁵

La resolución 65 del Ministerio de Salud de la Nación de fines de 2015 interpreta y refuerza lo establecido por el Código Penal y sostiene que ningún método anticonceptivo reversible puede implicar un riesgo grave para la salud o la vida, por lo que una adolescente, a partir de los 13 años, puede solicitar, de manera autónoma y sin acompañamiento de una persona adulta, un método anticonceptivo.

5. Esta norma debe complementarse con el Artículo 59 del mismo cuerpo legal –vinculada al consentimiento informado–, pues de esta última se desprende que no se requiere de capacidad jurídica para tomar este tipo de decisiones, sino de “aptitud” o “competencia”. Ambas normas, analizadas desde el punto de vista de los niños y adolescentes, resultan claras expresiones del principio de autonomía progresiva, que implica la asunción por los niños, niñas y adolescentes de diversas funciones decisorias según su grado de desarrollo y madurez.

Gráfico 1.2. Marco normativo para intervenir sobre el problema.



Fuente: Plan ENIA, 2019

1.2.3. La teoría del cambio: supuestos para producir un cambio

El Plan presenta un abordaje multidimensional del embarazo en la adolescencia, favorecido por el carácter intersectorial de la propia mesa constituida para su formulación, así como por la realización de un diagnóstico integral del problema que contempló sus diversas dimensiones y manifestaciones. Esto garantizó que dicho abordaje incorporara las diferentes miradas sobre el tema.

Una de las características centrales del Plan es el uso de la evidencia, tanto en su diseño como durante la implementación, que orientó la toma de decisiones. El Plan presenta un diagnóstico preciso de la situación del embarazo en la adolescencia en el país, de sus manifestaciones, y de la incidencia a nivel territorial, lo que informó las decisiones, sobre todo, de focalización territorial. Para ello, se utilizaron estadísticas provenientes de diversas fuentes: del

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y del Sistema Informático Perinatal (SIP). Asimismo, su diseño se apoyó en una revisión exhaustiva de qué funcionaba y qué no en la experiencia comparada. El relevamiento de otros planes nacionales en la materia mostró que las intervenciones más efectivas son las que realizan un abordaje intersectorial, lo cual ratificó que la diferencia significativa con lo que ya se estaba haciendo estaba dada por la acción coordinada de los tres sectores involucrados.

En su diseño, el Plan construyó su propia teoría del cambio. Esta herramienta de análisis de los problemas, sus manifestaciones y líneas causales, que permite identificar las instancias donde es necesario intervenir, resultó fundamental para ordenar las múltiples dimensiones del fenómeno. Como enfoque de pensamiento-acción, la teoría del cambio facilitó la identificación de hitos y condiciones que debían darse en pos del cambio que se deseaba provocar (PNUD, 2010).

La primera decisión que se tomó fue el recorte analítico y la definición del propósito del Plan. Se determinó que su objetivo sería la prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia, a través del incremento del número de adolescentes protegidas eficaz y apropiadamente por la anticoncepción. Esto se fundamentaba en la proporción elevada de no intencionalidad que se registra en los embarazos en la adolescencia. Además, centrarse en la no intencionalidad facilita abordar condiciones objetivas que explican su ocurrencia, como barreras en el acceso a información apropiada y a métodos de prevención del embarazo. Desde esta mirada, el foco está puesto en el acceso a prestaciones de política pública que fortalezcan la autonomía de las/os adolescentes para tomar decisiones informadas sobre su sexualidad, y faciliten el acceso a la información pertinente y métodos de protección adecuados. El abordaje de la intencionalidad del embarazo que ocurre en la adolescencia debe tener en cuenta los condicionamientos de género y las representaciones sociales acerca de la femineidad, asociadas a la maternidad. A la luz de estos condicionamientos y representaciones, la intencionalidad de muchos embarazos nombrados como tales se vuelve relativa. Para esto, se requiere acompañar a los/as adolescentes de manera sostenida en un proceso de reflexión crítica sobre la percepción (inadecuada) de los beneficios (potenciales) que un embarazo puede proporcionar a esa edad, así como en la construcción de trayectorias vitales que contemplen oportunidades de desarrollo personal y/o profesional vinculadas al estudio y al trabajo.

El propósito del Plan es generar las condiciones para garantizar el acceso de los/as adolescentes a los servicios de salud. En la consecución de este cometido, se tuvieron en cuenta varios supuestos. Por un lado, se reconoció que los/as adolescentes tienen

una baja tasa de asistencia a los servicios de salud, por lo que, incentivar su interés por acudir a los servicios sanitarios constituyó un objetivo central. Por otro lado, se tuvo en cuenta que los centros de salud no suelen ser ámbitos amigables para los/as adolescentes, por eso, se intensificaron las acciones de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en las provincias.

El Plan recuperó dos estrategias para alcanzar a las/os adolescentes escolarizados. La primera fue la educación sexual integral (ESI). La nutrida evidencia que existe a nivel internacional muestra que la ESI constituye una herramienta clave para activar el interés y la demanda de información y de medidas de prevención. Diversas intervenciones y experiencias a nivel internacional enseñan que el trabajo con educación sexual integral en las escuelas resulta fundamental. Tal como la define la UNESCO, la educación sexual integral es “un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad” (UNESCO *et al.*, 2018). Su objetivo es proveer a niñas/os, adolescentes y jóvenes una serie de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los/as empoderen para realizar su salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida (Ministerio de Educación de la Nación, 2016; UNESCO *et al.*, 2018).

La segunda estrategia para trabajar con las/os adolescentes desde el ámbito escolar fueron las asesorías de salud integral en escuelas secundarias, una intervención de implementación reciente del Programa de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). Este dispositivo es un espacio de escucha, asesoramiento y consulta que funciona en el ámbito escolar, donde las/os adolescentes acceden a información adecuada y actualizada sobre su salud, brindada por un profesional del ámbito de la salud. El propósito de las asesorías es facilitar a los/as alumnos/as la vinculación con los centros de salud.

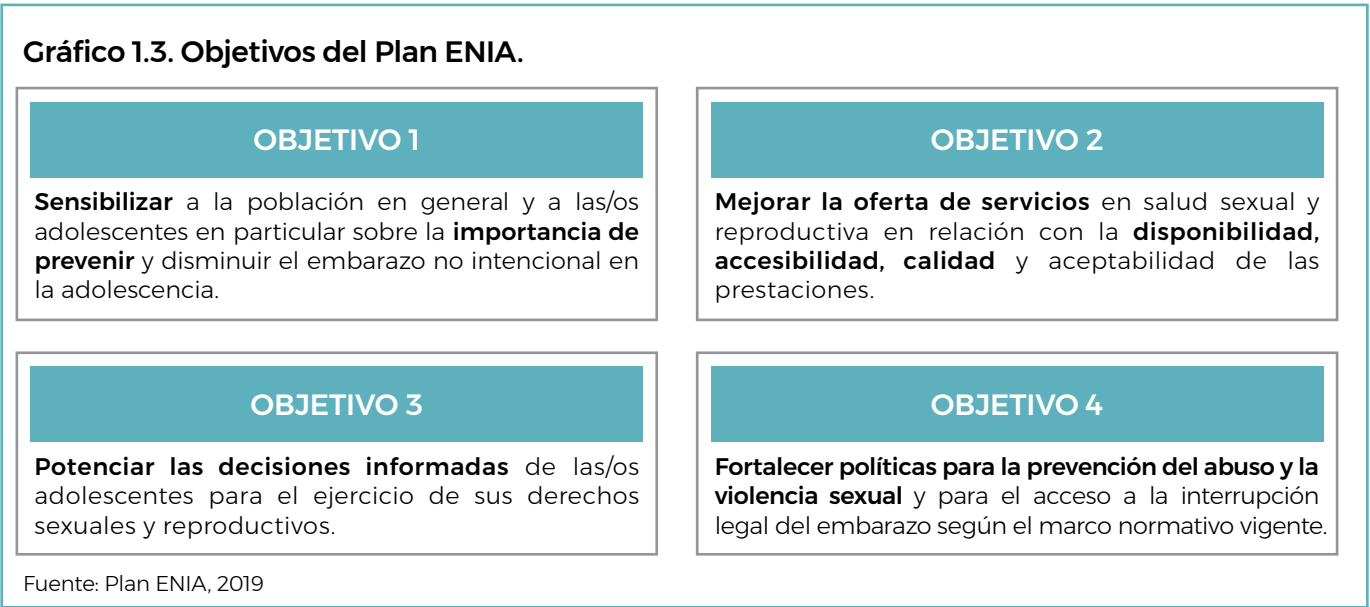
A su vez, las estimaciones que realizó el Plan alertaban sobre la necesidad de plantear un dispositivo para facilitar el acceso a los servicios de salud de las/os adolescentes que no se encuentran en el sistema educativo. Alrededor de un 15% de jóvenes de entre 15 y 18 años habría abandonado la escuela en las provincias donde se implementa el Plan (Plan ENIA, 2019a). Por ello, el Plan incluye el dispositivo de base comunitaria que, a partir de un trabajo territorial liderado por la SENAF, articula acciones con provincias, municipios y organizaciones de la sociedad civil con vistas a identificar, convocar, brindar información y asesoramiento a los/as adolescentes, con énfasis en los que se encuentran fuera del sistema educativo quienes, por constituir el segmento con mayor vulnerabilidad social, requerían de estrategias diferentes para su alcance.

En segundo lugar, el Plan tomó en consideración que los servicios de salud no siempre ofrecen condiciones adecuadas para la atención de los/as adolescentes. No siempre se brinda un entorno seguro, cordial, no crítico, que garantice la intimidad y la confidencialidad y que responda a las necesidades de las/os adolescentes de modo de permitirles recibir información apropiada y consejería, propiciando la toma de decisiones libres sobre su salud y la adopción de un método de anticoncepción adecuado a su preferencia. Se contaba con información sobre déficits en cantidad y competencias de los profesionales de salud; horarios inadecuados; insuficiencia de insumos de anticoncepción; y actitudes de los equipos de salud que provocaban el alejamiento de los/as adolescentes. En consecuencia, se requería ampliar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios. Esta mejora en la oferta de salud constituyó otro objetivo del Plan.

Por último, si bien no se cuenta con estadísticas específicas, se estima que una alta proporción de embarazos de niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años es producto de situaciones de abuso sexual. Por ello, el Plan ENIA propuso como uno de sus objetivos estratégicos el fortalecimiento de políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual hacia la niñez y la adolescencia y para el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el marco de la normativa vigente.

En síntesis, el corazón del Plan es el reconocimiento del impacto que el embarazo no intencional tiene en la vida de las/os adolescentes y del derecho de estos/as a tener una vida sexual libre y plena sin discriminaciones de género, a crecer y desarrollarse en entornos libres de violencia, y a tomar decisiones informadas en virtud de su autonomía progresiva, en el marco de un clima cultural propicio que facilite su ejercicio.

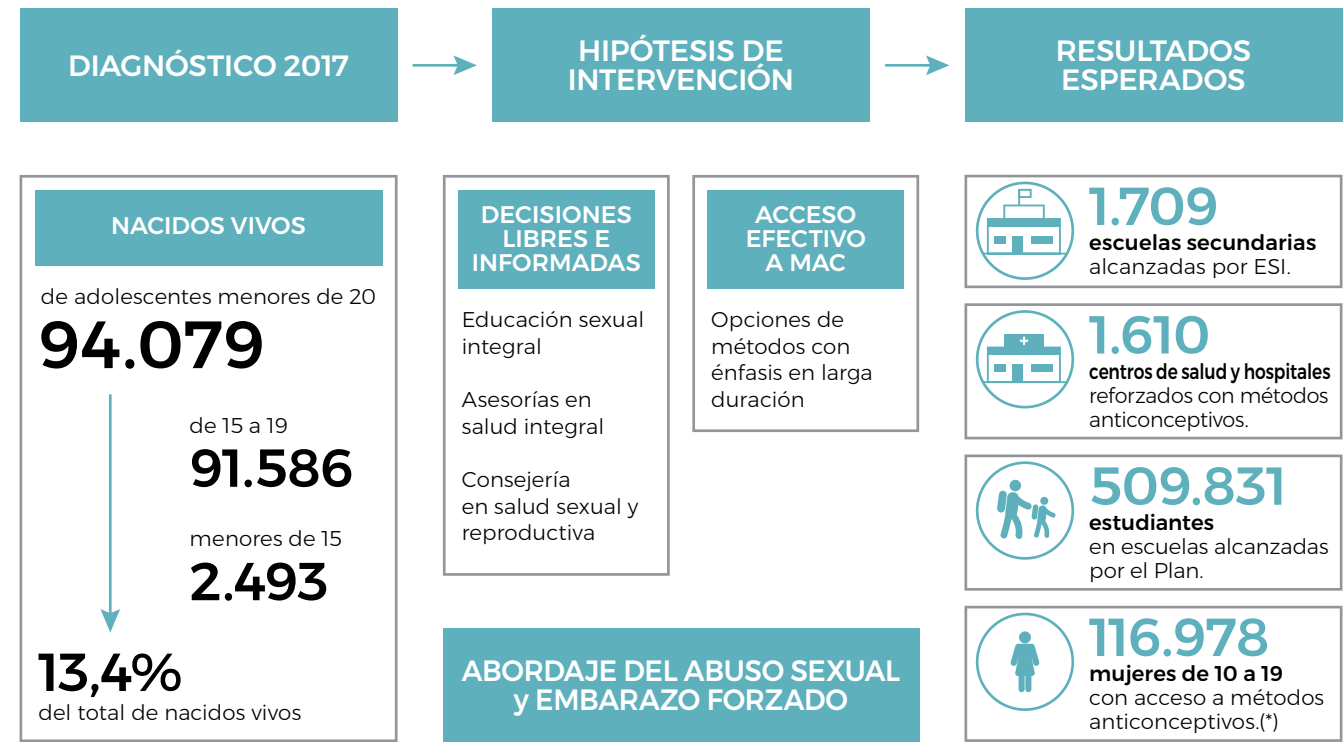
Esta visión, junto a la teoría del cambio, se cristalizó en los cuatro objetivos que se esbozan en el Gráfico 1.3.



En el marco de estos objetivos, el Plan propone cuarenta y nueve líneas de acción. Los objetivos dos y tres encuadran los dispositivos centrales del Plan que constituyen las prestaciones concretas que se ofrecen a la población adolescente en los territorios de ejecución del Plan. La ejecución de las acciones comprendidas en los objetivos uno y cuatro son de orden nacional. Algunas líneas de acción enmarcadas en los objetivos dos y tres también estuvieron a cargo de la coordinación nacional. Entre otras, se destacan: el curso virtual a agentes del Plan, la gestión de insumos, que incluye métodos anticonceptivos de larga duración, la definición de los lineamientos de abordaje interinstitucional de abuso sexual y embarazo forzado de niños, niñas y adolescentes, la elaboración de un proyecto de ley sobre ampliación del ejercicio profesional de las obstétricas, el desarrollo del sistema de información y monitoreo y la difusión de canales de información y consulta 0800 salud sexual y Hablemos de todo.

El Gráfico 1.4 ilustra los supuestos de partida de la teoría del cambio, los objetivos a lograr y los dispositivos.

Gráfico 1.4. Teoría del cambio: supuestos, objetivos y dispositivos.



(*) 75% de mujeres sexualmente activas de 10 a 19 años en los 36 departamentos seleccionados, a cubrir con Macs

Fuente: Plan ENIA, 2019

En una etapa de formulación más avanzada, se definieron como provincias prioritarias para la implementación las doce que presentan índices más altos que el promedio nacional de embarazo en la adolescencia. Ellas son: Catamarca, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán. Si bien la tasa de Buenos Aires no está por encima del promedio nacional, fue seleccionada como provincia prioritaria debido a la cantidad absoluta de casos que concentra. Posteriormente, este universo se redefinió quedando comprendidas once provincias con implementación del modelo de intervención de manera completa, mientras que en Formosa solo funciona el dispositivo de salud sexual y reproductiva con distribución de insumos de anticoncepción y capacitaciones a servicios de salud.

1.2.4. Intervenciones y dispositivos del Plan⁶

Las intervenciones del Plan pueden distinguirse entre prestaciones e intervenciones de fortalecimiento institucional. Las primeras son los servicios que llegan directamente a los/as adolescentes y son llevadas a cabo por agentes territoriales del Plan. Ellas son:

- 1- Educación sexual integral (ESI).
- 2- Asesorías de salud integral en la adolescencia en escuelas secundarias
- 3- Consejerías en salud sexual y reproductiva y provisión de métodos anticonceptivos con énfasis en los de larga duración.
- 4- Dispositivo de base comunitaria.
- 5- Dispositivo de acceso a la justicia.

Asimismo, el Plan desarrolla intervenciones de fortalecimiento institucional que acrecientan la capacidad de los prestadores de salud e instituciones educativas para que estén en condiciones de brindar y/o mejorar sus servicios a la población adolescente. Es el caso de las acciones de fortalecimiento de la educación sexual integral (ESI) y la salud sexual y reproductiva (SSyR).

El dispositivo de ESI considera a docentes, directivos/as y supervisores/as como agentes de cambio en el ámbito institucional de la escuela. A ellas/os están dirigidas dos intervenciones complementarias: a) la capacitación docente; y b) el acompañamiento institucional de las escuelas, para hacer efectiva la incorporación de la ESI en los planes curriculares y en la práctica. A través de estas estrategias, cada escuela involucrada en el Plan capacitará a un/a integrante del equipo directivo y al 10% de sus docentes de ciclo básico y recibirá un acompañamiento mensual, que incluirá una asistencia técnica para aplicar de manera efectiva la ESI.

En la fase de acompañamiento institucional de las escuelas, cada

acompañante pedagógico/a (AP) sigue vinculado/a con las diez escuelas que le han sido asignadas, haciendo un trabajo de apoyo y seguimiento a través de visitas mensuales. El acompañamiento comienza con una visita diagnóstica que tiene dos objetivos: el primero, relevar el grado de avance en la implementación de la ESI en la institución (Plan Curricular Institucional, disponibilidad de materiales del Programa ESI, espacios curriculares en los que se implementa, etc.); el segundo, sensibilizar sobre el acompañamiento y las futuras asesorías de salud integral. En las siguientes visitas mensuales, cada AP realiza una asistencia técnica situada a las/os docentes capacitadas/o para incorporar la ESI en sus planificaciones; planear los talleres sobre ENIA dirigidos a todas/os las/os estudiantes y organizar la agenda con los temas. El programa ESI desarrolló una cartilla específica en el marco del Plan para la formación docente donde se abordan temas relativos a los derechos de niñas, niños y adolescentes, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, y acceso a la ILE.

Además, junto al personal directivo y docentes involucrados, cada AP relevará y evaluará el uso y la disponibilidad de materiales de ESI en la escuela y la puesta en marcha de clases y talleres específicos de ENIA para todas/os las/os estudiantes de la escuela. Finalmente, a través de un trabajo con las/os docentes y el/la asesor/a, se propondrán acciones para lograr la promoción de la Asesoría en Salud Integral y la efectiva articulación entre la ESI y esa asesoría.

El dispositivo de asesoría de salud integral en escuelas secundarias constituye un espacio de asesoramiento, consulta y contención para adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar, donde pueden acceder a información adecuada, confiable y oportuna sobre su salud integral, brindada por un/a agente especializado/a. Este dispositivo es un nexo intersectorial entre salud y educación con capacidad de responder a las necesidades específicas de las/os adolescentes y jóvenes, que con poca o nula frecuencia acuden a las instituciones del sistema sanitario en busca un/a interlocutor/a para la resolución de dificultades.

La modalidad de implementación en el marco del Plan establece que las/os asesoras/es que se incorporan al Plan tendrán a su cargo la atención de tres escuelas, haciendo base en el efector de salud establecido como de referencia. Cada asesor/a dedica tres días a la semana a visitar las escuelas que tiene asignadas, y dos días a desarrollar actividades en el efector de salud de referencia. Se espera que el centro de salud u hospital aborde la demanda de atención que genere el nuevo dispositivo en el ámbito escolar, elaborando una estrategia local que facilite el acceso de las/os adolescentes al sistema.

El dispositivo de consejería en salud sexual y reproductiva y provisión de métodos anticonceptivos con énfasis en los de larga duración

6. Esta sección sigue el documento *Implementación del Plan Nacional ENIA. Modalidad de intervención y dispositivos. Documento técnico N° 2/Julio 2018*. Edición revisada febrero de 2019.

es un espacio de encuentro, escucha e información en los centros de salud donde se brinda información adecuada y oportuna y asesoramiento personalizado a las/os adolescentes para que puedan tomar decisiones autónomas e informadas sobre su sexualidad, el cuidado de su cuerpo y su salud reproductiva. Allí las/os adolescentes pueden expresar inquietudes, dudas, deseos y temores. Se las/os acompaña en el proceso de construcción de su autonomía y concientización de sus derechos sexuales y reproductivos, se los/as orienta y se les facilita el acceso a determinadas prácticas y cuidados. En el marco de este espacio, se asesora para la elección de un método anticonceptivo y se garantiza la provisión y/o colocación gratuita. El énfasis del Plan está puesto en facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos de larga duración.

El Plan fortalece la disponibilidad de insumos y la capacidad de respuesta del sistema de salud para proveer estos servicios a través de una gestión adecuada de los insumos de anticoncepción con énfasis en los métodos de larga duración y de capacitación y asistencia técnica continua a los equipos de los centros de salud y hospitales pertenecientes a unidades de intervención del Plan.

El dispositivo de base comunitaria constituye una estrategia de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de atención de adolescentes que se acercan a espacios de asesoría en la comunidad, mediante diversas acciones innovadoras pensadas según las características de cada territorio. Los espacios comunitarios brindan información, asesoramiento, apoyo en relación con los derechos sexuales y reproductivos, y facilitan el acceso a los servicios de salud. A través de la red de técnicos territoriales, que dependen de la SENAF, y de asesores comunitarios, este dispositivo se asienta en la red comunitaria e institucional que funciona en las localidades. Implementa, en todas las líneas de trabajo, variadas estrategias de convocatoria para adolescentes que consisten en jornadas recreativas, deportivas y culturales, y la organización de encuentros provinciales de adolescentes. En los espacios físicos donde se establecen las asesorías en la comunidad, se les brinda información y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva, y a través de un acompañamiento activo, se les facilita el nexo con los servicios de salud.

El dispositivo también desarrolla una línea de trabajo con referentes adultos en territorio, a fin de que estos, como parte del Sistema de Promoción y Protección de Derechos, puedan replicar actividades de prevención del embarazo no intencional. Los/as referentes de la familia, la escuela, el barrio y las organizaciones sociales tienen la potencialidad de ejercer un rol facilitador cuando promueven, coordinan, animan y median en la construcción de procesos participativos. Para ello, se los concientiza sobre los marcos normativos y protocolos de intervención que protegen a los/as

adolescentes. Además, el dispositivo contribuye al objetivo cuatro del Plan a través del trabajo con niñas y niños de 10 a 12 años en la prevención del abuso sexual mediante talleres de buen trato y cuidado del cuerpo.

El dispositivo de acceso a la justicia⁷ surgió a medida que el Plan se desplegaba en el territorio. A partir de la detección de una alta cantidad de casos de embarazo no intencional producto de abuso sexual, se firmó un Convenio Marco de cooperación entre la Secretaría de Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y la SENAF para brindar patrocinio jurídico gratuito a las víctimas de abusos sexuales identificadas por los/as agentes territoriales del Plan.

De este modo, cualquier institución del Plan ENIA que tome intervención directa con la niña o adolescente víctima de abuso sexual, puede acercarse al Centro de Acceso a la Justicia (CAJ) más cercano para ingresar el caso a través del/de la referente de la SENAF, siempre con el consentimiento previo de la niña o adolescente víctima. Además, se trabaja de forma coordinada con los CAJ y el CENAVID (Centro de Asistencia a las Víctimas de Delitos) que son las instituciones a cargo del acompañamiento integral de las víctimas.

El Plan se implementa en treinta y seis departamentos a razón de entre dos y seis en cada una de las doce provincias priorizadas. La selección de los departamentos responde a dos criterios básicos: la incidencia del fenómeno de embarazo no intencional en la adolescencia y la densidad de población adolescente. Además, deben sumar como mínimo el 30 % de las escuelas secundarias estatales de toda la provincia. En los departamentos seleccionados, se trabaja con el 100% de las escuelas secundarias estatales, que incluyen las comunes, artísticas y técnicas, las escuelas de educación especial, y las de jóvenes y adultos. Para el desarrollo de sus acciones, el Plan conforma unidades de intervención asociando tres escuelas y un efector de salud aledaño. En las escuelas se implementan asesorías que pueden hacer derivaciones al servicio de salud asociado. De este modo, ese servicio se convierte en el efector de referencia para la atención de las/os adolescentes de las tres escuelas.

El diseño aquí presentado sufrió modificaciones que surgieron durante el proceso de implementación, a partir de la identificación de necesidades vinculadas con temas estratégicos, oportunidades, superación de obstáculos, etc. Durante la ejecución del Plan se fueron conformando grupos de trabajo para abordar estos temas y desarrollar nuevos dispositivos que no habían sido pensados en el inicio, como, por ejemplo, el dispositivo de acceso a la justicia en los casos de abuso sexual.

7. Este dispositivo empezó a implementarse en septiembre de 2019.

Capítulo 2

Aspectos institucionales: rectoría y coordinación

Esta sección presenta la estructura de rectoría y coordinación del Plan, tanto a nivel nacional como a nivel provincial. Luego, identifica una serie de nudos críticos o tensiones que aparecen en la particular modalidad de coordinación y gobierno del Plan, teniendo en cuenta aspectos estructurales del federalismo argentino y la organización de los sectores sociales.

