

Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia

2017-2019

Índice

1. Presentación.....	5
2. Fundamentación.....	6
3. Diagnóstico.....	12
4. Marco Normativo.....	21
5. Marco Programático.....	28
6. Objetivos y Líneas de Acción.....	33
7. Condiciones de Factibilidad.....	41
Anexo Metodológico.....	49
Bibliografía.....	55

1. Presentación

En la Argentina, el 15 % de los nacimientos (DEIS, 2015) que se produjeron en el año 2015 correspondió a madres adolescentes menores de 19 años, lo cual constituye un riesgo para la salud de esas madres adolescentes y un hecho que compromete enormemente sus trayectorias de vida y posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo. Este fenómeno se acrecienta cuando se observa la magnitud del embarazo no intencional: casi 7 de cada 10 adolescentes de entre 10 y 19 años que tuvo un hijo en 2015 no había buscado ese embarazo (SIP-G, 2015). Por ello, el presente Plan Nacional de Disminución del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (en adelante Plan Nacional) se propone disminuir la incidencia de este fenómeno ampliando las oportunidades de desarrollo para los adolescentes¹ del país.

La adolescencia es una etapa clave en la vida de las personas, y, a la vez, los adolescentes son agentes de cambio cruciales para el futuro de nuestra sociedad. La adolescencia —en tanto período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad—, es determinante de la trayectoria de vida futura de las personas dado que allí se da un doble proceso de cristalización de las capacidades acumuladas desde la primera infancia y, en paralelo, de inicio de la transición a la vida adulta, la que se completa conforme se transitan una serie de hitos fundamentales en el marco del período más abarcativo de la juventud (15 a 29 años). Además, la adolescencia es un período de enormes transformaciones biofísicas, sociales y psicológicas, en donde las personas consolidan su subjetividad (OMS, 2014). Su

consideración como una etapa específica es relativamente reciente y a menudo su carácter transicional desde la niñez a la adultez hace que esté invisibilizada como fase, aunque en verdad su especificidad requiere de una atención especial.

Con este trasfondo, la tenencia del primer hijo en la adolescencia se configura como un evento particularmente relevante, dadas las responsabilidades que conlleva y el impacto que tiene sobre otros hitos de transición, como la inserción laboral y la terminalidad educativa. Es, además, un factor crítico en la inequidad de género y muestra mayor incidencia en los hogares de menores recursos. Estas inequidades de género y de clase se exacerban cuando la tenencia de un hijo es no intencional. Esto llama la atención sobre la necesidad de que el Estado garantice los derechos sexuales y reproductivos a través de la provisión de información, insumos y servicios de calidad.

Si bien en Argentina existen programas y dispositivos de política pública que tienen como fin la provisión de insumos y prestaciones para cuidar la salud sexual y reproductiva de las personas, sobre todo de los adolescentes, nunca antes existió una estrategia nacional que aborde integralmente el fenómeno y que se proponga una meta específica de reducción posicionando el tema como prioridad en la agenda pública.

El actual Gobierno, en consonancia con la prioridad asignada a la adolescencia (que se refleja en el objetivo número 50 del actual Plan de Gobierno²) y teniendo

1. El uso de un lenguaje que no discrimine por género es una de las preocupaciones de los autores. Sin embargo, dado que no hay acuerdo sobre la manera de hacerlo en castellano y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el femenino y el masculino en simultáneo para visibilizar la existencia de todos los géneros, se optó por emplear el genérico tradicional masculino. Se entiende que todas las menciones en genérico representan siempre a todos los géneros, salvo cuando se especifique lo contrario.

2. El mencionado objetivo define la estrategia nacional para adolescentes y jóvenes: “estamos haciendo foco en los miles de chicos que no estudian ni trabajan y combatiendo problemáticas críticas de esta etapa como las adicciones o el embarazo adolescente.”

como marco los objetivos de la Agenda de Desarrollo 2030³, ha encarado un proceso de construcción del presente Plan Nacional a partir del liderazgo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) y mediante el trabajo mancomunado y concertado de los siguientes actores: el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación; el Programa de Educación Sexual Integral del Ministerio

de Educación de la Nación; la asistencia técnica del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) y del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El presente documento emerge en el marco de un compromiso de acción intersectorial que entiende a la adolescencia como etapa crítica y prioritaria para el futuro del país.

2. Fundamentación

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Este Plan Nacional adopta como ejes conceptuales un enfoque de derechos, un énfasis en las transiciones que atraviesan los adolescentes y una perspectiva de género. La inclusión de este conjunto de principios rectores garantiza que el Plan Nacional dará una respuesta holística al embarazo no intencional en la adolescencia, con consideración del contexto particular en el que las oportunidades de desarrollo personal e inclusión social se generan y en el cual los individuos toman decisiones respecto de sus trayectorias.

El Embarazo en la Adolescencia desde un Enfoque de Derechos

La perspectiva de derechos implica que el objetivo de las políticas públicas debe garantizar que los adolescentes puedan gozar y ejercer plenamente los derechos que les reconocen las normas y principios de derechos humanos nacionales e internacionales (Cecchini & Rico, 2015).⁴ En particular, hasta el momento de sanción de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), y su ratificación por la Argentina en 1990, los adolescentes en situación de riesgo eran considerados “menores”

3. Los ODS 1, 3 y 5 hacen referencia a estos temas. La ODS 1 declara “Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo” y para los objetivos de este plan se inscribe como parámetro su meta 1.3. que expresa “Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables. La ODS 3 refiere a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Específicamente y para dar cumplimiento a las líneas de acción de este plan, se toma como marco las metas 3.1: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”; 3.2: “Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos” y 3.7: “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. La ODS 5 indica: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” y específicamente para encuadrar el presente plan se toman en cuenta las siguientes metas: 5.5 “Velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública”; 5.6 “Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen” y 5.b “Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de la mujer”.

4. Este apartado sigue a Repetto et al. (2016)

y objetos de tutela de parte del Estado, ya sea en pos de su control y represión o asistencia y beneficencia (Moro, 1997). La Convención, por el contrario, significa un punto de quiebre con este paradigma dado que entiende que todos los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derechos. Un enfoque de derechos así concebido se traduce en una serie de estándares jurídicos y principios (Abramovich & Pautassi, 2009). Los estándares jurídicos del enfoque de derechos implican la obligación (del Estado) de garantizar el contenido mínimo de los derechos, como también la obligación para los Estados de no aplicar políticas regresivas y de garantizar la participación ciudadana. Los principios del enfoque de derechos, por su parte, surgen de la tradición de los derechos humanos que establece que estos son universales, indivisibles e interdependientes, inalienables y progresivos.

La aplicación de esta óptica a las políticas públicas implica crear un sistema integral que cumpla con estándares mínimos específicos que aseguren que se respeten y cumplan los compromisos jurídicos asumidos por cada Estado (Pautassi, 2010). Implica, también, revisar los parámetros necesarios para su evaluación y fiscalización, incluyendo principios como igualdad y no discriminación, participación política y acceso a la justicia (Abramovich & Pautassi, 2009). Son los adultos quienes tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo de los niños, niñas y adolescentes a sus derechos, y por “adultos” se entiende tanto a las familias como a la comunidad y, como garante último, al Estado. Así, entonces, del enfoque de derechos se puede derivar un corolario concreto en la temática específica del embarazo no intencional en la adolescencia: aquel que dicta que el pleno goce de los derechos a la salud sexual y reproductiva es exigible por el sólo hecho de ser adolescente, como imperativo de la ciudadanía (Cecchini & Rico, 2015). El Plan Nacional aquí propuesto está enmarcado en esta lógica de garantía

del goce de sus derechos a los adolescentes.

El Embarazo en la Adolescencia y las Transiciones a la Vida Adulta

La acumulación de activos necesarios para acceder a la vida adulta encuentra un punto de inflexión en la juventud (y, en particular, la adolescencia), dado que es en esta etapa cuando se comienza a decidir sobre eventos clave que tendrán un peso crucial en las trayectorias futuras (Trucco & Ullmann, 2015).⁵ Desde el enfoque de las transiciones, estos eventos son: la finalización de la educación media, el inicio de la vida laboral, la salida del hogar de origen, la formación de un hogar propio y el comienzo de la vida sexual y reproductiva. La temporalidad, secuencia y calidad de los eventos en el pasaje a la vida adulta determinarán en gran medida las trayectorias futuras de los adolescentes. Cuando se adelantan a la media de su cohorte en el pasaje por estos eventos, es más probable que experimenten situaciones de exclusión social (PNUD, 2009). Del mismo modo, hay secuencias paradigmáticas de exposición a la exclusión: por ejemplo, la procreación antes de finalizar la escolaridad obligatoria y sin estar inserto en el mercado de trabajo (Rossel & Filgueira, 2015).

En particular, el calendario de la fecundidad tiene consecuencias decisivas en las otras esferas de transición a la vida adulta, determinando a su vez las posibilidades de integración en los circuitos económicos, sociales y culturales. Así, el inicio de la vida reproductiva impactará en las decisiones acerca de las trayectorias educativa y laboral, y en la posibilidad de conformar un hogar propio. De todos los eventos que se analizan en la lógica de las transiciones la tenencia del primer hijo es —particularmente para las mujeres— el más “inelástico” (Filardo, 2015). Se puede entrar y salir del mercado laboral; se puede abandonar y luego retomar los estudios y también se puede volver

5. Esta sección sigue a De León, Gimena (2017)

al hogar de origen una vez que se han tenido experiencias de autonomía. Pero es infrecuente la reversibilidad del estado de “ser madre” una vez que nace el primer hijo (Filardo, 2015). La centralidad del momento en el que los adolescentes comienzan su vida reproductiva radica en las implicancias que este paso tiene para los otros hitos de transición. En este sentido, la tenencia del primer hijo en edades muy tempranas expone a los adolescentes a situaciones de cuidado cuando todavía no se han consolidado las trayectorias educativa y laboral, lo que los aleja de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía.

Un Enfoque de Género para el Embarazo en la Adolescencia

El “género” es una categoría relacional que refiere a lo femenino y lo masculino como conceptos socialmente contruidos, que están lejos de ser un mero reflejo o elaboración de aspectos biológicos. Así, el “ser varón” y “ser mujer” como estereotipos reduccionistas son resultado de procesos de aprendizaje en los que intervienen patrones sociales, normas y coerción (Valle Rodríguez & Eramis, 2006). A su vez, los roles sociales se suelen asignar diferencialmente por género a partir de dichos estereotipos, en desmedro de la equidad de género y los derechos de las mujeres. Este proceso se ve reforzado paralelamente por un punto de partida cultural de subordinación de lo “femenino” a lo “masculino”, y una primacía de lo masculino como categoría universal desde la cual se analiza y decide (en particular, en el ámbito de las políticas públicas) bajo una supuesta neutralidad (Molyneaux, 2007). El género se encuentra, entonces, en el centro de un sistema de poder que organiza las relaciones entre varones y mujeres (en general) de manera jerárquica y desigual para con las mujeres (Valle Rodríguez & Eramis, 2006). Con este marco, la “justicia de género” se entiende “como el logro de la igualdad entre mujeres y hombres en conjunto con las medidas para reparar las desventajas que llevan a la subordinación de las mujeres” (Benavente & Valdés, 2014) (Goetz, 2007).

En este sentido, la autonomía (capacidad para tomar decisiones libres e informadas de acuerdo con su elección y no la de otros) y el empoderamiento (toma de conciencia respecto de la necesidad de modificar e impugnar las relaciones de poder entre los géneros) son los lineamientos básicos que las políticas públicas deben incorporar para trabajar en pos de la igualdad de género (Benavente & Valdés, 2014) (Pautassi, 2007). Este Plan Nacional incorpora los dos principios rectores mencionados transversalmente en los distintos objetivos y líneas de acción, y a su vez parte de reconocer la centralidad del punto de vista de género en la provisión de educación sexual integral y consejería, tanto a las mujeres como a los varones adolescentes (Gogna, Binstock, Fernández, Ibarlucía & Zamberlin, 2008).

2.2 DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia no ocurre en el vacío. Por el contrario, es producto de una serie de factores que interactúan entre sí, y es a la vez causa y consecuencia de la vulneración de derechos (UNFPA, 2013). En tanto fenómeno que hace a la salud de los adolescentes, se remarcán dos categorías de factores determinantes al respecto (Viner y otros, 2012). Por un lado, una serie de determinantes estructurales que ofrecen oportunidades diferenciales a los adolescentes. Así, el nivel y la distribución del ingreso es crucial, dado que la pobreza y la desigualdad están asociadas con una mayor incidencia del embarazo en la adolescencia (Gold, Kawachi, Kennedy, Lynch & Connell, 2001). El clima educativo también es importante, en la medida en que la educación es una herramienta de empoderamiento de los adolescentes que contribuye a que puedan tomar decisiones informadas (Viner y otros, 2012). Asimismo, el capital social (las redes de vínculos sociales combinadas con las normas, valores y entendimientos compartidos) también está inversamente asociado con la incidencia del embarazo en la adolescencia (Crosby & Holtgrave, 2006). Por último, las desigualdades étnicas y de

género también configuran escenarios de mayor vulnerabilidad en los que el embarazo en la adolescencia es más frecuente (Viner y otros, 2012).

Por otro lado, existen determinantes sociales o “de proximidad”, relacionados con las circunstancias de la vida cotidiana de los adolescentes. Así, un vínculo sólido con la escuela y el ambiente escolar afecta positivamente las trayectorias de los jóvenes y es protector respecto de la incidencia del embarazo no intencional.

En este sentido, los adolescentes estudiantes sexualmente activos reportan utilizar métodos anticonceptivos en porcentajes mayores a sus contrapartes fuera de la escuela en países en desarrollo de Latinoamérica, el Caribe y África (Lloyd, 2006). Las posibilidades de acceso a los servicios de salud (incluyendo a métodos anticonceptivos modernos) y de inclusión social en sus barrios de residencia, así como la existencia de oportunidades para mejorar su autonomía y poder de decisión y la garantía de sus derechos humanos también son resaltados como determinantes relevantes del embarazo no intencional en la adolescencia (Brizuela, Abalos, Ramos & Romero, 2014) (Viner, y otros, 2012).

Este énfasis, en dos tipos de determinantes, es complementario del modelo “ecológico” (centrado en el entorno) propuesto por UNFPA, que tiene en cuenta cómo los factores explicativos interactúan entre sí de forma compleja y en diferentes niveles: el individual, familiar, escolar, comunitario y nacional. Así, por ejemplo, mientras al nivel de la normativa nacional se puede estar garantizando los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, puede que al nivel comunitario existan barreras de facto que impidan que los adolescentes gocen de sus derechos (UNFPA, 2013).

El caso particular de la Argentina exhibe continuidades con los factores identificados a nivel general. Así, entre los determinantes sociales mencionados con mayor frecuencia cabe resaltar “la falta de oportunidades

para el desarrollo personal, la pobreza, la desigualdad y la violencia, así como las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos y la incapacidad del sistema educativo para retener a los alumnos”, factores que afectan desproporcionalmente a aquellos adolescentes en situación de vulnerabilidad (Brizuela, Abalos, Ramos, & Romero 2014). La dimensión de género también es primordial en nuestro país, especialmente a la luz de que, por ejemplo, un 24% de las jóvenes de 15 a 29 años de la Provincia de Buenos Aires que declaró no utilizar métodos anticonceptivos sostuvo no haberlo hecho porque “su pareja no quería” (Encuesta Joven, 2017).

2.3 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La complejidad del embarazo en la adolescencia también se expresa en sus consecuencias graves para los adolescentes en una multiplicidad de dimensiones.

El embarazo y/o maternidad en la adolescencia refuerza tendencias a la interrupción de la trayectoria escolar, a inserciones precarias en el mercado de trabajo y a la reproducción intergeneracional de la pobreza, además de impactar en la salud de la adolescente. En especial para las mujeres en contextos socioeconómicos vulnerables – donde a la vez el embarazo se presenta con más frecuencia–, la maternidad a edades tempranas también parece actuar como refuerzo de roles tradicionales de género, prolongando situaciones de subalternidad y domesticidad que restringen sus derechos en el espacio público (Gogna y Binstock, 2017). Son estos impactos interrelacionados los que hacen imperiosa la implementación de una estrategia integral, que dé cuenta de los determinantes del fenómeno mencionados y se funde en los ejes conceptuales descriptos.

Impacto en la Trayectoria Educativa

Existe una estrecha relación ampliamente documentada entre la permanencia en el sistema educativo y la edad en la

que las jóvenes tienen su primer hijo.⁶ Tanto como causa o como efecto del embarazo adolescente, la deserción escolar está fuertemente asociada con 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. Así, en la Argentina un 55% de las madres adolescentes ya había abandonado la escuela antes de la ocurrencia del primer embarazo (Binstock, 2016). En otros casos, la secuencia es inversa: el embarazo es el factor desencadenante que precipita más tarde el abandono de la escuela. En este sentido, un 30% de las jóvenes de entre 15 y 29 años que abandonó el secundario declaró haberlo hecho por embarazo o maternidad (ENJ, 2014). Asimismo, el 30% de los jóvenes que cuida a otras personas dejó de estudiar o trabajar para dedicarse a esa labor (42% en mujeres y 13% en varones) (INDEC, 2015).

Impacto en la Inserción Laboral

El embarazo en la adolescencia tiene un impacto determinante en las posibilidades de los jóvenes de insertarse plenamente en el mercado laboral. Concretamente, las madres jóvenes tienen una mayor probabilidad de estar inactivas que sus contrapartes que no son madres (56% vis à vis 44%), y, en paralelo, un 67% de los jóvenes que no estudia, no trabaja ni busca trabajo son mujeres que cuidan niños en sus hogares (INDEC, 2015). La mayor inactividad laboral, entonces, se encuentra fuertemente vinculada con la demanda de las tareas de cuidado en el hogar, tareas que recaen mayoritariamente en las mujeres. Las barreras a la inserción laboral son especialmente críticas en el caso de las mujeres de sectores vulnerables empleadas en las categorías ocupacionales más bajas (servicio doméstico y cuentapropista no calificado), dado que sus salarios representan en promedio el 41% del ingreso total de sus hogares (INDEC, 2015).

