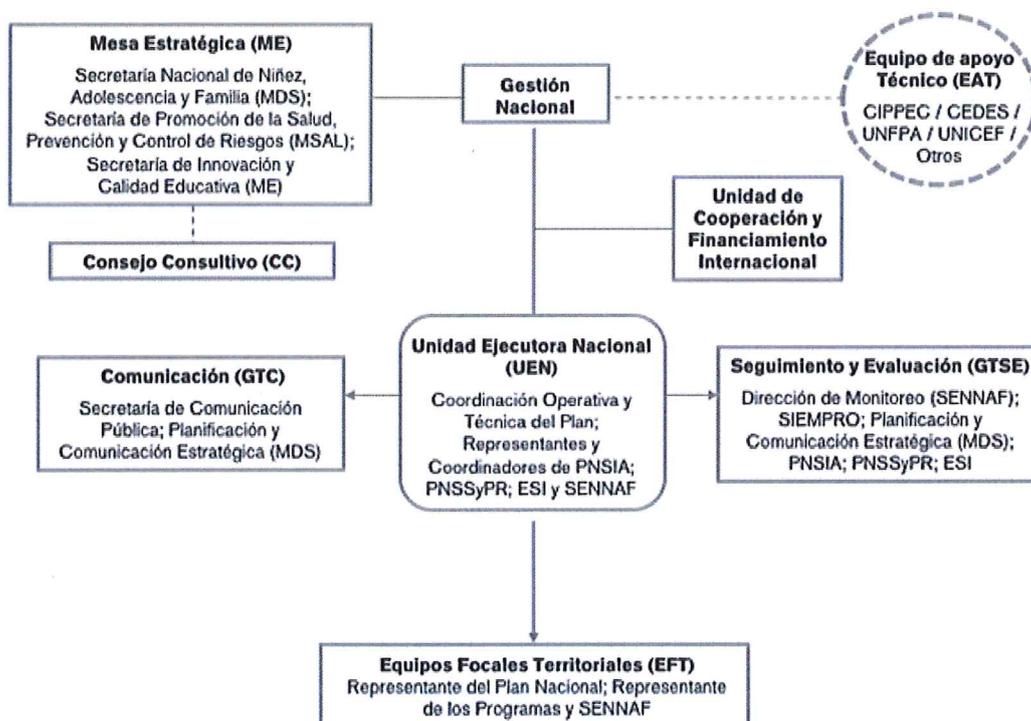


7. Condiciones de Factibilidad

7.1 INSTITUCIONALIDAD

Estructura de Rectoría, Coordinación y Asesoría-Consulta



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

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

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

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

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

Serán funciones de esta MP:

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

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

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

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

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

Serán funciones de la UEN:

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

involucrados en la gestión territorial del Plan Nacional.

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

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

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

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

Serán funciones de este GTC:

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

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

El **Equipo de Apoyo Técnico** (EAT) estará integrado por un número acotado de miembros representantes de organizaciones involucradas en el diseño del Plan Nacional, sean éstas de carácter internacional o nacional. IF-2017-19196478-APN-SSDNA YF#SENNAF

Serán funciones de este EAT:

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

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

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

Serán funciones de este CC:

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

en embarazo en la adolescencia a nivel provincial.

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

LA DIMENSIÓN PROVINCIAL

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

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

Avanzar en la consolidación del compromiso de las provincias con la reducción del embarazo no intencional en la adolescencia se considera una condición de viabilidad del presente Plan Nacional que deberá construirse a partir de consensos entre los actores. **APN-SSDNAYF#SENNAF**

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

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

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

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

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

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

7.3 PRESUPUESTO

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

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

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

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

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

Principales Fuentes de Información

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

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

Criterios Metodológicos

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

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

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

• Cobertura territorial:

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

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

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

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

B. El resto de las intervenciones

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

II. 2018: 24 provincias

III. 2019: 24 provincias

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

I. 2017: 24 provincias - 196478-APN-SSDNA YF#SENNAF

II. 2018: 24 provincias

III. 2019: 24 provincias

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

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

del Plan.