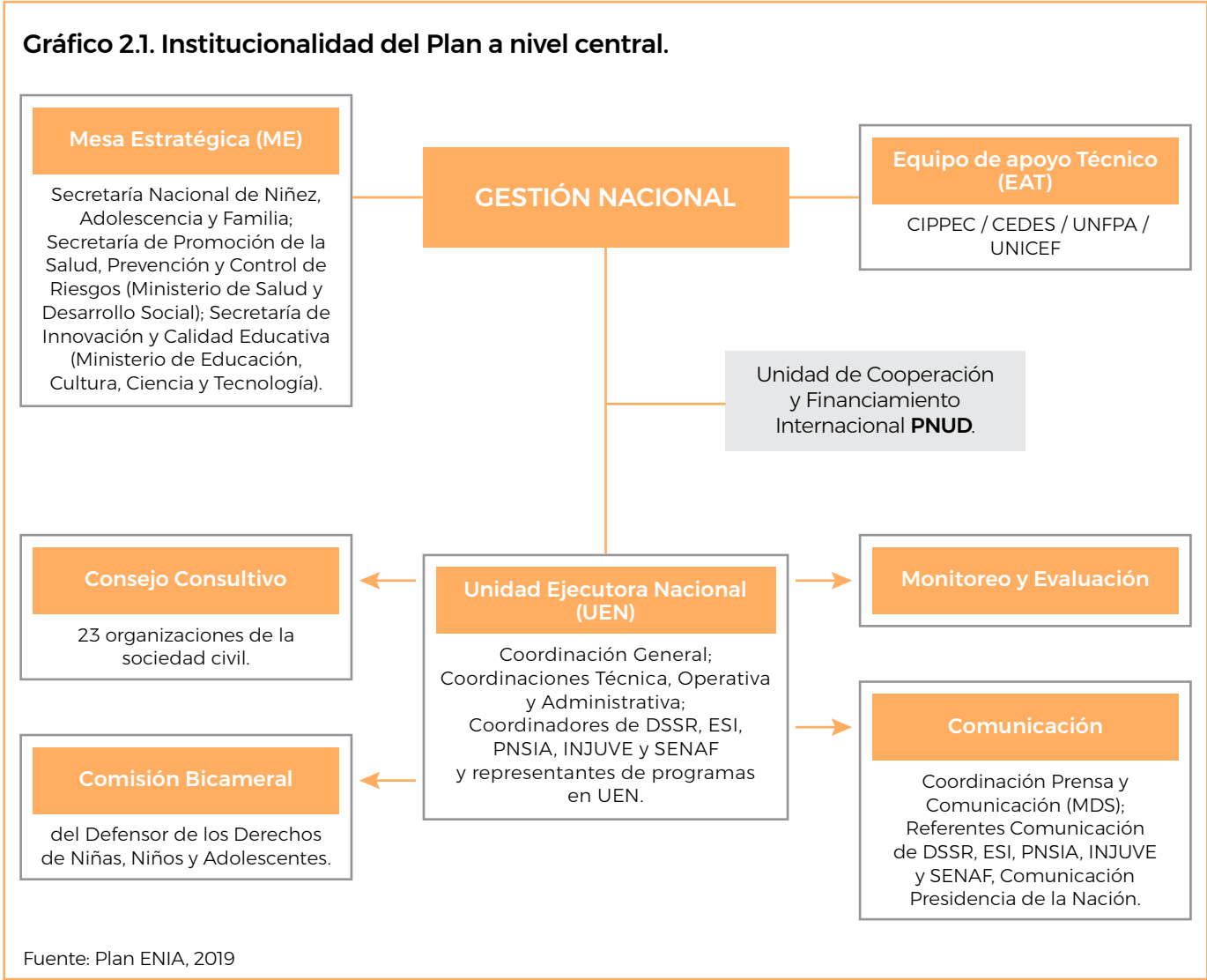
- La coordinación del Plan a cargo de la SENAF facilitó el abordaje integral y evitó la fragmentación de las intervenciones.
- El desafío de la intersectorialidad fue el de vincular lógicas, saberes y expertises sectoriales que muchas veces tensionan la lógica integral del Plan.
- La Mesa Estratégica, integrada por las Secretarías Nacionales, fue una instancia que brindó las condiciones político institucionales para la gestión estratégica de la intersectorialidad.
- El Plan se vio fortalecido y legitimado por un consejo consultivo (conformado por sociedades profesionales y organizaciones de la sociedad civil), el apoyo técnico de las organizaciones del sistema de Naciones Unidas (UNFPA, UNICEF, PNUD) y el vínculo con el Poder Legislativo (Comisión Bicameral del Defensor de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes).

37

2.1. La estructura del Plan a nivel nacional¹

El abordaje intersectorial del Plan tuvo un correlato directo en su estructura de rectoría y coordinación. La rectoría del Plan está a cargo de la SENAF, en tanto es el ámbito con mandato político, asignación presupuestaria, potestad para la toma de decisiones sobre cuestiones estratégicas y responsabilidad de rendir cuentas ante la autoridad política superior y la sociedad y mandato para la coordinación de los sectores involucrados en el Plan. Los programas y áreas que lo integran están representados en la Unidad Ejecutora Nacional, ámbito donde se toman las decisiones estratégicas sobre el rumbo del Plan y se coordinan las acciones.

El Gráfico 2.1 muestra los ámbitos de decisión, acción y asesoría-consulta del Plan a nivel nacional.



Como se mencionó, la Unidad Ejecutora Nacional (UEN) es el ámbito de toma de decisiones y ejecución del Plan. Está integrada por la Dirección de Salud Sexual y Procreación Responsable,² el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, y el Instituto Nacional de Juventud. Son funciones de la UEN:

- Acordar los objetivos estratégicos, objetivos específicos, líneas de acción y metas del Plan, generando un proceso de revisión continua de su marcha.
- Definir lineamientos de acción a escala nacional que orienten los programas y áreas de gobierno provincial involucrados en la gestión territorial del Plan.
- Preparar el Plan Operativo Anual que establezca las metas a alcanzar y las condiciones para el efectivo logro de las mismas.
- Gestionar los aspectos operativos, administrativos y contables, a través de las coordinaciones específicas.
- Coordinar los equipos focales territoriales intersectoriales (EFTI) provinciales designados y proveerles de los insumos para el logro de los objetivos del Plan en cada jurisdicción provincial.
- Desarrollar un sistema de información, monitoreo y evaluación de las acciones comprendidas en el Plan.
- Recibir y procesar la información provincial que sea pertinente para monitorear la gestión operativa del Plan, resolviendo, de modo particular o agregado, aquellas situaciones que estén a su alcance, o derivando a la ME las cuestiones que lo requieran, por su complejidad y/o escala.

El Plan es conducido por la Coordinación General (CG) de la cual dependen tres coordinaciones: la Coordinación Técnica, la Coordinación Operativa y la Coordinación Administrativa. El Coordinador General es un funcionario de la SENAF que está a cargo de la ejecución del Plan en todos sus niveles y que rinde cuenta de los avances y resultados a las máximas autoridades.

El Coordinador General es el responsable de la gestión y toma de decisiones diarias relativas al Plan. Tiene las funciones de: garantizar que se realicen los resultados y productos previstos dentro de los plazos esperados y con los recursos asignados; identificar y obtener apoyo y asesoramiento necesario para la gestión, planificación y control del Plan, gerenciar su administración general que incluye autorización de pagos, adquisiciones y contratos y servir de enlace con proveedores externos.

Respecto a la implementación del Plan, supervisa la planificación de las actividades y su progreso con los criterios de calidad

1. La descripción de la estructura institucional del Plan sigue lo consignado en el documento Plan Nacional de Prevención del embarazo no intencional en la Adolescencia (Presidencia de la Nación, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2017), aunque ajustado a los cambios que ocurrieron posteriormente durante la implementación.

2. La Dirección se crea el 13 de marzo de 2018, por decisión administrativa N° 307/2018. Al inicio de la formulación del Plan, esta área constituía el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

definidos inicialmente; gestiona la realización de los productos; orienta y conduce los equipos y valida el progreso del plan de monitoreo y comunicación.

En particular, el Coordinador General es el enlace oficial con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), organismo a través del cual se administran los fondos del Plan. En virtud de ello, desempeña una gama variada de funciones asociada con los requerimientos de ese organismo: gestiona y controla los riesgos en la ejecución del Plan; supervisa los recursos financieros y la contabilidad; elabora los informes trimestrales sobre la implementación; presenta los informes a la Junta de Proyecto; prepara y presenta el informe de revisión anual; y prepara el plan de trabajo para el año siguiente, así como los planes trimestrales.

Por último el CG es el enlace oficial del Plan con diversos organismos como el Instituto Nacional de Juventud, la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), el Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) y autoridades provinciales.

La Coordinación Técnica (CT) tiene a su cargo la orientación estratégica del Plan, la definición técnica de las acciones a partir de las decisiones que se toman en la UEN, donde están representados todos los programas que intervienen. Además de ello, desarrolla líneas de acción transversales que, por su naturaleza, tienen un carácter centralizado y se desarrollan con mayor profundidad en el Capítulo 3. Ellas son: gestión de monitoreo y evaluación del Plan; desarrollo de lineamientos técnicos; gestión de la información y el conocimiento; capacitación y asistencia técnica; estrategia de incidencia; comunicación interna y externa; gestión de insumos de anticoncepción; abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado, entre otras.

La Coordinación Operativa³ tiene a su cargo la relación con la gestión subnacional del Plan en cada una de las provincias donde se desarrolla, a través de los Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI). Coordina, supervisa y acompaña a estos equipos. Actúa como nexo de la comunicación entre el nivel central (Coordinaciones Técnica y Administrativa del Plan y la UEN) y los EFTI y otros actores provinciales y locales, asegurando un desempeño alineado con los objetivos y procedimientos definidos en el nivel central. Para esto, también establece coordinaciones con los/as referentes programáticos/as del Plan. En su gestión, la CO identifica nudos críticos y propone líneas de acción para su resolución.

Finalmente, la Coordinación Administrativa lleva adelante los procesos de adquisición de bienes y servicios esenciales para el

3. Inicialmente existió una unidad específica para la relación con los equipos provinciales, la Coordinación de Articulación Provincial (CAP). Posteriormente sus funciones fueron absorbidas por la Coordinación Operativa.

funcionamiento del Plan, a partir de la gestión y administración cotidiana de los procesos de acuerdo con el marco normativo y administrativo del PNUD para la gestión de proyectos. La Coordinación Administrativa se vincula con este organismo para la elaboración de informes de avance y el seguimiento presupuestario.

A su vez, existe otro nivel de coordinación referida a los programas sectoriales representado por cuatro referentes –uno/a por programa– que coordinan las líneas de acción de cada dispositivo entre provincia y Nación, entre los distintos programas y con las Coordinaciones Técnica, Operativa y Administrativa.

Además de las coordinaciones del Plan, existe un grupo de trabajo multiactoral y dos instancias de consulta, asesoramiento y participación de la sociedad civil y el ámbito legislativo.

El Grupo de Trabajo de Comunicación (GTC) está integrado por la Coordinación de Prensa y Comunicación del Ministerio de Desarrollo Social, los/as referentes de comunicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, actual Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, del Instituto Nacional de Juventud y de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Tuvo a su cargo el diseño y la implementación de la campaña masiva en 2018, y contribuye en el diseño de la estrategia comunicacional general del Plan, sobre la base de los aprendizajes, materiales y recursos ya disponibles para abordarlo, sumando todo aquello que se estime pertinente para cumplir con lo previsto en su primer objetivo estratégico. Asesora de modo periódico a la UEN y a la ME acerca de posibles modificaciones que ameriten hacerse a la estrategia comunicacional en su conjunto o en algunos de sus componentes.

El Consejo Consultivo (CC) está integrado por un colectivo de organizaciones de la sociedad civil y del Sistema de Naciones Unidas relacionadas al objeto del Plan, actualmente son veintitrés.⁴ Las funciones del Consejo son: brindar opinión sobre el contenido del Plan en general y sus diversos componentes en particular; emitir ante la ME opinión sobre los informes semestrales preparados por la UEN; apoyar la elaboración de la estrategia comunicacional, brindando aportes para su mejora continua; promover recomendaciones para fortalecer la implementación territorial del Plan, ayudando a identificar organizaciones y referentes sociales a nivel provincial. El Consejo se reúne una vez al mes.

4. Las organizaciones son: Asociación Argentina de Educadoras/es Sexuales; Asociación Médica Argentina de Anticoncepción; Asociación Metropolitana de Equipo de Salud; Amnistía Internacional; Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Centro de Estudios de Población; Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento; Equipo Latinoamericano de Justicia y Género; Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Ambliopes; Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer; Federación de Obstétricas de la República Argentina; Fundación Huésped; Grupo FUSA; Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, UBA; Instituto de Investigaciones Gino Germani; Fundación Kaleidos; Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad; Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil; Sociedad Argentina de Pediatría (Comité Nacional de Adolescencia); Surcos Asociación Civil; UNFPA y Unicef Argentina.

La mirada de la sociedad civil

Desde Fundación Huésped, como integrantes del Consejo Consultivo de la sociedad civil, celebramos la creación del Plan de Embarazo No Intencional en la Adolescencia y creemos que es fundamental su sostenibilidad. Desde la planificación, ya con las dificultades que pueda haber en la implementación, aparece como una política pública ideal: parte de un diagnóstico, se plantea objetivos mensurables, el trabajo se aborda interministerial e intersectorialmente, involucra a instituciones de la sociedad civil, e incluye trabajo e involucramiento de los diferentes equipos de las provincias.

En este plan el Estado nacional toma el rol

central de articulador, impulsor y generador de políticas para un acceso real de las niñas, niños y adolescentes a su salud sexual.

Estamos convencidos de que es imposible eludir los casi cien mil nacimientos anuales de personas gestantes adolescentes en la Argentina, de los cuales el 70% no son planificados. Sin duda, aun con las dificultades que tiene un plan que está dando sus primeros pasos y en un país federal como el nuestro, es imposible pensar que podríamos estar mejor en la respuesta a la problemática del embarazo no intencional en la adolescencia si el Plan ENIA no existiera.

Leandro Cahn,
Director Ejecutivo, Fundación Huésped

La voz de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)

Desde hace más de 40 años, la SAGIJ trabaja fuertemente en la salud integral de la población infanto juvenil y en la salud sexual y salud reproductiva en particular.

Sabemos por cifras nacionales que más del 70% de los embarazos son no intencionales en este grupo etario. Creemos que la única solución posible para esta situación es el trabajo multi e interdisciplinario, no solo desde la salud, sino también con la inclusión de políticas sociales y educativas.

El Plan ENIA ha priorizado el diseño de estrategias que, desde el gobierno, incluyen el trabajo interministerial (Ministerio de

Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Secretaría de Salud) y convocan a organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas que le aportan sus conocimientos y trabajo a lo largo de su historia. El Plan ha demostrado en estos dos años que, trabajando con un buen diagnóstico de situación y la incorporación desde el Estado de organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas, se pueden lograr los objetivos propuestos.

Creemos fundamental la continuidad del Plan ENIA, ya que nos parece una política pública acertada. Seguiremos brindándole nuestro apoyo y compromiso.

Dra. Elisabeth Domínguez
Presidenta de la SAGIJ
Dra. Marisa Labosvsky
Ex Presidenta de la SAGIJ

El Equipo de Apoyo Técnico (EAT) está conformado por dos organizaciones de investigación e incidencia que aportaron al diseño del Plan: el CIPPEC y el CEDES. También tres agencias del Sistema de Naciones Unidas conforman este equipo: el UNFPA, UNICEF y el PNUD. Con las dos primeras el Plan mantiene proyectos de trabajo sobre temas específicos. UNFPA apoya de manera regular el seguimiento de la meta del Plan, mientras UNICEF ha prestado apoyo técnico y financiero para la realización de estudios e investigaciones de diversa índole. A su vez, el PNUD es el organismo a través del cual se administran los fondos y se gestiona el Plan.

El apoyo del PNUD al Plan ENIA

El Plan ENIA es un programa fundamental para la aceleración de metas prioritarias de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tales como la reducción de la pobreza, la equidad de género, la salud materno infantil y los derechos sexuales y reproductivos que son esenciales para el bienestar de las/os adolescentes y que el PNUD continuará apoyando sostenidamente.

El PNUD acompaña a la SENAF para implementar el Plan, a través de soluciones innovadoras para poner en acción un esquema complejo de implementación que aborda doce provincias, casi mil consultores y consultoras en el territorio y que articula con diferentes áreas y programas en tres ministerios y con Jefatura de Gabinete.

A través de su equipo de programa, el PNUD brinda acompañamiento técnico permanente a las acciones clave del Plan. En 2019, se destacan el diseño de un dispositivo de atención a menores de edad víctimas de abuso y embarazadas, la articulación con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para el diseño de un dispositivo de patrocinio jurídico gratuito para víctimas de embarazo

forzoso, y las actividades de abogacía para la promoción de la Ley Nacional de regulación del ejercicio profesional de la Obstetricia, entre otras.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo es reconocido como un socio estratégico para abordar cuestiones clave del desarrollo humano en el país, y cuenta con una vasta trayectoria brindando acompañamiento técnico y operativo al Gobierno argentino para la implementación más eficiente, transparente y efectiva de los programas nacionales y provinciales de protección social. Desde 2006, el PNUD contribuye favoreciendo las alianzas y la articulación entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil en políticas de primera infancia y seguridad alimentaria, entre otras.

El PNUD facilita la administración eficiente de fondos gubernamentales y de otras fuentes, contribuyendo con la puesta en marcha de soluciones operativas, apoyando la creación y el funcionamiento de la estructura de gestión de proyectos y favoreciendo instancias de control interno y transparencia operacional.

En 2019, se firmó un convenio de seguimiento con la Comisión Bicameral del Defensor de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Congreso Nacional, a través del cual se formalizó la colaboración entre los poderes ejecutivo y legislativo en el seguimiento del Plan. Este compromiso a rendir informes de avance de la marcha del Plan una vez al año. En 2019, se realizaron dos presentaciones ante ese ámbito.

Por último, la Mesa Estratégica (ME) está integrada por las secretarías de las que dependen los programas y áreas que integran el Plan y que constituyen, a su vez, las intervenciones clave a nivel territorial. Ellas son: la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, que ejerce la coordinación y la rectoría del Plan; la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y la Secretaría de Innovación y Calidad Educativa del Ministerio de Educación de la Nación.

Esta instancia de carácter eminentemente político, brinda las condiciones político institucionales para la gestión estratégica de los programas involucrados, tomando decisiones acerca de los problemas que pudiesen surgir durante la implementación. Tiene la función de generar los respectivos acuerdos sectoriales que se requieran a nivel federal, promoviendo el abordaje intersectorial a nivel provincial y recurriendo, cuando amerite, a los respectivos Consejos Federales. Es la instancia que informa periódicamente de su formulación, implementación, seguimiento y evaluación a las autoridades que conformaban el Gabinete de Desarrollo Humano,⁵ basándose en los informes preparados por la UEN.

44

2.2. La estructura a nivel provincial: los Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI)

Para gestionar e implementar las acciones a nivel territorial, el Plan conformó Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI) en cada provincia. El EFTI es el brazo operativo del Plan en el territorio. Tiene a su cargo la coordinación de las acciones en la provincia a través de la elaboración del plan operativo y el seguimiento del registro de esas acciones. Es decir, los EFTI cumplen funciones de coordinación hacia el nivel nacional o central y con los municipios y agentes territoriales.

Cada EFTI está integrado por nueve personas: el/la coordinador/a y duplas de coordinación por cada dispositivo. El/la Coordinador/a del Equipo Focal Territorial Intersectorial es la máxima autoridad del Plan en cada provincia y tiene como función central liderar el proceso de implementación en ese territorio, de acuerdo a lo establecido en el Plan Operativo Provincial.

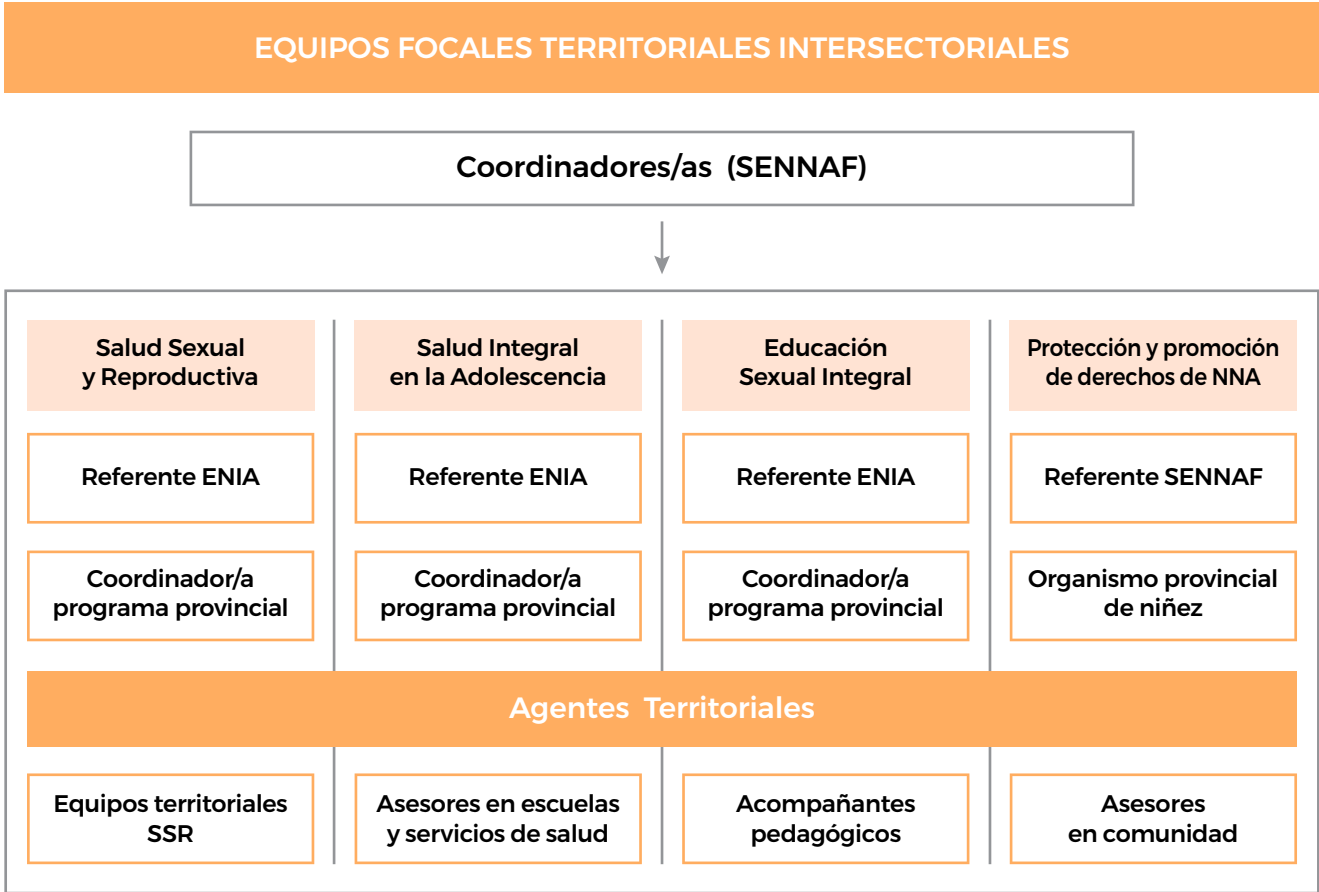
5. Este gabinete existió al inicio de la gestión del gobierno de Cambiemos. En su inicio, el Plan reportaba a este ámbito. Posteriormente, el reporte se realizó directamente a Presidencia de la Nación a través del Ministerio de Desarrollo Social.

Por cada dispositivo del Plan, existen duplas de coordinación compuestas por el/la referente de cada temática, contratado/a específicamente y el/la coordinador/a provincial del área, que estaba en funciones antes del inicio del Plan ENIA. Las/os referentes reportan al Plan mientras que el/la coordinador/a reporta al gobierno provincial. Cada área conduce a las/os agentes que trabajan en territorio (ver Gráfico 2.2).

Los/as referentes de cada dispositivo designados/as por el Plan lideran la implementación de su línea de acción, articulando para ello con el/la coordinador/a del Programa Provincial o área provincial. Para esto deben acompañar la planificación, gestionar y supervisar las acciones de los/as agentes territoriales que corresponden a su dispositivo. Estos/as agentes son los recursos humanos contratados y financiados por el Plan para fortalecer las intervenciones sectoriales. Se trata de un recurso clave que, en algunos casos, no existía y, en otros, se vio fortalecido.

Gráfico 2.2. Institucionalidad del Plan a nivel provincial.

En las provincias, las acciones se planifican, implementan y monitorean a través de:



Fuente: Plan ENIA, 2018

2.3. Los desafíos de rectoría, intersectorialidad e interjurisdiccionalidad

Tal como sucede con políticas públicas de similares características, integrar áreas de gobierno (en el caso del Plan, cuatro secretarías nacionales), niveles jurisdiccionales (Nación, provincia, municipio en algunos casos y unidad de intervención), servicios (de salud, de educación, de base comunitaria), enfoques y metodologías de trabajo entraña múltiples desafíos.⁶

El primer desafío que enfrentó el Plan fue que el ámbito que ejerce su rectoría no está a cargo de las intervenciones y dispositivos centrales sobre los cuales arma su apuesta estratégica. Si bien la rectoría del Plan es ejercida por un área de gobierno (SENAF) de la cual dependen sus brazos ejecutivos (CT, CO y CA), las decisiones que afectan el funcionamiento de los dispositivos sectoriales se consensuaron entre los cuatro actores programáticos que integran el Plan. Esta tensión, no obstante, constituyó una fortaleza para la integralidad del Plan. El hecho de que la rectoría se sitúe por fuera de los ámbitos sectoriales facilitó el abordaje integral, evitando el riesgo de fragmentación de las intervenciones y el predominio de un sector por sobre los otros.

