

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

Los análisis descriptivos indican que:

- Hay una persistencia de las tasas de fecundidad adolescente que no acompañan el descenso de la tasa de fecundidad global.
- Los embarazos no intencionales ocurren con mayor frecuencia en las mujeres menores de 20 años y más aún en las menores de 15 años. Las proporciones de no intencionalidad son relativamente más elevadas si la adolescente no estaba usando MAC o era nulípara.

- El reporte de uso de MAC en la primera relación sexual y en las relaciones actuales es elevado, aun en presencia de la baja cobertura de acceso gratuito indicada por las encuestadas.
- La no intencionalidad del embarazo es alta entre las mujeres nulíparas menores de 15 años y de 15 a 19 años (8/10 y 6/10 respectivamente). Al mismo tiempo, la proporción de no intencional / intencional tiende a equipararse en las adolescentes madres de entre 15 y 19 años que ya han tenido al menos un parto previo.
- Los niveles de privación material, el bajo nivel educativo y las diferencias entre jurisdicciones se han mostrado como variables asociadas que merecen considerarse como determinantes y ser tenidas en cuenta a la hora del diseño e implementación de un Plan Nacional integral con perspectiva federal.

4. Marco Normativo

En consonancia con el enfoque de derechos ya enunciado como uno de los pilares del Plan Nacional, la prevención del embarazo en la adolescencia debe ser entendida como una estrategia de resguardo del derecho a la salud y, específicamente, a la salud sexual y reproductiva. Este derecho se encuentra reconocido en la normativa nacional e internacional y, dada la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, su ejercicio resulta esencial para el goce de otros derechos fundamentales.¹⁶

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

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

4.1 CONSTITUCIÓN NACIONAL Y TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

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

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

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

- **La Convención Americana sobre Derechos Humanos**, que establece en su artículo 19 el derecho de los niños a las medidas de protección que requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado; y
- Otros instrumentos de derechos humanos, referidos a grupos específicos, como la **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW, por sus siglas en inglés) y la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (CDPD), que también contienen obligaciones específicas para los Estados en materia de salud adolescente y planificación familiar (arts. 12 y 16.e, CEDAW y 7, 23.1.b; y 25, CDPD).

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

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

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

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

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

4.2 OTROS COMPROMISOS INTERNACIONALES

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

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

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

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

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

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

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

4.3 LEYES NACIONALES

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

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

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

21. El Marco Estratégico Subregional de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional del Cono Sur se encuentra disponible en <http://lac.unfpa.org/es/publications/marco-estrat%C3%A9gico-de-la-prevenci%C3%B3n-y-reducci%C3%B3n-del-embarazo-no-intencional-en-la>

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

4.4 OBLIGACIONES DEL ESTADO PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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

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

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

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

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

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

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

26. Si bien el país tiene una estructura federal y la atención de la salud es atribución principal de las provincias, en la aplicación de normas y decisiones relativas al derecho internacional de los derechos humanos, es el Estado nacional el responsable por su cumplimiento en la totalidad del territorio. Es el Estado nacional el que debe evitar incurrir en responsabilidad internacional y las provincias están obligadas en el mismo sentido por cuanto frente a dicho ordenamiento, el Estado no puede “alegar su estructura federal para dejar de cumplir una obligación internacional” Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, Arts. 27 y 29 y Corte IDH, Corte IDH, Opinión Consultiva N° 11, del 10 de agosto de 1990, párr. 3; caso Garrido y Baigorria vs. Argentina. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 36, entre muchos otros). Además, de acuerdo a la legislación vigente, el Ministerio de Salud de la Nación es el responsable de la rectoría de la política sanitaria nacional y en tal carácter, su función principal es garantizar un piso mínimo de igualdad en el goce de los derechos en todo el territorio (cfr. Ley 26.338 y Decreto 1424/1997). IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF

5. Marco Programático

5.1 LAS INTERVENCIONES DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

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

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

Sus objetivos son:

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

e) contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;

f) garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

g) potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable;

La implementación del programa abarca las siguientes líneas de acción:

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

El Programa cuenta hoy con un equipo técnico multidisciplinario con perfiles diversos (médicos, psicólogos, sociólogos, comunicadores sociales). Sus acciones se realizan a partir de la instalación de los programas provinciales que funcionan como “su espejo”. La cobertura es extensa y abarca la totalidad del territorio nacional. Puntualmente, en el año 2016, se distribuyeron métodos anticonceptivos para una población de 485.186 mujeres y se capacitó a 20.719 agentes de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para el período 2016-2020, el PNSIA se propuso la capacitación de sus equipos de gestión y efectores en temas relacionados con enfoque de derecho, anticoncepción, género y masculinidades. En ese marco se plantean tres líneas de acción: a) el fortalecimiento e instalación de los espacios de atención orientados a población adolescente de calidad ajustados al marco normativo vigente, b) su evaluación y monitoreo, y c) la instalación y fortalecimiento de las asesorías integrales en escuelas secundarias. Respecto del primer eje, los espacios que se instalan dedicados a la población adolescente parten del reconocimiento de que el 78,4% de las adolescentes de 15 años en adelante ya han tenido una experiencia de embarazo no planificado.

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

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

En el ámbito del Ministerio de Educación, se creó en el año 2006 el **Programa Nacional de Educación Sexual Integral** (Ley 26.150) que se propone incorporar la educación sexual dentro de las propuestas educativas a fin de “asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral”. La educación sexual integral (ESI) promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes.

Los objetivos del Programa son:

- a) incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b) asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d) prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e) procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Los lineamientos curriculares de la educación sexual integral comprenden contenidos de distintas áreas y/o disciplinas, y consideran situaciones de la vida cotidiana del aula y de la escuela, así como también sus formas de organización. Responden a las etapas del desarrollo de los alumnos y se incluyen en el proyecto educativo de la escuela. Los lineamientos curriculares marcan grandes sendas en relación con el abordaje de los contenidos de educación sexual integral que es preciso garantizar, pero a la vez contemplan la posibilidad de adecuación por parte de cada escuela, respetando la diversidad sociocultural y el carácter federal de nuestro país.

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

- Asistencia técnica y acompañamiento a las jurisdicciones para el desarrollo curricular de los lineamientos curriculares de ESI en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.
- La articulación intersectorial y el trabajo con las familias. 3017-19196478-APN-SSDWAYF#SENNAF

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

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

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

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

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

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

Este programa ha tenido una escala de implementación desigual. Por un lado, existen provincias donde el Programa tiene un desarrollo incipiente por decisión de las propias autoridades subnacionales. Asimismo no se han capacitado docentes en todas las escuelas del país y sólo el 80% de los capacitados replicaron la capacitación en sus escuelas. Por otra parte, existe un número importante de escuelas que no elaboró su PCI (Proyecto Curricular Institucional) que expresa un compromiso para implementar los contenidos curriculares de la ESI. Por lo tanto, es difícil conocer la cantidad de alumnos que han sido alcanzados con información <https://www.argentina.gob.ar/educacion/478-APN-SSDNAYF#SENNAF>

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

5.2. LA SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) se creó en 2005 en el marco de la mencionada Ley 26.061, de protección integral de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Entre las múltiples funciones que el marco normativo le asigna, destacan las siguientes: promover políticas activas de promoción y defensa de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias; coordinar acciones consensuadas con los poderes del Estado, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, fomentando la participación activa de las niñas, niños y adolescentes; propiciar acciones de asistencia técnica y capacitación a organismos provinciales y municipales y agentes comunitarios participantes en servicios de atención directa o en el desarrollo de los procesos de transformación institucional.

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

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

su participación, teniendo en cuenta sus deseos e intereses.

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

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

5.3. OTRAS INTERVENCIONES

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

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

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

6. Objetivos y Líneas de Acción

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

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

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

27. Para mayor detalle sobre el modelo en el que se basan estas estimaciones, ver Anexo. IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF

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

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

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

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

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

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

y 19 líneas de acción para este objetivo estratégico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.1.1 Diseñar e implementar una estrategia comunicacional nacional que sensibilice sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos e informe acerca de cómo los adolescentes pueden acceder a espacios de consejería y atención en SSR.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- A** Elaborar una campaña para medios gráficos y audiovisuales que, desde una perspectiva de género, diversidad y derechos, promueva la adopción de prácticas de cuidado, el derecho a decidir sobre la vida sexual, el uso de MAC, el derecho de acceso al sistema de salud y a la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas por el marco normativo, y que informe sobre cómo acceder a información y sistemas de protección en situaciones de abuso y violencia sexual. También, que incluya mensajes específicos con alcance a adolescentes en situación de vulnerabilidad más pronunciada.
- B** Viralizar contenidos en redes sociales con mensajes relacionados con disponibilidad y ventajas del uso de MAC, con énfasis en los métodos reversibles de larga duración.
- C** Contratar publicidad en las redes sociales con contenidos innovadores y referencias a sitios web con información sobre SSR.
- D** Instalar afiches informativos sobre derechos de los adolescentes en espacios de salud, incluyendo información sobre líneas de denuncia.
- E** Difundir la existencia de la línea 0800 Salud Sexual.
- F** Hacer operativa y lanzar la aplicación para teléfonos celulares, para acceso a información y asesoramiento en SSR.
- G** Elaborar y difundir "factsheets" sobre embarazo en la adolescencia para realizar un posicionamiento del tema basado en evidencia entre líderes de opinión.
- H** Difundir la existencia de la plataforma "Hablemos de Todo" e incorporación de contenidos y recursos sobre SSR en la página web y consultorio virtual.

ÁREA RESPONSABLE

A/B/C/D Secretaría de Comunicación Pública (JGM) E PNSSyPR F PNSIA G PNSSyPR, PNSIA, ESI H Subsecretaría de Juventud

ÁREAS INTERVINIENTES

A/B/C/D PNSSyPR, PNSIA, SENNAF, ESI.

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

LÍNEAS DE ACCIÓN

- A** Realizar un diagnóstico de precios, calidad de productos y tiempos de entrega de proveedores nacionales e internacionales de insumos anticonceptivos.
- B** Involucrar a organismos internacionales en la gestión de compras, fundamentalmente al Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA).
- C** Garantizar la disponibilidad de métodos reversibles de larga duración en el primer nivel de atención de la salud a través del CUS Medicamentos, como también la disponibilidad en hospitales de segundo y tercer nivel a través de los mecanismos de distribución provinciales.
- D** Generar mecanismos de incentivos a través del SUMAR para la provisión de métodos reversibles de larga duración para las mujeres que así lo demanden.

- A** Proveer métodos anticonceptivos a adolescentes en diferentes oportunidades: consulta clínica, test VIH, control pre natal, pos evento obstétrico (posparto y posaborto), con énfasis en los métodos reversibles de larga duración.
- B** Entregar la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) conjuntamente con los preservativos en hospitales (incluidas las guardias) y CAPS.
- C** Realizar visitas provinciales con trailers sanitarios para colocación de DIU e implantes.
- D** Proveer preservativos de formas innovadoras en escuelas, lugares públicos, centros comunitarios y organizaciones de la sociedad civil, entre otros lugares, en consonancia con la estrategia comunicacional.
- E** Facilitar el enlace o articulación entre las asesorías integrales en escuelas y los centros de salud próximos para la colocación de anticonceptivos reversibles de larga duración.

ÁREA RESPONSABLE

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

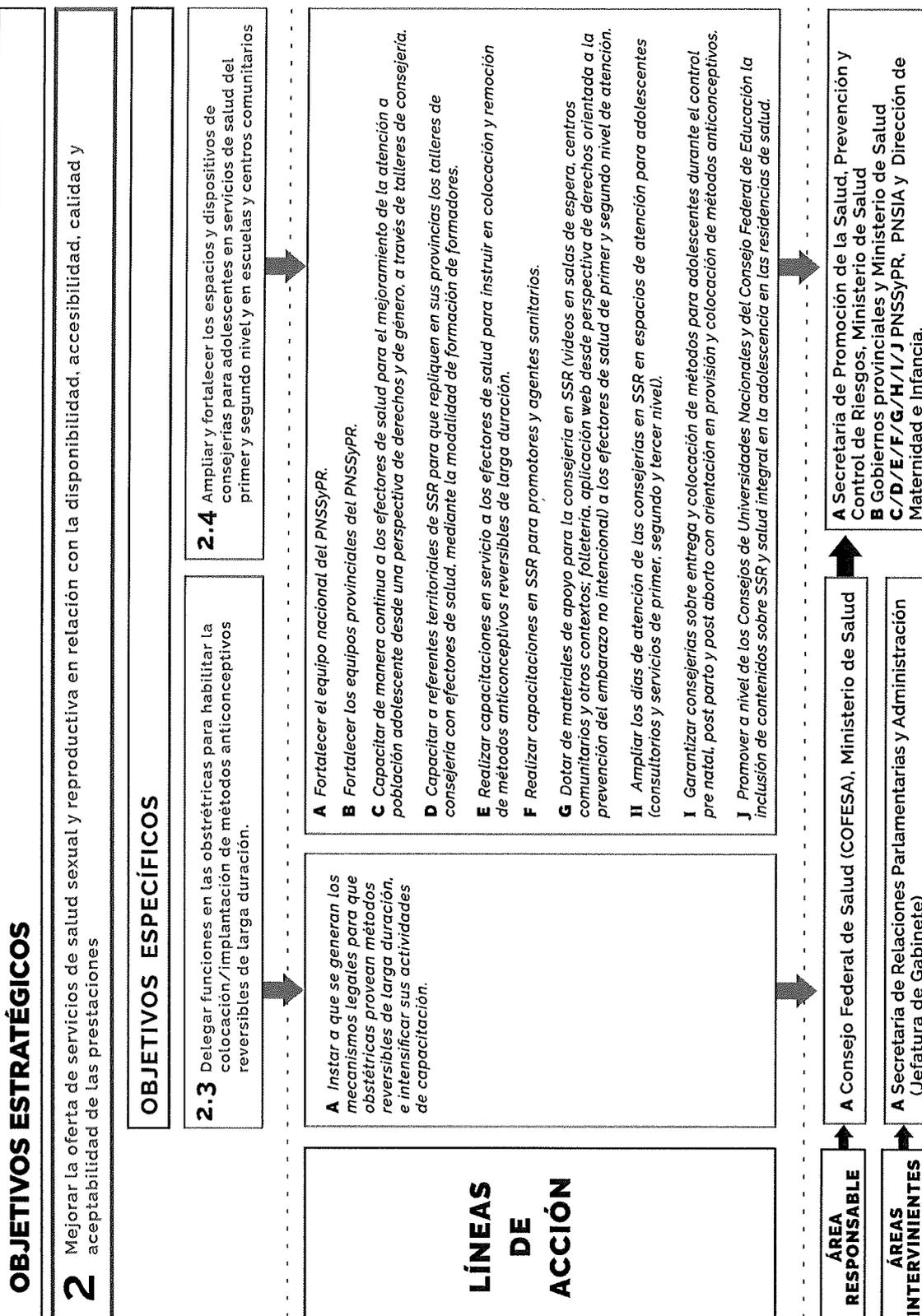
A/B/C/D/E PNSSyPR

ÁREAS INTERVINIENTES

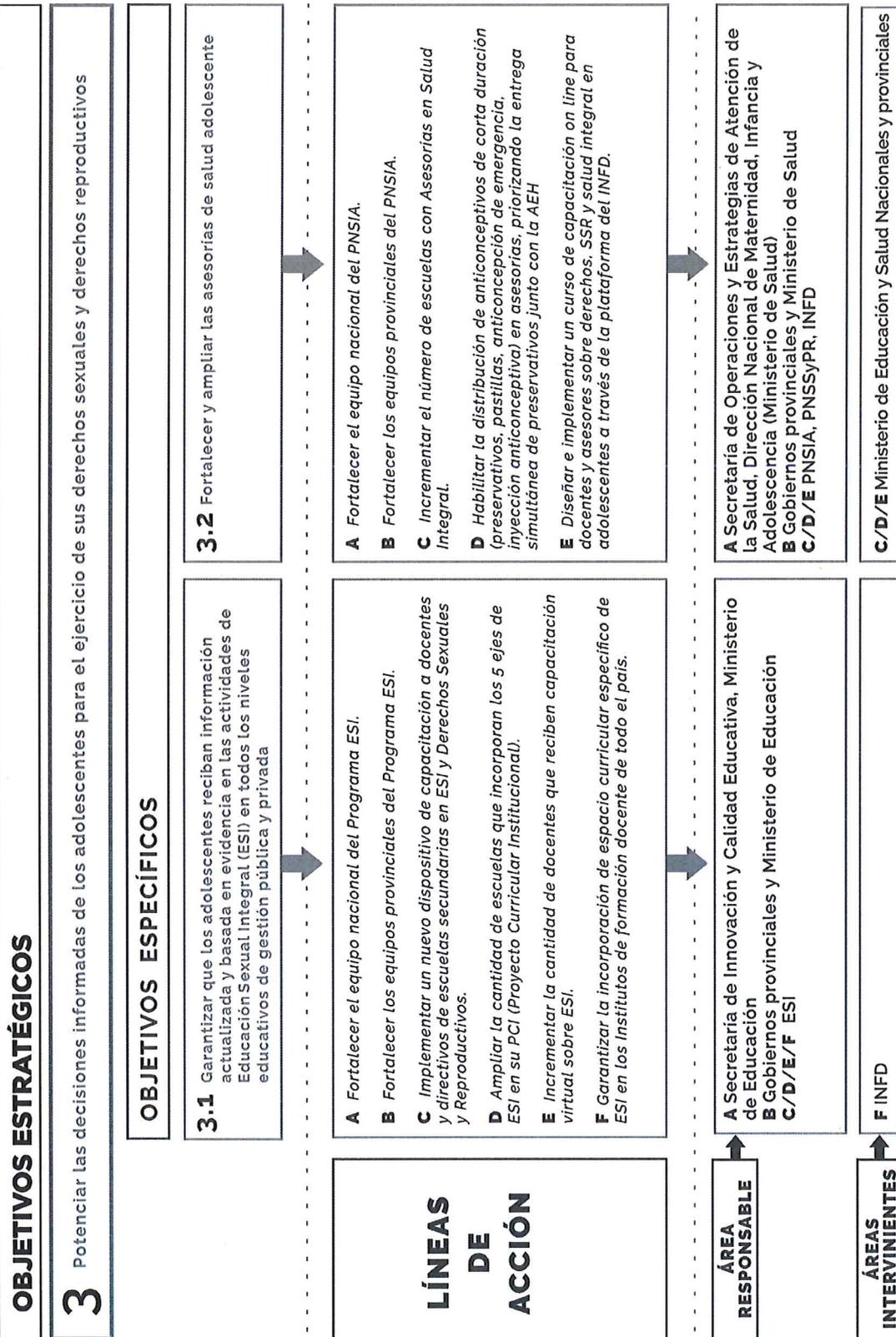
A/B/C/D UNFPA

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

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



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



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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.3 Incorporar contenidos de SSR en programas sociales de intervención comunitaria y familiar con alcance nacional.

3.4 Promover una atención adecuada a las necesidades y expectativas de los adolescentes en los servicios de obras sociales y en las farmacias comerciales.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- A** Incorporar contenidos de SSR en el Programa Primeros Años.
- B** Incorporar contenidos de salud sexual integral en las intervenciones de Participación Ciudadana con adolescentes y realización de estos Talleres.
- C** Fortalecer las competencias de los agentes territoriales de la Subsecretaría y agentes de los sistemas de protección locales para brindar talleres que aborden la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Armado de cuadernillo con contenidos propios en articulación con PNSIA. Alianzas con organizaciones de la sociedad civil.
- D** Fortalecer los procesos de toma de decisiones en aquellas personas que quebran las trayectorias esperadas para su grupo de edad y transitan la maternidad o paternidad a edades tempranas, a través de las iniciativas Hablamos de Todo. Acá Estamos, Casas del Futuro y Jornadas Solidarias.
- E** Incorporar contenidos de SSR en los Talleres de Proyecto de Vida.

- A** Coordinar con las farmacias privadas la atención amigable y oferta de métodos a población adolescente.
- B** Articular con la Superintendencia de Salud las medidas necesarias para garantizar el acceso de adolescentes a la consejería y atención en SSR en las obras sociales y medicina prepaga.

ÁREA RESPONSABLE

A/B/C SENNAF
D/E Subsecretaría de Juventud

A/B Ministerio de Salud

ÁREAS INTERVINIENTES

A/B/C/D/E PNSSyPR y PNSIA

A/B PNSIA

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

LÍNEAS DE ACCIÓN

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

A Incrementar la cantidad de proyectos curriculares institucionales con contenidos de prevención del abuso sexual en ESI en el nivel primario y secundario.
B Diseñar estrategias de fortalecimiento y jerarquización de los organismos locales de protección para abordar el abuso sexual y la violencia.
C Incorporar contenidos de prevención y abordaje del abuso sexual en los talleres de Participación Ciudadana con niños y niñas y realización de talleres específicos.
D Incorporar contenidos de prevención y abordaje de abuso sexual infantil en las capacitaciones a los agentes territoriales de la Subsecretaría y agentes de los sistemas de protección locales en prevención del embarazo no intencional en la adolescencia.

ÁREA RESPONSABLE

A/B PNSSyPR

A ESI
B/C/D SENNAF

ÁREAS INTERVINIENTES

A/B Dirección de Maternidad e Infancia y PNSIA

A PNSIA
B/C/D PNSIA y PNSSyPR