La ausencia de dicho ingreso para estas jóvenes deviene en mayores dificultades para poner fin al ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia también repercute en desmedro de la calidad de la inserción laboral de los jóvenes padres. El embarazo en edades tempranas sitúa a estos jóvenes frente a la necesidad de generar un ingreso para sostener al nuevo núcleo familiar. De este modo, los varones jóvenes adelantan el “momento ideal” para insertarse laboralmente e ingresan al mercado laboral de manera precaria. Este hecho tendrá consecuencias decisivas en su trayectoria hacia el trabajo decente (De León, 2017) (Bertranou & Casanova, 2015).

Impacto en la Salud

El embarazo en la adolescencia también se asocia con riesgos más altos de complicaciones de salud en el período perinatal para la adolescente y su hijo. En comparación con las madres en la franja etaria 20-24, las madres de 10 a 19 años han mostrado mayor probabilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo como durante el parto o el puerperio. En todos los grupos etarios de adolescentes se han observado mayores riesgos de hemorragia posparto, infecciones uterinas, parto pre término, así como también bajo peso del bebé al nacer, menor desarrollo para la edad gestacional y mayor probabilidad de que sufra de condiciones neonatales severas (Ganchimeg y otros, 2014) (Conde- Agudelo, Belizán & Lammers, 2005). La Argentina muestra continuidades con estas tendencias generales en particular en lo relativo a los porcentajes de parto pre término y bajo peso del bebé al nacer, que descienden conforme aumenta la edad de la madre (Binstock & Pantelides, 2005).

Los riesgos enumerados son especialmente críticos en madres adolescentes menores de 15 años, además de sumarse otros como la

6. Esta sección sigue a De León, Gimena (2017)

probabilidad 4 veces mayor de muerte de la mujer en el embarazo, el mayor riesgo de muerte neonatal (en los 27 días posteriores al parto) y un 40% más de posibilidad de anemia materna, respecto del grupo etario de 20 a 24 años (Conde-Agudelo, Belizán & Lammers, 2005). En el caso de los embarazos en la adolescencia temprana (10 a 14 años) existe evidencia de que son en gran medida producto de situaciones de abuso y violencia sexual (Subcomisión de Ética Clínica, Sociedad Argentina de Pediatría, 2010). Este último dato exige considerar los impactos en términos de salud mental (y no sólo física) en el caso de las “niñas-madres” (Portnoy, 2005). La incidencia del aborto inseguro en las adolescentes (se estima que 15% de los abortos inseguros a nivel global ocurre en mujeres menores de 20 años), con el consiguiente impacto en la salud, es otro de los factores que exige una respuesta integral al embarazo no intencional entre las adolescentes.

Si bien existe un debate acerca de hasta qué punto las complicaciones asociadas al embarazo y maternidad detalladas pueden adjudicarse a la edad temprana o son en realidad explicadas por factores propios del entorno específico de las jóvenes vulnerables (Gogna y otros, 2004), lo cierto es que la evidencia sobre los riesgos significativos es concluyente. El debate en torno a las causas del impacto sobre la salud es relevante, entonces, a los efectos de poner el foco – también- en el ambiente socioeconómico en el que las jóvenes adolescentes desarrollan sus vidas. En síntesis, una política integral de disminución del embarazo no intencional se beneficiará de las sinergias con otras políticas de desarrollo y protección social en pos de que las adolescentes disfruten de una mejor atención integral.

Impacto en el Desarrollo

El embarazo en la adolescencia no sólo vulnera los derechos de los jóvenes en lo referido a su educación, inserción laboral y salud sino que también compromete las posibilidades de emprender un camino hacia el desarrollo sostenible, en dos sentidos.

En primer lugar, nuestro país atraviesa actualmente un período de bono demográfico: la proporción de población en edad activa es superior a la de población dependiente (niños y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad). Esta ventana de oportunidad, no obstante, se cerrará alrededor del año 2040, cuando las proporciones se inviertan. Es fundamental que para ese entonces los jóvenes de hoy hayan desarrollado las capacidades humanas necesarias para constituirse en trabajadores productivos que puedan hacer frente a los requerimientos que generará una pirámide poblacional envejecida. Una política nacional de disminución del embarazo no intencional en la adolescencia contribuirá en pos de ese objetivo.

En segundo lugar, es esperable que la intervención a través del Plan Nacional también produzca un impacto positivo en una serie de variables económicas concretas, dado que el Estado paga un costo de oportunidad alto por no invertir en las mujeres jóvenes. En particular, se han estimado dos tipos de impacto. Por un lado, el embarazo en la adolescencia actúa en desmedro del crecimiento del PBI debido a las trayectorias educativas trunca y a la inactividad o inserción laboral precaria de las jóvenes madres (Chaaban & Cunningham, 2011). El embarazo en la adolescencia está asociado con un menor nivel de ingresos a lo largo de la vida para las madres adolescentes en comparación con los ingresos de sus contrapartes que deciden postergar la maternidad (Chevalier & Viitanen, 2003). Por otro lado, las barreras a la acumulación de capital humano y a la educación inherentes al embarazo en la adolescencia también suponen un impacto negativo sobre la productividad (Chaaban & Cunningham, 2011). Los jóvenes que ven interrumpidas sus trayectorias educativas tienen menores posibilidades de desarrollar habilidades cognitivas y socioemocionales, las más demandadas por los empleadores (Guerra, Modecki, & Cunningham, 2014). Así, se insertan precariamente en el mercado laboral y en puestos de trabajo no asociados a productividad, lo que menoscaba la

competitividad de la economía nacional en su conjunto.

En síntesis, las vulneraciones de los derechos de los jóvenes en términos educativos, laborales y de salud, así como también

las barreras al desarrollo nacional, hacen imperiosa la implementación de una política pública integral de disminución del embarazo no intencional en la adolescencia, que garantice el goce de los derechos menoscabados.

3. Diagnóstico

Desde la perspectiva socio sanitaria se reconoce un “abismo de experiencias”⁷ que separan a los adolescentes más jóvenes de los mayores. Por esto, 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). Este abismo cobra relevancia particular al considerar los determinantes del embarazo: 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).

En la Argentina, el embarazo en la adolescencia ha ganado lugar en la agenda de investigación desde la década de los ochenta con trabajos realizados desde una perspectiva clínica. Posteriormente, los estudios de Pantelides y otros trataron de cuantificar el fenómeno en el país ante el descenso de la fecundidad global en la región (Giusti y Pantelides, 1991). Poco tiempo después comienzan a publicarse las primeras investigaciones que estudian

el fenómeno y sus determinantes desde el punto de vista de las ciencias sociales (Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides y otros, 1995; Kornblit y Mendes Diz, 1996). Este abordaje incorpora posteriormente la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos tratando de situar el embarazo en la adolescencia en el marco de una comprensión más amplia del comportamiento reproductivo de las adolescentes y de las prácticas de riesgo en particular. Como indican Binstock y Gogna (2014) “es importante destacar que la mayoría de los trabajos sobre esta problemática, incluyendo los propios, se restringen al estudio de nacimientos durante la adolescencia o de embarazos en curso o que han llegado a término. Esto deja afuera un importante (y aún difícil de estimar) número de embarazos que se interrumpen voluntariamente”.

En términos sociodemográficos, el interés por la fecundidad adolescente se debe a que de las tasas de fecundidad de este grupo etario no se han modificado a pesar de que la tasa global de fecundidad -esto es, el número promedio de hijos por mujer- de la región sigue una tendencia al descenso. A su vez, hay evidencia de la repetición del embarazo en la adolescencia: en la Argentina, 1 de cada 4 de las mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia tendrá el segundo antes de los 19 años (Binstock y Gogna, 2014).

7. Concepto utilizado en el Estado Mundial de la Infancia, 2011. UNICEF.
Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

Con respecto a la maternidad en la adolescencia, 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 los aparentes avances que tienen otros grupos etarios en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Binstock y Pantelides, 2005; Rodríguez Vignoli y Cobos, 2014).

3.1 FECUNDIDAD

La tasa de fecundidad adolescente⁸ de América Latina se destaca a escala mundial por ser comparativamente elevada, sólo superada por la del África Subsahariana. Una característica adicional es que su comportamiento no acompaña al observado para la fecundidad total⁹: la fecundidad adolescente 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 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 de madres en la adolescencia en el mundo. En la Argentina, en los últimos 25 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 (Ver Cuadro 1 y Gráfico 1). Aun así, cabe mencionar las variaciones en la tasa de fecundidad de mujeres madres en la adolescencia entre 15 y 19 años: tras una caída en los valores entre 1990 y 1995, se observa un aumento en los años 2000 y 2010. En 2015 (65,1 x 1000 nacidos vivos). Por la baja frecuencia relativa de los nacidos vivos de adolescentes de 10-14 años, las interpretaciones sobre las fluctuaciones deben ser realizadas con cuidado.

Cuadro1. Tasas de fecundidad adolescente temprana, adolescente tardía y adolescente total. Argentina. 1990-2015.

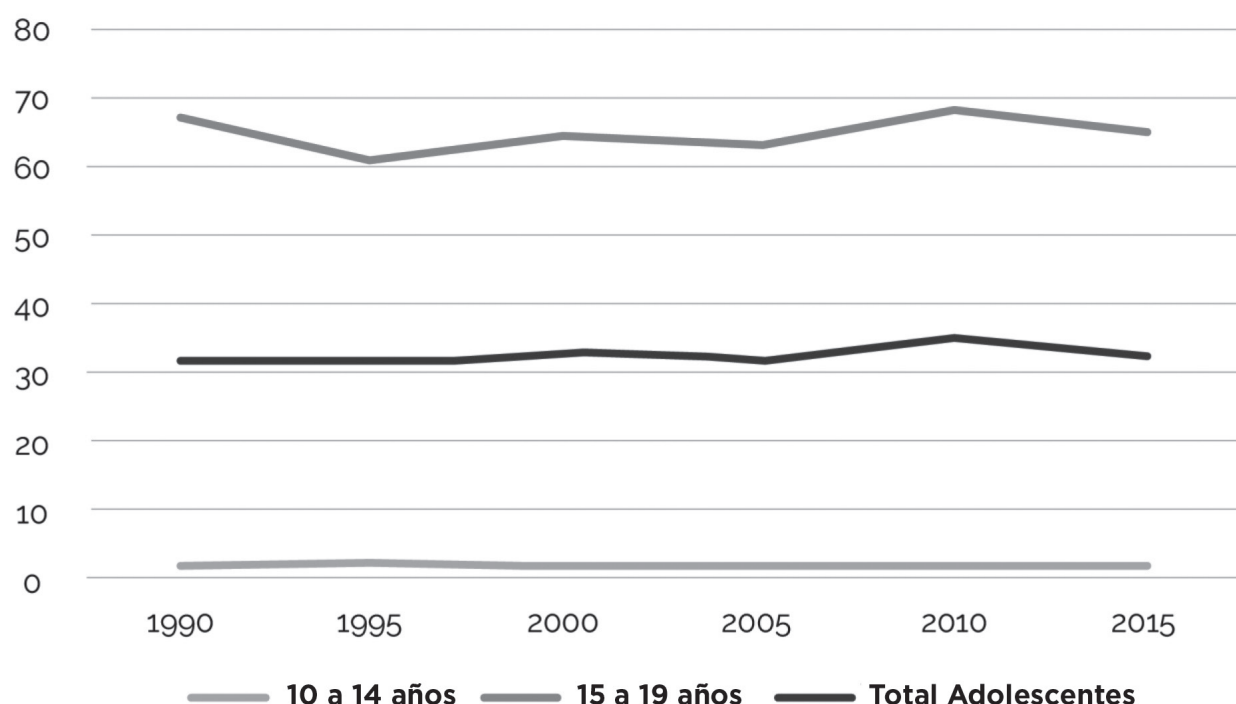
AÑO	TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TEMPRANA (10 A 14 AÑOS)	TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TARDÍA (15 A 19 AÑOS)	TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TOTAL
1990	1,8	67,3	31,7
1995	2,1	60,9	31,8
2000	1,9	64,3	32,5
2005	1,5	63,1	31,9
2010	1,9	68,2	34,8
2015	1,6	65,1	32,3

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de UNICEF, INDEC y DEIS.

8. Tasa específica de fecundidad por edad es el número de nacidos vivos registrados en la población femenina de un grupo de edad específico de una zona geográfica dada en un año dado sobre la población femenina de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año por 1000. (Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años - República Argentina - Año 2008. <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin128.pdf>)

9. La tasa global de fecundidad se expresa en número de hijos por mujer al final de su vida fértil. Es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

Gráfico 1. Evolución de las tasas de fecundidad adolescente temprana, adolescente tardía y adolescente total. Argentina. 1990-2015.



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de UNICEF, INDEC y DEIS.

La fracción del total de nacimientos que corresponden a madres adolescentes menores de 20 años es otro indicador que permite analizar la incidencia de este fenómeno. El promedio para América Latina y el Caribe es de 18%, mientras en el mundo es del 10% y en Europa o Asia se ubica entre el 5 y 7% (UNFPA, 2016).

En términos absolutos, el número de nacidos vivos totales y por provincia permite observar los pesos relativos y las disparidades a nivel jurisdiccional.¹⁰ En

2015 nacieron en la Argentina 2787 hijos de madres adolescentes ≤ 14 años y 108912 hijos de mujeres adolescentes de 15-19 años, los que representan un 0,4% y 14% del total de los nacimientos, respectivamente.¹¹ El aporte del grupo de 15- 19 años se ha mantenido estable en los últimos tres quinquenios (Pantelides y Menéndez, 2012).

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,

10. Debe destacarse que, por su tamaño y características socioeconómicas y sociodemográficas, la Provincia de Buenos Aires ha sido separada en dos sub-jurisdicciones: partidos del conurbano y resto de la provincia.

11. En el caso de los nacimientos menores de 14, vale destacar aquí que una proporción correspondería a circunstancias comprendidas como abuso sexual. 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 las denuncias realizadas. No se dispone de información respecto de cuántas de estas niñas y adolescentes solicitaron interrupciones legales del embarazo y pudieron acceder en tiempo y forma siguiendo las normativas vigentes (UNICEF, 2016).

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego tienen proporciones por debajo del promedio nacional (6% y 10% respectivamente), al igual que 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: 3 de cada 10 nacimientos de madres adolescentes ocurren en esta jurisdicción (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Nacidos vivos totales, de mujeres madres de ≤ 14 años y de 15-19, según jurisdicción de residencia de la mujer. Argentina, 2015

JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE	NACIDOS VIVOS	MUJERES MADRES ≤ 14 AÑOS		MUJERES MADRES ENTRE 15 - 19 AÑOS	
		TOTAL	%	TOTAL	%
Total País	770040	2787	0,4	108912	14
CABA	41866	38	0,1	2462	6
Partidos Conurbano	202781	282	0,1	23684	12
Resto Provincia Buenos Aires	84742	158	0,2	9816	12
Catamarca	6853	40	0,6	1281	19
Córdoba	58558	176	0,3	7493	13
Corrientes	20658	146	0,7	3878	19
Chaco	25952	271	1	5791	22
Chubut	9858	27	0,3	1334	14
Entre Ríos	23572	129	0,5	3941	17
Formosa	12331	131	1,1	2782	23
Jujuy	13265	61	0,5	2458	19
La Pampa	5398	19	0,4	742	14
La Rioja	6274	24	0,4	1005	16
Mendoza	35476	97	0,3	4900	14
Misiones	27168	219	0,8	5834	21
Neuquén	11838	42	0,4	1640	14
Río Negro	12734	47	0,4	1757	14
Salta	28379	182	0,6	5445	19
San Juan	15168	64	0,4	2480	16
San Luis	8101	25	0,3	1228	15
Santa Cruz	6336	23	0,4	823	13
Santa Fe	57439	296	0,5	8645	15
Santiago del Estero	19061	111	0,6	3664	19
Tucumán	30188	168	0,6	5283	18
Tierra del Fuego	3037	4	0,1	302	10
Otros Países	364	4	1,1	77	21
Lugar no especificado	2661	3	0,1	167	6

Fuente: Elaboración propia apartir de datos de DEIS (2015).

3.2 FACTORES INTERVINIENTES EN LA FECUNDIDAD

Los modelos explicativos sobre la fecundidad consideran que existen relaciones entre determinantes que, de modificarse, provocarían un cambio de nivel en la fecundidad. Estos modelos no profundizan en el por qué de los valores que toman esas variables, aunque reconocen que las explicaciones deben buscarse en el campo de la biología, de la sociedad y la cultura (Davis y Blake, 1967). Las variables que suelen considerarse son la edad a la iniciación sexual, el acceso y uso de anticonceptivos y la interrupción del embarazo. Se considera que las políticas deberían intervenir sobre ellas para generar cambios en los niveles de fecundidad. Específicamente, OMS y UNFPA recomiendan a los Estados limitar los matrimonios antes de los 18 años; promover los programas de prevención del embarazo en la adolescencia; proveer información y promover la adopción de métodos anticonceptivos; sensibilizar sobre la existencia de relaciones sexuales bajo coacción y violencia y habilitar el acceso a servicios seguros de aborto y posaborto según las normas vigentes (OMS y UNFPA, 2017).

Respecto del efecto de la edad de iniciación sexual, los argumentos sostienen cierta lógica básica: cuanto antes sea la iniciación sexual de la mujer, mayor exposición a quedar embarazada. En la Argentina, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) realizada en 2013, la edad promedio de iniciación sexual se ubica a nivel país a los 15,5 años para aquellos que en el momento de la encuesta tenían entre 14 y 19 años (Ministerio de Salud, 2015). Cuando se considera la franja de entrevistados entre 20 y 29 años, la edad asciende a 17,1 años sugiriendo un adelantamiento de la edad de la primera relación sexual. Aun cuando la ENSSyR considera los promedios a nivel de las regiones del país, pareciera haber

consenso en torno a que la mayoría de los adolescentes se inician entre los 15 y los 19 años, y que las edades de iniciación sexual podrían ser más tempranas en el NOA.

En relación al uso de anticonceptivos, los datos de la ENSSyR indican que el 90,4% de las mujeres entre 14 y 19 años -al momento de la encuesta- usaron un método anticonceptivo (MAC) en su primera relación sexual. Esta proporción no es homogénea por región: en GBA el porcentaje asciende a 97,7 %; en cambio, en las regiones de Cuyo y NOA es de 86,9% y 80,2% respectivamente. Respecto del uso de MAC al momento de la encuesta, se observa que 90,1% en esa misma franja etaria reporta hacerlo.¹² Llamativamente, es la proporción más alta, dado que a medida que avanzan los tramos de edad la proporción desciende hasta 70,1% en las mujeres de 40-49 años.