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

Anexo Metodológico

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

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

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

Cantidad de Embarazos Adolescentes no Intencionales

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

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

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

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

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

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

Tasa de Embarazo Adolescente no Intencional

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

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

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

31. El SIP Gestión es un sistema de información desarrollado para contribuir a la implementación del Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil de Argentina. El mismo se apoya en registros clínicos materno-perinatales incorporados a partir del Sistema Informativo Perinatal (SIP) desarrollado por el CLAP-OPS. Aunque recoge sólo información en servicios públicos de salud (que representan el 57,5% del total de partos anuales) se está extendiendo su implementación a la seguridad social. <https://doi.org/10.17-19196478-APN-SSDNA YF#SENNAF>

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

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

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

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

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

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

EN CONCLUSIÓN, AL MOMENTO DEL INICIO DEL PLAN SE REGISTRAN EN LA ARGENTINA UN TOTAL DE 72.791 EMBARAZOS ADOLESCENTES NO INTENCIONALES, LO CUAL REPRESENTA UNA TASA DE EMBARAZOS ADOLESCENTES NO INTENCIONALES DE 41,9 CADA MIL MUJERES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS.

COBERTURA EFECTIVA DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

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

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

En términos operacionales la CEMAM
IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LÍNEA DE BASE DEL PLAN

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

Cuadro 6. Línea de base del Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia

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

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

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

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

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

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

43. Incluye los 4 anticonceptivos orales cubiertos: a) Etinilestradiol+levonorgestrel comp.0.020/0.010 mg b) Drospirenona+levonorgestrel comp.0.01/0.01 mg c) Desogestrel+levonorgestrel comp.0.01/0.01 mg d) Norgestrel+levonorgestrel comp.0.01/0.01 mg

ESTIMACIÓN DE METAS DE REDUCCIÓN DE LA TEANI

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

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

- Se mantiene durante todo el período

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

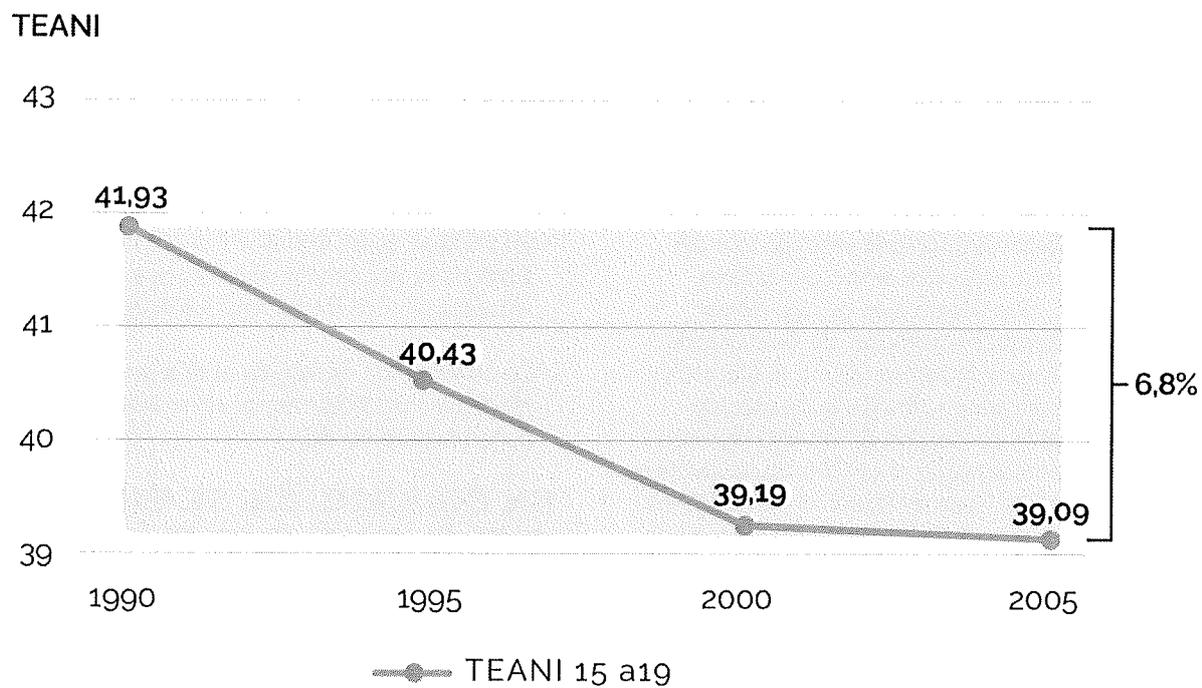
- En 2018 se triplica la compra, distribución y dispensación de Implantes subdérmicos de etonogestrel, de DIU, inyectable trimestral y Condonos y se mantiene ese mismo nivel de oferta hasta fines de 2019.
- En 2018 se logra brindar ESI sobre MAC al 20% de la población objetivo y en 2019 se alcanza al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

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

0,03 mg; c) Etinilestradiol + Gestodeno comp. 0,02 mg / 0,075mg y d) Desogestrel 0,075 mg.

