Plan ENIA 2017-2023

Oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina

Febrero 2025

Silvina Ramos, Federico Tobar, Valeria Isla, Natalia Gualdoni, Tamar Finzi Warszawski

50 AÑOS CEDES UNFPA

Plan ENIA 2017-2023 : oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina / Silvina Ramos ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2025.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: Disponible en: https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4801
ISBN 978-631-90872-3-9

1. Derecho a la Salud. 2. Sexualidad. 3. Adolescencia. I. Ramos, Silvina
CDD 362.108662

Cita sugerida:

Silvina Ramos ... [et al.]. Plan ENIA 2017-2023: oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2025.
Disponible en: https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4801
https://argentina.unfpa.org/es/publications/plan-enia-2017-2023-oportunidades-de-vida-para-adolescentes-en-la-argentina

Silvina Ramos[1], Federico Tobar[2], Valeria Isla[3],
Natalia Gualdoni[4], Tamar Finzi Warszawski[5]

Agradecemos el apoyo de la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO).

Edición: Marina Caporale
Diseño: Estudio Cosgaya | Marcela Romero

1 Socióloga, investigadora titular del CEDES, especialista en salud y derechos sexuales y reproductivos, y coordinadora técnica del Plan ENIA (2017-2019).
2 Economista de salud y asesor en financiamiento para el desarrollo, UNFPA, NY.
3 Especialista en gestión pública, directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y coordinadora general del Plan ENIA (2019-2023).
4 Especialista en diseño y gestión de políticas sociales, coordinadora del sistema de información y monitoreo e integrante del equipo de la coordinación técnica del Plan ENIA (2017-2019).
5 Socióloga, investigadora adjunta del CEDES, especialista en diseño y evaluación de políticas públicas con perspectiva de género, e integrante del equipo de la coordinación técnica del Plan ENIA (2017-2019).

Con esta publicación queremos agradecer y honrar el compromiso de los equipos del Plan ENIA.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 7

1. INTRODUCCIÓN 8

2. LAS CLAVES DEL PLAN ENIA 14

3. PLAN ENIA: ¿CÓMO LO HIZO? 22
- Construcción del problema: el embarazo no intencional en la adolescencia 23
- Diseño programático basado en evidencia y en una teoría del cambio 29
- Diseño institucional del Plan ENIA 34
- La métrica del Plan ENIA para evaluar sus resultados e impacto 36

4. PLAN ENIA: ¿QUÉ HIZO? 44
- Cinco momentos de la implementación del Plan ENIA 45
- ¿Cómo se construye un modelo innovador para la gestión del Plan ENIA? 46
- ¿Qué logró el Plan ENIA? 51
- ¿Cómo evolucionó la performance del Plan ENIA? 56
- ¿Cómo logró el Plan ENIA reducir la tasa específica de fecundidad adolescente? 57

5. ¿QUÉ NOS ENSEÑA EL PLAN ENIA? 60

6. ANEXO. CATÁLOGO DE MATERIALES DEL PLAN ENIA 66

ACRÓNIMOS

AGI: área de gestión integral
AIPEO: anticoncepción inmediata posevento obstétrico
ASIE: asesorías en salud integral en escuelas
CEDES: Centro de Estudios de Estado y Sociedad
CIPPEC: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento
DBC: dispositivo de base comunitaria
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación
DIU: dispositivos intrauterinos
EAT: equipo de apoyo técnico
EFTIs: equipos focales territoriales intersectoriales
ENIA: embarazo no intencional en la adolescencia
ESI: educación sexual integral
Estudio MILENA: Modelo de Impactos Laborales, Educativos, en la Nómina y Asistenciales
IVE ILE: interrupción voluntaria del embarazo e interrupción legal del embarazo
LARC (por las siglas en inglés de long-acting reversible contraceptives): métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, incluyendo DIU e implantes subdérmicos (una o dos varillas)
MAC: métodos anticonceptivos
Mesas EFTI: mesas intersectoriales provinciales
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA: plan operativo anual
SENAF: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social
SIEMPRO: Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales
SSR: salud sexual y reproductiva
SIM: sistema de información y monitoreo
TEFA: tasa específica de fecundidad adolescente
UEN: unidad ejecutora nacional
UNFPA (por las siglas en inglés de United Nations Population Fund): Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNFPA LACRO (por las siglas en inglés de United Population Fund y Latin American and Caribbean Regional Office): Fondo de Población de Naciones Unidas en América Latina y el Caribe
UNICEF (por las siglas en inglés de United Nations Children's Fund): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

PRESENTACIÓN

El Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) marcó un hito en el campo de las políticas públicas vinculadas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina y en América Latina. Fue la primera política que abordó el problema del embarazo no intencional en la adolescencia con un enfoque basado en derechos, género y equidad social, partiendo de un diseño y construyendo una gestión que recuperó la evidencia científica disponible. A la vez, aportó nuevas evidencias e instrumentos contribuyendo al desarrollo de mejores políticas públicas para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia.

Esperamos con esta publicación dar cuenta de los elementos centrales del diseño, la implementación y la evaluación del Plan ENIA como experiencia de política pública. Queremos dejar testimonio de sus resultados, del espíritu colectivo que lo animó y de la enorme satisfacción que significó para quienes se sumaron a la tarea colectiva de forjar nuevas oportunidades para el desarrollo personal de niñas y adolescentes de la Argentina y de garantizar sus derechos sexuales y reproductivos. También queremos recuperar las lecciones aprendidas y aportar a la discusión sobre las buenas prácticas en políticas públicas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El propósito es contribuir a futuras políticas en el país, en la región y en otros lugares del mundo.

La publicación consta de una introducción y cuatro secciones. En la introducción se presentan los rasgos centrales del Plan. En la primera sección se identifican las claves de la gobernanza, el desempeño y el impacto del Plan. En la segunda sección se describen los rasgos centrales de su diseño programático e institucional. En la tercera sección se muestran los resultados de sus dispositivos y el impacto sobre la fecundidad y la reducción de las brechas en la Argentina. En la cuarta sección se plantea una visión estilizada de sus fortalezas y enseñanzas. Y en el anexo se detallan, a modo de caja de herramientas, los materiales producidos por el Plan.

1. INTRODUCCIÓN

En América Latina el embarazo en la adolescencia fue incorporado en la agenda de políticas públicas en el siglo XXI. Una revisión sistemática de UNFPA postula que para adquirir impulso las políticas necesitaron evidenciar intervenciones costo-efectivas[6]. Durante el último cuarto de siglo se implementaron políticas de prevención del embarazo adolescente en la Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. Sin embargo, sus diseños, alcances, niveles de implementación y resultados son muy disímiles[7]. Las distinciones más importantes entre las políticas en curso residen en su nivel de operacionalización y en el nivel de incorporación de evidencias en su diseño e implementación.

Con respecto a su nivel de operacionalización, lo más frecuente ha sido que los Gobiernos elaboren estrategias nacionales que definen objetivos, intervenciones, criterios de focalización y, a menudo, incluso designan responsabilidades. En menos casos (entre los que cabe mencionar a México y El Salvador) la estrategia nacional asumió metas relativas al impacto esperado de la estrategia. Solo en los casos donde la operacionalización avanzó en sentido programático (como sucedió en los planes de Ecuador, Guatemala y República Dominicana) se definieron presupuestos y mecanismos de coordinación.

Un gradiente similar puede ser identificado entre las políticas implementadas con respecto a la modalidad en que utilizan evidencias. Aunque todos los documentos de política parten de un diagnóstico de situación y de la revisión de literatura científica, solo el Plan ENIA de la Argentina buscó construir una teoría del cambio. Esta singularidad posiciona al Plan ENIA en un lugar destacado como política de prevención del embarazo adolescente basada en evidencias**.**

Una teoría del cambio explica por qué pensamos que ciertas acciones producirán el cambio deseado en un contexto determinado. Según Vogel, es un proceso basado en el diálogo cuyo objetivo es generar una "descripción de una secuencia de eventos que se espera que conduzca a un resultado deseado"[8]. En conclusión, las políticas para prevención del embarazo en adolescentes basadas en evidencias: a) enuncian y ponen a prueba una teoría sobre por qué la política será eficaz y cuáles serán los impactos de la política si tiene éxito; b) definen metas de procesos y resultados encadenados en forma lógica para alcanzar un determinado impacto previamente definido y; c) generan lecciones aprendidas y contribuyen a que las intervenciones sean replicadas en diferentes contextos.

---

6 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2019). *Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/Sistematizacion_de_evidencias_sobre_consecuencias_economicas_y_sociales_del_embarazo_adolescente.pdf

7 Tobar, F. y Romio, J. (2023). Lecciones aprendidas a través de las políticas públicas de prevención del embarazo adolescente en América Latina. *Vértices 25*(2), p. e25219123. https://doi.org/10.19180/1809-2667.v25n22023.19123

8 Vogel, I. (2012). *Review of the use of 'Theory of Change' in international development*. UK Department for International Development. https://www.theoryofchange.org/pdf/DFID_ToC_Review_VogelV7.pdf

El Plan ENIA fue una política intersectorial que involucró varios ministerios y áreas de trabajo y estuvo diseñada con una teoría del cambio explícita basada en evidencias, con dispositivos[9] de educación sexual integral, de asesorías en salud integral y salud sexual y reproductiva, y de protección social que, en escuelas, servicios de salud y comunidades, intervinieron sobre los determinantes próximos del problema con personas especialmente capacitadas y dedicadas al Plan (agentes).

Fueron muchos los logros del Plan ENIA en tan solo cinco años de implementación. La reducción de la tasa de fecundidad adolescente a la mitad, incluyendo la de niñas menores de 15 años, y el aumento de los reportes de abusos sexuales por parte de las niñas quizás sean los más destacables.

Pero, además, el Plan mostró que un diseño centrado en evidencia también genera nuevas evidencias. El Plan lo hizo al operacionalizar sus objetivos convirtiéndolos en metas concretas de procesos y de resultados, con producción de información y monitoreo continuo, con mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía respecto del uso de los recursos públicos, con una gobernanza interinstitucional e intersectorial ágil y eficiente, con acuerdos entre el Gobierno nacional y los Gobiernos provinciales cumplidos, y con una cultura del compromiso con la tarea y con las responsabilidades por parte de quienes trabajaron con y para el Plan.

Los logros alcanzados, pero fundamentalmente los procesos y herramientas incorporados en el diseño, la ejecución y el seguimiento del Plan, estimularon a Gobiernos de diversos países de la región. Al menos una docena de ellos está avanzando en políticas públicas para prevenir el embarazo en la adolescencia. El cambio más importante que introdujo el Plan fue el avance desde estrategias nacionales que definían objetivos y líneas de acción hacia el desarrollo progresivo de programas operativos, con métricas y sistemas de seguimiento.

9 En el contexto de políticas públicas consideramos dispositivos a aquellas estrategias, herramientas, estructuras o sistemas implementados para abordar objetivos específicos en el uso de tipo convencional del término planteado en Salum, J. E., Stolkiner, A. I. y D'Agostino, A. M. E. (2022). La noción de dispositivo en el campo de la salud mental. *Revista de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, 21*(2), p. 34. https://doi.org/10.24215/2422572Xe144

Teoría del cambio del Plan ENIA

Diagnóstico

El embarazo no intencional en la adolescencia vulnera los derechos y las oportunidades de las personas adolescentes para su desarrollo personal e inserción social a través de la educación y el trabajo, generando condiciones estructurales para la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Supuestos

SI se garantiza que las personas adolescentes reciban educación sexual integral (con contenidos de anticoncepción) y tengan acceso a espacios individuales y grupales de asesoría en salud integral en la adolescencia (que incluya diversos temas de la agenda de salud de esta población, incluida la salud sexual y reproductiva).

SI se remueven las barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes a través de una derivación oportuna desde las asesorías en escuelas y centros comunitarios con turnos protegidos en los servicios de salud.

SI se sensibiliza a los equipos de salud de la red de servicios públicos respecto al problema del embarazo adolescente y sus posibilidades de mejorar la respuesta captando y resolviendo la demanda.

SI se fortalecen las capacidades técnicas y operativas de prevención, detección temprana y abordaje del abuso sexual, el embarazo forzado y el acceso a IVE ILE en el nivel subnacional mediante acuerdos interinstitucionales y protocolos de actuación.

Resultados

Las personas adolescentes se protegerán del embarazo no intencional con métodos anticonceptivos (especialmente de larga duración), se evitarán embarazos no intencionales y se impactará en la reducción de la tasa específica de fecundidad en la adolescencia.

El Plan ENIA en números

212.295
asesorías brindadas en salud integral en escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios, a las que se suman 50.663 asesorías en salud integral bajo modalidad virtual.

249.911
niñas, adolescentes y jóvenes recibieron métodos anticonceptivos de larga duración (121.941 de 20 a 25 años, 109.614 de 15 a 19 años y 18.356 menores de 15 años).

93.676
embarazos adolescentes no intencionales evitados (91.124 en adolescentes de entre 15 y 19 años y 2.552 en niñas menores de 15 años)[10].

52%
de reducción de la brecha entre las provincias que venían registrando una disminución importante del embarazo adolescente y aquellas en las que no disminuía o incluso aumentaba (provincias priorizadas por el Plan ENIA). Entre el inicio del Plan y 2022 la brecha entre ambos grupos se redujo a la mitad, pasando de 23,87 puntos a 11,36. Es decir, se redujo un 52%.

36/12
Funcionó en 36 departamentos de 12 provincias de la Argentina.

20.143
docentes recibieron capacitación en contenidos de educación sexual integral relacionados con anticoncepción.

USD 165.452.723
generados en beneficios sociales para el país representando 4,3 dólares de retornos por cada dólar invertido en el Plan ENIA[11].

23.345
profesionales de la salud recibieron capacitación en anticoncepción con métodos de larga duración y en atención de adolescentes.

50%
de reducción de la tasa específica de embarazo adolescente de la Argentina (de 50 cada mil adolescentes en 2018 a 25 cada mil adolescentes en 2023)[12].

10 El impacto del Plan ENIA en términos de embarazos no intencionales surge de la evaluación desarrollada por UNFPA a través del Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI) -explicado en la sección 3 de este documento-, alimentado con la información demográfica de la población objetivo en los 36 departamentos priorizados y con reportes de métodos anticonceptivos entregados (Fichas LARC) y de cobertura de educación sexual integral.

11 La estimación de la razón beneficio-costo surge de considerar los costos directos de la intervención. Los beneficios contemplados surgen del estudio del Modelo de Impactos Laborales, Educativos, en la Nómina y Asistenciales (MILENA), que estima el costo de oportunidad del embarazo adolescente y es presentado en la sección 3 de esta publicación.

12 La información sobre reducción de la TEFA proviene del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales.

2. LAS CLAVES DEL PLAN ENIA

Es posible identificar un conjunto de elementos incorporados en la construcción del Plan ENIA como política pública. A continuación son presentados bajo la forma de condiciones que fueron concretándose desde el diseño hasta la implementación.

Un diagnóstico ajustado

El diagnóstico del problema y de las capacidades estatales en las 12 provincias y los 36 departamentos seleccionados fue clave para construir la factibilidad del Plan. Se analizó la información sociodemográfica y sanitaria para observar las características y la magnitud del fenómeno del embarazo no intencional, y también el catastro de las instituciones educativas, de la red de servicios de salud de atención primaria y de los mecanismos del sistema de protección social para las situaciones de abuso sexual. Todos los dispositivos estatales existentes en cada uno de los territorios fueron censados. Se dispuso así de una radiografía detallada de la magnitud y las características del problema, así como de las capacidades estatales. Este diagnóstico permitió focalizar y validar la priorización de los territorios y diseñar la estrategia de implementación en base a los recursos institucionales existentes en cada lugar.

Apoyarse y apoyar políticas preexistentes

La preexistencia de programas e instituciones sectoriales arraigados en la arquitectura institucional del Estado y con presencia en todas las provincias permitió contar con un "saber hacer" específico. Se identificaron tres programas nacionales -dos del ámbito de la salud y uno de la educación- que abordaban temas vinculados a la población adolescente. Esos programas tenían un enfoque de derechos y perspectiva de género: el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 25.673/2002)[13], el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150/2006)[14] y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (Resolución Ministerial 619/2007)[15]. Este último había puesto en marcha en el año 2016 un dispositivo novedoso, las asesorías en salud integral en escuelas secundarias, las cuales fueron retomadas y ampliadas por el Plan. A su vez, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), creada en el año 2005 como organismo encargado de implementar la Ley 26.061/2005[16] de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, tenía el mandato político-institucional de proteger la integralidad de los derechos de la niñez y la adolescencia. El trabajo coordinado con estos programas y mecanismos estatales permitió abordar el desafío de la intersectorialidad e integralidad necesarias para cumplir con las metas del Plan.

---

13 Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm

14 Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm

15 Resolución ministerial 619/2007 de creación del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. https://www.sagij.org.ar/index.php/nuestros-derechos/102-comunidad/leyes-y-derechos/501-resolucion-ministerial-n-619-2007-crea-el-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia

16 Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm

Un diseño basado en evidencia

La selección de un número reducido de dispositivos basados en evidencias fue clave para garantizar la dirección general del Plan, sostener su foco y fidelizar la implementación de sus dispositivos en los territorios. Sobre la base de una revisión de la literatura y de experiencias en otros países se priorizaron las intervenciones de salud, educativas y de apoyo social para incidir sobre los determinantes próximos de la fecundidad adolescente. Se dedicaron seis meses para delinear la arquitectura institucional y la propuesta técnica del Plan. La coordinación técnica estuvo a cargo de un equipo especialmente convocado proveniente de dos instituciones académicas[17] que interactuó con las autoridades de los programas sectoriales nacionales involucrados (educación sexual integral, salud en la adolescencia, salud sexual y reproductiva, y protección social) para el armado del diseño. También en esta etapa UNFPA aportó capacidad técnica al diseño del Plan[18,19,20].

Una gestión basada en resultados

Un elemento clave de la gestión fue la orientación a resultados que guió los planes operativos anuales definiendo metas de cobertura y procesos en los tres niveles (nacional, provincial y local). El eje en evidencias y el monitoreo fueron los pilares que construyeron agenda y organizaron el diálogo en las mesas de coordinación nacional y provinciales creadas por el Plan. Una política basada en evidencias no solo orienta lo que hay que hacer, cuándo y cómo, sino que también regula y tracciona las decisiones, los actores y sus vínculos. El monitoreo continuo del Plan cumplió las funciones de observar su performance y de rendir cuentas a la vez que aportó a la gobernanza, ordenando las agendas de trabajo y las decisiones, identificando cuellos de botella y responsabilidades relativas, y construyendo sinergia para generar óptimos colectivos.

Una gobernanza articulada

El carácter federal del país y el carácter intersectorial de la política implicaron desafíos particulares en la construcción de procesos de gobierno. Una trama de actores y de territorios debieron articularse. Así, el Plan articulaba con los niveles políticos nacionales y provinciales a través de las personas responsables de programas y de los equipos técnicos de los ministerios de salud, educación y desarrollo social. A nivel territorial, la articulación se daba alrededor de las mesas de coordinación intersectorial (mesas EFTI), de los espacios de implementación en el territorio (centros de salud, escuelas y centros comunitarios) y de las personas que se desempeñaban como agentes del Plan. Este esquema permitía superar un enfoque vertical, generando espacios de construcción conjunta entre el nivel central y las provincias.

---

17 Se trata de CEDES (www.cedes.org) y de CIPPEC (www.cippec.org).

18 El equipo técnico de UNFPA LACRO, en particular Federico Tobar, colaboró en el diseño del Plan, en la definición de las métricas a utilizar y en la selección de las intervenciones costo-efectivas.

19 Cono Sur y UNFPA LACRO (2017). *Marco estratégico de la prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del cono sur*. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/marco%20estrategico%20castellano%20OK%2017bMayo_1.pdf

20 UNFPA, OPS/OMS, UNICEF (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/34853

Alianzas estratégicas para la legitimación y sostenibilidad

El Plan construyó alianzas estratégicas que permitieron darle visibilidad y ampliar su base de sustentación técnica y política. Esas alianzas se construyeron con actores del sistema de Naciones Unidas, el Congreso Nacional y la sociedad civil a través de un Consejo Consultivo que contó con la asistencia técnica de las agencias de Naciones Unidas, en especial UNFPA y UNICEF, las cuales también funcionaron para darle plafond frente a la sociedad y la dirigencia política. En sus primeros años el PNUD gestionó los recursos financieros del Plan, facilitando los procesos de contratación y compra de insumos. En el campo legislativo, el Plan fue parte de la agenda de trabajo de la Comisión Bicameral por los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes[21], la cual realizó un seguimiento de su implementación.