La coordinación sectorial fue el segundo desafío que atravesó el Plan. El nivel de coordinación de las intervenciones en las provincias se caracteriza por ser de alta intensidad (Cunill-Grau et al, 2015). Es decir, una coordinación en la que los sectores intervienen conjuntamente en el diseño, ejecución y evaluación de la política. Pero, además, llegan de manera conjunta al territorio a través de dispositivos fuertemente coordinados.

46 El Plan estableció mecanismos institucionales que facilitaron dicha coordinación: a nivel nacional, se designaron referentes de cada Programa que participan en la Unidad Ejecutora Nacional y que son la interfase entre estos y el Plan; y, a nivel provincial, a través de la conformación de los EFTI con representantes de los programas provinciales y referentes de cada dispositivo que dependen del Plan.

El desafío de la intersectorialidad, como en cualquier iniciativa de esta naturaleza, estuvo vinculado con la coexistencia de lógicas, saberes, *expertises* sectoriales que muchas veces compiten con la lógica integral y los objetivos agregados del Plan. En la implementación del Plan, debieron administrarse múltiples

6. Si bien el problema de la ausencia de sinergias y complementariedades entre los diversos sectores responsables de las políticas públicas (y en particular de las políticas sociales) tenía importantes antecedentes, la preocupación por la intersectorialidad emerge más recientemente, cerca de mediados de la década de los noventa. Surge, primordialmente, como una preocupación de "racionalidad administrativa fiscal" resultante de la errática y caótica expansión de programas focalizados en la pobreza, fenómeno que había sido, en los años previos, la señal de identidad de una política social neoliberal que estaba quedando limitada al combate a la pobreza. Solo más recientemente, pero aún de modo incipiente, comienza a cobrar fuerza el argumento de que la intersectorialidad es necesaria no solo por razones de eficiencia, sino también porque las características de los problemas sociales se manifiestan cada vez más complejos e interrelacionados (Repetto, 2009).

tensiones que requirieron de un compromiso activo de todos los involucrados en sus diferentes niveles. La complejidad del Plan puso de manifiesto que, para obtener coordinaciones efectivas, no solo son necesarios arreglos formales apropiados, sino que son esenciales "redes sustentadas en liderazgos, relaciones regulares y reciprocidades con actores que comparten concepciones sobre el sentido y las orientaciones de las contribuciones particulares" (Repetto y Potenza, 2015).

El tercer desafío fue la implementación a nivel provincial, como un correlato inevitable del federalismo argentino y de la descentralización de los sistemas de salud, educación y de protección de derechos. Los tres sistemas se encuentran descentralizados en los niveles subnacionales de gobierno; tanto las instituciones educativas como los servicios de salud dependen orgánicamente de las provincias y son ellas quienes financian y regulan su funcionamiento. El nivel nacional tiene responsabilidades concurrentes, pero que difieren en ambos sectores. Según la Ley de Educación Nacional, el Estado nacional tiene una responsabilidad indelegable en materia educativa. Le corresponde fijar la política educativa y controlar su cumplimiento, a través del Ministerio de Educación nacional que es el encargado de conducir el sistema. Las provincias y la CABA son corresponsables de planificar, organizar, administrar y financiar el sistema educativo en su jurisdicción.

En cuanto al sistema de salud, las competencias de Nación y de las provincias no están tan claramente delimitadas como en el caso del sistema educativo. El Ministerio de Salud de la Nación es responsable de la planificación y coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales. Sin embargo, los lineamientos nacionales tienen valor indicativo, ya que los gobiernos provinciales tienen total autonomía en materia de políticas de salud, además de ser responsables de la provisión de servicios (PNUD, OPS y CEPAL, 2011). En este caso, la organicidad del sistema es mucho menor, así como es más limitada la injerencia del Estado nacional.

A los efectos del Plan, el carácter descentralizado de las políticas de salud y educación implicó tres tensiones. Por un lado, los efectores que brindan las prestaciones (centros de salud y escuelas) no dependen orgánicamente del Plan, ni de los ministerios nacionales que lo integran. Las intervenciones tuvieron que ser consensuadas política y técnicamente con las provincias, a través de sus respectivos ministerios.⁷ Por otro lado, el Plan se instala sobre las limitaciones estructurales propias de cada sector en las provincias, vinculadas con los recursos humanos y físicos y las regulaciones y normativas de estos. El Plan no tuvo injerencia sobre ninguno

7. Hasta el mes de agosto de 2019, el Plan firmó once convenios con los ministerios de salud y los ministerios de educación de las provincias, destinados a brindar un marco institucional para el funcionamiento de las asesorías de salud integral en la adolescencia.

Capítulo 3

Implementación

de esos aspectos, lo cual limitó, de algún modo, su accionar. Finalmente, en el espacio del EFTI confluyeron tres directrices y lógicas distintas: la del Plan, la de los programas nacionales y la de los programas provinciales, cada una de las cuales responde a autoridades y niveles de decisión diferentes.

En el caso del dispositivo de base comunitaria, la estrategia fue diferente, ya que la Dirección Nacional del Sistema de Protección cuenta con sus propios técnicos a nivel territorial, lo cual facilitó el proceso de implementación. Estos equipos técnicos ya venían desarrollando un trabajo en el marco del fortalecimiento del Sistema de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en cada una de las provincias, lo que sirvió de base para la instalación del dispositivo.

El ejercicio apropiado de la rectoría y la coordinación intersectorial requiere de capacidades institucionales adecuadas, tales como un marco institucional y una estructura organizacional pertinentes; planteles técnicos profesionales adecuados; sistemas de información robustos; y una asignación presupuestaria acorde a las metas de la política. Si estos requisitos son esenciales en la implementación de cualquier política pública, se potencian en una estrategia intersectorial. Estos desafíos serán abordados de manera transversal en el análisis de la implementación del Plan que se realiza en el próximo capítulo.

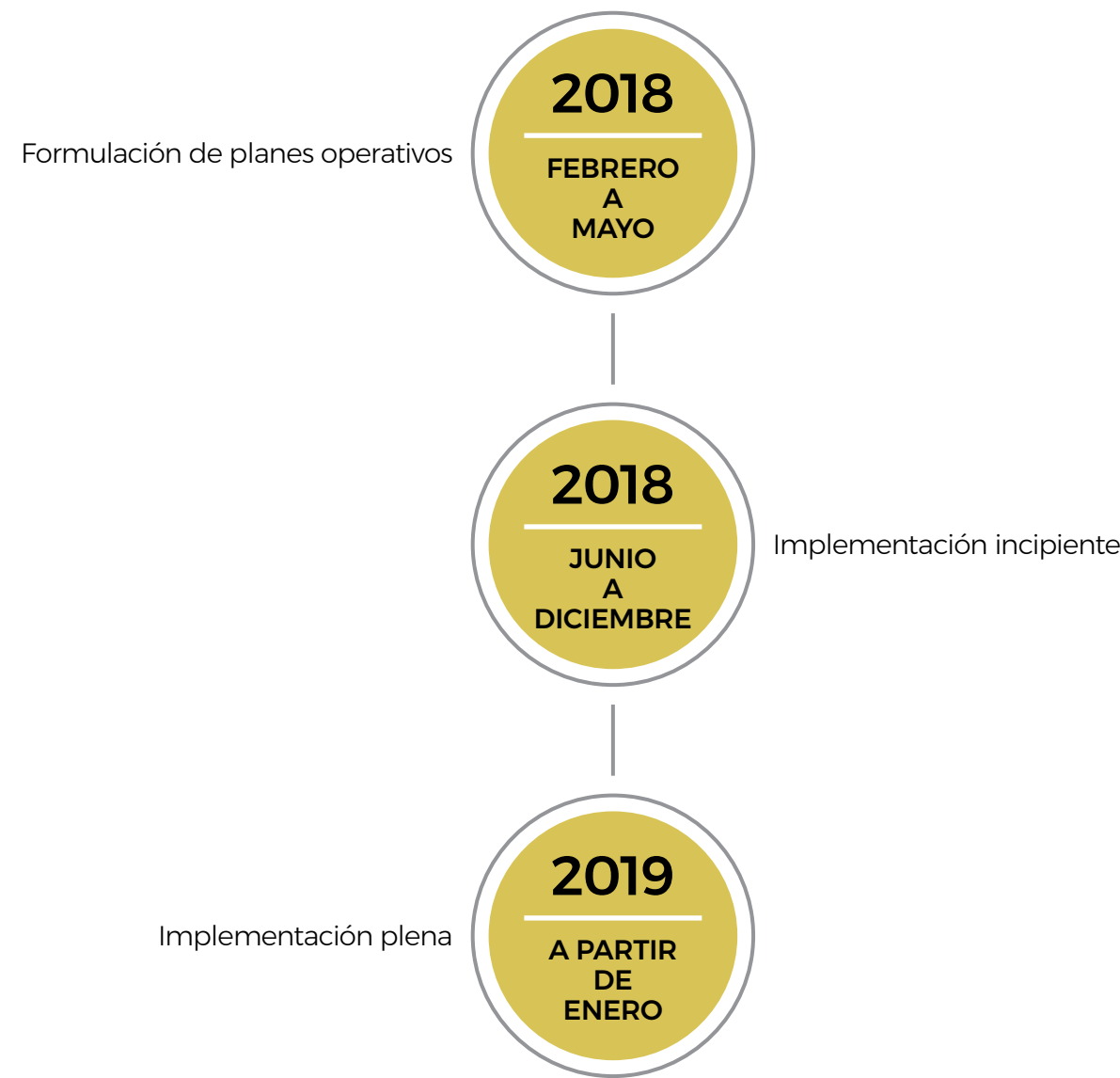
Esta sección se adentra en la ejecución del Plan; se presentan las fases de la implementación y los principales hitos en cada una; se analizan los logros y los nudos críticos en torno a la gestión del Plan en los aspectos técnico, operativo, provincial y sectorial.

- **La arquitectura institucional del Plan se basó en una Unidad Ejecutora con representación de los programas nacionales, y una coordinación general nacional de la que dependen tres coordinaciones que le brindaron las condiciones técnicas, operativas y administrativas para su funcionamiento.**
- **En las provincias, los EFTIs son el brazo ejecutor del Plan y promueven la coordinación intersectorial en el territorio para una implementación coordinada de los dispositivos. Su estructura permite capilarizar la toma de decisiones desde el nivel ejecutivo nacional hasta el nivel territorial.**
- **Una de las principales tensiones de la implementación a nivel provincial se debe a que los efectores de salud, educación y protección tienen una dependencia político-institucional y funcional por fuera del Plan y de los programas nacionales que lo integran dado que los sistemas de salud, de educación y de protección están descentralizados en la Argentina. Por lo tanto, los servicios de salud, las escuelas y las oficinas de niñez responden a la política provincial.**

3.1. El proceso de la puesta en marcha

La implementación del Plan comenzó formalmente a mediados de 2017, a partir de la resolución que lo crea, con la definición de aspectos presupuestarios y arreglos institucionales y de gestión nacional. El trabajo a nivel provincial se inició en 2018 con el armado de los doce planes operativos provinciales, y las definiciones para el funcionamiento articulado de los dispositivos y las prestaciones al alcance de los/as adolescentes, lo que ocurrió a partir de mediados de ese mismo año.¹

Se pueden establecer tres fases de implementación:



Fuente: Elaboración propia.

Durante el primer semestre de 2018, se trabajó en la instalación del Plan a nivel subnacional, a través de la formulación de los planes operativos provinciales.² A partir de estos, se generaron los primeros

1. El Programa ESI había avanzado con capacitaciones a docentes en algunas provincias en 2017.
2. Este proceso fue asistido técnicamente por CIPPEC.

compromisos y las decisiones iniciales para viabilizar el inicio de las acciones involucradas. Una vez seleccionados los departamentos donde se implementaría el Plan, se definió la conformación de los equipos territoriales, las etapas de cada dispositivo y los plazos estimados para su puesta en funcionamiento. Sobre todo, se constituyeron las unidades de intervención,³ vale decir, las asociaciones entre escuelas y centros de salud donde operarían los dispositivos. La definición de estas asociaciones resultó clave para ordenar las prioridades de los programas. En paralelo a este trabajo a nivel provincial, en el nivel central se avanzó en la contratación de los recursos humanos y la definición de los arreglos de gestión que siguieron lo estipulado por los procedimientos de PNUD que, desde abril de 2018, fue el organismo a cargo de la administración del proyecto.

Entre julio y fines de diciembre de 2018, una vez culminadas las visitas a las provincias y la elaboración de los planes operativos, comenzó la implementación de algunos de los dispositivos. Esta etapa se caracterizó por una implementación incipiente con algunas prestaciones disponibles para las/os adolescentes y con niveles de instalación desiguales entre las provincias. En este período, se avanzó en la contratación de los/as agentes territoriales del Plan correspondiente a cada dispositivo y en la definición de los mecanismos administrativos a nivel provincial. También, se iniciaron algunas acciones de fortalecimiento de los efectores, tanto centros de salud como escuelas, para poder brindar las prestaciones. Si bien los dispositivos no estaban en funcionamiento pleno, puede considerarse que desde junio de 2018 el Plan ya ofrecía prestaciones a la población destinataria. Incluso, formalmente, el Plan registra la colocación de MAC desde enero de 2018, aunque la primera adquisición importante de insumos ocurrió en septiembre de ese año.

A partir de enero de 2019, el Plan comenzó a tener una implementación plena, con todos los dispositivos en funcionamiento en todas las provincias, aunque con distintos grados de avance y consolidación. Se completó la contratación de los/as agentes, se finalizaron las capacitaciones de agentes, tanto asesores del PNSIA como equipos de salud, y se abastecieron a los servicios de salud con métodos anticonceptivos de larga duración en cantidades acordes a la demanda potencial que se estimaba cubrir en cada jurisdicción.

3.2. Logros y desafíos de la ejecución

La intersectorialidad del Plan ENIA hizo que este afrontara un sinnúmero de desafíos derivados de la complejidad propia de su

3. Para una mayor descripción del funcionamiento del Plan a nivel territorial, ver *Implementación del Plan Nacional ENIA. Modalidad de intervención y dispositivos. Documento técnico N° 2*, edición revisada, febrero de 2019.

abordaje. Cuanto más integral resulta una política, en términos de los determinantes sobre los cuales interviene, los sectores que involucra, los servicios que integra y los niveles de gobierno que compromete, más compleja es su gestión política y técnica, y su administración. Los retos de la intersectorialidad se reflejaron en la dimensión político institucional, técnico operativa, provincial y en la puramente sectorial de los programas involucrados en el Plan, cuyas fortalezas y debilidades lo antecedían.

La gestión político institucional resultó un desafío complejo. El grado de instalación y compromiso de las provincias, tanto a nivel político de las autoridades ministeriales como de sus mandos medios, fue desigual. Como se describió en el capítulo anterior, la Mesa Estratégica brindó, en los inicios del Plan, el aval necesario para avanzar mediante la representación de los tres secretarios de quienes dependen los programas. Si bien esta interacción es fluida y ha sido efectiva para la toma de algunas decisiones que avalaron luego la operatoria de los programas, no está formalizada. Asimismo, la realidad de las provincias es heterogénea y su cuota de compromiso -producto de dinámicas políticas y marcos de sentido de sus sociedades no siempre coincidentes con los enfoques del Plan-, en muchas ocasiones, significaron un reto para la implementación y conducción. Se ha podido comprobar, además, que para la implementación del Plan en las provincias resulta clave el acuerdo con las autoridades políticas y el compromiso de los/as referentes provinciales de los programas.

3.2.1. La gestión técnica

La gestión técnica abarcó la directriz estratégica y el seguimiento del Plan en su conjunto, cuidando su lógica integral y el avance hacia el cumplimiento de las metas propuestas. A medida que el Plan se implementaba, se fueron identificando nudos críticos y nuevos actores con quienes realizar alianzas. Esta función, se vio nutrida por los resultados que arrojaba de manera regular el Sistema de Información y Monitoreo, a partir del cual se realizaron análisis críticos de los factores que intervenían en la ejecución, se estipularon las medidas correctivas y se distribuyeron las responsabilidades entre los actores correspondientes. En algunos casos, se establecieron nuevos dispositivos para abordar las cuestiones identificadas.

Por otro lado, la coordinación técnica del Plan desarrolló líneas de acción transversales a las áreas programáticas. Ellas son:

- 1. *Gestión del monitoreo y evaluación del Plan.* Comprendió el desarrollo del sistema de indicadores de proceso, resultados e impacto, la coordinación de ese Sistema, la elaboración de informes de seguimiento y evaluación del Plan a diversos actores político institucionales, y la asistencia técnica a los

equipos focales territoriales y agentes del Plan sobre gestión y uso de la información. También incluyó el diseño de un soporte tecnológico para mejorar la cobertura y registro de la información.

- 2. *Desarrollo de lineamientos técnicos.* Se elaboraron lineamientos conceptuales e instrumentales y de apoyo a la implementación destinados a los equipos focales territoriales del Plan y a los/as agentes territoriales. Se realizaron cinco documentos.⁴ Los documentos uno y dos brindan apoyo a la gestión y a la implementación. El primero, proveyó la información básica de las provincias para la fase de armado de los planes operativos y el segundo presenta la modalidad de intervención del Plan y sus dispositivos. Los documentos tres, cuatro y cinco abordan aspectos conceptuales referidos a líneas de trabajo clave del Plan. El documento tres trata sobre la perspectiva de la discapacidad y brinda lineamientos para el trabajo con esta población; el cuatro constituye una herramienta para informar el debate sobre el rol de las obstétricas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en apoyo al cambio legal que el Plan promovió para regular el ejercicio profesional de este colectivo, y el cinco brinda una actualización sobre los estudios disponibles que ayudan a caracterizar el problema del embarazo en la adolescencia. Además, se elaboraron notas de gestión y materiales de orientación para la implementación.⁵

- 3. *Producción y gestión del conocimiento.* Se diseñaron y llevaron a cabo estudios especiales, en acuerdo con instituciones académicas, orientados a informar aspectos del problema y/o de las soluciones implementadas y, con ello, guiar la toma de decisiones sobre la marcha y el desarrollo estratégico del Plan. Los temas fueron: evaluación de procesos de gestión, costos de implementación y escalamiento, impacto económico del embarazo en adolescencia, evaluación de dispositivos desde la perspectiva de beneficiarios/as y análisis de brechas en la educación sexual integral.

- 4. *Caracterización de servicios de salud.* Se desarrolló una línea de trabajo para conocer en profundidad la situación en la que se encontraban los centros de salud, y así verificar las posibilidades de expansión de la oferta de servicios ante el incremento de la demanda motivada por los dispositivos del Plan. Se relevó el ochenta por ciento de los servicios de salud de los departamentos priorizados por el Plan en siete dimensiones: infraestructura, recursos humanos, acceso a insumos, capacidad administrativa, capacidad para colocar métodos anticonceptivos de larga

4. Al cierre de este documento había dos documentos más en preparación. Disponibles en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/catalogo_de_documentos_del_plan_enia.pdf
5. Algunos de estos documentos son: Orientaciones prácticas para la articulación de las acciones ESI PNSIA, en el marco del Plan ENIA y dispositivo de acceso a la justicia. ¿Cómo acceder a patrocinio jurídico gratuito en casos de abuso sexual y embarazo forzado en niñas menores de 15 años? Orientaciones para agentes del Plan ENIA. Guía práctica de abordaje de situaciones singulares de vulneración de derechos.

duración, sistemas de información y perfiles poblacionales de atención. En la primera etapa, entre agosto y diciembre de 2018, se relevaron 451 servicios de salud y en 2019 se alcanzó a 910.

5. *Gestión de insumos.* En coordinación con la DSSyR se puso en marcha un grupo de trabajo para hacer el seguimiento de la gestión de insumos del Plan, estimar necesidades para cubrir a la población objetivo, realizar compras y mejorar la distribución para garantizar la disponibilidad de insumos en los servicios de salud y una mayor cobertura efectiva de la población objetivo (inicialmente adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, y posteriormente ampliada al intervalo de 10 a 14 años).

6. *Capacitación y asistencia técnica.* A través de cursos virtuales, presenciales y líneas de asistencia técnica, se busca fortalecer las competencias de los/as agentes del Plan. Con este objeto se puso en marcha el “Curso virtual Plan ENIA” destinado a todas las personas involucradas en la implementación del Plan, con el objetivo de construir un lenguaje común, desarrollar competencias y fortalecer la acción intersectorial. Se desarrolla a través de la plataforma del Instituto Nacional de Formación Docente (INFoD) del Ministerio de Educación de la Nación y otorga puntaje docente. Recientemente, se puso en marcha el curso virtual de “Anticoncepción en las Adolescencias” destinado a equipos de salud y otros/as agentes estatales vinculados con servicios dirigidos a población adolescente, cuyo objetivo es mejorar el acceso a los servicios de salud y promover prácticas anticonceptivas eficientes y de calidad. Este se desarrolla a través de la plataforma de la Secretaría de Gobierno de Salud. Ambos cursos otorgan puntaje a través del Instituto Nacional de Administración Pública.

7. *Fortalecimiento institucional para la prevención y el abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado.* Se elaboró el documento *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional* (2018) con el objetivo de promover acuerdos interinstitucionales y un abordaje integral con enfoque de derechos que orienta sobre cómo deben responder los diversos actores estatales en casos de abuso sexual y embarazo forzado. Se realizaron jornadas de sensibilización y fortalecimiento político institucional tanto a nivel nacional como provincial.

8. *Estrategia de incidencia.* Durante 2019 se desarrolló una estrategia de incidencia orientada a legisladores y funcionarios públicos para la aprobación del proyecto de ley de regulación de la Licenciatura en obstetricia, con media sanción de la Cámara de Diputados y a la espera de ser tratado en el Senado. El proyecto pone en valor el rol fundamental de las y los licenciados

en obstetricia en el acceso y cobertura de la salud sexual y salud reproductiva de la población con foco en adolescentes. Dicha estrategia implicó el trabajo conjunto, durante varios meses, de diferentes organismos: el UNFPA, UNICEF, el PNUD, el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (COPBA), la Asociación de Carreras de Licenciaturas en Obstetricia de la República Argentina (ACLORA), la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA), la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo de la Nación. Entre los diferentes productos que se generaron se puede destacar el conversatorio internacional desarrollado en el Salón Dorado de la legislatura porteña, donde expertos en la temática expusieron ante una gran audiencia compuesta por funcionarios, legisladores, representantes de organizaciones de la sociedad civil e integrantes de equipos de salud reproductiva.⁶

9. *Comunicación interna y externa.* Se realizan presentaciones oficiales sobre el Plan a diversos actores estatales y de la sociedad civil. También se establece y mantiene la comunicación oficial del Plan entre los/as agentes que lo integran a partir de diversos soportes comunicacionales, como el *Periódico Plan ENIA* y las comunicaciones de la coordinación técnica. Además, se difunde la página institucional del Plan ENIA, la página Hablemos de Todo y otros dispositivos digitales que dependen del Instituto Nacional de Juventud y el 0800 de Salud Sexual y Reproductiva. Se desarrollaron insumos para la campaña comunicacional elaborada en conjunto con Presidencia de la Nación en septiembre de 2018. También se confeccionaron materiales comunicacionales, en coordinación con los programas sectoriales, en diferentes soportes, formatos y para diversos destinatarios: equipos de salud, educación y protección, para orientar su visión y sus prácticas y para la población general para promover los derechos sexuales y reproductivos.

10. *Desarrollo de nuevos dispositivos.* A medida que el Plan avanzaba, se fueron identificando aspectos vinculados con las líneas de acción, sobre los que se podía intervenir a través de nuevas iniciativas. El dispositivo Podés Elegir consiste en garantizar que los servicios de salud distribuyan y coloquen un MAC cuando una paciente ha estado en un servicio producto de un evento obstétrico (parto o aborto). El dispositivo es una de las líneas de trabajo prioritarias que lleva adelante la DSSyR y contempla la profundización de las estrategias de sensibilización y capacitación a los servicios de salud, la articulación entre centros de atención primaria y maternidades, el fortalecimiento de consejerías en los controles prenatales y la educación y promoción comunitaria. El dispositivo Axesorate,

6. La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, por su parte, brinda capacitación a las obstétricas en las provincias donde ya están habilitadas para trabajar, sobre todo en lo que respecta a MAC, consejería, DIU, Implantes y AIPE.

actualmente en etapa de diseño, consiste en la instalación de plataformas 3D en las salas de espera de los servicios de salud. El propósito de la plataforma es incentivar el interés para realizar consultas de salud sexual y reproductiva y generar conciencia sobre la importancia de brindar un trato adecuado a la población adolescente. La plataforma se desarrolló a través de *Fábrica*, institución dependiente del Consejo Federal de Ciencia y Educación y la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Como resultado de este trabajo conjunto, se diseñaron siete videos que están en etapa de validación por los/as usuarios/as. Finalmente, en colaboración con la Subsecretaría de Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se diseñó el dispositivo de acceso a la justicia que brinda patrocinio jurídico gratuito a víctimas de abuso sexual y embarazo forzado menores de 15 años. Se implementará a través del cuerpo de abogadas/o dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y sus representaciones en las provincias.

En la gestión de las líneas de trabajo transversales, se destacan tres que por su criticidad representan los logros más salientes. La primera es el establecimiento y desarrollo del sistema de información y monitoreo que, como se mencionó, desempeña un papel fundamental, no solo para el seguimiento de la meta general del Plan, sino para alimentar de manera permanente las decisiones de gestión. Uno de los criterios rectores del Plan fue basar sus decisiones en la evidencia, tanto en la fase de diseño como en su gestión cotidiana. Este sistema se armó primero de manera artesanal, y adquirió luego un grado de sistematización y rigurosidad destacables en el contexto del monitoreo y la evaluación de políticas públicas en el país.