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

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



Bibliografía

Abramovich, V., & Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad. En V. Abramovich, & L. Pautassi, La revisión judicial de las políticas sociales. Estudios de casos. Buenos Aires: Editores del Puerto.

Amnistía Internacional. (2017). Derechos Humanos Agenda para Argentina, 2017.

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

Bertranou, J., & Casanova, L. (2015). Trayectoria hacia el trabajo decente de los jóvenes en Argentina, Contribuciones de las políticas públicas de educación, formación para el trabajo y protección social. Buenos Aires: OIT.

Binstock G, Gogna M (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En: Cavenaghi S, Cabella W, (ed.). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa (Serie e-Investigaciones N° 3). Río de Janeiro: FNUAP,ALAP; p. 167- 185.

Binstock, G. (2016). Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común. Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Binstock, G., & Pantelides, E. A. (2005). Capítulo 4: La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. En Gogna, M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES-UNICEF. Brizuela, V., Abalos, E., Ramos, S., & Romero, M. (2014). El embarazo en la adolescencia. Hoja Informativa, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (10).

Carey Raymond G; Posavac Emil J. (1997). Program Evaluation Methods and Case Studies.
Cecchini, S., & Rico, M. (2015). El enfoque de derechos en la protección social. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, Instrumentos de Protección Social. Santiago de Chile: CEPAL.

Chaaban, J., & Cunningham, W. (2011). Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend. Policy Research Working Paper 5753. The World Bank, Human Development Network, Children and Youth Unit & Poverty Reduction and Economic Management Network, Gender Unit. The World Bank.

Chevalier, A., & Viitanen, T. K. (2003). The long-run labour market consequences of teenage motherhood in Britain. Journal of Population Economics, 16(2).

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

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology(192), 342-349.

CoNDeRS. (2008). La adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable, Brenner, Alejandra y Ramos, Gabriela (autoras) – 1ª. Edición. Buenos Aires

Crosby, R. A., & Holtgrave, D. R. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. Journal of Adolescent Health(38), 556-559.

De León, G. (Marzo de 2017). Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social. Documento de Trabajo N°158: CIPPEC.

Di Virgilio, María Mercedes (2012). Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales - 1a ed. - Buenos Aires. Fundación CIPPEC

Encuesta Joven. (2017). Provincia de Buenos Aires.

Filardo, V. (2015). Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay (2008-2013). Cuadernos temáticos de la ENAJ(1).

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

Giusti, AE y Pantelides EA., Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8 (11), 1991.

Goetz, A. (2007). Justicia de género, ciudadanía y derechos. Conceptos fundamentales, debates centrales y nuevas direcciones para la investigación. En M. Mukhopadhyay, & N. Singh, Justicia de género, ciudadanía y desarrollo. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) / Mayol Ediciones.

Gogna M, Binstock G.(2017) Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. Salud Colectiva. 13(1):63-72. doi: 10.18294/sc.2017.990.

Gogna, M., Adaszko, A., Alonso, V., Portnoy, F., Fernández, S., & Zamberlin, N. (2004). El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Buenos Aires: CONAPRIS-Ministerio de Salud, CEDES.

Gogna, M., Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I., & Zamberlin, N. (2008). Embarazo en la adolescencia en Argentina: Recomendaciones de política basadas en la evidencia. Reproductive Health Matters, 16(31), 192-201.

Gold, R., Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lynch, J. W., & Connell, F. A. (2001). Ecological Analysis of Teen Birth Rates: Association With Community Income and Income Inequality. Maternal and Child Health Journal, 5(3), 161-167.

Guerra, N., Modecki, K., & Cunningham, W. (2014). Developing Social-Emotional Skills for the Labor Market. The PRACTICE Model. Policy Research Working Paper 7123. The World Bank, Social Protection and Labor Global Practice Group. World Bank Group.

INDEC. (2015). Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2014. <https://www.indec.gov.ar/Default.aspx?menu=1&id=106478&APN=SSD> ONAYF#SENNAF

Principales resultados. Buenos Aires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trucco, D., & Ullmann, H. (2015). Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad. Santiago de Chile: CEPAL. UNFPA (2016). Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la Construcción de una Agenda Común. Disponible en: <http://planunfpa.org/sites/default/files/00n.pdf>

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

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

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

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

UNICEF (2016) Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Buenos

Aires. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

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

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

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

IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF

IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF



Casa Rosada
Presidencia de la Nación

IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF