

NOVIEMBRE 2019

# EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN ARGENTINA

Julia Frenkel



cece

**El embarazo en la adolescencia en la Argentina  
y las respuestas implementadas por el Estado  
en los últimos años: el Plan ENIA**

**Documento elaborado por Julia Frenkel**

**Noviembre de 2019**

## **1. El embarazo en la adolescencia en Argentina como un problema social a ser abordado**

En 2017 nacieron en Argentina 704.609 niños y niñas, de los cuales un 13% (94.079) son hijos o hijas de adolescentes menores de 20 años y 2.493 son de niñas menores de 15 (DEIS, 2018).

El embarazo en la adolescencia es producto de una serie de factores que interactúan entre sí, y es a la vez causa y consecuencia de la vulneración de derechos: a la educación, a la educación sexual, al acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, al acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a una vida libre de violencia de todo tipo, a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la capacidad reproductiva, entre otros (UNFPA, 2013).

Los embarazos en la adolescencia constituyen un hecho que compromete enormemente las trayectorias de vida de los adolescentes<sup>1</sup> y las posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo. El embarazo en la adolescencia (EA) y la maternidad temprana (MT) están fuertemente asociados a la deserción escolar y consecuentemente limitan las posibilidades de acumulación de capital humano. Esto tiene un impacto considerable a largo plazo en las posibilidades que tienen las mujeres que fueron madres en la adolescencia de insertarse en el mercado laboral y de acceder a puestos de trabajo de calidad, afectando su seguridad económica y la de sus familias. El embarazo en la adolescencia está asociado con un menor nivel de ingresos a lo largo de la vida para las madres adolescentes en comparación con los ingresos de sus pares que deciden postergar la maternidad (Plan ENIA, 2018).

El EA y la MT son, además, un factor crítico en la inequidad de género y muestran mayor incidencia en los hogares de menores recursos, donde la maternidad a edades tempranas también parece actuar como refuerzo de roles tradicionales de género, prolongando situaciones de subalternidad y domesticidad que restringen sus derechos en el espacio público (Gogna y Binstock, 2017). A su vez, estas inequidades de género y de clase se exacerban cuando la tenencia de un hijo es no intencional, y en Argentina, casi 7 de cada 10 adolescentes de entre 10 y 19 años que tuvo un hijo en 2015 no había buscado ese embarazo. Esto llama la atención sobre la necesidad de que el Estado garantice los derechos sexuales y reproductivos a través de la provisión de información, insumos y servicios de calidad (Plan ENIA, 2018).

El EA y la MT también se asocian con resultados deficientes en materia de salud para las adolescentes y sus hijos: tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, sus embarazos conllevan un mayor riesgo de complicaciones y de mortalidad perinatal, y sus hijos enfrentan una menor edad gestacional, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado. Por ello, el EA y la MT también contribuyen a la reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (UNFPA, 2018; OPS-UNFPA-UNICEF, 2018). Los riesgos enumerados son especialmente críticos en madres adolescentes menores de 15 años, además de

---

<sup>1</sup> Con el fin de optimizar el espacio y la fluidez de la lectura se opta por emplear el genérico tradicional masculino pero se indica a los lectores que las menciones en genérico masculino representan en el texto a todos los géneros, salvo cuando se especifique lo contrario.

sumarse otros como la probabilidad 4 veces mayor de muerte de la mujer en el embarazo, el mayor riesgo de muerte neonatal (en los 27 días posteriores al parto) y un 40% más de posibilidad de anemia materna, respecto del grupo etario de 20 a 24 años (Conde-Agudelo y otros, 2005 en UNFPA, 2018). Además, en el caso de los embarazos en la adolescencia temprana (10 a 14 años) existe evidencia de que son en gran medida producto de situaciones de abuso y violencia sexual (CLADEM, 2016 en Plan ENIA 2018). Este último dato exige considerar los impactos en términos de salud mental (y no sólo física) en el caso de las “niñas-madres” (Portnoy, 2015 en Plan ENIA 2018). Por último, la incidencia del aborto inseguro en las adolescentes (se estima que 15% de los abortos inseguros a nivel global ocurre en mujeres menores de 20 años), con el consiguiente impacto en la salud también debe ser considerado (Plan ENIA 2018).

Además de sus efectos negativos sobre las trayectorias de vida de las adolescentes y sus hijos, el EA y la MT tiene también impactos económicos negativos para la sociedad en su conjunto y para el Estado. Por un lado, las trayectorias educativas truncas y la mayor inactividad o inserción laboral precaria de las madres adolescentes y jóvenes tienen un impacto negativo sobre la productividad y menoscaban la competitividad de la economía nacional en su conjunto. A través de esta vía, el EA y la MT actúan en desmedro del crecimiento y el desarrollo económico (UNFPA 2018). Para Argentina, resultados preliminares de un estudio que estima el impacto económico del embarazo en la adolescencia indican que el EA y la MT produce costos socioeconómicos para el país estimados en \$21.512 millones al año (0,15% del PIB) debidos a la pérdida de ingresos, empleo y actividad laboral que generan (UNFPA 2019).

Por otro lado, el mencionado impacto negativo sobre la productividad de la economía disminuye el potencial de ingresos fiscales percibidos por impuestos y contribuciones a los sistemas de seguridad social, mientras que la atención sanitaria de los embarazos y partos de madres adolescentes y los mayores riesgos y complicaciones asociadas a los embarazos a edades tempranas<sup>2</sup> imponen una carga al sistema público de salud que podría ser evitado (UNFPA, 2018).

---

<sup>2</sup> Los embarazos en la adolescencia tienen mayores riesgos observados de hemorragia posparto, infecciones uterinas, parto pre término, así como también bajo peso del bebé al nacer, menor desarrollo para la edad gestacional y mayor probabilidad de que sufra de condiciones neonatales severas (Ganchimeg y otros, 2014, y Conde- Agudelo, Belizán & Lammers, 2005, en Plan ENIA, 2018).

En Argentina, el fenómeno del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana es de una magnitud tal que llama a considerarlo como un problema social urgente para la agenda de políticas públicas.<sup>3</sup>

En la comparación internacional, la tasa de fecundidad adolescente tardía Argentina (TEFA 15-19 años)<sup>4</sup> se encuentra por encima del promedio mundial (46 por mil en el período 2010-2015) y por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (66,5 por mil), aunque en el período 2010-2015 fue superior a las de países vecinos como Chile, Paraguay, Uruguay y también Perú y Colombia (cuadro 1) (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

**Cuadro 1. Evolución de la TEFA 15-19 en países de la región 1980-2015**

PAÍS	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
<b>Centroamérica</b>	<b>105,8</b>	<b>96,9</b>	<b>88,7</b>	<b>90,3</b>	<b>82,4</b>	<b>75,7</b>	<b>69,1</b>
Costa Rica	97,1	95,3	91,8	83,2	69,8	64,5	59,1
El Salvador	119,5	108,2	98,7	91,1	85,3	76,7	66,8
Guatemala	138,5	126,8	120,6	113,8	104,2	93,2	84,0
Honduras	140,0	133,5	126,5	115,8	100,0	84,1	68,4
Nicaragua	154,0	160,1	146,2	125,2	113,2	104,7	92,8
Panamá	111,1	102,6	92,5	94,0	85,9	81,9	78,5
<b>América del Sur</b>	<b>80,9</b>	<b>80,1</b>	<b>79,9</b>	<b>81,1</b>	<b>78,1</b>	<b>68,6</b>	<b>66,0</b>
Argentina	74,2	73,4	73,2	69,8	65,0	60,6	64,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	98,8	96,1	91,2	93,0	87,9	81,9	72,6
Brasil	79,8	80,6	80,0	83,6	80,9	70,9	68,4
Chile	66,0	65,6	63,6	60,8	54,5	52,7	49,3
Colombia	80,9	75,7	82,7	83,3	86,3	63,7	57,7
Ecuador	93,4	88,7	85,5	84,3	82,5	83,0	77,3
Paraguay	96,8	91,6	92,4	91,9	76,6	67,8	60,2
Perú	74,1	72,0	70,0	70,5	61,5	54,7	52,1
Uruguay	62,6	66,4	70,6	67,3	63,5	61,2	58,0
Venezuela (República Bolivariana de)	100,3	100,2	94,9	90,6	88,0	82,6	80,9