La segunda es el abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado. Esta línea de trabajo es uno de los objetivos estratégicos; está a cargo de la coordinación del Plan debido a su importancia y porque su abordaje requería de un trabajo de incidencia, tanto a nivel nacional como provincial. En forma coordinada con los programas nacionales y la SENAF, se realizó un documento que, a partir de un análisis exhaustivo de los protocolos provinciales, establece lineamientos para orientar el accionar de los actores institucionales frente a casos de abuso sexual y embarazo forzado. El valor del documento es haber podido establecer un piso común de orientaciones para todas las provincias del país y una hoja de ruta concreta que debe guiar los pasos de cualquier agente del Plan, u otros/as agentes públicos frente a estos casos. A partir del documento se realizaron reuniones de incidencia tanto a nivel nacional como en algunas provincias y se sentaron las bases para la actuación inter institucional lo que derivó, luego, en el diseño de un dispositivo específico de acceso a la justicia a través del

patrocinio jurídico gratuito en alianza con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

La tercera es la gestión de insumos que tuvo un rol central en garantizar la adquisición y disponibilidad de anticonceptivos de manera efectiva, y en sostener un seguimiento cercano y regular sobre su distribución a nivel provincial, en el marco de un trabajo coordinado con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

La gestión técnica del Plan tuvo múltiples aciertos. Primero, se destaca la conformación del equipo a cargo con perfiles profesionales con alta capacidad técnica y amplia trayectoria en el campo de las políticas de salud sexual y salud reproductiva. Este perfil técnico garantizó una mirada estratégica sobre el rumbo del Plan, el seguimiento permanente sobre su marcha y los lineamientos a escala nacional, que orientaron la acción de los programas. Segundo, el Plan construyó alianzas con diversos actores que contribuyeron a conseguir recursos clave para las diversas necesidades, como la realización de estudios específicos, y el apoyo frente a dificultades fruto de embates ideológicos. Se pueden mencionar el Consejo Consultivo, la Comisión Bicameral del Defensor de Niñas, Niños y Adolescentes, el Consejo de Sociedades Científicas y agencias de Naciones Unidas en Argentina. Por último, hubo capacidad de identificar nudos críticos relevantes y generar respuestas para reorientar las acciones del Plan, basándose en la información provista por el sistema de monitoreo y seguimiento. Un ejemplo paradigmático en este sentido fue la mencionada constitución del grupo de trabajo sobre insumos de anticoncepción.

3.2.2. La gestión operativa

La Coordinación Operativa (CO) lleva adelante la operación del Plan en las provincias, gestionando las condiciones sectoriales y provinciales para el cumplimiento de los objetivos del Plan. Trabaja a nivel central como responsable de la articulación con los/as referentes de los programas nacionales y sus equipos de las provincias para una efectiva implementación de las acciones contempladas en los planes operativos provinciales, a través de su seguimiento y planificación. Con las otras dos coordinaciones del Plan, supervisa la administración de los recursos por parte de los EFTI y ajusta los lineamientos y disposiciones técnicas del Plan a las realidades locales.

La CO también coordina, supervisa y acompaña a los EFTI. Para ello, garantiza la institucionalidad de este equipo como responsable de la implementación en las provincias, supervisando el cumplimiento de los procedimientos definidos a nivel central de acuerdo con las particularidades de cada territorio. En esta tarea, utiliza variadas estrategias según los avances y obstáculos que se van detectando.

La gestión de la CO en los niveles central y provincial garantiza y promueve la intersectorialidad del Plan, a través de acuerdos a nivel nacional, a la vez que diagnostica, en función de las realidades locales, la manera más adecuada y efectiva de implementar los objetivos generales. Asimismo, la CO participa en la UEN y aporta “la voz del territorio”.

La CO está compuesta por una coordinación, dos Responsables de Articulación Territorial (RAT), seis supervisoras provinciales y once coordinadoras/es EFTI. Para el desarrollo de sus actividades, se diseñaron diversas herramientas de registro y sistematización de las acciones, como planificaciones estratégicas trimestrales, minutas de reuniones en formato de informes de avances y pendientes, planillas de seguimiento quincenales e informes de gestión, entre otras. Esta información se encuentra al servicio de la gestión estratégica del Plan para delinear posibles acciones y formalizar acuerdos y consensos.

La gestión operativa tiene su correlato en una serie de espacios de diálogo y mecanismos de comunicación estratégicos:

1. *Reuniones de referentes UEN-CO.* Participan los/as referentes de los programas nacionales en la UEN, los/as Responsables de Articulación Territorial y la Coordinadora Operativa. El objetivo de este espacio es construir soluciones colectivas frente a problemas y dificultades que se identifican a nivel provincial, que ameritan un nivel superior de incidencia y decisiones y que no pudieron ser resueltas en otras instancias. También viabiliza definiciones entre las coordinaciones del Plan. Este espacio surgió como una necesidad del Plan, para desprender de la instancia más general de la UEN las cuestiones del funcionamiento diario de cada EFTI en las provincias y fortalecer la coordinación con los programas nacionales para dar respuesta a los contextos específicos de cada provincia.
2. *Reuniones de seguimiento provincial.* Participan las supervisoras provinciales y aquellas personas de cada programa nacional encargadas del seguimiento de la provincia. El objetivo es realizar una observación de los temas de discusión en cada provincia e identificar las dificultades de implementación. También se busca establecer objetivos de gestión y agendas compartidas para fortalecer la intersectorialidad.
3. *Reuniones semanales de Responsables de Articulación Territorial y supervisoras.* Cada supervisora realiza una breve descripción y puesta en común de los temas más sobresalientes de la semana en las provincias que le atañen, a través de una presencia sostenida y cotidiana que permite estar al tanto de las novedades y conocer de cerca los modos de trabajo y las vinculaciones entre los equipos.

4. *Viajes de seguimientos provinciales.* Las visitas sistemáticas de las supervisoras provinciales han sido un instrumento clave para relevar necesidades e identificar problemas que ameritan la intervención de la CO. Estas visitas incluyen reuniones con el EFTI y contactos con los agentes y dispositivos del Plan. En algunas ocasiones, son intervenciones puntuales para resolver problemas de la implementación del Plan.

5. *Comunicación cotidiana con la Coordinación del EFTI.* El diálogo permanente de las supervisoras provinciales con las coordinadoras del EFTI permite repensar estrategias de trabajo, abordaje de dificultades y brindar acompañamiento en el desarrollo de las acciones cotidianas.

6. *Encuentros regionales de EFTI.* El objetivo es compartir dinámicas y estrategias de trabajo que sirvan al EFTI para repensar sus propias prácticas, así como para enriquecer la labor de sus colegas.

Asimismo, la CO al ser responsable de la operación del Plan en las provincias articula con otras áreas de gobierno para viabilizar acciones en el territorio. En este sentido, se trabajó con el Instituto Nacional de Juventud, los programas Hablemos de Todo, Envión, Acercarte y Programa Nocturnidad en Provincia de Buenos Aires, SEDRONAR en los Dispositivos de Integración y Abordaje Territorial, entre otros. La CO también articula con Jefatura de Gabinete y Comunicación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social a los fines de reportar actividades y eventos para la participación de autoridades nacionales y la filmación y cobertura de acciones en territorio.

En términos de la supervisión y la administración de los recursos por parte de los EFTI, la CO es quien aprueba la pertinencia de los requerimientos de insumos y servicios para el desarrollo de las actividades en el territorio, a través de un circuito que involucra a los/as administrativos/as EFTI, las coordinadoras EFTI, las supervisoras provinciales y la Coordinadora Operativa. También desde la CO se gestiona la logística y distribución de materiales gráficos del Plan relevando las necesidades en territorio y realizando el control de stock a nivel central como provincial.

3.2.3. La gestión administrativa

El Plan inició sus actividades bajo un esquema de administración tercerizado mediante un acuerdo de colaboración con la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). A poco tiempo de comenzar la operación en cinco de las provincias priorizadas, se realizó la transición al modelo de gestión del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), reconocido como un socio estratégico para brindar acompañamiento técnico y operativo

al Estado nacional en la implementación de programas nacionales y provinciales. El marco del PNUD facilitó la administración eficiente de los fondos del Plan y apoyó la instalación y el funcionamiento de la estructura de gestión de proyectos, favoreciendo instancias de control interno y transparencia operacional.

El cambio de procedimientos en pleno desarrollo de las actividades territoriales, sumado a la incorporación de las siete provincias restantes, demandó un significativo esfuerzo del equipo de la Coordinación Administrativa. La Coordinación, junto con el PNUD, trabajaron en el desarrollo de soluciones innovadoras para poner en acción un esquema complejo de implementación que alcanza a treinta y seis departamentos de las doce provincias priorizadas, casi mil consultores y consultoras en el territorio. Al mismo tiempo, articula con diferentes áreas y programas en tres ministerios y con Jefatura de Gabinete.

La Coordinación Administrativa del Plan está estructurada en tres áreas. La primera, referida a contrataciones y adquisiciones, se encarga de la contratación de consultores/as a través de una forma nunca antes implementada en otros Proyectos PNUD. A partir de una modalidad innovadora, se contrató un número importante de profesionales que desarrollan las actividades del Plan en las doce provincias donde se implementa. También, se gestionan las adquisiciones de bienes y servicios centrales para el desarrollo del Plan (pasajes, viáticos, catering, material gráfico, equipamiento, muebles y útiles) bajo las premisas de mejor relación entre calidad y precio, imparcialidad, integridad y transparencia, competencia eficaz y ética, y consideraciones ambientales.

El área de finanzas contempla lo relativo a la planificación económica y financiera, y la gestión de tesorería. Por último, funciona el área de contabilidad e información a terceros (PNUD, Cancillería y cualquier otro sector que demande información contable o de gestión del Plan).

Adicionalmente, funciona un Comité Local de Contratos que evalúa operaciones de compras que, por monto o características especiales, se ponen a consideración para lograr un proceso de adquisiciones eficiente, efectivo y económico.

Esta coordinación evalúa en forma periódica la organización del proceso administrativo, asignando los recursos que sean necesarios a las necesidades que aparecen. Esta mirada dirigida a la resolución de problemas resulta esencial para poder mejorar la gestión administrativa y asegurar procesos más eficientes. El área evalúa y supervisa de manera continua, lo que permite obtener operaciones eficientes y eficaces, confiabilidad de la información contable y financiera, el cumplimiento de las normas y procedimientos del PNUD y la salvaguarda de los recursos disponibles.

El esquema de administración está centralizado. No obstante, en cada provincia existe un recurso administrativo que colabora con el equipo central en tareas cuya realización en territorio resulta más eficiente.

La Coordinación Administrativa ha formalizado sus procesos a través de una serie de normas y procedimientos con el objetivo de que se gestionen de acuerdo a lo establecido por la normativa del PNUD para los proyectos de esta envergadura, sirviendo, a su vez, de guía a los gestores en el desempeño de sus tareas cotidianas. Estas son:

- a) Norma que regula la contratación de consultores y consultoras.
- b) Norma que regula los gastos de viajes y la solicitud de servicios.
- c) Norma que regula el funcionamiento del área de tesorería.
- d) Norma que regula el funcionamiento del área de contabilidad e información a terceros.
- e) Norma que regula las adquisiciones de bienes y servicios.
- f) Otros documentos instructivos específicos.

Por último, el esfuerzo por contemplar procesos que garanticen transparencia y calidad dio por resultado un óptimo desempeño en las auditorías llevadas a cabo por el PNUD, que han validado el uso correcto de los fondos y el cumplimiento de procesos de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos en el marco normativo de ese organismo.⁷

3.2.4. La gestión provincial

En el plano provincial, el Plan organiza su implementación a través de los EFTI. Como se mencionó en el capítulo 2, estos están conformados por: a) un/a coordinador/a –que son técnicos/as territoriales de la SENAF–; b) coordinadores/as de los Programas sectoriales que preexisten al Plan en la provincia, designados/as y financiados/as por esta; c) referentes ENIA de cada dispositivo designados/as y financiados/as por el Plan. También forman parte de la estructura del Plan en las provincias los/as agentes territoriales, que son recursos humanos financiados por este que prestan los servicios previstos (ver Capítulo 2).

Esta particular conformación de los equipos territoriales busca promover la coordinación intersectorial en el territorio, así como la de las provincias con la CO, principalmente en materia de apoyo a

7. A la fecha, el proyecto del PNUD a través del cual se implementa el Plan, recibió una auditoría cuyo Informe del 18 de febrero de 2019 sobre el período del 1 de enero al 30 de septiembre de 2018, en su punto A.2 y A.3, indica que “el estado de gastos adjunto presenta razonablemente en todos sus aspectos significativos gastos de conformidad con las políticas contables acordadas, y i) concuerdan con los presupuestos aprobados del Proyecto; ii) se adjuntan a los propósitos aprobados por el Proyecto; iii) cumplen el reglamento y las normas, las políticas y los procedimientos pertinentes del PNUD; y iv) vienen avalados por los comprobantes debidamente aprobados y otros documentos justificantes”. En su punto B.3, afirma: “el estado de caja refleja razonablemente, en todos los aspectos importantes, el saldo de las cuentas bancarias del proyecto ‘ARG/17/011 – Apoyo al Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia’ al 30/09/18 de conformidad con las políticas del PNUD (IPSAS)”. Una inspección puntual (*spot check*) donde se evaluó la veracidad de los datos financieros en las transferencias de efectivo a los Asociados en la Implementación, la situación del proyecto y los controles internos aplicables.

la implementación del Plan a nivel local y con la Unidad Ejecutora Nacional del Plan para cuestiones estratégicas. El EFTI funciona –con algunas singularidades según las provincias– a través de reuniones semanales en las que participan los/as referentes ENIA de cada dispositivo y quincenales a las que, además, se suman los/as coordinadores/as de los programas provinciales. El EFTI realiza planificaciones trimestrales, a partir de las que previamente hicieron los programas en relación con la implementación de cada dispositivo. En el marco del EFTI se valida la programación sectorial y se acuerda una única planificación trimestral.

Los EFTI son un pilar esencial del Plan. Su estructura institucional compleja y novedosa tuvo la virtud de capilarizar la toma de decisiones, desde el nivel ejecutivo nacional hasta el/la agente territorial que desempeña sus tareas en los lugares más inaccesibles de las provincias, pasando a través de múltiples instancias. Sus integrantes fueron cuidadosamente seleccionados y capacitados por el nivel nacional. Y, en términos generales, conocen el territorio, sus entramados sociales y cuentan con un capital social que, en ocasiones, ha sido vital para el funcionamiento del Plan. Pero, sobre todo, se destaca el nivel de compromiso de los/as coordinadores/as que han desempeñado funciones variadas y multifacéticas, garantizando, en todo momento, que el Plan se desarrollara de la mejor manera posible. Los/as referentes provinciales de cada programa que integran el EFTI cumplen un rol estratégico en la articulación de los programas a nivel central y las provincias, y aportan su experiencia y conocimiento de la implementación de cada sector, lo que resulta esencial para el funcionamiento de los dispositivos.

Este es un aspecto crítico para la gestión provincial. Al constituir el brazo técnico operativo en sus territorios, los EFTI resuelven de manera cotidiana múltiples cuestiones técnicas, operativas y políticas. Un estudio realizado por el Plan advirtió sobre la carga de trabajo administrativo relacionado con compras y contrataciones, así como los procesos de registro y recepción de la información (SIEMPRO, UNICEF, UBA, 2019). También se han destacado problemas de movilidad de los equipos por las condiciones geográficas de algunos departamentos.

Si bien la particular integración de los equipos provinciales fue un facilitador para la coordinación intersectorial, en el plano político institucional, los EFTI enfrentaron dificultades sobre todo en la relación entre los/as referentes ENIA y los/as agentes del Plan (que dependen y son financiados por este) y los programas provinciales que son designados por las provincias y dependen de ellas. La efectividad de la labor de los/as referentes y agentes, en ocasiones, ha estado condicionada por decisiones y gestiones del ámbito provincial, que no dependieron del Plan y sobre las cuales este tuvo injerencia limitada. Estas y otras dificultades de índole

político institucional debieron ser resueltas por el EFTI, lo cual excedió su ámbito de competencia e hizo evidente la necesidad de reforzar los acuerdos político-institucionales entre la Nación y las provincias.

Hacia adelante queda el desafío de fortalecer la institucionalidad y visibilidad del Plan en las provincias para dotar a los Equipos provinciales de un mayor apoyo político e institucional que resguarde su gestión, así como consolidar el trabajo en conjunto.

Con la implementación del Plan ENIA en la provincia de Salta se conformó un equipo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva que acompaña la gestión unipersonal provincial y facilitó la presencia en terreno del equipo en forma continua y sostenida. Contamos con mayor cantidad y disponibilidad de LARC (métodos anticonceptivos reversibles de larga duración), especialmente, implante subdérmico, facilitando el acceso de las adolescentes. Permite el trabajo intersectorial continuo y sostenido con adolescencia, educación y desarrollo social, favoreciendo el abordaje integral de las adolescentes. Permite la conformación de mesas de trabajo intersectoriales con la presencia de autoridades provinciales para el abordaje integral del abuso sexual y ruta de atención en embarazadas menores de 15 años. Se favoreció la difusión en los medios masivos de comunicación de los derechos de niños, niñas y adolescentes, del acceso a la salud en general y, en particular, a los métodos anticonceptivos e ILE (Coordinadora Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva).

3.2.5. Cuestiones sectoriales y programáticas vinculadas con la implementación

Toda intervención o iniciativa de carácter intersectorial pone en juego recursos y saberes específicos de cada sector. Para que el abordaje intersectorial funcione, no solo es necesario ponerse de acuerdo en las cuestiones que se realizarán de manera conjunta, sino que es menester que cada sector haga bien lo que tiene que hacer. Se puede afirmar que para que funcione la intersectorialidad, se requiere de buena sectorialidad. También requiere de un ejercicio de conversación colectiva sistemático que habilite la posibilidad de compartir problemas, la generación de una visión común sobre el eje de la intervención, la observancia de la interdependencia y las sinergias potenciales entre las acciones sectoriales.

En esta línea, un desafío fue la necesidad de construir una visión común que superara las miradas específicas de cada disciplina o programa, fruto de su expertise y trayectorias particulares y que ayudara a transitar de un modo de funcionamiento programático

-propio de las líneas de intervención de cada programa- a un modo de funcionamiento intersectorial, donde cada programa se visualiza y actúa en función del logro de los resultados y las metas del Plan. La UEN a nivel nacional y los EFTI a nivel provincial fueron los espacios privilegiados que permitieron esta construcción interdisciplinaria, contribuyendo a generar la praxis intersectorial.

Otro desafío fue lidiar con la insuficiencia de registro y monitoreo de las intervenciones programáticas. Se trata de una característica casi estructural de la gestión de políticas públicas en el contexto argentino, que excede al Plan y se vincula con la capacidad insuficiente de los programas para dar cuenta de sus procesos y logros. Al inicio del Plan, no existía suficiente información sobre el resultado e impacto de las intervenciones programáticas en la población destinataria de esas acciones. Por ejemplo, existía información sobre la cantidad de métodos anticonceptivos de larga duración distribuidos a las provincias, pero se desconocía el destino final de esos insumos en los servicios y la cantidad de adolescentes y mujeres protegidas con esos métodos. En el campo educativo, existía información sobre la cantidad de capacitaciones dictadas a los/as docentes o la cantidad de materiales distribuidos, pero no se sabía la cantidad de alumnos que habían participado en clases o actividades de ESI en las escuelas y el efecto de ello. El Plan aportó el énfasis en los resultados y en los destinatarios de las acciones, enriqueciendo de alguna manera el accionar programático y reorientando el eje de la política hacia la población que se espera alcanzar con las acciones.

El Plan enfrentó los desafíos de funcionamiento de los dispositivos que debieron imbricarse en la lógica de funcionamiento de los propios sectores en las provincias.

El rol de los/as referentes programáticos/as en la UEN

Los/as referentes de programas y de la propia SENAF en la UEN constituyeron una pieza clave para la coordinación intersectorial. Su función es gestionar las acciones de cada dispositivo a través de una coordinación en dos sentidos. A nivel nacional, articulan la implementación de su dispositivo con las otras intervenciones sectoriales y las coordinaciones operativa y técnica. A su vez, coordinan la implementación

del dispositivo en las provincias, actuando de nexo entre el programa nacional al que representan y el EFTI. Para ello, supervisan y brindan apoyo a la gestión de los/as referentes de sus dispositivos en el equipo provincial y establecen estrategias para resolver los problemas de implementación que se presentan, canalizando su resolución en la UEN cuando la situación lo amerita.

El dispositivo de salud sexual y reproductiva (consejerías y dispensa de métodos anticonceptivos) estuvo condicionado por las debilidades estructurales de los servicios de salud en las provincias. Debilidades que comprometían su capacidad para brindar una adecuada atención de los/as adolescentes que garantice espacios de consejerías en salud sexual y reproductiva y la disponibilidad, calidad, accesibilidad y aceptabilidad de métodos anticonceptivos. La hipótesis central del Plan era que una demanda incentivada debía encontrar respuesta adecuada en los servicios de salud. Pero las falencias propias de dichos servicios en las provincias representaron un desafío para la intervención del Plan. Según surge del relevamiento realizado, resalta el déficit de la oferta de profesionales dispuestos/as a un abordaje integral y eficiente para satisfacer las prácticas de salud sexual y salud reproductiva; faltas en el entrenamiento necesario para la colocación y remoción de métodos anticonceptivos de larga duración y, en algunos casos, en la infraestructura y equipamiento necesarios para brindar los servicios previstos. Uno de los determinantes del acceso sigue siendo la actitud de los/as profesionales frente a la población adolescente, ya que otro de los hallazgos es que un número significativo de las/os adolescentes transitan por los servicios de salud, pero no consultan a los servicios de SSyR. Sigue siendo un desafío garantizar espacios amigables para las/os adolescentes, entendidos estos como “servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones” (UNICEF, SAP y PNSIA, 2010).

A través del dispositivo de salud sexual y reproductiva se pusieron a disposición de los centros equipos de apoyo para brindar capacitaciones tanto en consejerías como en colocación y remoción de métodos anticonceptivos de larga duración, sin embargo, hubo algunas dificultades en la realización de dichas capacitaciones. Un estudio encargado por el Plan⁸ identificó que en las provincias donde las capacitaciones se rutinizaron se observa una escasa participación de los equipos médicos que, según los propios equipos, puede atribuirse a la sobrecarga de actividades en los centros de salud; la asignación de turnos durante los días en que se realizan las capacitaciones (de asistir a la capacitación se afecta el normal funcionamiento del centro de salud); los escasos incentivos para que los médicos asistan y la poca anticipación con la que, en algunos centros, se informa al personal sobre la realización de las capacitaciones en cuestión. En algunos casos, también se manifestó cierta presión social vinculada con cuestiones religiosas y/o éticas. Según se ha relevado en el citado estudio, sin el involucramiento de las máximas autoridades del centro de salud y la presencia activa de los equipos territoriales, estas capacitaciones

8. “Estudio económico sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia” (FCE-UBA y UNICEF, mimeo, 2019).

pueden quedar circunscriptas a un grupo muy acotado de actores, los cuales no tienen capacidad de garantizar a las/os adolescentes el acceso a la información para la toma de decisiones informadas y menos aún de garantizar el acceso a un método anticonceptivo adecuado a sus necesidades y deseos. En tal sentido, el mayor inconveniente se vincula con la amplia extensión de la objeción de conciencia por parte de médicos/as del sistema público de salud para la dispensa de métodos anticonceptivos.

El Plan no contó con instrumentos que pudieran resolver la totalidad de las debilidades de los servicios de salud, en particular las más estructurales, vinculadas con insuficiencia de profesionales de la salud, horarios inadecuados o prácticas que no respetan los derechos de las/os adolescentes. Estos aspectos dificultaron, en algunos casos, que los centros de salud absorbieran una demanda que se vio incrementada por las acciones del mismo Plan. A pesar de ello, el estudio realizado (Estudios y Proyectos y CINEA, 2019) sobre la perspectiva de los/as beneficiarios/as mostró un avance en algunos servicios de salud donde la valoración de las consejerías por parte de los/as adolescentes resultó positiva.⁹

El Programa Nacional de Educación Sexual Integral, con anterioridad al Plan, actuaba a partir de capacitaciones presenciales masivas a docentes y directivos, denominadas “Es parte de la vida, es parte de la escuela”. En ellas se abordaban los aspectos centrales de la ESI, y su objetivo final era propiciar la incorporación de la educación sexual integral en actividades con los/as alumnos/as. Estaban estipuladas para los directivos y dos docentes por Escuela, lo que en algunos casos resultó insuficiente para garantizar la pregnancia de la ESI en las instituciones educativas. Por otro lado, frente a la necesidad de garantizar apoyo técnico sostenido en las escuelas, el Plan propuso la incorporación de la figura de acompañante pedagógico/a (AP) cuya función es asistir a los equipos docentes en el proceso de incorporación de la ESI de manera transversal, a partir de una revisión y apoyo de la planificación curricular. El/la AP es quien brinda la capacitación docente en ESI y luego realiza visitas frecuentes a la institución, asistiendo a los equipos docentes en las estrategias pedagógicas para la incorporación de los contenidos de ESI en la práctica. Por último, a instancias del Plan, se elaboró la cartilla específica para docentes *El embarazo no intencional en la adolescencia. Contenidos y propuestas para el aula* (2018), que incorpora información sobre barreras de acceso a la salud, derechos sexuales y reproductivos y anticoncepción. Este material facilitaría las decisiones informadas de las/os adolescentes a través de un abordaje más específico del embarazo y los MAC, sin dejar de lado los cinco ejes centrales de la ESI.

