



Estrategia conjunta de salud sexual, salud reproductiva y educación sexual en la adolescencia

Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNFPA 2017





Introducción

A iniciativa y con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Argentina (UNFPA, por sus siglas en inglés), el presente documento sugiere aportes a la articulación entre los programas nacionales de Salud Sexual y Procreación Responsable, de Salud Integral en la Adolescencia, y de Educación Sexual Integral, en la Argentina. La metodología se basó en entrevistas realizadas durante 2016, un formulario completado por los equipos de los programas y revisión de literatura.

La adolescencia, que corresponde a la población entre 10 y 19 años, presenta desafíos en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo educación sexual, anticoncepción de uso regular, de largo plazo y de emergencia, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, así como cuestiones relativas a daños por causas externas, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación y otras. En particular, un problema que viene concitando la atención es el embarazo en la niñez y adolescencia temprana (14 años o menos) y el embarazo no-planificado en adolescentes (15-19 años).

El derecho a la salud sexual y el derecho a la salud reproductiva son derechos humanos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos

El marco normativo argentino refleja el principio del “derecho a tener derechos” de las y los adolescentes.

El derecho a la salud sexual y el derecho a la salud reproductiva son derechos humanos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. En la adolescencia, la persistencia de altas tasas de embarazos y de infecciones de transmisión sexual, como el VIH, hacen imprescindible el fortalecimiento de las políticas públicas que permitan mejorar el acceso de la población adolescente a los derechos sexuales y reproductivos; derechos que incluyen la protección ante la violencia y abuso, así como la promoción de las capacidades autónomas mediante formación e información adecuada y recursos.

Los programas nacionales de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) (Ministerio de Salud) y de Educación Sexual Integral (ESI) (Ministerio de Educación y Deportes) son los principales rectores de las políticas en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Se considera cada vez más necesario destinar esfuerzos que permitan profundizar y optimizar el trabajo conjunto para tener un mayor impacto y efectividad de la política pública.

Objetivos

El objetivo general del estudio es aportar elementos para desarrollar una estrategia conjunta de salud sexual, salud reproductiva y educación sexual que integre y coordine las políticas del PNSSyPR, el PNSIA y el Programa de ESI.

Los objetivos específicos son:

- A) Indicar puntos clave del panorama de situación de la salud sexual y salud reproductiva adolescente en el país, así como del marco normativo de referencia;
- B) Detectar líneas estratégicas de acción;
- C) Sugerir una propuesta de metodología de trabajo conjunto entre los programas.

Políticas basadas en evidencias y en derechos: una sinergia

El Informe aporta evidencias de que la colaboración inter-programática es posible y necesaria, e invita a reforzar los actuales mecanismos de relevamiento, monitoreo y evaluación que ya vienen haciendo los programas.

Es fundamental avanzar en políticas basadas en datos contrastados. El documento se basa en evidencia, recogida cualitativamente mediante entrevistas, de que hay brechas en el diseño e implementación de las políticas de cada uno de los programas que pueden abordarse de manera articulada e integral. Una de las sugerencias es avanzar conjuntamente en el relevamiento de las diferentes situaciones y problemas, así como en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas y acciones.

Cuanto mayor es el reconocimiento de los derechos y la autonomía, más eficaces son las políticas y más cuidadosos son los comportamientos de individuos y grupos. Y cuanto mejores son las condiciones de salud de las poblaciones, mayores posibilidades tienen sus miembros para ejercer sus derechos y tener la vida que se merecen.