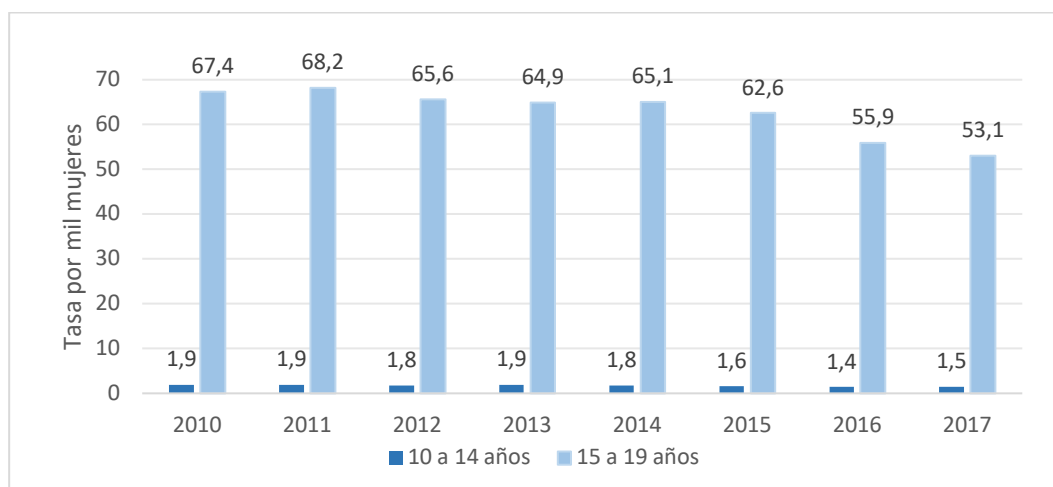
Fuente: OPS, UNFPA, UNICEF (2018)

En el pasado más reciente, la TEFA tardía ha venido mostrando una tendencia decreciente, tal como muestran las barras celestes del Gráfico 1, aunque aún se mantiene en valores altos. Desde el máximo local de 67,4 NV por cada mil adolescentes de 15 a 19 años en 2010 descendió a 55,9 NV en 2016 y a 53,1 NV en 2017.

<sup>3</sup> La caracterización del fenómeno del embarazo en la adolescencia en Argentina desarrollada en este apartado sigue a UNFPA (2019).

<sup>4</sup> La TEFA 15-19 es la tasa de fecundidad específica para la población de mujeres entre 15 a 19 años. Se expresa en cantidad de nacidos vivos por cada mil mujeres en esa franja etaria.

**Gráfico 1. Evolución de las tasas de fecundidad en la adolescencia temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años) en Argentina. Años 2010-2017**

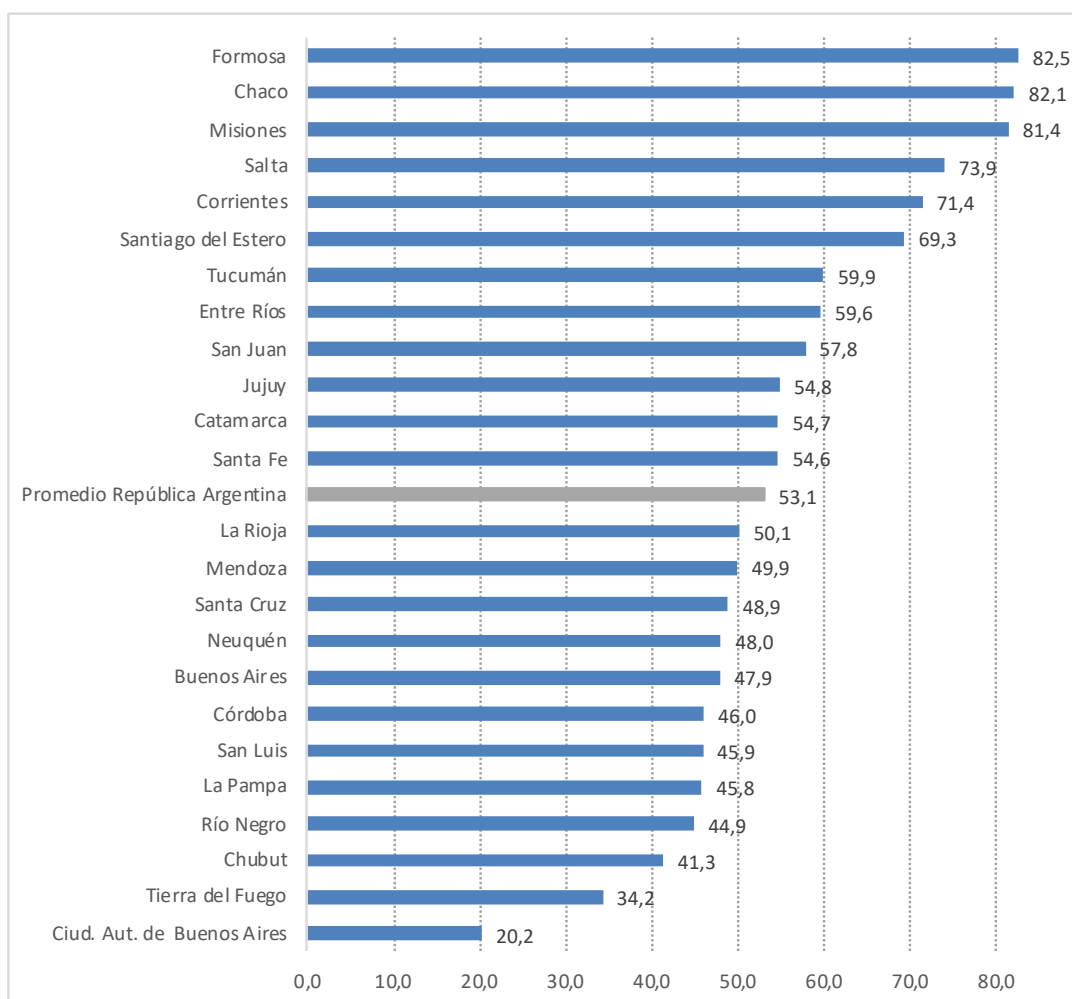


Fuente: UNFPA (2019).

Estas tasas muestran brechas geográficas importantes entre las regiones del país: la TEFA15-19 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue de 20,24 por mil en 2017 (menos de la mitad del promedio nacional), mientras que casi cuadruplicó esos niveles en las provincias del Noreste y Noroeste argentino (82,5 por mil en Formosa, 82 por mil en Chaco y 81,4 en Misiones) (Gráfico 2). Por otra parte, en términos de su contribución a la incidencia del embarazo en la adolescencia en el país, la Provincia de Buenos Aires aporta cerca de un tercio del total de nacimientos de madres de 15 a 19 años (30.129 nacidos vivos-NV- en 2017) (DEIS, 2018).