Otro desafío que atravesó la ESI fue la necesidad de adaptar lógicas, saberes y contenidos propios del acceso a los servicios de salud, así como las herramientas para exigir el derecho a la ILE, centrales en el tratamiento de la prevención del embarazo no intencional, a una lógica pedagógica. Cabe citar el ejemplo del protocolo para la interrupción legal del embarazo (ILE) destinado, fundamentalmente, a agentes de salud. Hubo que adecuar los materiales a un lenguaje pedagógico que hiciera énfasis en los aspectos vinculados con el sector educativo, sin perder de vista que se trata esencialmente de una práctica de salud. Sin embargo, el programa evaluó positivamente la incorporación del acceso a la ILE entre los objetivos del Plan, ya que brindó un marco institucional para poder abordar en las escuelas el tema del abuso sexual, cuya incorporación se había visto dificultada antes del Plan.

En Tucumán, las realidades son muy diferentes en zonas urbanas y en las más apartadas. Tenés escuelas con recursos, equipo psicopedagógico, integración de estudiantes con discapacidad, sistema de salud a mano, políticas de acompañamiento a las adolescentes embarazadas y, al mismo tiempo, otras donde los recursos escasean, la articulación con salud está interrumpida o se hace con efectores muy distantes de la escuela. Es importante destacar que el Plan potenció lo que existía y también está generando respuestas donde no hay recursos... (EFTI de ESI en Tucumán).

Que el Plan haya incorporado a las escuelas especiales en las otras provincias es un gran avance. En Chaco tenemos acompañantes pedagógicos muy comprometidos con el derecho a la ESI de las/os adolescentes con discapacidad... y las asesorías en salud están funcionando muy bien también, gracias al trabajo articulado (docente de escuela especial de Chaco).

El dispositivo de asesorías de salud integral en la adolescencia, en escuelas secundarias y servicios de salud tuvo dificultades propias de una intervención que llevaba solo dos años de implementación cuando el Plan inició, y que debió atravesar un cambio de escala significativo.

En las provincias como en los departamentos, se advierte la gran heterogeneidad de las dinámicas de trabajo que se despliegan en las escuelas. Asimismo, los mismos asesores manifestaron fuertes diferencias en la forma en que pueden trabajar en las distintas escuelas (FCE-UBA y SIEMPRO, 2019). Un facilitador importante para su funcionamiento es el establecimiento de acuerdos institucionales tanto a nivel de los Ministerios de Salud y Educación

9. Estudios y Proyectos y CINEA, Evaluación del Plan de Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia desde la perspectiva de los destinatarios, octubre de 2019.

en las provincias, como a nivel local entre las instituciones educativas y los servicios de salud. En ocasiones, la falta de este acuerdo institucional generó obstáculos para garantizar un funcionamiento adecuado.

La asesora es una más de la escuela, así la sentimos. Desde el comienzo se presentó y presentó su tarea con claridad y compromiso; viene siempre que le toca y a veces más, y armamos cosas juntos los docentes con ella. La valoramos mucho (docente de escuela secundaria urbana de Corrientes).

Me preguntó [la asesora] sobre algunas cosas que nadie me preguntó. Está bueno para informarnos bien. Para darnos, digamos, una iniciativa para la protección (estudiante, Jujuy).

Una de las dificultades que se advierten es el conflicto con los equipos de orientación escolar, cuando no están claras las incumbencias de cada figura. Lo que pudo comprobarse es que, cuando existen los acuerdos institucionales explícitos entre ambos sectores y un buen vínculo con los directivos y equipos de orientación escolar de las escuelas, el trabajo del/de la asesor/a se ve facilitado dando por resultado una mayor cantidad de asesoramientos (FCE-UBA y SIEMPRO, 2019). Otro escollo fue la tentativa de los servicios de salud de utilizar este recurso “extra” para funciones que no eran las que los/as asesores/as debían cumplir en el marco del Plan.

Por último, la eficacia de los turnos protegidos en los centros de salud resulta muy heterogénea. Los relevamientos realizados muestran que se trata de una figura muy incipiente que genera diversos desafíos institucionales y de gestión. Algunos/as entrevistados/as manifestaron dificultades de generar este tipo de turnos cuando hay una alta demanda en los centros de salud, y al mismo tiempo, se manifiesta un bajo uso de dichos turnos.

Finalmente, el dispositivo de base comunitaria (DBC) requirió de un mayor nivel de artesanía que los otros para su puesta en marcha. El esquema de implementación tiene un mayor margen para la definición de su alcance y características, puesto que para su funcionamiento depende de otros actores, como intervenciones provinciales y/o de la sociedad civil.

El Plan significó una oportunidad para llegar a las/os adolescentes con información más específica y pertinente relativa al acceso de sus derechos sexuales y reproductivos y con la potencialidad para prestar un servicio concreto vinculado con la mediación para garantizar la atención en el servicio de salud.

Hay espacios comunitarios para poder acercarme y puedo charlar todo lo que me pasa (adolescente, Provincia de Buenos Aires).

En el Envión podemos contar con las chicas del ENIA, tutores y representantes de ahí (adolescente, Provincia de Buenos Aires).

Es muy buena la experiencia porque notamos que hay mucha demanda por el tema y se consigue dar respuesta. Y cuando se da, creo que se alinean los planetas y cambiás la historia de alguien, porque nuestro rol le permite a esta adolescente llegar al centro de salud cuando no tiene las otras condiciones dadas, está fuera de la escuela, hay una disfuncionalidad en la familia, hay un montón de variables que hacen que no pueda llegar al centro de salud, y el asesor comunitario puede ayudar a revertir eso (asesora en la comunidad, La Rioja).

Notamos que hay mucha necesidad en la comunidad del Plan. Está cambiando realidades, se están dando respuestas y generando demandas. Hay pocas propuestas para adolescentes y cuando los espacios que se proponen son respetuosos de sus derechos, se proponen de manera receptiva, ellos se enganchan (asesora en la comunidad, Salta).

Pero también, el DBC enfrentó algunos desafíos. Por un lado, la necesidad de estandarizar prácticas muy territoriales y que dependen de actores comunitarios y de las intervenciones de cada provincia, las cuales no resultan fáciles de modelizar y pueden diferir sustancialmente entre las provincias. Por otro lado, el acceso a la población objetivo, constituida por adolescentes no insertos en el sistema educativo, que por ello no se encuentran físicamente en un espacio delimitado, sino que hubo que convocarlos con estrategias diversas. El dispositivo estableció distintas modalidades para instalar los espacios de asesorías, que se fueron adecuando a las necesidades de cada lugar. En algunos casos fueron fijas, en otros, itinerantes o mixtas. Para ello se evaluaron los contextos políticos e institucionales y la dinámica propia del trabajo en la comunidad. Por otra parte, se impulsaron nuevas acciones destinadas al trabajo con población adulta, que facilitaban la llegada a las/os adolescentes. Con respecto a la prevención del abuso sexual de niñas y niños, se desarrollan talleres de buen trato y cuidado del cuerpo destinados a ese grupo poblacional.

Por último, el DBC enfrentó la tensión de dar cuenta de resultados de gestión a una escala atípica para las intervenciones de carácter comunitario, donde lo que predomina es una lógica más personalizada de atención.

Como reflexión final, podría afirmarse que el Plan brindó valor agregado a la acción de los programas en varios aspectos. Les permitió ganar visibilidad de sus agendas, posicionarse mejor dentro de los propios ministerios sectoriales y obtener más recursos. Un

Capítulo 4

Resultados

aporte especialmente importante fue la expansión de sus cuadros técnicos a instancias del Plan. Los programas adicionaron entre diez y quince profesionales, lo que en algunos casos representó el doble del plantel inicial, expandiendo de manera significativa su capacidad de acción. El Plan también potenció la escala y calidad de las intervenciones de los programas, permitiendo el desarrollo de acciones que, en algunos casos, por insuficiencia de recursos, no habían podido realizarse. El caso más paradigmático es el de los/as acompañantes pedagógicos/as en las escuelas.

El Plan también significó un desafío permanente para los programas, en la medida en que les exigió un ritmo de ejecución demandante, una mayor escala de intervenciones y la obligación de reportar información de manera regular, conforme los requerimientos del sistema de monitoreo. Sin embargo, al encuadrarlos en una estrategia integral y de fuerte visibilidad política, el Plan les brindó la posibilidad de dar cuenta de sus resultados. El solo hecho de contar con información de manera regular sobre sus acciones permitió, en algunos casos, tomar decisiones que contribuyeron a mejorar la calidad de las prestaciones.

Este capítulo recoge la experiencia de armado y puesta en marcha del Sistema de Información y Monitoreo del Plan, reporta los principales resultados alcanzados desde el inicio del Plan y los productos de ese sistema así como los estudios específicos encarados por el Plan como parte de la estrategia de gestión del conocimiento para tomar decisiones basadas en evidencia y mejorar aspectos de la implementación.

- El sistema de información fue parte del diseño original del Plan y se puso en marcha junto con los dispositivos en el territorio. Requirió de pruebas y ajustes en la fase inicial.
- El sistema de información del Plan logró trascender la medición de acciones, bienes o servicios (como suele ser frecuente en políticas públicas con características similares) para medir destinatarios finales de las prestaciones.
- El sistema de monitoreo cumplió con uno de los fines centrales que es informar y retroalimentar la implementación de la política pública. El uso de la información orientó el diseño del Plan y la toma de decisiones durante su implementación.
- A fines de julio de 2019, el Plan puede reportar la dispensa de 33.392 métodos anticonceptivos de larga duración a niñas y adolescentes en los treinta y seis departamentos priorizados de las doce provincias.
- En total, 25.214 embarazos no intencionales fueron evitados en niñas y adolescentes y 29.968 adolescentes resultaron efectivamente protegidas del riesgo de quedar embarazadas.

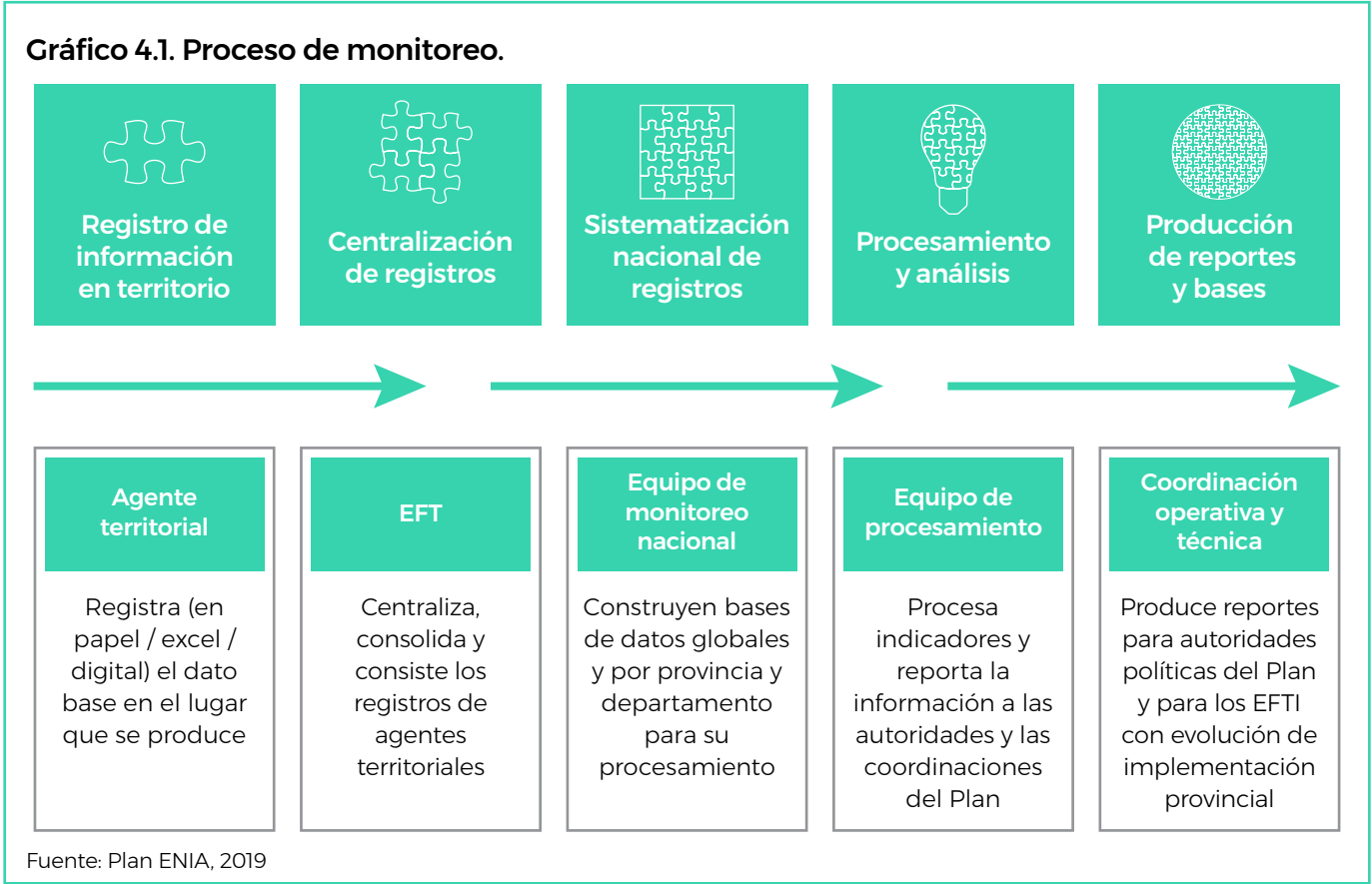
4.1.El armadodel Sistemade Informacióny Monitoreo

El Plan ENIA se planteó la necesidad de contar con un Sistema de Información y Monitoreo propio que permitiera medir sus avances y su impacto. Este sistema fue parte del diseño original y se fue ajustando en función de los requerimientos de información que surgieron a medida que el plan se desplegaba en el territorio.

El sistema de monitoreo se diseñó con la participación de los programas sectoriales. Se adecuaron los registros de información existentes y se diseñaron nuevos instrumentos de recolección de datos con sus respectivos circuitos. Recoge información a nivel territorial que se consiste y se consolida en cada una de las provincias y luego a nivel nacional. Arroja información sobre tres tipos de indicadores: de resultado, de proceso y de gestión.

Este sistema está a cargo de un equipo de trabajo central de información y monitoreo del Plan, conformado en torno al área de monitoreo de la SENAF, a partir del cual se fue convocando a referentes de cada uno de los programas y áreas a fin de garantizar una composición intersectorial. La supervisión general está a cargo de la Coordinación Técnica y entre sus funciones principales se encuentran: la gestión de la información, el procesamiento y análisis de datos y la producción de informes y reportes.

En el gráfico siguiente se presenta el circuito de información del sistema de monitoreo.



Tal como ilustra el gráfico, el proceso de generación de información y monitoreo consta de cinco pasos:

1. *Registro de información en territorio.* Es el nivel donde se registran las acciones concretas que se realizan en el marco del Plan: asesorías a adolescentes, capacitación a docentes y profesionales de la salud, visitas técnicas y acompañamiento de gestión a servicios de salud y escuelas. Este registro está a cargo de los/as agentes territoriales del Plan: integrantes de los equipos territoriales de SSyR, acompañantes pedagógicos, asesores/as en escuelas y servicios de salud y de base comunitaria.
2. *Centralización de registros.* En este momento se integran y consisten los registros en cada uno de los dispositivos en las provincias. Esta función está a cargo de los/las referentes sectoriales que integran el EFTI y de su coordinación.
3. *Sistematización nacional de registros.* Cada programa nacional centraliza la información producida conformando las bases de datos por dispositivo del Plan.
4. *Procesamiento y análisis.* Es la instancia donde se consolida la información de las doce provincias y de los programas y áreas del Plan. Con la información producida, se realiza la consistencia final y se procesa un set de alrededor de sesenta indicadores (ver tabla 4.2).
5. *Producción de reportes.* La información así generada sirve para producir distintos tipos de reportes con diferentes destinatarios y objetivos, tal como se presentan detallados a continuación en el apartado de productos.

4.2. Los productos del Sistema de Información y Monitoreo

El Sistema de Información y Monitoreo elabora dos tipos de productos que entregan mensualmente a las diferentes áreas y niveles del Plan.

Por un lado, informes de tres tipos:

1. *Informe nacional.* Sirve para reportar a autoridades y para rendir cuentas ante distintos pedidos de informe, seguimiento de los ODS, 100 prioridades de Gobierno de Jefatura de Gabinete, Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD) del Ministerio de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Mujeres, Consejo Consultivo del Plan ENIA y Comisión Bicameral del Defensor de Niños, Niñas y Adolescentes. Estos documentos tienen distintos usos, por ejemplo, en función de

la evolución de los indicadores se ajusta y planifica la compra y distribución de insumos por departamento; también sirven para tomar decisiones de gestión a nivel de los EFTI y para analizar y ajustar líneas de acción e intervención para cada uno de los programas y dispositivos.

2. *Informe por dispositivo.* Consiste en un pequeño tablero de gestión con el procesamiento de todos los indicadores de proceso y de resultado que le corresponden a cada dispositivo y programa. Estos informes se presentan con apertura a la localización (escuela, servicio de salud y/o espacio comunitario) donde se brindaron las prestaciones a destinatarios; contienen información histórica que permite analizar la evolución de los indicadores mes a mes desde el inicio del plan y coberturas logradas respecto a metas y/o las distintas poblaciones objetivo establecidas. Los destinatarios principales de este informe son las autoridades y equipos de gestión del plan y de programas que componen el plan en el nivel central.
3. *Informe por provincia.* Contiene el procesamiento completo para cada provincia, incluyendo los indicadores de proceso y resultado de todos los dispositivos. Los destinatarios finales de este informe son las coordinaciones de los/as EFTI y los/as agentes del Plan en las jurisdicciones, que son quienes inician el proceso de información del sistema de monitoreo.

Por otro lado, también se entregan las siguientes herramientas de gestión:

1. *Base de aseguramiento de insumos (BAI).* Contiene información para hacer el seguimiento de la distribución de insumos a las provincias y a servicios de salud; también contiene la evolución de la dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración por servicio de salud. Los destinatarios principales de esta herramienta son el grupo de aseguramientos de insumos a nivel central y los EFTI, principalmente del sector de salud sexual y reproductiva en las provincias.
2. *Listas codificadas de escuelas (CUE) y servicios de salud (SISA) involucrados en el Plan.* Estos listados, en permanente actualización, tuvieron su primera versión en la fase de diseño de planes operativos provinciales, a partir la combinación de fuentes de información nacionales de salud y educación. Luego, con el avance en la implementación en las jurisdicciones, se fueron cotejando con los registros de servicios educativos y de salud de cada provincia, componiendo dos listados propios de servicios educativos y de salud.
3. *Mapa de agentes territoriales.* Se encuentra disponible uno para cada provincia y por cada dispositivo o programa. Este

registro se elabora colaborativamente entre monitoreo central y los/as referentes EFTI de cada sector. Aquí se registran las asociaciones entre escuelas, servicios de salud y centros comunitarios, vinculados básicamente por las/os agentes de cada dispositivo. Los destinatarios principales son los EFTI y las áreas centrales del plan para hacer seguimiento de la institucionalidad desplegada en el territorio.

Monitoreo de metas de impacto del Plan ENIA

Desde el inicio de su implementación, el ENIA ha colocado 33.392 métodos anticonceptivos de larga duración a adolescentes de las doce provincias y treinta y seis departamentos priorizados por su alta prevalencia de embarazo adolescente. Ello se tradujo en un total de 25.214 embarazos no intencionales evitados en niñas y adolescentes y en 29.968 adolescentes que resultarán efectivamente protegidas, hasta llegar a su edad adulta, frente al riesgo de quedar embarazadas.

Estos datos han sido obtenidos por el Sistema de Información y Monitoreo del Plan. El mismo no se limitó a medir la implementación a nivel de procesos, como la cantidad de métodos anticonceptivos adquiridos, distribuidos a las provincias y entregados a los servicios de salud, sino que también incluyó la definición y acompañamiento de metas de impacto esperado. Una característica que ha distinguido al Plan ENIA entre las políticas públicas para prevenir el embarazo en la adolescencia implementadas en América Latina y en otras regiones, es el fuerte énfasis que ha otorgado a su monitoreo y evaluación. Desde el primer momento de su construcción, el UNFPA colaboró con la SENAF para establecer una métrica que permitiera identificar cuánto ha avanzado el plan en su conjunto, como en cada una de las jurisdicciones en las que se implementa.

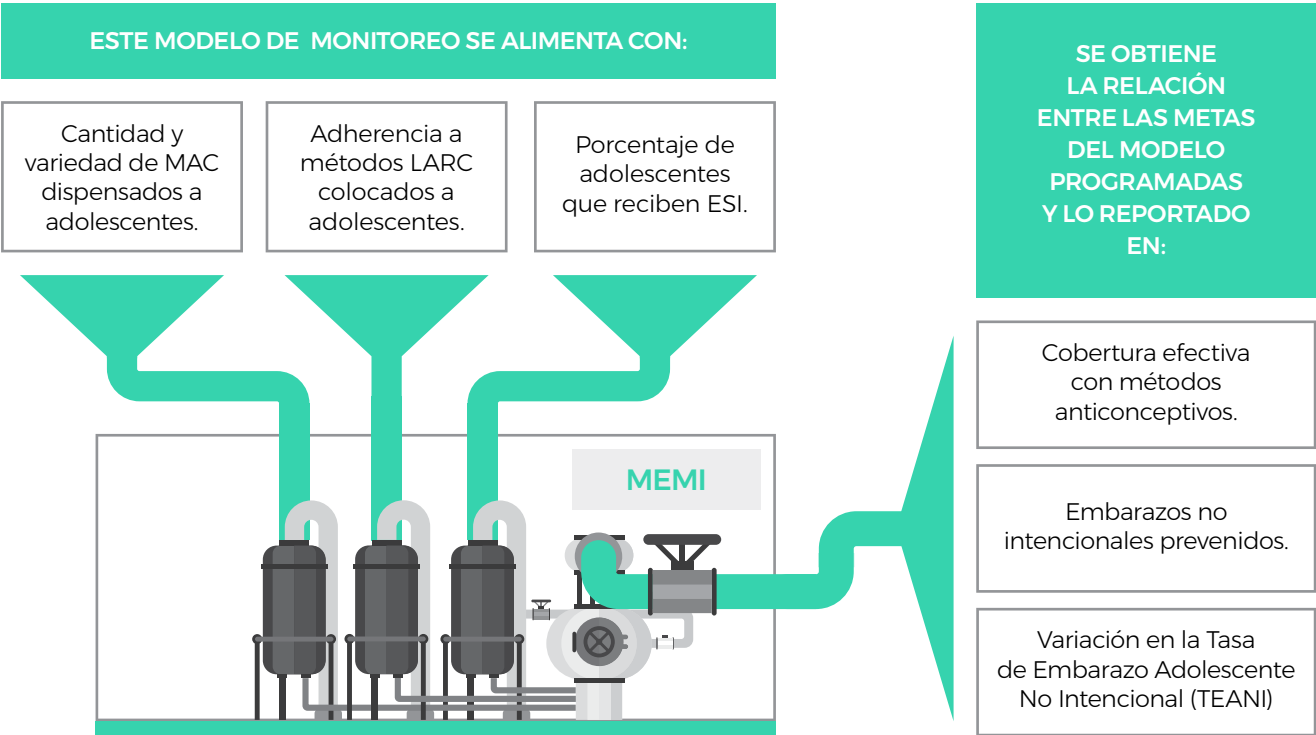
El diseño del Plan ENIA se basó en la revisión de evidencias científicas, así como en el análisis de las lecciones aprendidas de la experiencia internacional. Ello contribuyó a identificar hipótesis de intervención y a constituir una teoría del cambio que explica no solo

cómo se logrará la prevención y reducción del embarazo adolescente, sino también cuánto se reducirá. Una de las innovaciones incorporadas es el Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI). Se trata de una herramienta cuantitativa que, al ser alimentada con información sobre la cantidad de cada uno de los métodos anticonceptivos modernos que son entregados a la población objetivo, permite estimar los niveles de cobertura logrados y los resultados que se pueden obtener del plan, tomando en cuenta factores de ajuste como la eficacia clínica de cada método, su duración y los niveles de adherencia esperados (Ver infografía).

A través del MEMI, el Plan ENIA realiza el monitoreo de la implementación estimando los resultados obtenidos y comparándolos con las metas programadas. La implementación del Plan se ha realizado en forma progresiva y el cumplimiento de las metas de impacto comienza a acelerarse. Hasta el 31 de julio de 2019, el Plan ENIA, en su conjunto, ha logrado alcanzar en un 41% las metas de prevención de embarazos no intencionales y en un 35% las de cobertura. Pero la mayor utilidad del MEMI radica en que permite desagregar estos resultados por jurisdicción, identificando aquellas que tienen el mejor y el peor desempeño. En este sentido, cabe destacar a Tucumán, que logró un 71% de las metas programadas en términos de embarazos prevenidos y un 53% de las metas programadas de cobertura. En el otro extremo se ubica la Provincia de Buenos Aires, que consiguió alcanzar un 16% de las metas de embarazos prevenidos y un 15% de las metas de cobertura de adolescentes.

Federico Tobar
Asesor Técnico Regional de UNFPA

Infografía.



Fuente: Plan ENIA, 2019

4.3. Metas e indicadores del Plan

Tal como se especificó en el capítulo uno, el Plan ENIA se implementa en treinta y seis departamentos de las doce provincias con tasa de embarazo no intencional en la adolescencia más elevados (NEA, NOA y PBA). Allí residen 1.399.712 niñas/os y adolescentes de 10 a 19 años que constituyen, en términos generales, la población objetivo del Plan. A ellas y ellos procura alcanzar el Plan a través de sus dispositivos, mediante el establecimiento de las siguientes metas de cobertura efectiva:

- Cubrir mediante capacitación en educación sexual integral (ESI) a docentes y con acompañamiento pedagógico a la totalidad de las escuelas secundarias de gestión pública de los treinta y seis departamentos seleccionados (1709), lo cual representa alrededor del 30% de las escuelas de cada provincia.
- Capacitar en ESI al 10% de los docentes frente a curso (11.131), haciendo énfasis en el ciclo básico.
- Alcanzar al 100% de los estudiantes del ciclo básico de las escuelas incluidas en el Plan ENIA (282.939) a través de actividades sobre embarazo no intencional en la adolescencia para el aula, diseñadas específicamente bajo la propuesta de la Cartilla ESI/ENIA. Estas actividades se garantizarán asignando un/a acompañante pedagógico/a que apoye a las/os docentes en la implementación de esas actividades cada diez escuelas.
- Instalar asesorías de salud integral en 1245 escuelas y 611 servicios de salud.