Una programación local participativa

La construcción de los planes operativos anuales (POA), compartida entre nación y provincias, fue clave para dar un soporte político y técnico que hizo posible la intersectorialidad e interjurisdiccionalidad del Plan, a la vez que permitió una alta fidelización en la implementación territorial de los dispositivos. Los POA se construyeron de manera participativa y se legitimaron en el mismo proceso. Se utilizaron para la planificación y el seguimiento, y también permitieron acordar los compromisos anuales de los equipos técnicos e institucionales de todos los niveles de implementación del Plan. En cada POA se incorporaron los objetivos y sus líneas de acción, se identificaron responsables de las acciones, se fijaron las metas de proceso y cobertura comprometidas para el período, y se acordó el cronograma de las acciones.

Aseguramiento de insumos

La disponibilidad de un presupuesto específico para la compra de insumos[22] por parte del Ministerio de Salud de la Nación y la decisión de asignar esos recursos exclusivamente a la población objetivo del Plan fueron clave para sostener su capacidad de respuesta. Se priorizaron los métodos anticonceptivos de larga duración -especialmente los implantes subdérmicos- dada su alta aceptabilidad en la población adolescente y su costo-efectividad. La dispensa de insumos se dio en el marco de una estrategia de fortalecimiento de las consejerías en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud del primer nivel de atención y de las asesorías en salud integral en las escuelas y comunidades para crear oportunidades para decisiones libres e informadas y para reforzar la adherencia.

---

21 En el marco de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se crea la Comisión Bicameral por los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Es un organismo legislativo integrado por miembros de ambas cámaras del Congreso Nacional. Su propósito fundamental es abordar, analizar y legislar sobre temas relacionados con los derechos, el bienestar y el desarrollo de la infancia y la adolescencia de la Argentina.

22 La distribución de los insumos se organizó en articulación con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y el programa REMEDIAR, ambos del Ministerio de Salud de la Nación. Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) se enviaban con la logística y trazabilidad del REMEDIAR a los depósitos provinciales, desde donde se remitían a los servicios de salud de los departamentos priorizados por el Plan ENIA. Los preservativos, métodos hormonales orales e inyectables, la anticoncepción de emergencia y los test de embarazo se incorporaban a los botiquines de SSR y se enviaban en forma directa desde el REMEDIAR a los centros de salud.

El compromiso con metas de impacto

El desarrollo de una métrica para estimar y medir las metas de impacto del Plan fue clave para rendir cuentas acerca de la inversión que se comprometía y para orientar los objetivos anuales. Las metas de impacto propias del Plan —la cantidad de adolescentes efectivamente protegidas y de embarazos prevenidos para cada año— traducidas en el MEMI (descripto en la sección 3) fueron una brújula que permitió alinear las decisiones y acciones. El reporte de la meta esperada y la meta efectivamente cumplida sirvió como evaluación anual de la efectividad del Plan y contribuyó para sostener su legitimidad y rendir cuentas. A su vez, contar con metas de resultados permitió desarrollar una programación local participativa en la cual cada jurisdicción asumía protagonismo en estimar su población objetivo, los procesos de atención necesarios para alcanzar los resultados de impacto e incluso para estimar las cantidades de insumos que debían ser adquiridos a nivel central y disponibilizados en cada servicio de salud.

La producción de conocimiento para la incidencia

La producción de estudios sobre la cultura organizacional del Plan y sobre el impacto socioeconómico del embarazo en la adolescencia para la población adolescente, para la sociedad y para el Estado permitió disponer de información y argumentos para la incidencia -sobre todo en las etapas de cambios de gestión, pero también para el sostenimiento de las voluntades de las autoridades subnacionales- y para retroalimentar al Plan con información de mitad de término acerca del funcionamiento de sus dispositivos y las perspectivas de sus agentes y de las personas usuarias.

Un presupuesto específico

La disponibilidad de presupuesto propio fue clave, porque hizo posible la estimación de la inversión necesaria, la previsibilidad del alcance del Plan y la rendición de cuentas de los recursos invertidos, con clara distinción entre los recursos asignados a la gestión y aquellos dirigidos a las prestaciones directas. El Plan contó con presupuesto específico dentro del presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación consignado en una línea presupuestaria propia. Los recursos presupuestarios se asignaron a la contratación de recursos humanos para prestaciones directas, para la gestión intersectorial territorial y la gestión operativa central, y para sostener el sistema de monitoreo y rendición de cuentas. También se asignaron a la compra de insumos anticonceptivos -prioritariamente de larga duración-. La gestión de los fondos del Plan se realizó en conjunto con el PNUD. El nivel de ejecución anual, del orden del 90% de los recursos asignados, fue un indicador de gestión eficiente que también reforzó la sostenibilidad política del Plan y contribuyó a sus buenos resultados. Las provincias no dispusieron de asignaciones directas para el Plan, pero aportaron los equipos responsables del funcionamiento de las instalaciones de las escuelas, los centros de salud y hospitales, y los centros comunitarios, así como los equipos de los programas provinciales de salud sexual, salud adolescente y ESI.

Equipos dedicados al Plan

La disponibilidad de recursos humanos específicos asignados al Plan fue clave para el desarrollo de acciones de cada dispositivo en forma directa con la población adolescente, y para sostener las articulaciones entre sectores para el abordaje integral. También contribuyó a crear una comunidad de prácticas y una cultura institucional que amalgamó y dinamizó las acciones en los territorios. Los recursos humanos contratados se dedicaron a ofrecer prestaciones directas en educación sexual integral, asesorías en salud integral, consejerías en salud sexual y reproductiva y dispensa de métodos anticonceptivos, y acciones de protección social para atender las situaciones de abuso sexual y embarazo forzado. El Plan también dispuso de equipos de gestión intersectorial en cada una de las provincias seleccionadas, en los programas nacionales y en las áreas de la coordinación general.

La cultura institucional como amalgama

Otra clave de la gobernanza fue la construcción de una visión compartida en base a la división del trabajo. El desafío fue dar certidumbre respecto a lo esperado de cada rol técnico a través de una definición clara de sus funciones y de un esquema de toma de decisiones explícito. Un componente central de la cultura institucional fue el empoderamiento de los equipos focales territoriales (EFTIs). Ello logró la efectiva instalación del Plan en las provincias, pues los equipos EFTIs fueron el nexo entre los territorios y la gestión central, y construyeron la intersectorialidad en el nivel mismo de la gestión (mesas intersectoriales provinciales EFTI). Sus capacidades de planificación estratégica y operativa se fortalecieron con capacitaciones y asistencia técnica continua. La construcción de “confianzas” y la certidumbre acerca de lo que se podía esperar y lo que no, a partir de los términos de referencia y del proceso de selección de agentes territoriales, permitieron acuerdos sobre las tareas cotidianas. La confianza en el “saber hacer” de cada perfil profesional y los saberes programáticos de cada sector (ESI, salud sexual, salud adolescente, niñez y adolescencia) en abordajes con adolescentes fueron una plataforma que amalgamó el quehacer colectivo.

La comunicación interna y externa como sostén técnico y político

Las estrategias de comunicación interna y externa sirvieron para sensibilizar sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia y sus estrategias de prevención, así como para la construcción de una comunidad con compromiso para el logro de los objetivos del Plan. Se construyó así la legitimidad y una cultura institucional basadas en estrategias de comunicación dirigidas a diversas audiencias: personas decisoras de la política pública, equipos técnicos, población en general y, en especial, población adolescente. Se implementaron campañas sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia y sobre las estrategias de prevención. La producción de materiales técnicos fue una línea de trabajo sistemática que orientó las acciones de los equipos técnicos y generó incentivos para sostener la fidelización a los objetivos y dispositivos del Plan, así como una visión compartida sobre los determinantes del problema y la fundamentación de las intervenciones seleccionadas. En este marco, las estrategias de comunicación interna se basaron

en boletines periódicos con novedades de los territorios y en el desarrollo de metodologías participativas que permitieron circular la palabra, las diferencias y los conflictos, y construir los acuerdos necesarios para el cumplimiento de las metas.

Un sistema de monitoreo y evaluación para la rendición de cuentas y la retroalimentación constante

El Sistema de Información y Monitoreo (SIM) desempeñó un papel central en el diseño, la implementación y el monitoreo del Plan, siendo fundamental para guiar cada una de sus fases. Durante el diseño, el SIM proporcionó datos críticos que facilitaron la identificación de las necesidades y permitieron orientar la priorización territorial, lo que hizo viable el diseño de intervenciones adaptadas a las particularidades locales. En la fase de implementación, el SIM no solo ayudó a establecer alianzas estratégicas entre diversos actores, sino que también generó mecanismos de rendición de cuentas y una gestión más "territorializada". Además, su capacidad para realizar un seguimiento continuo de las actividades y de los resultados parciales garantizó que las acciones se fueran ajustando a las metas establecidas, permitiendo una reacción oportuna e informada ante desafíos emergentes. A lo largo de la implementación, el SIM se consolidó como una herramienta esencial para evaluar el progreso del Plan, proporcionando evidencia que sustentó ajustes necesarios en las estrategias aplicadas. Su enfoque en la recolección y el análisis de datos permitió identificar áreas de mejora y facilitó la documentación de aprendizajes clave, asegurando que el Plan se mantuviera alineado con sus objetivos iniciales a la vez que evolucionaba en respuesta a las necesidades cambiantes de la población objetivo y las configuraciones institucionales locales. En conjunto, el SIM fue una función estratégica de la rectoría/coordinación nacional en la búsqueda de un impacto sostenible y efectivo en la reducción del embarazo adolescente, consolidando su relevancia en el ámbito de las políticas públicas (Gualdoni, 2023)[23].

Para cerrar esta sección, resaltamos que la buena gobernanza de una política pública requiere implantar procesos que satisfagan los requisitos de ser participativos; ser coherentes con el estado de derecho; sustentarse en estrategias basadas en evidencias; ser transparentes; tener capacidad de respuesta; estar orientados al consenso; ser equitativos e inclusivos; estar financiados; ser eficaces y eficientes; y rendir cuentas. En el caso del Plan ENIA tales requisitos se lograron a través de los diversos aspectos que se describieron en esta sección referidos a la articulación en niveles macro (nacional), meso (provincial) y micro (local) con espacios de coordinación específicos; a la orientación de la gestión hacia resultados al basar el Plan en evidencias y en el monitoreo de su implementación; a la construcción de una cultura institucional que ayudó a desplegar acciones en terreno manteniendo la consistencia del Plan; y a la intersectorialidad en todos los espacios de decisión[24].

---

23 Gualdoni, N. (2023). *Aportes de los sistemas de información y monitoreo al mejor desempeño de la política social. El caso del plan ENIA en Argentina (2017-2019)*. Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/21332/2/TFLACSO-2023NG.pdf

24 Rothstein, B. y Teorell, J. (2008). What Is Quality of Government? A Theory of Impartial Government Institutions. *Governance, 21*(2), p. 165 -190. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1328817

3. PLAN ENIA: ¿CÓMO LO HIZO?

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que afecta la vida futura de generaciones. El Plan ENIA fue la primera política que abordó integralmente este fenómeno en la Argentina. En esta sección se informan los determinantes y las consecuencias de este problema social en el marco del comportamiento de la fecundidad adolescente, se describe el diseño programático e institucional del Plan, y se da cuenta de su sistema de monitoreo y métricas para evaluar sus resultados e impactos.

Construcción del problema: el embarazo no intencional en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia se produce por una serie de factores y es a la vez causa y consecuencia de vulneraciones de derechos, entre los que se encuentran el derecho a la educación, al acceso a anticonceptivos eficaces y a información sobre salud sexual y reproductiva, a gozar de una vida libre de todo tipo de violencias, y a tomar decisiones libres e informadas (UNFPA, 2013)[25]. A su vez, está fuertemente asociado con la interrupción de la escolaridad y produce consecuencias negativas a largo plazo vinculadas al acceso al mercado laboral con empleos de calidad. Es un fenómeno que afecta negativamente las trayectorias de vida y las oportunidades de integración social de la población adolescente.

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana también se asocian con malos resultados de salud para las adolescentes y sus hijos: mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, mayor riesgo de complicaciones perinatales y muerte, menor peso al nacer, estado nutricional infantil más deficiente y niveles de educación más bajos. Estos riesgos son especialmente importantes en madres adolescentes menores de 15 años, a los que se agregan además otros riesgos, como una probabilidad cuatro veces mayor de muerte materna durante el embarazo y mayor riesgo de muerte neonatal (dentro de los 27 días posteriores al nacimiento) (Conde-Agudelo et al., 2005, en UNFPA LACRO, 2019)[26].

Por todas estas consecuencias, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana contribuyen a la reproducción de ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, 2018)[27].

Existe evidencia sobre la relación entre situaciones de violencia sexual y abuso y el embarazo en la adolescencia temprana (CLADEM, 2016, citado en Plan ENIA,

25 UNFPA (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf

26 UNFPA LACRO (2019). *Metodología para Estimar el Impacto Económico del Embarazo y la Maternidad Adolescentes en Países de América Latina y el Caribe – MILENA 1.0 Noviembre, 2019*. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_1.0_marco_conceptual.pdf

27 UNFPA, OPS/OMS, UNICEF (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe*. https://lac.unfpa.org/es/publications/acelerar-el-progreso-hacia-la-reducci%C3%B3n-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el

2019a)[28]. En estos casos, el embarazo forzado es una continuidad de la situación del abuso que le dio origen. Los abusos sexuales hacia niñas y adolescentes pueden ocurrir en distintos contextos. En la mayoría de los casos, las personas agresoras son del entorno familiar -incluidos padres biológicos, tíos y abuelos-, o son allegadas o están a cargo de su cuidado. Asimismo, puede tratarse de situaciones iniciadas en edades muy tempranas que se repiten en el tiempo o de situaciones esporádicas o de una sola vez.

Un aspecto por el cual el embarazo en la adolescencia merece especial atención es su carácter no intencional[29]. Basado en un enfoque de derechos, el Plan ENIA abordó el problema del embarazo en la adolescencia en el entendimiento de que su no intencionalidad mostraba una vulneración de derechos más gravosa aún que todas las vulnerabilidades mencionadas.

El costo de oportunidad del embarazo adolescente: el estudio MILENA en la Argentina

Una pieza de evidencia clave para el diálogo político sobre el que se construyó el Plan ENIA fue el estudio MILENA[30]. El título proviene del acrónimo para Modelo de Impactos Laborales, Educativos, en la Nómina y Asistenciales. Se trata de una metodología desarrollada por UNFPA que ha sido implementada en 16 países.

La metodología MILENA compara las trayectorias de las mujeres que fueron "madres tempranas" (19 años o menos) con quienes fueron "madres adultas" (entre los 20 y los 29 años).

El estudio resultante de la aplicación de esta metodología es un análisis de costo-oportunidad del embarazo adolescente y la maternidad temprana que se centra en comparar los logros de las mujeres que fueron madres en la adolescencia con quienes fueron madres luego de los 20 años. Considera cinco dimensiones: niveles educativos, participación laboral, ingresos percibidos, gastos asistenciales en salud y pago de impuestos.

El principal hallazgo del estudio MILENA es que el embarazo adolescente le cuesta a la Argentina el equivalente al 0,22% de su PBI.

---

28 Plan ENIA (2019a). *El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2019_El_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_la_argentina_documento_tecnico_5.pdf

29 Los datos sobre embarazo no planificado se obtienen del Sistema de Información Perinatal (SIP-G), que recoge información de las mujeres o personas con capacidad de gestar que se atienden el parto en hospitales del subsistema público.

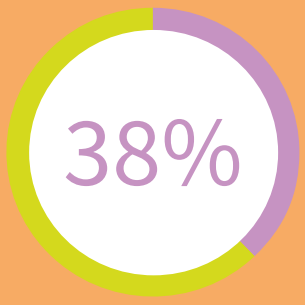
30 UNFPA (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Argentina*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/MILENA_Argentina_Consecuencias_socioeconomicas_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf
Resumen ejecutivo: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/MILENA_Argentina_Consecuencias_socioeconomicas_del_embarazo_adolescente_Resumen_Ejecutivo.pdf

A valores de 2018 el costo totalizó cerca de USD 835 millones. De ellos, el 68% son atribuibles a pérdidas de ingresos generadas por las brechas que enfrentan las mujeres que fueron madres tempranas en el mercado laboral, mientras que el restante 32% corresponde a costos afrontados por el Estado, tanto en términos de gastos directos en atención médica como de ingresos que deja de percibir por impuestos. El estudio MILENA también comprobó que quienes fueron madres adultas tienen cinco veces más probabilidades de obtener un título universitario, tres veces más de completar estudios terciarios y 17% más de completar el secundario que quienes fueron madres adolescentes. Esto repercute en la participación laboral y en la remuneración obtenida. Las madres tempranas permanecen un 25% más en el hogar sin realizar actividades remuneradas. Cuando buscan empleo registran tasas de desempleo un 21,4% superiores a quienes fueron madres en edad adulta. Y, finalmente, quienes consiguen empleo terminan percibiendo remuneraciones un 29% inferiores.

Las mujeres que fueron madres adolescentes registran una menor probabilidad de terminar sus estudios secundarios.

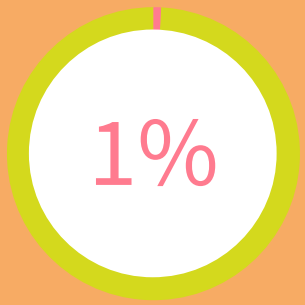
Quienes fueron madres adultas tienen 3 veces más chances de completar sus estudios terciarios que quienes fueron madres tempranas.

Quienes fueron madres adultas tienen 5 veces más chances de alcanzar un título universitario que quienes fueron madres tempranas.



Solo el 38% de las mujeres que fueron madres en la adolescencia completó la educación secundaria, mientras que el 55% de quienes fueron madres en edad adulta completó ese nivel.

Solo el 3% de las mujeres que fueron madres en la adolescencia alcanzó el nivel de educación terciaria de ciclo corto, mientras que en el caso de quienes fueron madres en edad adulta, el 10% alcanzó ese nivel.



En cuanto al nivel de educación universitaria de grado, solo el 1% de quienes fueron madres en la adolescencia alcanzó ese nivel, mientras que, de quienes fueron madres en edad adulta, el 5% completó ese nivel.

El modelo de análisis se basa en la teoría de las familias formulada por Gary Becker[31] quien, desde la perspectiva del capital humano, describe la trayectoria de la maternidad temprana como una curva de ingresos subóptima en comparación con la de aquellas mujeres que continuaron su formación de capital humano y se insertaron en el mercado laboral en forma posterior pero registran una pendiente de ingresos mayor, que a su vez es sostenida durante un cuarto de siglo.

Las madres tempranas permanecen más en el hogar dedicadas a tareas domésticas y de cuidados que las madres adultas.

Las madres tempranas se ven más afectadas por el desempleo que las madres adultas.

Las madres tempranas se ven más afectadas por el desempleo que las madres adultas.

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia (10 a 19 años) resultan afectadas por la inactividad laboral en un 25% más que quienes lo fueron en la primera década de edad adulta (20 a 29 años).

Cuando salen del hogar para ingresar al mercado laboral las mujeres que fueron madres en la adolescencia registran niveles de desmpleo un 21,4% mayores a quienes lo fueron en la primera década de edad adulta (20 a 29 años).

Las mujeres que fueron madres en edad adulta (20 a 29 años), obtienen ingresos laborales un 29% superiores a quienes lo fueron en la adolescencia (10 a 19 años).

Las consecuencias socioeconómicas consideradas son cinco: 1) nivel educativo alcanzado, 2) participación laboral y empleo, 3) ingresos individuales, 4) atención médica del embarazo, el parto, el puerperio y recién nacidas/os, y 5) ingresos fiscales percibidos por el Estado a través de impuestos.

31 Becker, G. (1994). *Human Capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to Education*. Chicago: The University of Chicago Press.

Sobre la base de esas cinco dimensiones se desarrolló una estimación del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia para el país en su conjunto a través de la operacionalización de tres costos de oportunidad: a) la brecha en la actividad productiva, b) los gastos asistenciales en salud y c) la renuncia fiscal. Mientras en el primer caso el costo de oportunidad afecta en forma directa a los hogares, porque son los ingresos que las mujeres dejan de percibir, en los otros dos componentes el costo de oportunidad es para el Estado.