Por su parte, la evolución de la tasa fecundidad temprana (10-14 años, TEFA<sub>10-14</sub>) también muestra una tendencia levemente decreciente en los últimos años, alcanzando un valor de 1,5 por mil en 2017 (Gráfico 1). Esto significa que cada año cerca de 2.500 niñas menores de 15 años se convierten en madres. Como se ha mencionado más arriba y resaltan MSAL y UNICEF (2016), esto merece una preocupación especial por el mayor riesgo para la salud que implican los embarazos a tan temprana edad y porque a menor edad de las niñas mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas o explotación sexual. En este caso también existen variaciones marcadas entre regiones del país, con las tasas más altas en las provincias del NEA (4,4 por mil en Formosa, 3,7 por mil en Chaco y 3,6 por mil en Misiones) (DEIS, 2018). A su vez, la TEFA<sub>10-14</sub> en comunidades aborígenes es superior al promedio nacional, aunque son escasos los estudios que analizan el comportamiento reproductivo de las mujeres de estas poblaciones y, menos aún, los que centran la atención en las niñas y adolescentes de estas comunidades. Las referencias disponibles mencionan la existencia de barreras de accesibilidad material y cultural a los servicios de salud y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Plan ENIA, 2019a).

**Gráfico 2. Tasa de fecundidad en la adolescencia tardía (15-19 años) por provincia. Año 2017.**



Fuente: elaboración propia en base a DEIS (2018).

En lo que respecta al impacto que ha tenido el embarazo en la adolescencia sobre la salud de las adolescentes y sus hijos en los años recientes, cabe mencionar la evolución de los principales indicadores de salud trazadores de este fenómeno.

En el desenlace más extremo se encuentran la mortalidad materna y la mortalidad infantil. En el primer caso, en los últimos 6 años con información disponible se registraron un promedio de 33 muertes maternas por año en adolescentes, lo que representa 13% de las MM totales del período, y el equivalente a 3,2 adolescentes por cada 10mil nacidos vivos. El año 2015 registró un pico de 42 y en 2016 y 2017 se registró un decenso a 31 y 26 casos en el año, respectivamente.<sup>5</sup> La mayor parte de esas muertes ocurrió por causas directamente relacionadas con el embarazo: embarazo terminado en aborto y causas obstétricas directas. Entre las muertes maternas por causas directas las

<sup>5</sup> Las deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción pueden originar subestimación en la mortalidad materna (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2018).

más frecuentes fueron atribuibles a trastornos hipertensivos, edema y proteinuria y a otras causas directas (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Evolución de la mortalidad materna en adolescentes. Años 2012-2017**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Muertes maternas</b>						
10 a 14 años	1		2	4	1	
15 a 19 años	33	33	37	42	30	26
<b>Según causas</b>						
Embarazo terminado en aborto	2	9	5	6	5	2
Causas obstétricas directas	22	15	21	29	18	19
Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio	9	7	6	9	5	8
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto	0	1	0	0	0	0
Hemorragia posparto	3	0	3	1	2	1
Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	3	1	4	11	8	3
Otras causas directas	7	6	8	8	3	7
Causas obstétricas indirectas	10	9	13	10	8	5
<b>Total MM 10 a 19 años</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>46</b>	<b>31</b>	<b>26</b>
<b>Total MM</b>	<b>258</b>	<b>245</b>	<b>290</b>	<b>298</b>	<b>245</b>	<b>202</b>
<b>Razón de mortalidad materna</b>						
10 a 19 años x 10mil NV	3,0	2,8	3,3	4,1	3,1	2,8
Total mujeres x 10mil NV	3,5	3,2	3,7	3,9	3,4	2,9

Fuente: UNFPA (2019).

Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil entre las mujeres resulta más frecuente en los hijos e hijas de madres menores de 20 años (9,3 por mil en 2016) que en el resto (entre 5,4 y 9,0 por mil para los distintos grupos), exceptuando la que corresponde a las mujeres de 45 años y más (14,2 por mil). Lo mismo se evidencia en la distribución de los nacimientos con bajo peso al nacer: 11,9 y 8% de los nacimientos para las madres entre los 10 a 14 años y los 15 a 19 años, respectivamente vs. 7,3% para el total de los nacimientos; y también en la frecuencia de los nacimientos pretérmino (13,1% y 9,6% para las adolescentes entre 10 y 14 y 15 y 19 años, respectivamente, vs 8,8% para el total de NV en 2016). Por último, se observa también que la mayoría de las madres adolescentes dependen de forma exclusiva del sistema público de salud para la atención de sus embarazos y partos (75,4% de las madres entre 10 y 14 años, y 67,1 de las madres entre 15 y 19 años, vs 46,9% del total de NV) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2018).

Por último, siguiendo a Plan ENIA (2018) un aspecto por el cual el embarazo en la adolescencia merece atención es su carácter muy frecuentemente involuntario. El 58,9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83,4% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales por las niñas y adolescentes (PNSIA, 2018). Otra consideración a destacar es que si bien la gran mayoría de los embarazos en la adolescencia no son intencionales, la utilización de métodos anticonceptivos en el país es baja o no sistemática (Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2007; Fundación Huésped-UNICEF, 2012; Zamberlin et al, 2017). Al respecto, diversos factores se reconocen como barreras a una prevención efectiva de los embarazos no intencionales. Entre ellos se destacan 3 limitantes que impiden que los adolescentes puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva: la falta de acceso a información y a educación sexual integral en las escuelas; la falta de



acceso a consejerías adecuadas en salud sexual y reproductiva en los hospitales y centros de salud, incluyendo la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas en el marco normativo; y la falta de acceso a métodos anticonceptivos gratuitos y probadamente efectivos.

Con todo, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, en especial si son desenlaces no intencionales en la vida de las niñas y adolescentes, constituyen un problema de salud pública, desarrollo económico, derechos humanos e inequidad social y de género que debe ser atendido por la agenda de políticas públicas. Con el objetivo de intervenir sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia, desde 2017 diferentes instancias gubernamentales han venido trabajando en el diseño y la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), con el liderazgo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y mediante el trabajo conjunto con la Secretaría de Salud y el Ministerio de Educación de la Nación.

En los capítulos que siguen se presentan los aspectos principales del Plan ENIA así como los resultados alcanzados hasta el momento.

## **2. El Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA)<sup>6</sup>**

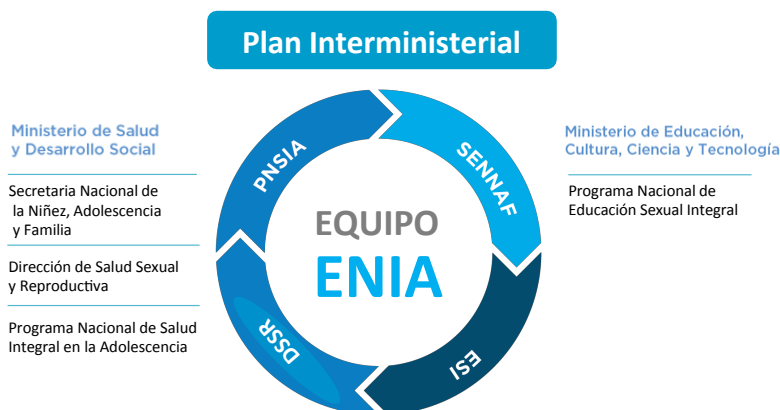
El Plan ENIA es una política interesectorial e interjurisdiccional que surge en 2017 por iniciativa del Gobierno Nacional. El Plan se construye a partir de una visión integral del problema, articulando y potenciando respuestas y dispositivos de política pública preexistentes, pero que ofrecían respuestas a distintos aspectos del problema de manera fragmentada. En Plan reúne y potencia esos esfuerzos con el objetivo de abordar la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia de forma integral.

El Plan ENIA es coordinado por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) y reúne a tres programas nacionales: 1) el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (DSSR); 2) el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y 3) el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI).

---

<sup>6</sup> Esta sección se basa en los documentos Plan ENIA (2019 a-h) y en hallazgos del estudio UBA-UNICEF (2019). Todos los documentos técnicos y materiales producidos por el Plan ENIA pueden encontrarse en <https://www.argentina.gob.ar/planenia>.