1

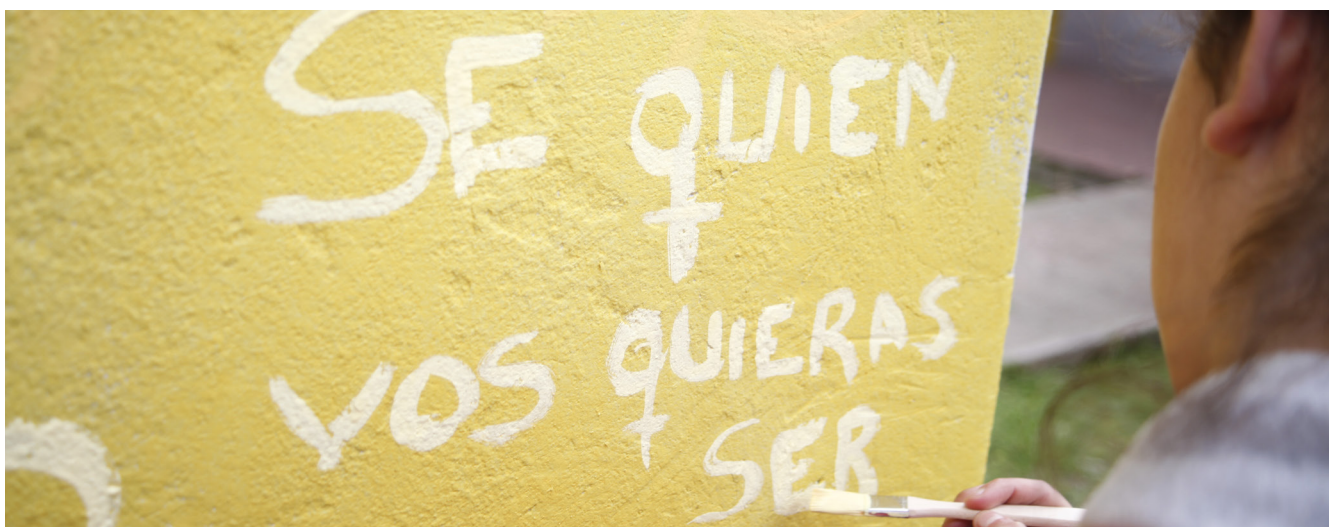
Definiciones

La salud refiere a un proceso integral, multidimensional, en interacción con las posibilidades vitales de cada quien según su corporalidad, sexo y género, edad y momento biográfico, y todas las dimensiones sociales e individuales: la salud está en interacción con las condiciones sociales, en el sentido de que todas estas dimensiones determinan la salud de una persona, y a su vez el estado de salud de una persona determina las posibilidades y modos que ella tiene y tendrá de vivir su propia vida.

La salud sexual constituye “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, sin coacción, discriminación ni violencia” (MESECVI 2014). La salud sexual y la salud reproductiva van de la mano del reconocimiento de los derechos a la salud, sexuales y reproductivos, en el contexto de una sinergia entre la promoción de la salud y la promoción de los derechos humanos.

El PNSIA, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la población adolescente como aquella comprendida entre los 10 y los 19 años de edad. En materia de sexualidad y reproducción nos encontramos con una franja de edad que reúne situaciones diferentes, incluso incomparables desde el punto de vista corporal, vital, experiencial y legal: hay prácticas y situaciones que a la edad temprana de la franja etaria son desaconsejables, riesgosas, abusivas e incluso objeto de penalización legal, mientras que en las edades mayores las cosas cambian significativamente, en términos corporales, subjetivos, éticos y legales.

No es lo mismo pensar las relaciones sexuales y sus consecuencias a los 10 años que a los 19 años. Por ello, la adolescencia suele subdividirse en dos grupos: de 10 a 14 años (adolescencia temprana) y de 15 a 19 años (adolescencia tardía). Si al inicio de la adolescencia el porcentaje de iniciadas/os sexualmente se espera que sea nulo, a los 19 años la proporción de iniciadas/os sexualmente supera



el 60 por ciento (PNSIA, 2016). Los abordajes de temas como el embarazo adolescente (e incluso las definiciones mismas de la cuestión) varían notablemente según se trate de uno u otro grupo, aunque para cualquier edad prime el principio del reconocimiento de la autonomía y la integridad física, sexual y subjetiva de las y los adolescentes.

En términos de autonomía económica, residencial, política y de acceso a recursos materiales, se trata de un período de carencia relativa (respecto de la generación adulta) y de vulnerabilidad específica, que combina necesidades crecientes y crecientemente diversificadas, con un mundo social y un mercado que suelen ofrecer cada vez menos oportunidades y recursos para las generaciones que se van incorporando al mundo público del trabajo.

Hay que tener en cuenta las experiencias específicas de las y los adolescentes para el diseño e implementación de programas. Si ello constituye un desafío particular, también es una oportunidad particular: integrando acciones, yendo, partiendo y estando en los espacios de sociabilidad, formación y atención de las y los adolescentes, aprovechando que se trata de un momento de la vida en que los aprendizajes y cambios son tan posibles.

La idea central de este documento es que existen condiciones favorables para que los tres programas puedan profundizar y extender las articulaciones en el diseño e implementación de sus políticas.

Tanto en su mandato institucional como en la composición de sus equipos y direcciones se comparte un marco basado en el reconocimiento de los derechos, se verifica una tradición de trabajo conjunto y experiencias compartidas, los diagnósticos situacionales y estructurales son compatibles, y todos aspiran a políticas a la vez específicas, integrales, participativas y multidimensionales, que pongan



en el centro la cuestión de la accesibilidad de la población y la creación de climas institucionales aptos para el desarrollo de las actividades.

En 2016, se publicaron dos informes sobre la salud integral, sexual y reproductiva, en la Argentina y en el Cono Sur: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL - UNICEF (2016). Situación de salud de las y los adolescentes de Argentina, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; y Binstock, Georgina (2016). Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común, Buenos Aires: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Remitimos a esas publicaciones, así como a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud para acceder a los últimos datos actualizados¹.

Embarazo en la adolescencia

Dentro de los temas clave de los tres programas, se destaca el núcleo en torno al embarazo en la adolescencia (a su vez, desagregado en la franja 15-19 años y en la adolescencia temprana o en las embarazadas niñas, aquellas de 14 años o menos). El embarazo en la adolescencia involucra una diversidad de temas, problemas y abordajes: la educación sexual integral, el inicio sexual, las relaciones sexo-afectivas, el acceso y uso eficaz de anticonceptivos, el seguimiento de la gestación y el parto, las modalidades y consecuencias de la interrupción segura o no segura del embarazo (por ejemplo las hospitalizaciones por complicaciones de aborto), las chances vitales que nuestra sociedad ofrece a las chicas y los chicos de los diversos sectores sociales, así como la prevención de infecciones, el testeo y atención del VIH, y también la cuestión del abuso y la violencia, la discriminación y el bullying, y las consecuencias sociales e individuales – incluyendo las educativas – de todo ello.