La ENSSyR consultó también acerca de quién o quiénes tomaron la decisión de la utilización del MAC actual: 6 de cada 10 mujeres de entre 14 y 19 años decidieron conjuntamente con su pareja qué método se usaría con mayor frecuencia y 3 de cada 10 tomaron la decisión por ellas mismas. Estos datos permiten inferir que 9 de cada 10 de las mujeres de 14 a 19 años usuarias de MAC han tenido protagonismo en la elección del MAC a usar con mayor frecuencia.

Otra información que reporta la ENSSyR es la relacionada con la obtención gratuita de los MAC: sólo 43,3 % de las mujeres de entre 14 y 19 años lo obtuvieron sin mediar pago alguno, proporción similar a la de los otros grupos de edad. Sin embargo, se observan disparidades por región: el porcentaje desciende a 21,7% para la región patagónica y a 29,7% para la región NOA. Esto no implica necesariamente que quienes no acceden gratuitamente a los MAC no los utilicen, pero es una barrera potencial importante para el acceso y la continuidad de su uso.

12. Los datos no refieren a varones.

Por último, respecto de la interrupción del embarazo, debe mencionarse que al ser una práctica legalmente restringida, la medición de la incidencia real -especialmente en las adolescentes-, es muy compleja (Mario y Pantelides, 2009). Los datos oficiales indican que en 2013 se registraron 8662 egresos hospitalarios por abortos de adolescentes en todo el país (Ministerio de Salud, 2015). Esta cifra representa un promedio diario de 24 adolescentes que egresaron de un hospital público luego de haber estado internadas por una situación de aborto que puede ir desde complicaciones de abortos inseguros a causales comprendidas dentro de la normativa vigente.¹³

3.3 EMBARAZO NO INTENCIONAL Y FACTORES DE INCIDENCIA

Muy recientemente se han tratado de abordar los diferentes perfiles de 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 a un espectro

de situaciones que van desde embarazos productos de abuso a los que son resultado de uso inadecuado o falla de 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)¹⁴ permiten observar que la proporción de embarazo no intencional, para las mujeres madres de todas las edades alcanza valores considerables: 6 de cada 10 mujeres reportaron que el embarazo fue no intencional en el consolidado del período 2010-2014. Entre las mujeres madres menores de 20 años, esa proporción es aún mayor (68,1%) (ver Cuadro 3).

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 7 de cada 10 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%).

13. Ver Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales y Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

14. El Sistema Informático Perinatal Gestión (SIP G) impulsado por el CLAP SMR OPS-OMS que se recolecta de forma sistemática desde 2010 en la mayoría de las instituciones públicas de la Argentina que atienden partos.

Cuadro 3. Embarazos intencionales y no intencionales, por grupos de edad y jurisdicción. Instituciones públicas de la Argentina. Consolidado SIPG 2010-2014.

FRANJA ETARIA DE MUJERES MADRES	TODAS LAS MUJERES MADRES		MUJERES MADRES ≤ 19 AÑOS		MUJERES DE ≥ 20 AÑOS	
	NO INTENCIONAL	INTENCIONAL	NO INTENCIONAL	INTENCIONAL	NO INTENCIONAL	INTENCIONAL
Total	59,1%	40,9%	68,1%	31,9%	56,5%	43,5%
Buenos Aires	58,0%	42,0%	66,0%	34,0%	55,6%	44,4%
CABA	58,1%	41,9%	68,8%	31,2%	55,8%	44,2%
Catamarca	63,7%	36,3%	73,1%	26,9%	60,9%	39,1%
Chaco	47,5%	52,5%	56,6%	43,4%	44,0%	56,0%
Chubut	55,0%	45,0%	69,4%	30,6%	50,8%	49,2%
Córdoba	59,9%	40,1%	71,4%	28,6%	56,7%	43,3%
Corrientes	64,4%	35,6%	69,9%	30,1%	62,6%	37,4%
Entre Ríos	53,6%	46,4%	63,7%	36,3%	50,1%	49,9%
Formosa	69,8%	30,2%	75,0%	25,0%	68,0%	32,0%
Jujuy	62,5%	37,5%	76,0%	24,0%	58,5%	41,5%
La Pampa	57,3%	42,7%	69,0%	31,0%	54,0%	46,0%
La Rioja	70,0%	30,0%	79,0%	21,0%	67,6%	32,4%
Mendoza	57,3%	42,7%	67,1%	32,9%	54,7%	45,3%
Misiones	65,0%	35,0%	70,3%	29,7%	62,8%	37,2%
Neuquén	55,0%	45,0%	71,4%	28,6%	50,6%	49,4%
Río Negro	53,3%	46,7%	69,0%	31,0%	48,8%	51,2%
Salta	70,3%	29,7%	77,1%	22,9%	68,1%	31,9%
San Juan	59,4%	40,6%	64,3%	35,7%	58,1%	41,9%
San Luis	59,0%	41,0%	69,3%	30,7%	55,5%	44,5%
Santa Cruz	51,7%	48,3%	70,8%	29,2%	47,7%	52,3%
Santa Fe	45,3%	54,7%	54,0%	46,0%	42,3%	57,7%
Santiago del Estero	70,3%	29,7%	77,5%	22,5%	67,9%	32,1%
Tierra del Fuego	49,9%	50,1%	74,5%	25,5%	45,1%	54,9%
Tucumán	60,5%	39,5%	68,2%	31,8%	58,2%	41,8%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIP (2015).

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/ 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 (ver Cuadro 4).

En primer lugar, para el grupo etario de mujeres con edad igual a 14 o menor, 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 entre las mujeres con embarazo no intencional también supera el 80%, algo menor que la franja etaria previa. Nuevamente los casos de provincias del NOA y NEA, son las que presentan las proporciones más altas de no utilización.

Cuadro 4. Embarazos no intencionales, según grupos de edad de la mujer, jurisdicción y utilización de métodos anticonceptivos. Mujeres con hijos nacidos vivos en instituciones públicas. 2010-2014.

JURISDICCIÓN	≤ 14 AÑOS		15 a 19 AÑOS		20 a 35 AÑOS		≥ 36 AÑOS	
	NO USO DE MAC	USO DE MAC	NO USO DE MAC	USO DE MAC	NO USO DE MAC	USO DE MAC	NO USO DE MAC	USO DE MAC
Total	88,3%	11,7%	80,6%	19,4%	75,8%	24,2%	77,5%	22,5%
Buenos Aires	83,5%	16,5%	75,2%	24,8%	71,5%	28,5%	73,4%	26,6%
Catamarca	88,4%	11,6%	81,8%	18,2%	75,7%	24,3%	77,7%	22,3%
Chaco	88,9%	11,1%	77,6%	22,4%	68,3%	31,7%	71,5%	28,5%
Chubut	82,5%	17,5%	69,6%	30,4%	3,0%	37,0%	63,3%	36,7%
Córdoba	92,3%	7,7%	82,2%	17,8%	74,3%	25,7%	73,6%	26,4%
Corrientes	97,8%	2,2%	94,4%	5,6%	92,5%	7,5%	91,5%	8,5%
CABA	79,8%	20,2%	78,5%	21,5%	77,3%	22,7%	76,9%	23,1%
Entre Ríos	86,5%	13,5%	70,4%	29,6%	62,4%	37,6%	63,7%	36,3%
Formosa	85,2%	14,8%	79,5%	20,5%	76,7%	23,3%	75,2%	24,8%
Jujuy	92,7%	7,3%	83,4%	16,6%	77,3%	22,7%	79,8%	20,2%
La Pampa	74,1%	25,9%	52,9%	47,1%	52,2%	47,8%	56,0%	44,0%
La Rioja	97,6%	2,4%	93,1%	6,9%	91,1%	8,9%	90,8%	9,2%
Mendoza	78,9%	21,1%	72,7%	27,3%	66,4%	33,6%	70,9%	29,1%
Misiones	95,7%	4,3%	91,2%	8,8%	86,8%	13,2%	87,1%	12,9%
Neuquén	81,8%	18,2%	67,0%	33,0%	54,0%	46,0%	59,4%	40,6%
Río Negro	76,3%	23,7%	68,4%	31,6%	58,2%	41,8%	64,5%	35,5%
Salta	96,1%	3,9%	94,5%	5,5%	92,7%	7,3%	93,5%	6,5%
San Juan	89,5%	10,5%	79,6%	20,4%	74,2%	25,8%	77,7%	22,3%
San Luis	79,2%	20,8%	76,6%	23,4%	71,3%	28,7%	67,5%	32,5%
Santa Cruz	75,9%	24,1%	75,4%	24,6%	69,1%	30,9%	75,0%	25,0%
Santa Fe	79,7%	20,3%	66,6%	33,4%	57,2%	42,8%	60,9%	39,1%
Santiago del Estero	96,1%	3,9%	94,4%	5,6%	91,0%	9,0%	91,3%	8,7%
Tierra del Fuego	100,0%	0,0%	61,9%	38,1%	60,5%	39,5%	61,5%	38,5%
Tucumán	96,0%	4,0%	92,7%	7,3%	87,0%	13,0%	88,5%	11,5%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIP (2015).

Si se relaciona la edad de la mujer madre, la cantidad de partos y la no intencionalidad del último embarazo se puede observar nuevamente la particularidad del grupo de ≤ 14 años. En primer lugar, porque más del 80% de las nulíparas¹⁵ de esa franja de edad no buscaba el embarazo. Y, en segundo lugar, porque se observa una reducción notable de la proporción de no intencionalidad si

tiene al menos un parto previo. Al mismo tiempo, la diferencia de no intencionalidad / intencionalidad entre las que no habían tenido hijos y las que tuvieron entre 1 y 3 partos previos, es mucho menor para la franja de 15 a 19. De hecho, no hay diferencia entre la proporción de quienes tenían intención de embarazarse y quienes no, cuando ya tienen, al menos, un hijo (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Paridad e intencionalidad del embarazo. Mujeres menores de 20 años con hijos nacidos vivos en instituciones públicas. Argentina 2010-2014.

AÑO DEL NACIMIENTO				EMBARAZO INTENCIONAL		TOTAL
				NO	SÍ	
2010	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	85,6%	14,4%	100%
			1 A 3	59,6%	40,4%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,8%	40,2%	100%
			1 A 3	58,5%	41,5%	100%
2011	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	85,9%	14,1%	100%
			1 A 3	64,4%	35,6%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	60,8%	39,2%	100%
			1 A 3	57,5%	42,5%	100%
2012	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	82,9%	17,1%	100%
			1 A 3	67,3%	32,7%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,4%	40,6%	100%
			1 A 3	54,4%	45,6%	100%
2013	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	85,3%	14,7%	100%
			1 A 3	59,8%	40,2%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,1%	40,9%	100%
			1 A 3	54,4%	45,6%	100%
2014	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	83,4%	16,6%	100%
			1 A 3	65,9%	34,1%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,1%	40,9%	100%
			1 A 3	54,7%	45,3%	100%
TOTAL	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	84,5%	15,5%	100%
			1 A 3	63,9%	36,1%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,6%	40,4%	100%
			1 A 3	55,9%	44,4%	100%

Fuente. Elaboración propia a partir de datos de SIP (2015).

Los análisis de las tasas de fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes madres indican que la situación de la maternidad en la adolescencia no ha cambiado en el país en los últimos años: el peso específico de los nacidos vivos de madres menores de 20 años se mantiene estable y es considerablemente alto.

Los análisis descriptivos indican que:

- Hay una persistencia de las tasas de fecundidad adolescente que no acompañan el descenso de la tasa de fecundidad global.
- 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 15 a 19 años (8/10 y 6/10 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.

4. Marco Normativo

En consonancia con el enfoque de derechos ya enunciado como uno de los pilares del Plan Nacional, 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. Este derecho se encuentra reconocido en la normativa nacional e internacional y, dada la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, su ejercicio resulta esencial para el goce de otros derechos fundamentales.¹⁶

A nivel nacional, la Argentina cuenta con un marco legislativo y programático exhaustivo y favorable en vista de garantizar el acceso a la promoción, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva

de los adolescentes y, en particular, propicio para la prevención de los embarazos en la adolescencia, dado que aspira a dar lugar al ejercicio autónomo y responsable de los derechos a la salud, sexuales y reproductivos (Pecheny, 2016). En este sentido, las leyes argentinas reconocen la titularidad y promueven el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de parte de la población, incluyendo la población adolescente.

4.1 CONSTITUCIÓN NACIONAL Y TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

La Constitución Nacional establece en su artículo 75 inc. 23 la obligación del

15. Nulípara refiere a la mujer que no ha tenido un parto.

16. En particular, existe una íntima vinculación entre los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la igualdad y no discriminación, a la vida, a la salud, a la integridad personal, a la intimidad, a la autonomía personal, a la dignidad y a estar libre de violencia y de tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ejercicio de su sexualidad. A su vez, requieren también de la satisfacción del derecho a la información, a la educación y a la participación.

Congreso de legislar y promover medidas de acción positiva para garantizar la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos de niños y mujeres. A su vez, el artículo 75 inc. 22 enumera los tratados internacionales de derechos humanos que tienen jerarquía constitucional. Los más relevantes en la materia son:

- **La Convención sobre los Derechos del Niño** (CDN), que obliga a los Estados a: realizar hasta el máximo de los recursos disponibles el más alto nivel posible de salud de los adolescentes y adoptar medidas para desarrollar la educación y los servicios en materia de planificación familiar (art. 4 y 24); proteger a los adolescentes contra toda forma de discriminación (art. 2); promover su interés superior en todas las medidas que les conciernan (art. 3) y a reconocer, al mismo tiempo, la evolución de sus capacidades para asumir niveles de responsabilidad cada vez mayores (art. 5); garantizar el derecho de los adolescentes a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que los afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones (art. 12); y, finalmente, velar por que el adolescente tenga acceso a información y material que tengan por finalidad promover su bienestar y su salud física y mental (art. 17);

- **El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (PIDESC), que, entre otros derechos, garantiza el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de

salud (art. 12) y a gozar de los beneficios del progreso científico (art. 15.b);

- **La Convención Americana sobre Derechos Humanos**, que establece en su artículo 19 el derecho de los niños a las medidas de protección que requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado; y

- Otros instrumentos de derechos humanos, referidos a grupos específicos, como la **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW, por sus siglas en inglés) y la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (CDPD), que también contienen obligaciones específicas para los Estados en materia de salud adolescente y planificación familiar (arts. 12 y 16.e, CEDAW y 7, 23.1.b; y 25, CDPD).

Respecto al alcance de estos derechos humanos y obligaciones de los Estados, se debe tener especialmente en cuenta las interpretaciones que de aquellas disposiciones han realizado los organismos de derechos humanos encargados de monitorear la efectiva implementación de los tratados¹⁷; y las preocupaciones y recomendaciones que le han comunicado dichos organismos a nuestro país en la materia.¹⁸ Estas recomendaciones sirven como guía para la interpretación de los preceptos convencionales y como pauta insoslayable de interpretación para los poderes constituidos argentinos en el ámbito de sus competencias.

17. Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/42, del 1 de julio de 2003; Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, del 17 de abril de 2013; Observación General N° 20 (2016) sobre la implementación de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, del 6 de diciembre de 2016; Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, La mujer y la salud, 20° período de sesiones, 1999; Recomendación General N° 28 relativa a las obligaciones básicas de los Estados partes de conformidad con el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW/C/GC/28, del 19 de octubre de 2010; Comité DESC, Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), 22° período de sesiones, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000; Observación General N° 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del PIDESC), 42° período de sesiones, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009; Observación General N° 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del PIDESC), del 2 de mayo de 2016, E/C.12/GC/22; Comité DPD, Observación General N° 3, Artículo 6: Mujeres y Niñas con discapacidad, del 2 de septiembre de 2016; ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/32/32, del 4 de abril de 2016.

Recientemente, el Comité sobre los Derechos del Niño profundizó –desde un enfoque de género– sus desarrollos previos en materia de adolescencia, e instó a los Estados a que adopten políticas amplias de salud sexual y reproductiva sensibles al género y la sexualidad para los adolescentes, haciendo hincapié en que el acceso desigual a esa información, productos y servicios supone discriminación. En este sentido, todos los adolescentes deben tener acceso sin discriminación a servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos, confidenciales y que respondan a sus necesidades, y también a información y educación disponibles en línea y en persona, incluyendo aquella sobre planificación familiar, anticoncepción –incluso anticoncepción de emergencia–, prevención, cuidado y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, asesoramiento, atención pre parto, servicios de salud materna e higiene menstrual.

El citado Comité señaló que no deberían existir obstáculos para el acceso a los productos básicos, información y asesoramiento vinculados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como el consentimiento o autorización de terceros (párr. 60), y recomendó que los Estados establezcan límites legales de edad mínima, compatibles con el derecho a la protección, el principio del interés superior y el respeto por la evolución de las capacidades de los adolescentes. En todos los casos debe reconocerse el derecho de cualquier niño de prestar o denegar el consentimiento, y el derecho de todos los adolescentes a acceder a consejería y asesoramiento médico confidencial sin necesidad del consentimiento de sus padres

o tutores e independientemente de su edad, si así lo desean. Asimismo, el Comité instó a los Estados a despenalizar el aborto para garantizar que las niñas tengan acceso a abortos seguros y servicios posteriores al aborto y a revisar la legislación con miras a garantizar los mejores intereses de las adolescentes embarazadas y asegurar que sus opiniones siempre sean escuchadas y respetadas en las decisiones relacionadas con el aborto (párr. 60). Por último, el Comité refirió que la enseñanza de la salud sexual y reproductiva (apropiada a la edad, amplia e inclusiva, basada en evidencia científica y estándares de derechos humanos y elaborada junto con adolescentes) debería formar parte del programa escolar obligatorio y también llegar a los adolescentes que no asisten a la escuela. Asimismo, debe prestarse atención a la igualdad de género, la diversidad sexual, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la paternidad y el comportamiento sexual responsable y la prevención de la violencia para prevenir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual. La información debería estar disponible en formatos alternativos para garantizar su acceso a todos los adolescentes, especialmente a los adolescentes con discapacidad (párr. 61).

4.2 OTROS COMPROMISOS INTERNACIONALES

En los últimos años, el interés de la comunidad internacional en la salud adolescente se ha reflejado, principalmente, en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)¹⁹, estrechamente

18. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre Argentina, del 18 de noviembre de 2016, CEDAW/C/ARG/CO/7; Comité DDHH, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, 117º período de sesiones, 20 de junio a 15 de julio de 2016; Comité DESC, Observaciones finales sobre Argentina, 14 de diciembre de 2011, E/C.12/ARG/CO/3; CDN, Observaciones finales sobre el tercer y cuarto informe periódico de la Argentina, CRC/C/ARG/CO/3-4, del 21 de junio de 2010.

19. OMS, Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar, aprobada en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en mayo de 2016. La Estrategia pretende poner fin en el año 2030 a la mortalidad prevenible de las mujeres, niños y adolescentes de cualquier entorno y parte del mundo y garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios y a la educación primaria y secundaria, así como la eliminación de todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, entre otros ambiciosos objetivos. Para ello, la Estrategia proporciona una hoja de ruta que pretende marcar los hitos a alcanzar por los diferentes países de aquí al año 2030, teniendo en cuenta la evidencia disponible de la evaluación de necesidades y de resultados de eficacia de las intervenciones. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuya meta 3.7 es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

A nivel regional, en 2013, nuestro país suscribió al Consenso de Montevideo que prevé, entre las medidas prioritarias, asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad y con un enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos (medida prioritaria 11). Además, contempla la implementación de programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable y eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual (medida prioritaria 12). Asimismo, nuestro país se comprometió a dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la

anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos (medida prioritaria 14).²⁰

En junio de 2017 los gobiernos de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay firmaron en Asunción su compromiso para la implementación del Marco Estratégico Subregional de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional del Cono Sur. Esta iniciativa es fruto del trabajo que el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, ha acompañado desde hace casi tres años y responde a una de las prioridades de los gobiernos del Cono Sur, los que reconocen que el embarazo adolescente sedimenta las grandes inequidades sociales, de género, sanitarias y económicas que caracterizan a la región.²¹

4.3 LEYES NACIONALES

Existen cuatro leyes nacionales específicas en materia de prevención de embarazo en la adolescencia, que refieren a diferentes aspectos del fenómeno y son interdependientes entre sí:

- **La Ley 26.529 (2009) de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud**, una ley marco que establece los principios esenciales que deben regir toda atención sanitaria. Entre otras cuestiones, estipula que los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho a ser asistidos en forma prioritaria por los profesionales de la salud, sin menoscabo ni distinción alguna producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El decreto reglamentario 1089/2012,

20. CEPAL, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en Montevideo, del 12 al 15 de agosto de 2013, disponible en http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf.

21. El Marco Estratégico Subregional de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional del Cono Sur se encuentra disponible en <http://lac.unfpa.org/es/publications/marco-estrategico-de-la-prevencion-y-reduccion-del-embarazo-adolescente-no-intencional-en-la>

agrega que, en estos casos, siempre se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Sobre los Derechos del Niño. El trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad y la autonomía de la voluntad son otros derechos que se deben garantizar en la atención. La ley establece, por último, directrices referidas a la información sanitaria, el consentimiento informado y la historia clínica.

- **La Ley 25.673 (2002) de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**, que se propuso, entre otros objetivos: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; disminuir la morbilidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes y garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. A su vez, el artículo 4 del Decreto reglamentario 1282/2003 establece una serie de pautas para la atención de los adolescentes, basada en el enfoque de derechos, la perspectiva de su interés superior y poniendo énfasis en el derecho a la información, privacidad y confidencialidad. La ley estipula también la obligación de prescribir y suministrar, a demanda de los beneficiarios, los métodos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios.
- **La Ley 26.061 (2005) de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**, que adecua la legislación interna a la Convención de los Derechos del Niño. La norma entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y 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 art. 14 del Decreto reglamentario 415/2006 explicita que el derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley N° 25.673, estableciendo la interdependencia y conexión entre ambos marcos legales como parte de la protección integral de niños, niñas y adolescentes.

- **La Ley 26.150 (2006) de Educación Sexual Integral** establece que todos los educandos tienen 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 y crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. La ley declara que este Programa es necesario para el cumplimiento cabal de la Ley 25.673 y de la ley 26.061 mencionadas anteriormente.

Estas leyes deben leerse a la luz del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (CCC), promulgado en el año 2014, que incorporó importantes modificaciones a la regulación de la capacidad jurídica de los adolescentes para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. En efecto, el artículo 26 establece que cuando la persona menor de edad cuenta con la edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí misma los actos permitidos por el ordenamiento jurídico. También, estipula el derecho a ser oído y a participar en las decisiones sobre su persona. Presume, además, que entre los 13 y 16 años los adolescentes tienen aptitud para decidir por sí mismos 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. Esto significa, siguiendo la interpretación de la Resolución 65/2015

del Ministerio de Salud de la Nación²², que todas las prácticas de anticoncepción transitoria pueden ser consentidas autónomamente desde los 13 años de edad, al igual que todas las prácticas de salud reproductiva que no supongan riesgo grave para la salud, la vida o la integridad de los adolescentes.

4.4 OBLIGACIONES DEL ESTADO PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En síntesis, con el fin de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia, y de conformidad con el marco jurídico vigente en la Argentina, el Estado debería:

- Adoptar una política integral de salud sexual y reproductiva no discriminatoria y que sea sensible a los géneros (esto es, considerar las necesidades específicas de mujeres adolescentes y adolescentes LGBTI) y a la condición de discapacidad, e integrarla en las estrategias y los programas nacionales. Esta política debe ser compatible con las normas de derechos humanos y reconocer que el acceso desigual de los adolescentes a las prestaciones de salud sexual y reproductiva constituye discriminación. También debería contar con presupuestos adecuados y revisarse periódicamente sobre la base de indicadores y de un proceso transparente con la participación de los adolescentes.
- Garantizar a todos los adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y adaptado a sus necesidades a la información, los bienes y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos la anticoncepción, la consejería en salud sexual y reproductiva, la consulta preconcepcional, la atención de la salud materna y de las infecciones de transmisión sexual y el acceso al aborto en condiciones seguras.
- Procurar que los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes sean ofrecidos en un entorno seguro, cordial, no crítico, que garantice la intimidad y la confidencialidad, que responda a sus necesidades y que les permita: a) recibir información y consejería, así como participar y decidir sobre las cuestiones que afectan su salud; b) garantizar el acceso a métodos anticonceptivos de corta y larga duración, transitorios y permanentes, independientemente de la autorización de un progenitor, tutor o cuidador y c) cuando corresponda, el acceso a la interrupción legal del embarazo en condiciones seguras. También los servicios deberían considerar la posibilidad de establecer horarios de atención especiales y ubicaciones alternativas.
- Adoptar medidas para sensibilizar e informar a los adolescentes sobre sus derechos en salud sexual y reproductiva y sobre los servicios y bienes a los cuales pueden tener acceso en la familia, la escuela y la comunidad. La educación sexual debe ser amplia, inclusiva y apropiada para la edad y estar basada en información científica actualizada y en los derechos humanos, así como también ser elaborada junto con los adolescentes. Además, debe ser accesible y comprensible para los adolescentes con discapacidad. En este sentido, se debe actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial en adelante.
- Diseñar e implementar programas y campañas de educación y sensibilización a nivel formal e informal sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos modernos, seguros y asequibles con el fin de extender su uso y fortalecer su adherencia entre adolescentes, así como también sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva.

22. La Resolución sostiene que las prácticas de salud sexual y reproductiva en general y todos los métodos anticonceptivos transitorios en particular -como implantes o dispositivos intrauterinos (DIU)-, no son prácticas invasivas, lo que implica que, desde los 13 años, las personas pueden acceder a estos métodos en forma autónoma.

- En aquellos contextos con normativas legales que habiliten el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas situaciones, se deberá garantizar el acceso a una práctica segura (en la Argentina, estos son los casos previstos en el artículo 86 del Código Penal: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1) si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”). También se deberá garantizar el acceso a la atención post-aborto; definir y aplicar requisitos de justificación estrictos para evitar el uso generalizado de la objeción de conciencia (considerando particularmente los casos de embarazos tempranos como consecuencia de violación y abuso). Además, la información sobre la interrupción legal del embarazo y el acceso a los servicios correspondientes deben estar disponibles, y ser accesibles, de buena calidad y no discriminatorios.²³
- Sancionar normas e implementar políticas integrales que precisen el contenido y alcance de los derechos y obligaciones en juego, salven contradicciones normativas y reduzcan la discrecionalidad en su interpretación.²⁴
- En razón de la aplicación desigual de la normativa nacional en las distintas jurisdicciones del país²⁵, es necesario trabajar y articular estrategias a través del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, Consejo Federal de Salud, el Consejo Federal de Educación y el Consejo Federal de Derechos Humanos. Fortalecer el federalismo sanitario es indispensable para lograr el efectivo y pleno goce de los derechos humanos que se encuentran comprometidos.²⁶

23. Todos los organismos de derechos humanos, inclusive el Comité de Derechos del Niño, en documentos recientes recomiendan a los Estados despenalizar el aborto para garantizar que las niñas tengan acceso a abortos seguros y servicios posteriores al aborto.

24. Así, por ejemplo, el nuevo Código Civil y Comercial, como vimos, establece una presunción de capacidad para el ejercicio de los derechos vinculados al cuidado del propio cuerpo y fija nuevos criterios etarios. Sin embargo, esta capacidad está sujeta a un vago criterio de invasividad, lo que habilita discrecionalidades en su aplicación. La resolución 65/2015 del Ministerio de Salud establece cómo debe interpretarse dicho concepto. Sin embargo, se trata de una resolución no vinculante para las jurisdicciones locales y, además, no explicita si aquella interpretación es aplicable a la práctica del aborto.

25. Diversos estudios demuestran que la normativa nacional no ha sido debidamente implementada en forma homogénea en todo el país y, en consecuencia, no ha obtenido los resultados esperados (cfr. Brizuela, Abalos, Ramos, Romero, El embarazo en la adolescencia, Hoja informativa 10, CEDES, diciembre 2014). Así por ejemplo, la ley de salud sexual y procreación responsable entró en vigencia hace 15 años pero todavía tres provincias (Formosa, Tucumán y San Juan) no han sancionado leyes similares ni han adherido a la ley nacional. Asimismo, existen muchas resistencias por parte de las provincias para implementar la Ley de Educación Sexual 26.150: hasta 2015 únicamente en ocho provincias se sancionaron leyes en la materia y otras dos emitieron resoluciones locales estableciendo la implementación del Programa Nacional. Sin embargo, incluso en estas jurisdicciones, existe resistencia a la integración curricular y la distribución de materiales y herramientas de trabajo no fue lo suficientemente efectiva y no tuvo la difusión necesaria (cfr. Amnistía Internacional, 2017 Derechos Humanos Agenda para Argentina, pág. 39, con cita del informe de UNICEF, “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”).

26. Si bien el país tiene una estructura federal y la atención de la salud es atribución principal de las provincias, en la aplicación de normas y decisiones relativas al derecho internacional de los derechos humanos, es el Estado nacional el responsable por su cumplimiento en la totalidad del territorio. Es el Estado nacional el que debe evitar incurrir en responsabilidad internacional y las provincias están obligadas en el mismo sentido por cuanto frente a dicho ordenamiento, el Estado no puede “alegar su estructura federal para dejar de cumplir una obligación internacional” Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, Arts. 27 y 29 y Corte IDH, Corte IDH, Opinión Consultiva N° 11, del 10 de agosto de 1990, párr. 3; caso Garrido y Baigorria vs. Argentina. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 36, entre muchos otros). Además, de acuerdo a la legislación vigente, el Ministerio de Salud de la Nación es el responsable de la rectoría de la política sanitaria nacional y en tal carácter, su función principal es garantizar un piso mínimo de igualdad en el goce de los derechos en todo el territorio (cfr. Ley 26.338 y Decreto 1424/1997).

5. Marco Programático

5.1 LAS INTERVENCIONES DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Existen tres programas nacionales —dos del ámbito de la salud y uno de educación—, que abordan específicamente el tema de la salud sexual y la prevención del embarazo no intencional. En sus objetivos y dinámicas, los tres comparten el enfoque de derechos y la perspectiva de género como marcos de orientación de las acciones que desarrollan, promoviendo la autonomía de los adolescentes en la toma de decisiones, sin plantear modelos únicos o hegemónicos de arreglos familiares o conyugales, en sintonía con la normativa argentina (Pecheny, 2016).

La Ley de Salud Sexual y Procreación responsable (25673), sancionada en 2002, crea el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** (PNSSyPR), que comenzó a funcionar en 2003. En ese año dependía de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Luego, en 2006, alcanzó una institucionalización importante que se expresó, entre otros aspectos, en la expansión de cobertura y prestaciones, y pasó a depender de la Secretaría de Políticas Sanitarias. Desde 2016, el PNSSyPR se ubica en la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación.

Sus objetivos son:

- a)** alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b)** disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c)** prevenir embarazos no deseados;
- d)** promover la salud sexual de los adolescentes;

- e)** contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f)** garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g)** potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable;

La implementación del programa abarca las siguientes líneas de acción:

- Distribución de insumos anticonceptivos a todas las jurisdicciones del país;
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la implementación de programas locales en todas las provincias
- Distribución de materiales de comunicación a todas las jurisdicciones del país;
- Actividades de capacitación a equipos de salud en las distintas jurisdicciones del país;
- Actividades de promoción comunitaria en las distintas jurisdicciones;
- Elaboración de materiales de comunicación y organización de campañas;
- Sistematización de información estadística.

El Programa cuenta hoy con un equipo técnico multidisciplinario con perfiles diversos (médicos, psicólogos, sociólogos, comunicadores sociales). Sus acciones se realizan a partir de la instalación de los programas provinciales que funcionan como “su espejo”. La cobertura es extensa y abarca la totalidad del territorio nacional. Puntualmente, en el año 2016, se distribuyeron métodos anticonceptivos para una población de 485.186 mujeres y se capacitaron 1219 agentes de salud

pertenecientes a 325 efectores distribuidos en 14 jurisdicciones del país. Como parte de la estrategia de fortalecer la utilización de métodos de larga duración, se realizaron 10 capacitaciones en colocación de implantes subdérmicos destinados a 300 profesionales de la salud en 8 jurisdicciones del país.

En el marco de las estrategias para ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, el Programa administra una línea 0800; se trata de una línea telefónica nacional, gratuita y confidencial de salud sexual y salud reproductiva que brinda información sobre derechos sexuales y reproductivos a toda la población. La línea recepta dudas y realiza derivaciones a partir de una red organizada en articulación con los referentes de los programas provinciales.

El Programa de Salud Integral en la Adolescencia, también radicado en la órbita de la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación, fue creado en 2007 por Resolución Ministerial, con el propósito general de promover la salud integral de los adolescentes contemplando estrategias que fortalecen la calidad de los servicios de salud disponibles para esta población. Desde una perspectiva de derechos, el Programa se propone hacer más accesibles los servicios de salud destinados a los adolescentes volviéndolos más amigables para ese grupo poblacional. Sus objetivos programáticos son:

- a)** lograr la cobertura universal de salud de los adolescentes (fomentar el acceso a atención de calidad, medicamentos y vacunas);
- b)** promover la salud integral de los adolescentes (favorecer hábitos y estilos de vida saludables; contribuir a la construcción de proyectos de vida, incorporar la perspectiva de género y masculinidades en el sistema de salud); y
- c)** mejorar las condiciones de salud de la población adolescente (disminuir la morbilidad por gestación en la adolescencia y por causas externas, disminuir el embarazo no planificado

y reducir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias). Como objetivo específico vinculado a este último, el Programa se propone disminuir el embarazo no planificado que ocurre durante la adolescencia.

Las estrategias que plantea el Programa para mejorar el acceso y la cobertura de los adolescentes en materia de salud son:

- El fortalecimiento de una red nacional de referentes provinciales en adolescencia.
- La adaptación de los servicios de atención de salud para adolescentes.
- El desarrollo de un paquete mínimo de prestaciones que se incorporen al Programa SUMAR.
- Un programa de capacitaciones a equipos de salud locales en el marco de un trabajo intersectorial.

En su trayectoria, el Programa ha fortalecido más de 150 espacios de atención de salud a adolescentes y ha creado 40 espacios nuevos, ha realizado más de 200 capacitaciones en servicio sobre atención a adolescentes desde 2010, y ha coordinado pasantías de profesionales de las provincias en servicios de adolescencia consolidados y cursos virtuales sobre atención de adolescentes.

Para el período 2016-2020, el PNSIA se propuso la capacitación de sus equipos de gestión y efectores en temas relacionados con enfoque de derecho, anticoncepción, género y masculinidades. En ese marco se plantean tres líneas de acción: a) el fortalecimiento e instalación de los espacios de atención orientados a población adolescente de calidad ajustados al marco normativo vigente, b) su evaluación y monitoreo, y c) la instalación y fortalecimiento de las asesorías integrales en escuelas secundarias. Respecto del primer eje, los espacios que se instalan dedicados a la población adolescente parten del reconocimiento de que los servicios

que atienden a esta población deben modificarse para adaptarse a sus necesidades y particularidades. Por ello, deben lograr revertir los déficits estructurales que presenta el sistema de salud en los servicios que ofrece a los adolescentes, vinculados con falta de confidencialidad y privacidad, estigmatización e imposición de ciertos valores morales de los proveedores de salud (PNSIA, 2016), los cuales constituyen aspectos que alejan a los jóvenes de los servicios de salud.

Asimismo, el Programa se encuentra implementando desde el año 2016 un dispositivo novedoso para fomentar el acceso a información oportuna y de calidad sobre salud. Se trata de las asesorías integrales en las escuelas, cuyo objetivo es favorecer las condiciones para el acceso a la salud de los 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. Esta particular manera de fomentar el acceso a información se basa en la comprobación de que los adolescentes, al constituir una población mayoritariamente sana, no concurren espontáneamente a los servicios de salud. Con lo cual esta política logra acercar el servicio de salud donde están o deberían estar naturalmente los adolescentes: la escuela. Actualmente existen 160 asesorías en escuelas distribuidas en 14 jurisdicciones del país.

En el ámbito del Ministerio de Educación, se creó en el año 2006 el **Programa Nacional de Educación Sexual Integral** (Ley 26.150) que 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 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 alumnos 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.

El Programa opera a nivel nacional con un equipo que coordina el diseño, implementación y evaluación de las acciones que contribuyen a su puesta en marcha en todas las jurisdicciones del país. En este sentido, desarrollan las siguientes acciones:

- Asistencia técnica y acompañamiento a las jurisdicciones para el desarrollo curricular de los lineamientos curriculares de ESI en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.
- La articulación intersectorial y el trabajo con las familias.

- Formación docente continua.
- Sistematización y producción de materiales y recursos para el desarrollo curricular.
- Sensibilización, información y comunicación masiva.
- Investigación y evaluación.

En su accionar, el Programa articula con otros proyectos, programas y áreas del Ministerio de Educación para facilitar el diseño e implementación de estrategias y acciones integrales de educación sexual, maximizar los recursos existentes y los resultados. Asimismo, articula acciones con el ministerio de Salud, otros organismos gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales.

El Programa ha enfatizado la estrategia de capacitación a docentes y directivos de escuelas para fortalecer sus competencias para la transversalización de contenidos de educación sexual integral en la curricula y la práctica docente. Junto a la capacitación virtual que se puso en funcionamiento desde 2009, se elaboraron y difundieron materiales didácticos para su utilización en el contexto de las aulas. El enfoque de los materiales elaborados establece como ejes conceptuales y pilares de la educación sexual integral el enfoque de derechos, la promoción de la igualdad de género, el respeto a la diversidad de formas de vida, el cuidado del cuerpo y de la salud, y la afectividad (Ministerio de Educación, 2015).

El Programa capacita presencialmente a docentes y directivos de escuelas de todo el país a través de una capacitación presencial institucional (“Educación Sexual Integral. Es parte de la vida, es parte de la escuela”), destinada a dos docentes y directivos de las escuelas que se convocan a tal fin. En una segunda instancia se espera que los docentes capacitados repliquen esa experiencia dentro de las escuelas involucrando a la totalidad del cuerpo docente.

En una tercera instancia del proceso de instalación de la educación sexual integral en las escuelas, se espera que aquellas que replicaron la capacitación a partir de los docentes y directivos que concurrieron a la capacitación presencial, formulen un “proyecto curricular institucional” donde se planifica la manera en que se incorporarán los contenidos curriculares provistos por el programa en todas las aulas de sus instituciones. El número de escuelas que han desarrollado este proyecto es muy escaso todavía, no sólo en relación con la totalidad de escuelas del país, sino también en relación con las escuelas cuyos docentes y directivos participaron de las capacitaciones.

En cuanto a la cobertura alcanzada, entre 2012 y 2015, 88.150 docentes participaron en las jornadas de formación (Ministerio de Educación, 2015). En la actualidad, hay 115.000 docentes formados de 44.000 escuelas. Esto significa un 80% de la totalidad de escuelas y un 10% de los maestros del país. El número de docentes formados puede resultar escaso si no se garantiza que quienes asistieron a la capacitación presencial repliquen la experiencia al interior de la escuela. Cabe aclarar que estas cifras no contabilizan los docentes que han sido alcanzados con capacitaciones que replican quienes asistieron a la capacitación brindada por el Programa.

Este programa ha tenido una escala de implementación desigual. Por un lado, existen provincias donde el Programa tiene un desarrollo incipiente por decisión de las propias autoridades subnacionales. Asimismo no se han capacitado docentes en todas las escuelas del país y sólo el 80% de los capacitados replicaron la capacitación en sus escuelas. Por otra parte, existe un número importante de escuelas que no elaboró su PCI (Proyecto Curricular Institucional) que expresa un compromiso para implementar los contenidos curriculares de la ESI. Por lo tanto, es difícil conocer la cantidad de alumnos que han sido alcanzados con información y contenidos.

En segundo término, existe un desafío vinculado con la construcción de un sistema de información que permita dar cuenta de las acciones que se llevan a cabo en las escuelas luego de la capacitación presencial y de los alumnos que acceden a contenidos de educación sexual integral.

5.2. LA SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) se creó en 2005 en el marco de la mencionada Ley 26.061, de protección integral de derechos de los niños, niñas y adolescentes. Entre las múltiples funciones que el marco normativo le asigna, destacan las siguientes: promover políticas activas de promoción y defensa de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias; coordinar acciones consensuadas con los poderes del Estado, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, fomentando la participación activa de las niñas, niños y adolescentes; propiciar acciones de asistencia técnica y capacitación a organismos provinciales y municipales y agentes comunitarios participantes en servicios de atención directa o en el desarrollo de los procesos de transformación institucional.

La SENNAF desarrolla las siguientes líneas de acción con población adolescente:

- Instalación y consolidación de Centros de Adolescentes (CEA) “Adolescentes con vos y voz”. Son espacios de construcción colectiva que propician, facilitan y permiten compartir experiencias socialmente significativas de los adolescentes en sus comunidades, favoreciendo la realización de proyectos locales. Los ejes que se trabajan en esos espacios son: arte, salud, cultura, deportes, educación, recreación, solidaridad, economía social, uso de redes sociales. El objetivo central de esta línea de trabajo es promover el protagonismo adolescente con diversas acciones orientadas a brindar las condiciones necesarias para

su participación, teniendo en cuenta sus deseos e intereses.

- Realización de foros “Mi palabra cuenta” en el marco de los cuales la “prevención del embarazo adolescente” ha sido un tema central junto a otros ejes trabajados, como: prevención del consumo problemático de alcohol, prevención de violencia entre pares y en el noviazgo, uso responsable de TICs. Durante 2016, se realizaron 23 Foros, con 5500 adolescentes de más de 400 localidades de nuestro país. Del trabajo realizado entre los adolescentes surgieron propuestas de metas y políticas públicas a incluir en el Plan Nacional de Acción por los derechos de niñas, niños y adolescentes 2016-2019 que la SENNAF realiza en coordinación con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, entendiendo que dicho Plan debe tener reflejada la voz de sus verdaderos protagonistas. En esos foros surgió la demanda de los jóvenes por un mayor acceso a información y programas de salud sexual y reproductiva, lo cual fue incorporado en el marco del Plan Nacional.

Una función importante que cumple la SENNAF es el fortalecimiento y la coordinación de acciones que desarrollan los órganos de protección de derechos de las provincias. En el marco de este Plan Nacional, resulta menester tener en cuenta el rol que cumplen estas instancias en la coordinación de acciones para, junto con los ministerios sectoriales, identificar y operar frente a los casos de abuso sexual, causa frecuente de embarazo durante la adolescencia temprana (10-14 años).

5.3. OTRAS INTERVENCIONES

El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de sus diversas dependencias institucionales, interviene en los territorios y comunidades con otros planes y programas dirigidos a población adolescente. Si bien no se focalizan en derechos sexuales y reproductivos, dado que son intervenciones que llegan a las familias y las comunidades

para identificar sus necesidades y acercarlas a diversos servicios y ofertas de políticas, estas intervenciones podrán incorporar contenidos que favorezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población adolescente. Cabe citar el caso del Programa Primeros Años que se propone fortalecer las prácticas de crianza de las familias.

Asimismo, la Subsecretaría de Juventud a través de su portal “Hablemos de Todo” y de los talleres destinados a favorecer la construcción de proyectos de vida en los jóvenes, integrará sus acciones a este Plan Nacional en vista de fortalecer el acceso de los adolescentes a información sobre salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos.

6. Objetivos y Líneas de Acción

Para intervenir sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia, el Plan Nacional busca incrementar el número de adolescentes de 15 a 19 años protegidas eficaz y apropiadamente por la anticoncepción,

pasando de 61.200 a 162.500. Este aumento en la protección anticonceptiva permitirá pasar de 9.200 embarazos no intencionales evitados por año al inicio del Plan Nacional a 43.800 en los tres años de vigencia.²⁷

OBJETIVOS			
1 Sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el ENIA	2 Mejorar la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones	3 Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos	4 Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso al ILE según el marco normativo vigente
CONDICIONES DE FACTIBILIDAD			
<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalidad (rectoría, coordinación, asesoría-consulta) • Sistema de información, monitoreo y evaluación • Presupuesto 			

27. Para mayor detalle sobre el modelo en el que se basan estas estimaciones, ver Anexo.

Los objetivos que se propone el Plan Nacional se basan en un diagnóstico del país, los aprendizajes de los programas involucrados y la evidencia internacional disponible sobre intervenciones costo efectivas dirigidas a reducir el embarazo no intencional en la adolescencia (Oringanje y otros, 2016).

A continuación, se presenta una breve descripción de los objetivos estratégicos:

- Sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia.

Se considera clave generar conciencia acerca del problema que representa el ENIA y lograr compromisos de parte de los actores de las instituciones del Estado, la opinión pública y las familias. Por ello se incluye una campaña de comunicación social con múltiples estrategias, formatos y mensajes con el fin de promover los cambios actitudinales y culturales necesarios para garantizar las mejores oportunidades de desarrollo personal y social de las adolescentes. El Plan Nacional se propone un objetivo específico y 7 líneas de acción para este objetivo estratégico.

- Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones.

El acceso a métodos anticonceptivos y a una consejería apropiada a las necesidades y expectativas de adolescentes son pilares centrales de una estrategia dirigida a evitar los embarazos no intencionales. La disponibilidad de insumos, su amplio acceso y las competencias técnicas y comunicacionales de los equipos de salud resultan factores clave. El Plan Nacional se propone cuatro objetivos específicos

y 19 líneas de acción para este objetivo estratégico.

- Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

La provisión de información y el empoderamiento de las adolescentes para tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva requieren ser promovidos a través de dispositivos en las escuelas, las comunidades y los servicios de salud. El Plan Nacional se propone 4 objetivos específicos y 17 líneas de acción para este objetivo estratégico.

- Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) según el marco normativo vigente.

El abuso sexual infantil y la violencia sexual en la niñez y adolescencia requieren de una respuesta enérgica por parte de las instituciones del Estado para su erradicación. La intervención en la protección de derechos, en las comunidades y las familias, así como estrategias de reparación de daños requieren ser instaladas y fortalecidas. El Plan Nacional se propone 2 objetivos específicos y 6 líneas de acción para este objetivo estratégico.

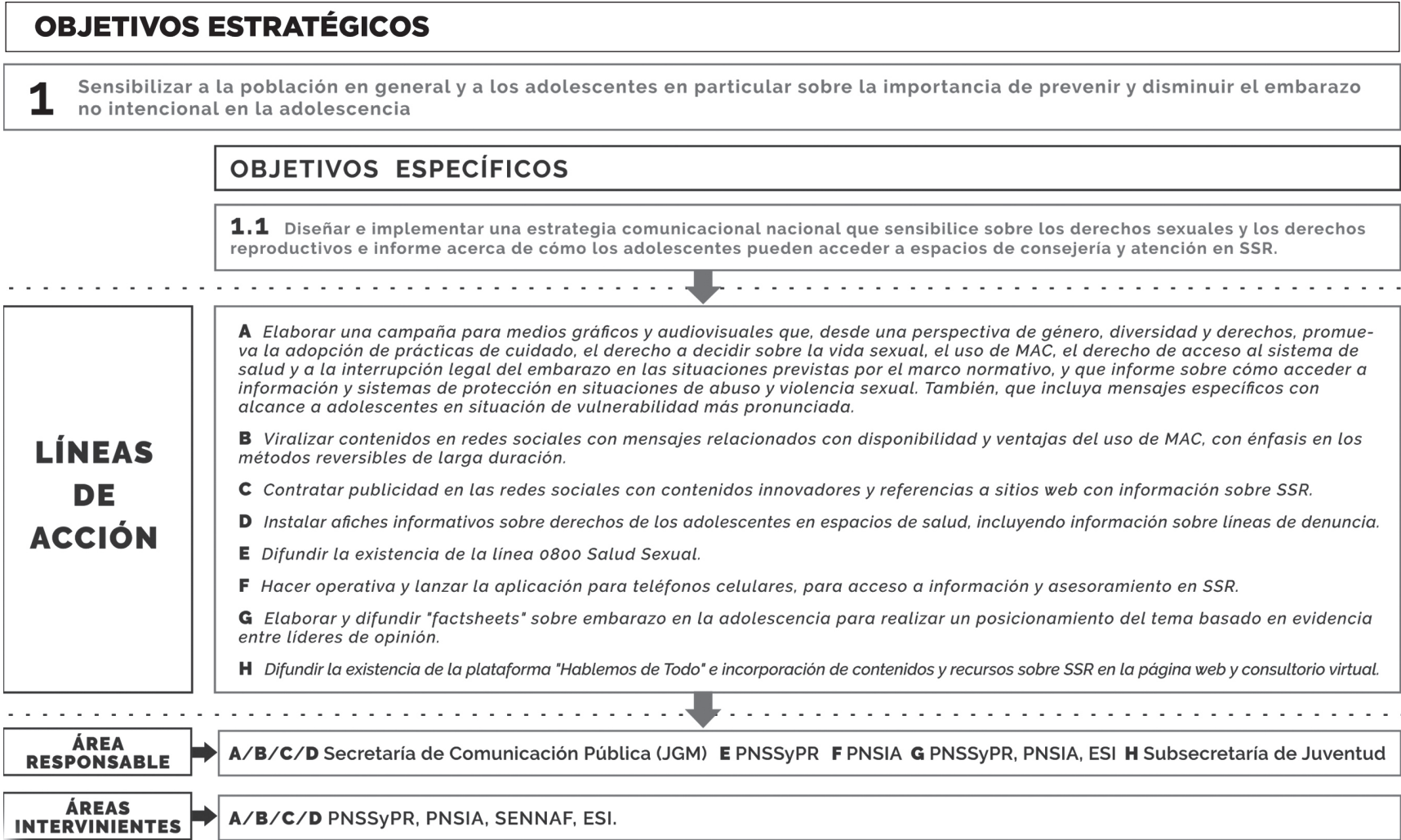
El Plan tiene un alcance nacional, salvo en algunas líneas estratégicas cuya implementación se realizará en 5 provincias en 2017 (Buenos Aires, Corrientes, Jujuy, Misiones y Salta), en una modalidad de carácter piloto, a fin de extraer lecciones que permitan su escalabilidad. En 2018 y 2019 se sumarán 7 provincias adicionales hasta completar la totalidad de los territorios del NEA y NOA, en los cuales el fenómeno del embarazo no intencional en la adolescencia es más acuciante.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

Objetivo General: disminuir el número de embarazos no intencionales en la adolescencia en Argentina.

Indicador: porcentaje de embarazos no intencionales entre 10 y 19 años sobre total de nacidos vivos de madres en ese rango etario, dividido en dos subrangos: 10 a 14 años y 15 a 19 años.

Priorización Subnacional en 2017: Buenos Aires, Misiones, Corrientes, Salta, Jujuy.



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 2** Mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1 Optimizar las condiciones, los procedimientos y los resultados de los procesos de compra y de la distribución de métodos anticonceptivos, para garantizar su disponibilidad

2.2 Fortalecer el acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos con foco en aquellos reversibles de larga duración

LÍNEAS DE ACCIÓN

A Realizar un diagnóstico de precios, calidad de productos y tiempos de entrega de proveedores nacionales e internacionales de insumos anticonceptivos.

B Involucrar a organismos internacionales en la gestión de compras, fundamentalmente al Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA).

C 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.

D Generar mecanismos de incentivos a través del SUMAR para la provisión de métodos reversibles de larga duración para las mujeres que así lo demanden.

A Proveer métodos anticonceptivos a adolescentes en diferentes oportunidades: consulta clínica, test VIH, control pre natal, pos evento obstétrico (posparto y posaborto); con énfasis en los métodos reversibles de larga duración.

B Entregar la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) conjuntamente con los preservativos en hospitales (incluidas las guardias) y CAPS.

C Realizar visitas provinciales con trailers sanitarios para colocación de DIU e implantes.

D Proveer preservativos de formas innovadoras en escuelas, lugares públicos, centros comunitarios y organizaciones de la sociedad civil, entre otros lugares, en consonancia con la estrategia comunicacional.

E Facilitar el enlace o articulación entre las asesorías integrales en escuelas y los centros de salud próximos para la colocación de anticonceptivos reversibles de larga duración.

ÁREA RESPONSABLE

A/B/C/D PNSSyPR, CUS medicamentos y Ministerio de Salud

A/B/C/D/E PNSSyPR

ÁREAS INTERVINIENTES

A/B/C/D UNFPA

A/B/C/D/E Ministerio de Salud, CUS medicamentos, PNSIA.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

2 Mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.3 Delegar funciones en las obstétricas para habilitar la colocación/implantación de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.

2.4 Ampliar y fortalecer los espacios y dispositivos de consejerías para adolescentes en servicios de salud del primer y segundo nivel y en escuelas y centros comunitarios

LÍNEAS DE ACCIÓN

A Instar a que se generen los mecanismos legales para que obstétricas provean métodos reversibles de larga duración, e intensificar sus actividades de capacitación.

- A** Fortalecer el equipo nacional del PNSSyPR.
- B** Fortalecer los equipos provinciales del PNSSyPR.
- C** Capacitar de manera continua a los efectores de salud para el mejoramiento de la atención a población adolescente desde una perspectiva de derechos y de género, a través de talleres de consejería.
- D** Capacitar a referentes territoriales de SSR para que repliquen en sus provincias los talleres de consejería con efectores de salud, mediante la modalidad de formación de formadores.
- E** Realizar capacitaciones en servicio a los efectores de salud para instruir en colocación y remoción de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.
- F** Realizar capacitaciones en SSR para promotores y agentes sanitarios.
- G** Dotar de materiales de apoyo para la consejería en SSR (videos en salas de espera, centros comunitarios y otros contextos; folletería, aplicación web desde perspectiva de derechos orientada a la prevención del embarazo no intencional) a los efectores de salud de primer y segundo nivel de atención.
- H** Ampliar los días de atención de las consejerías en SSR en espacios de atención para adolescentes (consultorios y servicios de primer, segundo y tercer nivel).
- I** Garantizar consejerías sobre entrega y colocación de métodos para adolescentes durante el control pre natal, post parto y post aborto con orientación en provisión y colocación de métodos anticonceptivos.
- J** Promover a nivel de los Consejos de Universidades Nacionales y del Consejo Federal de Educación la inclusión de contenidos sobre SSR y salud integral en la adolescencia en las residencias de salud.