- Cubrir con métodos anticonceptivos al 75% de las niñas y adolescentes de 10 a 19 años sexualmente activas de los treinta y seis departamentos seleccionados (116.978), poniendo énfasis en los métodos de larga duración. Se estima que el 70% de este 75% (81.885) optará por métodos de larga duración, mientras que el restante 30% optará por otros métodos anticonceptivos.
- Impactar en el 100% de los servicios de salud de los treinta y seis departamentos seleccionados (1610), a través de un refuerzo en la distribución de insumos, en particular, de métodos anticonceptivos de larga duración, y mediante capacitaciones y visitas de asistencia técnica.

METAS DEL PLAN

- 1709**
escuelas con acompañantes pedagógicos.
- 11.131**
docentes capacitados/as en ESI ENIA.
- 282.939**
estudiantes alcanzados/as por actividades ESI ENIA.
- 1245**
escuelas con asesorías de salud integral.
- 611**
servicios de salud con asesorías de salud integral.
- 116.978**
adolescentes cubiertas con métodos anticonceptivos y consejería en SSyR.

Los indicadores principales para medir el avance respecto de las metas fijadas según cada dispositivo son:

- Dispositivo de educación sexual integral:
- Cantidad de docentes y directivos capacitados en ESI ENIA.
 - Cantidad de estudiantes, según ciclo, que participan en actividades propuestas por la cartilla ESI ENIA.
- Dispositivo de asesorías en salud integral en la adolescencia:
- Cantidad de dispositivos de asesorías en escuelas y en servicios de salud.
 - Cantidad de asesoramientos brindados por edad y género autopercebido del/de la adolescente.
 - Cantidad de adolescentes alcanzados/as por asesoramientos individuales y grupales.
 - Cantidad de adolescentes asesoradas/os y referenciados a servicios de salud.

- Dispositivo de asesorías de base comunitaria:
- Cantidad de centros comunitarios con dispositivo de base comunitaria.
 - Cantidad de adolescentes asesorados individual y grupalmente.
 - Cantidad de adolescentes que participan en actividades de convocatoria.
 - Cantidad de adolescentes referenciados a servicios de salud.

- Dispositivo de salud sexual y salud reproductiva:
- Cantidad de LARC (implantes subdérmicos y DIU) dispensados a niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años.
 - Cantidad de LARC dispensados bajo la estrategia anticoncepción post evento obstétrico (AIPE).
 - Cantidad de profesionales de la salud capacitados en SSyR.

Estos indicadores permiten una desagregación hasta la localización donde se efectuó la prestación (escuela, servicio de salud, centro comunitario).

4.4. Resultados por dispositivo

Tal como se detalló en el capítulo uno, el Plan ENIA cuenta con cinco dispositivos: i) educación sexual integral; i) asesorías de salud integral en la adolescencia, en escuelas secundarias y servicios de salud; iii) salud sexual y salud reproductiva; iv) dispositivo de base comunitaria; y más recientemente v) dispositivo de acceso a la justicia.¹

A continuación, se describen los logros y resultados de los distintos dispositivos al 31 de julio de 2019.

4.4.1. Educación sexual integral (ESI)

El Plan capacitó al 100% de los docentes establecidos en la meta. El resultado esperado era alcanzar al 10% de docentes de las escuelas de los treinta y seis departamentos bajo intervención del Plan, lo que representa 11.131 docentes. Al 31 de julio de 2019 esta meta ha sido superada, puesto que se capacitó a 11.232 docentes.

En cuanto a las escuelas con docentes capacitados, el porcentaje logrado es del 81%. La meta prevista era de 1709 escuelas y a fines de julio 1381 establecimientos contaban con, al menos, un docente capacitado. Un resultado similar se ha obtenido en la proporción de escuelas con acompañantes pedagógicos, ya que 85% (1441) de las 1709 escuelas poseían esta figura.

Al clasificar la información por provincia se advierte que en cuatro de ellas se ha superado la meta prevista de docentes capacitados.

Tabla 4.1. Docentes capacitados por provincia, julio de 2019.

| Provincia | Docentes capacitados | |
|-----------------|----------------------|----------|
| | Porcentaje | Cantidad |
| Jujuy | 100% | 745 |
| Corrientes | 100% | 689 |
| Catamarca | 100% | 660 |
| Entre Ríos | 100% | 1.469 |
| Tucumán | 92% | 1.217 |
| La Rioja | 91% | 767 |
| Chaco | 90% | 762 |
| Buenos Aires | 90% | 2.462 |
| Misiones | 89% | 652 |
| Sgo. del Estero | 86% | 934 |
| Salta | 84% | 875 |
| Total | 100% | 11.232 |

Fuente: Sistema de Monitoreo ENIA -SENAF/DSSyR/PNSIA/ESI; Área de Monitoreo SENAF. Datos informados al 31 de julio de 2019.

La meta de este dispositivo era alcanzar al 100% de los/as estudiantes del ciclo básico de las escuelas incluidas en el Plan ENIA, es decir 282.939 niños, niñas y adolescentes. De acuerdo con la información relevada, hasta julio de 2019, el 60% de los/as estudiantes del ciclo básico de los departamentos en los que se implementa el Plan ENIA participaron al menos en una de las actividades contempladas en la cartilla ESI ENIA. En valores absolutos dicho porcentaje equivale a 181.222 estudiantes. Además, participaron también 99.041 estudiantes del ciclo orientado.

Estos estudiantes corresponden a 1145 escuelas. Es decir, el resultado esperado de 1709 escuelas se ha cumplido en un 70%. La evolución, corregida por la estacionalidad de las vacaciones, refleja una tendencia creciente en ambos ciclos. En julio de 2018 -al inicio de la implementación del Plan- había 523 estudiantes de ciclo básico y 418 estudiantes de ciclo orientado que participaban del programa; un año después, acumulados entre enero y julio de 2019, se alcanzó a 18.349 estudiantes de ciclo básico y 8165 de ciclo orientado.

Los resultados de la desagregación por provincia se presentan en la Tabla 4.2.

1. Al momento de escribir esta publicación, el dispositivo de acceso a la justicia se encontraba en su fase de implementación inicial por lo que no se reportan resultados.

Tabla 4.2. Estudiantes que han participado en actividades de la cartilla ESI ENIA por provincia, julio de 2019.

| Provincia | 2018 | | | |
|-----------------|---|---|--|--|
| | Cantidad de escuelas con estudiantes que participaron en actividades ENIA CB o CO | Cantidad de estudiantes de Ciclo Básico que realizaron actividades ENIA | Cantidad de estudiantes de Ciclo Orientado que realizaron actividades ENIA | Estudiantes que participaron en actividades ENIA CB+CO |
| Buenos Aires | 1 | 165 | 115 | 280 |
| Catamarca | 33 | 2069 | 349 | 2418 |
| Corrientes | 85 | 18.029 | 10.432 | 28.461 |
| Chaco | 67 | 6204 | 5620 | 11.824 |
| Entre Ríos | 143 | 16.157 | 3830 | 19.987 |
| Jujuy | 60 | 7721 | 5696 | 13.417 |
| La Rioja | 60 | 2415 | 2084 | 4499 |
| Misiones | 61 | 11.045 | 6920 | 17.965 |
| Salta | 63 | 15.364 | 10.776 | 26.140 |
| Sgo. del Estero | 44 | 1188 | 1667 | 2855 |
| Tucumán | 101 | 9233 | 6721 | 15.954 |
| Total | 718 | 89.590 | 54.210 | 143.800 |

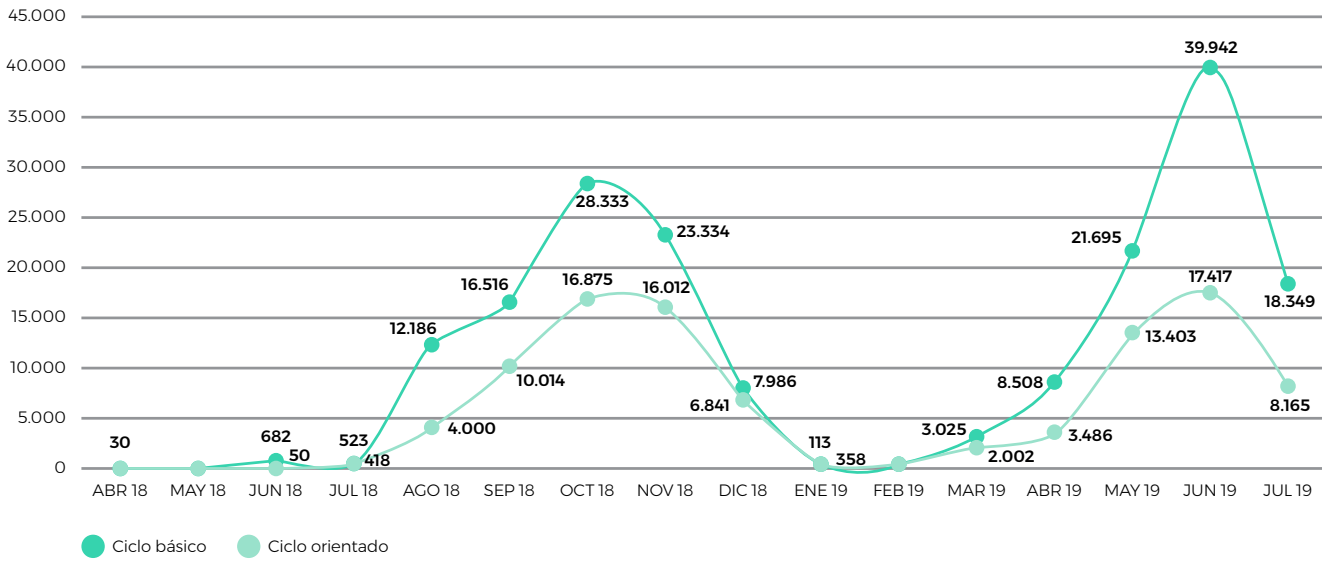
| Provincia | 2019 | | | |
|-----------------|---|---|--|--|
| | Cantidad de escuelas con estudiantes que participaron en actividades ENIA CB o CO | Cantidad de estudiantes de Ciclo Básico que realizaron actividades ENIA | Cantidad de estudiantes de Ciclo Orientado que realizaron actividades ENIA | Estudiantes que participaron en actividades ENIA CB+CO |
| Buenos Aires | 118 | 9446 | 4754 | 14.200 |
| Catamarca | 48 | 4842 | 787 | 5629 |
| Corrientes | 69 | 13.042 | 3566 | 16.608 |
| Chaco | 47 | 3156 | 1423 | 4579 |
| Entre Ríos | 105 | 9943 | 4100 | 14.043 |
| Jujuy | 71 | 10.620 | 3591 | 14211 |
| La Rioja | 52 | 2327 | 1731 | 4058 |
| Misiones | 86 | 10.375 | 4550 | 14.925 |
| Salta | 22 | 4478 | 3588 | 8066 |
| Sgo. del Estero | 146 | 9692 | 7896 | 17.588 |
| Tucumán | 115 | 13.711 | 8845 | 22.556 |
| Total | 879 | 91.632 | 44.831 | 136.463 |

Fuente: Sistema de Monitoreo ENIA -SENAF/DSSyR/PNSIA/ESI; Área de Monitoreo SENAF. Datos informados al 31 de julio de 2019.

Cabe mencionar que la Provincia de Buenos Aires tiene un porcentaje considerablemente menor de cobertura debido a que recién en 2019 incorporó el dispositivo ESI.

La evolución mensual permite apreciar el incremento sostenido de las/os adolescentes cubiertos/as por actividades de la cartilla ESI ENIA. Si se analizan los logros en un año de implementación del Plan, se puede apreciar que las/os adolescentes cubiertos/as por actividades ESI ENIA eran 1703 hasta julio de 2018 para los dos ciclos -básico y orientado-, mientras que, en julio de 2019, la cantidad de estudiantes alcanzados/as por actividades ESI ENIA era 280.263 para ambos ciclos. En el gráfico se observa el descenso correspondiente al receso de verano.

Gráfico 4.2. Evolución de la cantidad de estudiantes que participan en actividades propuestas en la Cartilla ENIA.



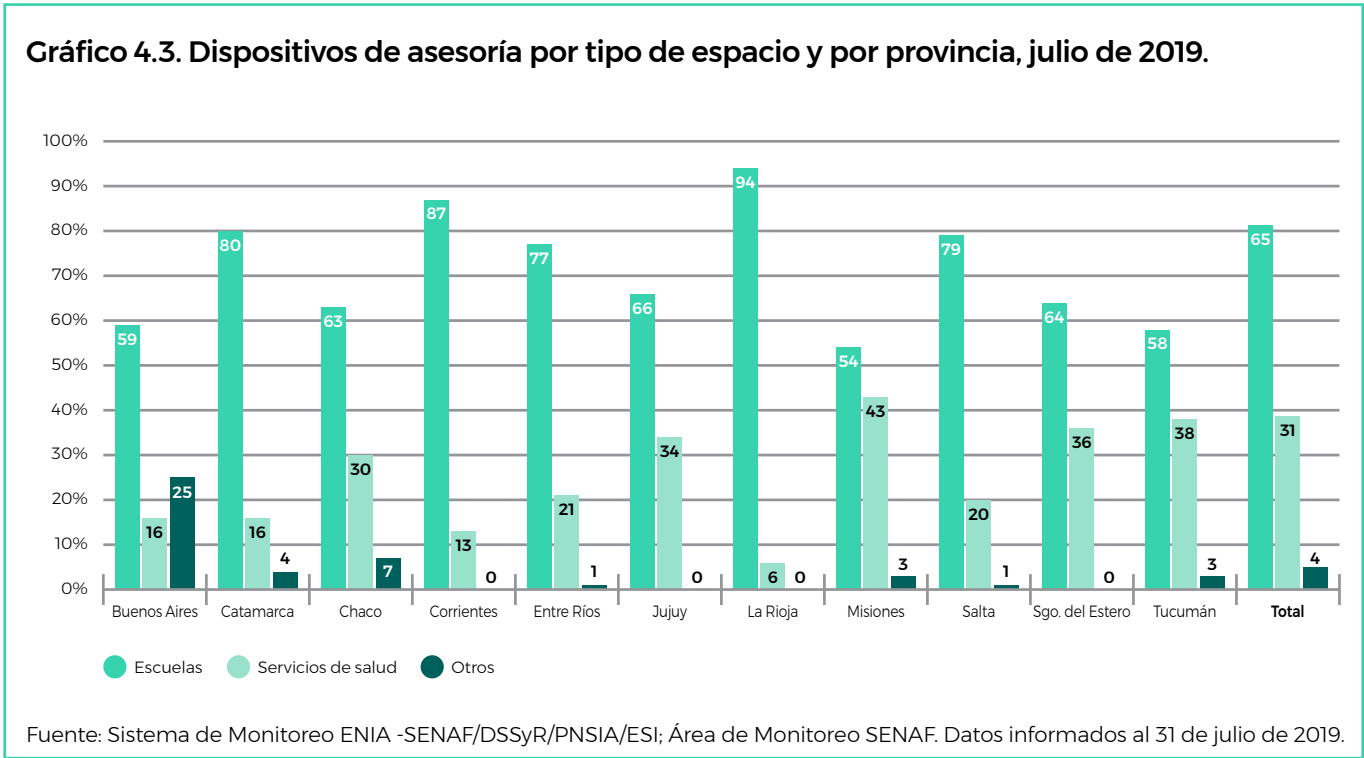
Fuente: Sistema de Monitoreo ENIA -SENAF/DSSyR/PNSIA/ESI; Área de Monitoreo SENAF. Datos informados al 31 de julio de 2019.

4.4.2. Asesorías de salud integral en la adolescencia (en escuelas, servicios de salud y de base comunitaria)

Un 86% del total de las asesorías planificadas se encuentra efectuando asesoramientos en escuelas y servicios de salud. Del total de asesorías previstas en escuelas (1.245) y servicios de salud (611) se encuentran asignadas 1.086 en escuelas y 470 en servicios de salud, respectivamente. Es decir, que en asesorías en escuelas se alcanzó el 90% del resultado esperado, y en asesorías en centros de salud se alcanzó el 80% del resultado esperado.

El Plan cuenta con 423 asesores/as con asesorías asignadas, los/as cuales lograron realizar 68.828 asesoramientos en salud

integral, tanto individuales como grupales. La información obtenida muestra que las/os adolescentes prefieren las asesorías individuales (64%) por sobre las grupales (36%). Con relación al ámbito en que se llevan a cabo, como puede verse en el Gráfico 4.3, La Rioja es la provincia con mayor peso de asesorías en las escuelas (94%) vis a vis las asesorías en servicios de salud, mientras que en el extremo opuesto se ubica Misiones (54%).



En total se ha asesorado a 54.919 adolescentes en dispositivos de salud integral. De ese total, un 30% -es decir 16.588 adolescentes- ha sido referenciado a servicios de salud. La mitad de los asesoramientos efectuados han sido sobre anticoncepción, el 16% sobre relaciones sexuales, el 12% sobre infecciones de transmisión sexual y el 10% por controles de salud.

Nosotros en la asesoría tenemos un espacio donde hacemos preguntas y nos contestan. Se llama Ramón [el asesor]. Él nos explicó a qué venía a la escuela. Nos explicó qué le podíamos preguntar, que él no tenía problema en decirnos cómo cuidarte, tu salud, qué te pasa. Si necesitas algo, te ayuda. Me dio varias respuestas. En algunas cosas que yo le decía me iba corrigiendo porque me dijo que estaba equivocada, que no era así... Sirvió bastante porque te informás mejor, sabes mejor y no creés tanto en los mitos que te dicen por ahí. Y para explicarle a otros que no saben, también [sirve] (estudiante, Corrientes).

La desagregación por género y edad indica que el 71,6% de los/as adolescentes se perciben como mujeres, 27,6% como varones y el resto (0,5%) se encuentra en categorías no binarias. En cuanto a la edad, el 62% tiene entre 15 y 19 años, 30% entre 10 y 14 años y el resto (8%) tiene 20 años o más.

La clasificación por provincia muestra que la mayor cantidad de adolescentes asesorados se encuentra en la provincia de Tucumán aportando un 22% del total, mientras que la provincia que aportó menor cantidad de adolescentes asesorados es La Rioja (1%) (ver Tabla 4.3.).

Tabla 4.3. Adolescentes en asesoramientos por provincia, julio de 2019.

| Provincia | Adolescentes | |
|-----------------|--------------|----------|
| | Porcentaje | Cantidad |
| Tucumán | 22% | 12.275 |
| Jujuy | 15% | 8169 |
| Misiones | 15% | 8143 |
| Salta | 11% | 5969 |
| Sgo. del Estero | 11% | 5780 |
| Buenos Aires | 9% | 5082 |
| Catamarca | 6% | 3212 |
| Corrientes | 4% | 2035 |
| Chaco | 3% | 1877 |
| Entre Ríos | 3% | 1848 |
| La Rioja | 1% | 529 |
| Total | 100% | 54.919 |

Fuente: Sistema de Monitoreo ENIA -SENAF/DSSyR/PNSIA/ESI; Área de Monitoreo SENAF. Datos informados al 31 de julio de 2019.

Por su parte, las asesorías de base comunitaria ascendieron a 261, y se llevaron a cabo en 201 espacios comunitarios, de los cuales el 73% estaba en funcionamiento (es decir, había reportado asesorías a adolescentes); el resto (70 asesorías en espacios comunitarios) se encuentra en proceso de armado. Del total de asesorías, 182 correspondieron a la modalidad fija,² 51 a la itinerante, y el resto se efectuaron de forma mixta. La desagregación por provincia muestra que Corrientes, Buenos Aires y Entre Ríos (ver Tabla 4.4.) son las que tienen mayor cantidad de asesorías de base comunitaria.

2. La modalidad fija son las asesorías que cuentan con un espacio físico establecido para su funcionamiento, tal como la sede de un programa nacional, provincial o municipal; un Centro de Integración Comunitaria, comedor, etc. Por el contrario, las asesorías itinerantes son las que no cuentan con este espacio establecido y funcionan en eventos de convocatoria tales como talleres, fiestas populares, eventos artísticos, deportivos o culturales. La mixta combina ambas modalidades.

Tabla 4.4. Cantidad de asesorías comunitarias por provincia, julio 2019.

| Provincia | Asesorías |
|-----------------|------------|
| Buenos Aires | 52 |
| Catamarca | 6 |
| Chaco | 29 |
| Corrientes | 43 |
| Entre Ríos | 39 |
| Jujuy | 14 |
| La Rioja | 14 |
| Misiones | 19 |
| Salta | 20 |
| Sgo. del Estero | 14 |
| Tucumán | 11 |
| Total | 261 |

Fuente: Sistema de Monitoreo ENIA -SENAF/DSSyR/PNSIA/ESI; Área de Monitoreo SENAF. Datos informados al 31 de julio de 2019.

Con relación a las actividades de convocatoria de las asesorías de base comunitaria, en total se han realizado 1637 que han contado con la asistencia de 39.594 participantes, de los cuales el 83% son adolescentes, 11%, adultos y el resto (6%) niños y niñas. Estas actividades tienen el propósito de convocar a adolescentes a fin de realizar con ellos actividades de promoción de derechos y brindarles información sobre el funcionamiento de las asesorías. Asimismo, en el marco de las actividades se gestionan 639 turnos protegidos en servicios de salud para adolescentes y 1831 turnos para asesoramientos en espacios de base comunitaria.

Mónica [una de las asesoras] te informa de todo, te explica cómo es el método para cuidarse. Y no solo eso: te explica un montón de otras cosas, no te habla solamente de ese tema. Hablar con ella de los celos me parece bueno, porque es una persona que te puede aconsejar y te puede decir cosas que no sabes o creés que está bien y no es así (estudiante, Jujuy).

En dispositivos de base comunitaria se brindaron 6432 asesoramientos a 5574 adolescentes (algunos asistieron más de una vez). De este total, 1290 fueron referenciados a servicios de salud.

Cabe señalar que el 26% (1425) de las/os adolescentes asesorados manifiestan no concurrir a un establecimiento educativo. Este resultado da cuenta de que el dispositivo de base comunitaria está cumpliendo una de sus funciones que era localizar y convocar a las/os adolescentes que no están asistiendo al sistema educativo, además de implementar las acciones regulares que se llevan a cabo desde el sistema de protección de derechos para que las/os adolescentes se reinseren en la escuela.

La desagregación por género y edad indica que el 59% de los/as

adolescentes se autoperciben como mujeres, 40% como varones y 0,4% de forma no binaria. En cuanto a la edad, el 63% tiene entre 15 y 19 años y el resto (36%) de 10 a 14 años.

4.4.3. Salud sexual y reproductiva

Con relación a los implantes subdérmicos y DIU se han colocado 32.765 implantes y 627 DIU, es decir, se ha logrado una cobertura del 41% de la población objetivo. La desagregación por grupo etario refleja que 29.148 LARC fueron dispensados a adolescentes entre 15 y 19 años y 4244 a niñas de 10 a 14 años.

Claro, porque acá tenemos una médica -clínica, creo que es- que estaba siempre acá y que cualquier duda vos podías ir a preguntarle. [...] Sí, había días que estaba acá, entonces ella anduvo por los cursos diciendo que si teníamos alguna duda o algo que la busquemos. Entonces nosotros, como teníamos dudas, la buscamos y, bueno. Fue al curso, empezamos a hablar de eso y salieron muchas dudas y todo eso. [...] Nos hizo ver todos los métodos anticonceptivos, tenías pastillas. [...] Violencia de género. Pero para nosotros de ahí salieron muchas dudas de educación sexual y fuimos a preguntarle a ella. [...] Bueno, a partir de lo que dijo que cualquier duda la podíamos buscar, muchas chicas se animaron (adolescente, La Rioja).