A partir de los hallazgos del estudio MILENA, que permitieron cuantificar el costo de oportunidad del embarazo adolescente, y en combinación con el Modelo de Estimación de Metas e Impactos (MEMI), fue posible calcular la razón de beneficio-costo del Plan ENIA.

A pesar de la tendencia a la baja en la tasa de fecundidad adolescente en América Latina en los últimos años, el embarazo no intencional en esta franja etaria sigue siendo un problema social significativo. La tasa de fecundidad adolescente (TEFA) para el grupo de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe se estimó en 53,2 por mil. Aunque ha disminuido notablemente en la última década, sigue siendo superior al promedio mundial de 42,4 por mil y a las tasas de otras regiones, siendo solo superada por África, que presenta una tasa de 92,2 por mil. En América del Norte, Asia y Oceanía, la TEFA en el grupo de 15 a 19 años varía entre 15,2 y 26,8 por mil, mientras que en Europa alcanza el nivel más bajo, con 10,9 por mil. En cuanto a la fecundidad temprana, correspondiente al grupo de 10 a 14 años, la tasa en América Latina y el Caribe es de 2,4 por mil, significativamente mayor que el promedio mundial de 1,6, y que las tasas de Oceanía (0,9), Asia (0,5), América del Norte (0,1) y Europa (0,06). La única excepción es África, que presenta un nivel notablemente más alto, con 4,2 por mil (Binstock, 2023)[32].

En Argentina[33,34], durante el año 2022 el 8,9% de los nacimientos correspondieron a niñas o adolescentes menores de 20 años (DEIS, 2023)[35].

32 Binstock, G. (2023). *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Estado de situación y nuevos desafíos.* [Manuscrito presentado para su publicación].

33 La tasa específica de fecundidad en la adolescencia se desagrega en dos subetapas: TEFA 10-14 o temprana, relativa a las adolescentes que fueron madres menores de 15 años, y TEFA 15-19 o tardía, que abarca a adolescentes que fueron madres entre los 15 y los 19 años. En cada uno de estos momentos de la vida son diferentes los determinantes sociales del embarazo. En las adolescentes de 10 a 14 años son más frecuentes las situaciones de abuso y coerción, que derivan en embarazos y maternidades forzadas. En la adolescencia tardía, los determinantes están más relacionados con condiciones de pobreza, con estar fuera del sistema escolar, y con tener relaciones sexuales sin uso sistemático y/o adecuado de métodos anticonceptivos (Plan ENIA, 2019).

34 En Argentina, el problema del embarazo en la adolescencia se construye incorporando la no planificación o no intencionalidad del embarazo. Esta profundización en el análisis del problema se debe a la disponibilidad de un recurso estadístico clave como es el Sistema Informático Perinatal SIP-G, el cual consulta sobre la planificación o no del embarazo en el marco de una encuesta de pie de cama en los servicios de salud públicos del país. En efecto, los indicadores que permiten dar cuenta de la situación del embarazo no intencional en la adolescencia en la Argentina son: i) % de nacidos vivos según edad de la madre; ii) tasa de fecundidad específica en la adolescencia (TEFA); y iii) % de embarazos no planificados (o no intencionales) provenientes del SIP G.

35 Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). *Reporte interactivo de estadísticas de salud.* https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reporte-interactivo

De estos nacimientos, el 85% de los nacidos vivos de menores de 15 años y el 72% de los nacidos vivos de adolescentes de entre 15 y 19 años fueron producto de embarazos no intencionales. Además, en 11 provincias del país este porcentaje superó el promedio nacional, lo que evidencia disparidades regionales significativas (SIP Gestión, 2022)[36].

Esta problemática se enmarca en un contexto de tendencia decreciente de la TEFA[37] en el país, particularmente en el grupo de 15 a 19 años. Desde un máximo de 67,4 nacidos vivos por cada mil adolescentes en 2010, la TEFA descendió a 25,2 por mil en 2022, lo que representa una reducción del 62,5% en 12 años. Por su parte, la fecundidad temprana (10 a 14 años) también muestra una leve disminución, aunque con un repunte entre 2020 y 2021, alcanzando una tasa de 0,8 por mil en ese período (DEIS, 2023)[38].

Atendiendo a la desigualdad territorial de la Argentina, es necesario observar el comportamiento de la TEFA según jurisdicción subnacional. Para el año 2022 se observan importantes brechas: desde una TEFA (15 a 19 años) para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 6,5 -muy por debajo del promedio nacional de 25,2- a una TEFA que casi duplica el promedio nacional en provincias del noreste y el noroeste (49 por mil en Formosa, 47,5 por mil en Chaco y 45,5 en Misiones) (DEIS, 2023)[39].

En el año 2022, la TEFA temprana (10 a 14 años) presentaba niveles por encima del promedio nacional en 11 de las 24 jurisdicciones. La provincia de Formosa presentaba los valores más altos (4,1 por cada mil) mientras que Tierra del Fuego no registró nacimientos con vida para ese grupo etario (DEIS, 2023)[40]. Las provincias de Formosa, Santa Fe (zona norte), Chaco, Misiones y Santiago del Estero concentran la TEFA temprana más alta, en directa relación con el mayor peso que las poblaciones de pueblos originarios tienen en esas jurisdicciones (Plan ENIA, 2019a)[41].

La evolución de la TEFA (temprana y tardía) se inscribe en un proceso sociodemográfico más amplio de descenso de la fecundidad general en la Argentina. Entre los años 2010 y 2022, la tasa global de fecundidad tuvo una reducción del 41,9%, marcando un descenso sin precedentes desde que se comenzaron a registrar datos en el país. Este descenso ha sido aún más pronunciado en el caso de las adolescentes, con una disminución del 62,5%.

La transformación en la dinámica de la fecundidad a partir de 2014 ha sido fundamentada como producto de una serie de factores interrelacionados,

36 SIP Gestión: Sistema de Información Perinatal para la Gestión (SIP-G) (2022). Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

37 Plan ENIA (2019a). *El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2019_El_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_la_argentina_documento_tecnico_5.pdf

38, 39, 40 Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). *Reporte interactivo de estadísticas de salud.* https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reporte-interactivo

41 Plan ENIA (2019a). *El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2019_El_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_la_argentina_documento_tecnico_5.pdf

incluyendo la mejora en el acceso a tecnologías anticonceptivas, los cambios en las preferencias y comportamientos sociales, el resurgimiento del movimiento feminista, y la implementación de políticas públicas centradas en la educación sexual integral y los derechos sexuales y reproductivos. Estos factores han convergido para crear un ambiente propicio para una reducción significativa en los niveles de fecundidad, especialmente entre adolescentes.

Diseño programático basado en evidencia y en una teoría del cambio

El Plan ENIA fue la primera iniciativa de gran escala implementada en la Argentina para dar una respuesta integral, con perspectiva de derechos[42] y enfoque de género, al problema del embarazo no intencional en la adolescencia.

Fue diseñado durante el período 2016-2017 en base a evidencias y orientado a resultados, y se fundamentó en un diagnóstico exhaustivo del problema. Este diagnóstico estuvo respaldado por análisis documentales y estadísticas oficiales que permitieron establecer una línea de base sólida, identificar objetivos y estimar metas precisas, así como permitir el seguimiento del desempeño del Plan. A través de un sistema de monitoreo diseñado desde el inicio del Plan se generaron revisiones sistemáticas que contribuyeron a la mejora continua de la implementación (Gualdoni, 2023)[43].

El desafío en la formulación del Plan fue afrontar lo que la literatura denomina un "problema complejo", resultado de una serie de causas interrelacionadas que demandan un enfoque integral y multidimensional para ser abordado de manera efectiva. Así, el Plan adoptó una modalidad intersectorial e interjurisdiccional articulando respuestas de políticas públicas preexistentes y promoviendo un esfuerzo compartido entre los niveles de gobierno nacional y provincial, lo que le dio legitimidad política y técnica.

El diseño del Plan estuvo orientado por una teoría del cambio explícita. La evidencia recopilada para la construcción del problema y el análisis de experiencias en la región y a nivel global permitieron partir de un diagnóstico preciso sobre el embarazo no intencional en la adolescencia y establecer hipótesis de intervención como una combinación de estrategias para abordar el problema.

---

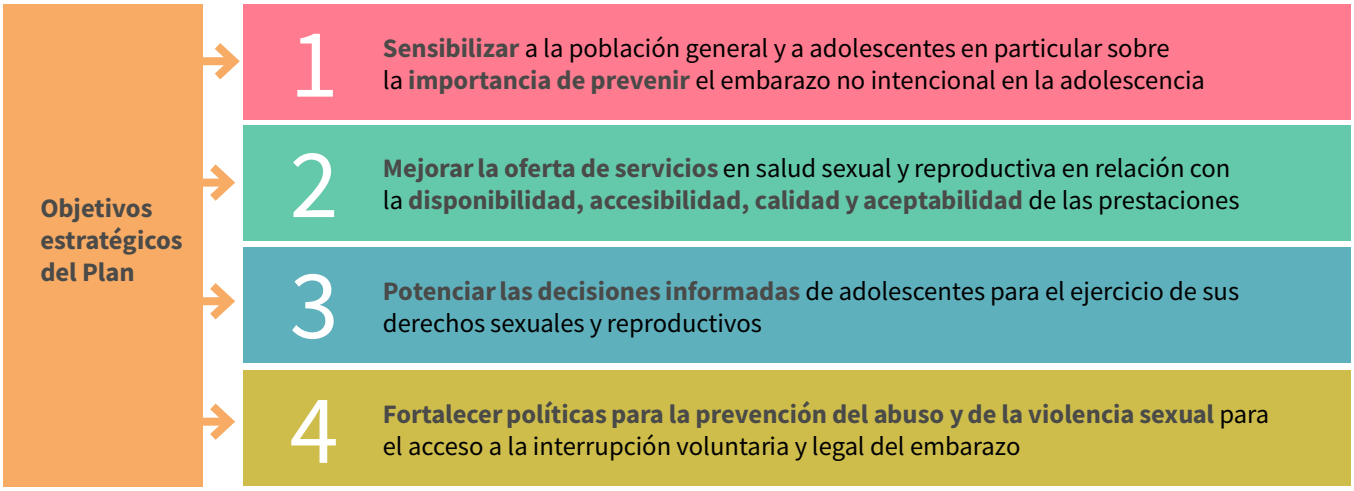
42 A la vez, el Plan se sustenta en una base sólida de legislación y políticas públicas tanto a nivel nacional como provincial. Cuatro leyes nacionales específicas en relación a la prevención de embarazos adolescentes interconectan sus objetivos y constituyen una estructura legislativa sólida (Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, y Ley 26.150 de Educación Sexual Integral). El Código Civil y Comercial de la Nación (2014) también otorga nuevas capacidades jurídicas a adolescentes. En cuanto a las políticas públicas, programas como el de Educación Sexual Integral (ESI), el de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), así como la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), ya estaban en marcha.

43 Gualdoni, N. (2023). *Aportes de los sistemas de información y monitoreo al mejor desempeño de la política social. El caso del plan ENIA en Argentina (2017-2019)*. Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/21332/2/TFLACSO-2023NG.pdf

La teoría del cambio permite a la política pública "aprender" de otras políticas y de estudios científicos y, a su vez, aportar -a través de aprendizajes- a otras políticas públicas en otros contextos. Así, detrás de cada enfoque programático se encuentra una teoría que explica la lógica sobre por qué se seleccionaron intervenciones específicas y cómo a través de ellas se puede lograr el cambio deseado. Seleccionar el enfoque programático más efectivo requiere que los equipos pongan en consideración, de manera crítica, diferentes supuestos que explican la probabilidad de que varias acciones produzcan un cambio (resultado) esperado[44].

La teoría del cambio del Plan ENIA se basó en un diagnóstico de situación sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia y en un conjunto de dispositivos sectoriales articulados para intervenir sobre los determinantes próximos del fenómeno. Con estos dispositivos se esperaba evitar los embarazos no intencionales y, con ello, reducir la fecundidad en la adolescencia. La teoría del cambio también incluyó mecanismos de gobernanza intersectorial a nivel central y territorial, buscando promover y fortalecer la articulación entre los sectores de educación, salud, y desarrollo y protección social.

El Plan se basó en una estrategia intersectorial que abordó el problema a través de cuatro objetivos estratégicos[45] y de intervenciones sectoriales específicas articuladas en una arquitectura institucional que permitió la coordinación entre diferentes áreas de gobierno y niveles jurisdiccionales.



44 Para profundizar en esta teoría del cambio ver: https://www.un.org/peacebuilding/sites/www.un.org.peacebuilding/files/documents/pbf_toc_guidance_note_2021_spa.pdf

45 Estos objetivos estratégicos se basan en tres enfoques fundamentales, a saber: i) Enfoque de Derechos: El Plan ENIA considera la prevención del embarazo en la adolescencia como una salvaguardia del derecho a la salud sexual y reproductiva. Este derecho, reconocido en normativas nacionales e internacionales, es esencial para el disfrute de otros derechos fundamentales; ii) Enfoque de Transiciones: El Plan ENIA reconoce las distintas transiciones que atraviesa la población adolescente, como finalizar la educación media e iniciar la vida laboral y la vida sexual y reproductiva. Abordar estos momentos de transición de manera integral es esencial para forjar trayectorias de vida saludables y empoderadas; iii) Perspectiva de Género: El Plan ENIA coloca la perspectiva de género en el centro de su enfoque, reconociendo las relaciones de poder desiguales entre géneros. Autonomía y empoderamiento son pilares transversales del Plan, promoviendo la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones informadas y desafiar relaciones de poder desiguales.

Los dispositivos territoriales[46] del Plan fueron:

- ***Asesorías en salud integral en escuelas y servicios de salud (ASIE)[47].*** Estas asesorías fueron un dispositivo de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y los problemas cotidianos de la población adolescente vinculados con la salud integral (salud sexual y reproductiva, violencia sexual y de género, bullying, nutrición y salud mental, entre otras dimensiones). Estaban a cargo de personas especializadas en la temática que se desempeñaban como asesoras y organizadas en base a la asignación de una persona asesora cada tres escuelas y un centro de salud en el territorio. Recibían la demanda espontánea de adolescentes en espacios y horarios protegidos en las escuelas y en las comunidades. También organizaban actividades colectivas en las aulas y en los barrios. Vinculaban a las escuelas y los espacios comunitarios con los servicios de salud, facilitando la referencia o derivación de adolescentes a través de turnos protegidos para la consejería y dispensa de métodos anticonceptivos. Este dispositivo fue clave para potenciar las decisiones informadas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de este sector de la población.

- ***Salud sexual y reproductiva.*** Se trató de un dispositivo enfocado en brindar consejería en salud sexual y reproductiva y en ofrecer de forma gratuita métodos anticonceptivos modernos (MAC) con foco en los de larga duración. Estaba conformado por equipos de tres profesionales de la salud (de obstetricia, medicina, enfermería, trabajo social y psicología) por cada departamento priorizado del Plan. Incluía la disponibilidad de MAC en los servicios de salud del primer nivel de atención y en los hospitales, la capacitación continua de los equipos de salud, y la asistencia técnica en servicio para temas específicos como la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE ILE) y la anticoncepción posevento obstétrico. A su vez, los equipos de profesionales participaban en operativos de salud territoriales.

- ***Educación sexual integral (ESI) en escuelas[48].*** Fue un dispositivo basado en la capacitación presencial en salud sexual y reproductiva (consejerías, métodos anticonceptivos, IVE ILE) para docentes y para adolescentes que concurrían a talleres organizados dentro de las escuelas. También incluía el acompañamiento institucional permanente mediante una persona por escuela que se desempeñaba como acompañante pedagógica (AP), quien apoyaba la

46 Para ampliar la información sobre el funcionamiento de los dispositivos del Plan ENIA ver: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2018_Implementacion_y_dispositivos_del_plan_nacional_enia_doc_tecnico_julio.pdf

47 El diseño del dispositivo de asesorías prevé la asociación de tres escuelas con un servicio de salud cercano, a los que asiste semanalmente cada persona asesora, quien es profesional o técnica especializada y debe generar, instalar y gestionar el dispositivo en las escuelas e implementar un sistema de turnos protegidos para referenciar al centro de salud en caso de ser necesario. La participación de adolescentes en el espacio es de carácter voluntario, por demanda espontánea, pudiendo acudir en grupos o de manera individual. Para ampliar la información sobre el proceso de instalación de este dispositivo ver: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2019_Asesorias_integrales_en_escuelas_secundarias_ASIE_Proceso_de_instalacion.pdf

48 Para ampliar la información sobre contenidos de ESI en el marco del Plan ENIA ver: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/Plan_ENIA_2021_Embarazos_no_intencional_-en_NyA_en_Escuelas_Propuestas_para_sus_abordajes_desde_la_ESI.pdf

gestión de la ESI para dinamizar su implementación en el espacio escolar. Cada AP tenía a su cargo 10 escuelas en los departamentos priorizados por el Plan.

- ***Dispositivo de base comunitaria*.** Este dispositivo fue similar al de las asesorías en las escuelas pero anclado en organizaciones comunitarias. Estaba orientado a identificar, convocar, brindar información y asesoramiento, y acercar a los servicios de salud a adolescentes que habitualmente no concurren a la escuela. También organizaba actividades colectivas en las comunidades, en espacios de cercanía cotidiana de las personas adolescentes. En la primera etapa del Plan los equipos técnicos de SENAF tenían a su cargo principalmente el sostenimiento de estas asesorías, siendo una minoría las personas contratadas especialmente para este dispositivo.

EN ESCUELAS

Asesoría pedagógica:
1 persona cada 10 escuelas

Educación sexual integral (ESI) *y* ***asesorías*** *en salud integral*

EN SERVICIOS DE SALUD

Asesoría en salud integral:
1 persona cada 3 escuelas y cada 1 centro de salud

Consejerías *en salud sexual y reproductiva,* ***provisión*** *de métodos anticonceptivos y* ***asesorías*** *en salud integral*

EN COMUNIDADES

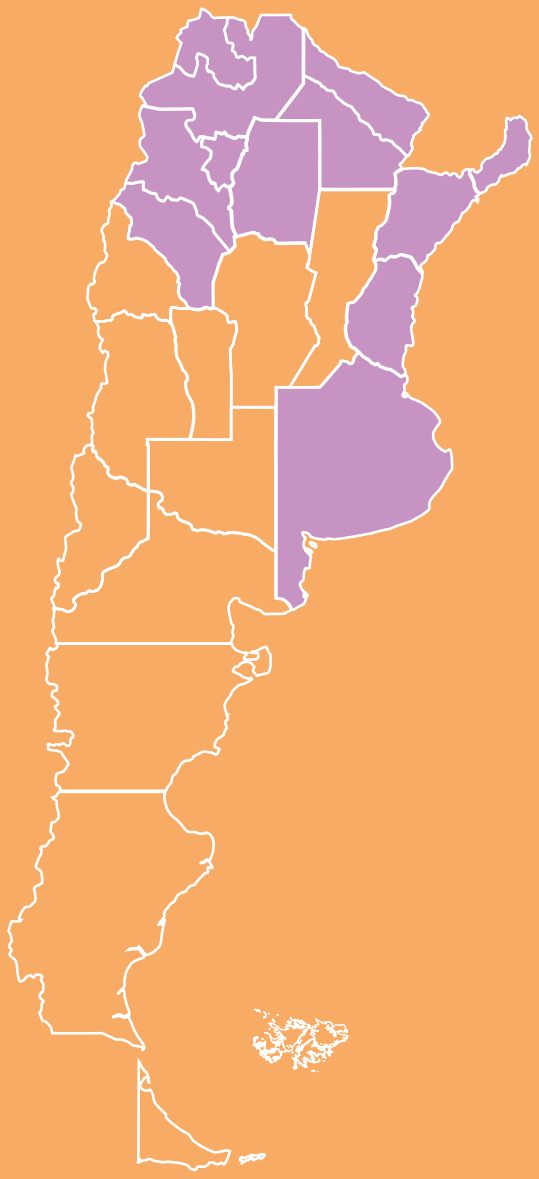
Asesoría en salud integral en espacios de la comunidad

Actividades de ***sensibilización*** *a adolescentes y personas adultas referentes y* ***asesorías*** *en salud integral*

El Plan priorizó sus intervenciones en 36 departamentos de 12 provincias con tasas de fecundidad adolescente por encima del promedio nacional y con altos niveles de embarazos no intencionales, por encima también de la media nacional. Con relación a la provincia de Buenos Aires, la selección de algunos de sus departamentos obedeció al criterio del potencial alto impacto sobre el comportamiento de la TEFA que el Plan podría tener en esa jurisdicción habida cuenta del volumen de población adolescente de esa provincia.