### Gráfico 3. Diseño intersectorial del Plan ENIA



Fuente: Plan ENIA (2019c)

El Plan tiene 4 **objetivos estratégicos**:

1. Sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional adolescente.
2. Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones.
3. Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
4. Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia y para el acceso a la interrupción legal del embarazo, según el marco normativo vigente.

Y sus acciones y estrategias están guiadas por 3 enfoques rectores:

1. **Enfoque de derechos.** La prevención del embarazo en la adolescencia debe ser entendida como una estrategia de resguardo del derecho a la salud y, específicamente, a la salud sexual y reproductiva. Este derecho se encuentra reconocido en la normativa nacional e internacional y, dada la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, su ejercicio resulta esencial para el goce de otros derechos fundamentales.
2. **Enfoque de las transiciones que atraviesan los adolescentes.** La finalización de la educación media, el inicio de la vida laboral, la salida del hogar de origen, la formación de un hogar propio y el comienzo de la vida sexual y reproductiva son eventos cuya temporalidad, secuencia y calidad en el pasaje a la vida adulta determinan, en gran medida, sus trayectorias futuras. La procreación antes de finalizar la escolaridad obligatoria y sin una inserción en el mercado de trabajo expone a los adolescentes a situaciones de cuidado cuando todavía no se han

consolidado las trayectorias educativa y laboral, alejándolos de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía y aumentando las probabilidades de exclusión social.

3. **Perspectiva de género.** El género se encuentra en el centro de un sistema de poder que organiza las relaciones entre varones y mujeres de manera jerárquica y desigual. En este sentido, la autonomía (capacidad para tomar decisiones libres e informadas de acuerdo con su elección y no la de otros) y el empoderamiento (toma de conciencia respecto de la necesidad de modificar e impugnar las relaciones de poder entre los géneros) de las adolescentes son lineamientos que adopta el Plan en forma transversal para sus cuatro objetivos estratégicos, y especialmente en las líneas de acción vinculadas con la provisión de educación sexual integral y la consejería tanto a las mujeres como a los varones adolescentes.

El diseño del Plan parte de la elaboración de un diagnóstico exhaustivo sobre el problema del embarazo en la adolescencia en Argentina y de una revisión comprehensiva de la evidencia disponible sobre sus determinantes y las consecuencias que tiene sobre las trayectorias de vida de los adolescentes. También, como parte de su fase de diseño, se realizó una revisión de la evidencia internacional para identificar las mejores prácticas de política pública, lo que permitió al Plan la explicitación de una teoría del cambio para intervenir sobre el problema.<sup>7</sup>

Sobre la base de estos elementos y la experiencia recogida por los programas e iniciativas preexistentes, tanto en lo que hace al abordaje de la problemática como en la implementación de intervenciones públicas en un esquema federal de gobierno con descentralización de los sistemas de salud, educación y protección en las provincias, se diseñó una arquitectura institucional y de gobernanza, se realiza la planificación estratégica del Plan y se diseñan sus 4 dispositivos sustantivos.

La institucionalidad del Plan a nivel nacional se organiza a través de una Mesa Estratégica y la Unidad Ejecutora Nacional (UEN). La UEN es la mesa de gestión central del Plan y está compuesta por 3 Coordinaciones (Técnica, Operativa y Administrativa) y las/os Coordinadores de los Programas Nacionales de SSyPR, PNSIA, ESI y de la SENNAF. También contribuyen a la gestión el Sistema de Monitoreo del Plan desde el nivel central; el área de comunicación que produce materiales y acciones comunicacionales del Plan, y un conjunto de instituciones clave que brindan apoyo técnico a la gestión (Gráfico 4).

---

<sup>7</sup> La exhaustividad de los relevamientos que anteceden la formulación de la política y su sistematización en un documento público que sustenta las decisiones adoptadas es una novedad en el contexto argentino (UBA-UNICEF 2019).

**Gráfico 4. Institucionalidad del Plan. Nivel Central**



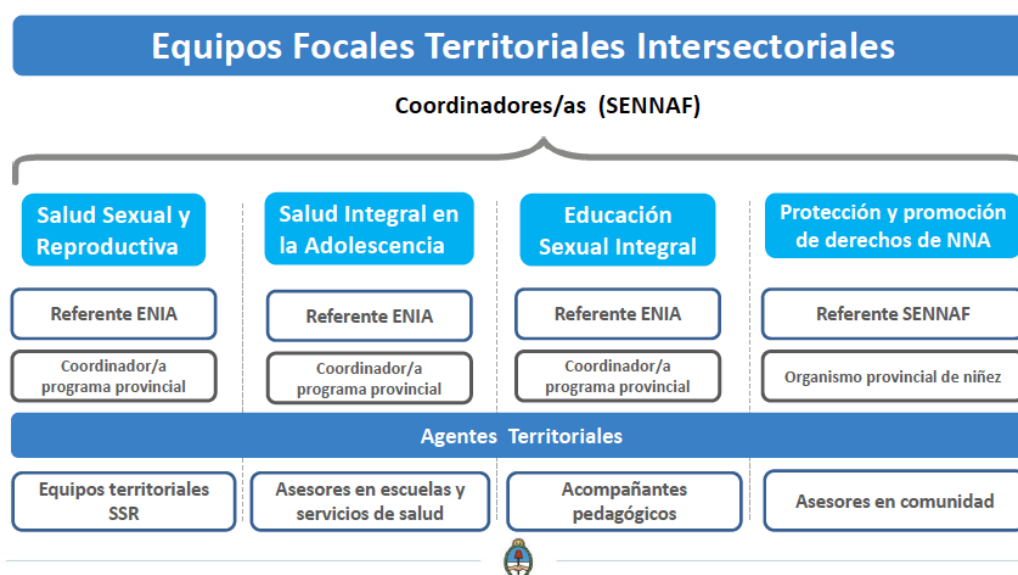
Fuente: Plan ENIA (2019c)

Las decisiones de la UEN se comparten con un Consejo Consultivo conformado por 23 organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, el poder legislativo también realiza un seguimiento y control del Plan a partir de un convenio firmado con la Comisión Bicameral de los derechos de NNyA que establece la presentación de sus avances en ese espacio como mecanismo de rendición de cuentas.

En nivel provincial, las acciones se planifican, monitorean e implementan a través de Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI) (uno por provincia), cuya conformación fortalece la coordinación intersectorial e interjurisdiccional y los acuerdos técnico-políticos necesarios para la implementación del Plan en el territorio. Esta articulación intersectorial que se busca a partir del diseño de los EFTIs resulta clave cuando se considera la estructura federal del Estado argentino y la descentralización existente de las políticas sanitaria y educativa en el nivel provincial (UBA y UNICEF, 2019).

Los EFTIs están conformados por un Coordinador perteneciente a la estructura nacional de la SENNAF en las provincias, los Coordinadores de los programas sectoriales en la provincia y los referentes contratados por el Plan ENIA que apoyan la gestión vinculada con los distintos dispositivos. Por último, la institucionalidad del Plan se completa con los Agentes Territoriales que realizan las intervenciones en el territorio a través de los distintos dispositivos del Plan. Estos son RRHH seleccionados en acuerdo nación-provincia y son financiados desde el Gobierno Nacional por el Plan ENIA (gráfico 5).