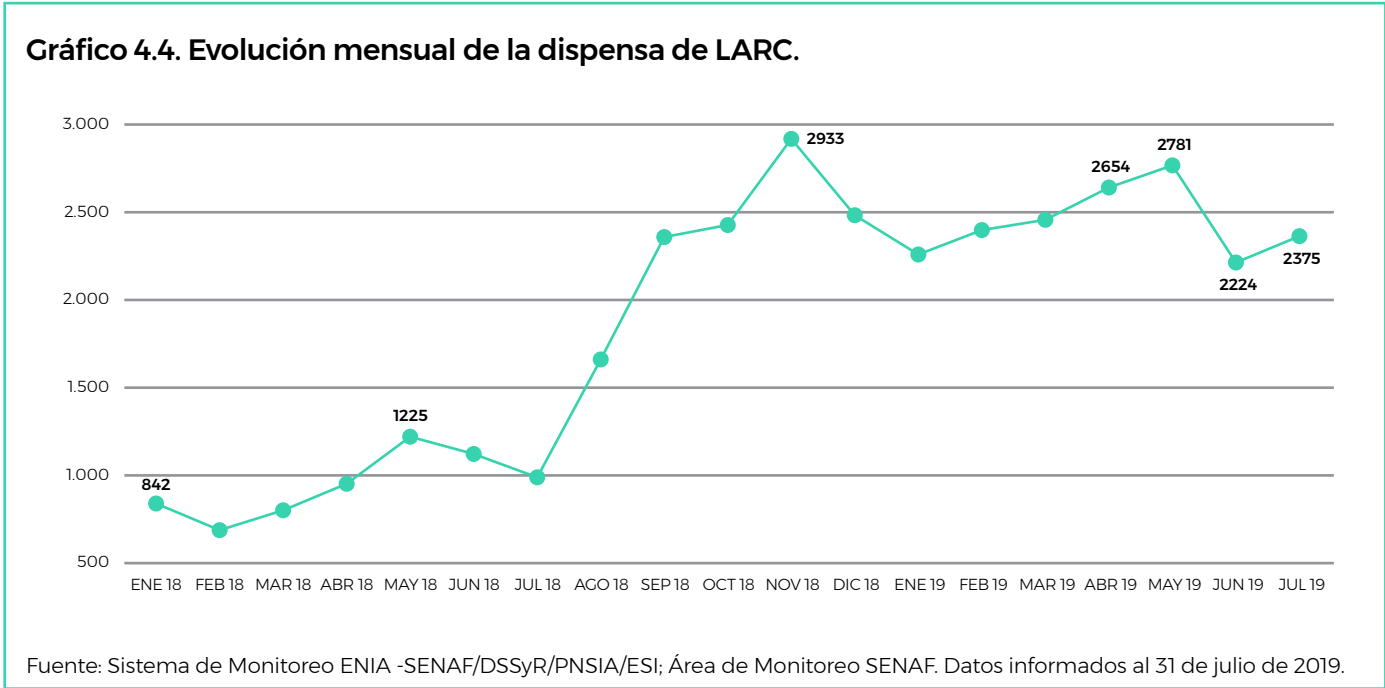
La desagregación por provincia refleja que la mayor cantidad de LARC se han dispensado en Tucumán y Chaco (ver Tabla 4.5). Asimismo, la información disponible muestra que los mayores aumentos intermensuales han ocurrido en Misiones, Jujuy y Buenos Aires.

Tabla 4.5. LARC dispensados por provincia, julio de 2019.

| Provincia | LARCS dispensados | |
|-----------------|-------------------|------------|
| | Cantidad | Porcentaje |
| Buenos Aires | 3245 | 15% |
| Catamarca | 1441 | 58% |
| Corrientes | 1826 | 38% |
| Chaco | 4393 | 80% |
| Entre Ríos | 2091 | 33% |
| Formosa | 1727 | 44% |
| Jujuy | 2376 | 57% |
| La Rioja | 1212 | 42% |
| Misiones | 3457 | 57% |
| Salta | 3323 | 41% |
| Sgo. del Estero | 1376 | 22% |
| Tucumán | 6925 | 76% |
| Total | 33392 | 41% |

Fuente: Sistema de Monitoreo ENIA -SENAF/DSSyR/PNSIA/ESI; Área de Monitoreo SENAF. Datos informados al 31 de julio de 2019.

La evolución mensual del indicador (ver Gráfico 4.4.) da cuenta del impacto que tuvo la campaña de comunicación masiva que se lanzó en septiembre de 2018 y que tuvo como correlato un aumento de la demanda de LARC. Este indicador se presenta hasta mayo inclusive de 2019 dado que funciona con una demora de entre 3 y 4 meses hasta recibir la información proveniente de todas las provincias.



Cabe agregar que, en junio de 2019, se puso en marcha una nueva estrategia de consejería y colocación de implantes subdérmicos en dos de los Trenes Sanitarios del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación que recorren pueblos y ciudades del país. Hasta la fecha, se han colocado 496 implantes subdérmicos en las paradas de Campana, Junín y Chacabuco de la Provincia de Buenos Aires, y La Mendieta y Fraile Pintado de la Provincia de Jujuy. Esta estrategia se desarrolló en alianza con la organización FUSA.

Durante 2018 se convocó a las autoridades de Maternidad e Infancia, de Atención Primaria de la Salud, de Salud Sexual y Salud Reproductiva, de Adolescencia y de Gestión de Hospitales de las provincias del NOA y del NEA que integran el Plan con el objetivo de diseñar conjuntamente un nuevo dispositivo. Este nuevo dispositivo, que se llamó “Podés Elegir”, buscó resolver algunas de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes que se internan por un parto o por un aborto.

Tal como se señaló en el capítulo 3, el propósito de Podés Elegir es evitar la

repetición de embarazos no intencionales, aprovechando la inmejorable situación de tener a las adolescentes en contacto con los equipos de salud y fortaleciendo a los servicios de salud para que ofrezcan consultas de consejerías adecuadas y oportunas y dispensen un método anticonceptivo antes del alta obstétrica, preferentemente de larga duración y alta efectividad, cuando las adolescentes así lo decidan. Desde la instalación del dispositivo Podés Elegir, el 11% del total (3964) de LARC fueron colocados bajo la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico (AIPE).

A continuación, se presenta un cuadro resumen de las metas y resultados alcanzados hasta julio de 2019.

Tabla 4.6. Metas y resultados alcanzados, julio de 2019.

| Indicador | Meta prevista | Resultado alcanzado a julio de 2019 |
|--|---------------|-------------------------------------|
| Cantidad de escuelas con docentes y estudiantes con capacitación ESI ENIA | 1709 | 1381 |
| Cantidad de docentes capacitados en ESI ENIA | 11.131 | 11.232 |
| Cantidad de estudiantes alcanzados por actividades ESI ENIA | 282.939 | 181.222 |
| Cantidad de escuelas con asesorías de salud integral | 1245 | 1086 |
| Cantidad de servicios de salud con asesorías de salud integral | 611 | 470 |
| Cantidad de adolescentes con consejería en SSySR y cubiertas con métodos anticonceptivos (de larga duración) | 81.885 | 33.392 |

Fuente: Elaboración propia.

En síntesis, el Plan ha logrado un cumplimiento efectivo de las metas fijadas. Si se tiene en cuenta que los dispositivos están en funcionamiento desde julio de 2018, los tres años de implementación (2017-2019) que inicialmente se habían planificado para el cumplimiento de las metas, se reducen a la mitad (un año y medio desde que los dispositivos estuvieron funcionando hasta el momento de sistematizar los resultados del Plan en este documento). Si los resultados obtenidos en un año y medio se proyectan a tres años, podemos afirmar que el Plan habrá cumplido la cobertura fijada, sobre todo, de adolescentes cubiertas con MAC.

4.5. Gestión del conocimiento

Complementariamente al sistema de información y monitoreo, el Plan ENIA buscó generar información relevante para la toma de decisiones estratégica, así como para conocer los alcances e impactos de las intervenciones y contribuir a su escalabilidad y sostenibilidad.

Así es como, en alianza con instituciones académicas, organismos internacionales y nacionales, se elaboraron una serie de estudios especiales entre los que se encuentran:

1. *Evaluación de dispositivos del Plan ENIA desde la perspectiva de las/os destinatarios/as.* Este estudio se propuso el objetivo de indagar en el conocimiento y las percepciones de las/os adolescentes sobre los dispositivos del Plan. También incluyó la identificación de facilitadores y obstáculos para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por parte de la población adolescente. Estuvo a cargo del Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) con la participación de la consultora Estudios y Proyectos y la UNTREF.³

2. *Educación sexual Integral en el marco del Plan ENIA.* Esta investigación tuvo como objetivo profundizar los aportes de la ESI, así como suministrar insumos para introducir nuevas perspectivas y prácticas en el Programa Nacional de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación de la Nación, en el marco del Plan ENIA. Lo desarrolló el Centro de Estudios de Población (CENEP) con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el UNFPA.⁴

3. Estudio de procesos del Plan ENIA. Esta evaluación del diseño y procesos del Plan para valorar en qué medida los mecanismos de ejecución -planificación, coordinación, diseño de normativa, seguimiento e implementación en territorio- y la disponibilidad de recursos son adecuados para el cumplimiento de los objetivos del Plan. Lo llevó a cabo el SIEMPRO con el apoyo técnico y financiero de UNICEF.⁵

4. *Estudio de costos del Plan ENIA.* Este estudio tuvo como fin evaluar la puesta en marcha del Plan durante sus primeros meses de implementación y analizar su sustentabilidad institucional y financiera en el mediano plazo. Fue desarrollado por el Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires con el apoyo técnico y financiero de UNICEF.⁶

5. *Estudio sobre el impacto económico del embarazo en la adolescencia.* Esta investigación se centró en cuantificar el impacto que el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana ocasiona sobre cinco dimensiones clave: i) inserción laboral de la madre joven; ii) ingresos de la madre joven; iii) costos de asistencia médica; iv) costos educativos; y v) ingresos fiscales del país. Fue desarrollado en su totalidad por UNFPA.⁷

6. *Pruebas Aprender.* El Ministerio de Educación de la Nación y el Plan ENIA desarrollaron un módulo especial que midió el alcance de la implementación de la ESI en los operativos de evaluación nacionales Aprender 2018 y 2019.

Las reflexiones y hallazgos de estos estudios aportan nuevas dimensiones de análisis a la información primaria que produce el sistema de monitoreo complementando la generación de conocimiento y aprendizajes al servicio del seguimiento del Plan, del análisis de su evolución y la previsión de sus impactos.

En la misma línea de generación de conocimiento y aprendizajes para pensar la implementación y orientar las decisiones de gestión, recientemente, desde la coordinación técnica del plan y en conjunto con el área de monitoreo, se puso en marcha la estrategia de capacitación y asistencia técnica (CyAT). La misma apunta a fortalecer las competencias de los/as agentes del Plan potenciando sus habilidades en el uso de información para la gestión. Consiste en una serie de talleres con actividades que ejercitan la lectura en profundidad de los reportes que genera el

3. Participaron los siguientes investigadores: Por CINEA, Leonor Pérez Bruno, Mariel Arancio, Cintia Díaz, Marcos Muollo y asistieron técnicamente Eugenia Dichiera y Matías Luque. Por Estudios y Proyectos, Liliana Seiras, Osvaldo Elissetche, Lucrecia Teixidó, Ricardo Apaolaza. Asistieron técnicamente Julia Bouldosa, Estanislao Pahn, Marco Sumiza y Sofía De San Vito.

4. Participaron los siguientes investigadores: Eleonor Faur, Mario Pecheny, Georgina Binstock y Hernán Manzinelli.

5. Participaron los siguientes investigadores: Claudia Sobron, María Eva Hadida y Mariano Poledo.

6. Participaron los siguientes investigadores: Oscar Cetrángolo, Javier Curcio, Julia Frenkel, Ariela Goldschmit y Valeria Serafinoff.

7. Participaron los siguientes investigadores: Ivan Rodríguez Bernate y Federico Tobar en el diseño y Julia Frenkel, Javer Curcio y Alejandra Sanchez Cabezas en la implementación.

sistema, la identificación de nudos críticos en la gestión provincial del Plan y el establecimiento de medidas de resolución.

Hasta la fecha, se realizaron jornadas de capacitación regionales en la Ciudad de Buenos Aires en las cuales participaron los/as coordinadores/as de todos los EFTI. La estrategia también realiza asistencia técnica remota vía salas virtuales.



El logro más importante del sistema de monitoreo es la producción de información para hacer el seguimiento del cumplimiento de las metas establecidas para cada una de sus líneas estratégicas y dispositivos.

Por lo tanto, el sistema de información y monitoreo trascendió la medición de acciones, bienes o servicios (como suele ser frecuente en políticas públicas de similares características) para llegar también a destinatarios finales de estas prestaciones. Se ha podido pasar así de medir distribución de LARC, capacitaciones de docentes, cantidad de asesorías funcionando o actividades de promoción de derechos a medir adolescentes a las cuales se les dispensó LARC, estudiantes que participaron en actividades de ESI ENIA y adolescentes asesorados/as en escuelas, servicios de salud y ámbitos comunitarios.

Además, el sistema de monitoreo con el set de indicadores que produce estuvo al servicio de los requerimientos de información de los programas sectoriales nacionales. Ese diálogo permanente entre el sistema y los programas permitió que estos lo tomaran como un instrumento que contribuye a su gestión habitual, aun para aquellas acciones, servicios y prestaciones que no tuvieran que ver específicamente con el Plan. Es decir, el sistema de monitoreo cumplió con uno de los fines centrales de estos sistemas que es informar y retroalimentar la implementación de las políticas públicas.

Un ejemplo de cómo el sistema de monitoreo retroalimentó la implementación y permitió tomar decisiones basadas en evidencia es lo que ocurrió con el indicador sobre dispensa de LARC. Este indicador permitió saber –en el cuarto mes de implementación del monitoreo– que el 12% de los LARC se había colocado a niñas menores de 15 años. Este dato implicó la incorporación de la adolescencia temprana en la población objetivo del plan (quedando de 10 a 19 años) del mismo modo que aceleró la puesta en marcha del cuarto objetivo del Plan (fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia

sexual y para el acceso a la interrupción legal del embarazo según marco normativo vigente) para dar cuenta de esta dimensión del problema del embarazo no intencional en la adolescencia.

Por último, el sistema de monitoreo contribuyó a la construcción de legitimidad política del Plan porque siempre pudo informar los avances que se iban realizando. Esto facilitó una sinergia positiva para obtener y sostener el apoyo político que tuvo el Plan durante toda su gestión (rendición de cuentas, reuniones con organizaciones de la sociedad civil, petición para ampliar los equipos).

Quedan por delante los desafíos de mejorar la calidad de la información, así como simplificar e informatizar algunos procesos de registro. Estas mejoras pendientes tienen como fin volver más accesible el sistema y disminuir la carga de trabajo de quienes tienen responsabilidades de registro y procesamiento. Por otra parte, sería necesario encarar estudios provinciales específicos por dispositivo que permitan dar cuenta de los desafíos de implementación en ese nivel.

Anexo. Matriz de objetivos, líneas de acción e indicadores.

| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | LÍNEAS DE ACCIÓN | INDICADORES BÁSICOS |
|---|--|--|--|
| 1. Sensibilizar a la población en general y a los/las adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA). | Diseñar e implementar una estrategia comunicacional nacional que sensibilice sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos e informe acerca de cómo los adolescentes pueden acceder a espacios de consejería y atención en SSR. | Diseñar e implementar una estrategia comunicacional nacional incorporando el enfoque de diversidad que sensibilice sobre los derechos sexuales y reproductivos e informe acerca de cómo los/las adolescentes pueden acceder a espacios de consejería y atención en SSR. Diseñar una estrategia de comunicación interna y de fortalecimiento de las competencias de las/os agentes del Plan. | Campaña comunicacional diseñada e implementada (gráfica en vía pública, spots televisivos y redes sociales). Cantidad y tipo de materiales desarrollados. Cantidad de inscriptos, cursantes, aprobados y desaprobados para cada uno de los cursos virtuales: 1) Plan ENIA; 2) EMPA 3) Anticoncepción en las adolescencias 4) ECOS. Cantidad y tipo de publicaciones y materiales de apoyo para el fortalecimiento de competencias de las/os agentes del Plan: 1) Documentos técnicos, 2) Notas de gestión, 3) Comunicaciones de rectoría 4) Periódico ENIA. Cantidad de participantes en CYAT por rol que ejerce en el plan. |

Anexo. Matriz de objetivos, líneas de acción e indicadores (cont.).

| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | LÍNEAS DE ACCIÓN | INDICADORES BÁSICOS |
|---|--|---|--|
| 2. Mejorar la oferta de los servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones. | Optimizar las condiciones, los procedimientos y los resultados de los procesos de compra y de la distribución de métodos anticonceptivos, para garantizar su disponibilidad. | Garantizar la disponibilidad de métodos reversibles de larga duración en el primer nivel de atención de la salud a través del CUS Medicamentos, como también la disponibilidad en hospitales de segundo y tercer nivel a través de los mecanismos de distribución provinciales. | Cantidad de implantes enviados/disponibles x efector. Cantidad de DIU enviados/disponibles x efector. |
| | Fortalecer el acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos con foco en aquellos reversibles de larga duración. | Fortalecer el acceso de los/las adolescentes a métodos anticonceptivos con foco en aquellos reversibles y de larga duración en diferentes oportunidades: consulta clínica, test VIH, control pre natal, post evento obstétrico (posparto y posaborto). Ampliar y fortalecer los espacios y dispositivos de consejerías para adolescentes en servicios de salud del primer y segundo nivel incorporando el enfoque de diversidad. Fortalecer las capacidades de apoyo de las consejerías y los efectores de salud. Fortalecer las capacidades de los equipos de salud en género y derechos sexuales y reproductivos y para la colocación y remoción de métodos anticonceptivos. | Cantidad de adolescentes con IMPLANTES dispensados por grupo de edad Cantidad de adolescentes con DIU dispensado por grupo de edad. Cantidad de adolescentes que recibieron IMPLANTES por momento de colocación (AIPE) y grupo de edad. Cantidad de adolescentes que recibieron DIU por momento de colocación (AIPE) y grupo de edad. Cantidad de personas contratadas para el dispositivo SSyR a nivel provincial por rol. Cantidad de centros de salud con equipo territorial de salud asignado. Cantidad de capacitaciones y visitas a efectores de salud por modalidad y por temática. Cantidad de los equipos territoriales de salud capacitados por perfil profesional. |
| 3. Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. | Garantizar que los adolescentes reciban información actualizada y basada en evidencia en las actividades de Educación Sexual Integral (ESI) en secundarias de gestión pública. | Fortalecer las capacidades de personal docente en el marco de ESI incorporando el enfoque de diversidad. | Cantidad de personas contratadas para el dispositivo ESI-ENIA a nivel provincial por rol Cantidad de encuentros de con supervisores y directivos de escuelas. Cantidad de escuelas cuyos supervisores y directivos participaron de encuentros. Cantidad de supervisores y directivos participantes de los encuentros. Cantidad de capacitaciones para docentes en educación sexual integral (ESI). Cantidad de docentes que recibieron capacitación en educación sexual integral (ESI). Cantidad de escuelas cuyos docentes recibieron al menos una capacitación ESI. |

Anexo. Matriz de objetivos, líneas de acción e indicadores (cont.).

| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | LÍNEAS DE ACCIÓN | INDICADORES BÁSICOS |
|---|--|---|---|
| 3. Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. | Garantizar que los adolescentes reciban información actualizada y basada en evidencia en las actividades de Educación Sexual Integral (ESI) en secundarias de gestión pública. | Ampliar la cantidad de escuelas que incorporan los 5 ejes de ESI en su proyecto curricular institucional. | Cantidad de escuelas con acompañantes pedagógicos. Escuelas con ESI incluido en PCI. Cantidad de escuelas por áreas en las que se incluye ESI. Cantidad de escuelas con difusión de la cartilla ENIA en la escuela. Cantidad de escuelas por área a la que pertenecen los docentes que participan del equipo de trabajo ENIA en la escuela. Cantidad de escuelas con elaboración de cronograma anual. Cantidad de escuelas con revisión y planificación de contenidos entre docentes y AP. Cantidad de escuelas con actividades del módulo 1 trabajadas. Cantidad de escuelas en los que se trabajó el módulo 1 (se puede agrupar por año/curso). Cantidad de escuelas por edad de los estudiantes que trabajaron el módulo 1 (se puede agrupar: 10-12; 13-15; 16-19; 20 y más). Cantidad de escuelas con modalidad de trabajo de las actividades del módulo 1. Cantidad de escuelas con materiales utilizados para el módulo 1. Cantidad de escuelas con actividades del módulo 2 trabajadas, Cantidad de escuelas con actividades del módulo 3 trabajadas. |
| | Garantizar que los adolescentes reciban asesoramiento sobre salud integral en los dispositivos PNSIA y de base comunitaria (DBC). | Instalar y fortalecer las asesorías integrales que incorporan el enfoque de diversidad en escuelas, centros de salud y espacios comunitarios. | Cantidad de personas contratadas para el dispositivo ENIA PNSIA y DBC a nivel provincial por rol. Cantidad de asesores PNSIA capacitados en el Curso virtual sobre salud integral de las y los adolescentes. Cantidad de dispositivos de asesorías en escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios. Cantidad de Centros de Salud asociados a Asesorías Integrales en escuelas por mes. Cantidad de actas acuerdo entre centros de salud y escuelas. Cantidad de actividades de convocatoria del DBC. Cantidad de adolescentes participantes en actividades de convocatoria del DBC (se puede agrupar por edad/ tipo de actividad). |

Reflexiones finales

El Plan potenció el saber acumulado de los programas nacionales del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social y les aportó valor agregado a través de nuevas intervenciones que ampliaron su cobertura y contribuyeron a potenciar su impacto. A su vez, se vio reforzado por la trayectoria y el saber acumulado de los programas, sin cuyos aportes no habría sido posible alcanzar los resultados obtenidos. Además de estos aportes recíprocos, el Plan también contribuyó a fortalecer la función de cada uno de los sectores en el esquema de corresponsabilidad del sistema de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Su modalidad de gestión basada en la evidencia permitió una dinámica de aprendizaje y rediseño continuo que nutrió al Plan de una acertada capacidad de respuesta. En esta línea, en el proceso de implementación se fueron proponiendo nuevos dispositivos e

| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | LÍNEAS DE ACCIÓN | INDICADORES BÁSICOS |
|---|--|---|--|
| 3. Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. | Garantizar que los adolescentes reciban asesoramiento sobre salud integral en los dispositivos PNSIA y de base comunitaria (DBC). | Incrementar el número de escuelas y espacios comunitarios articuladas con centros de salud próximos para fortalecer acceso a consejería y métodos anticonceptivos. | <p>Cantidad de estudiantes de ciclo básico participantes en actividades propuestas por la cartilla ESI/ plan ENIA,</p> <p>Cantidad de Turnos para Asesoramiento gestionados en actividades de convocatoria del DBC.</p> <p>Cantidad de Turnos Protegidos gestionados en actividades de convocatoria del DBC.</p> <p>Cantidad de adolescentes asesoradas/os en asesoramientos individuales y grupales en escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios.</p> |
| 4. Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso al ILE según marco normativo vigente | Conformar y acompañar mesas de gestión intersectoriales en cada una de las provincias del Plan a fin de fortalecer y jerarquizar los organismos locales en la prevención y abordaje de los abusos sexuales y embarazos forzados. | <p>Elaborar documentos y materiales de apoyo con lineamientos normativos y procedimentales para la prevención y abordaje intersectorial de los abusos sexuales y embarazos forzados.</p> <p>Generación de congresos y realización de jornadas de sensibilización e incidencia.</p> <p>Incentivo y asistencia técnica para la elaboración de protocolos intersectoriales jurisdiccionales para la prevención y abordaje de abusos y embarazo forzado.</p> <p>Promoción y asistencia técnica para la conformación y formalización de las mesas de gestión intersectoriales.</p> <p>Capacitación y acompañamiento de las/os profesionales a cargo del patrocinio.</p> <p>Seguimiento del dispositivo de patrocinio legal gratuito.</p> | <p>Cantidad de documentos y materiales de apoyo elaborados intersectorialmente en el marco del PLAN.</p> <p>Cantidad de jornadas de incidencia y sensibilización sobre abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia y de presentación de la guía de lineamientos para su abordaje interinstitucional.</p> <p>Cantidad de participantes en las jornadas de incidencia y sensibilización por función/cargo y sector.</p> <p>Protocolos jurisdiccionales ajustados a lineamientos nacionales del Plan ENIA según instrumento normativo de creación.</p> <p>Cantidad de profesionales capacitadas/os y % de cobertura respecto del total de profesionales en ejercicio.</p> <p>Cantidad de adolescentes patrocinadas por grupo de edad y motivo de la denuncia.</p> |

instrumentos a medida que se identificaban situaciones críticas que requerían una intervención del Plan.¹

Como toda política pública, su formulación e implementación no solo fueron un proceso técnico y operativo, sino también y fundamentalmente un proceso político no exento de tensiones.

5.1. Aspectos político institucionales

Un aspecto destacable para el efectivo logro de la intersectorialidad y el desarrollo de las capacidades institucionales del Plan es haber contado con ámbitos e instrumentos concretos que los favorecieron. El Plan tuvo:

- Un espacio de rectoría ejercida en un ámbito de coordinación: la Unidad Ejecutora Nacional (UEN).
- Una estructura institucional que articuló el trabajo intersectorial e interjurisdiccional: la UEN y los EFTI.
- Una dinámica organizacional con ámbitos de interacción entre los sectores que garantizaron la toma de decisiones de manera coordinada.
- Un plantel profesional con capacidades para generar respuestas técnicas, operativas y administrativas.
- Programas nacionales con una trayectoria legitimada y reconocida *expertise* sectorial.
- Planteles técnicos a nivel provincial (EFTI) con conocimiento de las realidades locales y un compromiso activo con la labor.
- Un sistema de monitoreo y seguimiento coordinado intersectorialmente desde el nivel central.
- Un presupuesto adecuado a las previsiones de gastos.

Dadas las complejidades del trabajo intersectorial y los obstáculos observados en la implementación durante los dos primeros años del Plan, se proponen las siguientes estrategias que permitirán fortalecer su institucionalidad y legitimidad:

- Sostener los compromisos asumidos por el Estado nacional con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que garantizan la continuidad del Plan a través de la disponibilidad de recursos para sus dispositivos y agentes.
- Articular el Plan con otros programas nacionales que permitan generar sinergias para ampliar la cobertura, sostener la integralidad de las prestaciones y fortalecer el intercambio de información y bases de datos.

1. Ejemplo de esta capacidad de respuesta del Plan fueron, entre otros, el diseño del dispositivo de acceso a la justicia, en colaboración con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para ofrecer patrocinio jurídico gratuito a las niñas y adolescentes menores de 15 años abusadas y con embarazo forzado, como respuesta a la identificación de esta necesidad de la población objetivo del Plan. También, el desarrollo de los lineamientos para el trabajo en escuelas de asesores/as y acompañantes pedagógicos/as para facilitar su articulación y fortalecer sus funciones diferenciadas, como respuesta a los problemas observados en la implementación del Plan.