Provincias priorizadas por el Plan ENIA y departamentos seleccionados[49]

36 departamentos de 12 provincias priorizados según magnitud del problema y capacidad del impacto



Jujuy	Manuel Belgrano San Pedro
Salta	Capital Orán
Tucumán	Capital Cruz Alta Tafí Viejo
Formosa	Formosa Pilcomayo
Chaco	General Güemes San Fernando Chacabuco
Catamarca	Capital Belén Valle Viejo
La Rioja	Capital Chilecito Rosario Vera Peñaloza
Santiago del Estero	Capital Banda Río Hondo Robles
Misiones	Capital Guaraní Oberá
Corrientes	Capital Goya
Entre Ríos	Gualeguaychú Paraná Concordia
Buenos Aires	Almirante Brawn General San Martín Lanús Morón Quilmes San Isidro

Fuente: Presentación base Plan ENIA, 2020[50].

49 Si bien el Departamento de San Isidro formó parte de la priorización del Plan en sus inicios, en el período 2020-2023 no formó parte de los departamentos priorizados en la provincia de Buenos Aires.

50 Plan ENIA (2020). *Recorrido, logros y desafíos*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2020_Plan_ENIA_recorrido_logros_y_desafios_mayo.pdf

El Plan ENIA estableció como uno de sus cuatro objetivos estratégicos el fortalecimiento de la prevención del abuso, la violencia sexual, el embarazo forzado y el acceso a la interrupción del embarazo. Con el fin de ejercer rectoría técnico-política en la materia y promover el abordaje intersectorial, generó documentos y estrategias específicas. Esto incluyó el relevamiento de normativas, la producción de material audiovisual para la detección temprana del abuso sexual en los servicios de salud, educación y desarrollo social, la implementación de consejerías para niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, y la puesta a disposición de herramientas técnicas para el abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado en contextos abusivos[51].

Diseño institucional del Plan ENIA

El enfoque intersectorial e interjurisdiccional del Plan tuvo un correlato directo en su estructura institucional que combinó y coordinó actores institucionales sectoriales (salud, educación y desarrollo social), jurisdiccionales (nación y provincias), organizaciones de la sociedad civil, el sistema de Naciones Unidas, instituciones académicas, y el Congreso de la Nación.

El Plan también instaló una metodología de trabajo orientada a la construcción de confianzas, al apoyo técnico permanente y al seguimiento continuo para la revisión de sus avances, cumplimiento de metas, identificación de obstáculos y ventanas de oportunidad, y manejo de conflictos.

En un inicio, la coordinación general del Plan estuvo a cargo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y en 2019 se trasladó a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación.

El Plan integró tres programas nacionales preexistentes: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud, creado en 2003 por la Ley 25.673), Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (Ministerio de Salud, creado en 2007 por Resolución 619) y Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ministerio de Educación, creado en 2006 por la Ley 26.150).

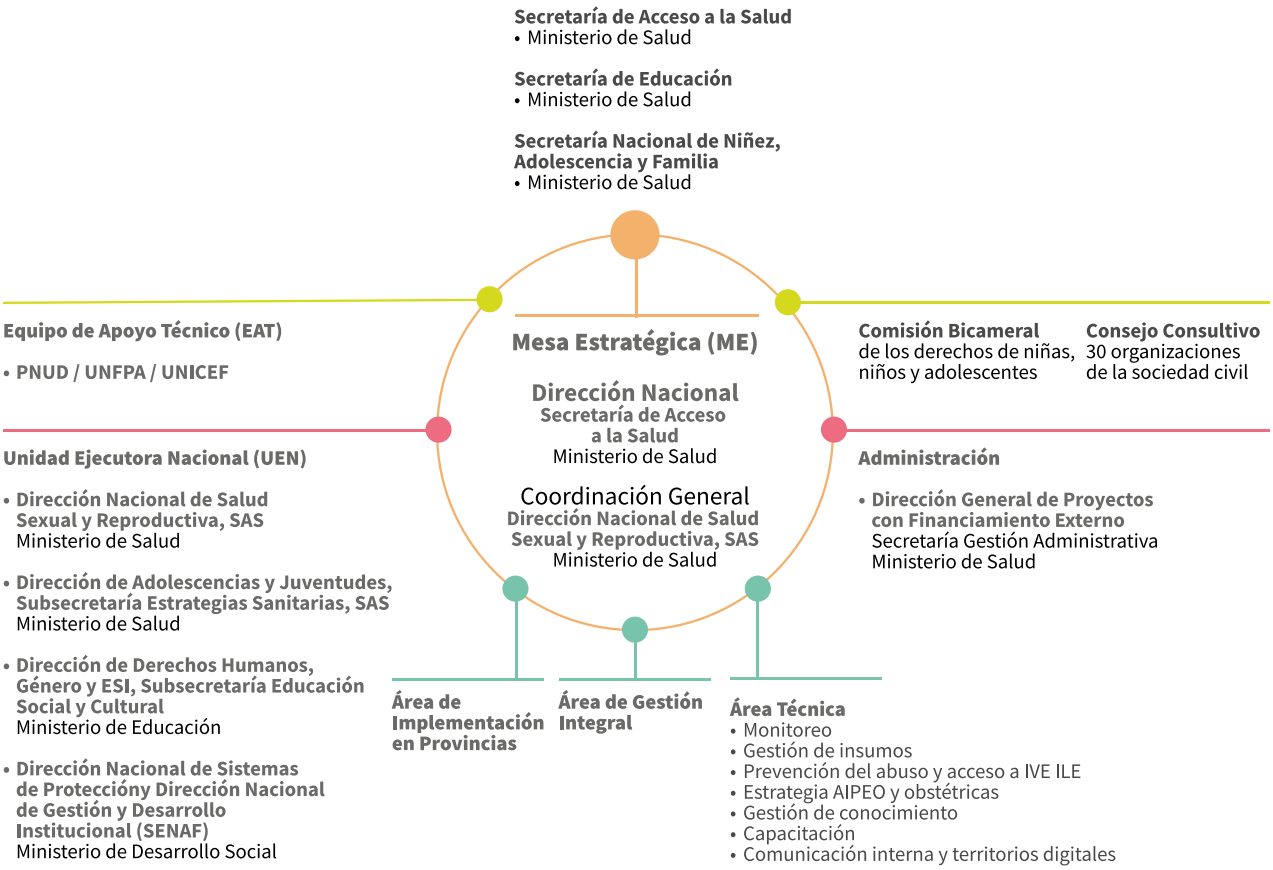
Como marco político el Plan contó con una Mesa Estratégica integrada por las Secretarías de Estado de las que dependían los programas involucrados en el Plan. Esta instancia del más alto nivel de decisión brindó las condiciones político-institucionales para la gestión estratégica y contó con el apoyo de los Consejos Federales de Salud, Educación y Niñez, Adolescencia y Familia[52]. En este plano se

51 Ver el detalle de materiales y campañas en: https://ossyr.org.ar/recursos/materiales-ssr-y-enia/abusos-sexuales-y-embarazos-forzados-en-nnna_-prevencion-deteccion-temprana-y-abordaje

52 Los consejos federales tienen un rol central en el federalismo argentino, en el cual el sector de salud y el sector de educación están descentralizados en las jurisdicciones subnacionales, las que tienen a su cargo los servicios de esos sectores. Los consejos están a cargo de la coordinación federal de las políticas públicas sectoriales y habilitan la interacción y la articulación institucional y política con los Gobiernos subnacionales entre sí y con el Gobierno nacional. Están conformados por las personas a cargo de los ministerios de cada jurisdicción y sector y presididos por la máxima autoridad nacional de cada sector.

constituyó, por un lado, el Equipo de Apoyo Técnico (EAT) integrado por UNICEF, UNFPA y PNUD y, por otro lado, el Consejo Consultivo con 30 organizaciones de la sociedad civil[53]. A su vez, la Comisión Bilateral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Congreso Nacional incorporó el seguimiento del Plan ENIA dentro de su agenda.

A continuación se presenta un diagrama que sintetiza la **estructura nacional del Plan ENIA:**

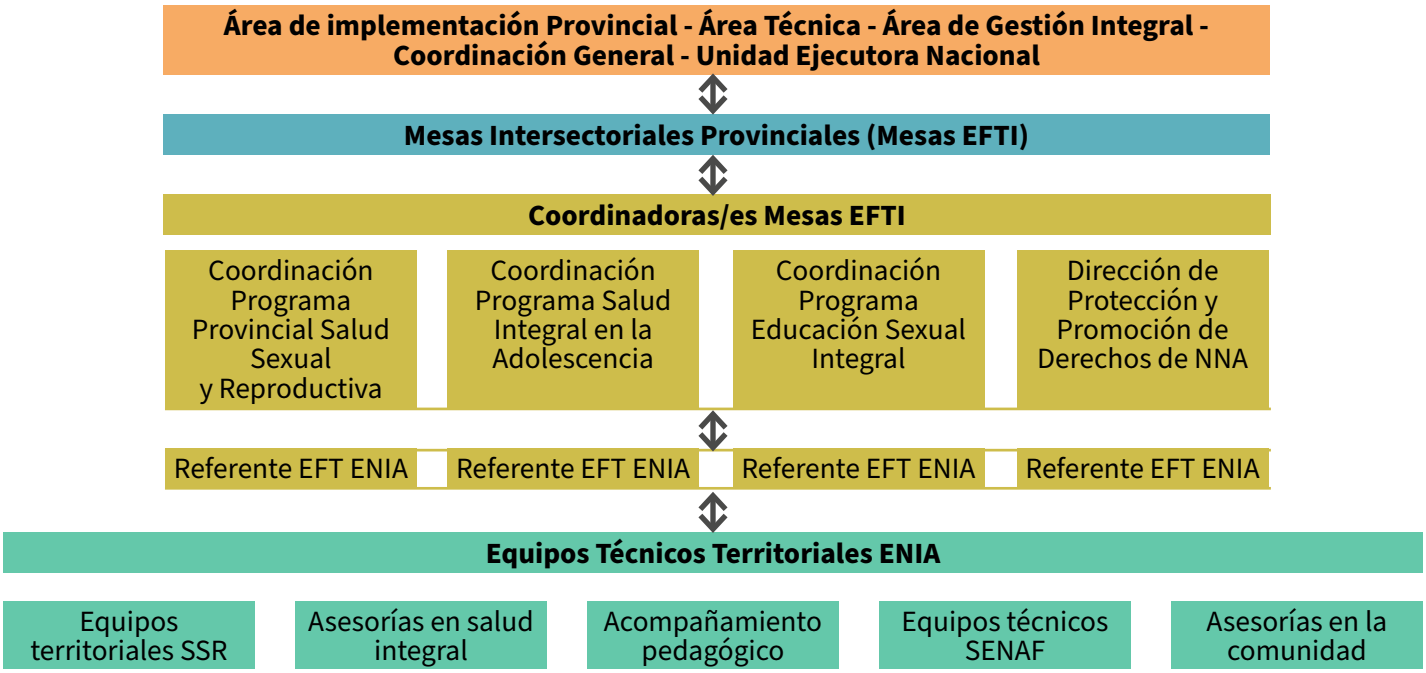


53 Las organizaciones que conformaron el Consejo Consultivo fueron: Asociación Argentina de Educadores/as Sexuales (AAES); Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA); Asociación Metropolitana de Equipos de Salud (AMES); Amnistía Internacional; Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Centro de Estudios de Población (CENEP); Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC); Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM); Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (COPBA); Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA); Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Ambliopes (FAICA); Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM); Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA); Fundación Huésped; Casa FUSA; Fundación Kaleidos; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva; Red por la Infancia; Red por los Derechos de Personas con Discapacidad (REDI); Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil (SAGIJ); Sociedad Argentina de Pediatría (SAP); Asociación Civil SURCOS; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El Consejo contó también con especialistas de diversas instituciones académicas: Instituto de Altos Estudios Sociales (IDAES); Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE) de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA); Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG); Facultad de Filosofía y Letras de la UBA; y Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE).

Respecto a la institucionalidad de la articulación nación-provincias, la estructura central fueron las mesas intersectoriales provinciales (mesas EFTI). La coordinación de esas mesas tenía dependencia directa de la Coordinación General del Plan ENIA en el ámbito nacional.

A continuación se presenta un diagrama aclaratorio de la institucionalidad detallada:

Estructura Institucional Plan Enia: Articulación Nación-Provincias



La métrica del Plan ENIA para evaluar sus resultados e impacto

La formulación del Plan ENIA se hizo bajo la premisa de que la implementación y el monitoreo de una política pública debe producir una doble dinámica de la teoría del cambio. Por un lado, una dinámica formal, que va de la definición de conceptos abstractos a la construcción de indicadores empíricos o fácticos medibles. Y, por el otro lado, una dinámica operativa, que va desde el diseño de las intervenciones al registro de su desarrollo concreto en los ámbitos territoriales e institucionales que corresponden.

A través de un enfoque sistemático, se establecieron indicadores claros y específicos para cada uno de los objetivos del Plan, los cuales fueron monitoreados de manera continua por el Sistema de Información y Monitoreo (SIM) propio del Plan. Este sistema no solo facilitó el seguimiento de los avances en tiempo real, sino que también proporcionó datos esenciales para ajustar y mejorar las estrategias implementadas, creando oportunidades robustas para que el Plan cumpliera con sus metas.

En la construcción de la métrica se trabajó en la definición de metas de procesos, de resultados y de impacto.

Sistema de Información y Monitoreo (SIM) del Plan ENIA

Uno de los principales desafíos en el diseño del sistema de información del Plan ENIA fue su carácter intersectorial y subnacional, lo que implicaba la necesidad de dar seguimiento a una amplia y diversa gama de actividades y prestaciones distribuidas en diferentes dispositivos a nivel territorial. Esto se organizó en tres niveles: territorial, que incluía alrededor de 1.664 escuelas, 1.366 servicios de salud y 420 centros comunitarios; provincial, con 12 equipos focales territoriales intersectoriales (EFTI) en cada provincia; y nacional, donde la rectoría y coordinación central recaían en funcionarios y equipos de salud, educación y desarrollo social (SENAF).

Otro desafío significativo fue la integración de aprendizajes previos en monitoreo y evaluación de los sectores involucrados, lo que requería combinar registros administrativos preexistentes con nuevos instrumentos de recolección de datos específicos del nuevo Plan. Además, se hizo evidente la necesidad de contar con un instrumento de monitoreo que pudiera informar a diferentes entidades destinatarias y adaptarse a los diversos usos de la evidencia generada. A medida que el Plan avanzaba, las prioridades del SIM se ajustaron, comenzando con un enfoque en la construcción del problema y la teoría del cambio, y evolucionando hacia la puesta en marcha de la implementación con la instalación de dispositivos territoriales, la conformación de equipos, y la medición de las acciones y los entes destinatarios involucrados. Con el tiempo, se volvió crucial registrar indicadores de resultado y de calidad para cada intervención, así como también evaluar el impacto general del Plan a través del modelo de estimación de metas de impacto (MEMI).

En cuanto a la estructura y el flujo del monitoreo, el sistema se compuso de aproximadamente 900 agentes que operaban al nivel de los equipos focales territoriales intersectoriales (EFTIs) y de diversos dispositivos territoriales, complementados por aproximadamente 30 agentes a nivel nacional. Su rol era reportar datos a través de los diferentes registros e instrumentos del SIM. Además, la matriz de indicadores incluía 12 indicadores trazadores, que formaban parte de un total de 52 indicadores diseñados para evaluar tanto productos y procesos como resultados, todos ellos geolocalizados[54]. Esta

54 El detalle de indicadores principales del Plan ENIA, está disponible en: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/Tabla_con_indicadores_principales_Plan_ENIA_2017-2023.pdf

estructura permitió una cobertura total de los dispositivos bajo el Plan, asegurando el seguimiento efectivo de las acciones implementadas.

La comunicación de la información generada por el SIM se realizó a través de informes y herramientas de gestión adaptadas a los diferentes niveles de gobierno, incluyendo informes nacionales, provinciales y por dispositivo, así como herramientas de gestión como el Mapa de Agentes Territoriales, tableros de monitoreo y bases de aseguramiento de insumos (BAI). Esto permitió una mejor visibilidad y seguimiento de las acciones implementadas, facilitando la toma de decisiones informadas en todos los niveles.

En efecto, el Sistema de Información y Monitoreo (SIM) ha jugado un papel esencial en el éxito del Plan, siendo un pilar clave en la formulación de intervenciones y promoviendo el diálogo intersectorial entre órganos decisores y programas. Desde el diseño del Plan, la capacidad del SIM de proporcionar evidencia clave permitió la elaboración de teoría del cambio y priorización territorial, lo que ayudó a construir legitimidad política. Durante la implementación, el SIM proporcionó herramientas para establecer asociaciones entre escuelas y centros de salud, generó informes mensuales que fomentaron una gestión más territorializada, y facilitó el rediseño de intervenciones al identificar grupos vulnerables en las poblaciones objetivo. En la fase de evaluación, el SIM organizó información para estudios internos y externos, otorgando mayor evaluabilidad al Plan en su conjunto y documentando, además, los aprendizajes clave. En resumen, los aportes del SIM han sido cruciales para fortalecer los programas y el Plan, asegurando el cumplimiento de uno de sus objetivos centrales: informar y retroalimentar la implementación de la política pública, lo cual ha creado un entorno propicio para su sostenibilidad y eficacia a mediano plazo[55].

Para dar cuenta de los diferentes procesos involucrados en el Plan fue necesario el desarrollo de un sistema que estableciera un punto de partida (línea de base) y un escenario esperado de llegada (metas de impacto) y que, a la vez, permitiera registrar los desarrollos particulares de cada uno de sus dispositivos en cada sector social y territorio durante la implementación del Plan.
Para delinear sus acciones, el SIM estableció una línea de base construida sobre múltiples variables. En función de esta se elaboraron las metas de cobertura esperadas en cuanto a la cantidad de embarazos no intencionales en adolescentes a evitar y al impacto sobre la reducción de la tasa específica a partir de la implementación del Plan. Se establecieron metas de cobertura efectiva para cada uno de los dispositivos con diferentes períodos, algunas metas con carácter

55 Para mayor detalle ver: Plan ENIA (2019b). *Sistema de monitoreo. Documento Técnico Nro. 7*. https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2019_Sistema_de_monitoreo_plan_enia_documento_tecnico_no_7_noviembre.pdf

anual y otras bianuales, unas de cobertura institucional (escuelas o servicios de salud) y otras que involucraron a la población objetivo (estudiantes en escuelas o adolescentes a las que se llega con métodos anticonceptivos).
Así, desde sus inicios la implementación del Plan estuvo orientada al cumplimiento de metas concretas a través de las cuales era posible evaluar su desempeño, midiendo cómo funcionaban cada uno de los dispositivos.

A continuación se detallan la modalidad y los contenidos de fijación de metas del Plan en 2018, el año de su inicio:

ESI

- Capacitar en educación sexual integral (ESI) a docentes y brindar asesoramiento pedagógico a la totalidad de las escuelas secundarias de gestión pública de los 36 departamentos seleccionados (1.709 escuelas), correspondientes al 30% de las escuelas de cada provincia.
- Capacitar en ESI al 10% de quienes ejercen la docencia frente a curso de cada departamento (11.131 docentes), haciendo énfasis en docentes a cargo de asignaturas del ciclo básico.
- Alcanzar al 100% de estudiantes del ciclo básico de las escuelas incluidas en el Plan (282.939 estudiantes) a través de actividades propuestas en la cartilla ESI-ENIA propiciadas por las personas que ejercen el rol de acompañantes pedagógicas (AP) del Plan.

ASIE

- Instalar y sostener asesorías de salud integral en 1.245 escuelas y 611 servicios de salud.

SSR

- Cubrir con métodos anticonceptivos al 75% de las niñas y adolescentes menores de 20 años sexualmente activas de los 36 departamentos seleccionados (116.978), poniendo énfasis en métodos de larga duración (LARC) como implantes subdérmicos y DIU.
- Impactar en el 100% de los servicios de salud de los 36 departamentos seleccionados (1.610) a través de un refuerzo en la distribución de insumos, en particular LARC, y de capacitaciones y visitas técnicas.

Definición de metas de impacto en la programación del Plan ENIA: Aplicación de MEMI

Lo que se mide se hace.
Peter Drucker

Al centrar su construcción en evidencias, el Plan ENIA se enfrentó al desafío de construir una métrica de lo que hacía y lo que esperaba lograr. Formular una teoría del cambio involucra desplegar explicaciones, pero también mediciones. Las hipótesis de intervención sobre las que se busca lograr un cambio a través de la política tienen que poder ser medibles y también tiene que serlo su contribución al resultado final esperado (impacto). Para avanzar en esa medición, el Plan ENIA, con el apoyo de UNFPA, modelizó una herramienta para medir impactos.

Se trató del Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI), una herramienta cuantitativa que permitía estimar los niveles de protección contra embarazos no intencionales alcanzados al ser alimentada con información sobre dos hipótesis de intervención: cobertura de educación sexual integral (ESI) y dispensa de métodos anticonceptivos modernos a la población objetivo. Partiendo de una determinada población objetivo y de considerar una línea de base de embarazos en adolescentes, MEMI proyectó embarazos a futuro considerando el efecto de disminución de riesgos que involucraba la cobertura lograda a través de ambas hipótesis de intervención. Dicha cobertura fue convertida en una nueva variable llamada cobertura efectiva, la cual implicaba ajustar la población alcanzada por la eficacia de cada método anticonceptivo y por la adherencia observada al año. Incorporando evidencias de la literatura especializada se asumió un incremento marginal en dicha adherencia para la población que recibió contenidos de ESI relativos a anticoncepción.

MEMI constituyó una poderosa herramienta de programación. Valiéndose de MEMI, el Plan ENIA pudo programar procesos y estimar resultados. Entre los primeros cabe mencionar la cantidad de estudiantes a alcanzar con contenidos de anticoncepción en el marco del Programa de ESI y la cantidad de métodos anticonceptivos a dispensar a adolescentes. Entre los segundos, MEMI permitió estimar la cantidad de adolescentes efectivamente protegidas, la cantidad de embarazos adolescentes evitados, la cantidad de nacidos vivos de madres adolescentes y la variación de la tasa específica de fecundidad adolescente.

El Plan ENIA también utilizó MEMI como herramienta de gestión, al emplearlo para estimar cantidades de métodos anticonceptivos a ser adquiridos y distribuidos a cada servicio de salud. Pero más poderoso aún resultó MEMI para identificar qué departamentos y provincias avanzaban mejor o peor en el cumplimiento de sus metas de procesos.

Cargando en MEMI los datos de cantidades de métodos anticonceptivos a ser entregados en cada provincia y la cobertura de contenidos de ESI, se programaron metas de procesos. Este mismo procedimiento se repitió cargando en MEMI los datos de las fichas LARC completadas en cada servicio de salud y los reportes de ESI de cada escuela.

Este primer nivel de uso de MEMI permitió implementar una gestión por resultados en la cual cada jurisdicción podía identificar sus metas de procesos, recibía una retroalimentación periódica de su cumplimiento y podía visualizar los resultados logrados. Ello habilitó una progresiva corrección de desvíos en la programación. En el primer año en total el Plan alcanzó el 49% de las metas de cobertura programadas, mientras que en 2022 llegó al 87% de lo programado. Este monitoreo contribuyó a reducir la subejecución pero no la eliminó del todo. En particular, en 2020, durante la pandemia, la cantidad de LARC insertados resultó muy inferior a lo programado.

El segundo uso de MEMI fue en la programación y el monitoreo de resultados. En este caso, la variable medida fueron los embarazos no intencionales evitados como consecuencia directa del Plan. La tabla 1 muestra la evolución de los resultados (medidos en términos de embarazos no intencionales evitados). De idéntica forma que con las metas de proceso, también en el caso de las metas de resultados se distinguió aquello que resultaba de la programación de actividades de lo que se obtenía cargando MEMI con los datos de los reportes de ejecución.

Tabla 1

Evolución de la cantidad de embarazos no intencionales evitados como resultado del Plan ENIA según provincia en los años 2018 a 2023

(Metas programadas versus resultados reportados)

	2018		2019		2020		2021		2022		2023
	Planificado	Reportado	Planificado	Reportado	Planificado	Reportado	Planificado	Reportado	Planificado	Reportado	Planificado
Buenos Aires	4.735	827	15.586	2.486	25.617	3.833	5.025	4.313	4.950	3.732	5.713
Catamarca	599	434	1.951	892	3.171	1.417	1.598	1.574	1.725	1.591	1.942
Chaco	1.074	985	3.477	1.994	5.638	3.243	3.539	3.888	3.868	4.338	4.188
Corrientes	1.183	550	3.809	1.351	6.160	1.755	1.962	1.889	1.861	1.667	2.342
Entre Ríos	1.323	688	4.312	1.591	7.032	2.322	2.631	2.638	2.686	2.528	3.139
Formosa	956	627	3.095	941	5.017	1.349	1.247	1.330	1.301	1.365	1.396
Jujuy	1.010	556	3.337	1.616	5.458	2.311	2.784	2.806	2.740	2.636	3.274
La Rioja	741	359	2.427	823	3.963	1.289	1.500	1.615	1.584	1.784	1.773
Misiones	1.386	869	4.516	1.954	7.352	2.898	3.213	3.302	3.283	3.257	3.710
Salta	2.141	1.122	7.020	2.718	11.486	4.190	4.902	5.078	5.119	5.390	5.819
Santiago Del Estero	1.512	269	4.916	1.398	7.988	2.075	2.881	2631	2.773	1.603	3.346
Tucumán	1.928	1.763	6.302	3.940	10.292	5.399	5.541	5.167	5.502	5.090	6.434

Fuente: Plan ENIA, a partir de MEMI.

Contrastando el total de embarazos no intencionales prevenidos por el Plan ENIA (93.676) con los resultados esperados a través de la simulación realizada con MEMI (130.682) se concluye que el Plan, en su conjunto, logró alcanzar el 71,7% de los resultados programados. Cabe destacar que es la primera vez en la historia de las políticas de prevención del embarazo en adolescentes que se cuenta con una métrica de este tipo y que permite su desagregación por cada provincia y departamento.

Un tercer uso de MEMI permitió estimar impactos sanitarios derivados de los embarazos no intencionales evitados. Basado en las evidencias disponibles en la literatura especializada, MEMI estimó los resultados derivados de evitar embarazos no intencionales en adolescentes, tales como: a) abortos inseguros evitados, b) muertes maternas evitadas y c) muertes infantiles evitadas. La tabla 2 presenta los resultados sanitarios atribuibles al Plan ENIA desde su inicio hasta fines de 2022 (último reporte disponible).

Tabla 2

Impactos sanitarios directamente atribuidos al Plan ENIA en función de los resultados reportados en los años 2018 a 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Cantidad total de mujeres protegidas	49.449	81.881	61.188	68.612	69.142	
Cantidad de abortos evitados	6.593	10.917	8.158	9.148	9.219	44.036
Cantidad de muertes maternas evitadas	25	41	31	35	35	167
Cantidad de muertes infantiles evitadas	330	546	408	457	461	2.202

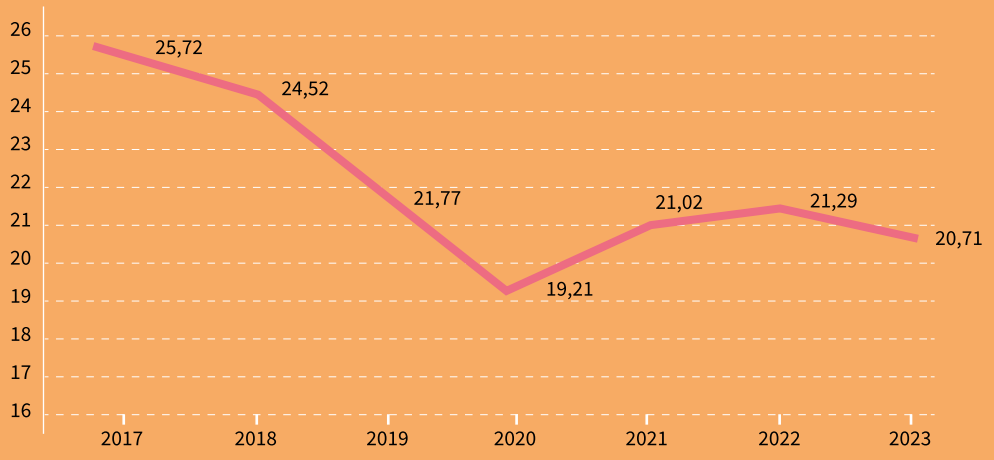
Fuente: Plan ENIA, a partir de MEMI.

Finalmente, otra utilidad de MEMI consistió en la medición de la variación de la tasa específica de embarazo adolescente atribuible al Plan ENIA. El gráfico 1 muestra la estimación realizada con MEMI de la TEFA de los 36 departamentos priorizados.

Como se verá en el capítulo siguiente, el impacto logrado por el Plan ENIA sobre la TEFA en las provincias priorizadas, aunque significativo, resultó menor que lo programado con MEMI. En 2022 la TEFA registrada a través del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales alcanzó a 31,8, lo cual es un 33% menos de la reducción programada con MEMI.

Gráfico 1

Proyecciones de reducción de la tasa específica de fecundidad adolescente para el segmento de 10 a 19 años atribuibles al efecto del Plan ENIA en los 36 departamentos priorizados



Fuente: Plan ENIA, a partir de MEMI.

4. PLAN ENIA: ¿QUÉ HIZO?

El diseño y la implementación del Plan ENIA permitieron lograr resultados significativos tanto en términos de procesos como de impactos. En esta sección, estructurada en cuatro partes, se examina el desempeño del Plan ENIA en el período 2018-2022. En primer lugar, se realiza una reseña evolutiva, destacando los momentos cruciales que han marcado el desarrollo del Plan a través de una línea de tiempo. A continuación, se destaca un conjunto de logros alcanzados en el nivel nacional del Plan, atendiendo especialmente a aspectos de fortalecimiento de la gestión en todos sus niveles y al desarrollo de proyectos para poblaciones específicas. En tercer lugar, se detallan los resultados obtenidos por cada uno de los cuatro dispositivos del Plan. Finalmente, se analiza su contribución en la reducción de la tasa de fecundidad específica adolescente temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años).

Cinco momentos en la implementación del Plan ENIA

Es posible distinguir cinco hitos relevantes en el desarrollo del Plan ENIA. Desde una primera fase de diseño y puesta en marcha hasta su escalamiento y federalización en el quinto año. El Plan comenzó oficialmente sus actividades en los 36 departamentos de las 12 provincias priorizadas en diciembre de 2017. Durante el año 2018 se consolidó su estructura organizacional, se elaboraron los planes operativos de las provincias y se dio marcha a los dispositivos previstos: ESI, asesorías en salud integral en la adolescencia en escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios, y fortalecimiento en el acceso a la salud sexual y reproductiva (que incluye a la línea de aseguramiento de insumos anticonceptivos de larga y corta duración, las consejerías en salud sexual y reproductiva, y la provisión de métodos anticonceptivos). Aunque en 2019 el Plan consolidó sus dispositivos, luego en 2020 el aislamiento obligatorio por COVID-19 requirió su reformulación. Entonces se pasó a atender no solo en modalidad presencial en los centros de salud sino también en modalidad virtual, especialmente en las escuelas.

En 2021 se desplegaron esfuerzos de asistencia técnica y apoyos de gestión para la reactivación de los dispositivos en su formato original, atendiendo a la necesidad de acelerar la implementación del Plan en el cumplimiento de las metas establecidas. Durante 2022 y 2023 el Plan, luego de cinco años de desarrollo y considerando los aprendizajes, tuvo la oportunidad de generar instancias innovadoras que aportaron al mejoramiento de la calidad de los dispositivos y a la ampliación del Plan en cuanto a compromisos que fueron asumidos por todas las jurisdicciones del país. En 2023 las 24 jurisdicciones provinciales firmaron el convenio marco de adhesión al Plan ENIA[56].

56 Ver convenios marco firmados de las 24 jurisdicciones con el Ministerio de Salud de la Nación Argentina en el año 2023 en: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2023_Federalizacion_Plan_ENIA_24_jurisdicciones_Convenios_marco_de_adhesion_firmados.pdf

Tabla 3

Evolución del Plan ENIA en los años 2017 a 2023

2017-2018	2019	2020	2021	2022	2023
Diseño y puesta en marcha Voluntad política. Saber programático sectorial: Programa Nacional de SSR, ESI, PNSIA y SENAF. Asistencia técnica CIPPEC CEDES. Apoyo técnico Naciones Unidas: UNFPA, PNUD, UNICEF. Viabilidad política con las provincias y acuerdos sobre planes operativos provinciales. Consolidación de la UEN como ámbito de gobernanza.	**Instalación territorial 12 provincias / 36 departamentos** Capacitación y asistencia técnica a equipos nacional y provinciales y dispositivos territoriales. Implementación plena de dispositivos territoriales. Consolidación del sistema de información, monitoreo y evaluación. Rendición de cuentas frente a Consejo Consultivo y Comisión Bicameral de NNyA.	**Adecuación del Plan a las restricciones por COVID** Sostenimiento del Plan en el marco de una nueva gestión de gobierno. Pase de la coordinación del Plan a la Dirección Nacional de SSR, Ministerio de Salud de la Nación. Fortalecimiento de la estrategia de aseguramiento de insumos y de los canales de comunicación virtual para la gestión de los dispositivos del plan.	**Fortalecimiento de la gestión provincial/local** Asistencia técnica permanente para el abordaje intersectorial en las provincias: planificación, seguimiento y evaluación de los planes operativos anuales.	**Mejora de la calidad de los dispositivos** Incorporación de módulos de anticoncepción y aborto en capacitaciones de ESI. Ampliación de la canasta de MAC: implante subdérmico doble varilla y anticoncepción oral de emergencia. Fortalecimiento en la atención en niñas y adolescentes para la detección temprana de abusos sexuales y embarazo forzado. Avances en el abordaje de las interseccionalidades: pueblos originarios y discapacidad.	**Federalización del Plan 24 jurisdicciones adheridas** Adhesión de 24 jurisdicciones al Convenio Marco de Adhesión al Plan Enia. Conformación de mesas de trabajo intersectoriales, construcción de acuerdos para la priorización de departamentos y la elaboración de las líneas de acción para los proyectos jurisdiccionales.

¿Cómo se construye un modelo innovador para la gestión del Plan ENIA?

Se pueden identificar 10 elementos innovadores en la gestión del Plan ENIA como política pública:

1. ***Modelo de gestión matricial.*** En la coordinación e implementación del Plan se involucró a diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y local), diferentes carteras ministeriales (Educación, Salud, y Desarrollo Social), diferentes programas nacionales (de salud sexual y reproductiva, de salud integral en la adolescencia y de educación sexual integral), y una base territorial a cargo de los equipos focales territoriales intersectoriales (EFTI) en cada localidad. El Plan conformó una Unidad Ejecutora Nacional (UEN) interministerial. También mesas de implementación provincial que desarrollaron planes operativos anuales e hicieron la articulación y el seguimiento de las acciones de los EFTIs.

2. ***Desarrollo de un área de gestión del conocimiento.*** Esta área fue responsable de: a) la elaboración de documentos y notas técnicas sobre diferentes temáticas vinculadas al embarazo no intencional en la

adolescencia[57]; b) la publicación interna (exclusivamente para agentes del Plan) de ediciones mensuales del periódico ENIA con noticias sobre el avance; y c) la coordinación de la asistencia técnica para mejorar la gestión y sustentabilidad del Plan, entre estos UNFPA, PNUD, UNICEF y SIEMPRO.

3. ***Capacitación permanente.*** Se desarrolló: a) un curso virtual de inducción para agentes del Plan sobre "Prevención del embarazo no intencional", del cual se hicieron ocho cohortes en las que se capacitaron a 1.034 profesionales; b) capacitaciones sobre ESI para docentes, alcanzando un total acumulado de 20.143 docentes a lo largo del período analizado; c) capacitación a equipos de salud, alcanzando a 23.345 profesionales de la salud pertenecientes a equipos de servicios bajo el Plan con énfasis en prevención del embarazo no intencional en la adolescencia y acceso a la salud sexual; d) un curso virtual sobre el Sistema de Información y Monitoreo, del cual entre 2020 y 2023 se realizaron tres cohortes con el objetivo de fortalecer habilidades en el uso de información para la gestión en agentes del Plan; e) talleres de programación operativa para garantizar el cumplimiento en tiempo y forma de los Planes Operativos Anuales (POA) de cada departamento y provincia; y f) asistencia en diseño de actividades en redes sociales para agentes del Plan.

4. ***Fortalecimiento de la oferta de la canasta de métodos anticonceptivos.*** Se incorporaron nuevas tecnologías de métodos anticonceptivos (DIU Multiload en 2021, implante de dos varillas en 2022 y preservativo vaginal en 2023) y se aumentó la distribución de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC). Durante el período analizado se ha garantizado de manera sostenida la distribución de estos insumos con un aumento del 29% entre 2020 y 2023.

5. ***Desarrollo de una campaña comunicacional masiva (2018-2019).*** Se generaron y distribuyeron diferentes materiales gráficos y audiovisuales validados, los cuales activaron canales de consulta y aumentaron la demanda de prestaciones en SSR por parte de adolescentes.

6. ***Incidencia para la ampliación profesional del personal obstétrico en el acceso a métodos anticonceptivos y la interrupción voluntaria y legal del embarazo.*** Durante 2019 se desarrolló una estrategia de incidencia orientada a personas con cargos legislativos y de la función pública con el objetivo de poner en valor el rol fundamental del personal de obstetricia en el acceso y cobertura a la salud sexual y reproductiva de la población con foco en adolescentes, con el fin de lograr la aprobación del proyecto de ley de regulación de la licenciatura en obstetricia aprobado en su momento en la cámara de diputados. Asimismo, se realizaron capacitaciones sobre el fortalecimiento del rol del personal obstétrico para el acceso a los

57 Ver materiales en: https://ossyr.org.ar/recursos/materiales-ssr-y-enia/

derechos en SSR, específicamente en su rol en el acceso de los métodos anticonceptivos de larga duración.

7. ***Abordaje integral para la detección temprana de embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años.*** Se concretaron distintas acciones en pos de alcanzar un abordaje integral en esta problemática: a) formación en género de 12 abogadas para el seguimiento de casos de abusos sexuales y embarazo forzado; b) realización de dos jornadas de incidencia (en Salta y Entre Ríos) para instalar la temática del abuso sexual y trazar rutas críticas para el abordaje de casos; c) implementación en el año 2022 del proyecto "Estrategia de abordaje en red para la detección y atención de los embarazos forzados producto de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes menores de 15 años" en las provincias de Misiones, Jujuy, Chaco, Entre Ríos, Tucumán y Formosa; y d) desarrollo de materiales de sensibilización y fortalecimiento para la detección temprana y prevención de abusos sexuales hacia la infancia y la adolescencia y de embarazos forzados[58].

8. ***Acciones específicas para fortalecer la prevención del embarazo no intencional en pueblos indígenas.*** Se puso en marcha el proyecto "Salud indígena perinatal" con foco en la prevención del embarazo no intencional en adolescentes, cuyo objetivo era incrementar el acceso a información sobre violencia de género, infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y a insumos de salud sexual y reproductiva en comunidades de pueblos originarios.

9. ***Fortalecimiento de agentes del Plan ENIA para la atención de personas con discapacidad.*** Se realizó un trabajo articulado entre el Plan y el grupo de trabajo sobre derechos sexuales y reproductivos y personas con discapacidad de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). Entre las principales estrategias implementadas para facilitar la colaboración entre estos grupos se destacan: a) el apoyo pedagógico; b) los encuentros bimensuales; y c) los mapeos territoriales sobre discapacidad.

10. ***Abordaje de masculinidades.*** Durante 2022 desde el dispositivo de asesorías en escuelas (ASIE) se coordinaron talleres de masculinidades con el objetivo de reflexionar sobre la convocatoria y el acceso a los espacios de asesoría del Plan ENIA para construir de manera colectiva criterios y estrategias que favorecieran la llegada de los varones a dichos espacios.

58 Ver materiales en: https://ossyr.org.ar/recursos/materiales-ssr-y-enia/

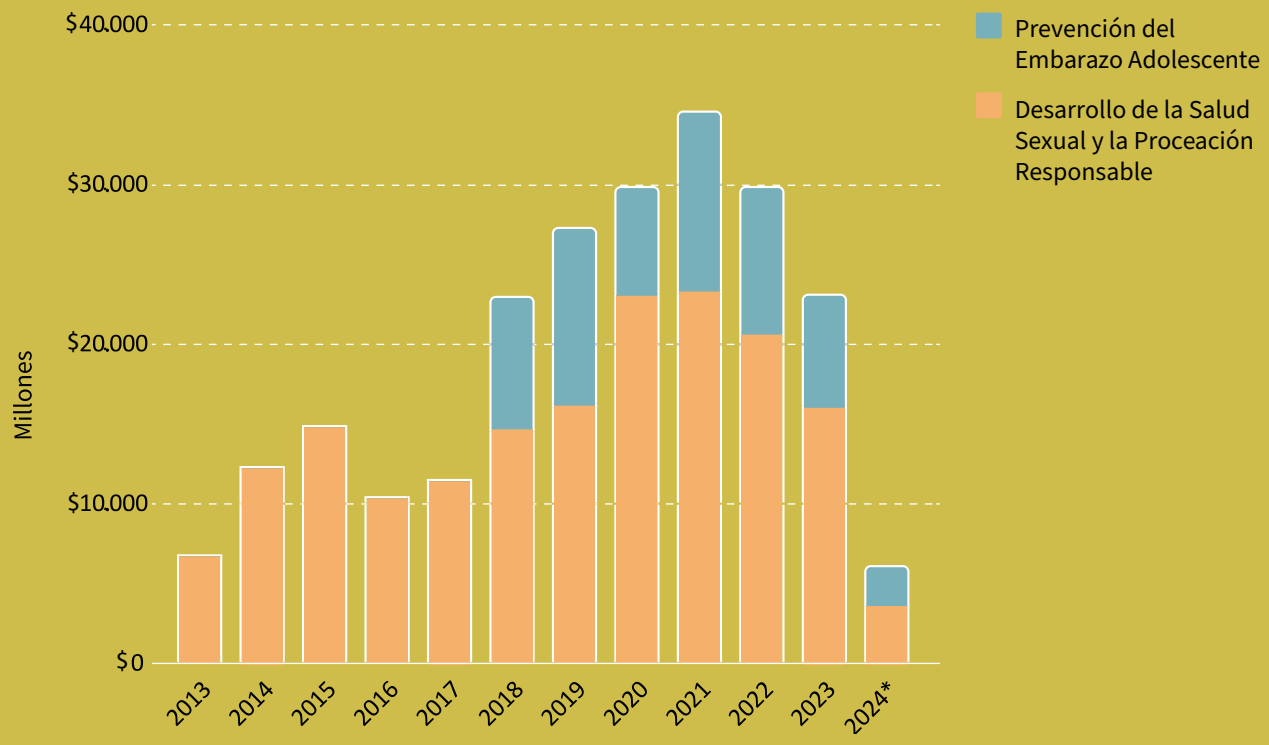
Financiamiento del Plan ENIA

Es posible analizar la financiación del Plan ENIA a la luz de un marco metodológico que ha sido consensuado por un grupo de expertos en financiación de la salud reproductiva a nivel global[59]. El primer hito a lograr es contar con una cuenta presupuestaria específica para el programa, en tanto que las asignaciones y gastos sean desagregados en la apertura programática del presupuesto público no solo aporta transparencia sino también accountability. Es decir, permite el seguimiento de las decisiones gubernamentales.

En el caso del Plan ENIA los recursos asignados correspondieron al Programa N° 25 "Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable" a cargo del Ministerio de Salud desde su creación en el año 2003. A partir de 2018 se incorporó dentro de este programa la actividad "Prevención del Embarazo en Adolescentes", cuya evolución se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2

Presupuesto de las actividades «Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable» y «Prevención del Embarazo Adolescente» a precios 2024



* Presupuesto disponible al 23/05/2024. Presupuesto Devengado hasta 2023 y presupuesto vigente de 2024.
Fuente: Elaboración propia en base a Presupuesto Abierto.

59 Couture, T. y Dennis S. (2016). *Towards a Common Framework for Measuring Government Spending on Family Planning*. Population Action International (PAI). https://pai.org/resources/towards-common-framework-measuring-government-spending-family-planning/

Un segundo hito a lograr es alcanzar asignaciones sostenidas. El contexto inflacionario argentino dificulta dimensionar la evolución de las asignaciones en pesos. Para resolver esto la tabla 4 presenta los valores en dólares estadounidenses corrientes al 31 de diciembre de cada año (dólar oficial tipo comprador). Las asignaciones totales a salud reproductiva fueron crecientes hasta el año 2023, pero con la incorporación del Plan ENIA se dispararon en forma significativa y mucho más cuando el mismo pasó íntegramente a la jurisdicción del Ministerio de Salud en el año 2021.

Tabla 4
Evolución de las asignaciones presupuestarias al Programa Nº 25 Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación Argentina en los años 2013 a 2023
(Expresado en miles de dólares estadounidenses corrientes)

Año	**Programa de SSR** (Pgm 25, Act.6)	**Plan ENIA** (Pgm. 25, Act.41)	**Total SSR**	**Índice** Base 2013 = 100	**% Presupuesto MS asignado a SSR**
2013	6.608,52	-	6.608,52	100%	0,3
2014	12.999.75	-	12.999,75	197%	0,6
2015	11.675,09	-	11.675,09	177%	0,5
2016	11.052,90	-	11.052,90	167%	0,5
2017	12.181,53	-	12.181,53	184%	0,5
2018	10.121,83	6.311,61	16.433,44	249%	1,5
2019	11.534,85	8.544,57	20.079,41	304%	2,2
2020	14.219,60	6.663,54	20.883,15	316%	1,4
2021	17.275,73	7.813,45	25.089,19	380%	7,3
2022	15.311,60	6.382,03	21.693,62	328%	5,0
2023	7.054,91	2.572,72	9.627,63	146%	3,8

Fuente: En base a presupuestoabierto.gob.ar.

Un tercer hito a ser analizado en el financiamiento de los programas de SSR es su relevancia dentro de la política nacional de salud. Para ello se considera el porcentaje del gasto que representa la política de SSR sobre el presupuesto total de salud. En la misma tabla 4 se observa que desde el comienzo el Programa Nº 25 ingresa en el presupuesto con una relevancia similar a la registrada en los países de menor desarrollo de la SSR, donde difícilmente alcanza el 1%. Sin embargo, a partir de la implementación del Plan ENIA, el país pasa a otorgar un nivel de prioridad significativo alcanzando a los países más avanzados en la región en términos de inversión en SSR[60].

60 En Nicaragua, que es el país de la región que registra mayor prevalencia en el uso de anticonceptivos modernos y mayor gasto público per cápita en anticoncepción, el porcentaje del gasto en SSR sobre el total del Ministerio de Salud fue en 2023 de alrededor del 7%.

Por último, un cuarto hito a verificar en el análisis del financiamiento de los programas de SSR es el nivel de implementación o ejecución logrado. En general, los programas de SSR obtienen niveles de ejecución por debajo de los registrados en los ministerios de salud. Los valores medios registrados por los 54 países apoyados por UNFPA Supplies, el programa insignia del Fondo de Población de las Naciones Unidas en anticoncepción, se sitúan en niveles de ejecución que rondan el 70% de los recursos asignados. En el caso del Programa N° 25 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, desde la implementación del Plan ENIA los niveles de ejecución promediaron el 90% de los recursos asignados.

En conclusión, en términos de financiamiento puede afirmarse que hasta 2023 el Plan ENIA registró niveles significativos de eficiencia en ejecución presupuestaria y avances hacia la sostenibilidad que posicionaban a la Argentina en un puesto muy destacado en el contexto regional, cumpliendo con los cuatro requisitos identificados como hitos relevantes en la financiación de la SSR[61].

¿Qué logró el Plan ENIA?

A continuación se examinan los logros del Plan ENIA en cada uno de sus tres dispositivos durante el período 2017-2022[62].

¿Qué se hizo en educación sexual integral?

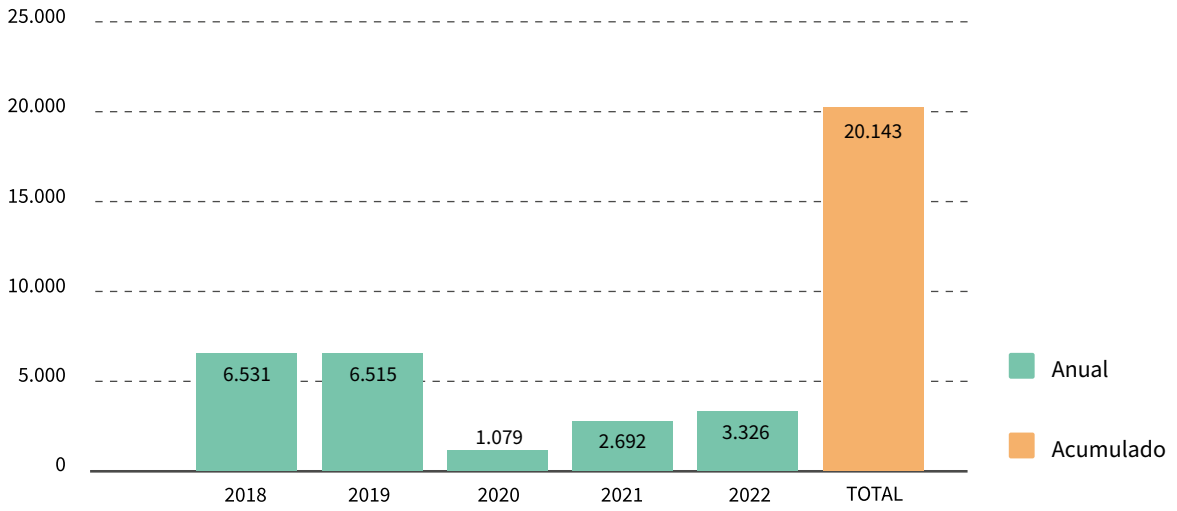
El Plan ENIA consolidó la ESI en los 36 departamentos priorizados. Se alcanzó con ESI al 87,5% de las escuelas. Para ello se capacitó a un total de 20.143 docentes a través de 13.046 capacitaciones. La cantidad de estudiantes que se alcanzó con contenidos de ESI osciló por la pandemia, llegando a un pico de 193.413 estudiantes en 2019, lo que representó el 74% de la población objetivo.

61 Couture, T. y Dennis S. (2016). *Towards a Common Framework for Measuring Government Spending on Family Planning.* Population Action International (PAI). https://pai.org/resources/towards-common-framework-measuring-government-spending-family-planning/

62 Al momento de cerrar la publicación se encontraban disponibles los datos de monitoreo correspondientes a los trimestres 1 a 3 de 2023. Sin embargo, dado que no se dispone de información del último cuatrimestre y la lectura de los datos se realizó por años, no se incorporó el año 2023 en este análisis.

Gráfico 3

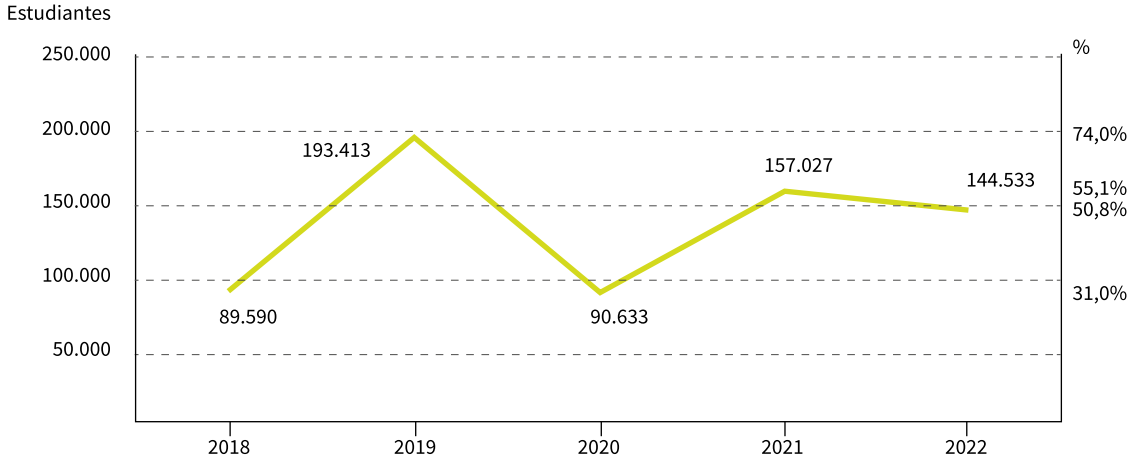
Docentes que recibieron capacitación en cartilla ESI-ENIA en los años 2018 a 2022



Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 4

Estudiantes que recibieron capacitación en cartilla ESI-ENIA en los años 2018 a 2022



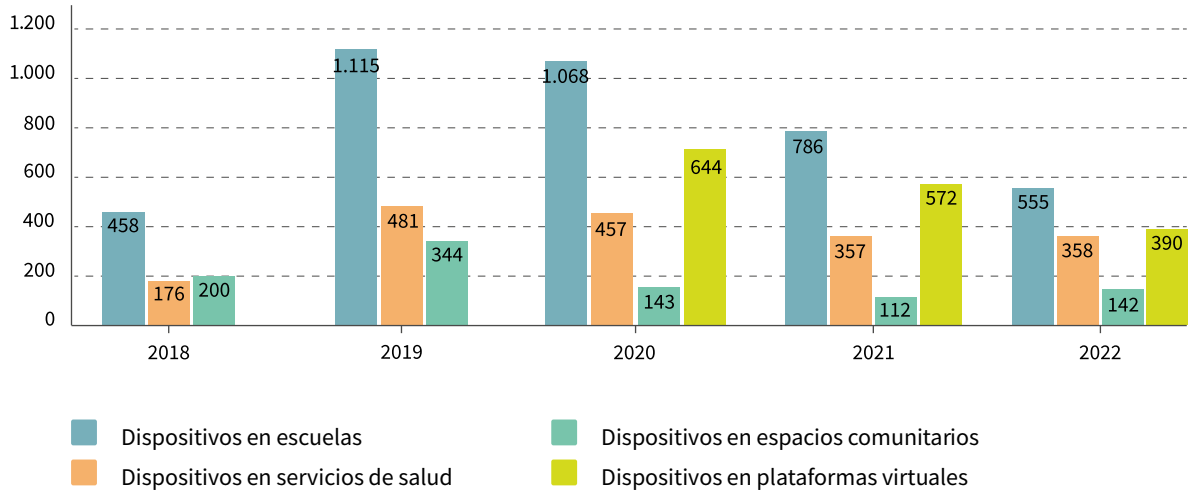
Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

¿Qué se hizo a través de las asesorías en salud integral?

El Plan ENIA concretó cuatro modalidades de dispositivos para brindar asesorías en salud integral para adolescentes. La mayor parte en escuelas. En segundo lugar, en servicios de salud y, por último, en servicios comunitarios. A partir de la pandemia, la modalidad virtual adquirió protagonismo para luego decrecer en 2022.

Gráfico 5

Dispositivos de asesoría en salud integral en la adolescencia en los años 2018 a 2022

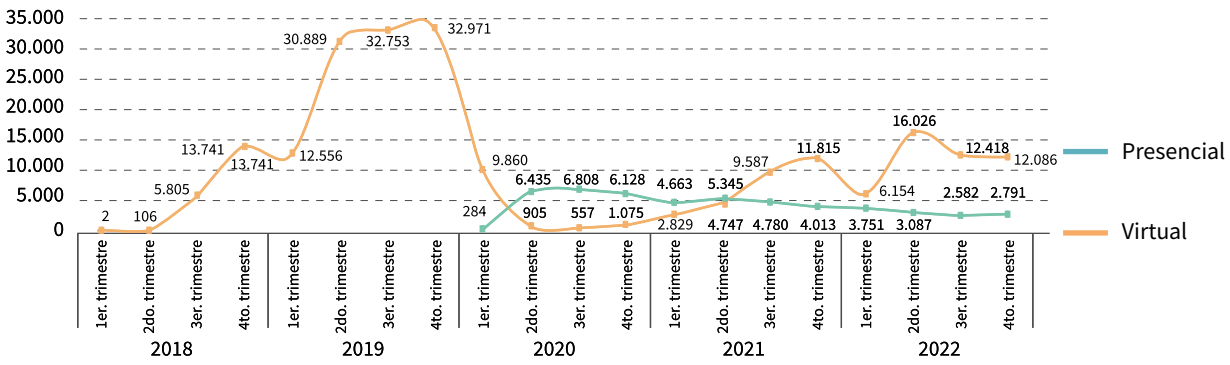


Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

A través de estos dispositivos se brindaron 186.830 asesorías a adolescentes en el período considerado. La modalidad se consolidó rápidamente con una gran aceptación por parte de la población joven. En 2019, del total de estudiantes que asistían a las escuelas alcanzadas por el Plan, un 23% solicitó y recibió asesorías. La modalidad virtual permitió mantener la performance luego de iniciada la pandemia.

Gráfico 6

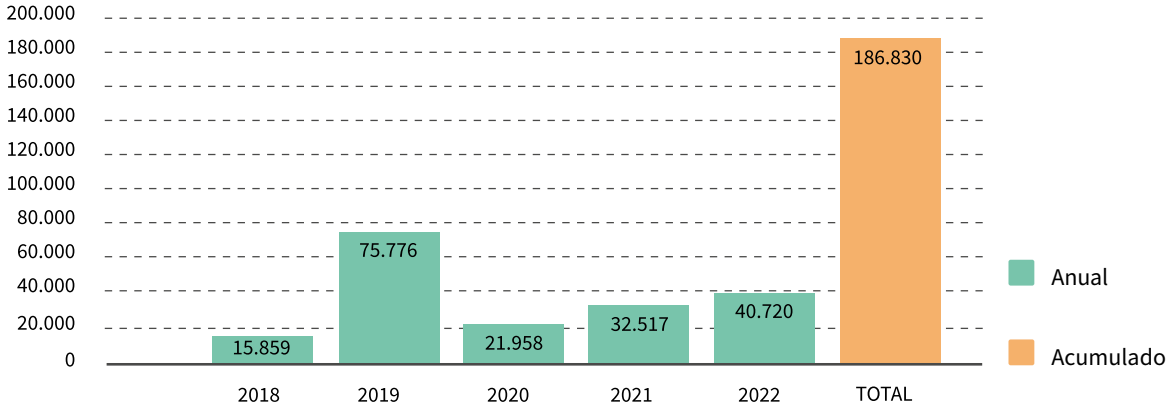
Asesoramientos individuales y grupales según modalidad de atención en los años 2018 a 2022



Fuente: Monitoreo ENIA año 2022 - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 7

Evolución de los asesoramientos integrales en salud para adolescentes en los años 2018 a 2022

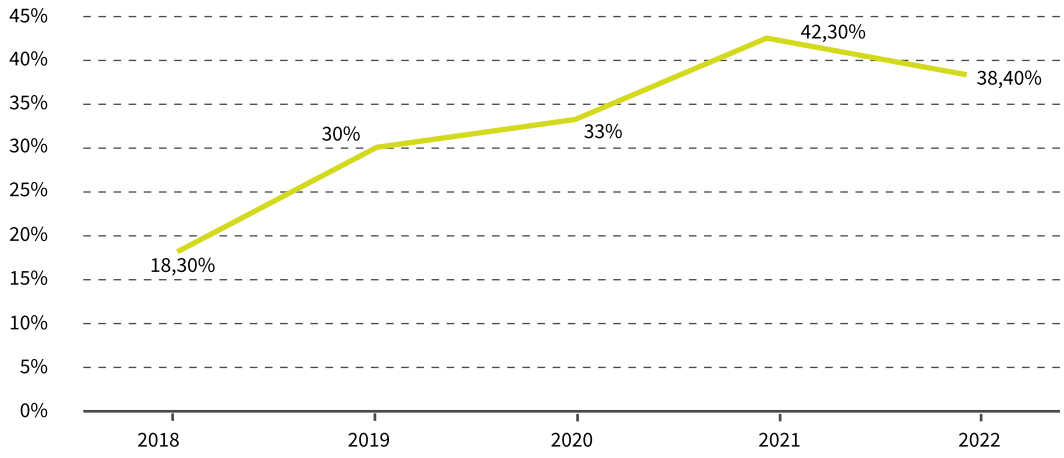


Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

Las asesorías ejercieron una importante captación de la demanda que se convertiría luego en atención en los servicios de salud. A su vez, las asesorías en dispositivos de base comunitaria también resultaron un componente estratégico, considerando que un 26% de adolescentes con asesoramiento en estos dispositivos informaron no estar concurriendo a la escuela al momento de recibir el asesoramiento. Este dato resalta la pertinencia del dispositivo para alcanzar poblaciones por fuera del sistema educativo y reforzar actividades de contraturno escolar. Un 22% del total de adolescentes con asesoramiento de base comunitaria resultó referido a servicios de salud.

Gráfico 8

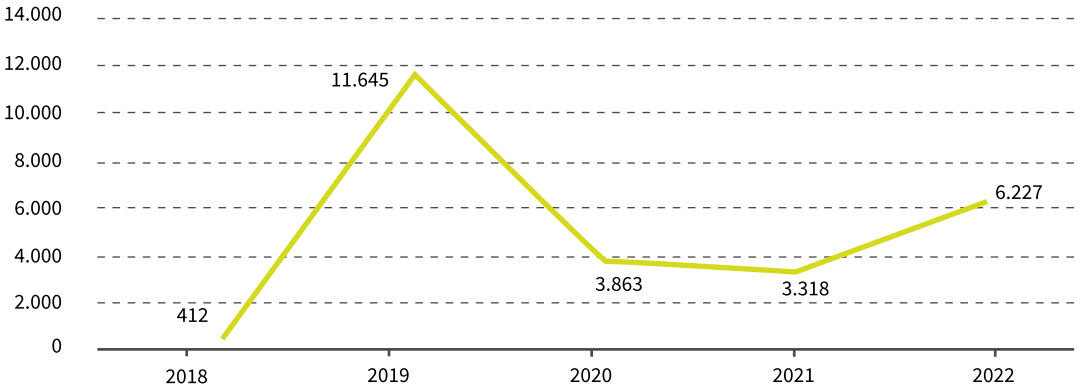
Porcentaje de adolescentes que fue referido a servicios de salud luego de recibir asesoramiento en los años 2018 a 2022



Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 9

Adolescentes que recibieron asesoramiento en dispositivos de base comunitaria en los años 2018 a 2022



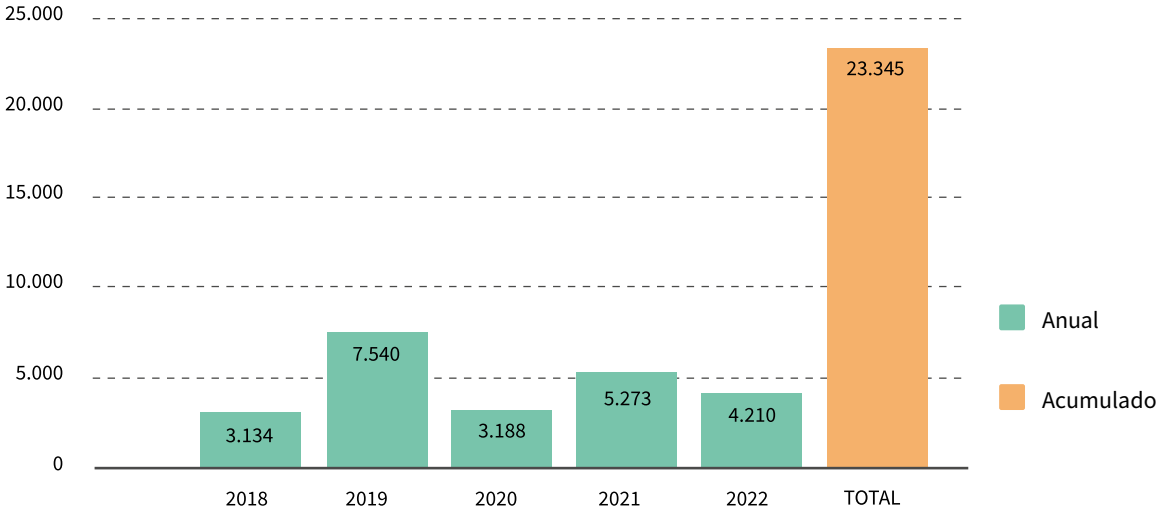
Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

¿Qué se hizo en salud sexual y reproductiva?

Desde el inicio del Plan se capacitó a un total acumulado de 23.345 profesionales de la salud. Ello repercutió en forma directa en la dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC): entre 2018 y 2022, 249.911 niñas, adolescentes y jóvenes accedieron a estos métodos. Aunque la mayor parte de los métodos fue destinada a la población adolescente, un 48% se insertó en jóvenes de entre 20 y 24 años buscando prevenir un segundo embarazo no intencional entre quienes ya habían sido madres adolescentes.

Gráfico 10

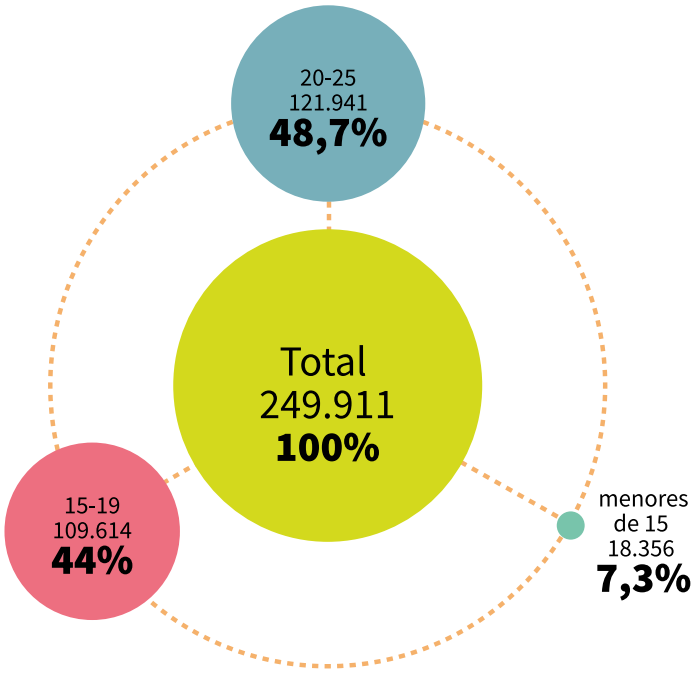
Evolución de la cantidad de profesionales de la salud que recibieron capacitación en salud reproductiva de adolescentes en los años 2018 a 2022



Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 11

Total de LARC dispensados según grupos de edad en los años 2018 a 2022



Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

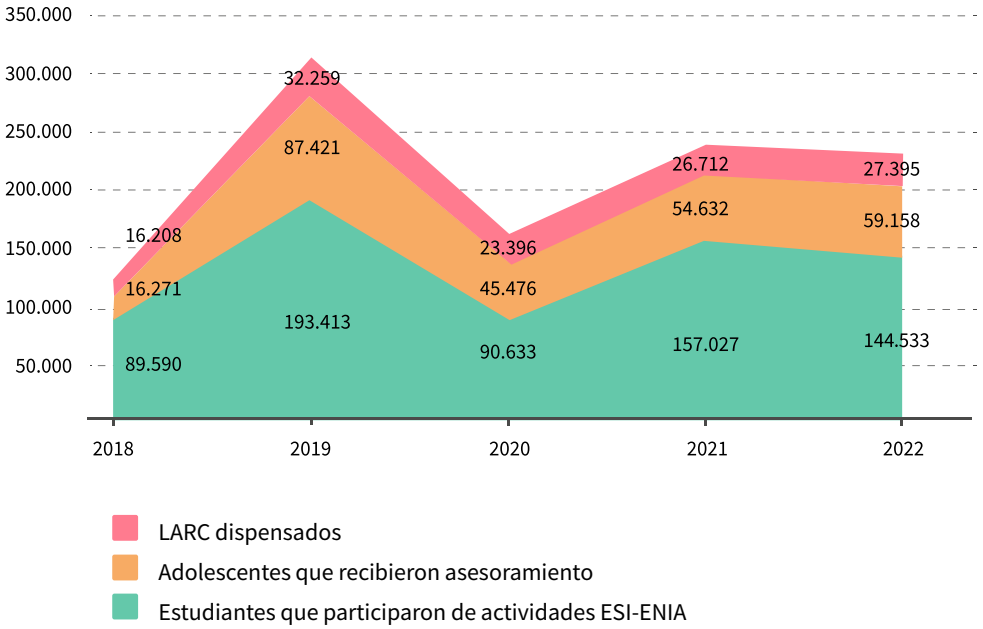
La prevención secundaria del embarazo adolescente en el Plan se centró en la promoción de la Atención Integral Posevento Obstétrico (AIPEO), la cual promueve que toda persona atendida en un parto o un aborto reciba una consejería y la provisión del método anticonceptivo de su preferencia antes de ser dada de alta. En 2018 y 2019 se brindó consejería y LARC en un 13,5% de los eventos obstétricos, alcanzando al 20,4% de las mujeres egresadas de hospitales. Luego, con la pandemia cayó al 11,4%.

¿Cómo evolucionó la performance del Plan ENIA?

El gráfico 12 representa el total de personas adolescentes atendidas en los dispositivos del Plan entre 2018 y 2022. Los datos reflejan un panorama mixto: mientras que la participación en actividades de ESI y el asesoramiento han mostrado fluctuaciones significativas, la provisión de LARC ha mantenido una tendencia más estable.

Gráfico 12

Adolescentes que recibieron atención en dispositivos del Plan ENIA en los años 2018 a 2022
(Población objetivo: menores de 20 años)



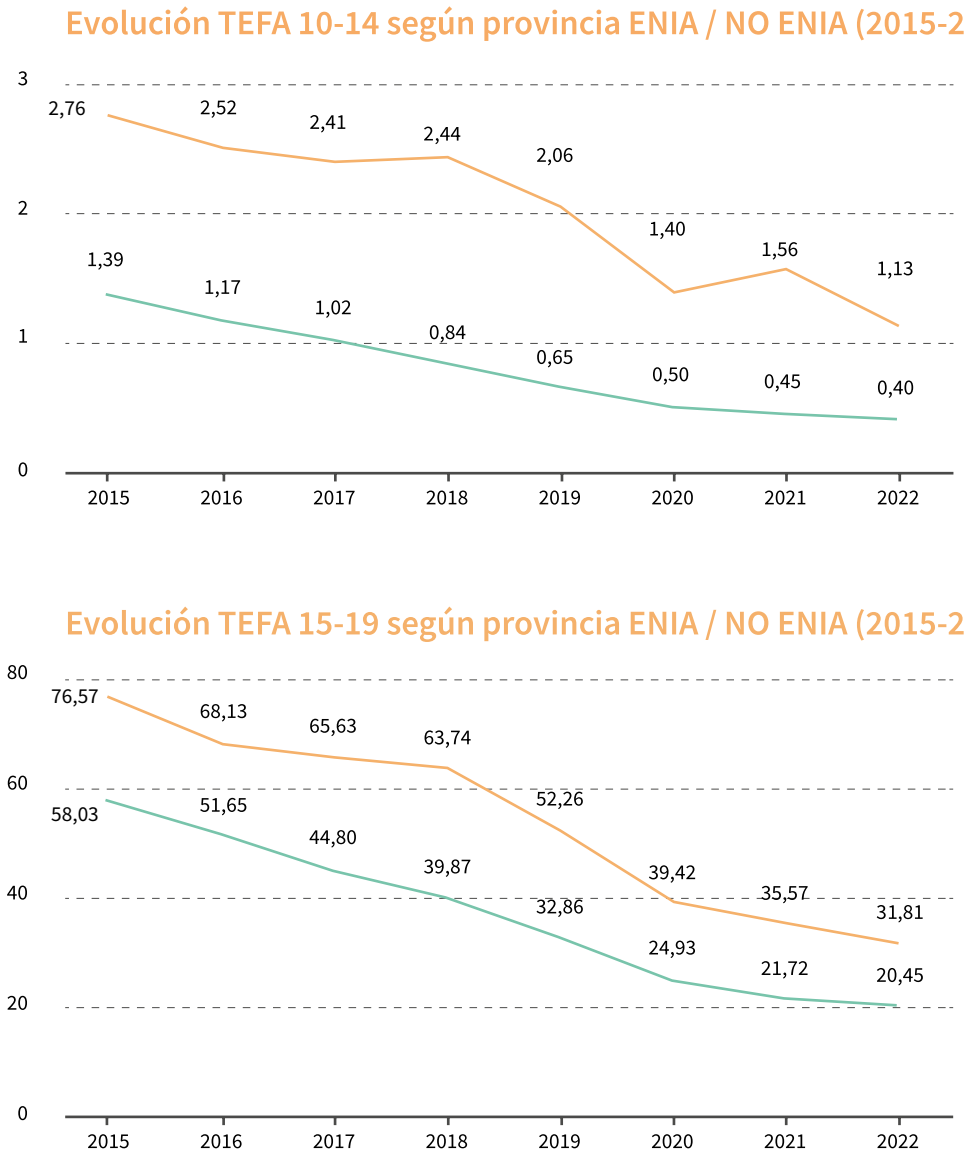
Fuente: Elaboración propia en base a informes anuales del sistema de monitoreo del Plan ENIA - Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

¿Cómo logró el Plan ENIA reducir la tasa específica de fecundidad adolescente?

El Plan ENIA realizó un aporte significativo al descenso de la fecundidad específica del embarazo en la adolescencia en la Argentina. Si bien este descenso puede ser atribuido a una combinación de factores, como cambios en las preferencias y comportamientos sociales, el acceso a nuevas tecnologías preventivas y el avance en la implementación de políticas públicas centradas en la educación sexual integral, los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, el Plan sin duda ha jugado un papel crucial en las provincias donde se implementó. Como se observa en el gráfico 13, en las provincias priorizadas por el Plan la tasa específica de fecundidad en la adolescencia disminuyó con un ritmo menor e incluso se había estancado entre 2017 y 2018. A su vez, el resto de las provincias registraba una reducción sostenida de la TEFA. En el año 2018 la brecha en las TEFA de ambos grupos de provincias era de 23,87 puntos. Con la puesta en marcha del Plan, las provincias priorizadas aceleraron su reducción, llegando a 20,45 en 2022, mientras que la brecha entre ambos grupos se redujo a 11,36 puntos.

Gráfico 13

Comparación entre la evolución de la TEFA en provincias con Plan ENIA y provincias sin Plan ENIA



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS 2015-2022.

Entre 2019 y 2022 el Plan ENIA consiguió evitar un total de 93.676 embarazos adolescentes no intencionales. De ellos, el 97%, es decir un total de 91.124 embarazos, fueron evitados en adolescentes de entre 15 y 19 años. El restante 3%, un total de 2.552 embarazos, fueron evitados en niñas menores de 15 años. Para realizar este cálculo se compararon los nacidos vivos de madres adolescentes en cada grupo etario registrados con aquellos que hubieran ocurrido en las provincias priorizadas por el Plan si este no se hubiera implementado. Para construir la estimación contrafáctica se asumió como hipótesis que sin el Plan las provincias hubieran mantenido la misma tendencia evolutiva registrada en años anteriores. Los valores fueron obtenidos a través de proyectar linealmente la cantidad de

nacidos vivos de madres adolescentes que venían registrando las provincias priorizadas por el Plan entre 2015 y 2018. Los resultados se presentan en la tabla 5.

Tabla 5

Impacto del Plan ENIA medido en términos de la cantidad de embarazos no intencionales de adolescentes evitados en las provincias priorizadas por el Plan

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Menores de 15 años								
Nacidos vivos de madre adolescente registrados	1.922	1.718	1.841	1.806	1.493	990	1.072	824
Nacidos vivos de madre adolescente proyectados sin la intervención de ENIA	1.922	1.718	1.841	1.806	1.777	1.747	1.718	1.689
Diferencia	0	0	0	0	284	757	646	865
De 15 a 19 años								
Nacidos vivos de madre adolescente registrados	74.862	66.558	64.480	63.204	50.434	36.701	32.448	30.929
Nacidos vivos de madre adolescente proyectados sin la intervención de ENIA	74.862	66.558	64.480	63.204	62.086	60.968	59.850	58.732
Diferencia	0	0	0	0	11.652	24.267	27.402	27.803
Diferencia total	0	0	0	0	11.936	25.024	28.048	28.668
Diferencia acumulada	0	0	0	0	11.936	36.960	65.008	93.676

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas vitales.

5. ¿QUÉ NOS ENSEÑA EL PLAN ENIA?

El Plan ENIA consiguió dar cuenta del problema del embarazo adolescente en la Argentina. Una política pública es un esfuerzo sistemático para cambiar una realidad. En ese sentido, la política funcionará en la medida en que consiga dar cuenta del problema sobre el cual propuso una (o varias) hipótesis de intervención. Es decir, la política pública que funciona es aquella que resuelve el problema que se propone resolver. El Plan surgió asumiendo como problema la reducción del embarazo adolescente no intencional y consiguió hacerlo. Esta evidencia hace legítima y conveniente la indagación respecto a las condiciones que hicieron posible ese éxito. Pero, sobre todo, fundamenta el esfuerzo por entender cómo se debería replicar la política en el mismo y en otros contextos.

La Teoría del Valor Público formulada por Mark H. Moore[63] puede aportar luz para guiar la indagación sobre las condiciones de éxito del Plan ENIA y su replicabilidad. Haciendo una irreverente síntesis se puede esquematizar esta teoría a través de un triángulo que representa el valor público (entendido como la contribución) de toda política y cuyos vértices son la gestión política, la gestión programática y la gestión operativa. A continuación, abordamos el significado de esos tres pilares de una política pública exitosa y proponemos una lectura del Plan a través de esta teoría del valor público para identificar lecciones aprendidas.

➔ *Gestión política*

La primera condición de toda política pública es la gestión del mandato, en la cual la prioridad es satisfacer los intereses de quienes instituyen la política (ya sean votantes, autoridades ejecutivas, representantes del Poder Legislativo, donantes, etc.). Es posible identificar tres condiciones de la gestión política: a) activar la voluntad política, b) construir la viabilidad y c) conquistar sostenibilidad. Si la primera es un punto de apoyo, la segunda es el impulso para el cambio y la tercera su continuidad.

La gestión política solo se activa si hay una voluntad política por resolver un problema de política pública. Esto requiere que sea reconocido como relevante por parte de las autoridades con capacidad para instituir la política y asignar recursos. Una vez que esto ocurre el problema ingresa en la agenda de políticas públicas, adquiere entidad, es debatido. Mientras una situación, por más disfuncional que sea, no es reconocida desde la agenda pública permanece a nivel de una fatalidad.

La viabilidad consiste en la condición de alinear intereses de los actores involucrados por el problema para avanzar hacia una solución. El desafío de construir viabilidad es mayor cuando se buscan soluciones a problemas complejos que requieren intervenciones intersectoriales. Solo una vez que se logra un acuerdo inicial entre diferentes actores para resolver el problema se comienza a construir la gobernanza de la respuesta.

63 Moore, M. (1998). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. Paidós.

El requisito de la sostenibilidad ha sido planteado como lograr que la discontinuidad de la respuesta constituya un costo político demasiado alto (Tobar, 2010, p. 134)[64]. Su construcción implica una ardua abogacía y diálogo político, captando nuevos aliados. Esto es, ampliando en forma permanente las bases de la viabilidad como para lograr trascender (o incluso forzar) la voluntad política, si es que la autoridad instituyente y que asigna los recursos pierde interés en la respuesta.

El embarazo en adolescentes y, en particular, el embarazo no intencional en la adolescencia configura un problema social, sanitario y económico de magnitud en la Argentina (así como en todos los países de América Latina). Pero lo que dio lugar al Plan ENIA es que las autoridades nacionales así lo reconocieron, y manifestaron su voluntad política primero para iniciar y luego para continuar y fortalecer la respuesta pública al problema. El problema del embarazo no intencional en la adolescencia ingresa en la agenda pública cuando se asignan recursos para instrumentar una respuesta. De manera simétrica, el problema del embarazo en adolescentes pierde relevancia en la agenda pública si se eliminan las partidas presupuestarias para su continuidad. Resta aún evaluar si, ante la discontinuidad de las políticas nacionales, la gestión política del Plan consiguió construir las condiciones para que se continúen las respuestas desde los Gobiernos provinciales.

Pero, en términos de lecciones aprendidas, el logro más destacado de la gestión política del Plan ENIA fue la construcción de una visión de conjunto que involucró a diferentes jurisdicciones ministeriales (SENAF, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación), diferentes ámbitos territoriales (36 departamentos, 12 provincias y Gobierno nacional), equipos técnicos centrales y territoriales. Todos ellos actuando en forma coordinada.

➔ *Gestión programática*

La segunda condición de toda política pública es la gestión de la respuesta. Es a este nivel donde se construye la factibilidad. Se trata de una condición técnica que requiere desplegar conocimiento aplicado para enunciar y transmitir el problema, para formular hipótesis de intervención adecuadas, para operacionalizar y programar acciones, para definir hitos y resultados esperados, y para su monitoreo, seguimiento y evaluación.

La gestión programática del Plan ENIA adquiere relevancia singular en el contexto regional porque: a) en forma temprana consiguió identificar y enunciar un problema políticamente pertinente; b) logró captación y aprovechamiento, pero también generación de reportes técnicos y científicos que construyeron

64 Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Fundación Sanatorio Güemes. https://fsg.org.ar/wpfsg/wp-content/uploads/2022/01/que_aprendimos_de_las_reformas_de_salud.pdf

conocimiento sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia y sus respuestas; c) su fundamento en evidencias se manifestó a nivel de la formulación de una teoría del cambio; d) identificó hipótesis de intervención (denominados “dispositivos”); e) su operacionalización se concretó en Programas Operativos Anuales para cada jurisdicción; y f) construyó una métrica y un sistema de monitoreo. Es por la combinación de estos elementos críticos que el Plan consiguió formular e implementar soluciones técnicamente factibles.

➔ *Gestión operativa*

La tercera condición de toda política pública es la administración. Es decir, lograr un uso adecuado de los recursos ya sean estos humanos, financieros, tecnológicos o de infraestructura. Y, a la vez, garantizar el cumplimiento de procesos legales y burocráticos y al mismo tiempo conquistar un uso eficiente de las asignaciones.

La gestión operativa del Plan ENIA se verifica no solo por la buena gobernanza sino también a través de resultados como el bajo costo de los logros alcanzados, los altos niveles de implementación presupuestaria conseguidos, y la satisfacción de las condiciones de accountability en los diferentes niveles de gestión tanto en cuanto al cumplimiento de normas y procesos administrativos como por los niveles de reporte.

En síntesis, el Plan ENIA nos enseña que para que una respuesta a nivel de política pública funcione hace falta contar con voluntad política y recrear esa voluntad en forma permanente. Nos enseña que para lograr resultados es fundamental partir de evidencias y organizar las intervenciones de forma que puedan ser controladas y medidas (tanto en procesos como en resultados). Y nos enseña que el uso eficiente de los recursos (tanto financieros como humanos y materiales) viabiliza la gestión programática y la gestión política.

En otras palabras, del Plan ENIA aprendimos que no es una sola idea la que vertebra una política exitosa sino múltiples ideas articuladas en un sistema complejo. El caso del Plan ENIA establece un modelo que puede inspirar diversas respuestas que le sucedan y continúen. Tanto en la Argentina como en otros países.

Según la teoría de la modernización deberíamos esperar que todos los indicadores sociales mejoren a medida que la economía de los países en desarrollo crece. Sin embargo, el embarazo en adolescentes venía escapando de esa lógica en América Latina, y los países habían registrado niveles de embarazo en adolescentes que no se condecían con sus niveles de crecimiento económico.

El Plan ENIA nos enseña que es posible acelerar la reducción del embarazo en la adolescencia allí donde es más difícil. Que al hacerlo empezando con foco en las poblaciones más dejadas atrás se consigue también reducir la tasa del país en

su conjunto. Y que con esta reducción -en solo cinco años- es posible retomar el camino del crecimiento con desarrollo y crear mejores oportunidades de vida para la población adolescente, resguardando sus derechos y la equidad social.

6. ANEXO. CATÁLOGO DE MATERIALES DEL PLAN ENIA

ÍNDICE

a. Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia

» Documento base. Plan ENIA, 2017-2019.

» Implementación de la modalidad de intervención y dispositivos. Plan ENIA, 2018.

» Recorrido, logros y desafíos. Plan ENIA, 2019.

» Acceso a la justicia. Abusos sexuales y embarazos forzados en menores de 15 años. Plan ENIA, 2019.

» El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Plan ENIA, 2019.

» Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico. Plan ENIA, 2019.

» Perspectiva de discapacidad. Plan ENIA, 2019.

» Presentación institucional. Plan ENIA, 2021.

» Embarazos no intencionales en niñas y adolescentes (NyA) en las escuelas. Propuestas para sus abordajes desde la ESI. Plan ENIA, 2021.

» Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en la Argentina. Aplicación de la metodología MILENA. Resumen ejecutivo. Plan ENIA, 2020.

» Proceso de instalación del dispositivo de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias (ASIE). Plan ENIA, 2020.

» Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en la Argentina. Aplicación de la metodología MILENA. Plan ENIA, 2020.

b. Detección temprana y prevención de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes y de embarazos forzados

» Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Estrategias de abordaje integral. Dimensiones claves.

» Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Circuito de intervención.

» Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Responsabilidades legales e institucionales de los equipos de salud.

» Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contextos abusivos. Rol de la persona adulta protectora.

» Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. La entrevista. Apertura del proceso de consejería y entrevista psicológica en el espacio de la consejería pre y posaborto.

» Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Profesionales de la salud. Relatos de experiencias.

» Atención de NyA menores de 15 años embarazadas. Hoja de Ruta. Res. 1841/2020.

» Atención de NyA menores de 15 años embarazadas. Hoja de Ruta. Anexo.

» Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional.

» Hojas de ruta ante situaciones de abuso sexual en la niñez y adolescencia.

» Consejerías en derechos a NyA víctimas de abuso sexual y embarazo forzado.

» Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de niñas, niñes, niños y adolescentes (NNNyA) menores de 15 años.

» Análisis de la regulación del abuso y la violencia sexual contra NNNyA en la Argentina.

» Campaña: Las niñas no deberían ser madres.

» Material de apoyo para el trabajo con la “Serie audiovisual para la formación en detección y abordaje del abuso sexual y embarazo forzado en la niñez y adolescencia”.

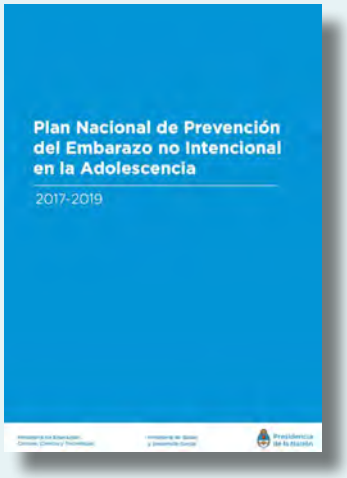
- Detección temprana en salud
- Detección temprana en las escuelas
- Consejería en derechos
- Hoja de ruta para su atención
- Rol del sistema de protección
- Aportes para su comprensión y abordaje

c. Informes de monitoreo anuales 2020-2023. Plan ENIA

d. Informes de monitoreo trimestrales y bimestrales 2020-2023. Plan ENIA

e. Tableros de monitoreo para la toma de decisiones 2020-2022. DNSSR

a. Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia



2017-2019

› **Documento base. Plan ENIA.**

Es la primera publicación del Plan ENIA. Contiene su fundamentación, diagnóstico, marco normativo y programático: objetivos, líneas de acción y condiciones de factibilidad para su implementación.

2019

› **Recorrido, logros y desafíos. Plan ENIA.**

Se presentan los desafíos de rectoría, intersectorialidad e interjurisdiccionalidad. Se muestra el proceso de puesta en marcha, los logros y desafíos de la ejecución, el armado del sistema de información y monitoreo, y los primeros resultados del Plan.

2019

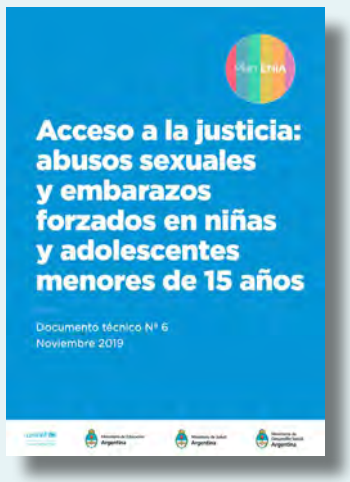
› **El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Plan ENIA.**

Se analizan y discuten los resultados de las investigaciones sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. El propósito es contribuir a revisar algunas nociones sobre la concepción de este problema y aportar hallazgos que resulten pertinentes para los equipos técnicos que llevan adelante el Plan.

2018

› **Implementación de la modalidad de intervención y dispositivos. Plan ENIA.**

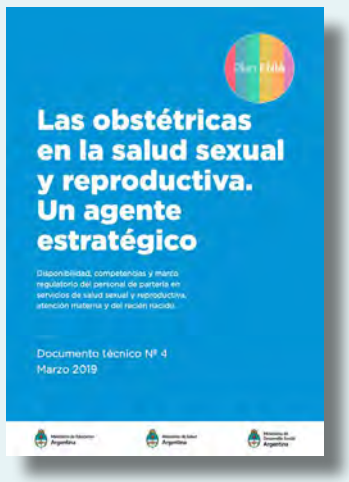
Se detalla la teoría del cambio en la que se sustenta el Plan ENIA y los vínculos entre sus objetivos, líneas de acción, niveles de intervención y dispositivos. Se caracteriza la modalidad de intervención de los cuatro dispositivos sectoriales.



2019

› **Acceso a la justicia. Abusos sexuales y embarazos forzados en menores de 15 años. Plan ENIA.**

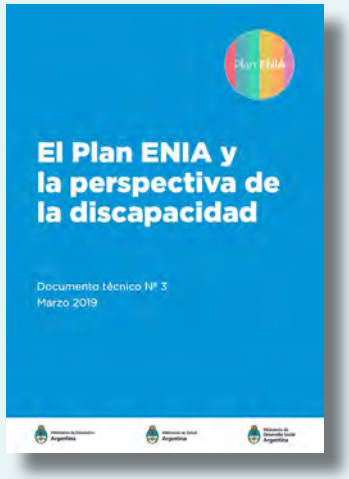
Se brinda un panorama de las barreras y los desafíos que presenta el acceso a la justicia de niñas y adolescentes, los estándares para el acceso a la justicia y las definiciones para el abordaje integral desde el sistema de justicia y los organismos de niñez, salud y educación.



2019

› **Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico. Plan ENIA.**

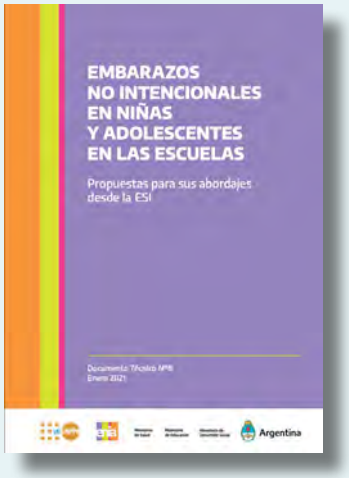
Se brinda evidencia sobre la disponibilidad, las competencias y el marco regulatorio del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, y de atención materna y neonatal.



2019

› **Perspectiva de discapacidad. Plan ENIA.**

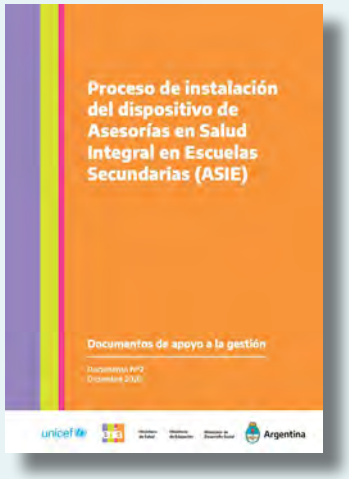
Se informa la situación de las niñas y adolescentes con discapacidad en relación al acceso a los derechos sexuales y reproductivos, y se brindan herramientas desde la perspectiva de la discapacidad para la prevención del embarazo adolescente en este sector de la población.



2021

› **Embarazos no intencionales en NyA en las escuelas. Propuestas para sus abordajes desde la ESI. Plan ENIA.**

Se desarrollan aportes desde la educación sexual integral (ESI) en relación al lugar de las instituciones educativas frente a los embarazos no intencionales y embarazos forzados en niñas y adolescentes.



2020

› **Proceso de instalación del dispositivo de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias (ASIE). Plan ENIA.**

Se caracteriza el funcionamiento de las ASIE y la articulación salud-educación.
Se recupera el proceso de instalación, sus logros y desafíos a partir de la primera etapa del Plan.

2021

› **Presentación institucional. Plan ENIA.**

Se detallan las características del problema del embarazo no intencional, así como los objetivos, la estructura institucional y el marco normativo del Plan.

2020

› **Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en la Argentina. Aplicación de la metodología MILENA. Resumen ejecutivo. Plan ENIA.**

2020

› **Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en la Argentina. Aplicación de la metodología MILENA. Plan ENIA.**

Se analizan las consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente mediante la implementación de la metodología MILENA desarrollada por el Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA-LACRO).

b. Detección temprana y prevención de abusos sexuales hacia NNNyA y de embarazos forzados

2023

› **Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Estrategias de abordaje integral. Dimensiones claves.**

Se brindan estrategias posibles para la atención integral de niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos.

2023

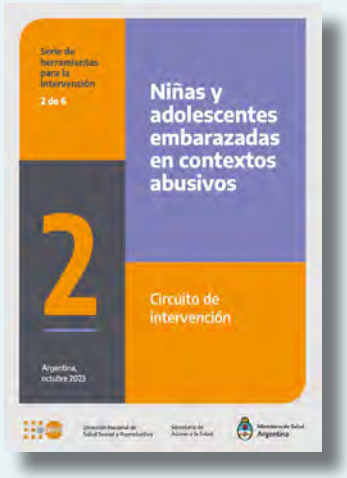
› **Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Responsabilidades legales e institucionales de los equipos de salud.**

Se analizan las responsabilidades institucionales y legales de los equipos y profesionales de la salud frente a la problemática de los embarazos de niñas y adolescentes en contextos abusivos.

2023

› **Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. La entrevista. Apertura del proceso de consejería y entrevista psicológica en el espacio de la consejería pre y posaborto.**

Se aportan criterios para la entrevista en el proceso de consejería pre y posaborto de niñas y adolescentes en contextos abusivos.



2023

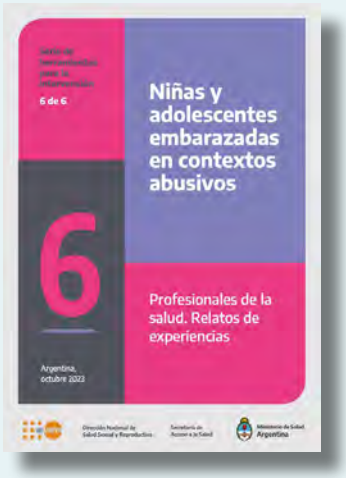
› **Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Circuito de intervención.**

Se brindan herramientas para visibilizar la importancia de la articulación entre las distintas disciplinas, servicios, equipos y profesionales delineando circuitos flexibles para la intervención integral.

2024

› **Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contextos abusivos. Rol de la persona adulta protectora.**

Se define el rol de la persona adulta con capacidad de proteger y contribuir a encontrar respuestas que garanticen la salud integral y los derechos de las niñas y adolescentes.



2023

› **Serie de herramientas para la intervención. NyA embarazadas en contexto abusivos. Profesionales de la salud. Relatos de experiencias.**

Se relatan experiencias de profesionales de la salud de diferentes provincias que aportan subjetividades, cualidades y sensibilidades en la atención a niñas y adolescentes en contextos abusivos.

2021

› **Atención de NyA menores de 15 años embarazadas. Hoja de Ruta. Res. 1841/2020.**

Se presentan herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud en la recepción y asistencia de los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años. Se brindan recursos para una atención de calidad, integral, humanizada, respetuosa de sus derechos y libre de prejuicios.

2021

› **Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional.**

Se brindan lineamientos para el abordaje interinstitucional del abuso sexual y el embarazo forzado en la niñez y adolescencia.

2021

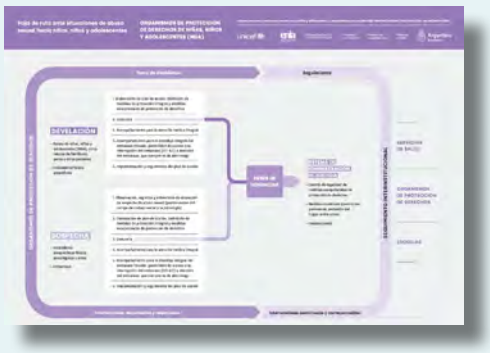
› **Consejerías en derechos a NyA víctimas de abuso sexual y embarazo forzado.**

Se reflexiona sobre la especificidad de la consejería en casos de embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años y se retoma la experiencia de especialistas de diversas disciplinas del campo de la salud.

2021

› **Atención de NyA menores de 15 años embarazadas. Hoja de Ruta. Anexo.**

Se sintetiza la hoja de ruta para una atención integral a niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas en un servicio de salud.



2021

› **Hojas de ruta ante situaciones de abuso sexual en la niñez y adolescencia.**

Se detallan tres hojas de ruta ante situaciones de abuso sexual hacia infancias y adolescencias para cada sector institucional interviniente: salud, educación y organismos de protección.

2019

› **Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de NNNyA menores de 15 años.**

Se abordan de manera conjunta el problema del abuso sexual y el del embarazo forzado como un insumo de trabajo para fortalecer la detección temprana y la actuación ante estas problemáticas.

2019

› **Análisis de la regulación del abuso y la violencia sexual contra NNNyA en la Argentina.**

Se sistematizan las regulaciones que ofrecen estándares de abordaje de casos de abuso sexual hacia infancias y adolescencias y se facilita el acceso a información clave a los diferentes sectores involucrados.

2019

› **Campaña: Las niñas no deberían ser madres.**

Es una campaña de sensibilización sobre las trayectorias diferenciales de las niñas con embarazos y maternidades forzadas y la cadena de vulneración de derechos.

› **Material de apoyo para el trabajo con la “Serie audiovisual para la formación en detección y abordaje del abuso sexual y embarazo forzado en la niñez y adolescencia”.**

› *Detección temprana en salud*

› *Consejería en derechos*

› *Rol del sistema de protección*

› *Detección temprana en las escuelas*

› *Hoja de ruta para su atención*

› *Aportes para su comprensión y abordaje*

C. Informes de monitoreo anuales 2020-2023. Plan ENIA

2022

› **Informe anual de monitoreo**

2021

› **Informe anual de monitoreo**

2020

› **Informe anual de monitoreo**

d. Informes de monitoreo trimestrales y bimestrales 2020-2023. Plan ENIA

2023

› **Informe trimestral de monitoreo. Julio-septiembre**

2022

› **Informe trimestral de monitoreo. Octubre-diciembre**

2022

› **Informe trimestral de monitoreo. Enero-marzo**

2023

› **Informe trimestral de monitoreo. Abril-junio**

2022

› **Informe trimestral de monitoreo. Julio-septiembre**

2021

› **Informe trimestral de monitoreo. Octubre-diciembre**

2023

› **Informe trimestral de monitoreo. Enero-marzo**

2022

› **Informe trimestral de monitoreo. Abril-junio**

2021

› **Informe trimestral de monitoreo. Julio-septiembre**

2021

› **Informe trimestral de monitoreo. Abril- junio**

›

2021

› **Informe trimestral de monitoreo. Enero-marzo**

2020

› **Informe bimestral de monitoreo. Septiembre-octubre**

2020

› **Informe bimestral de monitoreo. Julio-agosto**

2020

› **Informe bimestral de monitoreo. Mayo-junio**

2020

› **Informe bimestral de monitoreo. Abril-mayo**

e. Tableros de monitoreo 2020-2022. DNSSR

2022

› **Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.**

Incluye indicadores ENIA en el objetivo 3 (prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia) y en el objetivo 5 (fortalecer la capacidad de los equipos de salud para la detección temprana del abuso sexual y el embarazo forzado en niñas y adolescentes). La serie se inició en el año 2020.

2021

› **Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.**

Incluye indicadores ENIA en el objetivo 3 (prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia) y en el objetivo 5 (fortalecer la capacidad de los equipos de salud para la detección temprana del abuso sexual y el embarazo forzado en niñas y adolescentes). La serie se inició en el año 2020.

2020

› **Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.**

Incluye indicadores ENIA en el objetivo 3 (prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia) y en el objetivo 5 (fortalecer la capacidad de los equipos de salud para la detección temprana del abuso sexual y el embarazo forzado en niñas y adolescentes). Es la primera publicación de la serie.

ISBN 978-631-90872-3-9

https://argentina.unfpa.org/es

www.cedes.org