**Gráfico 5. Institucionalidad del Plan. Nivel Provincial**



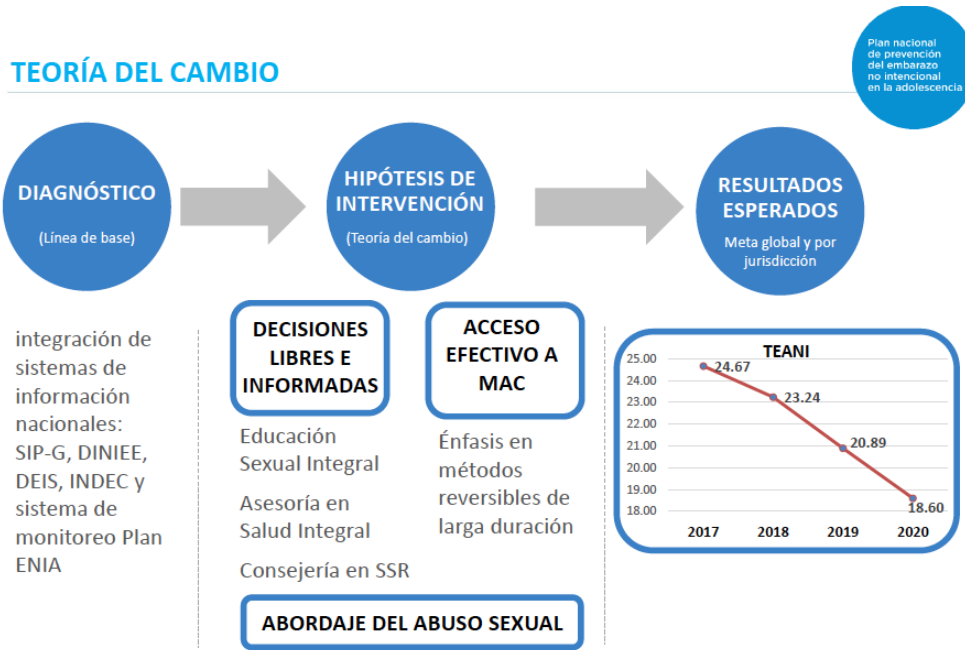
Fuente: Plan ENIA (2019c)

La teoría del cambio del Plan ENIA plantea que para reducir el embarazo no intencional en la adolescencia es necesario promover decisiones libres e informadas a través de educación sexual integral y asesorías en las escuelas y la comunidad, fortalecer el acceso a la consejería en SSR y a los métodos anticonceptivos, en especial los de larga duración, y promover el abordaje integral del abuso sexual y el embarazo forzado, fortaleciendo el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) según el marco normativo vigente (Gráfico 6). Estas intervenciones se organizan en acciones que se ejecutan tanto en el nivel nacional como en el territorio a través de los distintos dispositivos. Cabe destacar que como parte de su planificación estratégica el Plan ENIA define para sí una meta global de reducción de la tasa de embarazo no intencional en la adolescencia (TEANI),<sup>8</sup> así como resultados esperados de cobertura de cada uno de sus dispositivos que contribuyen al cumplimiento de la meta global.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> La TEANI es la cantidad de nacidos vivos de madres adolescentes (entre 15 y 19 años) producto de embarazos no intencionales, por cada mil adolescentes (en la misma franja etaria). Al ser una tasa poblacional, se mide cada mil personas. Un error frecuente consiste en interpretar las tasas como porcentajes. Por ello, se recomienda tomar el recaudo de recordar que la TEANI no es un porcentaje (Plan ENIA, 2018).

<sup>9</sup> La meta del Plan ENIA fue estimada a partir de un modelo de estimación de metas de impacto (MEMI) desarrollado con la asistencia técnica de UNFPA-LACRO.

Gráfico 6. Teoría del cambio del Plan ENIA



Fuente: Plan ENIA (2019c)

En el nivel nacional, el Plan realiza una serie de intervenciones. En primer lugar y vinculado con el rol de rectoría que ejerce el gobierno nacional en un esquema federal de gobierno, el Plan promueve la articulación intersectorial e intergubernamental y desarrolla protocolos de actuación, lineamientos y acciones de incidencia claves para el abordaje de la problemática del embarazo no intencional en la adolescencia en el territorio. En segundo lugar, a través de su Coordinación Técnica y su Área de Evaluación y Monitoreo lleva adelante una agenda intensiva de generación de información y gestión del conocimiento que aporta la base de evidencia sobre la que se toman las decisiones. Tercero, el Plan implementa campañas de comunicación y sensibilización a la población sobre el embarazo en la adolescencia y articula sus acciones y mensajes con distintas plataformas de información y consulta sobre salud sexual y reproductiva -como “Hablemos de Todo”<sup>10</sup> y el servicio de atención 0800 Salud Sexual<sup>11</sup>-, y de atención para las víctimas de violencia y abuso sexual.<sup>12</sup> Desde el nivel central el Plan también propicia la capacitación de recursos humanos a través de plataformas virtuales de manera de construir una visión común de los agentes del Plan y también de generar una masa crítica de equipos de trabajo en los servicios de salud, las escuelas y los sistemas de protección de derechos de NNyA que se perciban como agentes de cambio y promotores del trabajo intersectorial. Y por último, desde el nivel nacional el Plan ENIA en articulación con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable financia la compra de métodos anticonceptivos para la cobertura efectiva de la población objetivo del Plan (adolescentes de 10 a 19 años sexualmente activas de las

<sup>10</sup> <https://www.hablemosdetodo.gob.ar/>

<sup>11</sup> <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/lineasaludsexual>

<sup>12</sup> <https://www.argentina.gob.ar/tema/violenciayabuso>

jurisdicciones seleccionadas) y la impresión de materiales gráficos para el trabajo en el territorio.

En el territorio, centrado en los departamentos y municipios seleccionados, el Plan ENIA coordina la prestación de servicios directos a la población objetivo como indirectos (intervenciones que tienen por objetivo fortalecer a los prestadores de los sistemas provinciales o locales de salud, educación, los sistemas de protección y los ámbitos comunitarios en sus capacidades para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes de sus jurisdicciones).

La estrategia de intervención territorial se organiza en cuatro dispositivos: Dispositivo 1. Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral; Dispositivo 2. Asesorías en Salud Integral en escuelas y servicios de salud; Dispositivo 3. Salud Sexual y Reproductiva; y Dispositivo 4. Promoción de derechos sexuales y reproductivos en la comunidad. En octubre de 2019 se incorpora a este esquema un Dispositivo 5. Acceso a la Justicia. A continuación se describe cada uno de estos dispositivos.

El **Dispositivo 1** de Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral tiene como objetivo fortalecer la incorporación de la ESI en las escuelas secundarias estatales de los Departamentos seleccionados a través de la sensibilización y capacitación de sus docentes y directivos. Se realizan dos tipos de intervenciones: i) capacitación docente y ii) acompañamiento institucional de las escuelas, para hacer efectiva la incorporación de la ESI en los planes curriculares y en la práctica de las escuelas a través de un seguimiento continuo. La capacitación docente se realiza a través de encuentros presenciales masivos de 2 o 3 días financiados por el Plan donde también se distribuyen los materiales ESI. Esta actividad se complementa con un acompañamiento continuo en las escuelas por parte de Acompañantes Pedagógicos (AP). Los AP son recursos humanos contratados por el Plan -a razón de 1 AP cada 10 escuelas-, que tienen la función de brindar asistencia técnica y acompañamiento a los docentes y directivos para la implementación de la ESI en las escuelas. Los AP en conjunto con los docentes y directivos elaboran y dan seguimiento a un plan de implementación de la ESI y realizan visitas mensuales a las escuelas.

El **Dispositivo 2** de Asesorías en Salud Integral en escuelas y servicios de salud, tiene como propósito instalar asesorías en salud integral en las escuelas secundarias. Partiendo del reconocimiento de que la población adolescente no concurre al sistema de salud en forma habitual, el objetivo de este dispositivo es acercar un profesional capacitado a la escuela para ofrecer asesoría en salud y facilitar el nexo con los centros de salud a través de la asignación de turnos protegidos para consejería y colocación de métodos anticonceptivos.<sup>13</sup> El Plan financia la contratación de los Asesores de Salud - que son recursos profesionales o técnicos de ciencias sociales, humanas o de la salud- para brindar las asesorías, en general a partir de una asociación entre tres escuelas y un centro de salud, y con presencia de una vez por semana en cada escuela y dos días en el

---

<sup>13</sup> La Asesoría se trata de “un espacio de escucha, asesoramiento y consulta en el ámbito escolar, donde las/os adolescentes acceden a información adecuada y actualizada sobre su salud, brindada por un profesional capacitado en salud integral pero dentro del ámbito escolar” (Plan ENIA 2019d).

centro de salud.<sup>14</sup> En cada escuela se establecen días, frecuencias, horarios de funcionamiento y modalidad de trabajo. Además de las prestaciones directas a los adolescentes, los asesores realizan intervenciones para fortalecer las capacidades de directivos de escuelas y docentes acompañando el tratamiento de cuestiones vinculadas con temáticas de abuso sexual infantil o problemáticas de salud integral (UBA y UNICEF, 2019).

El **Dispositivo 3** de Salud Sexual y Reproductiva tiene como objetivo fortalecer el acceso a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. A través de este dispositivo el Plan ENIA realiza acciones de fortalecimiento de los sistemas de salud provinciales y municipales con el propósito de garantizar la consejería en salud sexual y reproductiva a esta población, y la entrega y/o colocación gratuita de un método anticonceptivo a partir de la decisión informada del adolescente (con énfasis en los métodos de larga duración y garantizando la doble protección con preservativos). Para ello, en articulación con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, financia la adquisición y distribución de métodos anticonceptivos a los depósitos provinciales para dar cobertura a la población adolescente de los Departamentos en los que interviene. En segundo lugar, brinda capacitación y asistencia técnica a los equipos de salud, promotoras, agentes sanitarios y otros perfiles de recursos humanos en contacto con los adolescentes en la atención en un servicio de salud (personal administrativo, seguridad, etc.) a través de la organización y el financiamiento de talleres de consejería en SSyR, capacitaciones en servicio y talleres de promoción de la SSyR. Para ello, el Plan ENIA conforma y financia un Equipo Territorial de Salud Sexual y Reproductiva por Departamento, integrado por un perfil médico, un perfil obstétrico y un perfil psicosocial seleccionados por el PSSyPR. Este equipo es responsable de la realización de un diagnóstico de situación del sistema de atención de la salud a nivel local y del diseño e implementación del plan de capacitación de RRHH a nivel departamental. En algunas provincias, este equipo también realiza acciones directas sobre la población objetivo, dando consejería y colocando métodos anticonceptivos.<sup>15</sup>

EL **Dispositivo 4** de Promoción de derechos Sexuales y Reproductivos en la comunidad tiene el propósito de identificar, convocar, brindar información, asesoramiento y acercar a los servicios de salud, fundamentalmente pero no exclusivamente, a aquellos adolescentes que no están insertos en el sistema educativo.<sup>16</sup> Su objetivos son: i) brindar información y asesoría en salud sexual y reproductiva (a través de asesoras/es que

---

<sup>14</sup> La conformación de estas unidades de intervención se da a partir de la cercanía entre escuelas y efectores de salud, la matrícula, demanda de atención de servicios y amigabilidad del centro de salud, entre otros. Para las escuelas alejadas de los centros urbanos el Plan incorpora alternativas a este modelo de intervención para adecuarlo a la disponibilidad/cercanía de las escuelas a los centros de salud.

<sup>15</sup> En algunos casos, frente a restricciones de contexto, la posibilidad de sostener las consejerías y la colocación de métodos se asocia con la presencia de los recursos humanos que forman parte de los Equipos Territoriales de Salud Sexual y Reproductiva financiados por el Plan. (UBA y UNICEF, 2019) detectó en algunas provincias una gran proporción de médicos objetores de conciencia para la implementación de métodos anticonceptivos, especialmente, en zonas alejadas de los centros urbanos. En estos lugares la eficacia del dispositivo depende del equipo territorial del Plan ENIA para la colocación de métodos anticonceptivos.

<sup>16</sup> Aunque en su implementación no se enfoca exclusivamente en estos adolescentes debido a que el abordaje territorial se orienta a la población adolescente que circula por los ámbitos comunitarios, y, no necesariamente, son adolescentes no escolarizados.



trabajan en la comunidad), y ii) definir mecanismos de acompañamiento y vinculación con los prestadores de salud. Para ello, el Plan realiza dos intervenciones: capacita técnicos territoriales y asesores comunitarios para vincularse de manera apropiada con las/os adolescentes, y lleva adelante un sistema de registro e información de actividades y asesoramientos brindados. La conformación del dispositivo en cada provincia se apoya en la red comunitaria e institucional preexistente, que incluye agentes comunitarios nacionales<sup>17</sup> y provinciales, centros, dispositivos comunitarios y redes locales. Además, el Plan ENIA financia la contratación de recursos humanos adicionales que trabajan como asesores en la comunidad, de manera de garantizar que cada provincia tenga al menos entre 3 y 5 asesores. La estrategia de convocatoria o búsqueda de adolescentes en cada provincia se realiza a partir de un mapeo de los actores y recursos disponibles en el territorio y un diagnóstico sobre la situación de los adolescentes en las comunidades.

Por último, desde octubre de 2019, se incorpora al diseño del Plan el **Dispositivo 5 de Acceso a la Justicia**. Este dispositivo tiene por objetivo brindar patrocinio legal integral a las NyA menores de 15 años víctimas de abuso y violencia sexual, incluyendo el acompañamiento para el acceso a la interrupción legal del embarazo, cuando ellas así lo decidan, a través de un circuito de intervención predefinido. Los actores involucrados en el funcionamiento del dispositivo son, a nivel central, una mesa colegiada, cuya función principal es velar por la implementación del dispositivo en las provincias.<sup>18</sup> En el territorio, el dispositivo se implementa a partir de la participación articulada y en red de los agentes de la Dirección Nacional de Sistemas de Protección de Derechos de la SENNAF y los EFTIs, y los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ) que dependen del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y se encuentran distribuidos por todo el país. La función de los Centros es la de recepcionar los casos presentados por el referente del dispositivo comunitario dentro del EFTI y derivarlo al Cuerpo de Abogados y Abogadas para víctimas de Violencia de Género, que es quien se ocupa de dar patrocinio jurídico gratuito a estos casos.

### **3. La implementación y los resultados del Plan ENIA en su primera fase 2018-2019**

En su primera fase de implementación (2018-2019), el Plan se ejecuta en 36 departamentos priorizados de 12 provincias, seleccionadas por presentar las mayores tasas de embarazo no intencional en la adolescencia o una mayor relevancia en términos de densidad poblacional (Gráfico 7). En cada jurisdicción, y tomando la escuela secundaria estatal como unidad básica de identificación de la población objetivo y de intervención, se seleccionaron los departamentos capitales y 2 o 3 departamentos adicionales de manera de cubrir un piso del 30% de las escuelas secundarias estatales

---

<sup>17</sup> Son los técnicos territoriales financiados por la Dirección de Promoción Dirección Nacional del Sistema de Protección de Derechos (DNSPD) de la SENNAF.

<sup>18</sup> La mesa colegiada está conformada por Secretarías y Subsecretarías, Direcciones y Programas que funcionan en el marco de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social; de Justicia y Derechos Humanos; y de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación.

de la provincia. La cobertura de esos departamentos en conjunto se estima que alcanza cerca del 50% de la población adolescente de las provincias.