- Sostener las alianzas estratégicas con otros actores institucionales del Estado nacional (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Consejo Coordinador de Políticas Sociales, Ministerio de Modernización, entre otros), del Sistema de Naciones Unidas (PNUD, UNICEF y UNFPA) y de la institucionalidad democrática (Comisión Bicameral del Defensor de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Consejo Consultivo del Plan) para mejorar las gestiones técnica, operativa y administrativa y construir sinergias políticas.
- Formalizar espacios y mecanismos de participación de adolescentes para garantizar su derecho a ser oídos y mejorar las prestaciones del Plan.
- Formalizar convenios entre la Nación y las provincias que establezcan compromisos de gestión que incluyan aspectos financieros, refuerzo de recursos humanos y consecución de resultados. Estos acuerdos permitirían mayores apoyos políticos, vitales para un Plan de estas características, y avales al trabajo de los/as agentes del Plan.
- Generar acuerdos y acciones de fortalecimiento de las Secretarías y Direcciones de las cuales dependen los programas y de las áreas involucradas en la implementación del Plan a nivel provincial para forjar alianzas estratégicas que garanticen un mejor funcionamiento del Plan y contribuyan a su viabilidad política. Algunas iniciativas ya lanzadas contribuyeron a construir un entramado de actores, vínculos y relaciones que pueden ser el punto de partida de estas estrategias.
- Visibilizar el Plan en las provincias a través de acciones de índole política y estrategias comunicacionales para generar un ambiente social y político propicio.
- Sostener la capacitación continua -virtual y presencial- de los/as agentes del Plan para mejorar sus competencias técnicas, de gestión y de monitoreo, y fortalecer la visión compartida.
- Sostener el financiamiento de la estructura institucional intersectorial del Plan tanto a nivel nacional como provincial.

5.2. Gestión provincial

La gestión de los EFTI logró la efectiva instalación del Plan en las provincias. Se realizó un esfuerzo de fortalecimiento de capacidades de planificación estratégica y operativa. Los equipos provinciales desarrollan un sinnúmero de actividades de la más diversa índole, lo que genera una sobrecarga de tareas y una alta rotación. Si bien los perfiles han sido cuidadosamente seleccionados y capacitados, la alta rotación conspira contra la posibilidad de consolidar los equipos de trabajo. Se sugiere:

- Jerarquizar el rol de los/as coordinadores/as de los EFTI a partir de una recategorización de sus funciones que permita una

relación más beneficiosa entre el perfil, la carga que supone el trabajo y la remuneración y beneficios recibidos.

- Fortalecer la gestión de los EFTI para reducir la carga de trabajo y las tareas de los/as referentes de cada dispositivo.
- Reconocer el incremento adicional de funciones que la participación en el Plan implicó para los/as coordinadores/as provinciales de los programas.
- Aumentar las capacidades de gestión intersectorial y de construcción de consensos, y fortalecer las habilidades para el uso de la información del sistema de monitoreo que oriente la toma de decisiones a nivel local.

5.3. Funcionamiento de los dispositivos

Los dispositivos del Plan intervienen sobre una población en situación de alta vulnerabilidad y abordan problemáticas críticas que afectan a las/os adolescentes y también a las instituciones del sistema de protección. El Plan tuvo una estrategia de capacitación y desarrollo de competencias técnicas para todos/as sus agentes. Queda por delante poner en marcha estrategias de apoyo, acompañamiento y cuidado de sus agentes para afrontar los desafíos y el desgaste profesional que implica su tarea.

5.3.1. Salud sexual y reproductiva

El dispositivo logró fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud hacia las/os adolescentes y posicionar a la consejería para garantizar la elección autónoma; logró, asimismo, reforzar la dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración como una prioridad de la política de salud sexual y reproductiva para esta población.

Las dificultades estructurales del sector salud han condicionado el funcionamiento de este dispositivo. Algunas de estas dificultades se pueden atenuar a través de:

- Aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud mediante la intervención directa de equipos capacitados para brindar asistencia técnica a los efectores de salud y además ofrecer las prestaciones contempladas en el Plan.
- Habilitar y ampliar la participación de las obstétricas y de otros perfiles profesionales con competencias y compromiso en la atención de la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes.
- Ampliar la cobertura del Plan a través de dispositivos móviles para la consejería y dispensa de métodos de larga duración.
- Diseñar y/o fortalecer un régimen de incentivos por resultados destinado a los servicios de salud para ampliar su capacidad de respuesta en términos de cantidad de profesionales,

disponibilidad horaria, calidad de la atención, equipamiento e insumos.

- Propiciar una revisión de los marcos regulatorios para flexibilizar los criterios de dispensa y el acceso efectivo a algunos métodos anticonceptivos, como la anticoncepción hormonal de emergencia.

5.3.2. Asesorías de salud integral en la adolescencia

Este dispositivo se expandió considerablemente a partir del Plan lo cual permitió una mayor institucionalidad y modelización. Se logró acercar los servicios de salud a las escuelas y se generó un ambiente favorable para el reconocimiento de la salud integral y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes, consolidando nuevas prácticas de articulación y corresponsabilidad entre las escuelas y los servicios de salud. Se recomienda:

- Fortalecer el desarrollo de las competencias necesarias de los asesores para brindar una atención propicia a la/os adolescentes en las asesorías.
- Propiciar herramientas para efectivizar los acuerdos provinciales entre los sectores de salud y educación que faciliten la instalación y funcionamiento de las asesorías.
- Formalizar los acuerdos y procesos de articulación entre escuelas y centros de salud que permitan un aval institucional más fuerte para la intervención de los diferentes actores vinculados con las asesorías.
- Realizar relevamientos provinciales que permitan profundizar el conocimiento sobre los factores que afectan el trabajo de estos equipos y permitan estandarizar las respuestas frente a demandas críticas de la/os adolescentes.

5.3.3. Educación sexual integral

El Plan propició la incorporación de la figura del/de la acompañante pedagógico/a que permite enraizar la ESI en la escuela y brindar asistencia técnica a los/as docentes para la incorporación de contenidos de educación sexual en su práctica profesional. Además, fortaleció su estrategia de capacitación a docentes a través del diseño de un material específico para la prevención del embarazo no intencional, el abordaje del abuso sexual y el acceso a la ILE. También la ESI incorporó el seguimiento de sus resultados sobre los destinatarios. Se sugiere:

- Movilizar y convocar a los directivos de escuelas para una mayor y mejor comprensión de la función de la educación sexual integral en la prevención de los embarazos no intencionales.
- Expandir la formación docente presencial y virtual para llegar a más docentes y más escuelas.

- Sostener la indagación sobre ESI en los operativos nacionales de evaluación para medir su alcance en las escuelas y conocer la valoración que estudiantes y docentes hacen sobre ella.
- Fortalecer, modelizar y expandir las estrategias de trabajo con las familias para legitimar y sostener la ESI en las escuelas y sensibilizarlas sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva.

5.3.4. Dispositivo de base comunitaria

El Plan puso de manifiesto la relevancia de contar con abordajes territoriales para promover la participación activa de la comunidad en estrategias que faciliten el acceso de las/os adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad social a la información y la atención de su salud sexual y reproductiva. Se hizo a través del fortalecimiento de redes locales con organizaciones y referentes de la comunidad, otros programas existentes y el establecimiento de espacios específicos para la atención de adolescentes. Se sugiere:

- Fortalecer el desarrollo de las competencias necesarias de los asesores para brindar una atención propicia a la/os adolescentes en las asesorías.
- Potenciar el alcance del DBC a través de su articulación con otros programas provinciales, nacionales y municipales que le permita incrementar su llegada a la población mas vulnerable, fundamentalmente, aquella no incluida en el sistema educativo.
- Modelizar las intervenciones dirigidas a adultos en el marco de este dispositivo e implementar nuevos procedimientos de registro y procesamiento de información.

- Integrar el sistema de monitoreo a otros sistemas de información existentes a nivel nacional.
- Mejorar la sensibilidad y especificidad de ciertos indicadores, así como también crear nuevos indicadores que permitan optimizar la medición de las hipótesis de intervención de la teoría del cambio.
- Simplificar e informatizar los procesos de registro para agilizar el trabajo de los/as agentes del Plan.
- Vincular los hallazgos del monitoreo con la gestión de conocimiento y desarrollar estudios específicos por dispositivo.
- Intensificar los mecanismos de circulación de información que sirva a la toma de decisiones en todos los niveles y que fortalezca la rendición de cuentas del Plan a las autoridades, en particular y a la sociedad, en general.

* * * * *

El Plan ENIA es una política pública orientada a prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia, problema clave para el desarrollo de las oportunidades de vida de las niñas y adolescentes y para la construcción de una sociedad más igualitaria. Es una política con un esquema intersectorial e interjurisdiccional innovador, basada en evidencia y orientada a resultados, con metas de cobertura e impacto comprometidas, y una apuesta a la construcción de esfuerzos compartidos entre los niveles de gobierno nacional, provincial y municipal.

Sus dos años de vida han mostrado que el Plan logró instalarse, tiene capacidad para revisar sus acciones e introducir correcciones, diseñar nuevas intervenciones para responder a la dinámica de los determinantes del embarazo no intencional, así como rendir cuentas de sus acciones, resultados e impacto. También, los dos primeros años del Plan han mostrado un alto y sostenido compromiso de sus agentes, así como la voluntad de ofrecer apoyos de múltiples formas de parte de otros actores políticos.

El Plan ENIA se ha instalado como una política pública intersectorial para mejorar la vida de las niñas y los/as adolescentes y para ofrecer una respuesta novedosa en el diseño y la gestión de esas políticas. El Plan ENIA está en condiciones de escalarse y de potenciar su impacto.

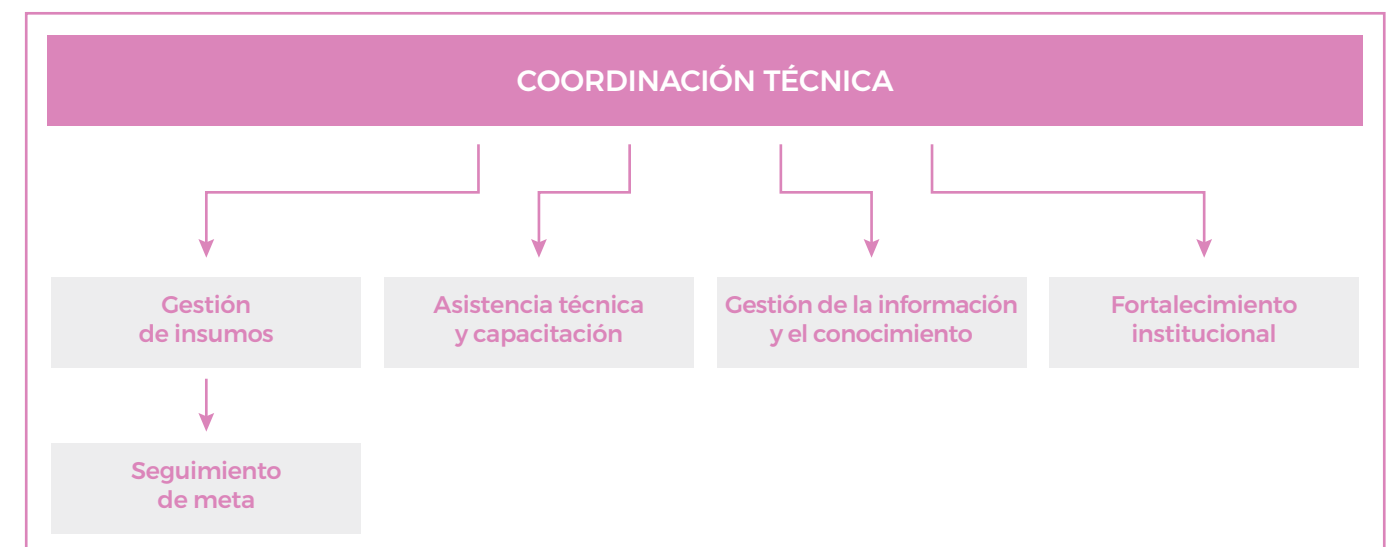
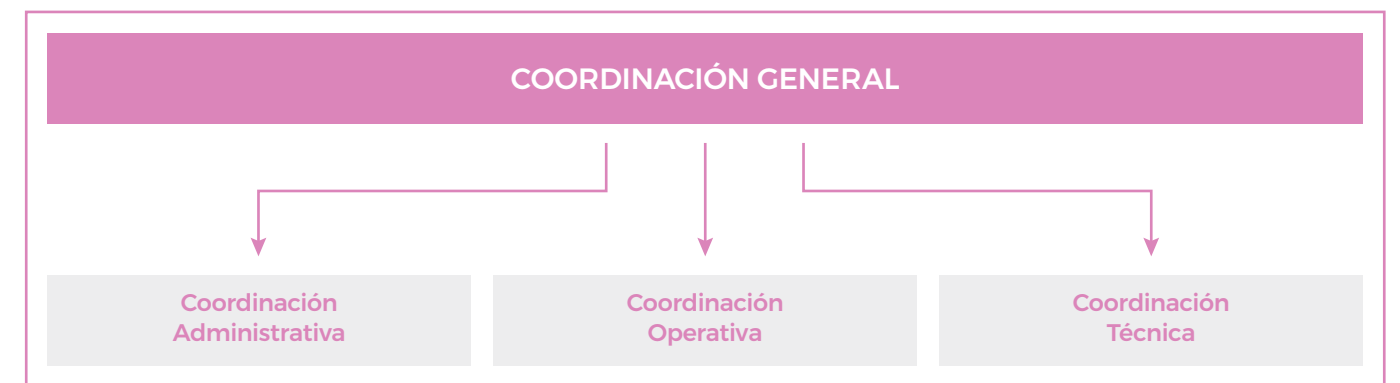
5.4. Sistema de información y monitoreo

Uno de los mayores logros del sistema fue medir los resultados del Plan a través de la llegada de prestaciones y servicios a su población destinataria. Además, el sistema de monitoreo respondió a las demandas de información de los programas nacionales para mejorar su gestión y la rendición de cuentas a distintos actores político institucionales. La información producida por el sistema permitió introducir cambios en el diseño y en la implementación de los dispositivos, así como impulsar nuevas intervenciones para dar respuesta a los problemas identificados. Por último, el sistema produce la información necesaria para monitorear la meta de impacto del Plan. Se sugiere:

- Consolidar el funcionamiento del sistema de monitoreo a través un adecuado financiamiento y la incorporación de tecnología en sus procesos.

Anexo 1

Organigramas de las coordinaciones del Plan



Anexo 2

Materiales de comunicación elaborados por el Plan ENIA

Afiches, folletos y videos de difusión masiva

Colección completa de afiches y folletos (disponible AQUÍ).

Afiche sobre métodos anticonceptivos, de octubre de 2018.

Afiche sobre el preservativo, de octubre de 2018.

Folleto sobre métodos anticonceptivos, de octubre de 2018.

Folleto sobre sexualidad, de junio de 2019.

Folleto sobre el preservativo, de junio de 2019.

Folleto sobre infecciones de transmisión sexual, de junio de 2019.

Folleto sobre anticoncepción de emergencia, de junio de 2019.

Folleto sobre test de embarazo, de junio de 2019.

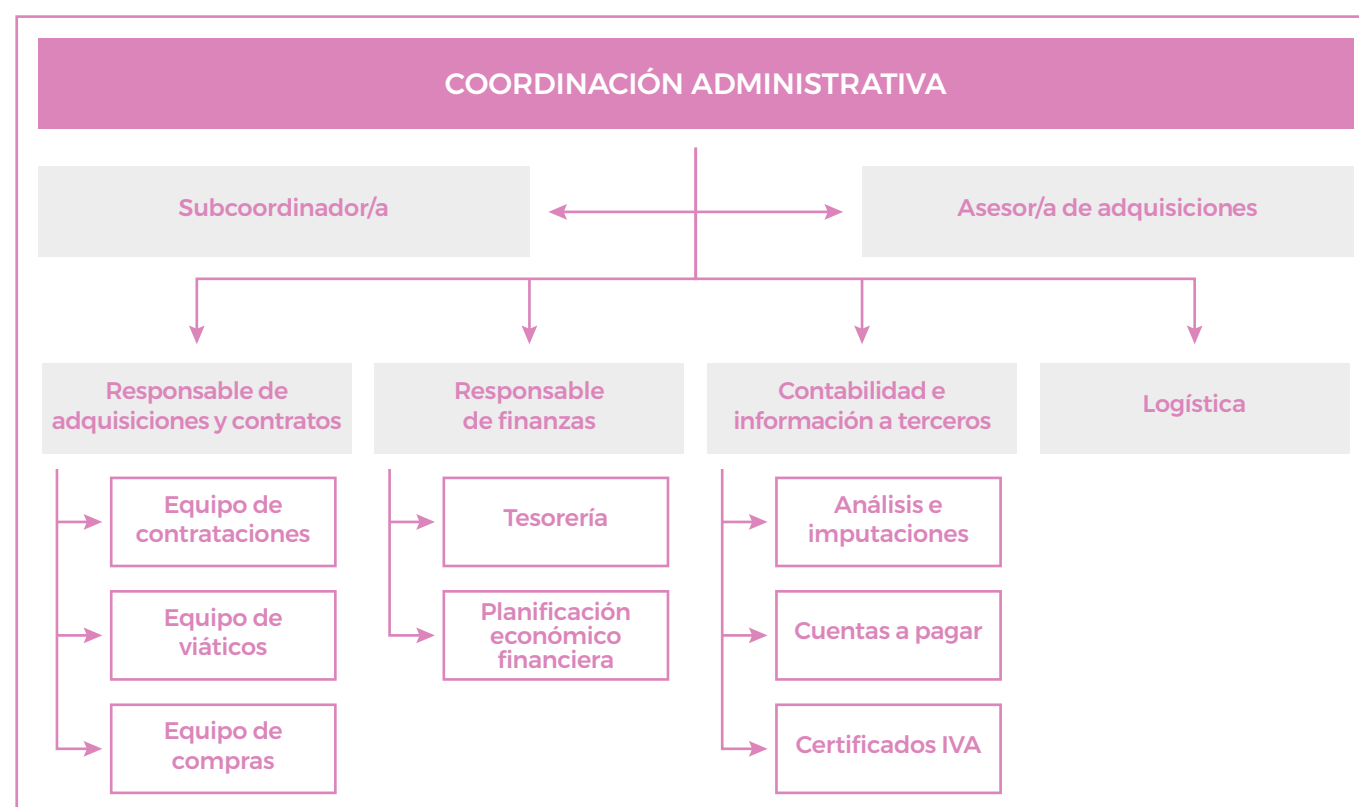
Folleto sobre la interrupción legal del embarazo, de junio de 2019.

Folleto sobre violencia sexual, de junio de 2019.

Folleto sobre violencias, de junio de 2019.

Folleto sobre educación sexual integral, de junio de 2019.

Colección completa de los cuarenta videos filmados en las provincias donde se implementa el Plan ENIA, desde octubre de 2018 en adelante (disponible AQUÍ).



Colecciones: Documentos técnicos y Lineamientos de los dispositivos

Colección completa de Documentos técnicos (disponible AQUÍ).

Documento Técnico No 2. Modalidad de intervención y dispositivos, julio de 2008, edición revisada febrero de 2019.

Documento Técnico No 3. El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad, marzo de 2019.

Documento Técnico No 4. Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico, marzo de 2019.

Documento Técnico No 5. El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina, mayo de 2019.

Documento Técnico No 6. Monitoreo, noviembre de 2019.

Documento Técnico No 7. Acceso a la justicia, noviembre de 2019.

Documento Técnico No 8. Embarazo adolescente en la escuela, noviembre de 2019.

Colección completa de Lineamientos de dispositivos (disponible AQUÍ).

Educación sexual integral

El embarazo no intencional en la adolescencia. Contenidos de Educación Sexual Integral. Propuestas para el aula. Nivel Secundario, mayo de 2018.

Educación Sexual Integral para Educación Secundaria I. Contenidos y propuestas para el aula, 2010.

Educación Sexual Integral para Educación Secundaria II. Contenidos y propuestas para el aula, 2012.

Asesorías en las escuelas

Asesorías en Salud integral en Escuelas Secundarias, julio de 2018.

Asesorías en Salud integral en Escuela Secundaria. Lineamientos para la implementación, julio de 2018.

Salud sexual y reproductiva

Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo, septiembre de 2010.

Experiencias para armar. Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva, noviembre de 2015.

Derechos

Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud, 2018.

Derechos personalísimos de niñas, niños y adolescentes. Acceso autónomo a la atención en salud integral, sexual y reproductiva, s/f (preexistente al Plan ENIA).

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, junio de 2010.

Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud, 2015.

Abuso sexual

Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional, octubre de 2018.

Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Argentina, América Latina y el Caribe, octubre de 2018. Hoja informativa elaborada en conjunto con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Hojas de ruta ante situaciones de abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes. Organismos de protección de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, octubre de 2018.

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud, julio de 2019.

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Embarazos de alto riesgo obstétrico y psicosocial, julio de 2019.

Bibliografía

Acuña, M. (2015): *Diagnóstico de la Primera Infancia en Argentina, Documento de Trabajo No 142*, Buenos Aires, CIPPEC.

Benavente, M. I. (2017): “Las personas menores de edad, capacidad progresiva y cuidado del cuerpo y la salud en el CCyCN”, marzo. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar>.

Benavente R., M. C. y Valdés B., A. (2014): *Políticas públicas para la igualdad de género. Un aporte a la autonomía de las mujeres*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Binstock, G. (2016): *Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la Construcción de una Agenda Común*, UNFPA.

Binstock, G. y Gogna, M. (2014): “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina”, en S. Cavenaghi y W. Cabella (eds.), *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa, Serie e-Investigaciones*, No 3, Río de Janeiro, FNUAP, ALAP.

Binstock, G., y Pantelides, E. A. (2005): “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico”, en M. Gogna, *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, CEDES-UNICEF.

Cecchini, S. y Rico, M. (2015): “El enfoque de derechos en la protección social”, en S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, y C. Rossel, *Instrumentos de Protección Social*, Santiago de Chile, CEPAL.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer-CLADEM (2016): *Estudio niñas madres. Balance regional embarazo y maternidad forzada en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://www.cladem.org/es/campanas/embarazoinfantilforzadoestortura>.

Conde-Agudelo, A.; Belizán, J. M. y Lammers, C. (2005): “Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No 192, pp. 342-349.

Cunill-Grau, N; Repetto, F; Bronzo, C. (2015): “Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de protección social” en S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, y C. Rossel, *Instrumentos de Protección Social*, Santiago de Chile, CEPAL.

De León, G. (2017): *Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social, Documento de Trabajo*, No 158, marzo, CIPPEC.

Díaz Langou, G.; De León, G.; Florito, J.; Caro Sachetti, F. y Biondi, A. (2019): *Equidad económica de género. Metas estratégicas para transformar Argentina*, Buenos Aires, CIPPEC.

FCE-UBA, SIEMPRO y UNICEF (2019): “Estudio económico sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia”, Buenos Aires: Mimeo.

Ganchimeg, T.; Ota, E.; Morisaki, N.; Laopailoon, M.; Lumbiganon, P.; Zhang, J. y Mori, R. (2014): “Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study”, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(1).

INDEC (2015), *Encuesta Nacional de Jóvenes 2014. Principales resultados*, Buenos Aires, 24 de septiembre.

Macutkiewicz, J. y MacBeth, A. (2017): *Intended Adolescent Pregnancy: A Systematic Review of Qualitative Studies*, *Adolescent Res Rev*, No 2, pp. 113-129.

Ministerio de Educación de la Nación (2016): *La educación sexual integral en la Argentina. Balances y desafíos de la implementación de la Ley (2008-2015)*, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2015): “Resolución 65/2015”, Buenos Aires, 9 de diciembre. Disponible: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257649/norma.htm>.

Ministerio de Salud de la Nación (2017): *Indicadores básicos 2017*, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Ministerio de Salud, SAP, UNICEF (2010), *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*, Buenos Aires.

Pantelides, E. y Menéndez, V. (2012): *Embarazo y fecundidad adolescente*, Buenos Aires, CEDES.

Plan ENIA (2019a): Implementación del Plan Nacional ENIA. Modalidad de intervención y dispositivos. Documento técnico N° 2, edición revisada, febrero de 2019.

Plan ENIA (2019b): El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción, Documento Técnico N° 5, Buenos Aires.

Plan ENIA, Presidencia de la Nación, UNICEF (2018): *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional*, Buenos Aires.

PNUD (2010): *Teoría del cambio. Un enfoque de pensamiento acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*, Guatemala, PNUD-HIVOS.

PNUD, OPS y CEPAL (2011): *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, Buenos Aires.

Presidencia de la Nación (2017). Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la Adolescencia 2017-2019 (Plan ENIA). Documento oficial. Buenos Aires.

Repetto, F. (2009): *Coordinación de políticas sociales: abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas*, Buenos Aires, Mimeo.

Repetto, F. y Potenza, F. (2015): *Institucionalidad y autoridad social en América Latina y el Caribe: abordaje conceptual, avances y desafíos de la institucionalidad de la política social y de la protección social*, Buenos Aires: Mimeo.

Rodríguez Vignoli, J. y Cobos, M. I. (2014): “Fecundidad adolescente, unión y crianza: un nuevo escenario en América Latina”, *Revista Latinoamericana de Población*, Año 8, No 15, julio- diciembre. Disponible en: http://www.alapop.org/alap/Revista/Articulos/relap15/relap_15_c.pdf.

SIEMPRO, UNICEF, UBA (2019): Estudios sobre procesos y diseño del Plan, septiembre. Buenos Aires: Mimeo.

UNESCO, ONU SIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS (2018): *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en evidencia* (segunda edición), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París, UNESCO.

UNFPA (2017): *Estrategia conjunta de salud sexual, salud reproductiva y educación sexual en la adolescencia*, Buenos Aires, UNFPA.

UNICEF (2016): *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*, Buenos Aires. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf.