ÁREA RESPONSABLE

A Consejo Federal de Salud (COFESA), Ministerio de Salud

ÁREAS INTERVINIENTES

A Secretaría de Relaciones Parlamentarias y Administración (Jefatura de Gabinete)

A Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos, Ministerio de Salud
B Gobiernos provinciales y Ministerio de Salud
C/D/E/F/G/H/I/J PNSSyPR, PNSIA y Dirección de Maternidad e Infancia.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

3

Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1 Garantizar que los adolescentes reciban información actualizada y basada en evidencia en las actividades de Educación Sexual Integral (ESI) en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

3.2 Fortalecer y ampliar las asesorías de salud adolescente

LÍNEAS DE ACCIÓN

A Fortalecer el equipo nacional del Programa ESI.
B Fortalecer los equipos provinciales del Programa ESI.
C Implementar un nuevo dispositivo de capacitación a docentes y directivos de escuelas secundarias en ESI y Derechos Sexuales y Reproductivos.
D Ampliar la cantidad de escuelas que incorporan los 5 ejes de ESI en su PCI (Proyecto Curricular Institucional).
E Incrementar la cantidad de docentes que reciben capacitación virtual sobre ESI.
F Garantizar la incorporación de espacio curricular específico de ESI en los Institutos de formación docente de todo el país.

A Fortalecer el equipo nacional del PNSIA.
B Fortalecer los equipos provinciales del PNSIA.
C Incrementar el número de escuelas con Asesorías en Salud Integral.
D Habilitar la distribución de anticonceptivos de corta duración (preservativos, pastillas, anticoncepción de emergencia, inyección anticonceptiva) en asesorías, priorizando la entrega simultánea de preservativos junto con la AEH
E Diseñar e implementar un curso de capacitación on line para docentes y asesores sobre derechos, SSR y salud integral en adolescentes a través de la plataforma del INFD.

ÁREA RESPONSABLE

A Secretaría de Innovación y Calidad Educativa, Ministerio de Educación
B Gobiernos provinciales y Ministerio de Educación
C/D/E/F ESI

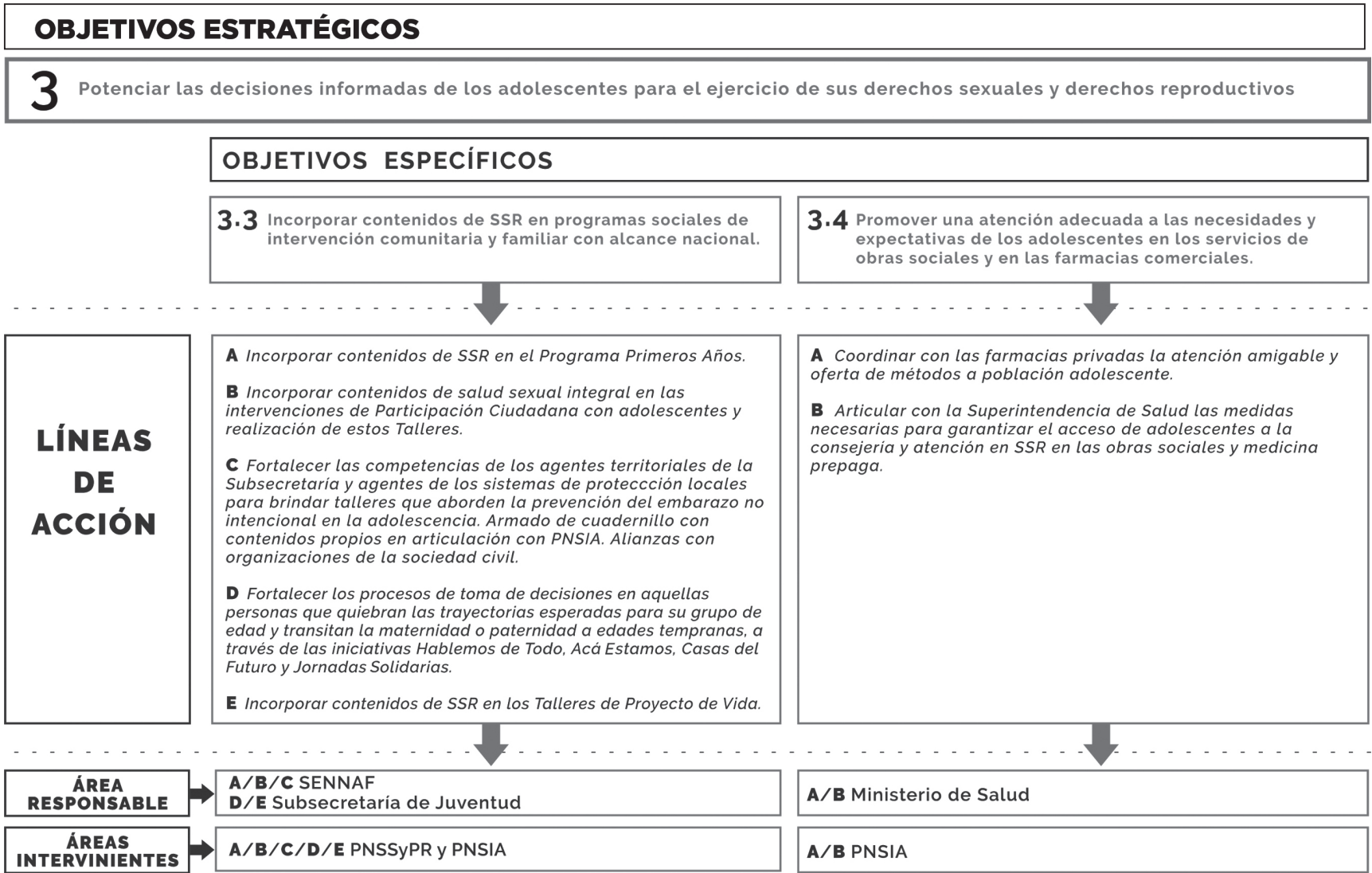
A Secretaría de Operaciones y Estrategias de Atención de la Salud, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (Ministerio de Salud)
B Gobiernos provinciales y Ministerio de Salud
C/D/E PNSIA, PNSSyPR, INFD

ÁREAS INTERVINIENTES

F INFD

C/D/E Ministerio de Educación y Salud Nacionales y provinciales

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

4 Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso al ILE según marco normativo vigente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1 Promover el efectivo cumplimiento del marco normativo vigente en materia de abuso sexual infantil, violencia sexual y atención de ILE.

4.2 Fortalecer estrategias de prevención del abuso sexual infantil y la violencia sexual.

LÍNEAS DE ACCIÓN

A Incluir contenidos relativos a la implementación de los protocolos de atención del abuso sexual infantil, la violencia sexual y la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas por el marco normativo vigente en las capacitaciones en servicio ya contempladas a los efectores de salud provinciales y municipales.

B Aplicar los protocolos de atención del abuso sexual infantil, la violencia sexual y la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas por el marco normativo vigente, y generar un mecanismo de apoyo, monitoreo y seguimiento.

A Incrementar la cantidad de proyectos curriculares institucionales con contenidos de prevención del abuso sexual en ESI en el nivel primario y secundario.

B Diseñar estrategias de fortalecimiento y jerarquización de los organismos locales de protección para abordar el abuso sexual y la violencia.

C Incorporar contenidos de prevención y abordaje del abuso sexual en los talleres de Participación Ciudadana con niños y niñas y realización de talleres específicos.

D Incorporar contenidos de prevención y abordaje de abuso sexual infantil en las capacitaciones a los agentes territoriales de la Subsecretaría y agentes de los sistemas de protección locales en prevención del embarazo no intencional en la adolescencia.

ÁREA RESPONSABLE

A/B PNSSyPR

A ESI
B/C/D SENNAF

ÁREAS INTERVINIENTES

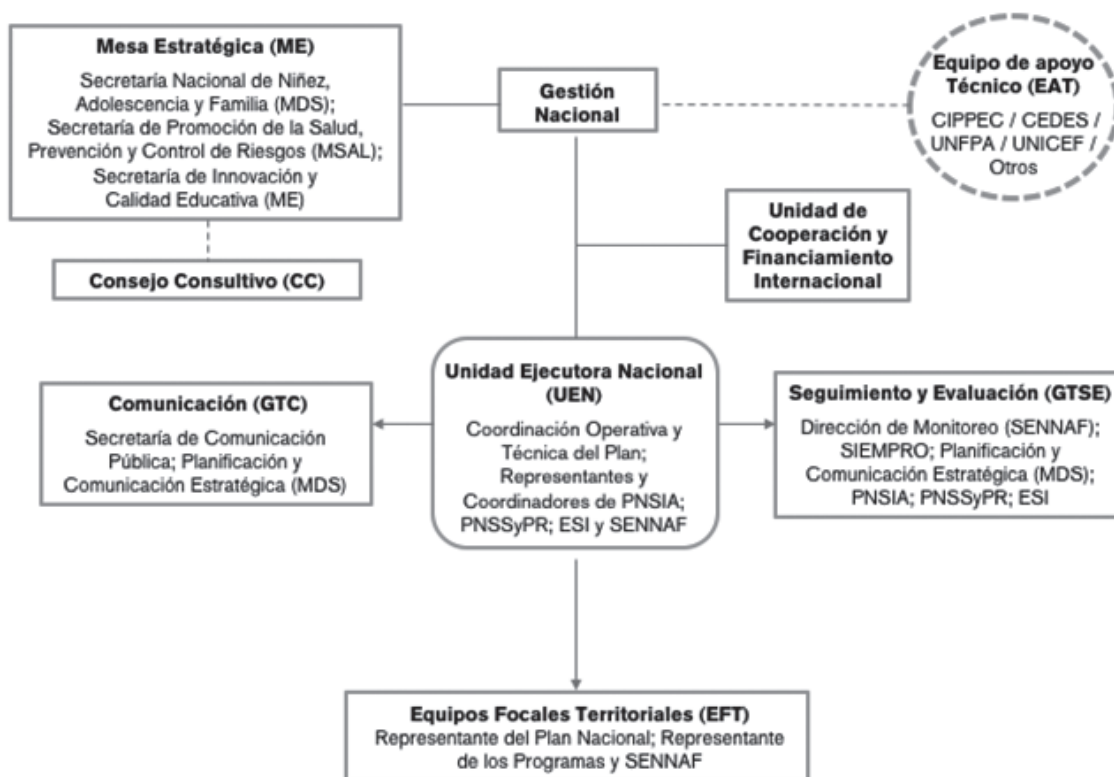
A/B Dirección de Maternidad e Infancia y PNSIA

A PNSIA
B/C/D PNSIA y PNSSyPR

7. Condiciones de Factibilidad

7.1 INSTITUCIONALIDAD

Estructura de Rectoría, Coordinación y Asesoría-Consulta



El presente Plan Nacional se inscribe en el marco del conjunto de políticas públicas que, por las características multidimensionales del problema que se propone enfrentar, requiere de un abordaje y una práctica integral. Integrar áreas de gobierno, niveles jurisdiccionales, servicios, políticas y programas no resulta una tarea fácil. Pero es necesario avanzar en dicha dirección sobre la base de acuerdos políticos, capacidad técnica y legitimidad social.

La estructura institucional que se propone para una efectiva puesta en marcha, monitoreo y profundización del Plan Nacional incorpora los aprendizajes logrados en su etapa de formulación respecto del valor de congeniar la decisión política del actual Gobierno con los aprendizajes acumulados por parte de las intervenciones programáticas preexistentes. Se suma a ello la colaboración de organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

El Plan Nacional tendrá los siguientes ámbitos de decisión, acción y asesoría-consulta:

- Mesa Política (MP)
- Unidad Ejecutora Nacional (UEN) —con su respectiva Unidad Administrativa (UA) y Unidad de Cooperación y Financiamiento Internacional— de la cual dependen:
- Grupo de Trabajo de Comunicación (GTC)
- Grupo de Trabajo de Monitoreo y Evaluación (GTME)
- Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI)
- Equipo de Apoyo Técnico (EAT)
- Consejo Consultivo (CC)

La **Mesa Política** (MP) estará integrada por las siguientes autoridades: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, quien ejercerá la coordinación; Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación y Secretaría de Innovación y Calidad Educativa del Ministerio de Educación de la Nación. Este ámbito podrá invitar a participar, cuando lo estime pertinente, a otras autoridades del Estado Nacional.

Serán funciones de esta MP:

- Acordar los objetivos estratégicos, objetivos específicos, líneas de acción, metas y asignación presupuestaria que conforman el Plan Nacional, generando un proceso de revisión continua de la marcha del mismo.
- Aprobar anualmente el Plan Operativo Nacional formulado por la **Unidad Ejecutora Nacional** (UEN) con apoyo de las demás instancias aquí previstas.
- Generar los respectivos acuerdos sectoriales que se requieran a nivel federal para llevar adelante el Plan Nacional,

promoviendo el abordaje intersectorial a nivel provincial recurriendo, cuando amerite, a los respectivos Consejos Federales.

- Brindar las condiciones políticas para la gestión cotidiana de los programas involucrados, tomando decisiones acerca de los problemas agregados que pudiesen surgir durante la implementación.
- Informar periódicamente de su formulación, implementación, seguimiento y evaluación a las autoridades que conforman el Gabinete de Desarrollo Humano, basándose en el informe semestral preparado por la UEN.

La dinámica de funcionamiento cotidiano de la MP será definida por sus miembros en la primera reunión, una vez aprobado el Plan Nacional en el marco del Gabinete de Desarrollo Humano que se inscribe en la Jefatura de Gabinete de Ministros. Se deberá prever la generación de minutas por cada reunión que permita construir memoria institucional.

La Unidad Ejecutora Nacional (UEN) estará integrada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Por propuesta de los integrantes de este ámbito y previa decisión de la MP, se podrán sumar de modo permanente o coyuntural otros programas o áreas del Estado Nacional cuyas intervenciones sean necesarias para el mejor funcionamiento del Plan Nacional.

Serán funciones de la UEN:

- Preparar el Plan Operativo Nacional que establezca, anualmente, las metas a alcanzar y sus condiciones para el efectivo logro de las mismas.
- Definir lineamientos de acción a escala nacional que orienten el accionar de los programas y áreas de gobierno provincial

involucrados en la gestión territorial del Plan Nacional.

- Gestionar los aspectos operativos, administrativos y contables que permitan las acciones del plan operativo del Plan Nacional, a través de la Unidad Administrativa y la Unidad de Cooperación y Financiamiento Internacional.
- Proveer a los equipos técnicos provinciales de los insumos, el material informativo y la capacitación que sean necesarios para el logro de los objetivos del Plan Nacional en cada jurisdicción provincial, atendiendo a las competencias que le corresponden al Estado Nacional.
- Coordinar los equipos focales territoriales Intersectoriales (EFTI) provinciales designados.
- Desarrollar, con base en las capacidades pre-existentes, un sistema de información, monitoreo y evaluación de las acciones comprendidas en el marco del Plan Nacional.
- Recibir y procesar la información provincial que sea pertinente para monitorear la gestión operativa del Plan Nacional, resolviendo de modo particular o agregado aquellas situaciones que estén a su alcance, o derivando a la MP las cuestiones que requieran, por su complejidad y/o escala, la intervención de la misma.
- Preparar un informe semestral de actividades, con énfasis en los avances logrados y los nudos críticos a enfrentar.

Se prevé que la dinámica de funcionamiento cotidiano de la UEN será con reuniones de carácter quincenal. Se llevarán adelante en el ámbito de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Se deberá prever la generación de minutas por cada reunión que permita construir memoria institucional.

El **Grupo de Trabajo de Comunicación** (GTC) estará integrado por la Subsecretaría de Planificación y Comunicación Estratégica del Ministerio de Desarrollo Social, los referentes de comunicación del Programa Nacional de

Salud Sexual y Procreación Responsable, del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, y de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Asimismo, podrán participar de este ámbito aquellos referentes que la MP y la UEN dispongan, sean de los ministerios involucrados o de instancias diferentes, como es el caso de Jefatura de Gabinete de Ministros o Presidencia.

Serán funciones de este GTC:

- Diseñar la estrategia comunicacional del Plan Nacional, sobre la base de los aprendizajes, materiales y recursos ya disponibles para abordar la materia del mismo, sumando todo aquello que se estime pertinente para cumplir con lo previsto en su primer objetivo estratégico.
- Asesorar de modo periódico a la UEN y a la MP acerca de posibles modificaciones que ameriten hacerse a la estrategia comunicacional en su conjunto o en algunos de sus componentes.
- Promover diálogos con las provincias acerca de las estrategias comunicacionales que se lleven adelante en sus respectivos territorios, acorde a las características de la problemática y los aspectos contextuales específicos de cada caso.

Se prevé que la dinámica de funcionamiento cotidiano del GTC sea definida por la MP. En principio, se estima una etapa inicial de reuniones con carácter semanal a los efectos del diseño de la estrategia comunicacional. Las mismas se llevarán adelante en el ámbito de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Se deberá prever la generación de minutas por cada reunión que permita construir memoria institucional.

El **Equipo de Apoyo Técnico** (EAT) estará integrado por un número acotado de miembros representantes de organizaciones involucradas en el diseño del Plan Nacional, sean éstas de carácter internacional o nacional.

Serán funciones de este EAT:

- Apoyar a la UEN en aspectos específicos a definir, con relación a la gestión operativa del Plan Nacional.
- Apoyar a la MP con información técnica y evidencia comparada acerca de aspectos fundamentales del Plan Nacional.
- Apoyar a la UEN y la MP en lo concerniente a la gestión territorial del Plan Nacional.
- Apoyar al ETC en la revisión de los contenidos de la estrategia que en dicho ámbito se elabore.

Se prevé que la dinámica de funcionamiento cotidiano del EAT sea definida en acuerdo con la MP, de la cual participará previa invitación. También se prevé que participe de modo permanente en la UEN. Se deberá prever la generación de minutas por cada reunión que permita construir memoria institucional.

El **Consejo Consultivo** (CC) estará integrado por un colectivo de personas con representatividad individual y/u organizacional en la materia objeto del Plan Nacional. La invitación a conformar este ámbito se realizará a través de la MP, previa consulta de la misma con la UEN y el EAT.