### Gráfico 7. Provincias, departamentos y municipios de PBA donde el Plan ENIA se implementa en su primera fase 2018-2019



- Catamarca (Capital, Belén, Valle Viejo)
- Chaco (General Güemes, San Fernando, Chacabuco)
- Corrientes (Capital y Goya)
- Entre Ríos (Gualeguaychú, Paraná y Concordia)
- Formosa (Capital y Pilcomayo)
- Jujuy (Doctor Manuel Belgrano y San Pedro)
- La Rioja (Capital, Arauco, Chilecito y Rosario Vera Peñaloza)
- Misiones (Capital y Guaraní)
- Salta (Capital y Orán)
- Santiago del Estero (Capital, Banda, Río Hondo y Robles)
- Tucumán (Capital, Cruz Alta y Tafi Viejo)
- Municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, General San Martín, Lanús, Morón, Quilmes y San Isidro.

Fuente: Plan ENIA (2019c)

En estos departamentos el Plan ENIA fija 2 metas de cobertura para sus dispositivos. La primera es capacitar al 10% de los planteles docentes de las escuelas secundarias estatales seleccionadas. La segunda es dar cobertura efectiva de métodos anticonceptivos al 75% de las mujeres de 10 a 19 años sexualmente activas.

A continuación se resumen los principales resultados de la gestión del Plan ENIA durante 2018 y 2019, exhibidos en el marco de la presentación realizada a la Comisión Bicameral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en su reunión anual realizada el 20 de agosto de 2019. Los datos corresponden al corte al 31 de julio de 2019.

## Gráfico 8. Resultados del Dispositivo de Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral



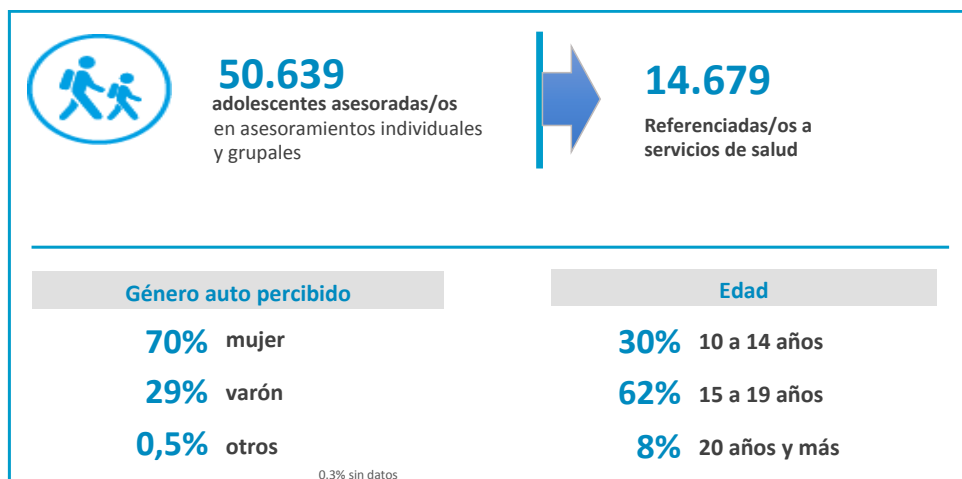
### Docentes y estudiantes por provincia

PROVINCIA	Docentes capacitados/as	Estudiantes en actividades ESI/ENIA
ENTRE RÍOS	1.469	25.531
TUCUMÁN	1.214	26.651
SANTIAGO DEL ESTERO	932	14.974
LA RIOJA	766	6.171
JUJUY	742	17.503
CORRIENTES	689	31.671
CATAMARCA	658	5.296
MISIONES	652	23.084
CHACO	717	13.579
SALTA	795	30.371
BUENOS AIRES	1.768	6.542
<b>Total</b>	<b>10.402</b>	<b>201.373</b>

Fuente: Plan ENIA (2019b)

En su primera fase de implementación, a Julio 2019 el Plan capacitó a 11.131 docentes reforzando así los recursos de 1.381 escuelas para brindar ESI a sus estudiantes; esto significó un alcance del 90% de la meta fijada para este dispositivo (capacitar a 13.003 docentes, equivalente al 10% del plantel de las escuelas intervenidas). En cuanto a los resultados sobre la población objetivo, se implementaron actividades sobre ESI/ENIA con 201.373 estudiantes.

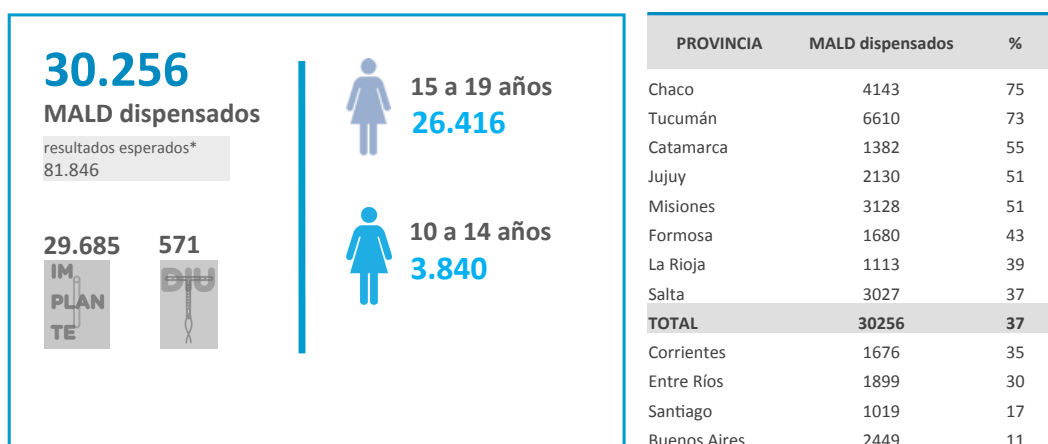
## Gráfico 9. Resultados de los Dispositivos de Asesorías de la Educación Sexual Integral en escuelas, servicios de salud y de base comunitaria



Fuente: Plan ENIA (2019b)

Respecto de las asesorías en salud integral, el Plan instaló asesorías en las escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios, por las que hasta julio 2019 pasaron 50.639 adolescentes. El 50% de ellas/os consultaron por motivos vinculados a la anticoncepción y el 30% fueron referenciados a un centro de salud.

## Gráfico 10. Resultados del Dispositivo de fortalecimiento de la oferta en Salud Sexual y Reproductiva



\* Equivale al 75% del total de mujeres a cubrir con MAC (116.923) = 75% mujeres de 10 a 19 años sexualmente activas de 36 departamentos seleccionados

Fuente: Plan ENIA (2019b)

En cuanto al fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva, el Plan ENIA cubrió con consejería y métodos anticonceptivos de larga duración (MALD) a 30.256 adolescentes. Se colocaron implantes subdérmicos a 29.685 adolescentes y dispositivos intrauterinos a 571 adolescentes. Este nivel de cobertura equivale a un 35% de la meta propuesta, que es alcanzar a 81.846 mujeres entre 10 y 19 años sexualmente activas en los 36 departamentos.

Por otra parte, en esta primera fase el Plan produjo otros resultados relevantes vinculados a su rol de rectoría y a la gestión político-institucional en el marco de la complejidad que imponen la intersectorialidad, el federalismo y el abordaje de una problemática con múltiples determinantes y alta sensibilidad política.

Durante 2018 y 2019, el Plan ENIA construyó alianzas estratégicas, una estructura de gobernanza intersectorial y acuerdos de gestión que crearon condiciones propicias para su viabilidad y sustentabilidad. Claros ejemplos de esto son los planes de trabajo anuales desarrollados con instituciones del Sistema de Naciones Unidas (UNFPA y UNICEF) para recibir asistencia técnica, desarrollar estudios especiales, entre otras actividades; los acuerdos interministeriales alcanzados en las provincias para facilitar la implementación de los dispositivos; y el armado de una estructura de gobernanza de carácter intersectorial tanto a nivel nacional como provincial.

Asimismo, a los dos años de su lanzamiento, el Plan muestra la consolidación de su área de información y gestión del conocimiento. Por un lado, ha construido un sistema de monitoreo y evaluación que permite informar decisiones de gestión nacional y provincial sobre la base de evidencia, con información procesada de manera continua. Además, a través de su Coordinación Técnica y con la asistencia técnica y el apoyo de distintas instituciones ha generado 7 estudios especiales encargados a instituciones académicas para profundizar sobre problemas clave para la implementación y el escalamiento del Plan.

Por otra parte, el Plan puso en marcha una estrategia de desarrollo de competencias de sus agentes y de acompañamiento de su tarea a través de 2 cursos virtuales (Plan ENIA, y Anticoncepción en las adolescencias), un programa de capacitación y asistencia técnica para el uso de la información para la gestión, un periódico interno y documentos técnicos y de rectoría. Con estas acciones se buscó contribuir a la conformación de una masa crítica de agentes de cambio con una visión compartida y un compromiso activo con la tarea y los objetivos estratégicos del Plan. Asimismo, desarrolló una estrategia comunicacional que incluyó una campaña masiva de sensibilización y difusión del Plan con la producción de numerosos materiales audiovisuales y gráficos.<sup>19</sup>

En su rol de rectoría y atendiendo a las barreras de acceso de la población adolescente a los servicios de salud así como a las limitaciones estructurales que se enfrentan en las provincias vinculadas a la escasez de recursos humanos habilitados para ofrecer prestaciones en salud sexual y reproductiva, el Plan ENIA junto con la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia elaboró un proyecto de ley para regular el ejercicio profesional de las obstétricas. También desarrolló un documento técnico para apoyar la estrategia de incidencia para lograr su aprobación en el Congreso.<sup>20</sup> Por otro lado, el Plan elaboró materiales y lineamientos para el abordaje interinstitucional del abuso sexual y el embarazo forzado en niñas menores de 15 años con el objetivo de guiar las acciones para intervenir sobre este grave problema.<sup>21</sup>

Por último, en 2019 el Plan fortaleció su línea de trabajo en la prevención y el abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado con dos nuevas iniciativas. En primer lugar, firmó un convenio con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación para poner en marcha el Dispositivo 5 de Acceso a la Justicia que ofrece patrocinio jurídico gratuito a niñas y adolescentes menores de 15 años abusadas y con un embarazo forzado. En segundo lugar, organizó dos jornadas de incidencia en Salta y Entre Ríos conjuntamente con las autoridades provinciales, UNICEF y UNFPA con el objetivo de convocar a las instituciones sectoriales para visibilizar el tema en la agenda pública y fortalecer la coordinación de sus acciones para mejorar la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial a este problema.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Los documentos técnicos y materiales gráficos y audiovisuales producidos por el Plan ENIA están disponibles en <https://www.argentina.gob.ar/planenia>

<sup>20</sup> Ver Plan ENIA (2019e)

<sup>21</sup> Ver Plan ENIA (2019f) y Plan ENIA (2019g)

<sup>22</sup> <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/se-realiza-jornada-sobre-abuso-sexual-y-embarazo-forzado-en-ninez-y-adolescencia/66676> y <http://desarrollosocial.entrierios.gov.ar/noticias/nota.php?id=2997>

#### **4. Reflexiones finales**

En octubre de 2019 se dieron a conocer las estadísticas vitales correspondientes al año 2018. Con ellas se constató que en ese año Argentina registró casi 30.000 nacimientos menos que en 2014. Y sólo el año pasado, cuando comenzó a implementarse el Plan ENIA en 12 provincias, se registraron 6.961 nacimientos menos que en 2017 en chicas menores de 19 años, incluidos 143 casos menos de niñas menores de 15 años.

Si bien aún no se cuenta con evaluaciones de impacto que permitan observar el peso de la contribución del Plan ENIA a la reducción de la tasa de fecundidad adolescente, la mayor reducción de esta tasa se dio –al menos entre 2017 y 2018- de manera concomitante con su vigencia. Por ello es de esperar que el mayor acceso a los anticonceptivos de larga duración y el fortalecimiento de la ESI y de las asesorías en salud integral para los adolescentes hayan contribuido a sostener y profundizar la reducción de la tasa de fecundidad adolescente.

El Plan ENIA es una política pública con un esquema intersectorial e interjurisdiccional innovador, basada en evidencia y orientada a resultados, con metas de cobertura e impacto comprometidas y una apuesta a la construcción de esfuerzos compartidos entre los niveles de gobierno. Sostener los esfuerzos realizados será crucial para potenciar los resultados de esta política que aborda una problemática urgente y de fuerte impacto social para los adolescentes de hoy y para las próximas generaciones.

## Referencias bibliográficas

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer-CLADEM (2016). Estudio niñas madres. Balance regional embarazo y maternidad forzada en América Latina y el Caribe, 47-51/61-70. Disponible en:

<https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342–349. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.593>.

DEIS (2018). INDICADORES SELECCIONADOS DE SALUD PARA POBLACION DE 10 A 19 AÑOS. Argentina Año 2017. Boletín N. 160.

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., . . . Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(1). Giusti, AE y Pantelides EA., Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8 (11), 1991.

MSAL y UNICEF (2016). Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la República Argentina y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

MSAL y UNICEF (2018). Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

OPS-UNICEF-UNFPA (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).

Plan ENIA (2018). Documento Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento\\_oficial\\_plan\\_2019.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf)

Plan ENIA (2019a). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción. Documento técnico N° 5. Buenos Aires, mayo 2019. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5\\_el\\_embarazo\\_y\\_la\\_maternidad\\_en\\_la\\_adolescencia\\_en\\_argentina.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_argentina.pdf)

Plan ENIA (2019b). Presentación “Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia: gestión y desafíos para el poder legislativo y el poder ejecutivo” realizada

en el marco de la reunión anual de la Comisión Bicameral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, el 20 de agosto de 2019.

Plan ENIA (2019c). Presentación abreviada del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion\\_plan\\_enia\\_octubre\\_2019.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion_plan_enia_octubre_2019.pdf)

Plan ENIA (2019d). Implementación nacional del Plan ENIA. Documento Técnico N2. Modalidad de intervención y dispositivos. Buenos Aires, febrero 2019. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt\\_2\\_dispositivos\\_2019\\_vf\\_en\\_baja.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt_2_dispositivos_2019_vf_en_baja.pdf)

Plan ENIA (2019e). Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico. Disponibilidad, competencias y marco regulatorio del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido. Documento Técnico N4. Buenos Aires, marzo de 2019. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4\\_enia\\_obstetricas\\_agentes\\_estrategicos\\_ssr.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4_enia_obstetricas_agentes_estrategicos_ssr.pdf)

Plan ENIA (2019f). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y la adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. Buenos Aires, octubre de 2018. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusosexualanexomedico\\_digital\\_no\\_v2018.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusosexualanexomedico_digital_no_v2018.pdf)

Plan ENIA (2019g). Dispositivo de acceso a la justicia. ¿Cómo acceder a patrocinio jurídico gratuito en casos de abuso sexual y embarazo forzado en niñas y adolescentes menores de 15 años? Orientaciones para agentes del Plan ENIA. Buenos Aires, octubre de 2019.

Portnoy, F. (2005). Capítulo 3: El Embarazo en la Adolescencia. En M. (Gogna, Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES- UNICEF.

UBA-UNICEF (2019). Estudio económico sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Buenos Aires, agosto de 2019 (mimeo).

UNFPA (2018). Metodología para estimar el impacto económico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe.

UNFPA (2019). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en la Argentina. (estudio en proceso).