VIH e ITS

La población adolescente sigue siendo una de las categorías más vulnerables a infectarse con el VIH. El Estado argentino viene ocupándose de la epidemia desde los años noventa, aun desde antes del descubrimiento de los tratamientos de alta efectividad. Sostener y ampliar la cobertura de las políticas de VIH para las nuevas generaciones que se inician en la vida sexual activa, incluyendo a jóvenes heterosexuales, gays, lesbianas y trans, es clave para controlar la epidemia, con los graves costos humanos y económicos que trae.

El conjunto de riesgos para la salud asociados a la sexualidad, como la infección por VIH, las hepatitis virales, las otras infecciones de transmisión sexual (ITS), a las que se ha sumado en la agenda el HPV (con impacto en las chicas y mujeres adolescentes, así como en varones), constituyen un ámbito de acción en salud y educación integral para adolescentes. Una política integral, que implique la problematización y el trabajo para superar cuestiones de estigma y discriminación, y que pase por los ámbitos “extra-salud” como por ejemplo el sistema educativo, optimiza recursos y es la única manera de alcanzar eficacia, sostenibilidad y cobertura.

Diversidad: orientación sexual, identidad de género y expresión de género

Las y los adolescentes LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y trans), cuyas prácticas, vínculos e identidades se apartan de la norma heterosexual, son como todos vulnerables a enfermedades,

¹www.deis.msal.gov.ar



como el VIH, a problemas de salud mental, y a exponerse a violencias y circunstancias de vida complicadas. Decir que son vulnerables no quiere decir “más” vulnerables, sino “específicamente” vulnerables. Las y los adolescentes LGBT tienen padecimientos específicos relacionados con los contextos estigmatizantes y/o violentos que enfrentan. La expresión de género (modales, tono de voz, vestimenta, hexis corporal, etc.) también es crucial para entender padecimientos presentes en niños/as y adolescentes LGBT. Rara vez se presta atención al tema de la apariencia más o menos masculina de los varones y más o menos femenina de las mujeres (como quiera que masculina y femenina se definan) en tanto fuente de problemas para quienes no se conforman a lo esperado.

Morbi-mortalidad por causas externas y una política integral en salud, sexualidad y reproducción en la adolescencia

Las causas externas de morbi-mortalidad son importantes para esta franja generacional. Si se las piensa – valga el juego de palabras – como externas a las vidas sexo-afectivas y reproductivas, se pierden aspectos clave de la vulnerabilidad adolescente a accidentes y daños por violencia, y se pierden también oportunidades para la prevención de la morbi-mortalidad por causas externas y la promoción de la salud. Muchos de esos eventos y contextos (de consumo, de violencia) están determinados o influidos por las prácticas y experiencias en materia de sexualidad, género, reproducción (y no-reproducción) en la adolescencia.

Cabe mencionar además, entre varias otras cuestiones, al tema de la alimentación, sobrepeso y obesidad, trastorno alimenticios, a las cuestiones de cuerpo y corporalidad más allá de lo sexual-reproductivo, y que tiene que ver con las construcciones de género y prácticas saludables que los tres programas tienen como campo de sus políticas.

Algunos datos

- Según el informe Situación de salud (2016), en 2015 la población adolescente en Argentina es de aproximadamente 7 millones, es decir el 16,3% del total poblacional. En ese rango (10-19 años), 51 por ciento son varones y 49 por ciento son mujeres.
- El peso de la población adolescente varía según las provincias. El 2% de la población adolescente son migrantes, nacidos/as mayormente en Paraguay, Bolivia y Perú. El 17 por ciento de la población adolescente refleja Necesidades Básicas Insatisfechas, contra el 12,5% general, dato a considerar para cualquier diseño de políticas que dé cuenta de las condiciones de acceso a recursos materiales y simbólicos, y a la protección ligada al trabajo formal o niveles de ingreso.
- Es frecuente la ocurrencia de embarazos no planificados en adolescentes de 15 a 19 años (aproximadamente 15 por ciento del total de los nacimientos). Las tasas de fecundidad adolescente (como la general) varían significativamente por distrito y región del país. Según la DEIS, en 2013 se registraron en el sector público más de ocho mil egresos hospitalarios por complicaciones de aborto en adolescentes (en 2012 fueron 8251, siendo el 18,4% del total de egresos hospitalarios por aborto de ese año).
- En niñas (de 14 años o menos), la ocurrencia de embarazos no es frecuente, pero el número (aproximadamente 3000 cada año) y la proporción (0,4% de los nacimientos) se vienen manteniendo constante; dados los riesgos para la gestante y para el/la recién nacido/a, la persistencia de estas cifras es muy preocupante, y habla no sólo de cuestiones de salud reproductiva sino de contextos de abuso y violencia.
- El Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina de diciembre de 2016 consigna que en el país viven alrededor de 120 mil personas con VIH, el 30% de las cuales desconoce su situación. Parte de quienes no conocen su estatus serológico, son adolescentes en los primeros años de su vida sexual activa. La transmisión sexual del VIH (incluyendo el sexo entre varones) se ha mantenido a pesar de las campañas e información circulante, y es la principal vía de transmisión del virus.
- Las tasas de mortalidad en la adolescencia son mayores entre los varones que entre las mujeres (dos a uno), y esto no se debe a razones biológicas sino a las construcciones sociales de género. Investigaciones y/o datos de otros contextos muestran a su vez que la orientación sexual no heterosexual y la identidad de género trans presentan tasas desproporcionadamente altas en estos aspectos (suicidios, muertes violentas).
- Las causas externas son la primera causa de mortalidad de la población adolescente: las lesiones no intencionales (accidentes) representan casi el 30% de las defunciones, seguidas por los suicidios con un 13%, eventos de intención no determinada (9,6%) y homicidios/femicidios (8,9%).