Serán funciones de este CC:

- Brindar opinión sobre el contenido del Plan Nacional en general y sus diversos componentes en particular.
- Emitir ante la MP opinión fundada sobre los informes semestrales preparados por la UEN.
- Apoyar la elaboración de la estrategia comunicacional del Plan Nacional, brindando aportes para su mejoría continua.
- Promover recomendaciones para fortalecer la implementación territorial del Plan Nacional, ayudando a identificar organizaciones y referentes sociales

en embarazo en la adolescencia a nivel provincial.

Se prevé que la dinámica de funcionamiento cotidiano del CC tenga una periodicidad semestral, en consonancia con la revisión de los informes semestrales preparados por la UEN. Se estima necesaria una reunión inicial de presentación del Plan Nacional una vez el mismo sea aprobado por las autoridades políticas pertinentes. Se deberá prever la generación de minutas por cada reunión que permita construir memoria institucional.

LA DIMENSIÓN PROVINCIAL

Si bien el presente documento da cuenta de un Plan Nacional, tiene en su impronta un fuerte carácter federal. Esto habrá de implicar, por ende y como paso futuro, arreglos institucionales de carácter federal acorde a las realidades de cada provincia del país donde el Plan Nacional vaya desplegando sus líneas de acción. Esto no debiese implicar una estructura institucional “espejo” de la aquí presentada, sino que deberá adaptarse a los acuerdos político-técnicos que se establezcan en cada caso. Se nombrará un **Equipo Focal Territorial Intersectorial** (EFTI) por provincia para cumplir la función de coordinación local y con el ámbito nacional.

Estos acuerdos cobran importancia cuando se considera que las políticas sanitaria y educativa se encuentran bajo la órbita de las provincias y que es en esos ámbitos donde se presentan los desafíos de implementación. Los acuerdos que se alcancen deberán involucrar necesariamente a los respectivos consejos coordinadores: el Consejo Federal de Salud y el Consejo Federal de Educación.

Avanzar en la consolidación del compromiso de las provincias con la reducción del embarazo no intencional en la adolescencia se considera una condición de viabilidad del presente Plan Nacional que deberá construirse a partir de consensos en esos ámbitos.

7.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y la evaluación (M&E) es una instancia estratégica de la política pública que permite reflexionar con evidencia acerca de un conjunto de efectos sobre un problema público a resolver. Se trata de un entramado complejo de actividades que involucra una multiplicidad de actores especialmente interesados en dar seguimiento y aprender acerca del problema público a tratar y de la implementación de las intervenciones propuestas para abordarlo. En este sentido, los sistemas de M&E guardan una doble función: una de aprendizaje institucional, otra de rendición de cuentas. En ambos casos, se trata de valorar no sólo programas sino políticas y planes, verificando, acompañando y controlando la acción estatal.

En este sentido la información generada del M&E podrá ser utilizada con múltiples objetivos e intenciones, como “informar a la ciudadanía y alimentar el debate político sobre lo que puede funcionar y por qué” (UNFPA, 2016), con el fin político de legitimar una decisión, con una finalidad técnica de mejorar la implementación, revisar las asignaciones presupuestarias y/o planificar nuevas intervenciones, entre otros.

Desde esta perspectiva se encuadra el dispositivo de M&E del Plan Nacional. Como parte del mismo, se prevé el diseño e implementación de un esquema de M&E elaborado en base a tres consideraciones generales:

- La utilización e integración de los datos disponibles a partir de los sistemas de información existentes a nivel institucional y programático;
- El desarrollo de indicadores de proceso, resultado, cobertura e impacto alineados con los objetivos estratégicos, específicos y líneas de acción del Plan Nacional;
- La identificación de necesidades de información a generar y/o perfeccionar en base a un diagnóstico sobre la disponibilidad de la misma.

El diseño de los indicadores será una fase importante en la elaboración del dispositivo de M&E del Plan Nacional. Para ello, deberán considerarse no sólo sus objetivos estratégicos y específicos, sino también la disponibilidad de datos secundarios y la capacidad de articulación entre las diversas fuentes de información existentes.

Otro aspecto a destacar a los fines prácticos de llevar adelante este dispositivo es que si bien el M&E generalmente funciona desde una lógica integrada, sus procesos son diferenciados. El monitoreo es el seguimiento continuo de la información prioritaria de un programa, política o plan, es decir, intenta medir el progreso general tomando en cuenta principalmente el cumplimiento de actividades y resultados. En este sentido procura responder a la pregunta “¿qué estamos haciendo?” y, a través de diversas fuentes de información (sobre todo primarias), busca identificar los puntos de ejecución y los tiempos de las acciones planificadas. La información recopilada es utilizada para tomar decisiones encaminadas a mejorar la gestión y ejecución del proyecto, es parte integrante de la gerencia pública.

Por su parte, la evaluación implica reflexionar sobre lo hecho. Generalmente se trata de un ejercicio externo y/o mixto llevado a cabo por expertos y, a diferencia del monitoreo, intenta responder a la pregunta “¿Qué / Cómo se hizo?” y no se traduce en un ciclo constante y regular de actividades y productos durante toda la implementación, sino en ejercicios específicos que se realizan en momentos y con objetivos determinados.

Desde el ámbito de la UEN se conformará un **Grupo de Trabajo de Monitoreo y Evaluación** (GTME) dedicado al diseño y testeo del dispositivo de M&E del Plan Nacional. Dicho grupo estará integrado por los referentes y expertos de los sistemas de información, registro y/o evaluación de cada uno los programas o áreas intervinientes: Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Programa Nacional de Salud

Integral en la Adolescencia (PNSIA) y Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF). La UEN podrá invitar a sumarse, cuando amerite, a otros ámbitos del Estado nacional relacionados con M&E, como podrían ser: CUS medicamentos, Sistema Informático Perinatal (SIP G), DEIS²⁸, estadísticas educativas provenientes de la DINIEE²⁹, INDEC (Encuesta Nacional de Adolescentes; Encuesta Nacional de SSyR), SIEMPRO. La conformación amplia de este grupo de trabajo apunta a garantizar que el dispositivo de M&E maximice la utilización de la información disponible en los sistemas existentes. A efectos de apoyar el despliegue territorial del Plan Nacional, será fundamental la participación cuando corresponda de las Direcciones de Estadística de las provincias involucradas.

Se espera que las organizaciones que conformen el EAT brinden apoyo en la elaboración del diseño, puesta en marcha y validación del sistema de M&E del Plan Nacional.

El GTME iniciará sus actividades en simultáneo con la elaboración de los planes operativos del Plan Nacional, acompañando también los respectivos planes operativos provinciales. En relación con los objetivos estratégicos, específicos y líneas de acción, será necesario generar y/o adecuar la información (cualitativa y cuantitativa) de diferentes fuentes. En este sentido, será esencial fortalecer el registro y la sistematización de información de los programas de las áreas de salud y educación, a efectos de ampliar y profundizar la información sobre centros de salud o unidades educativas y/o prestaciones o acciones de capacitación realizadas. Será necesario registrar información sobre los adolescentes que acceden a métodos anticonceptivos y, en el caso de educación,

se requerirá relevar información sobre los estudiantes que acceden a contenidos de educación sexual integral.

Finalmente, también se priorizarán las propuestas de los programas en torno a estudios cualitativos y cuantitativos necesarios para la evaluación y reajuste de las líneas de acción del Plan Nacional. A modo de ejemplo, cabe mencionar:

- La realización de estudios específicos dirigidos a población de 10 a 14 y de 15 a 19 años para relevar información sobre necesidades, barreras y condiciones facilitadoras del acceso a los métodos anticonceptivos y sobre la capacidad de respuesta de los servicios de salud, entre otros.
- El relevamiento de experiencias innovadoras y buenas prácticas en relación con la educación sexual integral, específicamente en su impacto sobre embarazo en la adolescencia, así como el efectivo reporte de parte de las provincias sobre cuántas y cuáles escuelas incluyeron los cinco ejes de educación sexual integral en su proyecto curricular institucional.

7.3 PRESUPUESTO

El objetivo de este apartado es presentar la metodología y fuentes de información empleadas para realizar una primera aproximación al costeo de los diferentes componentes del Plan Nacional.

La presentación incluye las estimaciones preliminares desagregadas por objetivos estratégicos y específicos. Debe notarse que estos datos desagregados deben ser tomados con suma cautela pues la desagregación para cada una de las líneas de acción del Plan Nacional involucra

28. CUS medicamentos: Cobertura Universal de Salud; SIP G: Sistema Informático Perinatal Gestión DEIS: Dirección de Estadísticas de Información de Salud.

29. DINIEE: Dirección Nacional de Información y Estadísticas Educativas.

diferentes supuestos sujetos a revisión que han sido incorporados de manera conjunta al sólo efecto de poder ofrecer una idea agregada de los costos involucrados. Tal vez más importante, el Plan Nacional ha sido concebido como un conjunto de iniciativas que instrumentadas de manera aislada no necesariamente cumplen los mismos objetivos.

Principales Fuentes de Información

El ejercicio de estimación realizado tiene como principales fuentes de información los datos provistos por los diferentes programas que participan del Plan Nacional: El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) -ambos dependientes del Ministerio de Salud de la Nación- y el Programa de Educación Sexual Integral (ESI) dependiente del Ministerio de Educación de la Nación.

De manera adicional se toman como referencia para el cálculo de costos las pautas macroeconómicas de inflación establecidas en el Presupuesto de la Administración Pública Nacional de 2017, como se explica más abajo.

Criterios Metodológicos

- **Fuente de financiamiento:** Se estimó el costo del Plan Nacional con independencia de cuál sea la institución que lo lleve adelante. Esto cobra especial relevancia para intervenciones en las provincias y cuyo costo puede quedar a cargo de diferentes niveles de gobierno. Más aún, dependiendo de ello puede incluso cambiar la estimación de su costo (ver punto 5).
- **Líneas sin costeo:** Existen líneas de acción que no se costearon ya que se supone que se llevan a cabo con reasignaciones de presupuestos de programas ya existentes. En otros casos, el costeo queda pendiente para una próxima etapa debido a la falta de información o definiciones acerca de las distintas líneas de acción.

- **Inflación:** se toman las pautas inflacionarias correspondientes a las proyecciones macroeconómicas incluidas en el Presupuesto de la Administración Pública Nacional 2017.

A los efectos de estas estimaciones se consideraron las variaciones del Índice de Precios al Consumidor (IPC) en la cota superior de la banda de variación prevista para cada año en ese Presupuesto, es decir, 17% para 2017, 12% para 2018 y 6.5% para 2019.

• Cobertura territorial:

A. Intervenciones costosas correspondientes a las siguientes líneas: fortalecimiento de los equipos provinciales de PNSSyPR y ESI; incorporación de trailers; implementación del nuevo módulo de ESI sobre métodos anticonceptivos y ampliación de las asesorías en salud integral en las escuelas (de gestión estatal).

I. 2017: 5 provincias (Buenos Aires, Misiones, Salta, Jujuy y Corrientes)

II. 2018: 12 provincias (5 provincias 2017 y Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Chaco, Formosa y Entre Ríos)

III. 2019: 12 provincias (5 provincias 2017 y Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Chaco, Formosa y Entre Ríos).

B. El resto de las intervenciones

I. 2017: 5 provincias (Buenos Aires, Misiones, Salta, Jujuy y Corrientes)

II. 2018: 24 provincias

III. 2019: 24 provincias

- Intervenciones de compra de MAC (Corresponde a Estimaciones TOBAR Escenario 1) y fortalecimiento del equipo provincial de PNSIA.

I. 2017: 24 provincias

II. 2018: 24 provincias

III. 2019: 24 provincias

- **Equipos provinciales y nacionales:** En una primera aproximación, las escalas salariales contempladas para el fortalecimiento de los equipos de programas consideran el convenio salarial de la Administración Pública Nacional.

Una estimación más precisa requiere de la definición de la organización institucional

del Plan.

- **Diseño, monitoreo y evaluación:** Se incorpora en este ejercicio el costo de un componente adicional a los objetivos estratégicos vinculado con el diseño de planes operativos del Plan Nacional sobre la base de evidencia, que incorpora las acciones de su desarrollo, así como las actividades que conforman el sistema de monitoreo y evaluación del Plan para el período 2017- 2019 (ver apartados 7.1 y 7.2).

Anexo Metodológico

Para la formulación de las metas Plan Nacional se consideraron tres variables fundamentales:

- Cantidad de embarazos adolescentes no intencionales;
- Tasa de Embarazo Adolescente No Intencional (TEANI) y
- Cobertura Efectiva de Métodos Anticonceptivos Modernos

A continuación se brinda una definición conceptual y operacional de cada una de estas variables, junto al procedimiento utilizado para construir la línea de base (valor de las variables antes de iniciar el Plan). Luego, se explica la metodología empleada para definir las metas esperadas de las tres variables a medio término (2018) y al finalizar el Plan Nacional (2019).

Cantidad de Embarazos Adolescentes no Intencionales

En términos conceptuales, se refiere al número absoluto de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años registrados cada año. Este indicador no forma parte de ningún sistema de informaciones disponible y requiere ser construido para el monitoreo y evaluación del Plan.

En términos operacionales el indicador se construye a través del producto de otros dos indicadores:

- Nacidos Vivos de Madre Adolescente (15 a 19 años): Se trata de un proxy de la incidencia de embarazos en la adolescencia puesto que no se cuenta con información confiable para

estimar el número de abortos. La fuente de información es la Dirección de Estadísticas e Informaciones en Salud-Ministerio de Salud de la Nación (DEIS). Los datos considerados corresponden a 2016³⁰.

- Proporción de embarazos no intencionales: La fuente de información es SIP Gestión en el período 2010- 2014³¹ y se obtiene al momento del posparto sobre las mujeres cuyo parto es atendido en servicios públicos de salud.

En otras palabras, se tomó la proporción de embarazos no intencionales en la adolescencia registrada entre quienes se atienden en el sector público y se proyectó esa proporción sobre el total de los embarazos en la adolescencia. Para el año base, que corresponde a la última información disponible, la proporción de embarazos no intencionales fue del 67%. Una vez proyectado sobre los nacidos vivos de madre adolescente, esto equivale a 72.971 embarazos no intencionales de adolescentes.

Tasa de Embarazo Adolescente no Intencional

Se trata de un indicador creado específicamente para el monitoreo y evaluación del Plan Nacional puesto que el indicador que tradicionalmente se utiliza es la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA). La diferencia entre ambos es que la TEANI sólo considera los embarazos no intencionales, es decir excluye los embarazos planificados.

La TEANI es la cantidad de nacidos vivos de madre adolescentes (entre 15 y 19 años) por cada mil adolescentes (en la misma

30. Los datos del denominador considerado para la línea de base de la TEANI corresponden a 2016. Se está asumiendo que la cantidad de nacidos vivos de madre adolescente se mantuvo inalterada entre 2015 y 2016.

31. El SIP Gestión es un sistema de información desarrollado para contribuir a la implementación del Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil de Argentina. El mismo se apoya en registros clínicos materno-perinatales incorporados a partir del Sistema Informativo Perinatal (SIP) desarrollado por el CLAP-OPS. Aunque recoge sólo información en servicios públicos de salud (que representan el 57,5% del total de partos anuales) se está extendiendo su implementación a la seguridad social.

franja etaria). Al ser una tasa poblacional, se mide cada mil personas. Un error frecuente consiste en interpretar las tasas como porcentajes. Por ello, se recomienda tomar el recaudo de recordar que la TEANI no es un porcentaje.

Para definir la situación de partida se buscó estimar los valores de TEANI al año 2016. No en todos los casos la información necesaria correspondía a ese año, de modo que para algunos datos se asumió que las proporciones o los valores absolutos de años anteriores (2015 y 2014) podrían ser extrapolados al 2016.

Las fuentes de información consideradas para construir la TEANI son las siguientes:

- Denominador: Población total femenina de 15 a 19 años: United Nations, “World Population Prospects”, 2015. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>

Se tomó la población estimada al 2016, 2017, 2018 y 2019.

- Numerador: Cantidad de embarazos no intencionales en la adolescencia. Es decir, la línea de base para 2016 se construyó de la siguiente manera...
- Nacidos Vivos de Madre Adolescente: 108.912
- Proporción de embarazos no intencionales: 0,67
- Embarazos no intencionales en la adolescencia = A * B: 72.971
- Población total femenina de 15 a 19 años: 1.740.503
- TEANI = (Embarazo no intencional en la adolescencia / Población femenina total de 15 a 19 años)*1000
- TEANI = (72.971/1.740.503) * 1000 = 41,9

EN CONCLUSIÓN, AL MOMENTO DEL INICIO DEL PLAN SE REGISTRAN EN LA ARGENTINA UN TOTAL DE 72.971 EMBARAZOS ADOLESCENTES NO INTENCIONALES, LO CUAL REPRESENTA UNA TASA DE EMBARAZOS ADOLESCENTES NO INTENCIONALES DE 41,9 CADA MIL MUJERES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS.

COBERTURA EFECTIVA DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

Para estimar metas de reducción de la cantidad de embarazos no intencionales en la adolescencia y de la correspondiente TEANI se asumió que un incremento en la utilización adecuada de métodos anticonceptivos modernos generaría una reducción sobre ambas variables dependientes. Sin embargo, utilización adecuada no es sinónimo de disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos. Antes bien, la segunda es una condición necesaria pero no suficiente para la primera. Por ello, para determinar la variación de las variables dependientes —que constituyen los resultados esperados del Plan— se construyó como variable interviniente la **Cobertura Efectiva de Anticonceptivos Modernos** (CEMAM).

En términos conceptuales llamamos CEMAM a la población objetivo efectivamente protegida frente al riesgo de un embarazo no intencional. El modelo predictivo asume como hipótesis que la TEANI se reducirá a medida que la CEMAM se incremente (mantienen una relación inversa). Es decir, a medida que haya más adolescentes efectivamente protegidas con métodos anticonceptivos modernos la cantidad de embarazos no intencionales en la adolescencia se reducirá.

En términos operacionales la CEMAM

se calcula sumando la disponibilidad de cada uno de los métodos anticonceptivos modernos a ser dispensados a la población objetivo, ajustada según su duración; su eficacia clínica; y su adherencia observada al año. A continuación se detalla cada una de las variables utilizadas para construir la CEMAM:

- **Mix de métodos anticonceptivos modernos ofertados a la población objetivo** (mujeres de 15 a 19 años). La fuente de información es el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y los métodos anticonceptivos modernos considerados son: preservativos masculinos, anticonceptivos orales combinados, inyectables (mensuales y trimestrales), dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos.
- **Cantidad de cada método anticonceptivo moderno disponibilizada en la red pública de servicios de salud.** La información de disponibilidad de métodos para su dispensa a la población objetivo fue elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable con base en la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2013³³.
- **Duración de la protección brindada.** Cada uno los métodos anticonceptivos modernos disponibilizados brinda una protección de duración diferente a la población objetivo. La

unidad utilizada para estandarizar períodos de protección son los Años Pareja Protegida-APP. Para calcularlos se aplicaron parámetros aceptados en la literatura internacional³⁴.