2

Los Programas

Los programas de Salud Integral en la Adolescencia y de Salud Sexual y Procreación Responsable dependen del Ministerio de Salud de la Nación, mientras que el de Educación Sexual Integral depende del Ministerio de Educación y Deportes. Eso marca una primera gran diferencia, en el sentido de que los trabajos colaborativos implican a su vez integrar lógicas e incumbencias de dos ministerios distintos. A su vez, los dos programas del área de salud dependen según los momentos de diferentes direcciones. No obstante ello, ya se han dado mecanismos de colaboración horizontal inter-programas, aun cuando se ubiquen en líneas diversas de la jerarquía vertical.

Los tres programas, que fueron creados en los últimos 15 años, son referenciados en su función de rectoría e intervención por parte de las provincias e interlocutores institucionales. En sus objetivos y dinámicas, los tres avanzan en la promoción de la salud y las condiciones tanto en materia de sexualidad como de reproducción, sin subsumir una a la otra, sin plantear modelos únicos o hegemónicos de arreglos familiares o conyugales, tal como lo hace la normativa argentina.

Los tres programas, que fueron creados en los últimos 15 años, son referenciados en su función de rectoría e intervención por parte de las provincias e interlocutores institucionales.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)

En 2002 se sancionó la Ley 25.673 que crea el PNSSyPR, el cual fue puesto en funcionamiento mediante el decreto 1282 del año 2003. En 2016, el Programa se ubica en la órbita de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, dentro de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios y Programas.

Las coordinadoras del PNSSyPR, Silvia Oizerovich (médica) y Gabriela Perrotta (psicóloga), ocupan su puesto desde el 2016. Ambas son especialistas en salud sexual y reproductiva, y previo a iniciar su trabajo en el programa, ocupaban puestos equivalentes en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A septiembre de 2016, el Programa cuenta con 31 recursos humanos de manera full time y 3 part-time.

Los objetivos generales del PNSSyPR incluyen: Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; Prevenir embarazos no deseados; Promover la salud sexual de los adolescentes; Contribuir a la prevención y detección precoz de infecciones o enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Con estos objetivos, desde el programa se están implementando, entre otras, las siguientes políticas:

1. Distribución de insumos anticonceptivos a todas las jurisdicciones del país;
2. Distribución de materiales de comunicación a todas las jurisdicciones del país;
3. Actividades de capacitación a equipos de salud en las distintas jurisdicciones del país;
4. Actividades de promoción comunitaria en las distintas jurisdicciones;
5. Elaboración de materiales de comunicación;
6. Sistematización de información estadística.

El Programa opera a través de las provincias y localidades, dado el carácter federal de los presupuestos y modalidades generales de intervención en el Ministerio de Salud².

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA)

En 2007, la resolución 619 crea el PNSIA. Los Lineamientos sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud, describen las normativas que protegen la autonomía y los derechos de adolescentes en la Argentina.

Desde 2016, el PNSIA se ubica dentro de la órbita de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, dependiente de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios, y Salud Comunitaria. Cabe subrayar la incorporación de “y Adolescencia” al nombre de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, lo que muestra un compromiso en hacer visible y responder a las necesidades específicas de esta categoría de la población.

El PNSIA es coordinado desde mayo de 2015 por Juan Carlos Escobar, médico especialista en adolescencia, quien trabaja en el programa desde junio de 2010. En 2016, cuenta con 14 recursos humanos dedicados a tiempo completo.

Entre los objetivos generales del PNSIA, se incluyen: Promover la salud integral de los y las adolescentes; Favorecer hábitos y estilos de vida saludables; Contribuir a la construcción de proyectos de vida;



²ver el Informe Anual de Gestión 2015

Incorporar la perspectiva de género y masculinidades en el sistema de salud; Mejorar las condiciones de salud de la población adolescente; Disminuir la morbi-mortalidad por gestación en la adolescencia; Disminuir el embarazo no planificado; Disminuir la morbi-mortalidad por aborto inseguro; Mejorar el cuidado de los embarazos en la adolescencia; Disminuir la morbi-mortalidad por causas externas; Disminuir el consumo episódico excesivo de alcohol; Disminuir la tasa de suicidios en la adolescencia; Mejorar el registro concerniente a morbi-mortalidad por causas externas.

En función de estos objetivos, desde el Programa se están aplicando las siguientes políticas:

1. Capacitación a equipos de salud (incluyendo capacitaciones en Servicios, curso sobre temáticas específicas y pasantías de profesionales de las provincias);
2. Acompañamiento en la gestión de las provincias;
3. Monitoreo de las actividades realizadas;
4. Desarrollo de contenidos teóricos específicos;
5. Actividades de comunicación para equipos y comunidad en general, incluyendo a los adolescentes.

Desde su creación, el Programa ha logrado instalarse como referencia en el seno del Ministerio de Salud, así como dar origen a investigaciones y actividades en vínculo con organismos internacionales y sociedades científicas.

Programa Nacional de Educación Sexual Integral

El Programa de ESI fue puesto en funcionamiento en 2008, dos años después de la sanción de la Ley 26.150 del 2006 que le dio origen. Ese año, el Consejo Federal de Educación aprobó los Lineamientos Curriculares Básicos en materia de Educación Sexual Integral. A 2016, el Programa se ubica dentro de la Dirección de Gestión Educativa de la Sub-secretaría de Gestión y Políticas Socioeducativas, dependiente de la Secretaría de Gestión Educativa.

La coordinadora de la ESI, Mirta Marina, profesora y psicopedagoga, se encuentra trabajando en el programa desde su creación en abril de 2008, y ocupa su cargo desde mayo de 2009. Se ha especializado en formación docente. El Programa cuenta a septiembre de 2016 con 14 profesionales.

Entre los objetivos generales del ESI, se incluyen: Incorporar la educación sexual integral dentro





de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas; Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; Promover actitudes responsables ante la sexualidad; Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Con estos fines, desde el Programa se están aplicando las siguientes políticas:

1. Formación y asistencia técnica a equipos jurisdiccionales de ESI y de otros equipos técnicos;
2. Producción y distribución de materiales didácticos;
3. Generación de propuestas de formación institucional en ESI (capacitación docente en instancias tanto presenciales como virtuales);
4. Desarrollo de acciones de monitoreo y evaluación del Programa;
5. Articulación intra-ministerial, interministerial e intersectorial.

La organización de la acción del Programa ESI a través de las instituciones educativas y otros actores, como sindicatos docentes o institutos de formación docente, es clave para la cobertura y accesibilidad de las acciones del PSSyPR y el PNSIA: no hay modo más institucionalizado y disponible para permitir mejor llegada con adolescentes, que las instituciones y personal a cargo de la educación formal e informal.

Articulación

Los programas presentan objetivos generales, objetivos para el período y conjuntos de actividades que habilitan a un esquema favorable para avanzar en una mayor articulación de políticas públicas de Estado:

- A)** Parten de presupuestos comunes y tienen objetivos que, o bien coinciden, o bien se presuponen, o bien se complementan; en ningún caso chocan.
- B)** Sus especificidades de objeto y ámbito de intervención son complementarias: la entrada vía la salud sexual y salud reproductiva, vía el recorte generacional y el abordaje de la salud integral, y vía la educación y el sistema educativo, favorecen la integración y no la superposición.

Aun aspectos y dimensiones que pudieran parecer como impropios de uno u otro programa pueden ser y son aprovechados de manera sinérgica. Ejemplos: el abordaje de la morbi-mortalidad por causas externas es más eficaz, eficiente y adecuado a la población adolescente si se integra con cuestiones de género, sexuales, reproductivas y educativas; el uso correcto de métodos anticonceptivos es indisociable de un abordaje integral de la salud y de un ámbito de sociabilidad en el que las chicas y chicos puedan charlar entre sí y eventualmente con referentes adultos/as, como puede ser el ámbito escolar; y la actividad áulica de educación sexual se refuerza cuando existen mecanismos aceptados de referencia al sector salud –por ejemplo mediante las asesorías proyectadas en las escuelas-, puesto que la educación integral crea derechos y necesidades, las hace visibles, crea una demanda que si no es susceptible de ser satisfecha, puede ser incluso perjudicial.

Este Documento hace foco en los tres Programas, pero también puede pensarse en articular con las direcciones y programas en materia de VIH, ITS, hepatitis virales, SENNAF, juventud, derechos humanos, mujer, violencia, drogas, y otras dependencias del Estado, dentro de Salud o de Educación, así como en otros ministerios como el de Desarrollo Social, que hacen a la educación y salud sexual integral en la adolescencia.

Dado el carácter federal de las intervenciones, el conjunto complejo de objetivos, actividades y articulaciones implica un despliegue en las jurisdicciones que es imprescindible para alcanzar cobertura y diseños adecuados para cada uno de los lugares de la Argentina.



3

Actividades y líneas de acción

El relevamiento da muestras de que ya existen tanto “nodos articuladores” (por ejemplo, el embarazo en la adolescencia) como visiones comunes entre los tres programas. Más allá de sus contenidos coincidentes, complementarios o yuxtapuestos, sus actividades pueden involucrar a más de un programa, como la realización de capacitaciones o la elaboración de materiales con contenidos de interés para el conjunto o para los programas considerados individualmente.

Temas considerados “prioridad uno”

Los tres programas tienen temas prioritarios en común que pueden constituirse en nodos sobre los cuales actuar en conjunto. El listado siguiente resulta de la consulta efectuada sobre metas y actividades prioritarias para cada Programa. Se les preguntó sobre prioridades tanto en cuanto a objetivos a largo plazo como en relación con las actividades. Los temas “prioridad uno” para los tres programas, y en relación con los cuales vienen realizando y/o tienen planificadas actividades para 2017, son:

- Prevención de embarazos en adolescentes
 - Anticoncepción de uso regular
 - Uso correcto de preservativos
-
- Orientaciones sexuales no heterosexuales
 - Identidad de género trans
-
- Abuso sexual
-
- Equidad de género
 - Derechos reproductivos
 - Derechos sexuales
-

Otros temas prioritarios

Otros objetivos y temas son considerados prioritarios, pero no de manera unánime por todos los programas, en la medida que consideran que deben ser (o son) abordados por otras áreas, o bien porque en la práctica tienen un nivel menor de relevancia, o quizá sean demasiado generales o transversales (ej. derechos humanos).

En estos casos, la coordinación también es posible y deseable, aunque necesita de un trabajo más exhaustivo de planificación conjunta. En realidad, más que coordinar “de igual a igual”, de lo que se trata es complementar acciones y saberes desde cada lugar específico, a veces central y a veces periférico a las labores prioritarias de cada Programa. No incluimos aquí los temas que son de baja o nula prioridad para alguno de los programas. Entre los temas mencionados como de alta prioridad, pero no de manera uniforme, se encuentran:

- Salud integral de las niñas y adolescentes mujeres
- Salud integral de los niños y adolescentes varones
- Prevención del VIH y otras ITS en adolescentes (que realiza la Dirección de Sida)
- Pedagogías de la sexualidad
- Abandono y performance escolar por motivos ligados a la sexualidad, el género o la reproducción
- Masculinidades
- Acceso a la salud de gays y lesbianas (incluyendo adolescentes)
- Acceso a la salud de trans (incluyendo adolescentes)
- Negociación (sobre uso de preservativos, MAC) en la pareja
- Trata
- Explotación sexual

-
- Consejerías pre y post aborto
 - Afectividad
 - Estigma y discriminación
 - Salud mental de adolescentes
 - Adolescentes de pueblos indígenas/originarios
 - Adolescencia y discapacidad
 - Derechos humanos
-

Las acciones que pueden involucrar contenidos en los que hay potencial de articulación y fortalecimiento recíproco entre los Programas incluyen entre otras el desarrollo y uso de herramientas virtuales y las actividades de capacitación.

Respecto de los recursos, los tres Programas resaltaron necesidades de mayor número de personal, aun cuando cuentan con personal calificado y proveniente de diversas disciplinas. Dos programas insistieron en destacar las carencias a nivel infraestructural (PNSIA y ESI), desde cuestiones de espacio físico de trabajo inadecuado e insuficiente, a cuestiones de equipamiento informático y de otros insumos.



Los programas expresaron que no suelen producir datos estadísticos propios, sino que manejan indicadores provistos por otros organismos. Salvo el PNSSyPR que elabora datos sobre servicios de salud sexual y reproductiva en conjunto con los programas Provinciales, los otros dos suelen utilizar datos provistos por el INDEC, la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación, el Sistema Informático Perinatal (SIP) del CLAP, el Programa SUMAR y la Dirección Nacional de Estadística y Calidad Educativa (DINIE) del Ministerio de Educación. Por otro lado, los tres programas destacaron la necesidad de producir nuevos indicadores, así como de contar con datos sistemáticos y con estudios nacionales que den cuenta de la especificidad de la población adolescente.

Además del presupuesto que tienen asignado, los programas informaron fuentes de financiamiento que exceden los ministerios de los que dependen. En momentos de restricciones presupuestarias, y teniendo en cuenta que los objetivos comunes son susceptibles de recibir apoyos, puede intentarse avanzar en buscar y conseguir fondos para actividades y materiales puntuales, así como recursos para infraestructura.



4

Hacia una mayor articulación estratégica

Desafíos y oportunidades para una coordinación integral

A pesar de los reiterados cambios y rupturas que suelen afectar a las políticas del Estado en la Argentina, que obligan cada tanto a “empezar todo de nuevo”, estos tres programas han conseguido desarrollar, sostener y pensar a futuro ejes de trabajo identificables. Interpretamos que hay condiciones adecuadas para integrar con una buena gobernanza (institucionalización del diálogo inter-programático), en conjunto, distintos momentos de cada planificación estratégica. La planificación de cada Programa se enmarca en las líneas de políticas de los respectivos Ministerios y Secretarías, no obstante lo cual hay compatibilidad para articulaciones horizontales. En un futuro, la planificación intersectorial y multisectorial podrá ir incluyendo en mayor medida y en mayor número a otros actores tanto gubernamentales como de la sociedad civil y, lo que es fundamental, de la propia población adolescente.

La articulación estratégica puede aportar a los programas en cuanto a los siguientes momentos de la planificación e implementación de actividades: Relevamiento de necesidades y brechas en salud y derechos; Diseño de políticas; Implementación de políticas; Monitoreo y evaluación.

La red de políticas públicas incluye diversos niveles gubernamentales, de la sociedad civil, sindicales, y el nivel de los efectores y establecimientos, familiares y las y los propios sujetos directamente interesados. Es menester pues tener en mente esta multiplicidad compleja y tensa de actores intervinientes. A pesar de los obstáculos, en la Argentina se ha logrado avanzar, con beneficios tanto para las poblaciones como

A pesar de los reiterados cambios y rupturas que suelen afectar a las políticas del Estado en la Argentina, que obligan cada tanto a “empezar todo de nuevo”, estos tres programas han conseguido desarrollar, sostener y pensar a futuro ejes de trabajo identificables.



para los liderazgos que las han promovido, en políticas respetuosas y promotoras de derechos en materia de sexualidad y reproducción. La ESI tardó más de veinte años en ser discutida y adoptada por el Estado nacional, lo mismo que la salud reproductiva, la diversidad sexual, o el reconocimiento pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Con todo, a más de tres décadas ininterrumpidas de democracia, en términos de supuestos conceptuales sobre salud, género, sexualidad, educación y cómo se integran, una visión integral terminó por ser privilegiada:

- A) Las y los adolescentes son sujetos de derechos, de sus propias vidas, los adultos y adultas que los rodean tienen un papel subsidiario y no tutelar (menos aún, de toma de decisiones);
- B) El género (inseparable de la sexualidad) es tanto una dimensión o arena específica, como un eje que atraviesa cualquier política, acción o experiencia, y por ende su negación o eliminación en realidad lo que hace es ocultar esa dimensión que está siempre presente; se concibe al género, aun con énfasis en las mujeres y niñas, como una cuestión relacional, y no se concibe a la heterosexualidad binaria y reproductiva como único patrón de referencia para pensar y juzgar las experiencias sexuales y de género, ni siquiera como patrón privilegiado;
- C) Se piensa todas estas cuestiones de manera integral, y se considera que tomar sólo alguna dimensión es menos eficaz desde una visión de políticas públicas e incluso puede ser contraproducente;
- D) Se tiene una visión del Estado y las políticas públicas como una responsabilidad indelegable, propia de una democracia y de una visión de justicia social;
- E) Se tiene una visión de las políticas públicas como red, como articulación, con los actores locales, de la sociedad civil y las y los propios sujetos interesados;
- F) Se plantea que las políticas tienen que tener efectos concretos y (de ser posible) medibles, sostenibles en el tiempo, y responder bien concretamente a las necesidades y sufrimientos evitables;
- G) Por último, pero no menos importante, todo esto implica tener la capacidad de adaptarse a los procesos políticos más macro (del Gobierno, de los actores provinciales, de los servicios e instituciones de salud y educación).



Dado este conjunto de principios rectores, en un contexto de descentralización política y administrativa en el que las políticas públicas no surgen de un modelo vertical sino inter-programático, la coordinación aparece como el medio para lograr la integralidad en el área de políticas sociales.

Tomando en cuenta las prioridades establecidas por los programas y el contexto más general político del gobierno y del país, en el ámbito de la salud y educación sexual-reproductiva en la adolescencia podemos preguntarnos: ¿qué problema es o aparece “incontestable”? Hay más de uno: la violencia de género, el embarazo adolescente, el bullying y la discriminación escolar, entre otros.

Algunos temas encuentran resistencias, pero la evidencia muestra la necesidad de profundizar su abordaje: por ejemplo, la accesibilidad a la AHE o al DIU, tratar en las escuelas el tema de la orientación sexual o la identidad de género. Y finalmente hay otros temas que son imperiosos pero exigen un cuidadoso esfuerzo de sensibilización y afinación, por ejemplo el tema de la interrupción legal del embarazo.



5

A modo de conclusión

Hay condiciones objetivas y subjetivas para avanzar en una articulación fecunda entre los tres programas, que se verían fortalecidos tanto institucionalmente como en algunas de sus líneas de acción prioritarias.

La articulación puede darse en primer lugar en torno a temas o contenidos: el tema que concita mayor apoyo externo es el embarazo no planificado en la adolescencia – con la particularidad del embarazo en menores de 15 años. Temas conexos son la accesibilidad al uso correcto y sistemático a métodos anticonceptivos, y al preservativo en tanto método de barrera ante las ITS, así como las maternidades y paternidades adolescentes. En el contexto de las políticas estratégicas del gobierno nacional, el abordaje de este tema como objeto de política integral y sostenible puede permitir encarar a su vez otros temas relacionados y prioritarios para los tres programas.

Entre los temas figuran también la salud y derechos en relación con la diversidad sexual y genérica, incluyendo (aun cuando exista una Dirección específica) el VIH y otras ITS (como el HPV, con Programa también específico).

Un tema que ha adquirido visibilidad social, es la violencia y abuso en relación con la sexualidad y el género, en particular hacia las mujeres y niñas. Abuso y violencia constituyen a la vez temas específicos y ejes transversales para los tres programas.

Finalmente, la promoción de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos constituyen temas en sí y ejes transversales para los tres programas, siendo condición y meta para la salud y la educación integrales en la adolescencia. Hay además una multiplicidad de temas y contenidos, mencionados en el informe, en los que los Programas se complementan.

La promoción de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos constituyen temas en sí y ejes transversales para los tres programas, siendo condición y meta para la salud y la educación integrales en la adolescencia.

La articulación puede darse en segundo lugar en torno a la realización de actividades y la producción de materiales: en las actividades y materiales, cada Programa pueda colocar sus propios temas o contenidos, complementar con su mirada y expertise los temas de los demás programas, o aprovechar los recursos materiales y la llegada a la población vía los demás programas. Dicho de otra manera, hay recursos que pueden compartirse, independientemente de los contenidos: como por ejemplo una plataforma virtual o un seminario de capacitación y sensibilización.

Mecanismos de coordinación: El punto central y primero en orden cronológico será establecer mecanismos de coordinación, con la intención de que se vayan institucionalizando y de esa manera entrar en la dinámica inter-programática, independientemente de las eventuales modificaciones en la conformación de los equipos de los programas.