- **Eficacia clínica de cada uno de los métodos anticonceptivos modernos ofertados a la población objetivo.** Es la proporción de los casos observados en laboratorio en los cuales el método anticonceptivo alcanza el resultado esperado. Para estimar eficacia clínica se tomaron los parámetros publicados por Trussel³⁵ y por Singh & Darroch³⁶ (en los casos en que los datos divergían se consideró la alternativa menor).
- **Adherencia observada al año en cada uno de los métodos anticonceptivos modernos.** Es la proporción de usuarias que continúa utilizando el método anticonceptivo moderno un año después de recibir consejería e iniciar su utilización.

Los parámetros de adherencia observada al año según métodos fueron extrapolados de los estudios poblacionales desarrollados en Estados Unidos por Trussel & Wynn³⁷. En forma adicional se asumió como supuesto que la población objetivo que recibió contenidos de Educación Sexual Integral relacionados con el uso de anticonceptivos registra una adherencia observada al año un 20% superior a la población objetivo que no recibió dichos contenidos.

33. ENSSyR 2013. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt- ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

34. USAID, Couple Years of Protection (CYP), sin fecha. Disponible en: <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/family-planning/couple-years-protection-cyp>

35. Trussel, J (2007) "Contraceptive efficacy". En: Hatcher, R et al. Contraceptive technology, 19 th ed. New York. Ardent Media. Capítulo 27.

36. Singh S and Darroch J (2012). "Adding It Up: costs and benefits of contraceptives Services. Estimates for 2012". Guttmacher Institute-UNFPA METHODOLOGY páginas 12 y 13.

37. Trussell, James & Wynn L.L.(2008). "Reducing Unintended Pregnancy in the United States". Contraception Editorial January 2008. Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008>

LÍNEA DE BASE DEL PLAN

El cuadro 6 presenta los indicadores básicos considerados para la línea de base del Plan Nacional.

Cuadro 6. Línea de base del Plan Nacional de Disminución del Embarazo no Intencional en la Adolescencia

INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2016
Población Universo ³⁸	1,740,503
Cantidad absoluta de embarazos adolescentes ³⁹	108,912
Cantidad de embarazos no intencionales ⁴⁰	72,971
Cantidad de embarazos intencionales ⁴¹	35,941
Cantidad absoluta de población sexualmente activa ⁴²	767,572
Cantidad de Condones masculinos distribuidos a adolescentes ⁴³ (F)	2,252,094
Cantidad total de Ciclos de Anticonceptivos Orales Combinados dispensados a adolescentes ⁴⁴	846,975
Cantidad total de Inyecciones anticonceptivas mensuales aplicadas a adolescentes ⁴³	234,885
Cantidad total de Inyecciones anticonceptivas trimestrales aplicadas a adolescentes ⁴³	17,898
Cantidad total de DIU insertados en adolescentes	1,060
Cantidad total de implantes subdérmicos de Etonogestrel 68mg insertados a adolescentes	15,323
Cobertura de Educación Sexual Integral con contenidos de MAC	
CEMAM - Cobertura Efectiva de Métodos Anticonceptivos Modernos en mujeres de 15 a 19	61.266
TEANI - Tasa Embarazo Adolescente No Intencional (nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19)	41.9

38. Se consideró el total de nacidos vivos de mujeres adolescentes menores de 19 años (fuente DEIS), el dato es de 2014.

39. Se aplicó el porcentaje de embarazos no planificados del SIP Gestión calculado para el período 2010-2014 (67%) al total de nacidos vivos de madres menores de 15 a 19 años registrados por la DEIS para el año 2015.

40. Se aplicó el porcentaje de embarazos planificados del SIP Gestión calculado para el período 2010-2014 (33%) al total de nacidos vivos de madres menores de 15 a 19 años registrados por la DEIS para el año 2015. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt- ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

41. Se aplicó el porcentaje de mujeres sexualmente activas registradas por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud para el grupo de 15 a 19 años (44,1%), la ENSSyR tomó solamente el grupo de adolescentes de 14 a 19 años (44,5% de adolescentes sexualmente activas).

42. Se utilizaron los datos de ENSSyR. En la misma, se observó la distribución por grupo de edad de los distintos tipos de insumos. Se aplicó ese porcentaje para cada uno de los insumos distribuidos a la población cubierta según la distribución de insumos realizada en el año 2015. Según la encuesta, entre todas las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales (pastillas o inyectables) el 12 eran adolescentes de 15 a 19; entre las que usaban preservativo el 14% eran adolescentes de 15 a 19 años y entre las que reportaron utilizar DIU el 1% eran adolescentes.

43. Incluye los 4 anticonceptivos orales cubiertos: a) Etinilestradiol+levonorgestrel comp.0.03/0.15mg; b)Levonorgestrel comp

ESTIMACIÓN DE METAS DE REDUCCIÓN DE LA TEANI

Si la cobertura efectiva de Métodos Anticonceptivos modernos se incrementa puede esperarse que la cantidad de embarazos no intencionales en adolescentes se reduzca. En la literatura sobre planificación familiar se considera que el 15% de la población sexualmente activa queda embarazada anualmente si no está protegida por métodos anticonceptivos modernos.⁴⁴ De modo que para estimar cómo reacciona la cantidad de embarazos adolescentes no intencionales a la CEMAM se consideró que un 15% de la población efectivamente protegida (CEMAM) hubiera quedado embarazada si el Plan no se hubiera implementado. Para estimación de la TEANI resultante luego de la implementación del Plan se tomaron proyecciones poblacionales para el denominador (Población total femenina de 15 a 19 años) y se estimó la evolución que tendría el numerador luego de la intervención.

Para estimar la variación esperada en la cantidad de embarazos adolescentes no intencionales y en la TEANI se asumieron las siguientes hipótesis de intervención para formular el Plan:

- Se mantiene durante todo el período

la misma proporción de adolescentes sexualmente activas registrada en el año base.

- En 2018 se triplica la compra, distribución y dispensación de Implantes subdérmicos de etonogestrel, de DIU, inyectable trimestral y Condones y se mantiene ese mismo nivel de oferta hasta fines de 2019.
- En 2018 se logra brindar ESI sobre MAC al 20% de la población objetivo y en 2019 se alcanza al 40% de la población objetivo.
- La adherencia esperada al año en el uso de MAC será un 20% mayor en la población que ha recibido ESI.

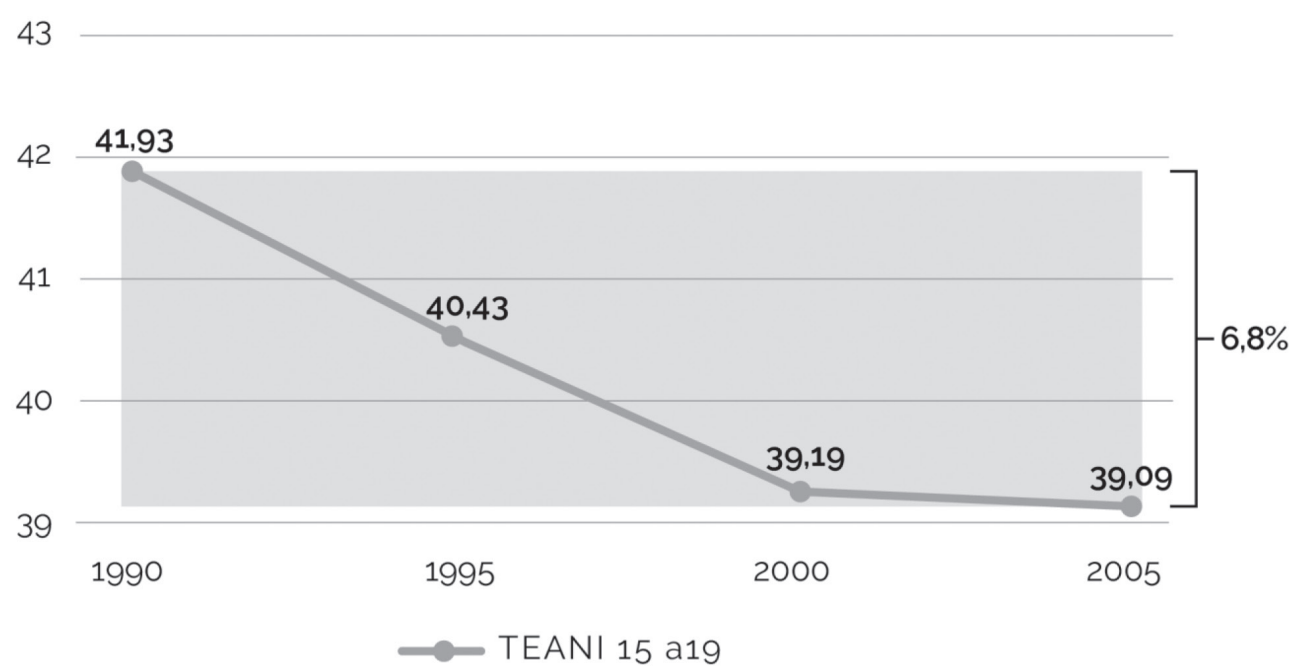
EN CONCLUSIÓN, SE ESPERA QUE AL FINALIZAR EL PLAN SE HAYAN EVITADO 43.869 EMBARAZOS NO INTENCIONALES EN MUJERES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS Y LA TEANI SE HAYA REDUCIDO A 39,1 CADA MIL ADOLESCENTES, REGISTRANDO UNA RETRACCIÓN DEL ORDEN DEL 6,8%.

0.03 mg; c) Etinilestradiol + Gestodeno comp. 0,02 mg / 0,075mg y d) Desogestrel 0,075 mg.

44. La Fuente es Trussell, James & Wynn L.L.(2008). Op. Cit. También se ha estimado que sólo 5% de las adolescentes en los países en desarrollo no son fértiles (ver: Darroch J, Woog V; Bankole A & Ashford I (2016). Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>).

Gráfico2. Variación de la TEANI de la Argentina entre 1990 y 2005.

TEANI



Bibliografía

- Abramovich, V., & Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad. En V. Abramovich, & L. Pautassi, La revisión judicial de las políticas sociales. Estudios de casos. Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Amnistía Internacional. (2017). Derechos Humanos Agenda para Argentina, 2017.
- Benavente R., M. C., & 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).
- Bertranou, J., & Casanova, L. (2015). Trayectoria hacia el trabajo decente de los jóvenes en Argentina, Contribuciones de las políticas públicas de educación, formación para el trabajo y protección social. Buenos Aires: OIT.
- Binstock G, Gogna M (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En: Cavenaghi S, Cabella W, (ed.). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa (Serie e-Investigaciones N° 3). Río de Janeiro: FNUAP,ALAP; p. 167- 185.
- Binstock, G. (2016). Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común. Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Binstock, G., & Pantelides, E. A. (2005). Capítulo 4: La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. En Gogna, M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES-UNICEF.
- Brizuela, V., Abalos, E., Ramos, S., & Romero, M. (2014). El embarazo en la adolescencia. Hoja Informativa, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (10).
- Carey Raymond G; Posavac Emil J. (1997). Program Evaluation Methods and Case Studies.
- Cecchini, S., & Rico, M. (2015). El enfoque de derechos en la protección social. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, Instrumentos de Protección Social. Santiago de Chile: CEPAL.
- Chaaban, J., & Cunningham, W. (2011). Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend. Policy Research Working Paper 5753. The World Bank, Human Development Network, Children and Youth Unit & Poverty Reduction and Economic Management Network, Gender Unit. The World Bank.
- Chevalier, A., & Viitanen, T. K. (2003). The long-run labour market consequences of teenage motherhood in Britain. Journal of Population Economics, 16(2).
- 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, 47-51/61-70. Disponible <https://www.cladem.org/es/campanas/embarazoinfantilforzadostortura>
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology(192), 342-349.
- CoNDeRS. (2008). La adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable, Brener, Alejandra y Ramos, Gabriela (autoras) - 1ª. Edición. Buenos Aires
- Crosby, R. A., & Holtgrave, D. R. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. Journal of Adolescent Health(38), 556-559.
- De León, G. (Marzo de 2017). Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social. Documento de Trabajo N°158: CIPPEC.
- Di Virgilio, María Mercedes (2012). Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales - 1a ed. - Buenos Aires. Fundación CIPPEC
- Encuesta Joven. (2017). Provincia de Buenos Aires.
- Filardo, V. (2015). Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay (2008-2013). Cuadernos temáticos de la ENAJ(1).
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., . . . 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).
- Giusti, AE y Pantelides EA., Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8 (11), 1991.
- Goetz, A. (2007). Justicia de género, ciudadanía y derechos. Conceptos fundamentales, debates centrales y nuevas direcciones para la investigación. En M. Mukhopadhyay, & N. Singh, Justicia de género, ciudadanía y desarrollo. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) / Mayol Ediciones.
- Gogna M, Binstock G.(2017) Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. Salud Colectiva. 13(1):63-72. doi: 10.18294/sc.2017.990.
- Gogna, M., Adaszko, A., Alonso, V., Portnoy, F., Fernández, S., & Zamberlin, N. (2004). El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Buenos Aires: CONAPRIS-Ministerio de Salud, CEDES.
- Gogna, M., Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I., & Zamberlin, N. (2008). Embarazo en la adolescencia en Argentina: Recomendaciones de política basadas en la evidencia. Reproductive Health Matters, 16(31), 192-201.
- Gold, R., Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lynch, J. W., & Connell, F. A. (2001). Ecological Analysis of Teen Birth Rates: Association With Community Income and Income Inequality. Maternal and Child Health Journal, 5(3), 161-167.
- Guerra, N., Modecki, K., & Cunningham, W. (2014). Developing Social-Emotional Skills for the Labor Market. The PRACTICE Model. Policy Research Working Paper 7123. The World Bank, Social Protection and Labor Global Practice Group. World Bank Group.
- INDEC. (2015). Encuesta Nacional de Jóvenes (ENJ) 2014.

Principales resultados. Buenos Aires.

Kornblit, A L; Mendes Diz, A M y Adaszko, D (2006), Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país, Documento de Trabajo N° 47, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Lloyd, C. B. (2006). Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries. En Background Paper to the report Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. UN Millennium Project.

Maceira, D. (2009). Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina. En Documento de Trabajo N°23. CIPPEC.

Macutkiewicz J, MacBeth A. (2017). Intended Adolescent Pregnancy: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Adolescent Res Rev* 2:113-129

Mario S y Pantelides EA (2009) Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población*. Año XXXV No.87. CELADE-CEPAL. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1&isAllow ed=y

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 (2015). Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Edición revisada. Serie 11 No. 14. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp content/uploads/2016/07/Serie11Nro14.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2015). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Documento de trabajo No 1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos- (INDEC). Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt- ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Presentación sobre el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2016). Introducción de obstétricas y obstétricos en la atención de la salud sexual y reproductiva: delegación de funciones. Colocación, control y retiro de métodos de anticoncepción reversibles de larga duración (DIU e implantes sub-dérmicos).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2016). Introducción y reintroducción de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres usuarias del sistema público de salud con especial énfasis en la población adolescente.

Molyneaux, M. (2007). Reconfigurando la ciudadanía. Perspectivas de la investigación sobre justicia de género en la región de América Latina y el Caribe. En M. y. Mukhopadhyay, Justicia de género, ciudadanía y desarrollo. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) / Mayol Ediciones.

Moro, J. (1997). La definición del problema en la elaboración de las políticas. V Congreso de Antropología Social. La Plata: Disponible en www.equiponaya.com.ar/congresos/contenido/laplata/LP4/48.htm.

OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra. Organización Mundial de la Salud y UNFPA (2017). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf

Oringanje, C., Meremikwu M., Eko H., Esu E., Meremikwu A., Ehiri JE. (2016), Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents, Cochrane Fertility Regulation Group. Pantelides E. y Menéndez, V. (2012) Embarazo y fecundidad adolescente. Buenos Aires: CEDES. Pantelides, EA. y Cerrutti, M., Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Buenos Aires: CENEP, Cuaderno del CENEP 47, 1992

Pantelides, EA.; Geldstein, RN e Infesta Domínguez, G., Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Buenos Aires: CENEP, Cuaderno del CENEP 51, 1995.

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. serie Mujer y Desarrollo(87 (LC/L.2800-P)).

Pautassi, L. (2010). El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión. Taller de expertos "Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones". CEPAL y GTZ.

PNUD. (2009). Innovar para incluir: jóvenes y desarrollo humano, Informe sobre Desarrollo Humano para Mercosur. Buenos Aires. Portnoy, F. (2005). Capítulo 3: El Embarazo en la Adolescencia. En M. (Gogna, Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES- UNICEF.

Repetto, F., Díaz Langou, G., Aulicino, C., De Achával, O., & Acuña, M. (2016). El Futuro es Hoy. Buenos Aires: Biblos.

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

Rossel, C., & Filgueira, F. (2015). Adolescencia y Juventud. En F. F. Simone Cecchini, Instrumentos de Protección Social. Santiago de Chile: CEPAL.

Subcomisión de Ética Clínica, Sociedad Argentina de Pediatría. (2010). Embarazos en niñas y adolescentes. Archivos argentinos de pediatría, 108(6).

The Magenta Book. Guidance for Evaluation (2011) . <http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence>

Trucco, D., & Ullmann, H. (2015). Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad. Santiago de Chile: CEPAL. UNFPA (2016). Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la Construcción de una Agenda Común. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/>

Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur- Ultima%20version.pdf

UNFPA. (2013). Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. Nueva York.

UNICEF (2011) Estado Mundial de la Infancia 2011. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

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

UNICEF-UNFPA (2007). "Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral"

Valle Rodríguez, G. M., & Eramis, B. S. (2006). Las Políticas Públicas desde una perspectiva de género. Novedades en Población(4), 1-27.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (Abril de 2012). Adolescence and the social determinants of health. The Lancet, 379, 1641-1652.



Presidencia
de la Nación