Pasos sugeridos: La coordinación es clave para la articulación de actividades entre los programas. Ello implica la articulación institucional estratégica (al mediano y largo plazo, y “que quede”) y en el día a día, en torno a acciones concretas. La articulación en ambas temporalidades redundará en la consolidación de la legitimidad de los programas y sus políticas individual y conjuntamente considerados. Concretamente, la coordinación o “gobernanza” implica desde el inicio:

- Reunión mensual con día y horario fijos, entre puntos focales/coordinaciones de los tres programas.
- Confección de una agenda o calendario de actualización permanente donde se coloquen las actividades, tanto conjuntas como las de cada Programa.
- Determinación de puntos focales; puesta en común de teléfonos y direcciones de correos electrónicos.
- Presentación y conversación acerca de estas propuestas con las autoridades en cada uno de los Ministerios.

En cuanto al fortalecimiento de las acciones de los programas, las instancias de articulación permitirán avanzar en:

- La detección y relevamiento de necesidades cruzadas, de brechas, de superposiciones.
- El apoyo político y consolidación institucional mutua.
- La proyección regional e internacional en tanto ejemplo de buenas prácticas de integración salud-educación. Articulación Cono Sur, y regional de América Latina y el Caribe.
- El diseño y fortalecimiento de una verdadera estrategia nacional de educación y salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en torno a temas puntuales (embarazo adolescente u otro) o transversalmente, en sentido amplio.
- El planteo a futuro cercado de la articulación inter- y multi-sectorial en la materia: La experiencia ha mostrado la fecundidad de integrar mecanismos con representantes de organismos del Gobierno nacional (liderazgo estatal), jurisdiccional, de la sociedad civil incluyendo la población interesada (ejemplo a través de centros o federaciones de estudiantes), universidades e institutos de ciencia y técnica, sindicatos, sociedades científicas e institutos de formación docente, agencias de la ONU, donantes, etc.

En cuanto a los recursos disponibles y a los recursos necesarios:

- Optimización y sistematización de la generación y uso de información: Puesta en común de datos requeridos, indicadores para presentar en informes y compromisos del país, homogeneización de las formas de medir, relevamiento y sistematización de información circulante, contribuciones a los Informes país y compromisos ante organismos y seguimientos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo Sustentable o las Conferencias de Población y Desarrollo.
- Listado de los “pedidos” ya hechos o previstos a los programas en términos de indicadores o insumos para los indicadores de seguimiento.

- Demandar e implementar proyectos de Investigación: Ministerio de CyT, Programa MOST. Informes país.
- Actualización de un banco de recursos humanos propios y no-propios, a nivel nacional y en cada provincia. Listado de contactos personales e institucionales amigables: en salud, educación, medios de comunicación, academia, organizaciones de la sociedad civil, organismos extranjeros e internacionales.
- Búsqueda de fondos articulada: ya sea para el funcionamiento en general, para objetivos o actividades particulares (seminarios, encuentros, capacitaciones), para productos o herramientas determinados (plataforma virtual, publicaciones, software, reproducción de materiales, investigaciones)
- Desarrollo común de estrategias y recursos de comunicación

Más allá de la coordinación general, una buena manera de lanzar la rueda es planificar de entrada algunas actividades y materiales conjuntos, lo cual permitirá darle sentido a la dinámica integrada:

- Realización de actividades federales conjuntas entre al menos dos programas, si fuera posible los tres, tanto para articular en términos de contenidos como para ir creando y reforzando los lazos horizontales intra-provincia o región del país. Se puede comenzar con al menos dos actividades comunes por semestre. A determinar de común acuerdo entre los programas.
- Inventarios de materiales existentes: para adolescentes, profesionales de la salud, docentes, familias, con el fin de evaluar qué es puede ser compartido, qué hace falta, en qué se puede articular para la distribución, reproducción, actualización.
- Relevamiento de capacitaciones previstas y planificación de capacitaciones conjuntas y cruzadas.
- Inventario y planificación de articulaciones multi-medias; herramientas virtuales propias y compartidas, y eventualmente deslocalizadas.
- Referencia y contra-referencia y derivaciones: así como desde los programas es necesario contar con teléfonos y direcciones de referencia, desde el lado de las y los adolescentes, y usuarios/as o demandantes a los programas también es bueno contar de manera clara con puntos de referencia y contra-referencia: si en el sector educativo hay alguna demanda de acceso a servicios o consejería en salud, en el sector de salud aparecen cuestiones pedagógicas o de entrenamiento, etc.

Este Documento es optimista en cuanto a las posibilidades de articulación en beneficio de las y los adolescentes de la Argentina. El contenido y forma de dicha articulación sólo pueden determinarse colectivamente con las coordinaciones y los equipos de cada uno de los programas.

Referencias

Binstock, Georgina (2016). *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*, Buenos Aires: UNFPA.

MESECVI. (2014). *Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas, Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos*. Uruguay: Undécima Reunión del Comité de Expertas/os. OEA/Ser.L/II. 7. 10. MESECVI/CEVI/DEC. 4/14.

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL – UNICEF (2016). *Situación de salud de las y los adolescentes de Argentina*, Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

WWW.UNFPA.ORG.AR

FB: [HTTPS://WWW.FACEBOOK.COM/UNFPAARGENTINA/](https://WWW.FACEBOOK.COM/UNFPAARGENTINA/)

TW: @UNFPAARGENTINA





**Contribuyendo a que
cada embarazo sea
deseado, cada parto
sea sin riesgo y cada
persona joven alcance
su pleno desarrollo.**

Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNFPA 2017