



FLACSO
ARGENTINA

MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

**Aportes de los sistemas de información y monitoreo al mejor desempeño
de la política social. El caso del plan ENIA en Argentina.
(2017-2019)**

AUTORA: Natalia Gualdoni

DIRECTOR: Federico Tobar

Diciembre, 2023.

Síntesis: esta tesis trata sobre la relevancia de los Sistemas de Información y Monitoreo (SIM) para fortalecer las políticas públicas informadas en evidencia y orientadas a resultados. Su principal desafío analítico es extraer aprendizajes de una experiencia concreta: el SIM del "Plan Nacional de Prevención y Reducción del embarazo no intencional en la adolescencia" de Argentina (período 2017-2019) en perspectiva comparada con otras estrategias de la región Latinoamericana, para investigar el vínculo entre la generación de evidencia y un mejor desempeño de estas políticas. La expectativa final del trabajo es sugerir un decálogo sobre los principales factores/aspectos facilitadores a ser considerados al momento de diseñar e implementar SIM capaces de informar y fortalecer a las políticas que abordan.

Synthesis: this thesis deals with the relevance of Information and Monitoring Systems (SIM) to strengthen public policies informed by evidence and oriented to results. Its main analytical challenge is to extract learning from a specific experience: the SIM of the "National Plan for the Prevention and Reduction of Unintentional Pregnancy in Adolescents" of Argentina, in perspective compared to other strategies in the Latin American region, to investigate the link between generation of evidence and better performance of these policies. The final expectation of this work is to suggest a decalogue on the main facilitating factors/aspects to be considered in the design and implementation of SIM of these strategies.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia - no intencional - estrategias nacionales – intersectorialidad - sistema de información – monitoreo – evidencia.

INDICE

Agradecimientos	6
Introducción	7
A- Planteo del tema de investigación	8
B- Metodología.....	11
Preguntas que orientan la investigación	11
Objetivos.....	12
Estudio de caso de una política pública	12
Capítulo 1: SIM como instrumento fundamental de la gestión pública	17
1.1 Políticas públicas	17
1.2 Papel de la evidencia para informar decisiones de políticas públicas.....	22
1.3 Sistemas de Información y Monitoreo (SIM).....	25
Sistemas de información social (esencial a la teoría de cambio)	25
Monitoreo (fundamental en la cadena de resultados)	29
Capítulo 2: SIM para el seguimiento del embarazo en la adolescencia en la región Latinoamericana	38
2.1 El problema del embarazo en la adolescencia	38
Determinantes del embarazo en la adolescencia	42
Consecuencias del embarazo en la adolescencia.....	46
2.2 Estrategias de abordaje del embarazo en la adolescencia.....	49
Lecciones aprendidas	49
Estrategias nacionales de prevención del embarazo en la adolescencia.....	51
2.3 SIM de un conjunto de estrategias nacionales.....	57
Tabla comparativa de nueve SIM de estrategias nacionales de embarazo en la adolescencia.....	62
Elementos destacados de las experiencias de los SIM analizados.....	65
Capítulo 3: Papel del SIM del Plan	76
3.1 EL problema en Argentina: embarazo no intencional en la adolescencia	76
Últimos datos disponibles	78
Evolución en la fecundidad adolescente	82
3.2 Plan Enia. Aspectos fundamentales	84
Teoría de cambio	85
Puesta en marcha	87
Principales avances y logros en el período analizado (2017 -2019).....	91
3.3 Descripción del SIM	94

Desarrollo de un sistema de información o tablero de información estratégica (TIE)	95
Enfoque y objetivos del monitoreo	98
Circuito, actores y funciones del monitoreo	105
Uso de la evidencia	106
Estrategia de capacitación permanente	110
3.4 Aportes del SIM al Plan.....	112
En la fase de diseño	113
En la implementación	114
Aportes concretos a los diferentes dispositivos del Plan	118
En la evaluación.....	120
Capítulo 4: Aspectos críticos del diseño e implementación de SIM del Plan ENIA	126
Dimensión político-institucional.....	127
Dimensión técnica-operativa.....	130
Un cierre en clave de recomendaciones de política pública	137
Referencias Bibliográficas.....	143
Anexos	153
Anexo 1: Perfil referentes entrevistados.....	153
Anexo 2: Tableros de indicadores disponibles	153
Anexo 3 Algunos resultados Plan Enia en período analizado.....	155
Anexo 4: Mapeos disponibles.....	159
Gráficos y Cuadros:	
1. Tasa específica de Fecundidad en adolescentes según grandes regiones. Año 2019.....	39
2. Anomalía demográfica: Tasa de fecundidad global y TEFA 1960-2018.....	40
3. Maternidad en adolescentes (15 a 19 años) ALC y Península Ibérica. Año 2020.....	41
4. Consecuencias del embarazo en la adolescencia.....	47
5. Línea de tiempo: estrategias nacionales de prevención del embarazo en la adolescencia.....	56
6. Atributos de los SIM de estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia.....	64
7. Evolución tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía, total país. 2010-2021.....	79
8. Tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía por jurisdicción. Año 2021.....	80
9. Porcentaje de embarazo no planificado por jurisdicción. Año 2021.....	81
10. Provincias priorizadas por el Plan ENIA y departamentos seleccionados. Año 2022.....	90
11. Resultados por dispositivo del Plan Enia, período 2018-2019.....	93
12. Cuadro Nro. 12: metas del Plan Enia período 2018-2019.....	100
13. Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI).....	104
14. Proceso de monitoreo.....	106

SIGLAS y abreviaturas

ALC América Latina y el Caribe

AP Acompañante pedagógico

BID Banco Interamericano de Desarrollo

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe (de las Naciones Unidas)

CLADEM Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer

EFTI Equipo Focal Territorial Intersectorial

ENAPEA Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente

ENIA Plan Nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia

ESI Educación Sexual Integral

ILE Interrupción Legal del Embarazo

LARC Método Anticonceptivo de Larga Duración

MAC Método Anticonceptivo

OMS Organización Mundial de la Salud

ONIEA Observatorio Nacional Insectorial de Embarazo en la Adolescencia

OPS Organización Panamericana de la Salud

PLANEA Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes en Guatemala

PNSIA Programa Nacional de Salud Integral Adolescente

PSSR/SSR Programa de /Salud Sexual y Reproductiva UGL Unidades de gestión local

SIP Sistema de Información Perinatal (o sistema informático perinatal)

TEFA Tasa específica de fecundidad en la adolescencia

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)

Agradecimientos

A las autoridades de la maestría por permitir la presentación de esta tesis, pendiente por tantos años, previa actualización de algunas materias.

A mi director Federico Tobar por haber aceptado esta propuesta de investigación y por sus orientaciones precisas a lo largo del proceso. Su experiencia en el tema ha sido fundamental para abordar este trabajo.

También quiero expresar mi agradecimiento a Fabián Repetto por su lectura en detalle. Sus comentarios y sugerencias me han ayudado a mejorar significativamente la versión lograda.

A Tamar Finzi, por su apoyo, principalmente en un comienzo, cuando delineaba el proyecto de tesis. Nuestros intercambios en ese entonces enriquecieron mis ideas iniciales.

A Eduardo Lé pore, por motivarme tantas veces en estos años y sus valiosos aportes al final del proceso.

A las personas entrevistadas quienes muy amablemente me brindaron su tiempo y experiencia; contribuyendo de diversas formas en las reflexiones finales de esta tesis.

Finalmente me gustaría agradecer a Juanma, por cuidar tan bien a Ada y Manuel en mis ausencias; a mis padres, que además de alentar cualquier cosa que se me ocurra, también apoyaron cuidando a sus nietos; y a ellos, Ada y Manuel, el agradecimiento más especial, por el interés en esta tesis y regalarme cartas con dibujos de corazones dándome ánimo para que ¡al fin! termine.

Introducción

La tesis que aquí se desarrolla analiza centralmente la relevancia de los Sistemas de Información y Monitoreo (en adelante SIM) para el fortalecimiento de las políticas públicas informadas en evidencia y orientadas a resultados.

Para ello, se toman como campo temático las estrategias nacionales de reducción del embarazo en la adolescencia de la región latinoamericana, con énfasis en la experiencia argentina, abordada como estudio de caso. Y aquí el principal desafío que motiva esta tesis: extraer los aprendizajes del SIM del “Plan Nacional de Prevención y Reducción del embarazo no intencional en la adolescencia” (en adelante Plan Enia¹) de Argentina, en diálogo con otras experiencias de estrategias similares en otros países de la región, para indagar sobre el vínculo (potencialmente) virtuoso entre la generación de evidencia y un mejor desempeño de las políticas públicas en materia de procesos, resultados e impactos.

Cabe resaltar el intento de aporte de esta tesis en la temática explorada. Es frecuente encontrar trabajos académicos que analizan el par monitoreo-evaluación de políticas públicas con abordajes de todo tipo (análisis de casos, estudios comparativos, e incluso evaluaciones sobre sistemas de monitoreo de programas y políticas). Por el contrario, se encuentran mucho menos extendidos trabajos que traten el par información-monitoreo, sobre todo con abordajes de casos de los cuales extraer lecciones aprendidas. Por este motivo, la expectativa de esta tesis está puesta en capitalizar los productos del análisis y concluir con una propuesta sobre los principales factores/aspectos facilitadores para el diseño e implementación de SIM, tendiente a que los mismos aporten evidencia para la mejora continua de las políticas públicas.

7

¹ El Plan Enia es el caso argentino para la reducción del embarazo no intencional en la adolescencia. Es una política intersectorial y subnacional en la que intervienen Salud, Educación y el sistema de protección de derechos de niños/as/es y adolescentes a través del ministerio de Desarrollo Social. Tiene como objetivo ampliar y mejorar las oportunidades de vida y de desarrollo personal de niñas, niños y adolescentes, con foco en la prevención y disminución de la alta tasa de embarazos no intencionales adolescentes. Se encuentra en marcha desde el año 2017, logrando atravesar el cambio de gestión sin demasiados cambios en su diseño institucional e implementación. Se desarrolla en detalle en el capítulo 3 del presente documento.

7

En lo que sigue de esta introducción, se plantea a continuación el tema objeto de investigación, y luego se fundamenta el abordaje metodológico, incluyendo preguntas orientadoras, objetivos y técnicas implementadas para llevar adelante la presente tesis.

A- Planteo del tema de investigación

Uno de los problemas centrales que afectan a la juventud en Latinoamérica es el embarazo no intencional en la adolescencia. Si bien los últimos datos disponibles (2020) permiten observar que los países de la región registran avances en términos de la reducción de la Tasa Específica de Embarazo Adolescente (TEFA)² -una reducción de 37% en 25 años- continúa siendo de las más altas del mundo, con una media cercana a 48,3 por 1000 (Tobar, 2022).

La magnitud y gravedad del problema (y de sus consecuencias) exige de mayores esfuerzos y aprendizajes por parte de las políticas públicas destinadas a su abordaje. Como sostiene Martich (2020), no es casualidad que este problema tenga la gravedad y escala señaladas en una de las regiones con niveles más altos de desigualdad. Además de evidenciar inequidades sanitarias y enormes brechas en el acceso a insumos y servicios para ejercer los derechos sexuales y reproductivos, el embarazo en la adolescencia también revela desigualdades económicas, sociales y educativas persistentes y significativas que dificultan la transición hacia la vida adulta y un desarrollo personal, consistente con un pleno enfoque de derechos humanos³. (Martich, E, 2020).

8

² Este indicador da cuenta del peso de los nacidos vivos de madres entre 15 y 19 años sobre cada mil adolescentes en ese rango etario. Tiene, por lo tanto, la limitación de no registrar variaciones en el embarazo adolescente temprano (el que se registra en menores de 15 años). Sin embargo, es útil para medir los avances de la región que continúa siendo la segunda en el mundo en términos de la TEFA. (Tobar, F., 2023)

³ Los obstáculos al ejercicio del derecho de los adolescentes, al igual que los de todas las personas, conllevan consecuencias adversas para la sociedad en su conjunto; siendo el embarazo durante la adolescencia uno de los mayores problemas que enfrenta este grupo etario. La persistencia de este problema tiende a profundizar las desigualdades sociales, económicas, de género, limitar el ejercicio de los derechos fundamentales y exponer a la violencia y exclusión a niñas y mujeres en situaciones de vulnerabilidad, quienes tienen mayor probabilidad de embarazarse y con ello enfrentar condiciones más adversas a lo largo de su vida.

8

Las y los adolescentes son un grupo etario de gran relevancia, tanto en términos demográficos como económicos⁴. A pesar de ello, las políticas públicas dirigidas al desarrollo integral de esta población se desplegaron -prácticamente- en todos los países de la región sin demasiado soporte político, operativo y presupuestario (Rodríguez, 2016). Consecuentemente, resultan escasos los aprendizajes en materia de intersectorialidad de estas intervenciones, así como no abunda evidencia en torno a sus resultados e impactos.

Este es el contexto en el que han emergido las estrategias nacionales de reducción del embarazo en la adolescencia⁵, como respuesta a uno de los problemas críticos que afecta a este grupo poblacional. Cabe adelantar los principales atributos comunes de este tipo de estrategias: a) Intersectorialidad: es decir, que se proponen coordinar horizontalmente acciones y prestaciones de los diferentes sectores: salud, educación, juventud, sistema de protección social o de derechos; b) Interjurisdiccionalidad: léase, que requieren de la coordinación vertical entre los distintos niveles nacional, provincial, local, comunitario; c) Multisectorialidad: que apuntan a integrar los sectores gubernamentales con la sociedad civil en diferentes ámbitos, y promueven la participación de diferentes actores (adolescentes, familia, educadores, servidores comunitarios, agentes sanitarios, etc.)⁶ (Alemán, X. et al, 2017).

Para que las mismas puedan atender en toda su complejidad la problemática indicada, se requiere que incorporen un instrumento de política pública fundamental para articular virtuosamente la

⁴ Adolescencias y juventudes protagonizan el fenómeno denominado por economistas como *bono demográfico*, que es la etapa durante la cual la población joven y productiva del país (de 15 a 34 años) se convierte en el segmento más amplio de habitantes; que de ser aprovechada puede estimular el desarrollo económico y mejorar las condiciones de vida de la población. Ello dependerá, en gran medida, de que la población joven de esta y de futuras generaciones se beneficie de inversiones en los ámbitos de la educación, la salud y el empleo, en especial las mujeres jóvenes y jóvenes pertenecientes a los grupos poblacionales más rezagados.

⁵ Los obstáculos al ejercicio del derecho de los adolescentes, al igual que los de todas las personas, conllevan consecuencias adversas para la sociedad en su conjunto; siendo el embarazo durante la adolescencia uno de los mayores problemas que enfrenta este grupo etario. La persistencia de este problema tiende a profundizar las desigualdades sociales, económicas, de género, limitar el ejercicio de los derechos fundamentales y exponer a la violencia y exclusión a niñas y mujeres en situaciones de vulnerabilidad, quienes tienen mayor probabilidad de embarazarse y con ello enfrentar condiciones más adversas a lo largo de su vida.

⁶ En el capítulo 2 se presentarán con mayor desarrollo, y en clave latinoamericana, un conjunto de estrategias nacionales para la reducción del embarazo en la adolescencia.

gestión por resultados y las intervenciones estatales informadas en evidencia: los sistemas de información y monitoreo (en adelante, SIM).

Atendiendo los desiguales entornos de desarrollo institucional de la región, resulta claro que será diverso el panorama en términos de la construcción de dicho instrumento de gestión pública como parte fundamental de las estrategias de reducción del embarazo en la adolescencia. Pese a que, en general, la mayoría de dichas estrategias enfatizan diseños intersectoriales basados en la evidencia, muchas de ellas carecen precisamente de herramientas y procesos que permitan hacer seguimiento del desempeño de las intervenciones, cuya responsabilidad involucra a dos o más sectores estatales y/o niveles de gobierno. En otros casos, los SIM se han creado al interior de las estrategias nacionales, pero no han logrado consolidarse por múltiples razones, entre éstas, los ciclos políticos y su impacto negativo en la permanencia y sostenibilidad de las políticas.

Ante este crítico panorama, uno de los desafíos fundamentales es alentar el desarrollo y formalización de SIM que acompañen el diseño e implementación de las intervenciones desde la fase inicial de construcción del problema, hasta la evaluación de sus resultados e impactos.

En tal sentido, y como expresión de esos necesarios avances, este trabajo detecta algunas estrategias nacionales donde sí se dispone de algún instrumento o esquema de seguimiento de metas e indicadores que informan en el corto y mediano plazo la toma de decisiones, Cabe destacar: México, Chile, El Salvador, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Uruguay y Argentina.

Tomando en consideración este panorama, el desafío que motiva esta tesis está en presentar el SIM de la estrategia argentina, el mencionado Plan Enia como caso de éxito, identificando los aportes que dicho instrumento técnico-operativo fue realizando en las diferentes etapas de esta estrategia intersectorial (con una compleja gestión subnacional), los aprendizajes generados y las decisiones tomadas a partir del uso de la evidencia generada por el plan y sistematizada-analizada por su propio SIM.

B- Metodología

En un contexto latinoamericano que requiere del desarrollo y consolidación de respuestas de políticas públicas frente al embarazo en la adolescencia, el análisis del sistema de información y monitoreo del Plan Enia, como estudio de caso y en perspectiva comparada con otras experiencias de la región, buscará comprobar que basar en evidencia el diseño y la implementación de las intervenciones, contribuye a un mejor desempeño de estas en materia de procesos, resultados e impactos.

En este marco, las premisas fundamentales de esta argumentación son: a) que los SIM resultan ser un instrumento crítico para la implementación de políticas públicas; b) que para que resulten fructíferos requieren ser considerados desde el momento mismo del diseño y la planificación de las intervenciones públicas; c) que una serie de factores institucionales (nivel y jerarquía), metodológicos (énfasis en la medición de resultados e impactos, más que de procesos) y técnico-operativos (flujos y actores involucrados) facilitan la institucionalización de los SIM (tanto de sus procesos como en el uso de sus resultados), al generar evidencia reveladora para informar decisiones continuas en el diseño, implementación y evaluación de las políticas.

Preguntas que orientan la investigación

Cuatro interrogantes guiaron la exploración empírica:

- ¿Qué marco conceptual movilizar para llevar adelante un análisis consistente sobre la relación virtuosa entre desarrollo de SIM y un mejor desempeño de las políticas públicas?
- ¿Cuáles son en la región latinoamericana las estrategias nacionales de reducción del embarazo en la adolescencia que desarrollan SIM para informar con evidencia su implementación? ¿Qué características presentan estos SIM en relación con la teoría de cambio que se plantean, los indicadores medidos y el uso de la evidencia generada?
- ¿Cuáles son las principales semejanzas y diferencias entre los SIM de la región respecto del caso del Plan Enia en particular? ¿Cuáles fueron los aportes concretos del SIM del Plan Enia,

al diseño, implementación y evaluación de la propia estrategia en el período 2017-2019?
¿Cuáles fueron los aportes concretos de la evidencia generada por el propio SIM de Enia a la sostenibilidad del Plan frente al cambio de gobierno con un signo político distinto?

- ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad y aspectos facilitadores de los SIM para lograr aportes significativos al mejor desempeño de la política pública?

Objetivos

Se plantea como objetivo general analizar el aporte de los SIM a la implementación efectiva y el mejor desempeño de las políticas públicas, a partir del estudio del Plan Enia en Argentina, en perspectiva comparada con otras estrategias nacionales de la región latinoamericana.

En este marco, se definen cuatro objetivos específicos:

1. Sintetizar un esquema conceptual en torno a tres ejes: i) políticas públicas; ii) evidencia para informar decisiones de políticas públicas; iii) SIM.
2. Mapear estrategias intersectoriales de reducción del embarazo en la adolescencia en la región latinoamericana, a fin de destacar un conjunto de casos en función de los SIM desarrollados en ellas.
3. Profundizar sobre la experiencia concreta del Plan Enia en Argentina, origen y desarrollo de su SIM (período 2017-2019), con foco en los principales aportes al diseño, implementación y evaluación de la propia política pública.
4. Extraer aprendizajes del sistema de información y monitoreo del Plan Enia en diálogo con la experiencia comparada, y concluir en un análisis sintético sobre los principales factores/aspectos facilitadores para el diseño e implementación de SIM que contribuyan a la efectividad de las políticas públicas, en particular en el ámbito social.

Estudio de caso de una política pública

Se adopta como modelo científico- analítico el estudio de caso de una política pública. En palabras de Andrenacci (2020), “un caso de política pública es una narración inteligente de una experiencia”

(...) “que detecta la génesis del episodio que se desea comprender; describe narrativamente los eventos ocurridos en el objeto de estudio y mapea los resultados e impactos que tuvo el episodio” (p.12). Siguiendo este abordaje crítico que plantea el autor, los casos son objeto de análisis, antes que experiencias a ser extrapoladas hacia otros problemas y contextos. En todo caso, “lo que es extrapolable de una experiencia original es el modo en que se resolvieron los problemas singulares del contexto de origen” (...) “Esas soluciones son extrapolables a una experiencia nueva sólo en la medida en que pueden ser adaptables (y son efectivamente adaptadas) a los problemas singulares del nuevo contexto” (Andrenacci, 2020, p.16)

De este modo, el estudio del caso Enia, se abordó con una metodología esencialmente cualitativa y exploratoria, donde la revisión documental y las entrevistas semi estructuradas fueron las técnicas más utilizadas a lo largo de toda la investigación. A su vez, cada objetivo específico presentó una estrategia metodológica diferente, tal como se presenta en lo que sigue de esta introducción.

En el caso del primer objetivo, el marco teórico de la investigación, se realizó una búsqueda bibliográfica, con foco en diferentes sitios abiertos y de acceso gratuito (Lilacs, Scielo, Redalyc, Google Scholar, biblioteca Harvard, 3ie) y otros bancos de publicaciones y datos institucionales (UNFPA, CEPAL, BM, BID, CAF) entre otros. Con la bibliografía seleccionada, se realizó un seguimiento de citas hacia atrás, que consiste en buscar en especial las publicaciones señaladas en la bibliografía confiable y evaluar así si se están cubriendo o no los conceptos centrales de los cuerpos teóricos seleccionados como marco conceptual.

Para el segundo objetivo, de mapeo y caracterización de los SIM de estrategias nacionales de reducción del embarazo en la adolescencia de la región latinoamericana⁷, la revisión de antecedentes se realizó en los mismos sitios oficiales que el objetivo anterior; aunque con dos propósitos adicionales en este caso. Primeramente, la búsqueda estuvo centrada en identificar

⁷ En cuanto al universo de intervenciones, se definió trabajar con estrategias de 9 países, además de Argentina, en función de la disponibilidad de sus documentos programáticos: Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana y Uruguay. Argentina no se incorpora en la búsqueda regional dado que se lo trata exhaustivamente en el capítulo 3.

documentos programáticos de las estrategias nacionales (especialmente se relevaron definiciones del problema embarazo en la adolescencia, población objetivo, teoría de cambio, modelos de gestión, gobernanza e institucionalidad y por supuesto SIM). Para ello, se realizaron búsquedas en los sitios oficiales de los organismos de gobierno responsables de su implementación. Una vez caracterizadas las estrategias nacionales de la región, la búsqueda estuvo orientada a revisar la producción académica reciente en torno a evaluaciones de diseño, resultados/ impactos y lecciones aprendidas de dichas estrategias.

Para analizar los SIM de un conjunto de intervenciones desde una perspectiva comparada, se realizaron además una serie de entrevistas semi estructuradas con actores clave de la administración pública nacional en áreas vinculadas a las intervenciones y en particular a los SIM, así como también a referentes de UNFPA, OMS y otros organismos con apoyo técnico en las intervenciones de Argentina, México y Uruguay. [\(Ver Anexo 1: Perfiles personas entrevistadas\)](#)

Para sistematizar la información relevada se diseñó y aplicó una matriz de intervenciones nacionales frente al embarazo en la adolescencia en la región latinoamericana Latinoamérica con los siguientes campos: a) país; b) nombre de la estrategia; c) año de inicio; d) Teoría de cambio, objetivos, componentes (¿qué hace la intervención para reducir el embarazo en la adolescencia?); e) agentes involucrados; f) sistema de información; g) sistema de monitoreo (tipología que predomina en la matriz de indicadores, objetivos y enfoque del diseño del Monitoreo); h) uso de la evidencia (canales institucionales para el uso de la evidencia y acceso de la ciudadanía).

Para el tercer objetivo, que profundiza en la experiencia concreta del Plan Enia en Argentina y recorre el proceso de diseño e implementación de su SIM (en el período 2018-2020), se aplicaron herramientas de la evaluación de procesos, que permitieron obtener una caracterización exhaustiva tanto de la estructura como de los circuitos, productos y uso de la evidencia producida. También se tomaron como referencia publicaciones del SIM del Plan Enia (informes históricos disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud), que permitieron entender el enfoque con el que fue diseñado, a la par que identificar los aportes concretos a la etapa de diseño del Plan. Para el análisis del papel que cumplió el SIM durante la implementación -y su posterior consolidación en el marco de la nueva gestión de gobierno- se realizaron entrevistas semi estructuradas a responsables de la coordinación general, técnica y operativa del Plan, así como también a

referentes de UNFPA, UNICEF y PNUD a cargo de convenios de asistencia técnica, con el fin de captar las contribuciones de la evidencia generada por el SIM a la toma de decisiones en el nivel de coordinación central. En esta misma línea de análisis y con una pauta de entrevista similar, se realizó una entrevista colectiva a tres coordinaciones de EFTI (equipos focales territoriales), una por cada región con presencia del Plan, en la que se relevó la visión de actores locales en torno al uso y aprovechamiento de los productos del SIM para la mejora continua de los dispositivos en territorio.

Finalmente, el cuarto objetivo requirió visitar nuevamente el marco teórico desarrollado en el primer capítulo, a la luz de los hallazgos generados a partir del estudio del SIM de Enia, en diálogo con los SIM de las otras estrategias de la región Latinoamericana. La metodología específica para este objetivo, fueron entrevistas semi estructuradas con referentes con experiencia en la temática a fin de someter a discusión y validación los hallazgos del trabajo. Este ejercicio analítico permitió componer un decálogo de factores facilitadores para el diseño e implementación de este instrumento crítico de la gestión pública para informar en las diferentes etapas de la política, contribuyendo así a su mejor desempeño.

En definitiva, se espera que la presente investigación aporte un análisis sintético en torno a dos planos de conclusiones. Por un lado, en relación a los principales aportes del SIM en el caso argentino, organizados según tres etapas críticas de dicha política pública: a) en el diseño: generando evidencia para la construcción del problema, ajustes al diseño de origen (diseño operativo) y posteriores mejoras o rediseños durante el proceso; b) en la implementación: detectando externalidades positivas, informando la instalación de dispositivos territoriales, desarrollando alertas tempranas; c) en la evaluación: promoviendo condiciones de evaluabilidad, en diferentes tipos de evaluación (de diseño, procesos, resultados e impactos). Por otro lado, referido a aspectos a tener en cuenta, a partir del caso del Plan Enia pero con una perspectiva regional, al momento de diseñar e implementar sistemas de información y monitoreo en estrategias nacionales equivalentes en otros países de la región.

En adelante, el documento se desarrolla en cuatro capítulos, uno por cada objetivo específico planteado:

- **Capítulo 1.** SIM como instrumento crítico de políticas públicas: representa el marco teórico de la tesis. Se desarrolla como hoja de ruta teórica en base a tres ejes, a saber: las políticas públicas, las políticas informadas en evidencia y los sistemas de información y monitoreo.
- **Capítulo 2.** SIM para el seguimiento del embarazo en la adolescencia en la región Latinoamericana: este capítulo aporta una caracterización sobre los SIM de estrategias nacionales de reducción del embarazo en la adolescencia en la región, en función del tipo de SIM que producen, los indicadores que predominan en uno y otro caso, la evidencia que producen y sus principales orientaciones y uso de la evidencia.
- **Capítulo 3.** Papel del SIM en el Plan Enia: presenta el SIM de Enia como estudio de caso, enmarcado en una descripción sucinta del Plan y de sus principales avances y logros en el período bajo análisis. Describe en detalle el enfoque del SIM, su matriz de indicadores, las herramientas de gestión y reportes que genera, así como también los principales aportes o beneficios obtenidos por el Plan en sus diferentes etapas críticas (diseño, implementación y evaluación) por haber contado con este SIM.
- **Capítulo 4.** Aspectos críticos del diseño e implementación de SIM del plan Enia: constituye las conclusiones del trabajo, presentando sintéticamente las lecciones aprendidas y aspectos facilitadores para el diseño e implementación de SIM, surgidas del diálogo entre la experiencia latinoamericana y el caso argentino, en torno a dos dimensiones: político-institucional y técnico-operativa.

Capítulo 1: SIM como instrumento fundamental de la gestión pública

A efectos de enmarcar conceptualmente la tesis, se presenta de modo sintético la “hoja de ruta teórica” que habrá de recorrerse en este capítulo. En primer término, se dará un breve marco de que son las políticas públicas, enfatizando dos de sus fases críticas: el diseño, implementación y evaluación. En segundo lugar, se abordará el papel de la evidencia (los SIM son especialmente generadores de la misma) para informar etapas críticas de la política pública. Y se cerrará el capítulo desarrollando, secuencialmente, aspectos fundamentales tanto de los sistemas de información y de monitoreo ambos fuertemente imbricados en la práctica⁸.

1.1 Políticas públicas

En términos de qué se entiende por *políticas públicas*, Tamayo Saéz (1997) señala: “son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (p.281).

Complementariamente Bertranou (2019) profundiza sobre el concepto de políticas públicas representándolas como “flujos de prácticas dirigidas intencionalmente a la resolución de algún problema, y en las cuales se transforman distintos tipos de recursos para la producción de bienes, servicios o regulaciones necesarios”. Sostiene el autor que en contextos cada vez más complejos, principalmente por la creciente multicausalidad e interdependencia de los factores que explican los problemas, las políticas públicas se constituyen en “el instrumento principal que tienen los

17

⁸ Cabe resaltar que la separación del tratamiento de uno y otro obedece sólo a razones de pulcritud analítica a efectos de captar sus principales componentes y aspectos relacionados con su construcción y funcionamiento. En la práctica la construcción del sistema de información es condición necesaria para poder avanzar en la construcción del sistema de monitoreo, a la vez que el funcionamiento y avances del mismo nutre a aquél otro.

gobiernos para resolver las cuestiones que han problematizado, sin que esté garantizado a priori un resultado favorable” (p. 152).

Sin desconocer, las limitaciones y cuestionamientos de una parte importante de la literatura especializada sobre la noción de **ciclo de las políticas públicas** (Aguilar, 1992; Muller, 2002; Roth, 2002), resulta relevante considerar las diversas etapas o fases que lo comprenden a fin de orientar el proceso de rutinas por medio de las cuales se identifican, decide, implementan y evalúan las políticas públicas. En la práctica, esta secuencia no se presenta lineal, si no como un proceso menos ordenado y sujeto a las múltiples y diversas influencias externas.

En este sentido, otros autores, como Repetto y Fernández (2012) señalan que las políticas públicas nunca son el resultado de un proceso lineal, coherente y deliberado, para responder con racionalidad técnica a una realidad transparente. Sostienen que su formulación es la consecuencia de un proceso que configura un campo en tensión en el que, junto a las condiciones objetivas de sujetos y sectores afectados directamente, se ponen en juego, los intereses, visiones divergentes y diferentes niveles de recursos materiales y simbólicos de otros múltiples actores intervinientes, aún de modo indirecto, en determinado campo de lo público.

A finales de la década de los 90, el sistema de las Naciones Unidas adoptó la perspectiva o enfoque de **gestión por resultados** con la intención de instar una serie de atributos en las políticas públicas, como coherencia, eficacia y rendición de cuentas. Tal como plantea el propio documento técnico sobre el SIM del Plan Enia (2019) dicho enfoque propone centralmente como secuencia ideal: i) un análisis situacional, que sienta las bases para elaborar teorías del cambio; ii) la identificación de resultados medibles y estrategias que prevean los riesgos; iii) un monitoreo concurrente con presentación de informes frecuentes; y iv) la evaluación de los programas de manera regular y sistemática (Plan Enia,2019c, p.6).

Este planteo, que hace foco en el aprendizaje en materia de políticas públicas y en el fortalecimiento de capacidades de las organizaciones y de las personas que las integran para tomar mejores decisiones, habitualmente centra su marco conceptual en la denominada **cadena de resultados**⁹.

Implícita o explícitamente, toda política pública está basada en una teoría sobre cómo y por qué dicha política funciona o pretende funcionar. Por eso –y para conjugar la necesidad de evidencia rigurosa con las indefiniciones propias de un escenario en que conviven actores e intereses contrapuestos–, una teoría del cambio debe identificar el problema, sus causas y consecuencias, y las oportunidades que pueden aprovecharse (sinergias con otras iniciativas, recursos disponibles, etc.) en pos de alcanzar los resultados esperados (Rogers, 2014, p3.).

La revisión de la teoría de cambio y de la denominada cadena de resultados se torna fundamental en la reflexión sobre las políticas públicas y fundamentalmente para la producción de evidencia en el marco de una política, programa o de la intervención que se trate. Es a partir de estos dos elementos que se estructura y dimensiona la información necesaria para dar sustento a la política pública en sus diferentes etapas (Plan Enia, 2019c).

Dentro del conjunto de etapas críticas de una política pública, esta tesis se concentra en dos de ellas: por un lado, en la fase de **diseño** (también llamada “formulación” en cierta literatura especializada,); por el otro, en la fase de **implementación**. Breves referencias sobre una y otra etapa.

Tamayo Saéz (1997) da cuenta de aspectos centrales de la fase de diseño (que él llama precisamente “formulación”): “Una vez que un gobierno conoce la existencia de un problema, lo define y rechaza la opción de no actuar sobre él, comienza el proceso de elaboración de la política

19

⁹ El Manual de UNICEF sobre Gestión Basada en Resultados, define la cadena de resultados como la “secuencia causal de una intervención para el desarrollo que estipula la secuencia precisa para la consecución de los resultados deseados —comenzando por los insumos para, a continuación, pasar a las actividades y productos y, por último, culminar en los resultados y el impacto—. Se basa en una teoría del cambio, que incluye los supuestos subyacentes”.

pública para intentar proporcionar soluciones”. Sostiene además que la formulación de la política incluye, el establecimiento de las metas y objetivos a alcanzar, la detección y generación de los posibles caminos -alternativas- para llegar a los objetivos, la valoración y comparación de los impactos de esas vías alternativas y, finalmente, la selección de una opción o combinación de ellas. Finalmente, advierte el mismo autor para esta fase que “la formulación es una tarea exclusiva de los actores públicos, la responsabilidad sobre la decisión final y el diseño de la política permanece en manos del gobierno” (Tamayo Sáez, 1997, p.292).

Respecto a la implementación, la misma resulta un momento de gran relevancia debido a que, durante ella, los objetivos (y sus respectivas metas, en caso se hayan precisado) se convierten, a través de determinadas acciones y procesos, en productos, resultados e impactos concretos. La experiencia recogida y sistematizada en las últimas décadas permite reconocer que la implementación tiene, entre muchas, dos características muy importantes: por un lado, se trata de un proceso sinuoso, de idas y vueltas, de avances, retrocesos y aprendizajes continuos. Por el otro, y contra lo que suele afirmar el sentido común, la implementación no sólo puede desviarse en sentido negativo de los objetivos previstos en el diseño, sino que otras veces es justamente en la implementación -sobre todo territorial- donde se mejoran aspectos ambiguos o fallidos del diseño (Repetto, 2021). Lo antedicho deja en claro la complejidad que atraviesa a esta etapa crítica de la política pública, donde coexisten sectores estatales con estructuras, intereses y culturas organizacionales que no siempre son afines e, incluso, pueden ser contradictorios.

Por otra parte, cabe llamar la atención sobre la cuestión de las **decisiones en materia de política pública**. Cierta enfoque lineal de “ciclo de políticas públicas” concentra en una fase específica la idea de que es allí cuando se decide. No obstante, miradas más amplias reconocen que en todas las etapas críticas que atraviesa una política pública (desde la priorización de un problema hasta evaluar sus posibles resultados e impactos) se toman decisiones. Qué actores toman dichas decisiones y en qué fase es una cuestión que requiere aproximaciones empíricas específicas, en tanto cada política pública tiene su propio entramado institucional y mapa de actores relevantes. Dicho lo anterior en torno a las decisiones, conviene acompañar a Curzio (2008) cuando diferencia entre dos niveles decisionales. El primero de éstos es aquel en el cual se toman las decisiones ejecutivas relacionadas con las metas de la organización (u organizaciones) responsable/s de la política pública, y son en general tomadas por las máximas instancias jerárquicas. El segundo nivel

es aquel donde se toman decisiones relacionadas con pasos intermedios que, conformando una cadena de acciones, van llevando a la práctica aquellas decisiones ejecutivas. Cuánto importa la evidencia en ambos niveles de decisión, en etapas tan fundamentales como el diseño y la implementación, será abordado en la siguiente sub-sección.

Resulta importante cerrar esta sub-sección, destacando un concepto que los últimos años ha adquirido especial relevancia: “wicked problems” o ***problemas de políticas públicas complejos o “retorcidos”*** dado que el embarazo en la adolescencia suele ser considerado como tal (Mosqueira et al; 2023).

Distintos autores han identificado una serie de atributos para definir estos problemas entre los que se encuentran los siguientes: i) “tienen complejas relaciones de causa y efecto, lo que vuelve difícil modelizarlos y anticiparlos”; ii) “presentan altos niveles de complejidad e incertidumbre, y el conocimiento sobre ellos es incompleto o incluso inconsistente”; iii) “combinan varios subconjuntos conectados de problemas superpuestos, que cruzan diferentes áreas de las políticas públicas y distintos niveles de gobierno”; iv) “involucran a una gran cantidad de actores interesados, generalmente con intereses contrapuestos”; los intentos de resolución suelen tener impactos en otras áreas de políticas y, por lo tanto, es difícil resolverlos “de una vez y para siempre” (Weber y Khademian, 2008, citados en Mosqueira et al, 2023, p.10)

1.2 Papel de la evidencia para informar decisiones de políticas públicas

Una tendencia de creciente relevancia desde principios del presente siglo, pero aún con retos importantes para concretarse de modo masivo en el campo de la gestión pública, refiere a la jerarquización de la evidencia como aspecto sustantivo para informar decisiones de políticas públicas, capaces precisamente de generar resultados. Llamaremos a esto, en línea con aportes recientes (OPS, 2022) ***Toma de Decisiones Informada por la Evidencia*** (en adelante, TDIE).

Aplicado al campo de la salud, la misma OPS indica: “La TDIE pone de manifiesto el hecho que las decisiones deben estar informadas por la mejor evidencia disponible procedente de la investigación, teniendo en cuenta factores como el contexto, la opinión pública, la eficacia, la seguridad, el impacto en la equidad, la viabilidad de la implementación, la asequibilidad, la sostenibilidad y la aceptabilidad de las partes interesadas. El enfoque informado por la evidencia para la toma de decisiones consiste, en esencia, en tomar las mejores decisiones para mejorar la salud, evitar daños y hacer un uso más eficaz de los escasos recursos, y además puede mejorar la transparencia y rendición de cuentas” (2022: IV). Sin duda se trata de una aproximación que excede por mucho al ámbito de las políticas de salud.

El debate sobre las nuevas corrientes para la utilización de la evidencia es necesario, entre otras razones, por la necesidad de mejorar el desempeño de los gobiernos en la conducción de los asuntos públicos (Flores-Crespo, 2013). En la misma línea se expresa Kantor (2019), al señalar: “El enfoque de la política basada en evidencia parte de la necesidad de tornar más eficaz al Estado en la resolución de problemas” (p.22).

Según la propia Kantor (2019), este enfoque propone un método que tiene como principal meta “informar” el proceso integral de formulación de políticas públicas, partiendo de la premisa de que políticas más racionales (en el sentido de estar basadas en evidencia) redundan en mejores resultados. El enfoque apunta menos a influir en el contenido o los objetivos sustantivos de la política pública que se pone en marcha, que a elaborar o acercar evidencia disponible para que las decisiones que se tomen en las distintas etapas del proceso de formulación y gestión de políticas se

basen en un análisis con base científica. Y agrega: “Aquí hay un punto importante. Al penetrar en todas las instancias del proceso (introducción del tema en la agenda, diagnóstico, diseño, implementación y evaluación), la evidencia no solo apunta a generar información sobre el resultado concreto de las políticas, sino que también está orientada a moldear el juicio de quienes toman decisiones” (Kantor, 2019: 23).

Resaltado lo anterior, respecto a la relevancia de la evidencia para el logro de políticas públicas orientadas a resultados, es importante un llamado a la prudencia. Esto es consistente con el planteo de Jaime y Vaca Avila, cuando señalan: “La vinculación entre evidencia y política pública no es rígida: debe adaptarse a la complejidad del proceso de políticas específico en cada caso” (Jaime y Vaca Avila, 2019, p. 74). En la práctica, es importante llamar la atención de que el análisis técnico, riguroso y científico, debe ampliarse a otras fuentes de conocimiento, por ejemplo, el conocimiento político y la experiencia práctica del campo profesional pertinente (Head, 2008).

En el marco de estas posiciones que son siempre relativas, a nivel internacional y de modo creciente se considera al uso de la evidencia científica como un factor clave en la planificación, formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas. En este contexto, la TDIE constituye un proceso sistemático destinado a promover la incorporación del conocimiento científico de manera sustantiva, como un insumo de alto valor para las mencionadas etapas críticas que atraviesa toda política pública, una vez definido el problema a ser atendido.

De lo que se trata, en esencia, es de **traducción de conocimientos**, desde el ámbito científico a la gestión técnico-política. No implica un proceso fácil ni automático, en tanto refiere a un clásico vínculo en tensión entre ciencia y política (que ya reconocía Weber un siglo atrás). Graham et al, 2006, citado en módulo 1 de PIE, OPS, 2021) definen, entre otros, tres conceptos clave para el logro de dicha traducción. A saber: Síntesis: Contextualización e integración de las investigaciones

individuales¹⁰ al cuerpo específico de conocimiento, puntualizando lo que se sabe o no sobre el problema; Diseminación: Identificación adecuada de vehículos de comunicación y audiencias para recibir resultados y síntesis; Intercambio: Interacción entre productores de conocimiento y usuarios con aprendizaje mutuo a través de una asociación activa dirigida a resolver un problema; y Aplicación ética: Coherencia con los principios éticos, los valores sociales y los marcos legales y regulatorios.

Ahora bien, reconocer la relevancia de tomar decisiones críticas en diversas fases de las políticas públicas informadas por la evidencia, no implica que se haga de modo habitual en todo tiempo y lugar. La OPS, en el Curso Virtual de Políticas Informadas por Evidencias-PIE), se preguntó oportunamente: ¿Por qué es tan difícil integrar la evidencia en la toma de decisiones? Y da una serie de respuestas a dicho interrogante. A saber:

- la evidencia compite con otros factores en el proceso de formulación y gestión de una política pública;
- la evidencia como un insumo o soporte crítico para el diseño y la implementación de una intervención estatal; la evidencia no resulta en general fácil de usar aun dando aquellos pasos de “traducción”, por parte de quienes tienen roles críticos en momentos decisionales de la política pública; la evidencia no encuentra canales institucionales (formales y/o informales) para ser utilizada por los decisores en momentos que se la requiere;
- co-existen visiones diferentes entre equipos técnicos y políticos acerca del valor, la pertinencia y la usabilidad de la evidencia;
- hay dispersión de evidencia y no existen mecanismos que permitan hacerlas “dialogar” conceptual, operativa y tecnológicamente; y
- la evidencia generada no resulta relevante, sea por falta de calidad o por producción desfasada de los tiempos técnico-políticos.

¹⁰ Como podrá observarse más adelante, en el concepto de síntesis no se debiese limitar a lo que aquí se llaman “investigaciones individuales”, sino que es posible extender la idea hacia otras fuentes de información, por ejemplo, las consolidadas en bases de datos estadísticos, registros administrativos, etc.

En este marco de tensiones e intereses, múltiples interpretaciones y lecturas respecto de evidencia, los sistemas de información y monitoreo tienen un papel preponderante. A ellos se dedica la siguiente sub-sección.

1.3 Sistemas de Información y Monitoreo (SIM)

Los avances en la gestión pública en América Latina en términos de institucionalizar SIM (y claro está, también en lo referido a la evaluación¹¹) se aceleraron con mayor fuerza a partir del siglo XXI, debido a la creación de unidades y componentes de estas funciones por parte de varios Estados de la Región, y por el creciente interés de las organizaciones de la sociedad civil, que promovieron su uso como estrategia para asegurar la transparencia y rendición de cuentas (Cunill-Grau y Ospina, 2008). Asimismo, en este período, dichos sistemas han encontrado en los Programas de Transferencias Condicionadas un hito descollante. Con notoria relevancia en el campo de las políticas sociales desde finales del siglo XX, este tipo de intervenciones se ha nutrido desde el vamos (con las experiencias pioneras de México y Brasil) de sólidas teorías de cambio y jerarquización de la evidencia en cuanto a informar sus decisiones críticas.

Sistemas de información social (esencial a la teoría de cambio)

Desarrollando recientemente su propia trayectoria, los *sistemas de información social*, constituyen hoy una herramienta central al servicio de las políticas públicas orientadas a resultados, en cuanto que, “a partir de ellos es posible generar información valiosa para la toma de decisiones

¹¹ El monitoreo y la evaluación son elementos de gran relevancia para las políticas y programas sociales, al plantear el seguimiento continuo de las acciones realizadas (monitoreo) y la revisión de los avances en el cumplimiento de objetivos (evaluación) desde las etapas de planeación y diseño hasta su implementación, brindando incluso la oportunidad de replantearse objetivos o de realizar rediseños o ajustes a su implementación. De acuerdo con Martínez (2015), monitoreo y evaluación son complementarios y no es posible obtener conclusiones adecuadas de una evaluación de impactos si esta no se analiza al tenor de los indicadores que surgen del monitoreo.

de todo el proceso de diseño e implementación de las prestaciones sociales” (Van Hemelryck, 2021, p.109).

Si bien existe una nomenclatura muy variada para referirse a estos sistemas: registros unificados de información social, gestión de la información, o sistemas integrados, por mencionar sólo algunos, a lo largo de este documento se utiliza la noción de SIM como la estructura unificada de datos que responde a las necesidades de información del complejo y amplio campo de las políticas sociales, en el cual se inscribe el Plan Enia.

Desde esta perspectiva, los sistemas de información no sólo integran información detallada y agregada de la población, sino también de las prestaciones sociales a las que éstas acceden. Como explican Berner y Van Hemelryck (2020), los sistemas de información social contienen diversos registros o subsistemas de información, como, por ejemplo, potenciales destinatarios y/o participantes en programas gubernamentales que permiten articular y agregar información socioeconómica de las personas en relación con la distribución de las políticas gubernamentales.

También pueden mantener registros georreferenciados (sistema SIG) y almacenar otras bases de datos que contienen información importante para el proceso de implementación y seguimiento, como por ejemplo bases de datos de origen administrativo, compuestas por información no necesariamente declarada por las personas, sino más bien generada en las diversas instituciones gubernamentales (Van Hemelryck, 2021).

Los primeros datos administrativos ingresados en estos sistemas suelen ser recursos demográficos (nacimiento, sexo, maternidad, mortalidad) o datos de los sistemas tributarios nacionales. También es común que se integre información de conjuntos de datos únicos como salud, pensiones, planes de jubilación, información bancaria, discapacidad y pueblos indígenas. En este contexto, es importante recordar que los sistemas de información social son un medio para poner a las personas en el centro y conectarlas con las instituciones responsables de gestionar e implementar las políticas sociales.

En efecto, ¿cuáles son los **principales componentes de los sistemas de información social**? La propia Van Hemelryck (2021) define cinco: i) Institucionalidad y gobernanza de los datos: o marco

regulatorio para el establecimiento de roles y responsabilidades de cada institución, la definición de presupuestos y del uso correcto de la información, así como también los estándares de calidad para la protección y seguridad de los datos, el procesamiento y la publicación de la información; ii) Gestión de la información: acceso y control sobre el uso de los datos, generación de reportes para diferentes públicos, análisis e intercambio de datos y definición de protocolos y estándares para el uso de información; iii) Operacionalización: coordinación técnica de los flujos de información e integración del "back office" y "front office"; iv) Infraestructura TIC: aprovechamiento de las TIC para construir una infraestructura adecuada que combine software, hardware, redes y servicios de datos de manera eficiente y bien definida; y v) Software: gestión de la transformación, conectividad de datos y desarrollo de aplicativos que den soporte (p.4).

Queda claro, observando los cinco componentes mencionados y su necesaria articulación, aquello que plantean Cecchini, Madariaga (2011) y Berner (2019) que "los sistemas de información social son arquitecturas complejas que poseen varias virtudes, pero también se encuentran asociados a varios desafíos y riesgos propios de la complejidad y multiplicidad de actores involucrados" (p.5) con sus respectivos intereses, mandatos legales e institucionales, entre otros aspectos. La literatura especializada suele centrar su análisis de este tipo de sistemas en torno a cuatro preguntas fundamentales: ¿Qué información?; ¿Cómo se genera?; ¿Para quién se registra?; y ¿Para qué se usa? Las respuestas a cada una de ellas presentan desafíos importantes, sea en términos de la calidad y actualización de datos, sea en términos de potenciales errores de inclusión/exclusión, sea en términos de interoperabilidad, seguridad informática y gobernanza.

Más allá de estos desafíos, cabe destacar, entre varias, una de las virtudes esenciales de estos sistemas: "tienen la potencialidad de extenderse a los programas públicos y, por lo tanto, proporcionar información detallada sobre la población atendida y los programas públicos a ella destinados, mediante la integración en un solo lugar de bases de datos mantenidas por los diversos sectores e instituciones públicas" (Cecchini y Martinez, 2011; Cecchini y Madariaga, 2011; Berner, 2019; p.5). En tal sentido, los mismos autores destacan otras **ventajas de los sistemas de información social**, a saber:

- Eficiencia del sistema para el gobierno y los ciudadanos: al reducirse tiempos y costos en el relevamiento y procesamiento de la información, dado que los distintos programas o sectores

comparten la información recabada; lo cual además permite que “los distintos sectores se coordinen y se genere un conocimiento común y conocido” (p.7).

- Mayor transparencia y rendición de cuentas: dado que las personas pueden acceder a sus datos y, a la vez, el resultado del uso de esa información (elegibilidad potencial a prestaciones sociales), lo cual reduce riesgos “de alteración o manipulación de la información, ya que la información del propietario de los datos es conocida por él” (p.7).
- Visión integral y retroalimentación: al dar la posibilidad de tener una mirada completa y exhaustiva de cierto ámbito de gestión pública, facilitando el monitoreo y evaluación, generando mejoras durante la propia implementación de las intervenciones, posibilitando a la vez una gestión y planificación más informada.
- Equidad e inclusividad: en materia social, mejorar la posibilidad de lograr políticas más inclusivas, al disponer de mayor cantidad y mejor calidad de información sobre los grupos poblacionales que requieren apoyo del estado de manera más urgente. Asimismo, de consolidarse los sistemas de información es posible que permitan disminuir los errores de inclusión y de exclusión, mejorando por ende la capacidad de respuesta estatal, sea en la gestión cotidiana o, incluso, ante desastres sanitarios o naturales, o crisis económicas profundas.
- Calidad, disponibilidad y temporalidad de la información: quienes toman las decisiones acceden con cierta periodicidad y de manera inmediata a través de diferentes soportes, por ejemplo, tableros on line. Asimismo, se reducen de manera notable los errores habituales en los datos como las duplicidades, siendo posible complementar y validar la información, involucrando eventualmente la participación ciudadana y/o el cruce con distintas bases de datos administrativas.

En síntesis, Berner y Van Hemelryck (2020) dejan algunas sugerencias que resumen varios mecanismos, acciones y elementos que son importantes a tener en cuenta al observar la reciente e inacabada construcción de los sistemas de información en América Latina. Para crear sistemas de información social que sean eficientes, efectivos y adaptables a las necesidades de las políticas sociales, se deben considerar aspectos políticos y operativos específicos de cada país. Resaltan que “en particular, se plantean desafíos asociados al acceso y desarrollo de las TIC, a la capacidad técnica de los equipos responsables de administrar y operar el sistema (incluye administradores, desarrolladores de software, analistas y programadores, por mencionar algunos) y las condiciones institucionales que permitan ajustar políticas, procesos, presupuesto e incorporar una gobernanza de datos para definir la coordinación y responsabilidad de los actores involucrados” (p.22).

Monitoreo (fundamental en la cadena de resultados)

Bertranou (2019) enmarca con suma claridad por qué es necesario el *monitoreo de las políticas públicas*. Vale citarlo en extenso: “lo que frecuentemente desvela a quienes toman decisiones e implementan acciones públicas es saber si lo que hacen a través de las políticas tiene el efecto esperado sobre el problema que motivó su intervención. Y esta inquietud lleva de manera directa a la consideración sobre la perfectibilidad de cualquier iniciativa o emprendimiento humano” (p.153).

Si bien en la actualidad un número creciente de Estados latinoamericanos reconocen la función de seguimiento y evaluación como parte importante de su institucionalidad de gestión pública, principalmente a través de la promulgación de leyes, decretos u otros instrumentos administrativos que establezcan su obligación, el desarrollo en aspectos vinculados a la planificación y metodologías utilizadas es notablemente menor, ya que pocos países han desarrollado reglas y procedimientos coherentes para llevar a cabo estas funciones (Pignata, 2015).

Esto es consistente con la mirada de Feinstein y Moreno (2015), cuando señalan que estudios recientes evalúan el desarrollo de las estructuras y procesos destinados al monitoreo y la evaluación en relación a la existencia de instituciones con funciones afines para llevar a cabo estas acciones, y muestran que casi todos los países de la Región logran una muy baja puntuación debido a los alcances limitados, la escasa articulación entre programas y proyectos, usos limitados de la información producida, y por la calidad de los sistemas de información estadística y sus marcos legales/institucionales.

Transitando de la institucionalización a lo conceptual, y ligando de modo directo el sistema de información al monitoreo (dejando aquí de lado lo referido a la evaluación), es apropiado acompañar a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, (2010) cuando define al Monitoreo del siguiente modo: “función continua que utiliza una recopilación sistemática de datos sobre indicadores especificados para proporcionar a los administradores y a las partes

interesadas principales de una intervención para el desarrollo, indicaciones sobre el avance y el logro de los objetivos así como de la utilización de los fondos asignados” (p.1)¹².

Con foco en el monitoreo de programas y proyectos, INAP (2023) lo valoriza como una herramienta de gestión permanente, cuyo objetivo es brindar información periódica respecto a en qué medida las actividades realizadas y los resultados obtenidos se corresponden con lo planificado, con el fin de detectar oportunamente eventuales deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste. Es un insumo para la toma de decisiones basadas en evidencia de vital importancia para los gestores públicos.

Usualmente la información que se recolecta es cuantitativa, de tipo numérica. Algunos ejemplos pueden ser la secuencia de procesos y actividades que se llevan a cabo en esta política pública. También el avance de esta en relación con objetivos y metas planteadas, sean presupuestarias o físicas, incluyendo la cantidad y características de las familias, personas y/o organizaciones beneficiarias de la política pública.

Las **preguntas que guían el monitoreo** deben estar siempre orientadas a extraer información valiosa para los tomadores de decisiones. Algunas preguntas a las que normal o usualmente responde el monitoreo de políticas públicas son: ¿Se está ejecutando el presupuesto de acuerdo con lo planificado; ¿Se están cumpliendo los plazos establecidos para la realización de actividades planificadas?; ¿Se han logrado las metas establecidas en relación con los indicadores de producto y proceso? ¿Cómo fue el desempeño histórico de la intervención?

El monitoreo es de gran utilidad para la toma de decisiones basada en evidencia, por su carácter empírico y en tiempo real. A modo de ejemplo contra fáctico, si no se realizara un proceso de

30

¹² Cabe atender a la observación conceptual referida a la relación y distinción entre monitoreo y seguimiento. En esta tesis se engloban estas dos funciones (medición continua y sistematización descriptiva de la evolución) bajo el concepto de monitoreo, “pero también es posible evidenciar ambas funciones por separado (...), para poner especial atención al control del avance sobre las metas. El monitoreo continuo permite el escrutinio permanente de los indicadores, habilitando mecanismos de alerta temprana; en tanto que la función de seguimiento añade valor analítico a partir de la sistematización descriptiva” (Gabinete Social del Paraguay, 2021: 8).

seguimiento se podrían estar tomando decisiones de un programa en base a conjeturas de lo que está sucediendo, y no en base a datos reales (sin desconocer la complejidad del concepto “datos reales”). En suma, resulta necesario remarcar que los procesos de monitoreo colaboran con la aplicación de la política pública, fomentando la eficiencia y la eficacia de esta.

No obstante, el buen diseño y planificación de una política pública, no asegura por sí mismos que se efectivicen los resultados esperados, si no que deben monitorearse los avances durante el proceso de implementación de la política. De la misma manera, el monitoreo, por muy bueno que sea, no corregirá por sí mismo el diseño o implementación de una política. Su aporte sustantivo será generar la información que pueda dar cuenta de que se está avanzando conforme a lo previsto o, por el contrario, que se están necesitando cambios o mejoras para avanzar en línea con los objetivos. En términos de Davies (1999) “el monitoreo es una herramienta fundamental para medir en qué medida se alcanzaron los objetivos y las metas establecidos en la planificación a través del seguimiento de indicadores de resultado y/o procesos” (Davies, 1999, citado en Aquilino, Potenza y Rubio, 2018).

Dentro de este orden de ideas, el monitoreo funciona mediante una serie de actividades que observan sistemáticamente la implementación de una política en relación con lo previsto en la etapa de diseño, dándole seguimiento a indicadores diseñados previamente. En su propio ciclo, el monitoreo va aportando información continua sobre el nivel de progresos en relación con los resultados esperados, a partir de una serie de instrumentos de registro de información y de la producción de informes periódicos. Como sostiene UNFPA (2004), el monitoreo tiene la capacidad de analizar la evolución de los procesos programáticos y los cambios operados en diferentes planos de la implementación de una política: i) las condiciones de las instituciones; ii) las personas responsables de la implementación; y iii) la situación de la población objetivo. Al mismo tiempo, un monitoreo acorde y eficiente, permitirá además identificar fortalezas y debilidades de una política, potenciando aprendizajes y facilitando la mejora o perfeccionamiento en el proceso de toma de decisiones (UNFPA, 2004).

En este sentido y a partir de su aporte a los aprendizajes en materia de políticas, el monitoreo puede constituirse, en tanto sea sólido en la producción de evidencia pertinente y de calidad, en

una herramienta clave para incorporar cambios o ajustes oportunos durante la misma implementación, en clave de re-diseño de lo previsto en el origen de determinada política pública.

Por otra parte, cabe profundizar sobre los diferentes **tipos de sistemas de monitoreo**, para los que la literatura especializada clasifica según dos dimensiones de análisis: por un lado, i) en función de los objetivos a los que apunta un determinado sistema de monitoreo, respondiendo esencialmente a la pregunta ¿para qué se monitorea? y por el otro, ii) según el enfoque que presenta el sistema, es decir ¿qué se monitorea? (UNICEF, 2022). En relación con la primera opción, los objetivos del monitoreo pueden apuntar a la formulación y mejora de la gestión de las políticas, de la rendición de cuentas (al Poder Ejecutivo o Legislativo, a los ministerios o a la ciudadanía), la asignación y ejecución presupuestaria; y la planificación gubernamental (Mackay, 2006, citado en UNICEF, 2022). Podrán distinguirse así, sistemas “orientados al presupuesto” o sistemas “orientados a la planificación”. Autores como Cunil Grau y Ospina (2003) afirman que aunque ambas orientaciones buscan incrementar la efectividad de la gestión pública y fortalecer la rendición de cuentas, lo hacen de diferentes maneras (Cunill Grau y Ospina 2003, citado en UNICEF, 2022).

En relación con el **enfoque que adoptan los sistemas de monitoreo**, también se abren dos tipos diferentes. Por una parte, el sub-tipo de sistemas “basados en la implementación”, los cuales centran su atención en los procesos implicados en la ejecución de un plan, programa o proyecto, atendiendo cómo se implementa, si se movilizaron o no los recursos necesarios, completaron las actividades acordadas, si se entregaron los bienes y servicios comprometidos (Kusek y Rist, 2004, citado en UNICEF, 2022). En cambio, el otro subtipo, referido a sistemas “basados en los resultados”, por su parte, refiere a sistemas con énfasis en los efectos (resultados e impactos esperados). Debe señalarse además que estos modelos no son excluyentes; generalmente, cuando se analiza en detalle un sistema de monitoreo determinado, se observa que coexisten rasgos de un tipo y de otro. La cuestión está en entender el predominio de uno y otro en función de aquello que miden y el uso que tienen destinado.

Con respecto a la puesta en marcha de un proceso de monitoreo el propio Documento Técnico sobre SIM del Plan Enia (2019) puntea un conjunto de consideraciones a tener en cuenta, entre éstas:

- El análisis de la teoría de cambio y cadena de resultados, dado ambas develan las hipótesis causales sobre las que se diseñó la política y por ende se definieron los procesos, actividades y los resultados e impactos esperados;
- La identificación de usuarios o destinatarios de la evidencia que va a producir el SIM a fin de tener en cuenta las prioridades diferenciadas en materia de información según los distintos perfiles y considerar la modalidad más adecuada de reporte o entrega de la evidencia.
- La elaboración de un set o matriz de indicadores fundamentales que darán seguimiento y de sus fichas técnicas para cada indicador (metadata);
- La definición de los registros e instrumentos y de los circuitos para recabar la información de manera sistemática y rigurosa;
- Las capacitaciones e incentivos que promuevan registros de calidad a la vez que el uso de la información generada.
- La implementación de una estrategia de control de calidad del propio sistema de monitoreo que permita ajustar continuamente el proceso (Plan Enia, 2019c, p.9).

De acuerdo con estas consideraciones, en Gualdoni y Finzi (2023) se propone una **hoja de ruta para el diseño e implementación de sistemas de monitoreo**, que apuntan a un desarrollo progresivo e incremental de registros, fuentes de datos, actores involucrados y a la consolidación de su capacidad de análisis tanto en cobertura como en calidad de productos, procesos y resultados. Esta secuencia, destinada a traducir conocimiento en línea con lo antes planteado, sería la siguiente:

i) Definición del enfoque estratégico del monitoreo: en primer lugar, se requiere contar con un planteo programático de marco lógico que defina la teoría de cambio o cadena de resultados de la política pública a la cual dar seguimiento. Se trata de un ejercicio metodológico preliminar al diseño de indicadores, que permite establecer la línea de base o punto de partida desde el cual se medirán los avances y logros, así como programar las metas (de producto, resultado e impacto) a las que se pretende alcanzar en un período de gestión determinada.

Es recomendable involucrar en esta instancia a decisores técnico-políticos. Asimismo, en este momento inicial también resulta clave hacerse la pregunta sobre cuál es el nivel de información adecuada sin que esta resulte excesiva e irrelevante. Un riesgo que hay que evitar es que se recaben grandes volúmenes de información que luego no sea procesada y volcada en reportes para

su uso y análisis. Por último, en esta instancia, es deseable identificar los diversos destinatarios/usuarios de la información de monitoreo, considerar sus necesidades, prioridades e intereses.

ii) Sistematizar información disponible: un segundo paso es el diseño de una base de datos que funcione como sistema de información de la política pública en cuestión, avanzando en simultáneo sobre todas sus fases y componentes. Para el diseño de esta base unificada, deben definirse los campos y variables de información que se utilizarán, el formato de carga y cuál será la plataforma donde se aloje. Es recomendable además que, en esta instancia, se desarrolle una línea de base con la información disponible en fuentes de información oficiales que permitan, luego de un periodo de implementación, medir el impacto de las acciones de las intervenciones.

iii) Definición de indicadores básicos: una tercera fase consiste en la elaboración de una matriz de indicadores básicos. Esta secuencia es clave, dado que aquí se formulan y seleccionan los indicadores que permitirán realizar el seguimiento global de la política pública. Es deseable iniciar su implementación con una matriz básica que combine indicadores cuali-cuantitativos y de diferente tipo: procesos, resultados e impacto. Con el tiempo podrán probarse dichos indicadores, realizar los ajustes que sean necesarios e incorporar progresivamente nuevos indicadores que permitan completar y profundizar el análisis de los aspectos críticos de la intervención monitoreada.

iv) Procesamiento de la información: una vez diseñado y ya puesto en marcha el monitoreo, se da lugar a una etapa de revisión y validación de la consistencia de los instrumentos de registro y bases de datos, para finalmente hacer las primeras pruebas de medición de los indicadores.

v) Diseño de reportes y visualización de la información de monitoreo: finalmente, dado que el objetivo principal del monitoreo no es brindar información por sí misma, sino para analizar la implementación de la política pública y tomar decisiones de mejora (y eventuales re-diseños puntuales) en base a evidencia, se recomienda trabajar los primeros resultados del monitoreo en reuniones periódicas en las que participen autoridades y equipos técnicos; a fin de otorgar al monitoreo un lugar estratégico en la implementación de los procesos técnico-operativos y político-institucionales de la política pública. Es deseable que sea éste el marco donde se definan los

reportes que mejor organizan y sintetizan la información relevante para aprender sobre los resultados alcanzados, detectar nudos críticos, brindar las explicaciones o factores que hicieron que los resultados sean o no los esperados y, llegado el caso, realizar los ajustes necesarios a los cursos de acción implementados hasta el momento de generar dicha evidencia.

En relación con este tema, importa señalar lo que describe el propio SIM del Plan Enia, en su Documento Técnico (2019), en el que se sostiene que la **divulgación de la evidencia** producida debe satisfacer las necesidades de los diferentes usuarios. Por ello, los reportes y comunicaciones de seguimiento deberán expresar el devenir y evolución de la ejecución de la política y medir el desempeño en relación con las metas comprometidas. La recopilación y triangulación del análisis de información a partir de diferentes sistemas y métodos de recolección de datos constituye un aporte fundamental a la gestión basada en resultados (Plan Enia, 2019c, p.12)

En cuanto a la frecuencia para la presentación de resultados de monitoreo, esto dependerá de la información que se comunique y el tipo de indicadores que predomine. Cuando se trate de insumos, procesos y productos, la periodicidad será necesariamente mayor que cuando se busque informar sobre resultados e impactos de las intervenciones.

De allí que, para dar acceso a la evidencia producida, una de las soluciones más utilizadas sean los tableros de gestión: herramientas consideradas muy eficaces ya que facilitan la visualización en forma estandarizada de los avances y logros, así como también de las prioridades y metas establecidas. Entre las prestaciones que otorga consolidar la evidencia en tableros de gestión, se encuentran: i) facilita la selección de información pertinente para la toma de decisiones en política pública; ii) permite generar alertas tempranas e identificar obstáculos en la gestión; iii) contribuye con los compromisos de transparencia y la rendición de cuentas; iv) favorece la evaluación de desempeño (Plan Enia, 2020c, p.13).

Cabe considerar por otra parte, un aspecto adicional que incluso sigue temporalmente a la visualización de la información, relacionado con el uso de la evidencia generada por el sistema de monitoreo: el uso de dicha evidencia. Al respecto, conviene seguir a Orozco (2021) cuando señala que, a partir de los reportes elaborados como producto de la transformación de datos, se dispone de los elementos que contribuyen al seguimiento y verificación del cumplimiento de los objetivos

de la política pública. Así, se logra valorar si dicha intervención da solución a la problemática por la que fue creada, facilitando la toma de decisiones sobre su futuro. En este punto, subraya la autora, se torna relevante la definición de un mecanismo para dar uso a los resultados del monitoreo (y también de la evaluación), que permita consolidar su utilización al facilitar el acceso de esta al conjunto de actores que conforman el arreglo institucional propio de la política pública que está siendo monitoreada.

Dicho lo anterior, cabe mencionar que el alcance y uso de los resultados también demuestra retos importantes, puesto que no suelen existir en América Latina mecanismos concretos mediante los cuales los hallazgos se conviertan en insumos para el proceso de políticas públicas (Perez-Yarahuan y Maldonado Trujillo, 2015). Dichos autores reconocen que el uso de la evidencia no es un concepto unívoco, no obstante, lo cual -con base en un estudio comparativo de América Latina- extraen tres tipos posibles: instrumental; conceptual; y simbólico. Si bien lo abordan con base en las evaluaciones, también resulta pertinente para explorar el uso de la evidencia que genera el monitoreo. Afirman: “Dentro del tipo de uso instrumental se documentaron procesos en los cuales la evaluación se toma en cuenta para emprender acciones específicas” (...) “Por uso conceptual nos referimos aquí a un proceso de entendimiento individual, grupal o colectivo que puede generar un aumento en el conocimiento de temas particulares y así fomentar elementos para el debate acerca de la naturaleza y los resultados de la acción pública, con incidencia en la conducción de la política y los programas (...) “El uso simbólico se entiende como la utilización que, si bien no genera cambios específicos en programas o políticas, o aprendizaje y conocimiento entre actores relevantes, está asociada a los esfuerzos por lograr la permanencia de políticas o programas, o a la continuidad o legitimidad política y administrativa de los gobiernos en turno” (2015: 402).

Para finalizar esta “hoja de ruta teórica”, se dejan planteadas dos líneas argumentales que serán retomadas en el capítulo cuarto como marco de análisis de las conclusiones. En primer lugar, tener en cuenta que, para lograr el doble propósito de los sistemas de monitoreo, de generar información de calidad y alentar a que sea utilizada por los diferentes actores responsables de la implementación, resultará fundamental atender al desarrollo de ciertas **condiciones políticas, institucionales, técnicas y de recursos** que permitan apoyar la institucionalización del monitoreo y la evaluación dentro de la administración pública (Repetto y Rubio, 2021).

Y por el otro lado, la noción de ***intensidad de la intersectorialidad***, “asumiendo que ella compromete la capacidad de una política social de enfrentar integralmente un asunto social” (Cunill-Grau, et al, 2013, p2). Estos autores manejan como hipótesis que el logro de mayores niveles de intensidad de las políticas dependerá de cuanta más “inclusividad en el ciclo de políticas” (planificación, formulación del presupuesto y seguimiento y evaluación integrados) se obtenga y mayor “mancomunidad” (normalización de procesos, existencia de recursos compartidos y sistemas de información unificados) se logre efectivamente entre los sectores y niveles gubernamentales involucrados en la política social (p.3).

Capítulo 2: SIM para el seguimiento del embarazo en la adolescencia en la región Latinoamericana

2.1 El problema del embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia¹³ es un problema persistente en la región, incluso cuando la fecundidad femenina tiene una tendencia a la baja en todo el mundo. Las tasas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo, superadas sólo por los países del África subsahariana.

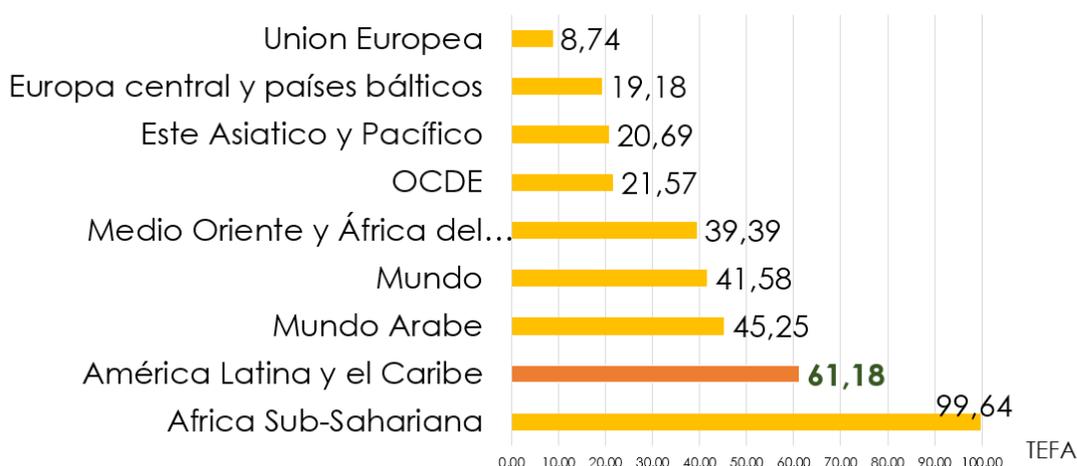
Para contextualizar el fenómeno, como se observa en el gráfico a continuación, la tasa global de embarazo adolescente se estima en 41,5 nacimientos por cada 1.000 niñas y adolescentes, mientras que en América Latina y el Caribe es de 61,18 en Europa Central y los países bálticos es de 19,1 y en los países que conforman la Unión Europea 8,7 (UNFPA, 2021).

38

¹³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo en la adolescencia como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, entre los 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2018). La utilización del término “adolescente” en este contexto hace referencia a personas de 10 a 19 años, cuando en realidad, según el marco normativo en Argentina, ese rango etario abarca tres etapas de la vida: niñez (hasta los 12 años), adolescencia (de 13 a 17 años) y juventud (a partir de los 18 años). Si bien a efectos de inteligibilidad se usará este término, no deben perderse de vista las implicancias legales de estas definiciones para la temática aquí abordada. Un embarazo de una persona de menos de 13 años es un embarazo infantil, forzado, por definición consecuencia de un abuso. Una madre de menos de 13 años no es una madre adolescente, si no una niña-madre. De la misma manera, en situaciones de embarazos en personas adolescentes menores de 16 años, es deber de los órganos de protección discernir que no se esté cometiendo un abuso sexual (SENAF, 2022). Asimismo, aquello que se considera adolescencia ha cambiado a lo largo de la historia. En la actualidad se la suele caracterizar como un proceso de transición de la infancia a la edad adulta, cuya significación adquiere variaciones según los contextos socioculturales. En este sentido, puede decirse que existen múltiples adolescencias, con sus diferencias y desigualdades en cuanto a clase, etnia y género (Martínez et al, 2016)

38

Cuadro Nro. 1: Tasa específica de Fecundidad en adolescentes según grandes regiones. Año 2019.



Fuente: F. Tobar, UNFPA. SWOT (2021)

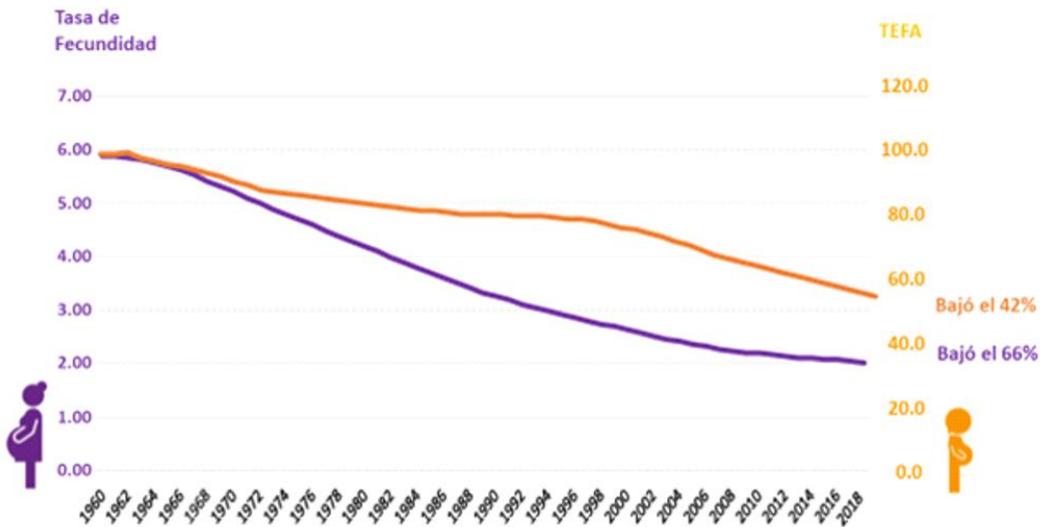
Para el análisis del embarazo en la adolescencia y seguimiento de su evolución se utilizan fundamentalmente dos indicadores. El primero es la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA); y el segundo es el porcentaje de nacidos vivos de madre adolescente sobre el total de nacidos vivos (Tobar y Romio, 2022)¹⁴.

Respecto al primero, vale la pena prestar atención al cuadro no. 2, que muestra a nivel Regional el ritmo y la magnitud en el descenso del embarazo en la adolescencia en las etapas temprana (10-14) y tardía (15 -19 años) en relación con la tasa de fecundidad global.

¹⁴ Ambos indicadores se desagregan en dos grupos etarios, embarazo en la adolescencia temprana y tardía. El embarazo en la adolescencia temprana ocurre entre los 10 y 14 años, mientras que el embarazo en la adolescencia tardía se produce cuando una adolescente queda embarazada entre los 15 y 19 años. Según la etapa, se presentan diferentes determinantes y desafíos en términos de desarrollo físico, emocional y social. La etapa temprana se asocia a las pautas culturales de la comunidad de origen, la violencia sexual y el mayor riesgo debido al desarrollo físico y emocional de las niñas y adolescentes, así como a medidas de acceso a la justicia, reparación y protección social. La etapa tardía suele estar influenciada por factores socioeconómicos, educativos y culturales, y pueden tener diferentes implicaciones para la vida de las y los adolescentes y su capacidad para completar la educación y acceder al mercado de trabajo.

Cuadro Nro. 2: Anomalía demográfica: diferencia entre Tasa de fecundidad global y tasa específica de fecundidad en adolescentes en América latina y el Caribe. Período 1960-2018.

ALC. Evolución de las TEFA y de la Tasa de Fecundidad. 1960 a 2018.



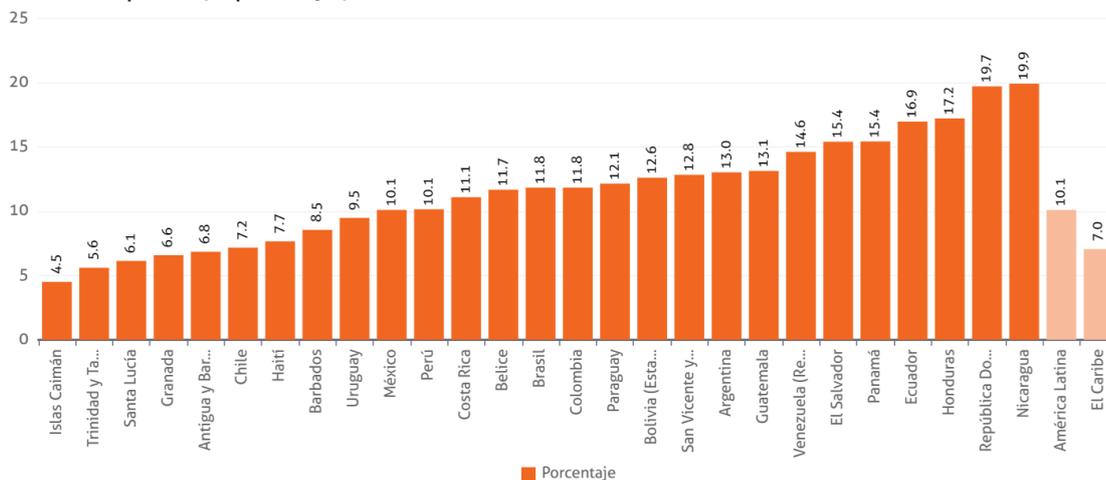
Fuente: F. Tobar, UNFPA. SWOT (2021)

En cuanto al segundo indicador, cabe destacar que los países de América Latina y el Caribe tienen en general un alto porcentaje de maternidad en la adolescencia, superando el 12%, con importantes inequidades (polarización) entre países y también al interior de ellos. En efecto, este indicador tiende a ser más significativo en el grupo de jóvenes con menores ingresos y niveles de educación (Cepal, 2023).

Cuadro Nro. 3: Maternidad en adolescentes (15 a 19 años) en %. América Latina, el Caribe y Península Ibérica (27 países). Año 2020.

Maternidad en adolescentes

América Latina, el Caribe y Península Ibérica (27 países): Mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres, último año disponible (En porcentajes)



Fuente: Cepalstat, Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas, 2023

Con base en datos de Cepalstat del último año con información disponible (2020), Nicaragua es el país de la región con mayor proporción de madres adolescentes. En este país, casi una de cada cinco mujeres jóvenes de 15 a 19 años reportó haber tenido al menos un hijo vivo al momento del censo, situación similar a la de República Dominicana. En Honduras, Ecuador, Panamá y El Salvador la proporción de madres adolescentes supera el 15%. Sin embargo, en Trinidad y Tobago, Uruguay, Barbados, Haití, Chile, Antigua y Barbuda, Granada, Santa Lucía y las Islas Caimán, la tasa de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres es inferior al 10%.

Como se puede observar en el cuadro 3, la mayoría de los países con las tasas más altas en América Latina y el Caribe se encuentran en América Central, liderado por Nicaragua, Honduras y Panamá. En el Caribe, la República Dominicana y Guyana tienen las tasas estimadas de fecundidad adolescente más altas, mientras que, para América del Sur, son Ecuador y Venezuela los casos nacionales con tasas más elevadas.

Determinantes del embarazo en la adolescencia

Cabe advertir de antemano que existe un amplio y variado cuerpo de investigaciones analíticas y descriptivas sobre el embarazo adolescente, con diferentes enfoques y objetivos. Al respecto y como se anticipó en el capítulo 1, Tobar (2015) clasifica la literatura disponible según dos criterios: Primero, en relación con los objetivos que guían el enfoque explicativo, distinguiéndola en tres tipos:

- **estudios de determinantes y condicionantes:** son aquellos que buscan identificar causalidad y/o condicionamiento, en los que se analiza la asociación entre la presencia de factores (ejemplos, edad promedio del inicio sexual, nivel educativo, nivel socioeconómico, etc.). En general, buscan aportar a la construcción de modelos explicativos del embarazo en la adolescencia;
- **estudios de consecuencias:** estiman el impacto o consecuencias del embarazo en la adolescencia sobre otras variables, por ejemplo, sobre la carga global de enfermedad, el desempeño educativo (deserción escolar y reducción del rendimiento académico), sobre el empleo y los ingresos individuales o incluso sobre el gasto público, la economía nacional y la competitividad del país. Como plantea el autor, la mayor utilidad de este tipo de análisis es su potencial para la incidencia y sensibilización (gobiernos y donantes) respecto a la conveniencia de invertir en intervenciones que aborden la mencionada problemática; y
- **evaluaciones de intervenciones:** son investigaciones aplicadas a la toma de decisiones en políticas públicas diseñadas e implementadas para prevenir el embarazo adolescente. Este tipo de investigación tiene como objetivo establecer la efectividad (eventualmente costo-efectividad) de las intervenciones implementadas.

En segundo término, el mismo autor distingue los estudios en función de los fundamentos teóricos en los que se respaldan. Plantea, al respecto, que pueden identificarse los siguientes abordajes:

- **abordajes demográficos:** basados principalmente en la teoría de la transición demográfica, explican la constante caída de la fecundidad total (desde los años 1970) como resultado del proceso modernización social y económica de las poblaciones.

- **abordajes microeconómicos:** que desde la teoría del rational choice, las personas contemplan costos y beneficios (monetarios y no monetarios) de tener hijos;
- **abordajes centrados en relaciones interpersonales y procesos de decisión:** buscan describir los componentes no cognitivos ni racionales de las conductas y decisiones con relación a la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Particularmente en adolescentes, estos enfoques consideran factores como el ejercicio del poder y las asimetrías de género para explicar conductas que, desde otro nivel pueden resultar irracionales. Por ejemplo, el embarazo provee a ciertas adolescentes una certeza sobre la cual organizar sus vidas. Se constituye en un punto de inflexión a partir del cual obtienen reconocimiento y apoyo solidario (fundamentalmente de sus madres y del entorno familiar femenino).
- **abordajes ecológicos:** en línea con el modelo explicativo presentado por Bloom y Mmari (2005), quienes distinguen entre factores de riesgo (que aumentan la probabilidad de embarazo adolescente) y factores protectores (que la reducen). Postulan un modelo explicativo que distingue seis niveles de determinación: 1) Macro/institucional; 2) comunidad; 3) pares; 4) ambiente escolar o laboral; 5) contexto familiar; y 6) individual. Entre los principales factores de riesgo a nivel macro/institucional se encuentran la recesión económica y el desempleo. A nivel comunitario, la violencia, corrupción, pobreza, falta de espacios de animación sociocultural y actitudes públicas negativas hacia las juventudes. A nivel educativo prevalece la deserción escolar, el abuso y la falta de oportunidades educativas. En los contextos familiares incide la violencia doméstica, familias monoparentales y la salud mental de sus integrantes. A nivel personal operan principalmente la desigualdad de género, la orfandad, el abuso de alcohol y drogas, los problemas con la ley y la no utilización de anticonceptivos son los principales factores (Tobar, 2015).

Como lo demuestra esta detallada síntesis de la literatura especializada, el problema del embarazo en la adolescencia es un problema complejo (también llamado “wicked problems”) que puede identificarse como causa o efecto de sus determinantes, y viceversa. Por ejemplo, la ocurrencia del embarazo adolescente puede atribuirse a la falta de oportunidades, es un fenómeno de padres y madres adolescentes también de la falta de oportunidades de su descendencia. Por tanto, las causas y consecuencias del embarazo adolescente están complejamente interrelacionadas y tienen distintos grados de intensidad e interdependencia (Gutiérrez, 2015).

De allí que el embarazo en la adolescencia está fuertemente asociado con la desigualdad y la exclusión social a nivel familiar y comunitario. La pobreza y la vulnerabilidad social son los factores de riesgo más consistentes para el embarazo temprano, tanto en países desarrollados como en países más pobres (Guzmán et al., 2001; Greene & Merrick, 2005; OMS, 2004; Pradhan et al., 2015, citado en Vargas, F. 2021). En consecuencia, la fecundidad adolescente puede verse como una expresión de desigualdad social, más probable y grave cuanto mayor es la pobreza y la vulnerabilidad social.

En esta línea, diversos autores plantean que las condiciones familiares y las escasas oportunidades disponibles en un contexto económico de pobreza conducen al embarazo temprano (Furstenberg, 1998; Geronimus & Korenman, 1992). En esta explicación, la combinación de pobreza y de baja movilidad social contribuye a la percepción de que el desarrollo económico no es posible, por lo tanto, elecciones sesgadas a la satisfacción en el corto plazo, en este caso la maternidad, termina siendo una opción (o no busca evitarse). Así, el embarazo en la adolescencia suele ser considerado un agravante de la condición de vulnerabilidad y pobreza, causa y consecuencia de menores logros educacionales y peores resultados en el mercado laboral, tanto en el corto como en el mediano plazo.

Como se señaló anteriormente, otros de los determinantes enfatizados en la literatura, son el nivel educativo y los antecedentes de fertilidad de la madre de la adolescente, aspectos que funcionan como factores de riesgo adicionales, siempre asociados a las condiciones socioeconómicas. La relación entre estas, tanto los ingresos como el entorno general de la familia, tiene una influencia significativa en la formación de expectativas sobre la trayectoria de la vida, la repetición del comportamiento reproductivo y el acceso a instituciones educativas de calidad. Nacer de una madre adolescente y/o de bajo nivel educativo es una medida de estatus socioeconómico bajo, y las adolescentes con estos antecedentes tienen mayor probabilidad de ser madres adolescentes que sus pares (Buvinic, 1998)

Asimismo, la fecundidad en las adolescentes tiende a ser mayor en las zonas rurales y entre las mujeres de menor nivel educativo. Se espera que habitar en zonas urbanas esté asociado a menores tasas de fertilidad adolescente, pues el costo de oportunidad de un embarazo aumenta en

un contexto de mayores disponibilidades de oportunidades empleo. Además, el acceso a recursos de planificación familiar tiende a ser mayor en las zonas urbanas. De igual forma, las jóvenes que permanecen en la escuela más tiempo tienen menor probabilidad de quedar embarazadas. Un mayor nivel educativo reduce la probabilidad de matrimonio infantil, eleva el costo de oportunidad de criar niños, provee a las mujeres de mayor motivación para participar en el mercado laboral, y cambia las preferencias de fertilidad de las mujeres; mayor nivel educativo también está asociado a mayor conocimiento de anticonceptivos y posposición de la primera relación sexual (Banco Mundial, 2012; Singh, 1998, citado en Vargas et al, 2021).

Aunque las diferencias varían sustancialmente de país a país, las tasas de fecundidad en la adolescencia siguen el patrón descrito, con marcadas brechas entre las categorías urbano y rural, y entre los niveles educativos alcanzados por las adolescentes. En esta línea, una serie de estudios comprobaron que son más proclives a quedar embarazadas aquellas adolescentes que enfrentan obstáculos que desalientan el logro académico y las aspiraciones en la vida (Binstock, 2017).

Otros determinantes próximos, como el de la fertilidad, corresponden a factores biológicos y conductuales de los adolescentes, como la exposición al riesgo del embarazo y la prevención de embarazos mediante anticonceptivos u abortos. La edad de la iniciación sexual determina la longitud de tiempo que se expone una adolescente al riesgo de embarazo. Asimismo, los avances en nutrición y salud colectiva de la región en las últimas décadas expresan una “tendencia secular a un adelantamiento, en promedio, de la menarquia, lo que implica un inicio de la exposición al riesgo de embarazo más temprano” (Rodríguez Vignoli, 2014, p12.).

Otro determinante crucial es el estado conyugal, pues hay una estrecha relación entre la unión conyugal y el inicio de la maternidad. Entre las adolescentes, las uniones pueden tener impactos especialmente significativos dada su etapa de desarrollo biosocial, porque la unión impone roles y responsabilidades adultas antes de que las jóvenes estén física, psicológica y emocionalmente preparadas, particularmente cuando la unión es producto de normas culturales tradicionales (UNFPA, 2012).

Finalmente, los anticonceptivos son un determinante próximo clave en la evolución de la fertilidad, al constituir el principal factor preventivo del embarazo. Generalmente en las encuestas de ssyr

arrojan como resultados que las jóvenes de 15-19 años reportan un nivel muy alto de conocimiento de métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, la adopción de anticonceptivos por parte de los adolescentes en la región es baja, promediando 50%, pero ha aumentado significativamente en años recientes, especialmente en Guatemala (171%), República Dominicana (71%) y Nicaragua (62%) (Vargas, 2021, p.11).

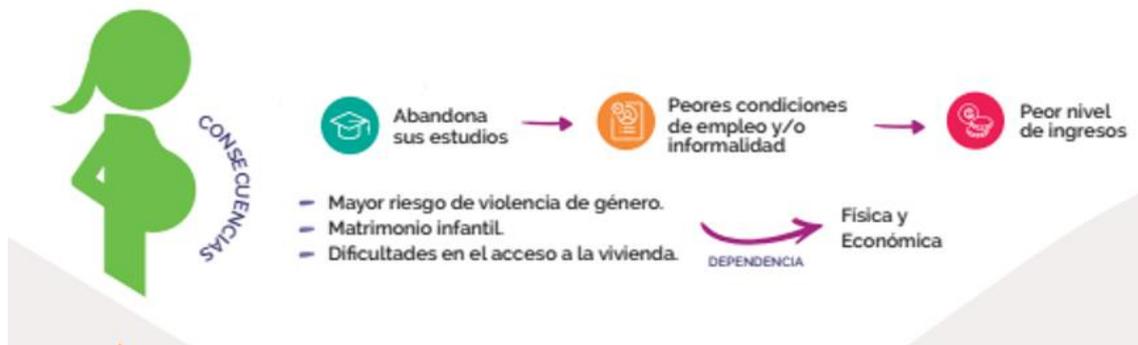
Cabe señalar que la adopción de anticonceptivos no garantiza su uso adecuado. Muchos factores socioeconómicos y culturales se pueden convertir en barreras para el uso eficaz de los anticonceptivos: la inexperiencia de los adolescentes, conocimientos errados sobre los métodos, el rol de los patrones de género tradicionales y expectativas culturales; y la escasez de oferta y cobertura de los métodos adecuados y sostenibles en el tiempo (Guzmán et al., 2001).

Consecuencias del embarazo en la adolescencia

En niñas y adolescentes, el embarazo tiene efectos inmediatos y duraderos en su salud, educación y desarrollo integral. No solo representa un peligro para su salud, sino que también implica la pérdida de oportunidades educativas, una barrera para desarrollar su potencial como agente social y productivo, y en efecto, un factor que reproduce la pobreza, la exclusión y la discriminación. Para graficar estas consecuencias, se presenta la infografía nro. 1, realizada por UNFPA/ LACRO que contempla tres niveles de análisis diferenciados, aunque en interrelación: individual, familiar y nacional.

Cuadro Nro. 4: Consecuencias del embarazo en la adolescencia

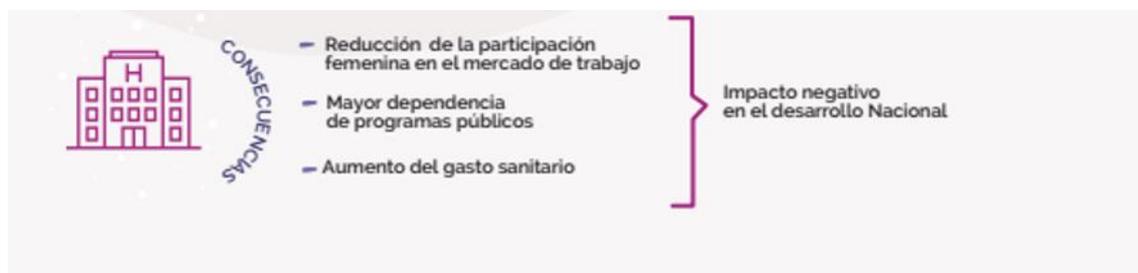
Nivel Individual:



Nivel familiar:



Nivel Nacional:



Fuente: UNFPA (2019) Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente.

A nivel individual, existe evidencia que ratifica el impacto negativo de la maternidad en la adolescencia sobre la educación, interrumpiendo los años escolares e incluso afectando los resultados académicos de sus hijos e hijas. También en la dimensión laboral, se cuenta con evidencia que alerta sobre los efectos negativos que tiene la maternidad temprana, tema que puede analizarse desde dos perspectivas: por un lado, la oferta laboral disponible y, por el otro las consecuencias asociadas. Las dificultades de acceso a un empleo para madres adolescentes, la calidad (formalidad) y estabilidad de esta inserción laboral; Por otro lado, la demanda real de mano de obra son las madres jóvenes, ya que, como muestra la evidencia sistemática, muchas de ellas no

participan en el mercado laboral formal, sino que asumen tareas de cuidado del hogar no remuneradas. En cuanto a los ingresos obtenidos, el estudio Milena 1.0 (seis países de la región) confirmó un impacto significativo de la maternidad temprana en los niveles de ingresos, influencia que se evidencia al compararla con los niveles de ingresos de las mujeres que más tarde fueron madres (adultas) y /o no tener hijos.

Cuando se trata de género y su relación con la violencia, existe amplia evidencia y datos concluyentes sobre la gravedad del problema. Una gran proporción de los embarazos de adolescentes son no planificados y existe una fuerte conexión entre esta naturaleza no intencional y el riesgo de violencia. Además, el mero hecho de convertirse en madre adolescente prolonga significativamente la situación subalterna de estas jóvenes en los distintos ámbitos de su vida, que se ven afectados por el bajo nivel educativo y la escasa (o nula) autonomía económica. Esto exacerba y refuerza los roles tradicionales de género y coloca a las madres adolescentes en una situación de total vulnerabilidad y dependencia. Todo esto ayuda a explicar, al menos en parte, la existencia de matrimonios precoces e infantiles, incluso en situaciones de violencia física y riesgos para la integridad (UNFPA, 2019).

En cuanto al segundo nivel, el impacto del embarazo en la adolescencia en las familias, hay pruebas que indican que las familias están expuestas a períodos de mayor inestabilidad, peores resultados escolares de hijas e hijos y una mayor probabilidad de convertirse en madres y padres adolescentes. La madre adolescente y su familia sufren los efectos de la reproducción de la pobreza entre generaciones, lo que perpetúa el ciclo de diversas vulnerabilidades.

Por último, a nivel macro, se han registrado una gran cantidad de evidencias en el plano de la sociedad y el Estado. Primero, la relación entre el embarazo adolescente y la disminución de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. En segundo lugar, sobre la relación entre el embarazo en la adolescencia y el aumento de los gastos en salud y programas sociales. Finalmente, en relación con la pérdida de ingresos del Estado, a través del impacto en la recaudación tributaria (por contribuciones o impuestos indirectos al consumo de bienes), debido a la baja participación de las mujeres que han sido madres tempranas en el mercado formal de empleo (UNFPA, 2017, p.11).

Atendiendo a aquel amplio, heterogéneo e interrelacionado conjunto de determinantes, y las múltiples causas del embarazo en la adolescencia, es menester dar un paso más en el planteo de esta tesis. Dicho paso implica explorar en principio una serie de lecciones aprendidas, sistematizadas por organismos especializados, sobre qué se requiere para abordar con probabilidades de éxito la problemática señalada; tras esto, y en tanto camino a capitalizar los mencionados aprendizajes, se presentan de modo general lo que en América Latina ha caracterizado la respuesta estatal en años recientes: las estrategias nacionales para enfrentar el embarazo adolescente.

2.2 Estrategias de abordaje del embarazo en la adolescencia

Lecciones aprendidas

La experiencia internacional, con foco en América Latina (y también aprendiendo de lo acontecido en el Caribe), permite identificar intervenciones para enfrentar el embarazo en la adolescencia que han demostrado ser efectivas. Cabe aquí priorizar dos aportes sustantivos, en tanto síntesis de lecciones aprendidas vía múltiples fuentes. En primer lugar, un documento elaborado en conjunto por un grupo de agencias de Naciones Unidas: OMS/OPS, UNFPA y UNICEF en el año 2017, el cual analiza y valida acciones prioritarias para acelerar la reducción del embarazo en adolescentes en la región Latinoamericana¹⁵. Se establecen siete acciones prioritarias, a saber:

49

¹⁵ Si bien el presente trabajo aborda únicamente estrategias del nivel nacional, no obstante, cabe destacar la importancia de iniciativas regionales y subnacionales como son la del cono sur, (Brasil, Argentina, Paraguay Uruguay y Chile) y del departamento de Pando en Bolivia. La estrategia regional estableció un marco estratégico 2015/2017 apuntando en dos direcciones: i) prevenir el embarazo adolescente y ii) prevenir los resultados adversos. Algunas de las acciones conjuntas vienen siendo promover la inclusión del tema en las agendas políticas, la realización de campañas para brindar visibilidad a los planes de cada país y la cooperación entre los países para compartir experiencias. Particularmente los Ministerios de Salud de Argentina y Uruguay comparten información, así como la realización de reuniones (mayo de 2015; abril de 2016; en el que además se lanzó el primer reporte regional; junio de 2017 lanzamiento del marco estratégico regional para la prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia; y finalmente, en diciembre de 2018 en coordinación con UNFPA Brasil e ITAIPU Binacional. Para mayor información: <https://argentina.unfpa.org/es/news/argentina-y-los-pa%C3%ADses-de-cono-sur-marcan-el-camino-en-la-regi%C3%B3n-y-aceleran-la-reducci%C3%B3n-del>

Por su parte, la estrategia intersectorial de Pando Bolivia, surgida a partir de valores críticos en el departamento, el cual triplicaba la prevalencia de adolescentes con relación al valor de La Paz. Se contribuir a la disminución del embarazo en adolescente y la

49

- Utilizar historias de vida, datos desglosados, e informes a fin de aumentar la visibilidad del embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y consecuencias, así como los grupos más afectados.
- Crear intervenciones enfocadas en los grupos más vulnerables para asegurarse abordajes específicos.
- Garantizar que los adolescentes participen y participen activamente en el diseño, ejecución y seguimiento de intervenciones estratégicas.
- Dejar de lado las intervenciones ineficaces y dedicar los recursos a implementar las intervenciones que han demostrado ser efectivas.
- Fomentar la cooperación entre sectores para abordar de manera efectiva los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes en América Latina y el Caribe.
- Cambiar de pequeños proyectos minoritarios a grandes programas sostenibles
- Crear un entorno que apoye la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva y los derechos de las adolescentes (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018, p.19)

Asimismo, un análisis más reciente, propuesto en el marco de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo, que tiene por objetivo dar seguimiento a los principales indicadores de desarrollo social y económico de la población de América Latina y Caribe, convocó enfáticamente a los países a implementar políticas de prevención del Embarazo Adolescente Basadas en Evidencias. En este foro, el Fondo de Población de las Naciones Unidas identificó nueve factores comunes que han influido en la disminución del Embarazo en la adolescencia, aprendizajes que debiesen ser capitalizados por los Estados al momento de dar respuesta a tal problemática:

- Abandonar intervenciones no efectivas.
- Invertir recursos en la implementación de intervenciones con eficacia comprobada.

reducción de la violencia sexual en niñas y niños mediante la implementación de estrategias tendientes a la articulación y coordinación de los actores estatales, sociales y de la empresa privada que están involucrados en su implementación. Se orientó a trabajar con: a) Las instituciones estatales con competencias en la problemática del embarazo y violencia sexual a niñas y adolescentes, b) las organizaciones sociales y de los Pueblos Indígena Originario Campesinos que representan a grandes segmentos de la población involucrada, c) la empresa privada considerando con prioridad a los medios de comunicación que tienen una amplia cobertura e influencia en la población, d) los padres y madres de familia que, en la mayoría de los casos toman decisiones sobre niñas, niños y adolescentes; e) las niñas, niños y adolescentes que participan activamente del Plan como sujetos de derecho. Para mayor información: <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN-PREVENCIÓN-DE-E-A-PANDO.pdf>

- Prevención y reducción del embarazo adolescente en la agenda pública con enfoque de derechos, al más alto nivel con intervenciones intersectoriales, trascendiendo cambios de gestión.
- Ampliación de la protección legal de las personas menores de edad.
- Foco en intervenciones basadas en evidencias con alcance territorial, ampliación de la oferta anticonceptiva, especialmente LARCs para adolescentes, educación integral de la sexualidad, dispositivos de acceso a la justicia, asesorías de salud integral en escuelas secundarias.
- Foco en prevención del embarazo en menores de 15 años.
- Presupuestos asignados.
- Participación de jóvenes en los procesos de planificación, ejecución y evaluación.
- Monitoreo y evaluación, con foco en medir la llegada de las intervenciones a nivel de los servicios y de las y los usuarios.

Si bien ambos aportes no agotan la literatura especializada centrada en tratar de interpretar qué es lo que debe hacerse para enfrentar la compleja cuestión del embarazo adolescente, sí son suficientemente representativos de lo que sí se sabe, en clave de evidencia, a efectos de informar la toma de decisiones de los Estados de la región. Y son precisamente las mencionadas estrategias nacionales las respuestas más usuales que los países latinoamericanos han venido ensayando en (sobre todo) la última década.

Estrategias nacionales de prevención del embarazo en la adolescencia.

El embarazo adolescente es un fenómeno que está ocupando espacio en las agendas políticas más recientes en la región de América Latina. Más allá de recientes esfuerzos por esbozar estrategias al menos de carácter subregional, lo que sobresalen son propiamente estrategias nacionales, lideradas por los Estados centrales. En la actualidad se registran este tipo de intervenciones en los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. En palabras de Tobar y Romo (2022), sus diseños, alcances, niveles de implementación y resultados son muy disímiles.

En una mirada de conjunto, las estrategias presentan particularidades al mismo tiempo que comparten objetivos e intervenciones. La promoción del acceso de las y los adolescentes a consejerías en salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, así como el fortalecimiento de la educación sexual integral (ESI) en las escuelas, se encuentra presente en todas, aunque con diferentes énfasis. Algunas cuentan con un mayor desarrollo de las intervenciones en el sector educativo y fortalecimiento de la ESI, tales las experiencias de Chile, México y Uruguay; en otros casos, se observa mayor experiencia y aprendizajes de las intervenciones sanitarias de acceso a métodos anticonceptivos o capacitaciones de profesionales de la salud, siendo casos representativos los de Colombia, Perú y Guatemala.

Si los mencionados son aspectos comunes más allá de las diversidades propias de cada caso nacional, otros aspectos no emergen como común denominador de las estrategias. Destacan, al respecto, cuestiones como la dispensa de anticonceptivos de emergencia, el fomento de la corresponsabilidad masculina (CEPAL, 2017), el acceso a la salud de la adolescente embarazada o las acciones tendientes a impulsar su reinserción escolar o laboral luego de tener un hijo. Son todos ellos, en lógica de “lista incompleta”, elementos menos explotados en las estrategias nacionales (UNFPA, 2020).

Un estudio reciente de CONEVAL (2022)¹⁶ alerta sobre el estado de situación en México, donde se han observado avances importantes en el acceso de adolescentes a servicios de salud, no obstante, los resultados develan que las y los adolescentes no manejan información sobre las posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos y tienen poco acercamiento a los servicios de salud sexual y reproductiva (p.54), destacando los siguientes hallazgos:

“Muy pocos de ellos, incluso de las jóvenes que han tenido un embarazo, conocen sobre los servicios Amigables para Adolescentes y el tipo de información y servicios que pueden obtener de

¹⁶ El mismo recupera información recopilada en campo a través de una encuesta a mujeres y varones entre 15 y 19 años y a mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años que tuvieron un embarazo durante la pandemia por la COVID-19.

ellos, lo cual es consistente con el limitado uso reportado por algunos de estos servicios” (CONEVAL, 2022, p.54).

“Una particularidad identificada es que las mujeres adolescentes acuden en mayor medida a los servicios de salud a solicitar consultas o métodos anticonceptivos, en tanto indicador importante que evidencia que hace falta mucho trabajo en la corresponsabilidad al momento del ejercicio de la sexualidad”. (CONEVAL, 2022, p.56).

Ratifica el papel de la escuela como “mejor medio de difusión sobre salud sexual y reproductiva, de ahí la importancia de la educación sexual en las aulas y la coordinación con los servicios de salud dirigidos a adolescentes para fomentar una mejor educación en estas temáticas ya desde el nivel primario, dado que la actividad sexual de las y los adolescentes, consensuada o no, podría empezar desde los primeros años de esta etapa de vida” (CONEVAL, 2022, p.54).

En la misma línea, una investigación de Matrich (2021)¹⁷ sobre políticas públicas destinadas al embarazo en la adolescencia en la región latinoamericana, analiza los diseños de las estrategias nacionales a partir de siete tópicos:

- **Eje en evidencias:** entre los 12 países estudiados apenas en cuatro fue posible destacar la mención a las evidencias de forma explícita, considerando estándares y recomendaciones de la literatura internacional. Tampoco se identificó operación en red de las iniciativas, ni se evidenció que existan vínculos entre las políticas en los diferentes países.
- **Intersectorialidad:** Se identificó intersectorialidad en seis de los países con políticas estudiadas, siendo diversas las modalidades de cooperación y coordinación.
- **Hipótesis de intervención:** las políticas relevadas focalizan sus estrategias de intervención más en la anticoncepción que en la promoción de Educación Integral en Sexualidad (EIS) dentro o fuera de la escuela. El estudio señala que es fundamental que la política de acceso

¹⁷ El estudio analiza 12 políticas nacionales centradas en prevenir el embarazo adolescente distinguiendo cuatro dimensiones: los aspectos relacionados a la intervención, los aspectos relacionados a los objetivos y metas de estas políticas, los aspectos relacionados con los agentes involucrados, y los aspectos vinculados al monitoreo y evaluación de las políticas.

a métodos anticonceptivos sea acompañada de otras acciones, como consejerías y fortalecimiento de la ESI, pero al respecto solo la mitad de los países analizados (apenas 6) complementan sus intervenciones de anticoncepción con ESI.

- **Operacionalización y Métrica de resultados:** el relevamiento verifica una ausencia de programación de metas de resultados y procesos para medir las intervenciones. La mayoría de las políticas no cuentan con metas claras y/o son extremadamente amplias, lo cual afecta la promoción de la transparencia de la administración pública.
- **Participación juvenil en la toma de decisiones:** el estudio revela que Brasil, Chile y Ecuador implementan estrategias de promoción de espacios de participación política juvenil en el sector de la salud. En Nicaragua, los círculos de adolescentes implementados derivan de un modelo de intervención comunitaria y participativa. En Guatemala los documentos muestran la participación juvenil como parte de los componentes del abordaje. Cabe destacar que los espacios participativos identificados se registran a nivel de los servicios, pero en ningún caso se verifica participación juvenil en el diseño e implementación de las políticas a través de mecanismos como consejos consultivos, asambleas y/o espacios de consulta.
- **Entrenamiento al personal:** otra característica de las políticas es la baja incorporación de capacitación al personal tanto del sector de la salud como de educación.
- **Monitoreo y evaluación:** la mitad de los países (Argentina, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Uruguay) cuentan con indicadores para seguimiento de las intervenciones. Es aún incipiente el desarrollo de modelos de evaluación que permita verificar la pertinencia de una Teoría del Cambio, así como medir el efecto de las diferentes hipótesis de intervención.

En suma, de ambos estudios se desprenden una serie de desafíos para las estrategias destinadas a enfrentar el embarazo en la adolescencia, los cuales podrían sintetizarse del siguiente modo:

- **Promover el acceso de la población adolescente a los servicios de salud mediante los diversos mecanismos ya explorados:** i) campañas comunitarias e intervenciones de cercanía con promotores de la salud para dar a conocer los servicios de salud disponibles (bajo el principio de la doble protección, junto a la prevención de infecciones de transmisión sexual; ii) el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de salud para la atención amigable

adolescentes, conforme a los principios establecidos en el “Modelo Integral de Atención al servicio de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.”

- **Fortalecer la educación sexual integral en escuelas y espacios comunitarios:** en las primeras, apoyar la gestión de proyectos de ESI y capacitación del personal educativo ampliando temas, (por ejemplo, en violencia basada en género), para difundir la educación sexual de manera integral. En espacios comunitarios, se torna prioritario atender a la población que se encuentra fuera del sistema educativo y ampliar los dispositivos de asesorías en salud integral para adolescentes, familias y tutores.
- **Producir/ reforzar protocolos de denuncia y abordaje de la violencia basada en género** y sensibilizar acerca de la relevancia de protección de niñas, niños y adolescentes.
- **Priorizar el trabajo sobre los determinantes macro del embarazo en la adolescencia** a nivel nacional, provincial y local, para brindar alternativas reales que promuevan proyectos de vida diferentes a la maternidad y paternidad de adolescentes.
- **Fortalecer el monitoreo de la atención en servicios de salud para adolescentes**, no sólo en cobertura de adolescentes sino también de la calidad de la atención y oferta de una canasta completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de larga duración por su efectividad en la prevención de embarazos (CONEVAL,2022).

Cómo se observa, muchos de estos desafíos en materia de políticas expresan también una agenda pendiente de investigación. Requieren mayor conocimiento una serie de temas en torno a dos dimensiones. Por un lado, temas vinculados a aprender más sobre determinantes del embarazo en la adolescencia, por mencionar algunos, en menores de 15 años¹⁸, el vínculo entre maternidad infantil y abuso sexual, la a corresponsabilidad, participación de adolescentes varones, la violencia basada en género, entre otros. Conocer más en profundidad estos temas, permitirá diseñar e implementar intervenciones más efectivas para prevenir el embarazo adolescente. Indicado esto, es necesario recordar que dicha línea no constituye el objeto de esta tesis.

¹⁸ Varios de los países bajo análisis denominan “embarazo forzado” al embarazo en la adolescencia temprana.

Lo que sí resulta prioritario en este trabajo es lo relacionado con los sistemas de información y monitoreo (SIM), atendiendo a su relevancia como instrumento de gestión pública crítico para mejorar la calidad y eficacia de las estrategias nacionales (y sus intervenciones concretas). Cuando al universo de dichas estrategias en América Latina se lo observa con el prisma de si tienen o no los mencionados SIM, aquél se ajusta en número, siendo un decálogo de ellas las que, al menos en sus documentos de diseño, prevén de modo explícito la construcción y funcionamiento de tal herramienta. A continuación, se presentan diez¹⁹ de ellas con perspectiva de línea de tiempo:

Cuadro Nro.5: Línea de tiempo: estrategias nacionales de prevención del embarazo en la adolescencia.



Fuente: elaboración propia

Cabe centrar lo que resta de este capítulo en un sistemático análisis comparado de los SIM de las estrategias nacionales en aquellos nueve países (sin acercarse al caso argentino aún) que sí han decidido avanzar en la materia. La siguiente sección, luego de retomar los conceptos

¹⁹ El caso de Argentina será abordado en detalle en el siguiente capítulo.

fundamentales de sistemas de información y monitoreo, presenta la mencionada matriz de análisis a partir de lo cual se ejemplifican aspectos relevantes de diversos casos nacionales.

2.3 SIM de un conjunto de estrategias nacionales

Como se dijo anteriormente, los SIM son relevantes como instrumentos o fuentes para la generación de evidencia y aprendizajes en dos planos: por un lado, para ampliar la comprensión de los múltiples factores que generan el embarazo adolescente (especialmente el componente “información”); y por otro, para dar seguimiento a las intervenciones dirigidas a su abordaje en relación con los objetivos planteados y los efectos buscados, analizando el potencial éxito de las acciones e informando la planificación de nuevas intervenciones (en especial el componente “monitoreo”).

Retomando las definiciones presentadas en el capítulo 1, un sistema de información tiene el potencial de proporcionar información sobre la población atendida y los programas públicos a ella destinados, mediante la integración en un solo lugar de diferentes fuentes estadísticas, registros administrativos y de monitoreo disponibles para dar seguimiento a un tema o sector de política pública. En tal sentido, los sistemas de información son arquitecturas complejas que poseen varias virtudes, pero también se encuentran asociados a diversos desafíos y riesgos, propios de la complejidad de todo sistema y la multiplicidad de actores involucrados (con sus respectivos intereses, mandatos legales e institucionales, entre otros aspectos).

La literatura especializada suele centrar su análisis de este tipo de sistemas en torno a cuatro preguntas fundamentales: ¿Qué información?; ¿Cómo se genera?; ¿Quién la produce?; y ¿Para qué se usa? Cada una de estas preguntas presentan desafíos importantes en términos de disponibilidad de la información (dispersa en diferentes fuentes de información o sistemas estadísticos) de gestión y gobernanza de los datos; así como también en términos de actualización, interoperabilidad, soporte y seguridad informática de un cúmulo de información sensible (muchas veces nominal) de las poblaciones a atender.

Aplicado a las estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia, un SIM reúne e integra información proveniente de diferentes fuentes de información estadística y recursos administrativos, que más allá de las particularidades de los países de la región en cuanto al desarrollo y consolidación de sus propios sistemas de información social, se sintetiza en el siguiente listado:

Sistemas de registros continuos en salud: contienen información que no sólo permite hacer diagnósticos, sino también formular, dar seguimiento y/o comparar programas o políticas de salud.

Entre estos, los recursos más utilizados son:

- **Estadísticas vitales primarias:** brindan información sobre la dinámica poblacional y aportan la información esencial para calcular indicadores específicos como la TEFA y otros indicadores útiles para medir efectos del embarazo en la adolescencia sobre la salud como mortalidad materna, mortalidad infantil, número de hijos, período intergenésico, bajo peso al nacer, pretérmino, etc. Se basan en el registro sistemático de los hechos vitales, es decir, acontecimientos relacionados con el inicio y el final de la vida: nacimiento, muerte y muerte del feto;
- **Estadísticas epidemiológicas:** relacionadas con la presencia de enfermedades o “morbilidad” de la población, también información sobre discapacidad (tipos, causas, prevalencia) y/o factores de riesgo y calidad de vida;
- **Estadísticas de recursos para la salud:** incluye información sobre los recursos humanos y físicos disponibles en el sector salud. Los datos recolectados provienen de registros administrativos de personal, recursos físicos, inventarios y recursos financieros desarrollados en las instituciones que integra el sector. Son útiles para disponer de padrones de servicios de salud, de profesionales de la salud contar con un listado de servicios de salud, profesionales de la salud habilitados para la dispensa de métodos anticonceptivos, equipamiento e insumos (entre éstos los métodos anticonceptivos) requeridos para implementar servicios de salud integral o sexual adolescentes.
- **Encuestas muestrales orientadas a la salud sexual reproductiva:** aportan información sobre la educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual, la planificación familiar, entre otros. Mediante la utilización de técnicas estadísticas rigurosas, permiten identificar desigualdades y brechas

en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, detectar grupos de población que puedan estar en situación de vulnerabilidad y diseñar intervenciones específicas para abordar estas situaciones.

- **Estadísticas, censos y encuestas de hogares:** estos instrumentos permiten recopilar y analizar la información demográfica, económica y social de la población. A través de las estadísticas censales se obtiene información detallada sobre el tamaño de la población objetivo, su distribución geográfica, la estructura por edad y género, la composición étnica, la situación educativa, etc. Por otro lado, las encuestas de hogares aportan información sobre la situación social y económica de la población adolescente y de los hogares de procedencia en relación con educación, empleo, niveles de ingresos, vivienda, salud, entre otros.
- **Estadísticas del sistema educativo y encuestas de calidad educativa:** permiten obtener datos relacionados con la matrícula escolar, la asistencia, el rendimiento académico, la infraestructura escolar, el personal docente, entre otros aspectos requeridos para la planificación y seguimiento de los programas de educación sexual integral. En especial, las encuestas de calidad educativa permiten además identificar brechas y desigualdades en el acceso y la calidad educativa, contar con información cualitativa sobre necesidades y expectativas de la comunidad educativa y medir brechas de desempeño educativo entre los distintos géneros vis a vis las adolescentes que atravesaron un embarazo.
- **Otras estadísticas sociales y económicas:** son centrales para identificar factores que influyen en el embarazo en la adolescencia y el diseño de estrategias para su abordaje. Entre estos, pueden incluirse un conjunto muy diverso de recursos estadísticos, registros nacionales de discapacidad; de comunidades indígenas, observatorios de género, violencia sexual, entre otros (Fara, L. et al, 2020).

Sumados a estos sistemas y recursos estadísticos mencionados, los SIM se componen además con información proveniente de las intervenciones o programas que integran las estrategias nacionales, tanto de sus registros administrativos como de los registros de seguimiento de la implementación (padrones de organizaciones, instituciones, agentes participantes, destinatarios de los programas. etc.). En este marco, el SIM se compone además por un conjunto de indicadores de diferentes tipologías para el monitoreo de la implementación a dos niveles, a saber:

En relación con la cadena de valor público²⁰:

- **Indicadores de insumo:** dan seguimiento a la disponibilidad de condiciones básicas para la producción de bienes y/o servicios que se espera obtener con la intervención pública. Los recursos financieros en general, la compra y distribución de los métodos anticonceptivos y otros insumos requeridos para la colocación de implantes subdérmicos (pinzas erinas) son ejemplos de este tipo de indicadores.
- **Indicadores de proceso:** expresan la realización de actividades previstas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto. Estos indicadores describen la administración de los insumos para hacer efectivos los bienes y servicios planificados. Como ejemplos: equipos territoriales intersectoriales locales funcionando; servicios amigables o dispositivos de asesoría atendiendo; capacitaciones realizándose, materiales de apoyo a la formación de agentes públicos de salud, educación y desarrollo social y otros documentos técnicos elaborados y en circulación entre agentes del Plan.
- **Indicadores de producto:** refieren la cantidad y calidad de los bienes y servicios que se producen mediante las actividades realizadas en el marco del Plan. Por ejemplo: adolescentes asesoradas/os en dispositivos de asesorías y consejerías, estudiantes que participaron en instancias de ESI en las escuelas, adolescentes recibieron educación sexual integral, adolescentes a las que se les dispensaron métodos anticonceptivos.
- **Indicadores de cobertura:** brindan una explicación sobre la relación entre las metas de cobertura previstas y las efectivamente alcanzadas. Por ejemplo, son de utilidad para comparar el nivel de cumplimiento de la cobertura de adolescentes en cada dispositivo: adolescentes a alcanzar con ESI, adolescentes a alcanzar en asesorías escolares, comunitarias y en servicios de salud, adolescentes a proteger efectivamente con métodos anticonceptivos de larga duración (Fara, L, et al, 2020).

²⁰ La cadena de valor es una de las principales herramientas de planificación en la gestión pública por su esquema y procedimiento práctico que simplifica el análisis y entendimiento de las políticas públicas. Como se adelantó en el capítulo 1, la cadena de valor es la relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación o abordaje del problema.

- **Indicadores de resultados y/o impacto:** reflejan el grado de cumplimiento de los objetivos específicos, miden el aporte de las intervenciones a la reducción o solución de los problemas abordados y/o necesidades de la población. Por ejemplo, las/es/os adolescentes efectivamente protegidos con métodos anticonceptivos de larga duración (resultado) conducen a una disminución de las tasas específicas de fertilidad en la adolescencia (impacto).

En lo referido a la tipología de indicadores de desempeño:

- **Eficacia:** hace referencia al grado en que se cumplen los objetivos planteados. Las medidas más usuales para esta medición corresponden a la cobertura, focalización, capacidad de satisfacer la demanda y el resultado final o el impacto que se obtiene a partir de una intervención. Este tipo de indicadores deviene de la teoría de cambio o hipótesis de intervención. Un claro ejemplo de indicador de eficacia en las estrategias de reducción del embarazo es el número de jóvenes cubiertas con métodos anticonceptivos de larga duración o adolescentes referidos desde los dispositivos de asesorías escolares o comunitarios hacia los servicios de salud.
- **Eficiencia:** describe la relación entre los bienes y servicios producidos y los insumos utilizados. Es decir, porción del presupuesto ejecutado en la implementación de la estrategia en tanto recursos públicos destinados a atender adolescentes y prevenir embarazos. Un ejemplo podría la medición del costo unitario de producción o costo promedio de las estrategias (incluyendo todos sus componentes) por adolescente protegida.
- **Economía:** estos indicadores buscan expresar la capacidad de generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos del cumplimiento de sus objetivos. Las medidas utilizadas son: ejecución presupuestaria, capacidad de autofinanciamiento, relación entre producción y gastos administrativos. Un ejemplo, es el seguimiento de la implementación presupuestaria que va midiendo la relación entre presupuesto planificado, devengado, ejecutado.
- **Calidad:** expresan qué oportunos y accesibles son los productos entregados, sean bienes o servicios. Las mediciones habituales suelen ser: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega de bienes y servicios, comodidad y cortesía en la atención de adolescentes. Un ejemplo concreto es el seguimiento de la calidad de las prestaciones de los

servicios de consejería en salud sexual y reproductiva o consultorios amigables para adolescentes que llevan adelante algunas estrategias de la región (Fara, L, et al, 2020).

En definitiva, el desarrollo de cada SIM será único a las capacidades y evoluciones de la estrategia de cada país. La clave es mantener la visión integrada y no perder de vista el principal objetivo de su implementación que es informar en base a evidencia el mejor desempeño de las estrategias.

Tabla comparativa de nueve SIM de estrategias nacionales de embarazo en la adolescencia

Aquí se presenta una tabla comparativa sobre los principales atributos identificados en los SIM. Su lectura se organiza en tres componentes: i) Información; ii) Monitoreo y iii) uso de la evidencia.

En cuanto al primer componente referido a la información, se registran los casos donde el SIM presenta énfasis en el abordaje de determinantes, sea porque disponen de un tablero o set de indicadores tendientes a informar factores determinantes del embarazo en la adolescencia (México, Chile y Perú) o bien cuentan con un observatorio específico para dar seguimiento a la temática (Colombia); o como ocurre en uno de los SIM, que incluye un sistema de alertas para informar a la gestión las poblaciones de mayor exposición al riesgo (El Salvador).

En cuanto al componente de monitoreo, la información registrada se divide en dos dimensiones fundamentales, matriz de indicadores y tipología que predomina, por un lado, y los objetivos y el enfoque del monitoreo por el otro. En la primera, se señalan ambas tipologías de indicadores, por cadena de valor y también por desempeño. Se observa al respecto, un mayor desarrollo de indicadores que dan seguimiento a la cadena de valor (insumos, productos, resultados e impactos) por sobre los indicadores de desempeño, tendientes a medir eficacia (una mayoría), eficiencia y economía (ninguno) o calidad de sus intervenciones (únicamente México y Chile).

Asimismo, en el marco del componente de monitoreo se valoran los SIM en función de su orientación y enfoque. Se distinguen aquí aquellos que presentan mayor orientación a la planificación, como puede ser prioridad al seguimiento de los planes operativos vis a vis aquellos

orientados a dar seguimiento al presupuesto (ninguno de los casos analizados). Cuando se valora el enfoque de los SIM se distinguen aquellos basados en la implementación de los que mantienen mayor interés en medir los resultados de las intervenciones que conforman la estrategia.

También se releva en el diseño de los SIM dos atributos referidos a la rendición de cuentas. Entre éstos, se identifica si está prevista o no la participación de adolescentes en alguna de las instancias del SIM, sea en encuestas de calidad, veedores o como parte del seguimiento y contralor de las estrategias. Además, se releva si el diseño del SIM prevé algún mecanismo de control de la calidad de los registros y por consiguiente de la evidencia que ofrece en cuanto a cobertura de la información, frecuencias, rezagos en los plazos según los previstos.

Finalmente, conformando un tercer componente, se identifican dos aspectos fundamentales para un mejor aprovechamiento y uso de la evidencia. Primero, se señala cuando en el diseño del SIM se prevén canales institucionales formales para su utilización. Depende de cada diseño institucional en particular, pero estas instancias se traducen en reuniones intersectoriales (nacionales, subnacionales, territoriales) en las que se presentan reportes del SIM, a partir de los cuales se emiten decisiones para el ajuste o diseño de nuevas acciones. Por otro lado, también se releva si el SIM publica la información que produce, sea a través de tableros, infografías en sitios web oficiales, o de informes periódicos con alguna estrategia de difusión a la ciudadanía que demuestre vocación de apertura de datos a la ciudadanía o de gobierno abierto.

Cuadro Nro. 6: Principales atributos de los SIM de las estrategias nacionales de prevención del embarazo en la adolescencia.

Sistemas de información y monitoreo (SIM) de estrategias nacionales de reducción del embarazo en la adolescencia																		
Estrategia Nacional	Información			Monitoreo												Uso de la evidencia		
				Tipología indicadores						Objetivos y enfoque del monitoreo								
	País	Determinantes del EA	Observatorio EA	Sistema de Alerta	Indicadores Cadena de valor					Indicadores desempeño				Orientación:	Basado en:	Rendición de cuentas	Canales institucionales para su uso	Publicación a la ciudadanía
					Insumos	Procesos	Productos	Resultados	Impactos	Eficacia	Eficiencia	Economía	Calidad	Presupuesto	Planificación	Implementación		
México																		
Colombia																		
Chile																		
Uruguay																		
El Salvador																		
Perú																		
Ecuador																		
Guatemala																		
Rep. Dominicana																		
Argentina																		

Fuente: elaboración propia en base a documentos programáticos de cada estrategia nacional.

No existe SIM que presente un diseño ideal o completo en cuanto a los atributos considerados. Como puede observarse, no en muchos casos la integración de estadísticas y otras fuentes da como resultado una profundización en el seguimiento de determinantes del embarazo en la adolescencia, mucho menos el desarrollo de observatorios o sistemas de alerta que puedan funcionar como tal en la implementación de las estrategias.

Al mismo tiempo, puede observarse un mayor desarrollo en el seguimiento de la cadena de valor de las estrategias. Aunque bajo diferentes enfoques y objetivos, en general los SIM hacen seguimiento de productos, resultados, no todos efectúan seguimiento del impacto y casi en ninguno de los casos, integran además el seguimiento de los insumos como pueden ser los métodos anticonceptivos.

En cuanto al seguimiento del desempeño, no todos los SIM miden eficacia, ninguno de ellos se propone medir eficiencia o economía y son pocos aún los casos que cuentan con seguimiento de la calidad de los productos y servicios que entregan.

Igualmente, resultan aún bastante poco frecuentes prácticas favorables para el uso de la evidencia y la rendición de cuentas tales como la participación de adolescentes en alguna instancia de los SIM, la publicación de resultados a la ciudadanía o el auto-monitoreo, esto es, el control de la consistencia y calidad en la información lograda.

Elementos destacados de las experiencias de los SIM analizados

Como se desprende de la lectura de la tabla descripta, los SIM presentan diferentes énfasis u orientaciones. Es deseable que los SIM aporten evidencia a las diferentes etapas críticas de las estrategias, al diagnóstico o a la construcción del problema, así como también a la definición de la teoría de cambio y su posterior implementación. Avanzado el ciclo, durante la implementación de las estrategias se espera que el SIM integre información para el seguimiento del problema del embarazo en la adolescencia junto a datos fehacientes sobre las acciones y sus resultados, que midan el grado en que se corresponden con lo planificado y permitan detectar oportunamente eventuales deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste de la estrategia.

En lo que sigue del capítulo, se presentan muy brevemente los elementos destacados de cada uno de los SIM previstos por las estrategias bajo estudio, a fin de presentar algunas de sus particularidades.

México

La estrategia de este país (ENAPEA) incluyó en su diseño un Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. El mismo presenta un enfoque de evaluación integral, conformado por 53 indicadores relacionados con 6 propósitos del plan, los cuales permiten realizar un seguimiento en los avances de cada uno

de ellos: i) educación inclusiva e integral; ii) ESI; iii) oportunidades laborales; iv) entorno habilitante; v) servicios de salud; vi) prevención de la violencia sexual.

Bajo el mando de un “Subgrupo de indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA”, en el marco del GIPEA asignando a la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) como instancia coordinadora y las instituciones que conforman el GIPEA como vocales y proveedoras de los indicadores para el monitoreo y evaluación de la ENAPEA.

Este SIM tiene la particularidad de haberse elaborado sobre la base de una disponibilidad de una amplia variedad de indicadores derivados de los sistemas de información institucionales (sectoriales) referidos a condiciones socioeconómicas, acceso a la salud, a la educación, desempeño educativo y de mercado de trabajo de las adolescencias y sus familias, es decir, de sus propios registros administrativos, encuestas oficiales, o bien de estudios e investigaciones. Es por ello por lo que esta estrategia contó con suficiente información base que, en la etapa de diseño, fue debidamente integrada en un tablero de indicadores, el cual, a su vez, hizo un aporte significativo a la toma de decisiones en la fase de diseño de la estrategia. En palabras del experto entrevistado (involucrado en dicha etapa) el tablero de indicadores dio sustento al diagnóstico del EA, a la construcción del problema y a la definición de la teoría de cambio sobre la que se estructuró luego el ENAPEA.

Asimismo, este subgrupo que tiene a cargo el SIM realiza el seguimiento de un conjunto mínimo de indicadores para hacer seguimiento de esta estrategia, con sus respectivas metas y línea base. Es responsable de medir indicadores de procesos sobre los avances de las acciones interinstitucionales del GIPEA, de modo tal que permiten dar seguimiento a los avances en cada uno de estos elementos que son indispensables para alcanzar los objetivos de la estrategia. Incluye además una serie de indicadores de procesos (cobertura en educación, salud, sociedad civil a nivel subnacional) y de calidad que dan seguimiento al cumplimiento del enfoque amigable en servicios de salud.

Otra de las particularidades de este SIM es que los resultados se publican en el sitio web de la SGCONAPO, poniendo a disposición del público interesado y de funcionarios involucrados en la estrategia a nivel federal y estatal, los resultados de los indicadores del SIM. Se trata de una plataforma digital interactiva²¹ que da la posibilidad de realizar consultas sobre los indicadores por componente o por institución que los reporta, además de visualizar desagregaciones y fichas de metadatos. También, a través de este sitio se accede a un informe analítico sobre resultados alcanzados según metas establecidas a partir de los principales indicadores del SIM.

Finalmente, un último aspecto a destacar de este SIM, es el papel central que cumplió el monitoreo en la articulación multiactoral²² y la gestión intersectorial. Tanto el instituto de salud pública como el instituto de las mujeres mantuvieron un rol relevante de abogacía en todo el proceso, impulsando el sistema de información, lo cual abonó en dos sentidos, por un lado, una construcción del problema de manera compleja, involucrando dimensión salud; educación; empleo; prevención de las violencias y medios de comunicación; y por otro, contribuyendo a la coordinación intersectorial e intergubernamental involucrando en las reuniones a todos los actores y sectores parte de la estrategia (Gobierno de México, 2020, 2017).

Colombia

En este caso²³, el SIM de la estrategia partió de la base de la experiencia realizada por el Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo en la Adolescencia (ONIEA), el cual recopila datos sobre la incidencia de embarazos en adolescentes, así como información relacionada con factores

67

²¹ Tablero interactivo: <http://indicadores.conapo.gob.mx/ENAPEA.html>

²² De la entrevista con investigador principal que diseñó tablero de monitoreo de ENAPEA.

²³ El ONIEA es liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, pero cuenta con la participación de diferentes entidades públicas como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Educación y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre otros. Esta colaboración intersectorial permite recopilar información de diferentes fuentes y enfoques para tener una visión integral del problema. En su sitio web oficial, la información no es de acceso público, presentándose como “una iniciativa alimenta la toma de decisiones con información e indicadores monitoreados, pertinentes para la orientación de políticas, estrategias y recursos dirigidos a la salud y el desarrollo de adolescentes”.

67

de riesgo, acceso a servicios de salud, educación sexual y reproductiva, entre otros aspectos. Además, realiza análisis y estudios que ayudan a comprender mejor las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia, y evalúa la efectividad de las intervenciones implementadas. Como se describe en el documento programático, su objetivo principal es generar conocimiento y evidencia para orientar políticas, programas y estrategias de prevención y atención en este ámbito.

Con este precedente la estrategia cuenta con una gama importante de indicadores referidos a determinantes socio económicos, entre éstos: número de hijos en la adolescencia, métodos dispensados post evento obstétrico, índices de violencia sexual y de género (Observatorio de Violencia); proporción de padres cuya edad tiene más de 4 años de diferencia con la madre (10 a 14 y 15 a 19); Nivel de pobreza y desigualdad (% NBI, % población bajo línea de pobreza, índice de Gini).

Para el seguimiento y evaluación de las intervenciones que conforma la estrategia se definieron 16 indicadores cuantitativos que las diferentes entidades del Gobierno reportan al Plan Nacional de Desarrollo en la plataforma de SINERGIA (Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados). La última evaluación disponible en la plataforma es de 2014. Se priorizaron principalmente indicadores cuantitativos de procesos apuntando a hacer seguimiento a la cobertura de la estrategia a nivel municipal. Por mencionar algunos de éstos, i) municipios bajo Estrategia que cuentan con al menos un servicio de salud amigable funcionando; II) proporción de establecimientos escolares que cuentan con Educación Sexual Integral por cada municipio bajo Estrategia. iii) Municipios que abordan la permanencia escolar de adolescentes embarazadas, y de madres y padres adolescentes; iv) plataformas juveniles constituidas. (ONIEA, 2013)

Chile

En el caso chileno, la estrategia cuenta con un SIM orientado a dar seguimiento y evaluación de la cobertura, calidad y establecer planes de mejora de los Servicios de Salud Amigables²⁴, con énfasis en salud sexual para la atención de adolescentes. Estos espacios son monitoreados para asegurar que se cumplan estándares de calidad y que se respeten los derechos sexuales de adolescentes.

El SIM se estructura en dos componentes, la autoevaluación de establecimientos de servicios de salud para adolescentes, que es de manera continua y el componente regional/nacional que se realiza cada dos años. Está conformado por indicadores de procesos y resultados para medir la siguiente información sobre los servicios especializados: i) conocimiento sobre la salud de adolescentes; ii) promoción comunitaria; iii) el paquete de servicios; iv) servicio, ambiente físico y equipamiento; v) competencia de proveedores/ equidad; vi) disponibilidad de información y mejora de la calidad; vii) participación de adolescentes. El SIM también involucra el seguimiento de la cobertura de las acciones en escuelas.

No obstante, cuando del seguimiento surgen valoraciones deficientes en alguno de los ítems se remiten visitas de reevaluación 3 a 6 meses máximo posterior a la aplicación de los instrumentos; para mencionar uno de los mecanismos de alerta que presenta este SIM. Los resultados de la medición de la matriz completa de resultados se utilizan para generar planes de mejora.

En efecto, este mecanismo formalizado trajo beneficios. Haber incorporado el seguimiento de la calidad y cobertura, contribuyó a fortalecer las capacidades técnicas de las secretarías regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) en articulación con los equipos de salud territoriales y los servicios de salud²⁵. (Gobierno de Chile, 2019)

²⁴ Son espacios físicos donde los adolescentes pueden acceder a servicios de salud, educación y recreación de manera segura y confidencial.

²⁵ Surge de la entrevista a miembro del equipo técnico de la estrategia.

Finalmente, se destaca otro aspecto relevante de este SIM que no es frecuente en las demás estrategias, la participación de adolescentes en la formulación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes.

Uruguay

La Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo No Deseado en Adolescentes de Uruguay es llevada a cabo por los ministerios de Salud, Desarrollo Social, Educación y Cultura. Fue lanzada en 2016 en el marco del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Juventud 2016-2020 bajo un enfoque de género y derechos. Básicamente consta de 4 componentes, a saber: i) respecto de los adolescentes, fortaleciendo las condiciones para la toma de decisiones autónoma en relación a la sexualidad y la reproducción; ii) en referencia a adolescentes embarazadas, detectando e interviniendo de manera oportuna para la interrupción o continuidad del embarazo; iii) finalmente respecto de padres y madres adolescentes, garantizando el acceso a oportunidades y fomentando la prevención de embarazos no intencionales; iv) la labor intersectoriales para la implementación de las políticas públicas (Gobierno de Uruguay, 2017).

La conducción de la estrategia está a cargo de una mesa de coordinación intersectorial, la cual planifica y establece una matriz de marco lógico e indicadores para su monitoreo. Dicha matriz cuenta con un total de 50 indicadores para cada uno de los niveles de componentes que la integran: Educación inclusiva e integral; Salud sexual y reproductiva; Vida libre de violencia sexual, de género y de generaciones; Entorno social habilitante, y Autonomía económica. Que adicionalmente tienen cuatro componentes transversales, enfoques que se consideran deben incluirse para obtener mejores resultados: Intersectorialidad y territorio; Perspectiva de género y étnico-racial; Ciudadanía y derechos de niñas, niños y adolescentes, y Curso de vida y proyecto de vida.

El SIM es coordinado por una mesa específica de sistema de información, “la cual tiene como objetivo concentrar información generada para apoyar la implementación de la Estrategia, y con ello, apoyar las acciones y darles seguimiento” (Aguirre Platas, 2020, p:3). En cuanto al enfoque y tipo de SIM, se observa predominio de indicadores de resultados e impacto que buscan medir los

efectos que produce la estrategia; careciendo, básicamente de indicadores de procesos, calidad o eficacia que den mayores pistas sobre la implementación, hacer un seguimiento de esta o tienda a definir mejoras.

El Salvador

En este caso nacional, se incluye en su estrategia un Plan de Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Rendición de Cuentas (Plan de Seguimiento) orientado a medir fundamentalmente indicadores de resultados e impactos. Es coordinado por el Comité Nacional de prevención del embarazo en la adolescencia que integran todas las autoridades de los ministerios y áreas involucradas en la estrategia. Entre sus funciones principales, además de dar seguimiento a las acciones y el monitoreo de los indicadores, concentra registros e informes de evaluación institucional sobre la implementación de la estrategia, consolida informes técnicos, y es a partir de la evaluación de resultados que solicita estudios específicos y coordina los procesos de revisión y actualización. (Gobierno de El Salvador, 2021)

A su vez, tiene previsto un canal formal para el uso de evidencia. La información proveniente de los actores responsables de la implementación se consolida en informes técnicos que se remiten al Comité de Coordinación Política para la respectiva toma de decisiones.

Para facilitar la rendición de cuentas, este SIM prevé un mecanismo de participación para que niñas, niños y adolescentes puedan expresar sus opiniones, ser parte del seguimiento de las acciones e involucrarse en la toma de decisiones de la estrategia. Según lo expuesto en los documentos programáticos, este mecanismo de contraloría social está integrado por niñas, niños, adolescentes y jóvenes de organizaciones y redes juveniles a cargo de las acciones de promoción y prevención de los derechos sexuales, los que a su vez forman parte del Comité Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Otro aspecto distintivo de este SIM es que cuenta con “un sistema de alerta, monitoreo y seguimiento para la prevención y denuncia de la violencia sexual, embarazo y uniones en niñas y en adolescentes” (Gobierno El Salvador, 2017, p.95). En base a una serie de indicadores: i) tasa de supervivencia al primer año de bachillerato de adolescentes mujeres; ii) tasa de fecundidad

específica de 15 a 19 años y III) porcentaje de embarazos en menores de 14 años, se conforma un tablero para informar a este mecanismo intersectorial y comunitario de alerta tendiente a asegurar: i) el ingreso y la permanencia de niñas y adolescentes en los centros educativos, detección de vulnerabilidades, derivación e ingreso; calidad en los servicios amigables para dar seguimiento a los planes de mejora.

Perú

En este caso, el Plan Andino, en el que se encuentra involucrado Perú, prevé un SIM orientado a dar seguimiento de metas de resultados e impacto. Además de monitorear la reducción de la tasa específica de fecundidad en adolescentes, mide la cobertura de metas de resultados anuales en torno al embarazo no intencional en menores de 19 años y otras metas que se desprenden de los diferentes objetivos estratégicos del Plan, como ser el porcentaje de adolescentes que son madres, postergación de la iniciación sexual, adolescentes sexualmente activos cubiertos con métodos anticonceptivos, intervalo de período intergenésico en las adolescentes que ya son madres, entre otros. Esta matriz de indicadores principales cuenta con línea de base 2012 y metas anuales hasta el año 2021. y utilizan como fuente principal la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) (Gobierno de Perú, 2018)

Ecuador

En este caso, el SIM establecido por la estrategia es el Plan Operativo Intersectorial. Dependiente de un Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025 se plantea como objetivo estratégico lograr un SIM que permita monitorear el cumplimiento de una matriz de indicadores precisos para identificar nudos críticos en el proceso de implementación, reconocer avances y logros y establecer mejoras oportunas hacia una efectiva implementación (Gobierno de Ecuador, 2018).

La matriz de indicadores se conforma de indicadores de impacto, resultado, procesos y productos para las intervenciones intersectoriales entre salud, educación, desarrollo social. También presenta

indicadores de procesos que dan seguimiento a las acciones de fortalecimiento de las intervenciones que integran la estrategia.

Una evaluación sobre esta estrategia (Luzardo,2022) sostiene que, si bien uno de los objetivos de la política reconoce la posibilidad de las adolescentes a la participación comunitaria, sectorial e intersectorial, esto no se refleja en la implementación. No se hace alusión a adolescentes respecto a su participación en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas que les afecten o interesen, ni existen indicadores relacionados con el acceso a información y su participación respecto al derecho a la salud sexual y reproductiva. Tampoco menciona nada sobre la creación de consejos consultivos para conocer la opinión de las adolescentes respecto al sistema de salud, en lo referente a la salud sexual y reproductiva.

Guatemala

La estrategia nacional de este país se ha propuesto un Plan de Monitoreo y Evaluación del PLANEA 2018-2022. Según destacan los documentos programáticos, la creación de este SIM también fue uno de los pilares centrales al momento de dar inicio al PLANEA. Es coordinado de manera externa por la Vicepresidencia de la República de Guatemala a través de una implementación descentralizada en mesas interinstitucionales de los niveles nacional, departamental y local. El seguimiento de los resultados e impactos se realiza más bien en el nivel nacional, y de los procesos y productos se concreta en el nivel municipal, a cargo de los planes operativos.

La información se produce en un ciclo mensual, se recolecta desde el nivel municipal, luego se consolida en el nivel departamental y a nivel nacional, por cuatrimestres, se realiza la medición de indicadores que son remitidos al área de planteamiento estratégico.

Se destaca en este SIM, la creación de un canal formal para el uso de la evidencia, desarrollando un proceso de análisis y uso de información para tomar decisiones de mejora continua. Se enfatiza en el nivel municipal que tiene la responsabilidad de llevar a cabo tres funciones básicas: verificar, identificar y asesorar. Los equipos técnicos de las diversas instituciones que conforman la estrategia tienen el liderazgo de esta fase. Adicionalmente, el proceso va acompañado de visitas de monitoreo

en los tres niveles (nacional, departamental y local) que funcionan como un complemento de los informes de los equipos interdisciplinarios, permitiendo observar los avances de la implementación de las acciones.

La matriz de indicadores fundamentales está compuesta por indicadores de impacto y de resultado que se desprenden de cada una de las intervenciones articuladas en la estrategia. Entre éstos: i) La reducción en 5 puntos porcentuales la cantidad de embarazos en adolescentes en Guatemala al 2022 (impacto) ii) reducción de la tasa específica de fecundidad en la adolescencia, por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años (impacto); iii) incremento de la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 19 años, cualquier método (de resultado); iv) reducción de la necesidad insatisfecha de planificación en mujeres de 15 a 19 años; v) incremento de la tasa neta de escolaridad en niñas y adolescentes ciclo primario.

En lo referido a la evaluación de los resultados y avance con relación a los objetivos PLANEA, se previeron dos evaluaciones en el período 2018-2022, siendo la primera una evaluación de término medio y la segunda la evaluación de impacto (Gobierno de la república de Guatemala, 2017).

República Dominicana

Esta estrategia lleva adelante un Plan de Monitoreo y Evaluación orientado especialmente a dar seguimiento a los indicadores del Plan Operativo Anual. Su implementación es coordinada en los aspectos técnicos por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales y directamente de la Vicepresidencia si se trata del reporte político.

El SIM se implementa mediante la conformación de grupos de trabajo en mesas técnicas (provenientes de las instituciones involucradas en la estrategia) que son el mecanismo formal establecido para dar seguimiento participativo de la implementación, identificar sinergias y duplicidades entre las acciones y presentar propuestas de mejora.

Los documentos programáticos hacen referencia a un tablero de control o cuadro de mando integral para dar acceso a la evidencia que se produce. Hasta donde puede observarse, predominan

los indicadores de procesos y productos. Entre estos: i) cobertura de adolescentes en diferentes servicios de salud, educación y protección social ii) cantidad de municipalidades con al menos un servicio amigable con paquete básico de servicios integrales de salud sexual y reproductiva para adolescentes (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos); y iii) prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Asimismo, el tablero incluye el seguimiento de la meta de impacto: reducción de los porcentajes de embarazos en mujeres adolescentes de 10 a 19 años en al menos cinco puntos porcentuales al 2023 (desagregados por edad 10 a 14 años y 15 a 19 años). (Gobierno República Dominicana, 2019)

Capítulo 3: Papel del SIM del Plan

Este capítulo constituye la esencia misma de la presente tesis. Se estructura del siguiente modo: en primer lugar, se da cuenta de la problemática del embarazo no intencional en la adolescencia en la Argentina, incluyendo su evolución ya con el Plan Enia en marcha; en segundo término, se describen aspectos relevantes del propio Plan a efectos de una caracterización general del mismo, acentuando algunos tópicos fundamentales; tercero, se aborda una detallada descripción del SIM del Plan Enia; y en cuarto lugar se concluye esta parte resaltando los efectos que tuvo la puesta en marcha y funcionamiento de dicho SIM en aspectos muy importantes del diseño, la implementación y la evaluabilidad del propio Plan.

3.1 EL problema en Argentina: embarazo no intencional en la adolescencia

A pesar de una tendencia decreciente en los últimos años, el embarazo no intencional en la adolescencia²⁶ continúa siendo un problema social de magnitud en la Argentina. Los últimos datos disponibles muestran que en 2021 nacieron en el país un total de 529.794 niñas y niños, de los cuales un 9% (47.630) son hijos o hijas de niñas adolescentes menores de 20 años (DEIS, 2022).

Como se analizó en el capítulo anterior con referencia a la región latinoamericana, el embarazo adolescente se produce bajo la influencia de una serie de factores determinantes, siendo a la vez causa y consecuencia de vulneraciones de derechos, entre los que se encuentran: la educación; el

²⁶ En Argentina, el problema del embarazo en la adolescencia se construye incorporando la no planificación o no intencionalidad del embarazo. Esta profundización en el análisis del problema se debe a la disponibilidad de un recurso estadístico clave como es el Sistema Informático Perinatal SIP G-, el cual consulta sobre la planificación o no del embarazo en el marco de una encuesta de pie de cama en los servicios de salud públicos del País. En efecto, los indicadores que permiten dar cuenta de la situación del embarazo en la adolescencia no intencional en Argentina son: i) % de nacidos vivos según edad de la madre; ii) tasa de fecundidad específica en la adolescencia (TEFA); iii) % de embarazo no planificado (o no intencional) proveniente del SIP G.

acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, a anticonceptivos eficaces; a gozar una vida libre de todo tipo de violencia y tomar decisiones libres e informadas (UNFPA, 2013). Estas violaciones de derechos afectan negativamente las trayectorias de vida de los adolescentes, así como sus oportunidades de integración social a través de la escuela o el trabajo.

Los embarazos no intencionales en adolescentes están fuertemente asociados con el abandono escolar y tienen un impacto directo en el desarrollo humano. Esto tiene un impacto importante a largo plazo en la probabilidad de que las mujeres que se convierten en madres en la adolescencia logren acceder al mercado laboral en empleos de calidad, afectando así su seguridad económica y la de sus familias.

Al mismo tiempo, el embarazo adolescente y la maternidad temprana²⁷ se asocian con malos resultados de salud para las adolescentes y sus hijos: tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, sus embarazos tienen mayor riesgo de complicaciones perinatales y muerte, y sus hijos pueden enfrentar una edad gestacional más baja, un peso más bajo al nacer, un estado nutricional infantil más deficiente y niveles de educación más bajos. Por lo tanto, el embarazo adolescente y la maternidad temprana también contribuyen a la reproducción de ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (UNFPA, 2018; OPS-UNFPA-UNICEF, 2018).

Estos riesgos enumerados son especialmente importantes en madres adolescentes menores de 15 años, a los que se agregan además otros riesgos como una probabilidad 4 veces mayor de muerte de materna durante el embarazo, mayor riesgo de muerte neonatal (dentro de los 27 días posteriores al nacimiento) (Conde-Agudelo et al., 2005 en UNFPA, 2018). Como sostiene la propia fundamentación del Plan Enia, existe evidencia sobre la implicancia directa entre situaciones de

²⁷ En su informe anual de población del 2013 dedicado al embarazo temprano, UNFPA identifica que los embarazos en niñas y adolescentes son consecuencia de una serie de factores interrelacionados entre los que se destacan la pobreza, la aceptación de uniones tempranas por parte de las familias y de la comunidad, y los esfuerzos inadecuados de mantener a las niñas en el sistema educativo. (UNFPA, 2014). Muchos embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años, y en particular antes de los 13, son producto de violencia sexual ejercida por integrantes de la familia o del entorno cercano bajo distintas formas de coerción que abarcan desde la imposición forzada hasta las amenazas, abuso de poder y otras formas de presión.

violencia sexual, abuso y el embarazo en la adolescencia temprana (CLADEM, 2016 citado en el plan Enia 2019).

En efecto, conforme lo señalado, “el embarazo adolescente es también un factor crucial en la desigualdad de género, dado que tiende a reforzar los roles tradicionales y a prolongar situaciones de subalternidad y domesticidad que restringen sus derechos” (Gogna y Binstock, 2017, citado en Plan Enia, 2019, p. 9). Quedan de manifiesto una multiplicidad de vulneraciones en el respeto de los derechos humanos y carencias en la vigencia de políticas públicas, que conlleva una conjunción de serios riesgos bio-psico-sociales y lo convierten en uno de los problemas de salud pública más complejos en el que se conjugan aspectos de salud, sociales, de género, justicia y derechos humanos.

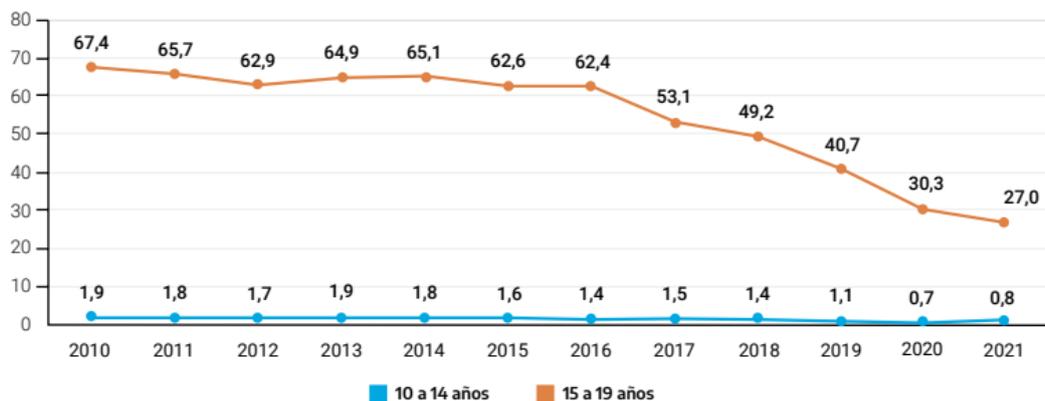
Desde una perspectiva macro, es necesario resaltar aquello que demuestra el estudio MILENA en Argentina (2020): “el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, además de representar una barrera para el desarrollo humano de las madres, padres e hijos/as a nivel individual y familiar, actúan en desmedro del crecimiento y desarrollo económico del conjunto de la sociedad. Las trayectorias educativas truncas y la mayor inactividad o inserción laboral precaria de las madres adolescentes y jóvenes tienen un impacto negativo sobre la productividad, y menoscaban la competitividad de la economía nacional en su conjunto” (Chaaban y Cunningham, 2011, citados en UNFPA, 2020, p.11).

Últimos datos disponibles

Cabe transitar ahora hacia la evidencia respaldada en datos, para lo cual se presenta el cuadro 7 sobre la evolución de las tasas de fecundidad en la adolescencia en Argentina.

Cuadro Nro. 7: Evolución de las tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía, total país. Serie 2010-2021.

Gráfico 4: Evolución de las tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía, total país. Serie 2010 - 2021



Fuente: DNSSyR, Tablero de indicadores para la toma de decisiones, 2023.

Se puede observar que la tasa específica de fecundidad en la adolescencia²⁸ viene mostrando una tendencia decreciente, especialmente a partir del año 2016, en la etapa tardía (15 a 19 años). Desde el máximo de 67,4 nacidos vivos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años en 2010, descendió a 27,0 en 2021, una reducción de un 40% en un período de 11 años. La tasa de fecundidad temprana (10-14 años) también muestra una tendencia levemente decreciente en los últimos años; no obstante, se observa un ascenso alarmante entre 2020 y 2021 (0,8 por mil). Lo cual significa que, en el último año de datos consolidados, 1.394 niñas menores de 15 años se convirtieron en madres, siendo esta una situación de enorme relevancia (Ministerio de Salud-UNICEF, 2016).

²⁸ La tasa específica de fecundidad en la adolescencia se desagrega en dos subetapas: TEFA 10-14 o temprana, relativa a las madres menores de 15 años y TEFA 15-19 o tardía que abarca madres entre 15 y 19 años. En cada uno de estos momentos de la vida, son diferentes los determinantes sociales del embarazo. En las adolescentes de 10 a 14 años son más frecuentes las situaciones de abuso y coerción, que derivan en embarazos y maternidades infantiles forzadas. En la adolescencia tardía, los determinantes están más relacionados con condiciones de pobreza, con estar fuera del sistema escolar, con tener relaciones sexuales sin uso sistemático y/o adecuado de métodos anticonceptivos. (Plan ENIA, 2019 b)

Atendiendo a la extensión y desigualdad territorial que caracteriza a la Argentina, además de su organización político-administrativa de carácter general, es importante presentar las tasas de fecundidad según jurisdicción sub-nacional.

Cuadro Nro. 8: Tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía por jurisdicción. Año 2021.

Cuadro N° 21. Tasa de fecundidad adolescente, según grupo de edad, por jurisdicción. Año 2021

Jurisdicción	Tasa de fecundidad adolescente temprana (10 a 14 años)	Tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años)
TOTAL NACIONAL	0,8	27,0
Buenos Aires	0,4	22,4
Catamarca	1,1	25,5
Chaco	2,5	52,6
Chubut	0,4	18,9
Ciudad de Buenos Aires	0,1	6,7
Córdoba	0,5	25,3
Corrientes	1,3	44,5
Entre Ríos	0,9	30,0
Formosa	4,1	51,6
Jujuy	0,9	21,6
La Pampa	0,2	19,4
La Rioja	0,7	23,6
Mendoza	0,6	22,5
Misiones	3,2	52,4
Neuquén	0,3	21,5
Río Negro	0,4	19,8
Salta	1,6	38,0
San Juan	1,0	25,3
San Luis	0,6	29,1
Santa Cruz	0,3	19,0
Santa Fe	1,0	33,3
Santiago del Estero	1,2	36,8
Tierra del Fuego	0,0	10,8
Tucumán	0,8	27,7

Fuente: Área de Monitoreo de la DNSSR, SAS, MSAL. 2023

Al observar el comportamiento del indicador en las diferentes jurisdicciones, las tasas muestran importantes brechas regionales. Se identifica una TEFA 15-19 para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (6,7) muy por debajo del promedio nacional (27); y de provincias de las regiones Noreste y Noroeste argentino (51,6 por mil en Formosa, 52,6 por mil en Chaco y 52,4 en Misiones) que casi duplican el total nacional.

Cuando se analiza el comportamiento de la TEFA 10-14 o temprana, se observa que, en once de las veinticuatro jurisdicciones, el valor se encuentra por encima del nivel nacional. La provincia de Formosa presenta la tasa de fecundidad adolescente temprana más alta, 4,1 por cada mil; mientras que en Tierra del Fuego no se registran nacidos vivos para ese grupo etario (DEIS, 2022). Junto a la provincia mencionada, en el norte de Santa Fe, Chaco, Misiones, Santiago del Estero se concentran las tasas más críticas de

fecundidad adolescente temprana, en directa correlación a un mayor peso de habitantes de pueblos originarios (Plan Enia, 2019a).

Debe señalarse además para comprender el fenómeno en Argentina, el peso de la provincia de Buenos Aires, que aporta un tercio (30,9%) del total de nacimientos de madres menores de 20 años (14.761 nacidos vivos en 2021) (DEIS, 2022).

Siguiendo a Plan Enia (2018) un aspecto por el cual el embarazo en la adolescencia merece especial atención es su carácter muy frecuentemente involuntario²⁹. Vale observar al respecto el cuadro 9.

Cuadro Nro. 9: Porcentaje de embarazo no planificado por jurisdicción. Año 2021.

Cuadro N° 22. Porcentaje de embarazos no planificados en población de 10 a 19 años en el total de embarazos en esa población, por jurisdicción. Año 2021

Jurisdicción	Embarazos no planificados en población de 10 a 19 años	Total de embarazos en la población de 10 a 19 años	% de embarazos no planificados en población de 10 a 19 años
TOTAL NACIONAL	18.840	27.268	69,1 %
Buenos Aires	5.892	8.239	71,5 %
Catamarca	166	239	69,5 %
Chaco	1.288	2.203	58,5 %
Chubut	126	181	69,6 %
Ciudad de Buenos Aires	540	720	75,0 %
Córdoba	953	1.299	73,4 %
Corrientes	315	487	64,7 %
Entre Ríos	673	1.085	62,0 %
Formosa	330	543	60,8 %
Jujuy	401	468	85,7 %
La Pampa	124	181	68,5 %
La Rioja	12	12	100,0 %
Mendoza	369	456	80,9 %
Misiones	1.554	2.426	64,1 %
Neuquén	288	414	69,6 %
Río Negro	107	181	59,1 %
Salta	1.559	1.889	82,5 %
San Juan	89	125	71,2 %
San Luis	202	303	66,7 %
Santa Cruz	1.556	2.828	55,0 %
Santa Fe	1.128	1.418	79,5 %
Santiago del Estero	76	102	74,5 %
Tierra del Fuego	16	28	57,1 %
Tucumán	1.076	1.441	74,7 %

Fuente: DNSSyR, Tablero de indicadores para la toma de decisiones, 2023.

Las últimas cifras disponibles muestran para el 2021, que un total de 27.268 menores de 20 años respondieron a la pregunta sobre si su embarazo había sido planificado o no: el 69,1 % de ellas respondió que su embarazo no había sido planificado. En 14 provincias dicho porcentaje está por encima del promedio nacional, de las cuales 7 son provincias priorizadas por el Plan Enia. La información muestra, además, que los embarazos no planificados en menores de 15 años representan un 84,3 % del total, superando a los de la población de 15 a 19 años (68,5 %) y a los de la población mayor de 20 años (55,8 %) (DNSSyR, 2022).

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

Evolución en la fecundidad adolescente

La evolución de las tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía antes presentada (incluyendo su disparidad territorial) se inscribe en un proceso socio-demográfico más amplio, relacionado con el hecho de que también la fecundidad global (no sólo la fecundidad en adolescentes) ha tenido una trayectoria descendente en Argentina³⁰. Entre los años 2014 y 2020, la tasa global de fecundidad experimentó una reducción del 34%, marcando un descenso sin precedentes desde que se comenzaron a registrar datos anuales de esta variable en el país. Este declive ha sido aún más pronunciado en el caso de las adolescentes, con una disminución del 55%, un dato de gran relevancia ya que, según lo observado previamente, la mayoría de los embarazos en estas edades son no planificados.

La transformación en la dinámica de la fecundidad a partir de 2014 ha sido fundamentada por las y los expertos como producto de una serie de factores interrelacionados. Por una parte, Rofman et al (2022) analizan los cambios en las preferencias y comportamientos sociales y culturales que, según su interpretación, han desempeñado un papel crucial en la transformación de la fecundidad. Sostienen que, a lo largo de la segunda década del siglo XXI, se observa un renacimiento del movimiento feminista en Argentina, conocido como la "cuarta ola". Este movimiento, que se centró en la lucha contra la violencia de género y la igualdad de género, también abordó cuestiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. La visibilidad lograda por movimientos como "Ni Una Menos" contribuyó a la difusión de información sobre métodos anticonceptivos, roles de género y autonomía de las mujeres, especialmente en plataformas de medios y redes sociales. Sostienen los autores que se observan más mujeres conscientes sobre su decisión y más empoderadas para tomarlas; es decir, más mujeres preocupadas por decidir cuántos hijos tener y cuándo y que también es probable que lo que se ve como una baja en la fecundidad adolescente

82

³⁰ El país experimentó una evolución decreciente en los niveles de fecundidad desde finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX. Sin embargo, esta tendencia se estancó en la segunda mitad del siglo pasado y solo mostró signos de reactivación, aunque moderada, a mediados de la década de los 90. Algunos hitos en esta evolución: para el año 1950, Argentina tenía la segunda tasa de fecundidad más baja, solo superada por Uruguay entre los países y territorios de América Latina y el Caribe; no obstante, en 2015, el país se encontraba en el puesto 33.

82

implique una postergación de la maternidad, dado que hoy observa una ligera alza en la maternidad en mujeres mayores de 30 años (p19).

Por otro lado, Ramos (2022) sostiene que las políticas que se implementan desde hace varios años en la Argentina contribuyeron al descenso de la fecundidad adolescente. La especialista destaca como uno de los principales impulsores de esta tendencia la ampliación en el acceso gratuito a los insumos anticonceptivos, en especial al implante subdérmico que desde el año 2014 se incorpora a la canasta de métodos anticonceptivos que distribuye en todo el país el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación³¹. La autora sostiene que la incorporación más reciente del misoprostol en la distribución de insumos de este Programa Nacional pudo haber contribuido también en la reducción del indicador, aunque no se cuenta aún medido su impacto.

El cambio drástico en la tendencia de fecundidad en Argentina, más aún a partir de 2014, puede atribuirse a una combinación de factores, incluyendo la mejora en el acceso a tecnologías anticonceptivas, los cambios en las preferencias y comportamientos sociales, el resurgimiento del movimiento feminista y la implementación de políticas públicas centradas en la educación sexual y los derechos reproductivos. Estos factores han convergido para crear un ambiente propicio para una reducción significativa en los niveles de fecundidad, especialmente entre los adolescentes.

Con foco en las políticas públicas, la propia Ramos (2022) jerarquiza el papel que han tenido en estos avances algunas otras políticas públicas sostenidas y fortalecidas en años recientes. Tanto el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) implementado desde el año 2006 por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina que incorpora la educación en temas de sexualidad en todos los niveles educativos, como el Plan Enia (a cargo de la SENAF hasta el 2019 y a partir de esa fecha bajo la órbita del Ministerio de Salud), lograron articular intervenciones territoriales

³¹ Esta medida inicialmente se centró en adolescentes de 15 a 19 años sin cobertura médica, residentes en áreas con tasas elevadas de fecundidad adolescente. Posteriormente, se expandió para abarcar a todas las mujeres de 15 a 24 años en todas las jurisdicciones.

tendientes a garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, tal como se verá en detalle en la siguiente sub-sección.

3.2 Plan Enia. Aspectos fundamentales ³²

El Plan Enia es la primera iniciativa de gran escala en el país para dar respuesta integral, con perspectiva de derechos³³ y enfoque de género, al problema del embarazo no intencional en Argentina. Diseñado durante el 2017, en base a evidencias y orientado a resultados, el Plan se fundamentó desde un inicio en un diagnóstico exhaustivo del problema, respaldado por análisis documentales y estadísticas oficiales que permitieron establecer una línea de base sólida, proyectar objetivos y metas precisas, y dar seguimiento al desempeño de la estrategia en su conjunto.

El desafío en la formulación era afrontar lo que la literatura denomina un “problema complejo”, como es el embarazo no intencional en la adolescencia, a partir de una cultura institucional y programática pre-existente, fuertemente sectorial y fragmentada en sus acciones desde el Estado nacional, con impacto directo en el modo en que dichas intervenciones se plasmaban en el territorio, incluyendo las propias acciones que podían estar llevando adelante las provincias. Ante este panorama, desde su propio diseño el Plan adoptó una modalidad intersectorial e interjurisdiccional que daba sustento institucional a la teoría de cambio establecida, articulando

84

³² Esta sección se basa en documentos del Plan ENIA (2019 a-h) y en los hallazgos del estudio UBA-UNICEF (2019). Todos los documentos técnicos y materiales relacionados con el Plan ENIA se pueden encontrar en el sitio web oficial: <https://www.argentina.gob.ar/planenia/documentos-enia>

³³ A la vez el Plan se sustenta en una base sólida de legislación y políticas públicas tanto a nivel nacional como provincial, Cuatro leyes nacionales específicas en prevención de embarazos adolescentes (Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, y Ley 26.150 de Educación Sexual) interconectan sus objetivos y constituyen una estructura legislativa sólida. El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2014) también otorga nuevas capacidades jurídicas a los adolescentes. En cuanto a las políticas públicas, programas como Educación Sexual Integral (ESI), Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) ya estaban en marcha, coherentes con el Plan. No obstante, el Plan representa un enfoque unificado y estratégico para abordar integralmente este problema, aprovechando la sinergia de la colaboración intersectorial e interjurisdiccional.

84

respuestas de políticas públicas preexistentes y promoviendo -y sustentándose en- un esfuerzo compartido entre los niveles de gobierno nacional y provincial

Teoría de cambio

La teoría de cambio en la que se basa el Plan Enia postula un conjunto de condiciones y procesos que, en forma articulada, activan y promueven resultados. Es una estructura causal que permite una lectura informada sobre la naturaleza y gravedad del problema, sus implicaciones y las estrategias de intervención que deben adoptarse para impactar en el problema. Se basó en los últimos datos disponibles al momento del diseño del plan (DEIS, 2015), momento en el cual el 15% de los nacimientos correspondían a madres adolescentes menores de 19 años y, alarmantemente, 7 de cada 10 adolescentes de entre 10 y 19 años declaraban no haber planificado ese embarazo (SIP-G, 2015). Frente a la magnitud de la problemática derivada del diagnóstico, el propósito central del Plan se orientó a reducir la incidencia de este fenómeno y abrir mayores perspectivas de desarrollo para las y los jóvenes en todo el país (Plan Enia, 2018).

Como parte de la construcción analítica del problema, el Plan reconoce que las/os adolescentes no acuden de manera espontánea a los servicios de salud, por lo que busca incentivar esta demanda mediante el acceso a información en consejerías de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en centros de salud. Además, se plantea mejorar la calidad de atención en dichos ámbitos para fomentar la asistencia y la recepción de una consejería adecuada y, en última instancia, la provisión de Métodos Anticonceptivos (MAC) según sus preferencias.

Dado que una considerable proporción de adolescentes argentinos está en entornos escolares, el Plan también enfatizó la importancia de ampliar y fortalecer el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) para garantizar la difusión de información sobre SSR, género, diversidad y derechos. Reconociendo que la ESI por sí sola no elimina las barreras de acceso a los servicios de salud, se propone -tal lo recién indicado la implementación de asesorías en salud integral en escuelas secundarias, donde profesionales capacitados brindan información actualizada sobre salud en un entorno escolar confidencial. Estas asesorías cuentan con mecanismos de derivación o referencia hacia los servicios de salud cada vez que es necesario.

El Plan Enia prevé que estas acciones, en conjunto con campañas de comunicación a nivel nacional, estimulen la participación de las/os adolescentes en los servicios de salud. Paralelamente, busca generar condiciones favorables en los centros de salud para facilitar el acceso de las/os adolescentes en espacios amigables y confidenciales de consejería en SSR, con énfasis en la dispensa de métodos anticonceptivos_ de Larga Duración. Dentro de esta estrategia, dos intervenciones institucionales cobran relevancia: i) la provisión y aseguramiento de los insumos adecuados; y ii) la sensibilización y capacitación de los equipos de salud para la mejora en atención de a las/os adolescentes y dispensa de métodos anticonceptivos.

Como puede observarse, esta teoría de cambio pone el foco en la población de adolescentes escolarizadas/os; no obstante, el Plan prioriza del mismo modo el segmento más vulnerable de adolescentes que se encuentra fuera del sistema educativo. Para abordar esta situación, el Plan previó asesorías en espacios comunitarios, facilitando su acceso a las prestaciones fortalecidas por el Plan en los servicios de salud.

En suma, la teoría de cambio del Plan puede sintetizarse del siguiente modo: frente a la magnitud del embarazo no intencional en la adolescencia, si se garantiza:

- que las y los adolescentes reciban contenidos de ESI (que involucran anticoncepción);
- un acceso facilitado a espacios individuales y grupales de asesoría en salud integral en la adolescencia (que incluyan salud reproductiva y anticoncepción);
- se remuevan barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes (reducidas a través de derivación oportuna desde asesores en escuelas y centros comunitarios) con turnos protegidos en los servicios de salud;
- se sensibiliza a profesionales y trabajadores de la salud que operan en la red de servicios públicos respecto al problema del embarazo adolescente y atentos a la posibilidad de mejorar la respuesta captando y resolviendo la demanda; y
- se fortalecen capacidades técnicas y operativas (en el nivel subnacional) para prevenir el abuso sexual, embarazo forzado y el acceso a IVE ILE mediante acuerdos interinstitucionales y protocolos de actuación.

las y los adolescentes se protegen del embarazo no intencional con métodos anticonceptivos (especialmente de larga duración), se previenen embarazos no intencionales y en efecto se reduce la tasa específica de fecundidad en la adolescencia.

Puesta en marcha

Retomando lo recién indicado, cabe resaltar que el Plan Enia es una estrategia integral e intersectorial que aborda el embarazo no intencional en la adolescencia a través de objetivos estratégicos y enfoques rectores claves sustentados en la teoría de cambio, con una arquitectura institucional que promueve la coordinación y colaboración entre diferentes áreas de gobierno y niveles territoriales. Su diseño se basa en un análisis profundo y en la incorporación de mejores prácticas internacionales para enfrentar este desafío social.

Bajo la rectoría de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), en el final de 2017, tras un período importante dedicado al diseño, se pone en marcha el Plan Enia integrando tres programas nacionales pre-existentes: el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” (Ministerio de Salud, creado en 2003), el “Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia” (Ministerio de Salud, creado en 2007) y el “Programa Nacional de Educación Sexual Integral” (Ministerio de Salud, creado en 2006).

Esta intervención con perspectiva integral y federal se planteó cuatro objetivos estratégicos³⁴, con líneas de acción específicas para cada uno de éstos. A saber:

87

³⁴ Estos objetivos estratégicos se basan en tres enfoques fundamentales, a saber: i) Enfoque de Derechos: El Plan ENIA considera la prevención del embarazo en la adolescencia como una salvaguardia del derecho a la salud sexual y reproductiva. Este derecho, reconocido en normativas nacionales e internacionales, es esencial para el disfrute de otros derechos fundamentales; ii) Enfoque de Transiciones: el Plan ENIA reconoce las distintas transiciones que atraviesan los adolescentes, como finalizar la educación media, iniciar la vida laboral y la vida sexual y reproductiva. Abordar estos momentos de transición de manera integral es esencial para forjar trayectorias de vida saludables y empoderadas; iii) Perspectiva de Género: el Plan ENIA coloca la perspectiva de género en el centro de su enfoque, reconociendo las relaciones de poder desiguales entre géneros. Autonomía y empoderamiento son pilares transversales del plan, promoviendo la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones informadas y desafiar relaciones de poder desiguales.

87

“i) Sensibilizar tanto a la población en general como a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y reducir los embarazos no intencionales en la adolescencia; ii) Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva, focalizando en la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones; iii) Empoderar a los adolescentes para la toma de decisiones informadas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; iv) Fortalecer políticas para prevenir el abuso y la violencia, y para facilitar el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente” (Plan Enia, 2018, p.33.)

El abordaje intersectorial de los objetivos estratégicos tuvo un correlato directo en la ya anunciada estructura institucional del Plan. La rectoría originariamente estuvo en SENAF³⁵, como ámbito con presupuesto propio y potestad para la toma de decisiones. Mientras el Plan estuvo bajo la órbita de SENAF, la coordinación entre programas involucrados se concentró en la Unidad Ejecutora Nacional, desde donde se tomaron las decisiones estratégicas sobre el rumbo del Plan y se articularon las acciones que dieron sustento al Plan.

A su vez esta UEN era conducida por una Coordinación general, de la cual dependían tres coordinaciones: i) técnica, ii) operativa y iii) administrativa. Bajo el período analizado, la coordinación general era ejercida por un funcionario de la propia SENAF, responsable político de la ejecución del plan en todos los sectores y niveles de gobierno involucrados.

Dependiente de esta estructura institucional, se desarrollaron diferentes ámbitos y grupos de trabajo. En materia de comunicación y asesoramiento se conformaron una mesa multiactoral de estrategia comunicacional y dos instancias de participación de la sociedad civil y el ámbito legislativo: Consejo Consultivo y la comisión de seguimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes. El primero, integrado por la Coordinación de Prensa y Comunicación y las áreas de los ministerios y programas involucrados en el Plan, tuvo a su cargo el diseño y la implementación de la

88

³⁵ En contexto del cambio de gobierno nacional (diciembre de 2019) el Plan pasó a la órbita del Ministerio de Salud, dependiendo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

estrategia comunicacional y de la campaña masiva de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, la cual se llevó a cabo en año 2018. Por su parte al Consejo Consultivo lo integran un colectivo³⁶ de organizaciones de la sociedad civil y del Sistema de Naciones Unidas que cumplen funciones de asistencia técnica y seguimiento de la implementación del Plan Enia. Cabe mencionar también el seguimiento por parte de la Comisión Bicameral del Defensor de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Congreso Nacional (Plan Enia, 2018, p 43-44.)

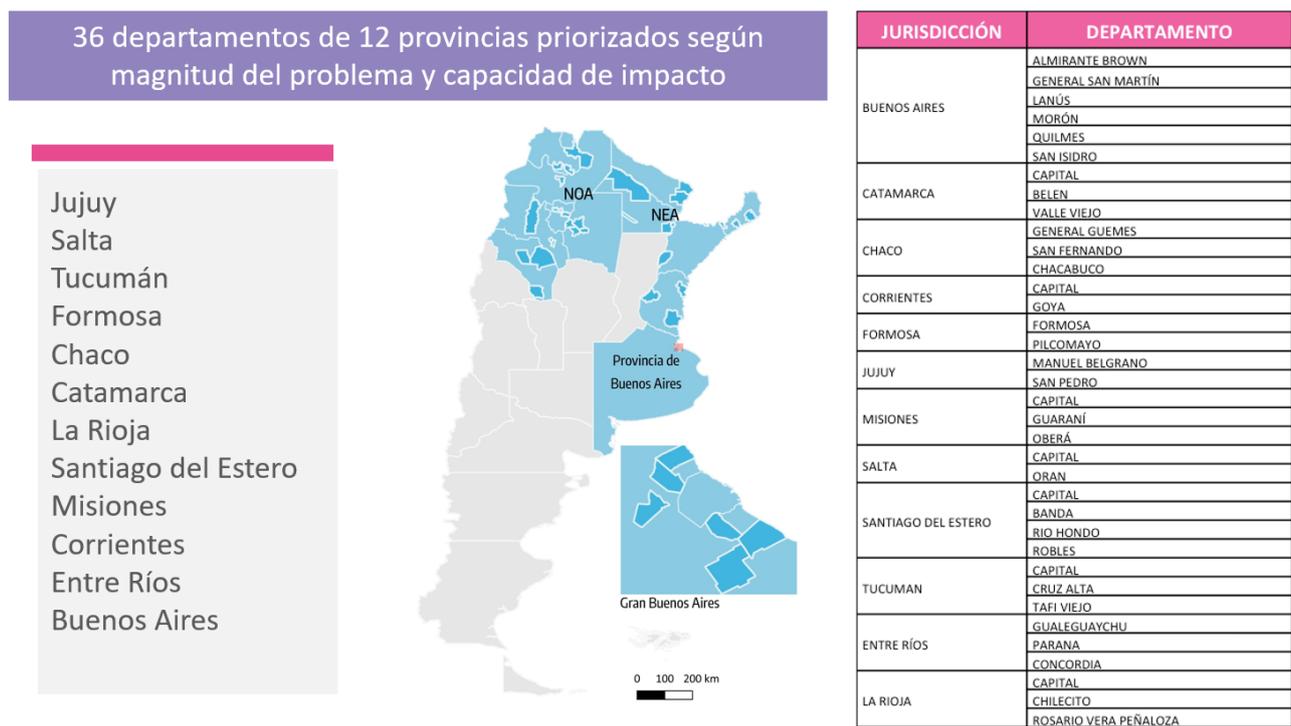
Como marco político de esta compleja institucionalidad, se previó “una Mesa Estratégica integrada por las Secretarías de Estado³⁷ de las que dependen los programas y áreas que integran el Plan y que constituyen, a su vez, las intervenciones clave a nivel territorial” (Plan Enia, 2019d, p.42). Esta instancia brinda las condiciones político-institucionales para la gestión estratégica de los programas involucrados, a nivel provincial y recurriendo también a los respectivos Consejos Federales.

Transitando desde su diseño institucional a su despliegue territorial, es menester señalar que el Plan Enia opera en 34 departamentos de 12 provincias, seleccionadas por su mayor incidencia del embarazo en la adolescencia y concentrar el 50% de la población adolescente de cada provincia.

³⁶ Las organizaciones son: Asociación Argentina de Educadoras/es Sexuales; Asociación Médica Argentina de Anticoncepción; Asociación Metropolitana de Equipo de Salud; Amnistía Internacional; Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Centro de Estudios de Población; Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento; Equipo Latinoamericano de Justicia y Género; Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Ambliopes; Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer; Federación de Obstétricas de la República Argentina; Fundación Huésped; Grupo FUSA; Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, UBA; Instituto de Investigaciones Gino Germani; Fundación Kaleidos; Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad; Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil; Sociedad Argentina de Pediatría (Comité Nacional de Adolescencia); Surcos Asociación Civil; UNFPA y Unicef Argentina.

³⁷ Ellas son: la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, que ejerce la coordinación y la rectoría del Plan; la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y la Secretaría de Innovación y Calidad Educativa del Ministerio de Educación de la Nación.

Cuadro Nro. 10: Provincias priorizadas por el Plan ENIA y departamentos seleccionados. Año 2022.



Fuente: Presentación base Plan Enia (2020)

En estos territorios priorizados, el Plan opera mediante diversos dispositivos y modalidades:

- **Educación Sexual Integral en Escuelas:** esto incluye capacitación presencial para docentes (10% de los docentes de ciclo básico en cada escuela de la unidad de intervención) y talleres ESI con adolescentes. Además, se brinda un acompañamiento institucional permanente mediante un Acompañante Pedagógico (AP) por escuela, quien apoya la gestión de la ESI en las escuelas.
- **Asesorías en Salud Integral en Escuelas y Servicios de Salud:** se llevan a cabo en la escuela una vez por semana y en el centro de salud dos veces por semana. Estas asesorías son espacios confidenciales de consulta que ofrecen orientación a las/os adolescentes en sus inquietudes y facilitan el acceso a recursos de salud. También se garantizan turnos protegidos para una atención adecuada.
- **Fortalecimiento de la Oferta en Salud Sexual y Reproductiva:** este dispositivo se enfoca en brindar consejería en salud sexual y reproductiva, y eventualmente proporcionar métodos anticonceptivos de forma gratuita. Las intervenciones incluyen la disponibilidad de MAC en los servicios de salud, la capacitación continua a los equipos de salud en unidades de

intervención del Plan y la capacitación en servicio para temas específicos como la interrupción legal del embarazo.

- **Dispositivo de Base Comunitaria:** Este dispositivo opera a nivel comunitario con el propósito de identificar, convocar, brindar información, asesoramiento y acercar a los servicios de salud a aquellas/os adolescentes que no están en la escuela. Los Asesores de la Comunidad trabajan en colaboración con organizaciones locales para facilitar el acceso de las/os adolescentes a los servicios de salud, incluso estableciendo presencia física en lugares que permitan el contacto directo.

La interfase entre lo institucional y la gestión en los departamentos seleccionados se sustenta en Equipos Focales Territoriales Intersectoriales en 11 de las 12 provincias priorizadas³⁸, responsables de coordinar las acciones (a nivel nacional y departamental), elaborar planes operativos, realizar seguimientos y mantener registros.

Principales avances y logros en el período analizado (2017 -2019)

El Plan Enia comenzó oficialmente sus actividades en los 36 departamentos seleccionados de las 12 provincias priorizadas (NOA, NEA y PBA) en diciembre de 2017. Durante el año 2018, desplegó su estructura institucional, se elaboraron los planes operativos para cada provincia y se dio marcha a los dispositivos previstos: ESI, asesorías en salud integral en la adolescencia en escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios, y fortalecimiento en el acceso a la salud sexual y reproductiva (que incluye a la línea de aseguramiento de insumos anticonceptivos de larga y corta duración, las consejerías en salud sexual y reproductiva, y la provisión de métodos anticonceptivos)

A continuación, se destacan muy sintéticamente, los principales avances y logros que tuvieron lugar en el período analizado (2017-2019).

91

³⁸ En el período analizado, la provincia de Formosa no había logrado constituir el EFTI. El Plan funcionaba únicamente con el dispositivo de Salud Sexual y Reproductiva, sin presencia de ESI ni asesorías en salud integral en la adolescencia.

- La gestión del Plan a través de la figura institucional de la Unidad Ejecutora Nacional (UEN), integrada por representantes de Educación, Salud y Desarrollo social, representada por SENNAF y los programas nacionales: DNSSYPR; PNSIA y ESI. La vigencia de la reunión semanal de la UEN del Plan como escenario para definiciones técnico-políticas.
- La adhesión al Plan de las 12 provincias priorizadas a través de la firma de convenios interministeriales entre salud, educación y desarrollo social provinciales con la SENAF.
- La definición y puesta en marcha de un plan operativo nacional y 12 planes operativos acordados intersectoriales.
- Contratación de 1100 agentes del Plan priorizando el nivel subnacional (sólo un 10% de éstos a nivel central).
- Se ha diseñado e implementado un total de 4 cohortes del Curso Virtual de inducción para las y los agentes del Plan “Prevención del Embarazo No Intencional” con una aprobación de 1034 profesionales (72% de los inscriptos).
- La puesta en marcha del SIM, con la presentación de resultados frente a la UEN y entrega de informes y otros productos (base de aseguramiento de insumos, tableros de seguimiento para cada provincia, entre otros).
- La conformación de un área de gestión del conocimiento a cargo de la Coordinación Técnica que comprende entre otros: i) la elaboración de documentos técnicos³⁹ sobre diferentes temáticas vinculadas al embarazo no intencional en la adolescencia; ii) la publicación interna, (exclusivamente para las/os agentes del Plan) de ediciones mensuales del periódico

92

³⁹ Documento Base Plan Enia/ Documento Técnico No 2. Modalidad de intervención y dispositivos, julio de 2018/ Documento Técnico No 3. El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad, 2019/ Documento Técnico No 4. Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico, 2019/ Documento Técnico No 5. El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina, 2019. Documento Técnico No 6/ Monitoreo, 2019; Documento Técnico No 7/ Acceso a la justicia, noviembre de 2019; Documento Técnico No 8/ Embarazo adolescente en la escuela, 2019/ Sistematización del Plan Enia; 2019/ Otras publicaciones orientadas a fortalecer los dispositivos, en ESI: Educación sexual integral El embarazo no intencional en la adolescencia. Contenidos de Educación Sexual Integral. Propuestas para el aula. Nivel Secundario, mayo de 2018/ Educación Sexual Integral para Educación Secundaria I. Contenidos y propuestas para el aula, 2010/ Educación Sexual Integral para Educación Secundaria II. Contenidos y propuestas para el aula, 2012/ Asesorías en las escuelas Asesorías en Salud integral en Escuelas Secundarias, julio de 2018/ Asesorías en Salud integral en Escuela Secundaria. Lineamientos para la implementación, julio de 2018. Salud sexual y reproductiva Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo, septiembre de 2010/ Experiencias para armar. Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva, noviembre de 2015. Derechos Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud, 2018/. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, junio de 2010. Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud, 2015/

92

Enia con noticias sobre el avance; iii) la coordinación de la asistencia técnica para mejorar la gestión y sustentabilidad del Plan, entre éstos: UNFPA; UNICEF; PNUD; BID; FCE-UBA; SIEMPRO; Ministerio de Modernización; Presidencia de la Nación.

- El establecimiento de un Consejo Consultivo del Plan: integrado por 23 organizaciones de la sociedad civil de trayectoria en la temática y del sistema de Naciones Unidas.
- La realización de dos jornadas de incidencia (Salta y Entre Ríos) para instalar la temática de abuso sexual y embarazo forzado y testear el diseño del dispositivo para su abordaje (cuarto objetivo del Plan).

En efecto, estos logros también pueden ser leídos desde la información que produce el SIM de Enia, a saber, los principales resultados del período fueron:

Cuadro Nro. 11: Principales resultados por dispositivo del Plan Enia, período 2018-2019.

<p>Educación Sexual Integral (ESI):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.662 escuelas (91% de las escuelas previstas) apoyadas en la gestión con acompañantes pedagógicas/os. • 68% de las escuelas bajo Plan logran cumplir con la meta de capacitar 10% de su plantel docente frente a curso (13.046 docentes). • 84% de las escuelas cuenta con al menos un docente capacitado. • 74% de los estudiantes a cubrir (primero a tercer año) participan de las actividades de la cartilla ESI-ENIA. 	<p>Asesorías en salud integral en escuelas y servicios de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.656 dispositivos asesorías, 1.115 en escuelas y 481 en servicios de salud; cubriendo un 86 % de las escuelas y un 92% de los servicios de salud previstos como meta para este dispositivo. • 101.870 adolescentes asesorados (de los cuales un 31% es referido o derivado a un servicio de salud mediante el sistema de turnos protegidos); representando un 20% promedio de la matrícula de estudiantes de las escuelas bajo plan. • Una media de 9.000 asesoramientos y 6.300 adolescentes asesorados mensuales.
<p>Asesorías de base comunitaria (DBC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 344 dispositivos de asesorías inaugurados en espacios comunitarios. • Se realizan múltiples encuentros y talleres de promoción de la salud sexual en la adolescencia. • 12.342 adolescentes asesorados de los cuales 23% fue referenciado a servicios de salud. 	<p>Dispositivo de salud sexual y reproductiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 115.450 métodos de larga duración (implantes subdérmicos y DIU) distribuidos en el período analizado. • 58.318 métodos de larga duración dispensados a menores de 20 años, un 33% de la población objetivo a cubrir en el período 2018-2020. • 50% de esta dispensa ocurrió en hospitales, un 40% en primer nivel de atención y menos del 10% en otras localizaciones: equipos territoriales, centros de integración social u otros ámbitos. • 60% de la dispensa ocurre en menores de 20 años, población objetivo del plan, un 30% se concentra en el grupo de mujeres de 20 a 24 años, el 10% restante en el grupo de 25 y más. • 42.522 LARCs dispensados a otros grupos de edad, en su mayoría entre 20 y 24 años, como externalidad positiva del Plan.

Fuente: elaboración propia en base a reportes de monitoreo Plan Enia enero 2018- marzo 2020.

El seguimiento sistemático de los resultados que generan las políticas públicas en la Argentina tiene aún un largo camino por recorrer. No obstante, como queda planteado por el conjunto de

información recién provista para el período 2017-2019 del Plan Enia, se está ante una intervención estatal que hizo de la información y el monitoreo uno de sus aspectos críticos. Esto constituye, sin duda, uno de los activos a resaltar, razón por la cual es fundamental centrar a continuación la atención en el desarrollo y puesta en marcha del SIM del Plan.

3.3 Descripción del SIM

Como se dijo anteriormente, el diseño del Plan se basó en evidencia. Surge del marco conceptual presentado en el Capítulo 1, entender los sistemas de información social como estructuras de datos que responden principalmente a las necesidades y demandas de intervenciones del complejo y amplio campo de las políticas sociales (Van Hemelryck, 2021), en el cual el Plan Enia se inscribe. En este marco, resulta crítico integrar la función de monitoreo de los programas sociales, que tiene como objetivo recopilar información de forma sistemática a fin de mejorar la efectividad de las intervenciones, sus resultados e impactos.

Desde esta perspectiva, los SIM en tanto confluencia de información y monitoreo se transforman en un instrumento crítico al servicio de las políticas públicas orientadas a resultados, en cuanto que, a partir de ellos, es posible generar evidencia valiosa para la toma de decisiones de todo el proceso por el cual aquellas atraviesan, en particular en sus fases de diseño e implementación.

En otras palabras, los SIM son un conjunto de herramientas, datos estadísticos, personal capacitado, equipos informáticos, comunicaciones y procedimientos organizados que trabajan integrados para capturar, registrar, analizar y presentar información de manera útil para apoyar la toma de decisiones en la implementación de las políticas y en efecto, explicar cuáles fueron o serán sus resultados e impactos.

Centrando la atención en el SIM del Plan Enia, cabe subrayar de entrada algunos aspectos altamente relevantes que hacen a su construcción político-institucional, pero también técnico-operativo. Dado el respaldo político de la Mesa Estratégica integrada por las Secretarías Nacionales, se logró desde un inicio activar el apoyo del Ministerio de Modernización, que brindó asistencia

técnica y aportó infraestructura TICS para el diseño del tablero de información estratégica (TIE) y la geolocalización de su información.

A partir de la alta relevancia que se le dio a la evidencia en la formulación e implementación del Plan, entre las responsabilidades que se previeron para la Unidad Ejecutora Nacional del Plan (UEN), se definió la de “desarrollar, con base en las capacidades preexistentes, un sistema de información y monitoreo”, así como la de “recibir y procesar la información provincial que sea pertinente para monitorear la gestión operativa del Plan, resolviendo, de modo particular o agregado, aquellas situaciones que estén a su alcance, o derivando a la mesa estratégica (ME) las cuestiones que lo requieran, por su complejidad y/o escala” (Plan Enia, 2018, p.43).

Para poder plasmar el tipo de responsabilidades recién indicadas, se conformó un grupo de trabajo de monitoreo y evaluación dirigido al diseño y puesta en marcha del SIM. Dependiente de la UEN y de la Coordinación Técnica, dicho grupo se integró originalmente por referentes de monitoreo y evaluación de cada uno de los programas y áreas intervinientes: Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF).

Este grupo inició sus actividades simultáneamente a la elaboración de los planes operativos del Plan Nacional; acompañando también los respectivos planes operativos provinciales. En relación con la teoría de cambio del Plan, el GTME tuvo como primera misión integrar y/o generar información (cualitativa y cuantitativa) de diferentes fuentes, la cual fue volcada – como se explica en la subsección siguiente - en un tablero de información estratégica (TIE). Este diseño intersectorial desde el minuto inicial permitió vincular lógicas y saberes sectoriales, a la vez que potenciar una visión integral en el monitoreo de las intervenciones, tal como el Plan y su SIM requerían.

Desarrollo de un sistema de información o tablero de información estratégica (TIE)

Una vez diseñada esta política pública y aprobada a través de la Resolución Nro. 1790 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, el Plan se propuso disponer de un diagnóstico pormenorizado de

los territorios a intervenir, así como de las y los adolescentes a ser atendidos. Esto, a los efectos de iniciar la planificación operativa nacional y de cada una de las provincias,

El objetivo central de estos diagnósticos fue disponer de información sociodemográfica, territorial, institucional y de mapeo de actores de las provincias priorizadas. Desde el punto de vista de la planificación, estos diagnósticos contribuyeron a: i) tomar decisiones en torno a dónde enfocar las primeras acciones del plan: ¿cuáles son los departamentos de mayor peso demográfico?, ¿cuántos son y dónde se ubican o concentran los efectores de primer nivel de atención?, ¿y las maternidades en cada departamento?, ¿con cuántas escuelas públicas del nivel medio se cuenta por tipo y rama en los departamentos priorizados?, ¿cuál es la matrícula o población escolar por escuela y según ciclo (básico u orientado)?, ¿dónde es más grave el problema del embarazo no intencional?; ii) construir el dispositivo institucional del Plan: esta información expresada en un mapa permitió diseñar un primer esquema del dispositivo asesorías (que vincula un servicio de salud a tres escuelas secundarias); y iii) establecer acuerdos sobre las fuentes de información que se utilizarían para orientar las decisiones del Plan en cada una de las provincias.

En forma paralela a la integración de esta información el grupo específico de monitoreo elaboró un Tablero de Información Estratégica (TIE) donde se sistematizó dicha información cuantitativa relevante. Este tablero se conformó con tres diferentes componentes. El primero de ellos es de diagnóstico, que contiene, por provincia y departamentos seleccionados por el Plan, los siguientes indicadores y fuentes de interés a los efectos de contar con un estado de situación de cada territorio a intervenir, a saber:

- **Proyecciones poblacionales (Fuente: INDEC):** son un insumo básico para el cálculo de la tasa específica de fecundidad en la adolescencia. Se presentan por grupos de edad con desagregación por Departamento. Se utilizaron proyecciones poblacionales en base al censo de 2010, con ajustes realizados por Jefatura de Gabinete de ministros en 2015.
- **Estadísticas sobre fecundidad (Fuente DEIS):** el recurso utilizado es Estadísticas Vitales- Informe Estadístico de Nacido Vivo, el cual produce información sistemática y continua sobre los nacidos vivos que se registran en la Argentina, a partir de la utilización de datos administrativos. Las variables que se consideran de esta operación estadística son: i) Fecha de nacimiento; ii) Peso al nacer; iii) Lugar geográfico de ocurrencia; iv) Edad de la madre; v)

Lugar geográfico de residencia; vi) número de hijo. A partir de esta información, se calculan las tasas de fecundidad específica en la adolescencia temprana (TEFA 10-14) y tardía (TEFA 15-19). El nivel de desagregación es hasta departamento administrativo. El TIE cuenta con dicha información desde el año 2015 (línea de base establecida en el diseño del Plan)⁴⁰.

- **Embarazo no Intencional (SIP-G):** la categoría de “no planificado” utilizada por el Sistema Informático Perinatal (SIP) es un indicador que complementa la definición de fecundidad adolescente y permite calcular la Tasa de embarazo no planificados sobre el total de embarazos. Este indicador refleja la planificación familiar e, indirectamente, la efectividad de los dispositivos del Plan, en especial de las consejerías de salud sexual y reproductiva. También de este recurso estadístico se utiliza la tasa de no uso de MAC en embarazos no planificados, la que se calcula como porcentaje de no uso de_ anticonceptivos / total embarazos no planificados. Este indicador muestra la tasa de ausencia de uso de MAC en aquellos embarazos no planificados y en forma indirecta la no planificación familiar.
- **Sistema público de salud (Fuentes: Secretaría de Gobierno de Salud, CUS Medicamentos; Programa Sumar; SIP)** permitió componer un listado codificado de servicios de salud como parte del TIE (también en versión mapa digital). Componer esta información fue crítica para el diseño de los dispositivos territoriales del Plan que requerían articular un servicio de salud con tres escuelas.
- **Sistema público de educación (Fuentes: Ministerio de Educación, Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa):** además de componer el listado de escuelas secundarias estatales, estimación de docentes frente a curso y matrícula de cada establecimiento, este recurso permitió estimar la población no escolarizada o fuera del sistema educativo por cada departamento.
- **Otras estadísticas y encuestas nacionales:**
 - Beneficiarias/os AUH (Fuente: ANSES): varones y mujeres del rango de edad objetivo del Plan.

97

⁴⁰ En cuanto a la calidad de la cobertura del Informe Estadístico de Nacido Vivo, un estudio de años atrás (DEIS; UNICEF, 2017) concluyó que el análisis de la cobertura del registro de nacimientos tiene una cobertura alta y se perfila como el instrumento más idóneo y confiable para la producción de información y la elaboración de indicadores sobre estadísticas vitales.

Pruebas Aprender: (Fuente: Ministerio de Educación, 2017): desempeño educativo varones, mujeres, estudiantes embarazadas.

Por regiones con presencia del Plan:

Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: (Fuente: INDEC, 2013): principalmente los recursos: i) conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos; Prácticas sexuales y comportamientos de riesgo.

Encuesta Nacional de jóvenes (Fuente: INDEC, 2014): situación laboral y empleo juvenil; acceso a la educación y formación.

Un segundo componente del TIE estuvo integrado por una **base de aseguramiento de insumos (BAI)**, donde se registran por provincia y departamento, las cantidades efectivamente remitidas de los métodos anticonceptivos de corta y larga duración desde la Secretaría de Salud Nacional a los depósitos provinciales, y desde éstos, a los servicios de salud. Por otra parte, también se registra, por provincia y departamento, la población objetivo a cubrir, y la dispensa efectiva de métodos anticonceptivos (únicamente de larga duración). Una vez en marcha el plan, esta sección del sistema de información se convirtió en la herramienta de seguimiento de la estrategia de aseguramiento de insumos del Plan.

Finalmente, el tercer componente del TIE está destinado al **mapa de agentes territoriales**. Por provincia y departamento y por cada dispositivo o programa del Plan, este registro se compone colaborativamente entre SIM central y los/as referentes EFTI de cada sector. Aquí se sistematiza la institucionalidad territorial del Plan, es decir, los nodos de asociaciones entre escuelas, servicios de salud de primer nivel y centros comunitarios, a los que se les asignan agentes territoriales de cada dispositivo (Plan Enia, 2019. p17).

Enfoque y objetivos del monitoreo

Cabe destacar que el principal desafío del monitoreo del Plan (incluyendo aspectos críticos del relevamiento de información), fue su carácter intersectorial y subnacional. Esto implicaba el reto de conseguir, registrar y dar seguimiento a una diversidad importante de intervenciones distribuidas

en las áreas de niñez y adolescencia, salud, y educación, en tres niveles de gobierno: nacional, provincial y local.

Así, desde el inicio y en simultáneo con la elaboración de los planes operativos, se definió la relevancia de tomar como punto de partida los aprendizajes en materia de monitoreo y evaluación de las áreas y programas involucradas, no sólo sumando a sus referentes en el Grupo de Trabajo del SIM, si no también considerando los registros administrativos y monitoreo preexistentes, a fin de fortalecerlos y ampliarlos para relevar la nueva información que el Plan, en su abordaje intersectorial, requería.

La formulación del SIM se hizo bajo la premisa de que el monitoreo de una política pública debe producir una doble “bajada a terreno” de la teoría de cambio: por un lado, formal, que va de la definición de conceptos abstractos a la construcción de indicadores empíricos o fácticos medibles; y por el otro lado, una bajada operativa, que va desde el diseño de las intervenciones al registro de su desarrollo real y concreto en los ámbitos institucionales que corresponden.

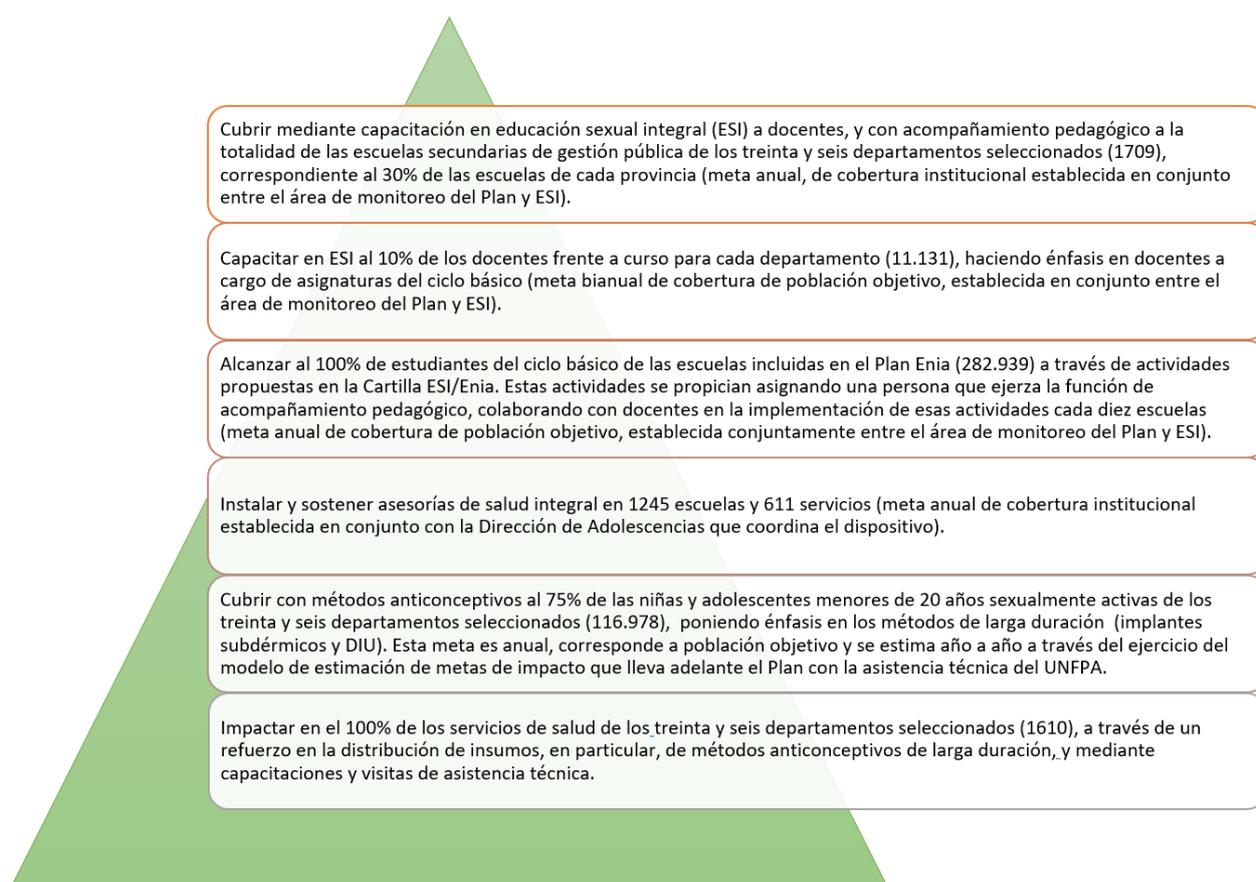
En efecto, para dar cuenta de estos diferentes procesos, fue necesario un complejo sistema que estableciera un punto de partida (línea de base) y un escenario esperado de llegada (metas de impacto) y que, a la vez, permitiera registrar los desarrollos particulares de cada una de sus intervenciones (o dispositivos) en cada lugar específico durante el proceso de implementación y evaluación (procesos, productos y resultados).

Aunque en los hechos estas diferentes líneas y niveles del monitoreo estuvieron indisolublemente asociadas, aquí se abordan por separado la construcción de una línea de base y el establecimiento de metas de impacto y cobertura por un lado y la elaboración de indicadores y herramientas para el registro y seguimiento de los procesos por el otro.

Para delinear sus acciones, el SIM estableció una línea de base construida sobre múltiples variables. En función de ésta, se elaboraron las metas de cobertura esperadas en cuanto a la cantidad de embarazos no intencionales en adolescentes a evitar, e impactar sobre la reducción de la tasa específica a partir de la implementación del Plan. Se establecieron metas de cobertura efectiva para cada uno de los dispositivos con diferentes períodos, algunas metas con carácter anuales, otras

bianuales, unas de cobertura institucional (escuelas o servicios de salud), otras involucran población objetivo (estudiantes en escuelas o adolescentes a las que se llega con métodos anticonceptivos). Indicado lo anterior, lo relevante a efectos de este trabajo es reconocer que la implementación del Plan estuvo orientada desde sus inicios al cumplimiento de metas concretas, que permitiesen evaluar el desempeño del Plan, midiendo cómo funcionaban cada uno de los dispositivos. A saber:

Cuadro Nro. 12: metas del Plan Enia período 2018-2019



Fuente: elaboración propia en base a sistematización del Plan Enia, desafíos, logros y recorrido.
Una matriz de indicadores apropiada

A efectos de dar seguimiento del Plan a nivel global, y lograr captar la instalación y despliegue de la institucionalidad intersectorial del Plan en los departamentos priorizados, resultó imprescindible hacer una selección equilibrada de aquellos indicadores que resultasen más sencillos de construir, que se pudiesen obtener con una frecuencia acorde a lo que se pretendía medir, y que permitieran hacer visible la dinámica propia del proceso de implementación de esta política pública.

A continuación, se sintetizan los principales indicadores utilizados para medir el avance respecto de las metas fijadas según cada dispositivo. Posteriormente, se describirán los circuitos y actores responsables de la generación, consolidación y análisis de los datos, y de la producción de informes para su difusión entre las diferentes personas destinatarias.

Para monitorear y evaluar el desarrollo de estos dispositivos, el SIM elaboró diversos tipos de indicadores:

- **indicadores de desempeño del sistema de monitoreo y evaluación**, que permiten mensurar en qué grado dicho sistema logró dar seguimiento y registrar la información necesaria para cada indicador que lo compone (monitoreo del monitoreo).
- **indicadores de proceso**, que muestran las condiciones generadas por el Plan para llegar a su población destinataria.
- **indicadores de resultado**, que dan a conocer número y/o características de las acciones efectivamente realizadas por el Plan con la población objetivo.
- **indicadores de cobertura** de metas, que muestran en qué grado el Plan alcanzó sus metas en relación con la población objetivo y a las instituciones involucradas en los diferentes dispositivos (escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios).

Algunos de los **indicadores elaborados** para cada uno de los dispositivos fueron:

Para el dispositivo **Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral (ESI)**, entre sus indicadores de proceso se encuentran:

- Docentes que recibieron capacitación en la Cartilla ESI Enia: “Embarazo no intencional en la adolescencia. Propuestas para el aula”, en las escuelas seleccionadas por el Plan.
- Escuelas acompañadas por Acompañantes Pedagógicos.
- Escuelas con estudiantes que participaron en (o recibieron) actividades Enia (Ciclo Básico o Ciclo de Orientación).
- Acompañantes Pedagógicos contratados para ESI.
- Escuelas con al menos 1 docente que recibió capacitación.

Su indicador de resultado expresa:

- Adolescentes de ciclo básico que recibieron contenidos de ESI por parte de docentes capacitados en la Cartilla, en escuelas intervenidas por el Plan.

Para el caso de los dispositivos de **Asesorías en Salud Integral para Adolescentes en Escuelas**, en sus diferentes escenarios y modalidades, los indicadores de proceso consignan:

- Dispositivos de asesorías en escuelas, efectores de salud, espacios comunitarios y virtuales.
- Asesoramientos individuales y grupales.
- Docentes participantes en talleres.
- Acciones de sensibilización y otras intervenciones.
- Actividades de convocatoria.

Y como indicadores de resultado considera:

- Adolescentes que recibieron asesoramientos individuales y grupales.
- Asesoramientos referenciados a servicios de salud.
- Participantes en talleres, acciones de sensibilización y otras intervenciones.
- Personas participantes en actividades de convocatoria.

Para el dispositivo **Fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva**, los indicadores de proceso definidos fueron:

- Centros de salud con equipo territorial de salud asignado.
- Capacitaciones a efectores de salud, por modalidad y por temática.
- Equipos territoriales de salud capacitados, por perfil profesional.

Y los indicadores de resultado registran:

- Adolescentes con LARC (implantes subdérmicos y DIU) dispensados, por grupo de edad.
- Adolescentes que recibieron LARC, por momento de colocación (AIPEO) y grupo de edad.

Como se observa en este listado sintético, los “resultados” tienden a consignar acciones y/o personas incluidas de manera directa en los objetivos estratégicos del plan, mientras que “procesos” se asocian a la generación de condiciones de posibilidad para el logro de aquellos objetivos.

Dicho esto, es importante entender que, lo que se considera un indicador de proceso en un determinado contexto, puede ser un indicador de resultado en otro. Así, el número de equipos o profesionales que recibieron capacitación en temáticas de salud sexual o embarazo no intencional en un centro de salud o una escuela –entendidos como indicadores de proceso pueden ser considerados indicadores de resultado por cada uno de los Programas que integran el Plan.

Cabe señalar que la información para el armado de estos indicadores es recopilada en las localizaciones donde se efectuó la prestación (escuela, servicio de salud, centro comunitario). También resulta importante destacar que la matriz de indicadores fue producto del consenso entre los programas y la UEN, instancias que en conjunto decidieron su validación en función de las capacidades existentes y sus posibilidades de desarrollo en el corto y mediano plazo, dentro de las acciones del Plan.

En cuanto al impacto, más complejo de identificar y medir, en el marco de una asistencia técnica de UNFPA_LACRO se avanzó en el macro del SIM en un [Modelo de Estimación de Metas](#) de Impacto (MEMI). Se trata de una herramienta cuantitativa de planificación que permite realizar una evaluación anticipada de las intervenciones tendientes a prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia y, posteriormente, monitorear su nivel de desempeño e impacto. Mediante diferentes hipótesis de intervención –formuladas según el tipo y cantidad de métodos anticonceptivos entregados o colocados a adolescentes menores de 20 años y la realización de actividades de Educación Sexual Integral (ESI) con contenidos de anticoncepción (variables independientes)–, cuantifica su posible impacto en los niveles de cobertura efectiva con métodos anticonceptivos modernos, embarazos no intencionales prevenidos y tasa de embarazo no Intencional -TEANI (variables dependientes).

El modelo funciona en base a información producida por el SIM del Plan Enia. Sus “variables independientes”, no son más que productos de las intervenciones del propio Plan:

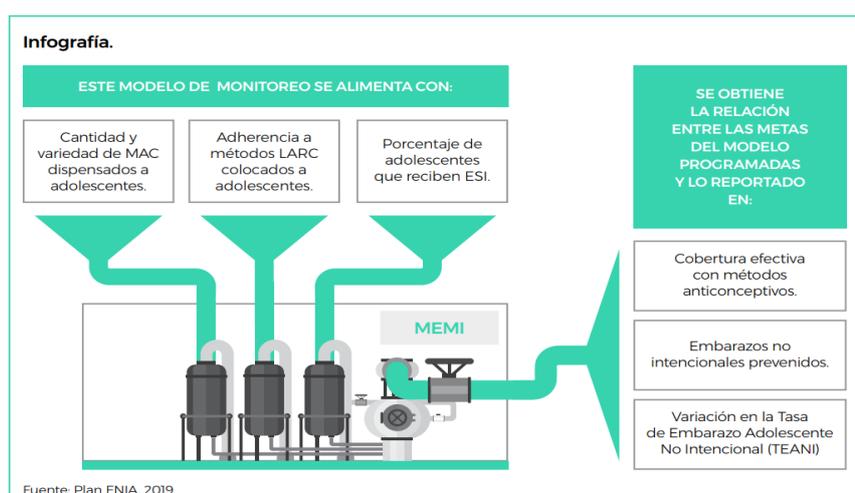
- cantidad y variedad de los diferentes métodos anticonceptivos modernos dispensados a la población objetivo en la red pública de servicios de salud.
- porcentaje de adolescentes que reciben Educación Sexual Integral (ESI) donde se incluyen contenidos educativos sobre métodos anticonceptivos modernos en el currículo de educación secundaria.

Los resultados que se obtienen del MEMI, llamadas “variables dependientes” son dos nuevos indicadores de resultados:

- La Cobertura Efectiva de Métodos Anticonceptivos Modernos, es decir, las adolescentes efectivamente cubiertas.
- La “dispensación de MAC con previa consejería, adecuada en calidad”. A la cifra básica de MAC dispensados se la corrige de acuerdo con la eficacia clínica de cada método (ej.: un implante tiene mayor eficacia clínica que las pastillas) y también de acuerdo con la adherencia que se observa anualmente para dicho método (ej.: los métodos de larga duración logran mayor adherencia que aquellos que se administran diaria o periódicamente).
- Los embarazos no intencionales prevenidos se vinculan a las adolescentes efectivamente cubiertas con MAC.

Finalmente, como seguimiento del indicador de impacto de Enia, se monitorea la evolución de la Tasa de embarazo no Intencional –TEANI, que se define como la cantidad de embarazos adolescentes no intencionales por cada 1.000 mujeres menores de 20 años.

Cuadro Nro. 13: Modelo de Estimación de Metas de Impacto (MEMI)



Fuente: Plan Enia, 2019.

Es fundamental entender que los datos con los que se elaboran los insumos para el MEMI (métodos dispensados y actividades de ESI realizadas) se generan en cada uno de los efectores de salud (Centros de primer nivel y hospitales) de las localidades y provincias que participan del Plan, así como en cada establecimiento educativo seleccionado en estos mismos lugares.

Por eso, se señalaba anteriormente que, aunque se los presente de manera separada, están asociados en la tarea de monitoreo y evaluación. En suma, MEMI fue una herramienta muy útil, dado que permitió predecir el impacto esperado a nivel de país, una provincia, departamento, servicio de salud y todo el plan en su conjunto.

Establecidos los indicadores, se definieron instrumentos que permitieran un registro sistemático y riguroso de la información primaria. Esto implicó brindar capacitaciones a la totalidad de agentes del Plan –en modalidad presencial y virtual– sobre la carga de datos en los instrumentos de recolección (entre otros, formularios online y planillas de cálculo), su posterior actualización, los circuitos de la información y otras tareas de seguimiento asociadas al SIM.

Circuito, actores y funciones del monitoreo

Como describe el documento específico, el SIM presenta una estructura dependiente de la coordinación técnica, integrada por agentes territoriales, equipos por cada una de las provincias y el nivel nacional (referentes de las áreas de monitoreo de cada programa) como las y los responsables de llevar adelante las funciones y proceso del SIM (Plan Enia, 2019c, p.17). La infografía que sigue permite ver el proceso participativo en la implementación del SIM.

Cuadro Nro. 14: Proceso de monitoreo



Fuente: Plan Enia, 2019.

El proceso se inicia en los dispositivos territoriales de las escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios, donde se entregan las prestaciones del Plan. Allí, agentes territoriales de cada dispositivo registran las acciones concretas y envían los datos producidos a referentes de programas de las provincias. Estos Equipos Focales Territoriales Intersectoriales, a su vez, reúnen sus informes en una instancia de articulación entre programas en el ámbito provincial que remiten al responsable de monitoreo de cada dispositivo del área Nacional del SIM.

Luego, una vez integrada la información en el nivel nacional del SIM, se sistematiza la información por cada dispositivo y se elaboran diversos informes y reportes a distribuir tanto a decisores/as como a autoridades y equipos técnicos de las diferentes jurisdicciones.

Uso de la evidencia

La comunicación y presentación de la información que el SIM produjo durante el período bajo análisis se realizó mediante una serie de informes y herramientas de gestión, diferenciadas según el ámbito o nivel de gobierno de los destinatarios.

Como era de esperar, a medida que la implementación del Plan fue avanzando, los equipos locales adquirieron mayor experiencia en el registro de la información, por lo cual no sólo se fue

incrementando la cobertura de información, sino también, regularizándose los flujos y circuitos. Los instrumentos de registro, paralelamente, se perfeccionaron para captar mejor la complejidad de algunos fenómenos relevados (ej. encuesta de asesoramiento en consejerías), facilitar la carga de formularios frecuentes (ej. actividades en escuelas), asegurar la confidencialidad (ej. datos de consultantes en SSR), o incorporar en su formulación derechos reconocidos por nuevos marcos normativos (ej. registro de género autopercebido).

Asimismo y como se había previsto, con el desarrollo del Plan las propias prioridades del SIM se fueron modificando de acuerdo a la evolución de esta política pública en etapas críticas: en el momento inicial, el énfasis estuvo dado al despliegue institucional, la instalación de los dispositivos y la conformación de los equipos; luego fue cobrando relevancia el registro de acciones y resultados asociados a cada intervención y su relación con las metas propuestas en cada caso; y, posteriormente, se apuntó a profundizar la evaluación, generando condiciones de evaluabilidad para analizar los resultados por dispositivos y el impacto del Plan en su conjunto.

El SIM elaboró entre 2017 y 2019 dos tipos de productos que entregaba en forma periódica a las diferentes áreas y niveles del Plan: Informes y Herramientas de gestión.

En cuanto a los informes:

- **A nivel nacional:** se utiliza para reportar a las autoridades y rendir cuentas ante los diversos pedidos de informes que presenta el Plan: i) 100 prioridades del gobierno de jefatura de gabinete, ii) el Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD) del Ministerio de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Mujeres, iii) el Consejo Consultivo del Plan ENIA y iv) la Comisión Bicameral del Defensor de Niños, Niñas y Adolescentes. Este informe presenta múltiples propósitos y utilidades, permite entender la marcha del plan en términos globales, comparar los avances en las jurisdicciones al mismo tiempo que dar seguimiento a la cobertura de adolescentes, ajustar los indicadores según el progreso y planificar la adquisición y distribución de los insumos. Asimismo, aporta evidencia para decisiones de gestión a nivel de los equipos provinciales y para ajustar las líneas de acción e intervención para cada uno de los programas. Es de frecuencia mensual y además de distribuirse en formato digital vía el área de comunicación del Plan, es presentado en una reunión mensual

Unidad Ejecutora Nacional especial para analizar el desempeño del Plan y tomar decisiones de mejora o ajuste de la implementación. (Plan Enia, 2019d, p.77)

- **Informe por dispositivo:** se trata de un tablero de gestión sencillo que contiene el set de indicadores que le corresponde a cada programa/ dispositivo. Lo interesante de estos informes es que se presentan con apertura a la ubicación (escuela, servicio de salud y/o espacio comunitario) donde se entregaron los beneficios a los destinatarios. Además, incluyen la información histórica permite les analizar la evolución y comparar jurisdicciones. Los destinatarios principales son las autoridades y equipos de gestión de los programas nacionales (Plan Enia, 2019d, página 78).
- **Informe por provincia:** Incluye el set de indicadores completo para cada provincia y un breve análisis realizado en conjunto por las coordinaciones técnica y operativa. De todos reportes, este fue el que más cambios tuvo en contenidos y modalidad de presentación. Está dirigido a las coordinaciones de los equipos provinciales y a los/as agentes territoriales del Plan, que son quienes realizan la carga primaria de datos, dando inicio al ciclo del SIM (Plan Enia, 2019d, p.78)

Asimismo, el SIM también entrega las siguientes herramientas de gestión:

- **Mapa de los agentes territoriales:** por provincia y dispositivo, las coordinaciones de equipos provinciales y las áreas centrales del Plan, reciben la actualización de este mapeo que registra las escuelas, servicios de salud y centros comunitarios asociados a un/a agente territorial. Tiene una frecuencia mensual, es una herramienta esencialmente de gestión y comunicación, para entender la y reconocer la institucionalidad del Plan desplegada en el territorio (Plan Enia, 2019d, p.78).
- **Base de aseguramiento de insumos (BAI):** proporciona información para monitorear la distribución de insumos a las provincias y a los servicios de salud, así como la historia de la dispensa de anticonceptivos de larga duración por parte de los servicios de salud. Los principales destinatarios de esta herramienta son el grupo nacional de aseguramiento de

insumos y en los equipos provinciales las referentes del programa de salud sexual y reproductiva (Plan Enia, 2019d, p.78).

- **Tableros de monitoreo:** es una síntesis de información básica necesaria para hacer seguimiento de la marcha del Plan. Se utiliza para hacer un seguimiento global del Plan desde la Coordinación Técnica (CT). La versión disponible a diciembre de 2019 reunía un total de 15 tableros, organizados por dispositivos y privilegiando en cada caso la visualización gráfica de los principales indicadores de proceso y resultado con sus respectivas aperturas temporales (mensual, anual, trimestral y acumulado) y jurisdiccionales (por provincia y departamento) para el conjunto de indicadores. Estos tableros fueron diseñados con el objetivo de dar acceso a cada agente del Plan a información valiosa para la implementación cotidiana de los procesos en los que interviene, sean de la gestión nacional, provincial o en dispositivos en territorio. La información -que inicia su proceso en escuelas, servicios de salud o espacios comunitarios con el registro que efectúan agentes del Plan- vuelve sistematizada y procesada mediante los tableros como insumo para pensar la micro gestión del Plan a nivel de cada departamento involucrado. Para ver los [tableros disponibles consultar Anexo 2.](#)
- **Mapas de monitoreo:** la colección de mapas ofrecida reúne tres tipos de mapeos. Un primer conjunto de mapas son los “mapas de diagnóstico”, orientados a la caracterización del embarazo no intencional en la adolescencia a nivel de las diferentes jurisdicciones, ofreciendo valores absolutos, tasas y razones del embarazo en la adolescencia, así como también un análisis normativo e institucional de las provincias en relación con el abordaje del abuso sexual y embarazo forzado en menores de 15 años. Otro tipo de mapas dan cuenta de los recursos institucionales presentes para el abordaje del embarazo no intencional en la adolescencia, a modo de “mapa recursero” donde pueden identificarse rápidamente, por ejemplo, los servicios de salud que dispensan anticonceptivos o el modo de llegar a alguna institución miembro del Plan. Finalmente, un grupo de mapas reúne los dispositivos desplegados por el Plan en el territorio y la cobertura de adolescentes alcanzada en las distintas estrategias y dispositivos durante su implementación, a los que se denominan “mapas de resultados”. Estos mapas son una opción para visualizar resultados de los dispositivos a nivel de cada una de las instituciones que integran el Plan. Es posible

seleccionar escuelas y servicios de salud para identificar la dispensa lograda o la cobertura de estudiantes con actividades de ESI alcanzados, entre otra información relevante. En cada uno de estos, la información presentada se asocia a provincias, departamentos administrativos o instituciones. Son de uso exclusivo de los agentes del Plan. La versión a diciembre de 2019 ofrecía un total de 14 mapas⁴¹ ([listado de mapas disponibles en anexo 4](#))

Estrategia de capacitación permanente

Dado el circuito y proceso adoptado por el SIM, que organiza la producción, procesamiento y distribución de información en un continuo interdependiente que se sostiene en la responsabilidad conjunta de todos los niveles y actores, el SIM previó y puso en funcionamiento una estrategia de capacitación permanente con dos ejes centrales a fortalecer: i) la capacidad de registro y ii) y capacidad de uso de la información producida por el SIM.

Para ello, generó capacitaciones presenciales, virtuales sincrónicas y materiales de formación como protocolos y tutoriales en videos transmitidos por youtube destinados a mejorar los registros, reducir los errores de carga, ajustar los informes periódicos a las demandas/necesidades de los diferentes destinatarios (Programas, EFTIs) y, al mismo tiempo, fortalecer a los equipos locales en su propia capacidad de análisis y uso de la información. Para profundizar en estos temas, no ya desde una formulación o un plan abstracto sino desde la experiencia construida, se priorizó instalar con énfasis la importancia del registro, y su papel en la elaboración de indicadores y la producción de información clave para la implementación; también como un modo de mejorar la motivación de quienes tienen la responsabilidad de proveer la información y el compromiso de gestionar conforme a sus resultados.

Para finalizar, resulta pertinente señalar algunas de las limitantes que deberían resolverse a fin de

⁴¹ En este video, la especialista a cargo de los mapeos del SIM de ENIA describe la información que contienen. Disponible en: <https://youtu.be/b95LF5v9Yx4>

optimizar el SIM y su potencia analítica para informar al Plan. Los principales desafíos en este sentido son:

- ***Innovación en la carga primaria de información puede contribuir a mejorar la oportunidad de la información generada:*** de acuerdo con el propio documento programático del SIM Enia (2019) se requiere “el desarrollo de un aplicativo que permita la carga on-line de la información, que mejore su calidad en el momento de generación del dato y agilice su circulación y disponibilidad por parte de los niveles de procesamiento y análisis; podría señalarse como un déficit que es necesario atender. En la medida en que los diferentes procesos de registro de cada dispositivo mantengan los niveles de retraso, esto impactará necesariamente en la oportunidad de la información que se genera” (Plan Enia, 2019c, p.35). Este avance, podría colaborar en establecer la trazabilidad de algunas acciones, por ejemplo, asesoramiento, derivación, y obtención de un método a través de los turnos gestionados; así como también resolver la preservación de la confidencialidad de los datos y la privacidad de las personas usuarias.
- ***Desarrollar nuevos indicadores que permitan un monitoreo más exhaustivo de la intersectorialidad y de la teoría de cambio del Plan:*** para esto, se requiere avanzar en la interoperabilidad con los sistemas de información de Salud, nacionales y jurisdiccionales, de modo tal que puedan incorporarse nuevos indicadores, por ejemplo, consultas de adolescentes en los servicios de salud de primer nivel, y pueda corroborarse así en qué medida el aumento de consultas responde a la referencia de los dispositivos de asesorías en salud integral en la adolescencia como dispositivo novel del plan. Asimismo, sería conveniente avanzar sobre indicadores de economía y eficiencia que permitan correlacionar las metas físicas con las financieras y arribar a un análisis de costo-efectividad del Plan por departamento y provincia.
- ***Incorporar la participación de adolescentes en alguna instancia del SIM:*** cabe citar el trabajo Bárbara Salum Morales (2022) al respecto de la participación de adolescentes en el Plan Enia. La autora asegura que “De la teoría emerge la importancia de la participación de las personas destinatarias de las políticas para nutrirla; sin embargo, incorporar la participación técnica de adolescentes sigue siendo un desafío” (...) “Hay una preeminencia

del enfoque de derechos, sin embargo, la participación técnica de adolescentes no fue parte de las acciones del Plan” (Salum Morales, 2022, p.80)

En suma, el SIM de Enia logró trascender la medición de acciones, bienes o servicios que es lo más frecuente en los sistemas de monitoreo (personas alcanzadas por las acciones de educación y/o las prestaciones de servicios de SSR). Cumplió con uno de los fines centrales que se había propuesto en su diseño, que fue informar y retroalimentar la implementación de la política pública. Orientó el diseño del Plan, la toma de decisiones durante su implementación; brindando condiciones de posibilidad que sobre el Plan se aplican.

Hasta aquí, se buscó entender la complejidad del SIM del Plan. Se expuso, por un lado, el componente de información, las fuentes de información que lo integran y sus principales utilidades y por el otro, el desarrollo del componente de monitoreo, su enfoque, objetivos, indicadores e informes que permiten dar cuenta de los logros en la implementación del propio Plan, conocer más sobre el embarazo no intencional en la adolescencia en las provincias y departamentos priorizados, y ponderar los resultados que esta política comenzó a generar desde el inicio mismo de su puesta en marcha.

3.4 Aportes del SIM al Plan

El presente apartado tiene como objetivo valorar los aportes del SIM del Plan Enia a través de las diferentes etapas atravesadas en el corto pero fundamental período 2017-2019. En un primer momento, se abordan las ventajas de haber constituido un SIM simultáneamente al proceso de diseño del propio Plan. Luego, en un segundo momento se analizan los beneficios que implicó para el Plan haber contado con las herramientas del SIM durante el diseño de planes operativos y su puesta en marcha, léase implementación. Finalmente, se atiende a los aportes del SIM a la evaluabilidad o análisis de efectos del Plan, tanto en evaluaciones de resultados como de impacto.

Tal como se viene sosteniendo a lo largo de este capítulo, el SIM cumplió un rol clave desde el inicio mismo de esta política pública, incluyendo el valor de la información para caracterizar la problemática. Diseñado y coordinado intersectorialmente desde el nivel central de gobierno, produjo información no sólo para las decisiones a largo plazo, sino también para la implementación

cotidiana, de modo tal que las decisiones informadas en evidencia acontecieron desde el momento inicial de esta política pública.

Retomando la perspectiva conceptual, vale reafirmar que el objetivo principal de los SIM es procesar la información relevante, permitir su análisis, almacenamiento y presentación, proveyendo a sus autoridades y agentes involucrados, la información necesaria para la toma de decisiones tendientes a mejorar el diseño, implementación y evaluación de las políticas. En este sentido, la compleja estructura del SIM de Enia, sintetizada previamente, constituyó una propuesta de articulación de esbozos de SIM preexistentes, con tradiciones y culturas organizaciones propias en una instancia superadora de intersectorialidad.

Indicado lo anterior, a continuación, se destacan algunos aportes del SIM al desarrollo y sustentabilidad del Plan, organizados en tres fases críticas: diseño, implementación y evaluación.

En la fase de diseño

En primer lugar, se subraya la ya referida inclusión del SIM en el momento inicial de su formulación, lo cual permitió que éste fuera parte del diseño original de las intervenciones y dispositivos. Por otro lado, se valora el establecimiento de un doble diálogo con los decisores y con los programas, porque facilitó el puente entre ambos actores (usuarios del SIM), comprendiendo la naturaleza de sus demandas y, además, pudiendo visualizar los actores involucrados el propio rol del SIM de una manera estratégica e instrumental.

La integración ad hoc de las bases y fuentes de información (en el ya descrito instrumento que se llamó TIE), permitió, junto a otros aspectos, informar dos cuestiones fundamentales en el diseño del Plan: por un lado, en la definición de la teoría de cambio; por el otro, en la focalización territorial y la población a atender a nivel de departamentos involucrados.

Concretamente, el SIM aportó datos sustantivos para la conformación de un diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Argentina, con énfasis en la no intencionalidad y con una propuesta de abordaje propia de los problemas complejos (combinando estrategias y recursos

de salud, educación, desarrollo social, comunicación digital, animación socio-cultural, etc). El SIM (a través de su TIE), ofreció en esta etapa los datos para medir la magnitud del problema, priorizar aquellas provincias con indicadores más graves, y seleccionar los departamentos que concentraban un 50% de las y los adolescentes y un tercio de las escuelas en cada provincia. También la información requerida sobre las instituciones de salud, educación y del sistema de protección social -y de sus poblaciones atendidas- al momento de diseñar las intervenciones y sus dispositivos territoriales en cada departamento provincial.

En este orden de ideas, también puede sostenerse que el SIM contribuyó desde un inicio “a la construcción de legitimidad política del Plan”, entre los actores involucrados (autoridades nacionales, líderes de programas involucrados, funcionarios provinciales) (Plan Enia, 2019c, p.29). Precisamente las reuniones inaugurales con autoridades nacionales y provinciales, realizadas con el objetivo de lograr adhesiones y de construir la viabilidad del Plan, se informaron con evidencia surgida del incipiente SIM. En esta instancia, el TIE y el MEMI, aportaron la evidencia que hacía falta para orientar las discusiones críticas de toda fase de formulación: por un lado, aportaron para visibilizar la magnitud del embarazo no intencional en Argentina; por el otro, dejaron en claro la potencialidad de llevar adelante una política pública como esta, presentando las metas de impacto que se hacían efectivas de lograr cumplir un conjunto de intervenciones trazadas por el Plan (en cada una de las provincias).

En términos concretos, se considera que el desarrollo del SIM como un aspecto central del diseño del Plan Enia hizo posible, desde un inicio, producir información vital para la toma de decisiones en esta política pública.

En la implementación

A continuación, se presentan una serie de tópicos en los cuales el SIM del Plan Enia aportó en lo que sin duda constituye la etapa crítica de toda intervención estatal, cuando de generar valor público se trata: la implementación. Se pondrá foco en los siguientes temas: i) puesta en marcha a nivel provincial; ii) el papel de la UEN como ámbito para analizar la evidencia; iii) rediseño y/o

creación de intervenciones; iv) aportes a los diferentes dispositivos del Plan; y v) rendición de cuentas.

Puesta en marcha

Mediante la firma de convenios y elaboración de 12 planes operativos se inició la implementación de Enia en las provincias. Los planes operativos funcionaron como acuerdos marco, entre los sectores de ambos niveles, y también como hoja de ruta operativa de la puesta en marcha de cada provincia. Era crítico para dar inicio, constituir unidades de intervención, es decir, asociaciones entre escuelas y centros de salud (3 escuelas - 1 servicio de salud) donde luego funcionarían los dispositivos del Plan. En este contexto, el que el SIM cumplió un papel importante, además de aportar herramientas de gestión para la definición de asociaciones, la planificación en el territorio y el ordenamiento de las prioridades de los programas, ofreció padrones de servicios de salud y escuelas, mapas digitales (uno por provincia) que geolocalizaban una síntesis de la información necesaria para el trabajo en los territorios: distancia, accesibilidad, ruralidad, tamaño de las poblaciones atendidas (matrícula escolar, región programática) turnos para las escuelas, horarios de atención en los servicios de salud, modalidades, entre otros.

UEN como canal institucional de uso de la evidencia

A medida que avanzó la implementación de Enia, la UEN fue consolidándose como escenario de coordinación y toma de decisiones conjunta entre los sectores y actores involucrados. De acuerdo con el documento programático, el SIM también realizó aportes significativos al funcionamiento efectivo de la UEN⁴². Con una frecuencia mensual, el equipo del SIM presentaba en el ámbito de la UEN un informe de indicadores sobre la gestión y desempeño de Enia a nivel nacional y de cada una de las provincias. Estos informes y el análisis que se producía a partir de éstos permitieron que los

115

⁴² Cabe resaltar que el diseño del SIM había previsto, a mediano plazo, alentar la creación de instancias semejantes de análisis de la información a nivel de los EFTI, para que cada provincia pudiera analizar sus respectivos informes de monitoreo. Hasta el final del período bajo estudio, estos canales provinciales no habían llegado a consolidarse.

diferentes actores fueran entendiendo sobre: i) la evolución de cada uno dispositivos; ii) los avances en la institucionalidad del Plan; y también iii) la utilidad de la propia práctica de monitoreo. En suma, esta convergencia de “activos” promovió diálogos constructivos -y periódicos- sobre la implementación del plan, desde una mirada intersectorial, pero en clave de su gestión territorializada. En palabras de sus responsables, “las reuniones mensuales constituyeron una forma de intervención del SIM para favorecer la construcción de un lenguaje común: “cambiar del ‘modo Programa’ al ‘modo Plan’” (Plan Enia, 2019c, p.26)⁴³, favoreciendo así la intersectorialidad.

Rediseño de intervenciones y creación de nuevas

Otro aporte relevante del SIM estuvo asociado en particular al dispositivo de Salud Sexual y Reproductiva, aportando evidencia para redefinir algo tan relevante en toda política pública como es la población objetivo del Plan. En el diseño original del Plan, tal como definen los parámetros internacionales, se había considerado embarazo en la adolescencia al período 15-19 años. Sin embargo, los datos del SIM de los primeros tres meses de implementación, habían arrojado valores en torno al 14% de dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración (DIU e implantes subdérmico) a niñas y adolescentes menores de 15 años. En palabras del equipo de SIM “la incorporación o no de menores de 15 años como destinatarias de las acciones del Plan había generado un debate, sobre todo dentro del equipo técnico del Plan, en torno a si se podía considerar sexualmente activas a niñas y adolescentes cuyos embarazos eran, en una gran proporción, producto del abuso o violencia sexual” (Plan Enia, 2019c, p.30).

El hecho de que a 3000 jóvenes menores de 15 años se les haya colocado efectivamente un implante subdérmico o un DIO, zanjó dicho debate técnico, trasladando la decisión a las autoridades, quienes consideraron necesario incluir también a esta parte de la población como grupo objetivo del plan (Plan Enia, 2019c, p.30)

⁴³ Ratificado en las entrevistas con referentes de la coordinación técnica del Plan Enia.

Por otro lado, la información empírica contribuyó a repensar la conceptualización del carácter no intencional del embarazo en la adolescencia y distinguirlo del embarazo forzado, especialmente en menores de 15 años. Esto supuso que el grupo de menores de 15 años quedara definido como un grupo poblacional específico del plan, que no podía equipararse al grupo “menores de 19” sino que requería de un tratamiento y grupo de trabajo específico.

Fue el aporte del SIM el que permitió conceptualizar y precisar el problema como embarazo forzado, resaltando la necesidad de desarrollar medidas territoriales específicas. Como resultado, se aceleró la implementación del cuarto objetivo del plan, que tiene como objetivo promover el desarrollo de estrategias y medidas para la detección temprana y el abordaje intersectorial del abuso sexual y el embarazo forzado, con enfoque en niñas y adolescentes menores de 15 años. años de edad (Plan Enia, 2019c, p.30)

En este marco, y como clara evidencia de la capacidad de respuesta del Plan en función de lo que iba planteando la evidencia generada/detectada por el SIM, también pueden mencionarse el diseño y ejecución del dispositivo de acceso a la justicia y la elaboración del documento técnico: “lineamientos para el trabajo en escuelas de asesores/as y acompañantes pedagógicos/as” a fin de fortalecer sus funciones diferenciadas, como respuesta a problemas de gestión relevados por el SIM.

Del mismo modo ocurrió con la concentración de la dispensa en las zonas urbanas de los departamentos priorizados con un acceso muy limitado, casi inexistente en las zonas rurales. Por ello, se implementaron en conjunto con el programa Tren sanitario jornadas consejería y dispensa de LARCs en localidades rurales e incluso una expedición del buque sanitario para la población isleña.

Otro ejemplo para destacar es la línea de incidencia referida al ejercicio profesional de obstétricas. EL SIM, a partir de un estudio específico de medición del nivel de dispensa por servicio de salud, mostró dificultades en ampliar el acceso a métodos anticonceptivos, dada la limitación de profesionales habilitados para la dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración. Surgieron diferentes alternativas para ampliar el acceso de las adolescentes a estos métodos, entre las cuales

fortalecer el rol de las obstétricas y bregar por una nueva Ley de ejercicio profesional que las habilitara a realizar estas prácticas, fue la alternativa encarada.

Asimismo, la disposición de información a partir del SIM generó la oportunidad de crear un nuevo dispositivo “Podés Elegir” el que se desarrolló para promover la dispensa de métodos anticonceptivos post evento obstétrico, esto es, luego de los partos o abortos. Este dispositivo, al que comúnmente se llama Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPE), se conformó en una estrategia priorizada, del mismo modo que la sensibilización y capacitación a los servicios de salud, promoción de la articulación entre centros de atención primaria y maternidades, y el fortalecimiento de consejerías en los controles prenatales (plan Enia, 2019c, p.30)

En síntesis, cabe destacar que gran parte de los ajustes y creación de nuevos dispositivos como los recién mencionados, están fuertemente asociados al set de indicadores de procesos previsto por el SIM para la etapa de implementación.

Aportes concretos a los diferentes dispositivos del Plan

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Previo a la puesta en marcha del Plan Enia, este Programa contaba un área de monitoreo que efectuaba el seguimiento de la distribución en la estrategia de aseguramiento de insumos, y de la distribución y dispensa de los implantes subdérmicos. La conformación del SIM de Enia resultó un aporte significativo para este Programa, ya que además de haber reforzado su propia área de monitoreo, logró ampliar el registro de LARCS, tanto implantes como dispositivos intrauterinos (DIU). De este modo, pudo establecerse por primera vez la cantidad de DIU colocados en el marco de consultas ginecológicas y también post evento obstétrico (parto o aborto). En síntesis, el Programa pasó de un monitoreo centrado en la distribución de métodos anticonceptivos a profundizar el análisis sobre la población destinataria: adolescentes -y mujeres de los demás grupos etarios- a través de una mejora de los registros sobre la dispensa de métodos y los contextos institucionales donde se realizan.

Programa de Educación Sexual Integral

Si bien este Programa tenía implementación territorial en las provincias, el dispositivo centrado en el trabajo con Acompañantes Pedagógicos (AP) fue totalmente nuevo, a partir de la puesta en marcha del Plan Enia. El rol del AP, que había sido diseñado esencialmente de capacitación (siguiendo una tradición más propia del sistema educativo) fue adquiriendo cada vez más relevancia, configurándose en un rol soporte de la gestión de la ESI en la escuela. En la adecuación del perfil de este agente territorial, el SIM realizó sus aportes y contribuyó a definir más precisamente este rol vinculado a la planificación de proyectos institucionales educativos y al registro y monitoreo de instancias y actividades realizadas en el marco de la ESI.

Programa de Salud Integral en la Adolescencia

Antes del Plan Enia, este programa no contaba con un sistema de monitoreo propio. Su incorporación al SIM significó un aporte significativo para su propio funcionamiento, ahora en la órbita de una intervención más amplia con pretensión de intersectorialidad.

En efecto, a partir de la puesta en marcha de Enia y su SIM, este programa obtuvo datos sobre cobertura, estructura institucional desplegada en las provincias, mejorando el registro de sus propias acciones de manera exponencial.

Dispositivo de base comunitaria de SENAF

Del mismo modo que Salud integral en la adolescencia, este dispositivo de base comunitaria también brinda espacios de asesoría en salud integral para adolescentes. La diferencia con dicho dispositivo es estar orientado a la población más vulnerable y excluida. El aporte del SIM a este programa radica centralmente en que se conformaron padrones de organizaciones comunitarias que no estaban relevadas por la propia SENAF como actores territoriales parte del sistema de protección de derechos y también en captar y registrar información de niñas/os y adolescentes con

poca participación en instituciones escolares y sanitarias, dado que un 30 % de las/os adolescentes, al momento del asesoramiento no estaba concurriendo a la escuela.

En la evaluación

Rendición de cuentas

En los diferentes ámbitos donde fue presentado el Plan, el SIM logró brindar una variedad de reportes que informaron los avances a varios interlocutores. Con frecuencia mensual o bimestral (según el caso) se reportaba a las autoridades ministeriales nacionales involucrados, a los equipos provinciales, la Comisión Bicameral del Congreso y a las Organizaciones de la Sociedad Civil miembro del Consejo Consultivo del Plan. En todos los casos se contó con la información solicitada por dichos actores, y los datos del SIM fueron presentados con una rigurosidad muy apreciada por estos. Asimismo, el SIM informó a diferentes autoridades involucradas frente a los pedidos de información pública que recibían por parte de legisladores de la oposición fundamentalmente en relación con la dispensa de métodos de larga duración en menores de 15 años, así como también a propósito de los avances de la ESI, en cuanto escuelas y poblaciones escolares cubiertas en las diferentes provincias y departamentos priorizados por el Plan.

A su vez, como parte de la misma estrategia de rendición de cuentas, el SIM cumplió en publicar a la ciudadanía vía sitio oficial Argentina.gob.ar⁴⁴ un informe nacional de frecuencia mensual que comunica la marcha del Plan, sus principales avances y resultados a nivel nacional y por cada una de las provincias implicadas.

⁴⁴ En el período bajo análisis, los informes publicados eran de frecuencia mensual. A partir del cambio de gobierno en diciembre de 2019, la publicación de este informe continúa, pero con frecuencia trimestral. Se accede en el siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia/materiales-para-equipos-de-trabajo/monitoreo-y-evaluacion>

Evaluaciones y otros estudios

Asimismo, el SIM funcionó como herramienta estratégica para que Enia pueda responder con evidencia a los diferentes estudios y evaluaciones realizados. Organizó y dispuso la información requerida por diferentes instancias de evaluación, internas y externas al plan, y de distinto tipo, estudios sobre procesos, costeos y escalamientos, o evaluaciones de impacto, que tuvieron lugar en el período analizado.

Entre éstos, se destacan los siguientes:

- **Estudio MILENA:** realizado por UNFPA, durante el año 2019, estuvo centrado en cuantificar el impacto que el embarazo adolescente y la maternidad temprana ocasionan sobre cinco dimensiones clave: 1) Inserción laboral de la madre joven, 2) Ingresos de la madre joven, 3) costos de asistencia médica, 4) costos educativos y 5) ingresos fiscales del país. Sus resultados fueron publicados y presentados en el marco del Plan Enia⁴⁵ (UNFPA, 2020)
- **Evaluación de dispositivos del Plan Enia desde la perspectiva de las/os beneficiarias/os:** a cargo del SIEMPRO. Este estudio consistió en: i) la identificación de facilitadores y obstáculos para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por parte de las y los adolescentes y la adherencia al uso de diferentes métodos anticonceptivos; ii) una indagación sobre la influencia de las campañas de prevención del Enia en el comportamiento de esta población; iii) análisis sobre las representaciones de esta población, de la comunidad educativa (docentes, padres y madres), de las áreas de salud y los referentes de los servicios locales de protección acerca de temáticas referidas a género y cuidado de salud sexual y reproductiva.
- **Estudios de procesos del Plan Enia:** también a cargo de SIEMPRO, pero esta vez junto a UNICEF y el Instituto Interdisciplinario de Economía Política IIEP-BAIRES (FCE-UBA /

⁴⁵ https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Milena_FINAL.pdf

CONICET. Consistió en una evaluación sobre el diseño y los procesos del Plan para valorar en qué medida los mecanismos de ejecución –planificación, coordinación, diseño de normativa, seguimiento e implementación en territorio- y la disponibilidad de recursos resultaban ser los más adecuados para el cumplimiento de los objetivos del Plan. Se indagaron aspectos que obstaculizaban la gestión, así como aquellos que facilitaron la implementación de las acciones previstas. Este trabajo aportó recomendaciones para mejorar la gestión del plan y viabilizar un adecuado escalamiento.

- **Sistematización 2 años del Plan ENIA realizado por UNFPA / UNICEF / PNUD / Plan Enia:** consiste en una descripción y análisis de los dos años de implementación de Enia. Se realizó participativamente entre la UEN y dichas entidades, apuntando a dejar sentado gran parte de los debates y aprendizajes que la implementación de los primeros años había generado.

Conviene subrayar aquí, la relevancia de que el SIM haya contado desde su diseño con un modelo de estimación de metas de impacto (MEMI) como herramienta cuantitativa de planificación y monitoreo del Plan. Es fundamental entender aquí que los datos o insumos para el MEMI (fundamentalmente métodos dispensados y actividades de ESI realizadas) eran elaborados por el SIM a partir de la información generada en cada uno de los efectores de salud (Centros de primer nivel y hospitales), así como en cada establecimiento educativo de los departamentos que participan del Plan. Por lo cual, esta herramienta no sólo fue útil para predecir el impacto esperado a nivel de país, una provincia, departamento, y todo el plan en su conjunto, sino también como eje estructurador de los datos producidos por el SIM; contribuyendo así directamente con la evaluabilidad del Plan. (Plan Enia, 2019d)

Consecuentemente, una evaluación de impacto cuasiexperimental que analiza la evaluación de la TEFA en el período 2015-2019 (UNFPA, 2022) revela que se registraron importantes avances del Plan. Por un lado, una adhesión del 90% de la meta prevista de departamentos y provincias priorizadas por el Plan ENIA a las intervenciones intersectoriales en salud, educación y en el ámbito comunitario, y por el otro lado, como efecto directo, una cobertura total de la meta prevista de adolescentes con métodos anticonceptivos de larga duración (implantes subdérmicos y DIU).

Un análisis jurisdiccional sobre la reducción de la TEFA 15- 19 años, el mismo estudio verifica una reducción mayor en los territorios priorizados por el Plan, discriminando entre provincias Enia y NO

Enia, e incluso entre departamentos Enia y No Enia dentro de la misma provincia, detectando en todos los casos efectos mayores en las zonas de intervención del Plan (Tobar, 2020). Esto se viene sosteniendo y se explica como hipótesis preliminar por la aplicación del Plan con más disponibilidad de equipos y métodos anticonceptivos, sobre todo en las regiones del NOA y NEA, que son las que registran los peores indicadores. En suma, las provincias con Enia aceleraron el descenso de la tasa de embarazo en la adolescencia respecto a las que aún no cuentan con los dispositivos del Plan.

Del mismo modo, otros estudios y evaluaciones sobre los efectos de Enia en el mismo período encuentran, muy sintéticamente, que:

- **Programa de apoyo a la igualdad de Género (BID):** “En relación con la reducción del embarazo adolescente, es indiscutible el rol del Plan Enia en el fortalecimiento de las políticas de ESI y de prevención del embarazo no intencional adolescente” (...) “Este logro no habría sido posible sin los resultados del Plan Enia en las tres variables: incremento de los LARCs dispensados, adhesión de los departamentos a las diferentes acciones del Plan para la prevención y atención del embarazo adolescente, y creación de las mesas EFTI que permitió la articulación entre los sectores de educación, salud y desarrollo social, y los niveles de Gobierno y dan cuenta de la relevancia de esta política. Los resultados alcanzados son específicos del Plan Enia y se entiende que no se hubieran logrado sin la expansión de una política integral y de amplio alcance como esta” (BID, 2021, p.19) ⁴⁶
- **Tesis de doctorado Nicolás Roig:** “EL Plan Enia redujo las tasas de fecundidad específica en aproximadamente un 10% en un año, como resultado de fomento a la autonomía

123

⁴⁶ Programa de Apoyo a Políticas de Igualdad de Género (AR-L1298), a cargo del BID, incluyó una evaluación de Enia en torno a la dimensión 1: autonomía física de las mujeres en el marco del Préstamo de Apoyo a Reformas de Política enfocado exclusivamente en apalancar políticas orientadas a cerrar las brechas de género. La operación es el resultado del acompañamiento que el Banco ha brindado al Gobierno de Argentina desde 2016, a través de cooperaciones técnicas, préstamos de inversión y la organización de espacios para el diálogo de política con amplios sectores de la sociedad. Y resalta la importancia que reviste la articulación intersectorial, tanto de las instituciones públicas como dentro del Banco, para abordar temáticas transversales como la de género. El Programa previó en el diseño (Ver Plan de Monitoreo y Evaluación), la realización de dos evaluaciones de impacto: una relacionada a la autonomía física, que procuraba analizar los efectos del Plan ENIA sobre el indicador de resultados (“cobertura efectiva de anticonceptivos modernos en adolescentes de 15 a 19 años”) y sobre el de impacto (“tasa de embarazo adolescente no intencional en mujeres de 15 a 19 años”); y otra relacionada a la autonomía económica, que procuraba analizar los efectos del uso del referencial en el Índice de gestión de calidad ocupacional (IGCO).

reproductiva de los adolescentes (es decir, el poder de decidir) y controlar el uso de anticonceptivos, el embarazo y la maternidad en áreas religiosas de alta fecundidad puede tener efectos inmediatos y sustanciales en los nacimientos” (...) “los efectos comienzan solo después de nueve meses desde la adopción, la misma duración esperada de un embarazo (...) la adopción de LARC es el principal impulsor de la reducción de la fecundidad, y las asesorías escolares con asesores privados y confidenciales explicaron en gran medida el acceso a anticonceptivos” (Roig, 2023, p.1)⁴⁷.

- **Portal primeros pasos (BID) editorial de Claudia Vazquez:** “En conclusión, el enfoque integral e intersectorial centrado en la prevención podría resultar clave para lograr resultados en un fenómeno tan complejo y multicausal como el embarazo adolescente” (...) “En un contexto general de reducción del embarazo, en el periodo 2018-2020 posterior a la puesta en marcha de Enia, la caída en la tasa de fecundidad en los departamentos en donde se implementó fue más acelerada que en los departamentos en donde no se implementó el Plan (vemos que allí también se reduce la tasa de fecundidad, pero en menor proporción)” (...)“Esto nos permite suponer que, en ausencia de la intervención, la fecundidad adolescente en los 36 departamentos intervenidos hubiera caído, pero menos de lo que efectivamente cayó: proyectando la tendencia de los departamentos donde no se implementó el Plan, la tasa de fecundidad en adolescentes hubiera pasado de 58.8 en 2018 a 38.6 en 2020, en lugar de caer a 32.4 que es lo que efectivamente se observa en 2020 para

⁴⁷ Este estudio proporciona pruebas sólidas de que las políticas a gran escala que promueven la salud reproductiva de los adolescentes la autonomía puede tener efectos inmediatos y sustanciales en la reducción de las tasas de nacimientos de adolescentes en los países de alta fecundidad. áreas religiosas El estudio destaca la importancia de incorporar la autonomía de los adolescentes en el diseño de políticas e involucrarlos en tomando decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Un análisis más detallado sugiere que se necesita una presencia conjunta de dispositivos de salud y educación para lograr resultados efectivos. Sostiene que las consultorías escolares sin cita previa que promueven el acceso a LARC de manera privada y confidencial parecen ser clave para impulsar los efectos observados.

Disponible en:

<https://digitallibrary.usc.edu/CS.aspx?VP3=DamView&VBID=2A3BXZ815CDY8&SMLS=1&RW=980&RH=1878>

esos departamentos. Es decir, el Plan Enia logró contribuir a una reducción de 6,2 puntos en la tasa de fertilidad de mujeres de 15 a 19 años. (Vazquez, 2023)⁴⁸

Para finalizar, el SIM de Enia permitió su diseño e implementación basadas en la evidencia, lo cual facilitó una dinámica de aprendizaje y rediseño continuo que, como pudo observarse en estas páginas, nutrió al Plan de una acertada capacidad de respuesta. No sólo se fueron proponiendo nuevos dispositivos e instrumentos a medida que se identificaban situaciones críticas que requerían adaptaciones o mayores esfuerzos, también se respondía a demandas de información por parte de los programas nacionales para mejorar su implementación y se garantizaba la rendición de cuentas a distintos actores político-institucionales. La información producida por el SIM permitió también, monitorear la meta de impacto, corroborar los efectos sobre la reducción de la tasa específica de fecundidad en la adolescencia y brindar condiciones de posibilidad a las diversas evaluaciones y estudios aplicados al Plan.

⁴⁸ Disponible en: [¿Cómo contribuyeron las políticas públicas en Argentina a la prevención del embarazo en la adolescencia? - Primeros Pasos \(iadb.org\)](https://www.iadb.org/publicaciones/ingles/temas/tema-10-10-2023-como-contribuyeron-las-politicas-publicas-en-argentina-a-la-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-primeros-pasos)

Capítulo 4: Aspectos críticos del diseño e implementación de SIM del Plan ENIA

El objetivo de esta tesis fue describir y analizar el modo en que el desarrollo de un SIM colabora, aporta y favorece el buen desempeño de una política pública de carácter intersectorial. Tras ubicar conceptualmente a la información y el monitoreo como generadores de evidencia en el amplio marco de la gestión pública -incluyendo las críticas etapas del diseño y la implementación-, se jerarquizó el papel de los SIM en un conjunto de estrategias nacionales de países latinoamericanos, destinadas a enfrentar el embarazo en la adolescencia. Y fue a partir de ese abordaje, conceptual pero también comparado, que el núcleo del trabajo se centró en el caso de estudio del SIM del Plan Enia durante el período que transita desde el diseño a la implementación de dicha intervención (con aspectos de re-diseño incluidos) en el período 2017-2019.

El marco teórico de esta tesis, así como la mirada regional latinoamericana, permitió identificar una serie de componentes críticos de un SIM en Argentina, capaz de aportar evidencia que informe la política pública. Dichos componentes, para su construcción y funcionamiento efectivo, requieren de una serie de aspectos que operen, cada uno de ellos, como “condición necesaria”, siendo la articulación del conjunto lo que permite transitar a la siempre tan difícil “condición suficiente”. Puede afirmarse, adelantando el contenido de estas conclusiones, que el SIM del Plan Enia durante el período analizado se acercó en grado importante, aún con sus asignaturas pendientes, a la construcción y despliegue de un SIM acorde a las necesidades para las cuales fue pensado, diseñado e implementado.

El modo de aproximarse a la jerarquización y explicación de cada uno de esos aspectos, que conduce al siguiente decálogo, es a partir de dos macro-dimensiones sugeridas oportunamente en la aproximación conceptual: por un lado, lo referido a lo **político-institucional**; por el otro, lo centrado en los **aspectos técnico-operativos**.

Dimensión político-institucional

1. ***Apoyo político para el desarrollo de una política pública informada en la evidencia:*** lo primero que cabe destacar es el alto respaldo político que logró el Plan Enia desde el momento inicial de su diseño. El liderazgo asumido desde la máxima autoridad de la SENAF una vez que dicho funcionario comprendió el potencial de un proceso de construcción de la política pública muy embrionario por entonces, el proceso adquirió un ritmo y legitimidad importante. Si bien la SENAF no contaba con una oferta programática propia en materia del embarazo en la adolescencia, su responsabilidad normativa en materia de niñez y adolescencia prevista en la Ley N° 26.061 y los respaldos políticos informales en la Jefatura de Gabinete de Ministros le permitieron a esta institución liderar una instancia política conformada, además de la SENAF, por Secretarías de Estado de dos ministerios sociales con larga trayectoria e identidad sectorial (Salud y Educación), áreas que sí tenían oferta programática pre-existente para atender la compleja problemática del embarazo en la adolescencia, incluyendo por supuesto el no intencional.

La impronta que se le dio a ese diálogo político, en sus orígenes centrados en la órbita del Estado Nacional, estuvo además marcado desde el principio por darle valor a la evidencia y su correlato en la gestión del conocimiento. Eso implicó, entre otras cuestiones críticas, “poner en diálogo” saberes y culturas organizacionales diferentes, lo cual ayudó, a medida que se fue avanzando en acuerdos con efectividades conducentes claras, a darle contenido y volumen al diseño del Plan Enia. El correlato de este acuerdo político a nivel nacional fueron los acuerdos a escala federal (paso previo por presentar el Plan en los respectivos Consejos Federales), en particular en diálogo con los ministros de Desarrollo Social, Salud y Educación de cada una de las provincias en las cuales se había decidido políticamente llevar adelante el Plan.

Cabe cerrar este primer punto, centrado en el apoyo político, resaltando el papel de organismos vinculados a la cooperación internacional (en especial de Naciones Unidas), que de diversos modos y a través de respaldos variados, fueron apuntalando -vía legitimidad externa- el diseño y puesta en marcha de esta política pública. Destacan, en este sentido, los ejemplos de UNFPA, PNUD, UNICEF y OMS.

2. Apoyo presupuestario para garantizar los recursos necesarios para financiar equipo, herramientas de software, elaboración de materiales de formación y piezas de comunicación. En correlación directa con el respaldo político antes enunciado, y bajo el supuesto que toda política pública que se proponga amplia cobertura y despliegue territorial requiere presupuesto acorde, el Plan Enia y dentro del mismo el SIM, contaron con disponibilidad presupuestaria. Aun ante el hecho de que el país ingresó en una crisis económica importante a mediados del año 2018 (ya con el Plan en marcha), lo cierto es que desde SENAF se consiguieron recursos importantes, vía el Tesoro Nacional y la cooperación internacional, para aspectos críticos del funcionamiento de la política pública en general, y del SIM en particular. Centrado en este último, es menester resaltar que se pudo contratar recurso humano especializado y adquirir herramientas tecnológicas, que se complementa con aspectos derivados del accionar del SIM en términos de materiales formativos y piezas de comunicación pública, para los cuales también se requirió de presupuesto con fines específicos.

Este punto deja en evidencia la necesidad de inversión presupuestaria que se requiere para contar con información y monitoreo capaz de producir evidencia de calidad que nutra decisiones tanto estratégicas como operativas. Pero, a la vez, reta a los SIM a generar productos de calidad y pertinencia, útiles, capaces de generar a los decisores políticos -y eventualmente a la cooperación internacional- los incentivos necesarios para que acepten seguir apoyando económicamente esfuerzos de este tipo. El SIM del Plan Enia superó en la etapa bajo estudio dicha “prueba”, muestra de lo cual fue que fortalecieron los apoyos presupuestarios a medida que el Plan transitó desde el diseño a la implementación.

3. Unidad Ejecutora Nacional a cargo de la gobernanza del SIM: los aportes conceptuales y comparativos respecto a los SIM prestan particular atención a la gobernanza de estos, toda vez que la evidencia que se genera, en tanto información crítica, resulta siempre un potencial foco de conflicto. Además, claro está, del potencial que tienen para informar mejores decisiones de política pública. Gobernar la información es un asunto crítico. Requiere consensos pre-existentes de colaboración y ejercicio de la buena fe institucional. Pero también de incentivos para que aquellos consensos y esta buena fe emerjan con nitidez; y dichos incentivos estuvieron presentes en el Plan Enia en forma de poder político y su consiguiente correlato en asignaciones

presupuestarias. Dicho en pocas palabras, de no ser por el liderazgo de SENAF en el contexto en que se gestó esta política pública, los Ministerios de Salud y Educación no habrían podido darle el volumen que tuvo desde un inicio el Plan. Esto impactó directamente en la gobernanza del SIM a través de la Unidad Ejecutora Nacional, donde SENAF tenía el rol de liderazgo formal y real.

Desde el momento mismo del diseño original se tomó la decisión de que el SIM dependiese de la Unidad Ejecutora Nacional, instancia de suma importancia en el funcionamiento general del Plan. Esto, en tanto se trató de un espacio institucional muy estratégico por variadas razones, entre las que cabe destacar la cercanía al ámbito conformado por las máximas autoridades políticas involucradas (Secretarios de Estado), pero a la vez con diálogo continuo con los funcionarios responsables del día a día de la ejecución de la política pública, sean técnicos del Estado nacional directamente involucrados, sean gestores ubicados en cada uno de los territorios en los cuales se fue desplegando el Plan según los criterios de focalización territorial acordados.

4. La Unidad Ejecutora Nacional como ámbito o espacio institucionalizado de traducción de conocimientos. En línea con lo anterior, y en consonancia con algunos casos latinoamericanos relevantes en materia de SIM dentro de sus respectivas estrategias nacionales para hacer frente al embarazo en la adolescencia, el Plan Enia se propuso que su propio SIM fuese el facilitador de la necesaria “traducción de conocimiento” que siempre se requiere para que la evidencia genere efectividades conducentes. Pero, tan importante como lo anterior, fue la decisión político-institucional de que el ámbito para dicha traducción fuese precisamente la Unidad Ejecutora Nacional, en el marco de sus reuniones periódicas y metódicas.

Es importante “aterrizar” lo antedicho en términos del modo en que el SIM promovió la traducción de conocimiento en el ámbito de dicha Unidad Ejecutora Nacional. Para hacer aportes concretos, y ganar respaldo político y técnico-operativo en el proceso, los responsables de la información y el monitoreo del Plan presentaron mensualmente los resultados de su trabajo. Esto permitió un uso bifronte de la evidencia: por un lado, informando a las autoridades políticas para la decisión crítica de la teoría de cambio primero y de los avances en la implementación después, resaltando siempre aquellos aspectos que pudiesen requerir

acuerdos críticos tanto a nivel del Estado Nacional como entre éste y las autoridades provinciales involucradas; por el otro, captando e informando sobre aspectos operativos problemáticos ya desde el momento mismo de la puesta en marcha, y a posteriori, alertando así a los equipos técnicos involucrados para llevar adelante micro o meso ajustes que mejorasen la intervención en general, y de algunos de sus componentes en particular.

Dimensión técnica-operativa

5. ***Diseño integrado de sistema de información y monitoreo:*** esta tesis, sin dejar de reconocer la muy estrecha relación entre el monitoreo y la evaluación, se concentró en el par información-monitoreo, a efectos de darle entidad al objeto de estudio del SIM en el Plan Enia. Pero el caso seleccionado no constituye un caso aislado en América Latina cuando de estrategias para hacer frente al embarazo adolescente se trata, sino que varias experiencias nacionales (como quedó plasmado en el Capítulo 2) también han realizado esfuerzos concretos en construir la integración de los sistemas de información y monitoreo. En la política pública aquí analizada, desde el inicio mismo se tomó la decisión crítica de construir desde lo pre-existente, evitando la clásica tentación de iniciar de cero cuando se trata de nutrirse de información crítica. Para ello, lo primero que se hizo a nivel técnico, con explícito respaldo político intersectorial, fue recabar las fuentes de información ya vigentes y con producción actualizada de datos, para tomar decisiones fundamentales en aspectos críticos de la fase de diseño, como la teoría de cambios o la priorización de territorios en los cuales intervenir. Para ello se recurrió, vía acuerdos formales cuando la situación lo requería, al acceso y uso de estadísticas oficiales y registros administrativos, fuentes que permitieron informar a los decisores políticos y al personal técnico de los sectores estatales involucrados.

El trabajo pionero del equipo técnico en materia de múltiples fuentes de información, que sentó las bases para lo que sería a posteriori el sistema de información del Plan, se complementó con la decisión política de alto nivel de valorizar desde un inicio el monitoreo de procesos y componentes. La confluencia de ambos aspectos derivó precisamente en la construcción del SIM del Plan Enia, cuya arquitectura y aportes quedaron plasmados en el Capítulo 3. El valor para jerarquizar aquí, en clave de lección aprendida, fue la búsqueda

explícita de la integración entre las fuentes de información y el monitoreo, con un claro enfoque de gestión del conocimiento.

6. *Diseño e implementación intersectorial del SIM:* El Plan Enia, tal lo descripto oportunamente, tiene entre sus virtudes -y complejidades- fundamentales su carácter intersectorial, incorporando la coordinación entre la SENAF (que forma parte del Ministerio de Desarrollo Social) y los Ministerios de Salud y Educación. Dado que estas dos últimas áreas ya tenían, antes de poner en marcha el diseño del Plan, sus propios programas relacionados de una u otra manera con el embarazo en la adolescencia, sus equipos técnicos ya venían desarrollando trabajos vinculados a la información crítica y monitoreo específico de sus respectivas intervenciones. Esto constituyó un activo para la construcción del SIM del Plan porque se co-diseñó también de modo intersectorial en tanto reflejo específico de dicha política pública en sus aspectos más generales. Reconocer saberes y prácticas pre-existentes no suele ser lo común cuando de formular intervenciones estatales se trata (al menos en el caso argentino), pero en este caso la alta dirección político-técnica tomó la apropiada decisión de sumar esfuerzos. Esto aumentó la confianza entre las partes desde una etapa muy incipiente, permitiendo así el trabajo conjunto para definir prioridades en materia de información y monitoreo.

La expresión concreta de ese trabajo mancomunado fueron los acuerdos técnicos, luego validados en el nivel político intersectorial, respecto a qué indicadores serían los fundamentales para darle seguimiento, sean estos de insumos, productos, procesos, resultados e impactos. Pero cabe agregar otro aspecto de singular importancia relacionado al recurso humano involucrado en el SIM del Plan. Cómo quedó dicho, antes del mismo cada programa (dos bajo la órbita de Salud y uno bajo la órbita de Educación) tenía sus prácticas internas en materia de información y monitoreo, con recurso humano propio abocado a tales menesteres. Cuando esta política pública comenzó a cobrar forma, se tomó la decisión respaldada presupuestariamente, de que el Plan financiaría al personal que desde los programas involucrados formaría parte del equipo del SIM.

7. *Abordaje gradual e incremental en la puesta en marcha del SIM:* ir paso a paso construyendo los componentes y productos del SIM, a medida que variaban las necesidades de información (despliegue institucional, funcionamiento de dispositivos, entrega de bienes y servicios, calidad

de estos). Fue una decisión donde confluyó el mandato político con la recomendación técnica, bajo el supuesto de que era menester ir de a poco, aprendiendo en el camino. Y, observado a la distancia, resultó una cuestión positiva, porque dotó de flexibilidad de origen al SIM, permitiendo diferentes énfasis según el momento por el cual iba atravesando el Plan.

¿Qué implica lo recién indicado? Que el SIM y sus productos, por ejemplo, Herramientas de Gestión que se retoman más adelante, fue jugando paulatinamente un papel crítico en los procesos de planificación operativa, tanto nacional como en los casos provinciales. Este apoyo de parte del área de información y monitoreo del Plan a otros actores, tanto sectoriales a nivel nacional como sub-nacionales, fue aumentando la legitimidad intra-Plan del SIM, lo cual redundó, por ende, en consensos políticos y técnicos para su creciente fortalecimiento. Si ese énfasis de apoyo a las planificaciones operativas fue un rasgo inicial de la expansión gradual e incremental del SIM, otro de los énfasis a remarcar se asocia a sus aportes -vía indicadores de procesos- para dar cuenta del despliegue de la institucionalidad intersectorial del Plan a lo largo y ancho de las doce provincias priorizadas. No terminó ahí el avance gradual del SIM, sino que en el camino durante el período analizado en esta tesis también apoyó tanto el seguimiento a la política de aseguramiento de insumos como al funcionamiento de los dispositivos territoriales (con el fin de mejorar sus intervenciones y maximizar sus resultados).

- 8. Definición de una matriz de indicadores precisa y equilibrada para dar seguimiento a la teoría de cambio, pero también a los desafíos de institucionalidad intersectorial y federal:** la literatura especializada, pero sobre todo la experiencia práctica, da cuenta de que una matriz de indicadores debe ser lo suficientemente amplia como para monitorear lo que política y técnicamente se quiere monitorear, pero acotada a una cantidad razonable de indicadores pertinentes y cuya trazabilidad sea factible. El equipo del Plan Enia tomó en cuenta estos aprendizajes teóricos y de los casos regionales relevantes, razón por la cual construyó una matriz de indicadores (en las categorías antes mencionadas de insumos, procesos, productos, resultados e impactos) razonable para una intervención de esta magnitud, según lo observado en el Capítulo 3. Quedó claro desde un inicio que cada indicador que se priorizase debía cumplir un papel preciso en cuanto a señalar avances -o falta de- en los aspectos fundamentales de la intervención. Esto implicaba dos aspectos diferentes, pero mutuamente imbricados: por un lado, aquello referido a la teoría de cambio del Plan (construida, además y tal lo indicado, con

base en la integración de fuentes de información relevantes); por el otro, aquello relacionado con el carácter intersectorial y federal de la política pública.

La matriz de indicadores construida y en funcionamiento dinámico desde un primer momento dos importantes virtudes que cabe mencionar, en primer término, y como la esencia misma de un SIM, ayudó a dar seguimiento continuo a la marcha del Plan a partir de información valiosa y en temporalidad acorde a las necesidades, todo en el marco de la Unidad Ejecutora Nacional como ámbito de traducción del conocimiento generado. En segundo término, la información sobre la implementación producida por el SIM y presentada ante dicha Unidad (y desde allí escalable hacia los decisores políticos y compartida con los equipos técnicos-operativos), permitió corregir aspectos del diseño original, al mismo tiempo que informó el desarrollo de nuevas intervenciones específicas al interior del Plan, no previstas en sus inicios.

- 9. Estrategia de capacitación y asistencia técnica continua del SIM a nivel provincial, tanto en mejora de los registros como en el uso de la evidencia.** El apropiado uso de la información y el monitoreo no está dado en general, y en la Argentina en particular. La masiva incorporación de personal técnico-operativo en las doce provincias donde se puso en marcha el Plan (90% de los 1.100 nuevos funcionarios) agregó una complejidad adicional cuando se trata de nutrir de información confiable y pertinente. Se trató de un recurso humano sin experiencia previa en la órbita de los programas que formaron parte de esta política pública, razón por la cual era legítimo presumir una cierta lejanía de conocimiento concreto sobre la materia para la cual fueron contratados. El Plan Enia abordó semejante desafío desplegando desde el inicio acciones destinadas a capacitar y fortalecer técnicamente a los equipos territoriales provinciales.

Lo primero que se hizo, como era de esperar, fue una capacitación (en gran parte virtual, pero con encuentros presenciales) a los nuevos funcionarios del Plan ubicados en el territorio respecto a los diversos instrumentos de registro que el SIM previó desde un primer momento. Esto le permitió al personal crítico “en terreno” familiarizarse con aquellas herramientas, generando los acuerdos informales necesarios entre el equipo del nivel central y los equipos subnacionales que derivaron en el compromiso colectivo para mantener actualizados dichos registros. Complementario a este esfuerzo inicial de capacitación instrumental, el equipo responsable del SIM motorizó, en cada misión a las provincias, espacios y momentos de asistencia técnica a esos mismos equipos del Plan operando en territorio, para resolver

eventuales problemas o dudas en cuanto a los registros previstos, lo cual redundó en mejora continua de los mismos. Finalmente cabe agregar, en este tópico, la generación de nuevos espacios de capacitación al personal en las provincias respecto al uso de la evidencia, pero no en abstracto, sino en lo concreto que implica utilizar la evidencia generada por el SIM para los ajustes necesarios y en tiempo real a los respectivos Planes Operativos Anuales.

10. Entrega de diferentes Reportes y Herramientas de Gestión, según perfiles de destinatarios y usos:

ningún SIM cumple fehacientemente su papel en la gestión pública contemporánea sino sistematiza y circula la evidencia que genera. Claro está que los potenciales destinatarios de dicha evidencia son múltiples, con sus respectivos mandatos e intereses, públicos que en principio conviene sintetizar en la siguiente lista: funcionarios políticos; equipos técnicos (nacionales y provinciales); legisladores; actores no estatales involucrados; y ciudadanía en general. En el caso concreto del Plan Enia, esto se expresaba del siguiente modo: i) el colectivo “funcionarios políticos” estaba representado tanto por el espacio decisional conformado por Secretarios de Estado de Nación de los Ministerios involucrados, como por autoridades provinciales de esos mismos ministerios en su ámbito de incumbencia sub-nacional; ii) el colectivo “equipos técnicos nacionales y provinciales” implicaba tanto al personal intersectorial que formaba parte de la Unidad Ejecutora Nacional como de aquellos funcionarios que integraban cada EFTI provincial; iii) el colectivo “legisladores” implicaba en particular a la Comisión Bicameral del Defensor de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; iv) el colectivo “actores no estatales involucrados” refiere a quienes integraban el Consejo Consultivo del Plan (representantes de cooperación internacional, de centros de estudios, y de sociedades profesionales); y v) el colectivo “ciudadanía en general” resulta auto-explicativo en su propia nomenclatura.

Señalado el mapa de actores destinatarios de reportes y/o herramientas de gestión, cabe sintetizar las mismas en tanto una mirada de conjunto en clave conclusiva permite visualizar la riqueza de su heterogeneidad. Un reporte crítico lo representó desde un inicio el Informe Mensual, de carácter nacional en tanto agregaba la información monitoreada de las doce provincias donde se desplegaba la intervención, el cual se presentaba periódicamente en el ámbito de la Unidad Ejecutora Nacional para su revisión y crítica. Del mismo se derivaba un Informe de Gestión que se elevaba a las autoridades políticas nacionales, a la par que se

construían informes ad hoc para el diálogo entre las mismas y sus pares provinciales. En cuanto al Consejo Consultivo y la Comisión Legislativa indicada, los Reportes tenían más bien un carácter ad hoc. Con relación a la ciudadanía, esta podía acceder a los informes mensuales agregados. Asimismo, para fomentar el diálogo constructivo con cada uno de los programas sectoriales que accionaban bajo el paraguas del Plan, desde el SIM se les brindaba un reporte específico con periodicidad mensual en clave de Tablero. A las provincias, más allá de los informes a las autoridades políticas, se les socializaba específicamente a las respectivas EFTI un informe en general trimestral.

Es importante concluir este tópico tan crítico en todo SIM, centrando la atención en apoyos adicionales, en formato de Herramientas de Gestión, a los dos últimos colectivos: por un lado, equipos de los programas sectoriales; por el otro, los EFTI provinciales. Cabe resaltar dos de esas herramientas. Una de ellas fue el Mapa de agentes territoriales (MAT), disponible uno para cada provincia y por cada dispositivo o programa: permite registrar las escuelas, servicios de salud y centros comunitarios asociadas a partir de la tarea de agentes de cada dispositivo; esto en base a “Listas codificadas de escuelas” (CUE) y “Servicios de Salud” (SISA) involucrados en el Plan, ambos en permanente actualización. La otra fue la Base de aseguramiento de insumos (BAI), la cual contenía información para hacer el seguimiento de la distribución de insumos a las provincias y a servicios de salud, así como la evolución de la dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración por servicio de salud.

Previo al decálogo recién planteado, se hizo mención a las asignaturas pendientes del SIM del Plan Enia. Es momento de concluir esta tesis regresando a este punto, como un modo de poner en perspectiva también lo que no logró el caso analizado al menos hasta finales de 2019, momento además de cambio de signo político (y por ende de autoridades) en el Estado Nacional. Y el camino para detectar “lo que podría y/o debería haber tenido el SIM del Plan Enia, pero no tuvo” es regresar a la experiencia latinoamericana comparada ya presentada oportunamente en este trabajo. Cuatro son las principales ausencias que se requieren dejar aquí planteadas.

La primera de ellas refiere a que el caso analizado no consideró en su diseño, y posterior puesta en marcha, la activa participación de las y los adolescentes en cuanto a la dinámica cotidiana de la producción de información y el ejercicio práctico del monitoreo. Este aspecto, presente en algunos

de los países de la región que cuentan con SIM en sus propias estrategias nacionales para enfrentar el embarazo adolescente, tiene sin duda el alto potencial para fomentar la escucha político-técnica de una voz fundamental en esta política pública.

Una segunda ausencia, siempre en perspectiva comparada regional, se relaciona con el hecho de que el SIM del Plan Enia no contó con un dispositivo de alerta (crítico en general, pero más aún en lo referido a la población gestante de menos de 15 años). El haber avanzado en la construcción de este podría haber enriquecido el aporte general y específico que el caso de estudio ha hecho en una serie de aspectos críticos de la política pública llevada adelante para enfrentar el embarazo no intencional en la adolescencia en el período 2017-2019.

Una ausencia adicional, la tercera, refiere a que el SIM del Plan Enia no avanzó en la construcción de indicadores de Eficiencia y Economía, los cuales podrían haber desempeñado un papel crítico en futuros análisis costo-efectividad. Como quedó señalado previamente, el diseño y puesta en marcha de dicho SIM, caracterizado por su gradualidad e incrementalismo, debió tomar decisiones de qué priorizar. Y este tipo de indicadores no pudo alcanzar el status de prioridad que sí tuvieron otras familias de indicadores, ya presentados previamente. Ir en dicha dirección sin duda dotaría al Plan ENIA de un elemento más de legitimidad pública en general, pero por sobre todo interna al Estado en términos del siempre complejo diálogo con la autoridad presupuestaria.

Finalmente, la cuarta ausencia a señalar en términos del SIM del Plan Enia, refiere a la no construcción de indicadores de calidad, en dos planos específicos pero imbricados en la gestión pública: por un lado, lo relacionado con la calidad de los productos y servicios brindados por esta intervención, aspecto sí presente en algunos SIM de otros países latinoamericanos en materia de estrategias para enfrentar el embarazo en la adolescencia; por el otro, este sí ausente en general a nivel regional, refiere al intento no concretado en el caso analizado respecto a construir indicadores de calidad de la intersectorialidad (tanto a nivel nacional como provincial, incluyendo aspectos de coordinación vertical); se trata de un ejercicio técnico-analítico altamente complejo con poca trayectoria en diversas latitudes, pero sabido es que avanzar en ese camino podría ser de enorme relevancia para mejorar la gestión de estrategias complejas, con pretensiones de integralidad, más aún cuando se trata de países federales como la Argentina.

Un cierre en clave de recomendaciones de política pública

Hasta aquí las conclusiones se han centrado, con sus fortalezas y asignaturas pendientes, en el SIM del Plan ENIA. Es momento de concluir la tesis capitalizando esos aprendizajes y regresando, de algún modo, a la perspectiva comparada que nutrió parte de este trabajo. Y el modo de hacerlo apunta, con modestia, a sugerir una serie de recomendaciones que permitan dialogar con los casos nacionales antes analizados, bajo el supuesto de que ninguno de ellos reúne todas las condiciones óptimas que una mirada de conjunto podría construir en términos de un “tipo ideal de SIM de estrategias nacionales para reducir el embarazo adolescente”. Se las presenta manteniendo la doble perspectiva de lo político-institucional por un lado, y lo técnico-operativo por el otro.

Dimensión político-institucional

- ***Es importante que todo SIM cuente con amplio respaldo político de las autoridades pertinentes, a partir del reconocimiento del valor de la evidencia para informar la toma de decisiones en materia de política pública.*** El apoyo político al más alto nivel posible constituye una condición necesaria para que un SIM pueda desarrollarse con perspectiva de incidencia. Esto implica, en el caso más propicio, una combinación de apoyos de las autoridades de, al menos, tres ámbitos fundamentales: por un lado, en lo más alto posible de la jerarquía del Estado nacional; por otro, de las autoridades de aquellos ministerios nacionales directamente involucrados en la política pública en cuestión; y en tercer término, de los responsables políticos de aquellos niveles subnacionales en cuyos territorios se ejecutan las intervenciones. Dentro de la perspectiva comparada que emerge de los capítulos 2 y 3 de esta tesis, el caso del Plan Enia resulta un buen caso testigo para ilustrar esta recomendación. Esto, en tanto contó con el respaldo de la Jefatura de Gabinete de Ministros, de los Ministros y Viceministros de las tres áreas sociales involucradas, y también de los gobernadores y ministros provinciales donde se implementó.
- ***Se requiere, para construir y desarrollar a lo largo del tiempo un SIM robusto, del apoyo presupuestario que permita garantizar los recursos necesarios para sus componentes críticos.*** Si el apoyo político es una de las condiciones necesarias, también lo es -a veces como

consecuencia de aquél- el respaldo presupuestario. Si bien la inversión requerida para establecer un SIM de calidad tiene que ser bajo proporcionalmente a la inversión que se haga para la prestación en sí, también es claro que un buen sistema de información y monitoreo requiere recursos de diverso tipo que sólo la autoridad con responsabilidad en la asignación presupuestaria puede asegurar. Y es nuevamente el caso del Plan Enia el que mejor da cuenta de esta recomendación, vis a vis la experiencia comparada previamente analizada. La alianza que en dicha experiencia se dio entre la autoridad responsable desde la SENAF y una de las figuras centrales de la Jefatura de Gabinete (instancia con responsabilidad constitucional en la asignación de presupuesto) permitió que el SIM del Plan Enia pudiese construirse y expandirse según la necesidad de la propia implementación de dicha política pública.

- ***Un SIM capaz de aportar información valiosa para una mejor gestión pública necesita instancias de gobernanza y articulación legítimas y fortalecidas, capaz además de servir como ámbito de traducción de conocimiento hacia las autoridades políticas y los operadores técnicos, incluyendo el nivel territorial.*** Aún cuando se cuente con respaldo político y presupuestario, para que un SIM pueda cumplir a cabalidad su rol requiere de instancias institucionales propias que, encarnando aquellos apoyos, haga su tarea de modo cotidiano con profesionalismo y sentido estratégico. Se trata de ejercer gobernanza sobre múltiples componentes, lo cual resulta muchas veces sinónimo de “muchos actores”. Y también, en ese ejercicio de un rol acorde a las mejores prácticas, el SIM debe contar con capacidad organizada de procesar la información y traducirla en clave de evidencia para la toma de decisiones continuas, propias de toda política pública compleja. Destacan al respecto, en la materia objeto de esta tesis, casos como los de Chile y Guatemala. En la experiencia chilena, la experiencia de haber incorporado el seguimiento de la calidad y cobertura, como una meta de descentralización Regional, contribuyó a la transferencia y fortalecimiento de las capacidades de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) para medir la calidad y cobertura y adoptar los estándares en cada una de las regiones del país. En el caso del SIM guatemalteco, destaca la creación de un canal formal para el uso de la evidencia, desarrollando un proceso de análisis y uso de información para tomar decisiones de mejora continua. Se enfatiza en el nivel municipal que tiene la responsabilidad de llevar a cabo tres funciones básicas: verificar, identificar y asesorar. Los equipos técnicos de las diversas instituciones que conforman la estrategia tienen el liderazgo de esta fase.

- ***Una nueva generación de SIM, en el campo específico de las políticas públicas para enfrentar el embarazo adolescente, requiere precisamente de una activa participación de las y los adolescentes a efectos de nutrir la dinámica cotidiana de producción, circulación y uso de la información.*** Una situación bastante común en la política social latinoamericana es utilizar el concepto y la práctica de la participación ciudadana y comunitaria como aspecto formal programático, sin implicancias concretas en etapas críticas de la política. Y si lo antedicho se aplica por lo general a múltiples casos y experiencias, mucho más evidente resulta cuando se está ante la invocación a la participación de las y los adolescentes (o incluso de niñas y niños). No obstante, en diversas circunstancias se intenta que dicha participación tenga efectos concretos, como en el caso del SIM de El Salvador, el cual prevé un mecanismo de participación para que niñas, niños y adolescentes puedan expresar sus opiniones, ser parte del seguimiento de las acciones e involucrarse en la toma de decisiones de la estrategia, a través de una instancia contraloría social que da cauce a organizaciones y redes que desarrollan e implementan acciones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, formando a su vez parte del Comité Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Dimensión técnica-operativa

- ***La construcción de un SIM requiere desde un inicio de un diseño que integre (y haga interoperables) los sistemas de información y monitoreo. Esto habrá de ser la base para contar con reportes y herramientas de gestión acorde a las necesidades de los diversos públicos involucrados.*** Una recomendación fundamental para avanzar en la creación o fortalecimiento de un SIM en general, y en materia de embarazo adolescente en particular, se vincula a capitalizar desde la fase inicial los sistemas de información estadísticos y administrativos pre-existentes que sean de utilidad para el monitoreo de la política pública en cuestión. Se trata, en pocas palabras, de capitalizar los activos que ya están a disposición y que tienen el potencial de sentar las bases para la construcción de un SIM robusto. Resulta ilustrativo de este punto el caso de México, en el cual su SIM se elaboró sobre la base disponible de una amplia variedad de indicadores derivados de los sistemas de información institucionales (sectoriales) referidos a condiciones socioeconómicas, acceso a la salud, a la educación, desempeño educativo y de mercado de trabajo de las adolescencias y sus familias,

es decir, de sus propios registros administrativos, encuestas oficiales, o bien de estudios e investigaciones. Es por ello por lo que esta estrategia contó con suficiente información base que, en la etapa de diseño, fue debidamente integrada en un tablero de indicadores, el cual, a su vez, hizo un aporte significativo a la toma de decisiones en la fase de diseño de la estrategia.

- ***En materia de embarazo adolescente, al igual que en otras problemáticas públicas multidimensionales, se requiere de un SIM construido con lógica y participación intersectorial (y atendiendo a la relación entre niveles de gobierno). Esto requiere, a su vez, que se construyan y se apliquen con rigurosidad indicadores capaces de captar los avances y desafíos de la coordinación de múltiples actores.*** Esta tesis se centró en una política pública característicamente intersectorial, pero también de vínculo entre niveles de gobierno. Son diversas las áreas de los Estados (nacionales y subnacionales) que deben involucrarse y movilizar sus recursos para que se atienda exitosamente la multidimensionalidad de la problemática del embarazo en la adolescencia, más aún el no intencional. Es precisamente esta base de coordinación horizontal y vertical que caracteriza a la política pública la que da sustento a recomendar que haya rasgos equivalentes en sus propios SIM. Nuevamente el caso de México ilustra al menos parcialmente el punto, dado que los reportes de monitoreo cumplieron en dicha experiencia un rol central en la articulación multiactoral, destacándose el hecho de que las reuniones que fueron dando sustento y práctica al SIM se realizaban involucrando a todos los actores y sectores pertinentes. Esto permitió, por ejemplo, la construcción del problema de manera compleja, involucrando en la estrategia de abordaje dimensiones tales como salud, educación, empleo, prevención de las violencias, el rol de los medios de comunicación, entre otras.
- ***El diseño e implementación de un SIM requiere de estrategias graduales e incrementales basadas en la negociación político-técnica con múltiples actores, así como la paulatina legitimidad de sus aportes. Implica, en ese sentido, darle prioridad a la sensibilización y capacitación que resulte pertinente a los diversos involucrados sobre las potencialidades del SIM.*** Las áreas estatales, incluyendo por supuesto a sus funcionarios políticos y equipos técnico-operativos, suelen tender a permanecer en “zonas de confort” en cuanto a estilos de gestión, trabajo sectorial, prácticas disciplinarias hegemónicas. Pero una política pública intersectorial (e interjurisdiccional) como la que intenta afrontar las múltiples dimensiones del embarazo

adolescente requiere interpelar esos modos de operar. Si el argumento es de utilidad para la política pública en sí, también lo es en lo referido a su SIM, en tanto son múltiples los actores de los Estados (nacional y subnacionales) que deben involucrarse para poner en práctica dicho instrumento y que el mismo provea información valiosa. Se necesita, por ende, sensibilizar de las ventajas de un sólido SIM a las autoridades políticas, pero también se requiere capacitar a funcionarios técnicos y operativos de cuya práctica y compromiso depende “el día a día” del SIM. El caso del Plan Enia da cuenta de una buena práctica que inspira esta recomendación, sensibilizando desde el nivel político nacional a sus pares provinciales, a la par que puso en marcha un amplio dispositivo de capacitación para ilustrar desde lo operativo no sólo las claves del funcionamiento del sistema de información y monitoreo, sino el potencial del mismo para la propia práctica (incluyendo los procesos de planificación) de los equipos territoriales a cargo de la puesta en marcha del Plan.

- ***Para que un SIM cumpla sus objetivos de aportar evidencia para la toma de decisiones y la mejora continua de una política pública, se requiere que aquél cuente con una matriz de indicadores apropiada para darle seguimiento a la teoría de cambio, así como también a aspectos de calidad, economía y eficiencia.*** Todo SIM debe ser preciso en su matriz de indicadores, estableciendo con claridad y consenso cuáles de aquellos son realmente necesarios para gestionar una intervención compleja como suelen ser las estrategias para enfrentar el embarazo adolescente. Un aspecto clave se vincula a tener indicadores que permitan dar seguimiento preciso a la teoría de cambio de la intervención, donde el caso argentino del Plan Enia resulta sin duda una buena práctica. Pero también se requieren de otros tipos de indicadores, por lo cual esta recomendación requiere ilustrarse también de otras experiencias presentadas previamente en esta tesis. A modo de ejemplo, Chile cuenta con indicadores de calidad además de cobertura, a partir de un SIM orientado a dar seguimiento y establecer planes de mejora de los Servicios de Salud Amigable, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva para la atención de adolescentes. También fortalece esta recomendación aquellos casos donde el SIM presenta énfasis en el abordaje de determinantes, sea porque disponen de un tablero o set de indicadores tendientes a informar factores determinantes del embarazo en la adolescencia (México, Chile y Perú) o bien cuentan con un observatorio específico para dar seguimiento a la temática (Colombia); o como ocurre en el SIM de El Salvador, que incluye un sistema de alertas para informar a la gestión las poblaciones de mayor exposición al riesgo.

Referencias Bibliográficas

Aguilar Villanueva, Luis. (1992). El estudio de las políticas públicas. México: Miguel Ángel Porrúa.

Aguirre Platas, Y. (2020). Matriz de Marco Lógico y Matriz de Indicadores de Resultados. Estrategia Intersectorial y Nacional de Embarazo No intencional en Adolescentes de Uruguay.

Alemán X., Cueva P., Insfrán, S. (2017) Tres enfoques que han guiado las políticas de prevención del embarazo adolescente. Blog BID Mejorando Vidas. <https://blogs.iadb.org/salud/es/prevencion-del-embarazo/>

Andrenacci, L. (2020) ¿Cómo se concibe hoy la gestión pública desde la ciencia? El conocimiento en la gerencia pública. Biblioteca Virtual TOP <https://top.org.ar/top/biblioteca-virtual/>

Aquilino, N., Potenza, F. y Rubio, J. (2018) 10 decisiones para construir un sistema de monitoreo y evaluación de políticas públicas, Documento de Trabajo N° 166, junio, Buenos Aires: CIPPEC.

Banco Interamericano de Desarrollo- BID (2021) Programa de Apoyo a Políticas de Igualdad de Género (AR-L1298). Informe de Terminación de Proyecto (PCR).

Berner H. y T. Van Hemelryck (2020), “Sistemas de información social y registros de destinatarios de la protección social no contributiva en América Latina: avances y desafíos frente al COVID 19”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/140), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46452-sistemas-informacionsocial-registros-destinatarios-la-proteccion-social>.

Berner, H. (2019) Recomendaciones a partir de la experiencia chilena, Taller de discusión sobre registros sociales y focalización de programas sociales para el caso de Ecuador, 14 de mayo de 2019, Santiago, CEPAL.

Bertranou, J. (2019) El seguimiento y la evaluación de políticas públicas. Modelos disponibles para producir conocimiento y mejorar el desempeño de las intervenciones públicas. MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. VI / N° 10.

Bienestar Familiar Colombia (2022). Prevención del embarazo en la adolescencia y promoción de la maternidad y la paternidad planeada y responsable. Colombia.

Buvinic, M. (1998). The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico. Studies in Family Planning , 29 (2), 201. <https://doi.org/10.>

Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.), Caja de herramientas. Gestión e institucionalidad de las políticas sociales para la igualdad en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/157), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.

Cecchini, S. y A. Madariaga (2011) Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe, Cuadernos de la CEPAL, N° 95, CEPAL, Santiago de Chile.

Cecchini, S. y R. Martínez (2011) Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos, CEPAL, Santiago de Chile.

CEPAL. (2017). Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe. Mapa de ruta para el desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL.

Chandra Mouli, V., Plesons, M., Hadley, A., Maddaleno, M., Oljira, L., Tibebu, S., . . . Engel, D. (2019). Conclusiones de las iniciativas de los gobiernos nacionales de Chile, Inglaterra y Etiopía para reducir los embarazos de adolescentes. Espacio para la infancia.

Cohen, E. – Martínez R. (2004) Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. CEPAL. División Desarrollo Social.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer-CLADEM (2016). Estudio niñas madres. Balance regional embarazo y maternidad forzada en América Latina y el Caribe, 47-51/61-70. Disponible en:
<https://cladem.org/wpcontent/uploads/2018/11/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>

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

CONEVAL. (2022). El embarazo en la adolescencia y el acceso a la educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Cortázar, J. (2005) “La implementación de los programas sociales como proceso estratégico y social”, en Revista Reforma y Democracia, N° 33, Caracas.

Cunill-Grau, N., Fernández M. y Marcel Thezá Manríquez (2013). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales. Lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile.

Cunill-Grau, N. y S. Ospina (2008). Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) en América Latina: informe comparativo de 12 países, Banco Mundial, Washington, D.C.

Curzio, L. (2008) “Toma de decisiones”, en T. Miklos (coord.) Las decisiones políticas. De la planeación a la acción, IFE/siglo veintiuno editores, Ciudad de México.

Davies, I. (1999). “Evaluation and Performance Management in Government”. Evaluation 5(2): 150-159.

DNSSyR (2022) Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Publicación de resultados 2022.

Fara, L., Gualdoni N., Rojo, A. (2020). Curso monitoreo Plan Enia. Clase nro. 3. Instrumentos y productos del monitoreo del Plan Enia. Ministerio de Salud de la Nación.

FCE-UBA, SIEMPRO y UNICEF (2019): “Estudio económico sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia”, Buenos Aires: Mimeo.

Fernández Arroyo, N.- Schejtman, L. (2012) Planificación de políticas, programas y proyectos. Fundación CIPPEC. Buenos Aires.

Flores-Crespo, P. (2013) “El enfoque de la política basada en la evidencia. Análisis de su utilidad para la educación de México”, en Revista Mexicana de Investigación Educativa, VOL. 18, N° 56, Ciudad de México.

Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2017). El costo económico de embarazo en niñas y adolescente, El Salvador.

Furstenberg, F. F. (1998). When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing countries. *Studies in family planning* , 246–253

Gabinete de Gestión Social e Inclusión de El Salvador. (2017). Estrategia Nacional Intersectorial del Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027. El Salvador.

Gabinete Social del Paraguay (2021) Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Sistema de Protección Social del Paraguay, Asunción.

Geronimus, A. T., & Korenman, S. (1992). The Socioeconomic Consequences of Teen Childbearing Reconsidered. *The Quarterly Journal of Economics* , 107 (4), 1187–1214. <https://doi.org/10.2307/211838>

Gobierno de Chile (2019) Actualización situación de salud de adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Gobierno de Ecuador. (2018). Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018-2025. Ecuador: Acuerdo Interministerial.

Gobierno de El Salvador (2017) Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 Gabinete de Gestión Social e Inclusión.

Gobierno de El Salvador (2021) Avances en la implementación años 2019-2020. Estrategia Nacional

Gobierno de la República de Guatemala (2017) Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes. PLANEA 2018-2022. Guatemala: Gobierno de la república de Guatemala.

Gobierno de México (2017) Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Gobierno de México (2020) Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).

Gobierno de México (2020) Manual para el uso del Sistema de Indicadores para Monitoreo y Seguimiento de la ENAPEA. Subgrupo de Indicadores para el monitoreo y seguimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (SIMS – ENAPEA)

Gobierno de Perú (2018) Plan Andino para la prevención y reducción del embarazo en adolescentes (2017-2022)

Gobierno de Uruguay (2017) Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes #miplanadolescente. Uruguay.

Gobierno República Dominicana (2019) Plan Nacional para la reducción de embarazos en adolescentes 2019-2023 PREA-RD.

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

Gualdoni, N. y Finzi, T. (2023) “Pasos críticos en la construcción de sistemas de monitoreo”, mimeo, Buenos Aires.

Gutiérrez, J. P. (2015). Diseño del plan de monitoreo y del esquema general de evaluación de la estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Guzmán, J. M., Hakkert, R., Contreras, J. M., & Falconier de Moyano, M. (2001). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. New York: United Nations Population Fund .

Head, B. W. (2008) “Three lenses of evidence-based policy”, en The Australian Journal of Public Administration, vol. 67(1), pp. 1-11.

Herrera, J.C. (2006); “Monitoreo y evaluación de políticas públicas: el Sistema de Información para la Gestión (SIG) en Argentina”. Trabajo presentado en XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7-10 Nov.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_argentina.pdf

INAP Capacitación (2023). La información social, monitoreo y evaluación de programas y proyectos. Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescente 2017-2027.

Jaime, F. y P. Vaca Avila (2019) “Las políticas basadas en evidencia como plataformas para la innovación de políticas públicas”. En Estado Abierto, Vol. 2, N° 1, Buenos Aires.

Jiménez González, J. (2018). Monitoreo del grupo estatal de prevención del embarazo adolescente en el Estado de Oaxaca. Oaxaca: Fundación Mexicana para la Planificación Familiar .

Kantor, M. (2019) Los usos del conocimiento técnico en la formulación de políticas públicas en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. El caso de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales durante el período 2003 -2015, Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés, Buenos Aires.

Luzardo (2022). The Policy for the Prevention of Pregnancy Among Girls and Adolescents and the Children's Rights. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España. 2022 DOI: <http://dx.doi.org/10.18272/iu.v29i29.2529>

Maldonado Trujillo, C. y Galíndez Hernández, C. (2013); Monitoreo, Evaluación y Gestión por Resultados Aprendizaje y Cooperación Sur-Sur para la Innovación: El Papel de los Actores Subnacionales. CIDE-Centro CLEAR para América Latina. México.

Martich, E. (2021). ¿Qué hacen los países de América Latina y el Caribe para prevenir el embarazo adolescente? Panamá: UNFPA.

Martich, E., 2020. El coronavirus y sus impactos en el embarazo adolescente en América Latina. 11 de septiembre de 2020. Agenda Pública. El País. <https://agendapublica.elpais.com/noticia/16853/coronavirus-sus-impactos-embarazo-adolescente-america-latina>

Martínez Nogueira, R. (2007), "Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales", en J.C. Cortázar (ed.), Entre el diseño y la evaluación: el papel crucial de la implementación de los programas sociales, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.

Martínez, R. (2015) "Monitoreo y evaluación de las políticas y programas de protección social", en Cecchini, S.; F. Filgueira; R. Martínez; y C. Rossel (eds.) Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización, CEPAL, Santiago de Chile.

Mokate, K. (2000); El Monitoreo y la evaluación: Herramientas indispensables de la gerencia social. Notas de Clase. INDES/ BID.

Mokate, K. y Saavedra, J. (2006) "Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de programas y políticas". INDES. Serie de Documentos de Trabajo I-56.

Moro, J. (2009); "La información y el conocimiento en la gestión social: Entre expectativas incumplidas y uso estratégico". En Chiara, M. y Di Virgilio, M.M. (Org.); Gestión de la política social. Conceptos y herramientas. Buenos Aires: Prometeo/ UNGS.

Mosqueira, E., & Alessandro, M. (2023). Capacidades estatales y problemas complejos de políticas públicas: cómo abordar vulnerabilidades que afectan el desarrollo humano.

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

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

Muller, Pierre. (2002). Las políticas públicas. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
OCDE (2010) Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados.

ONIEA, Gobierno de Colombia (2013) Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente, ONIEA Colombia, Guía Metodológica

ONU Mujeres. (2010). ¿Porque son importantes el monitoreo y la evaluacion? Obtenido de Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas : <https://www.endvawnow.org/es/articulos/331-por-qu-son-importantes-el-monitoreo-y-la-evaluacin.html>

OPS (2020) El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS-UNFPA; 2020.

OPS (2022) Curso Virtual de Políticas Informadas por Evidencias (PIE) – 2022.

OPS, UNFPA, UNICEF (2017). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. Washington, DC: OPS, UNFPA y UNICEF.

Organización Mundial de la Salud (2022) Monitoreo de las desigualdades en la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente: manual paso a paso.

Organización Mundial de la Salud (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes. Washigton.

Organización Panamericana de la Salud (2022) Guía para la toma de decisiones informada por la evidencia, incluso en las emergencias de salud. Washington, DC: OPS.

Orozco, M. y R. Valdivia (2021) “Monitoreo y evaluación de políticas y programas sociales”, en S. Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.) Caja de herramientas. Gestión e institucionalidad de las políticas sociales para la igualdad en América Latina y el Caribe, Capítulo VII (LC/TS.2021/157), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Paz, Jorge (2020). Capítulo B. Embarazo adolescente, maternidad temprana y relaciones con logros educativos y oportunidades laborales para las personas jóvenes. En La implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe: avances y desafíos. Panamá City (Panamá): UNFPA - ALAP.

Pérez Brignoli, H. (2022). América Latina en la transición demográfica (1800-2050). Ciudad autónoma de Buenos Aires. Ed. Teseo.

Pérez Yarahuán, G. y Maldonado Trujillo, C. (2015); "Introducción: Razones para documentar avances, retos y dificultades de los sistemas de seguimiento y evaluación en América Latina".

Pignatta, M. A (2015) "Monitoreo y evaluación de políticas públicas en América Latina: brechas por cerrar". Revista Perspectivas de Políticas Públicas, 4(8), 49-69.

Plan ENIA (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y la adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. Buenos aires, octubre de 2018. Disponible en:https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusosexualanexomedico_digital_nov2018.pdf

Plan ENIA (2018) Documento Base Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia/materiales-para-equipos-de-trabajo/documentos-tecnicos>

Plan Enia (2019a): Implementación del Plan Nacional Enia. Modalidad de intervención y dispositivos. Documento técnico N° 2, edición revisada, febrero de 2019.

Plan ENIA (2019b) "El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción". Documento técnico N° 5. Buenos Aires, mayo 2019.

Plan ENIA (2019c) Sistema de Monitoreo Plan ENIA, Documento técnico N° 7, Buenos Aires.

Plan ENIA (2019d) recorridos, logros y desafíos. - 1a ed adaptada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019. Libro digital, PDF

Plan ENIA (2019e). Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico. Disponibilidad, competencias y marco regulatorio del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido.

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

Plan Nacional de Prevención de embarazos en adolescentes PLANEA. Guatemala, 2018 – 2022.

PNUD (2009) Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

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.

Ramos Silvina (2022) Presentación: Derechos sexuales y reproductivos y fecundidad adolescente en Argentina. Diálogo 4. CIPPEC, UNICEF. Disponible en: <https://dialogosnnya.cippec.org/dialogo-4/>

Repetto, F. – Fernández, J. (2012) Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales, CIPPEC/UNICEF, Buenos Aires.

Repetto, F. (2004) Capacidad Estatal: Requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina. BID/INDES. Documento de Trabajo I-52.

Repetto, F. (2021) “Aportes a la implementación de políticas sociales”, Buenos Aires, mimeo.

Rodríguez Vignoli, J. (2014) La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. UNFPA-CEPAL.

Rodríguez, E. (2016) "Políticas de juventud, administración pública y reforma del Estado en Iberoamérica: experiencias acumuladas y desafíos a encarar", CELAJU, Montevideo.

Rofman, R. della Paolera, C. Camisassa, J., López Méndez, E. (2022) Odisea demográfica. Tendencias demográficas en Argentina. Insumos claves para el diseño de políticas de bienestar social. CIPPEC, UNFPA, UNICEF.

Rogers, P. (2014). “La teoría del cambio, Síntesis metodológicas: evaluación de impacto N.º 2”. Centro de Investigaciones de UNICEF: Florencia.

Roig, N. A. (2023). Adolescent Fertility and Reproductive Rights En Essays on development economics and adolescent behavior [Tesis doctoral, University of Southern California]. University of Southern California Dissertation and Theses. Recuperado de <https://digitallibrary.usc.edu/CS.aspx?VP3=DamView&VBID=2A3BXZ815CDY8&SMLS=1&RW=980&RH=1878>

Rossel, C. y Filgueira, F. (2015). “Adolescencia y juventud”, en Cecchini, Simone et al (editores). Instrumentos de Protección Social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización, CEPAL, Santiago de Chile.

Roth Deubel, André-Noël. (2002). Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora

Secretaría General del Consejo Nacional de Población. (2020). Manual para el uso del sistema de indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA. México: Gobierno de México.

Tamayo Saéz, M. (1997), “El análisis de las políticas públicas”, La nueva Administración Pública, Bañón, R. y E. Carrillo (comps.), Madrid, Alianza Universidad Textos.

Tobar F. (2015) Abordajes del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. AISSR-UNFPA LACRO

Tobar, F. (2022). Embarazo adolescente y desarrollo económico y social en América Latina y el Caribe. UNFPA.

Tobar, F., & Romio, J. (2022). Lecciones aprendidas a través de las políticas públicas de prevención del embarazo adolescente en América Latina. UNFPA.

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

UNFPA (2004) Conjunto de Herramientas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del UNFPA (2013). Estado de la población mundial 2013 Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.

UNFPA (2017) Documento fase I,. Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. #MiPlanAdolescente. Uruguay 2016 — 2020.

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

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

UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional

UNFPA- Gobierno de Uruguay (2020) Memoria Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes Uruguay, 2016-2020.

UNFPA. (2022). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en 10 países de América Latina y el Caribe.

UNFPA. (2023). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Obtenido de Agenda 2030 en América Latina y el Caribe: <https://agenda2030lac.org/es/organizaciones/unfpa>

UNFPA. Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente. Diciembre 2019. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá

UNICEF (1992). Guía de UNICEF para Monitoreo y Evaluación ¿Marcando una diferencia? Oficina de

UNICEF (2017) Manual sobre la gestión basada en resultados: la labor conjunta en favor de la niñez. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York.

UNICEF (2021). Análisis de Situación de la Niñez y la Adolescencia en Argentina (SITAN)

UNICEF (2022). Programa de fortalecimiento de capacidades de gestión a nivel local. Módulo 4 “Monitoreo y evaluación del Plan de acción”. Primera edición, abril 2022. Este documento forma

parte de la serie guías prácticas del programa Municipio Unido por la Niñez y la Adolescencia (MUNA).

Van Hemelryck. T. (2021) “Sistemas de información IV de protección social y registros de destinatarios” en Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.) Caja de herramientas. Gestión e institucionalidad de las políticas sociales para la igualdad en América Latina y el Caribe, Capítulo VI (LC/TS.2021/157), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.

Vargas, Fanny (2021) Determinantes y efectos del embarazo en la adolescencia en Centroamérica, República Dominicana y Haití / Fanny Vargas, Boaz Anglade. p. cm. — (Nota técnica del BID; 2154)

Vazquez Claudia, 2023. [¿Cómo contribuyeron las políticas públicas en Argentina a la prevención del embarazo en la adolescencia? - Primeros Pasos \(iadb.org\)](#)

Vélez, E., & Figueredo, L. (2015). Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes. Revista educacional en valores. Universidad de Carabobo, 18-28.

Vicepresidencia de Guatemala (2018) Manual de supervisión, monitoreo y evaluación Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes en Guatemala, 2018-2022 (Planea 2018-2022)

Vicepresidencia de Guatemala. (2018). Manual de supervisión, monitoreo y evaluación. Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes en Guatemala PLANEA 2018-2022. Guatemala: Presidencia del Gobierno de Guatemala.

Anexos

Anexo 1: Perfil referentes entrevistades

Nro.	Perfil	Objetivos de la entrevista
1	Experto SIM ENAPEA, México	Aproximación al SIM de la estrategia y sus principales aportes al ciclo de la política
2	Coordinación técnica Estrategia Uruguay	Aproximación al SIM de la estrategia y sus principales aportes al ciclo de la política
3	Equipo técnico Estrategia Chile	Aproximación al SIM de la estrategia y sus principales aportes al ciclo de la política
4	Evaluadora externa estrategias Región LA	Mapeo de estrategias e identificación de SIM destacados
5	Coordinación técnica Plan Enia	Profundización sobre Plan Enia
6	Oficial UNFPA Argentina	Validación de los principales aportes del SIM del Plan Enia
7	Experta analista UNFPA	Aproximación al SIM de la estrategia y sus principales aportes al ciclo de la política
8	Equipo SIM Plan Enia	Profundización sobre estructura y funcionamiento SIM Enia.

Anexo 2: Tableros de indicadores disponibles


<p>Tableros de resultados por dispositivos del Plan Enia</p> <p>SSR: Dispensa de LARC (implantes subdérmicos y DIU) a adolescentes menores de 20 años.</p> <p>SSR: Dispensa en estrategia AIPEO. LARC (implantes subdérmicos y DIU) a adolescentes menores de 20 años bajo estrategia AIPEO (Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico).</p> <p>SSR: Dispensa por grupos etarios. Grupos de edad: 10-14 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años, 25 años o más.</p> <p>SSR: Distribución de LARC. Desde Nación a depósitos de provincias Enia. Desde depósitos provinciales a servicios de salud y distribución. Dispensa de LARC total provincial-</p> <p>ESI: Estudiantes con actividades ESI Enia. Estudiantes que realizaron actividades de la cartilla ESI-Enia.</p>

ESI: Docentes capacitades en ESI-Enia. Docentes capacitades para la implementación de la cartilla ESI-Enia.

ASIE: Dispositivos de Asesorías. Dispositivos de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias.

ASIE: Adolescentes asesorades. Adolescentes asesorades en dispositivos de Salud Integral en Escuelas Secundarias

ASIE: Caracterización adolescentes asesorades. Adolescentes que recibieron asesoramiento por género autopercebido y jurisdicción.

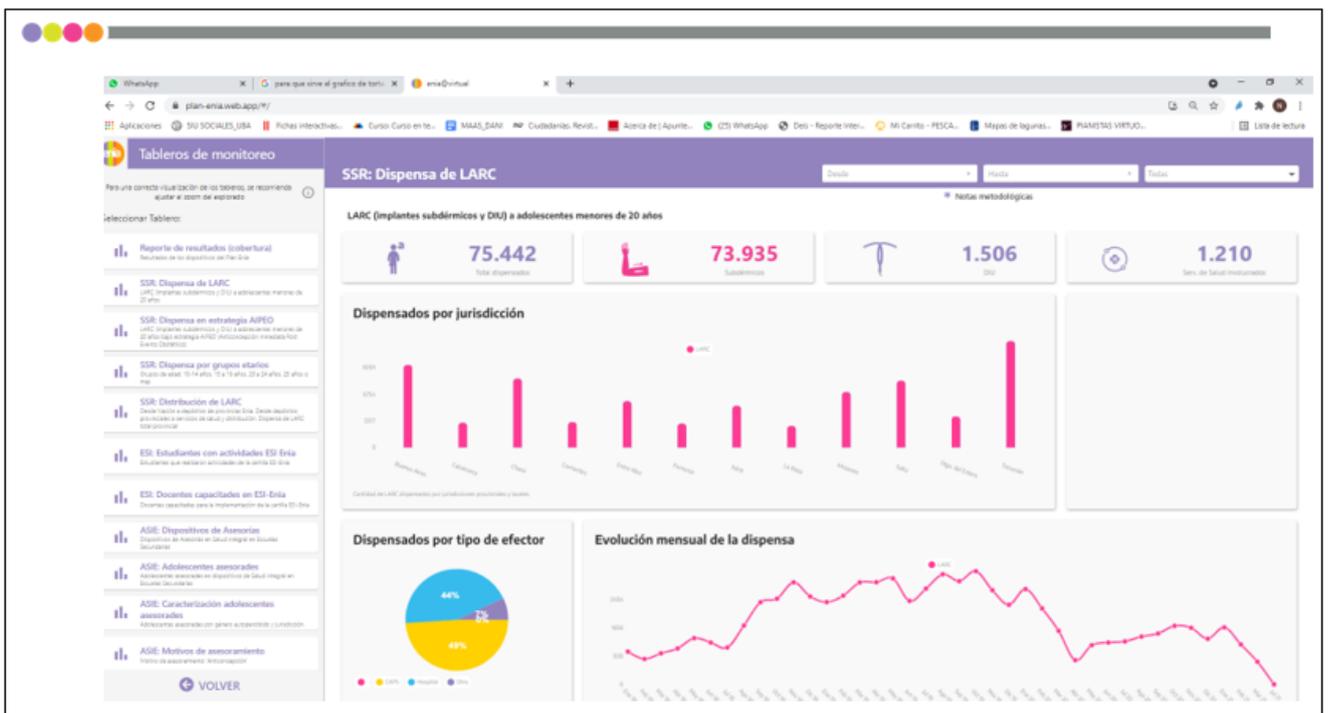
ASIE: Motivos de asesoramiento. Motivo de asesoramiento 'Anticoncepción'

DBC: Asesorías de base comunitaria. Dispositivos de Asesorías en Espacios comunitarios.

DBC: Adolescentes asesorades. Adolescentes que recibieron asesoramiento en el Dispositivo de Base Comunitaria.

DBC: Caracterización adolescentes asesorades. Adolescentes por género autopercebido, grupo etario y escolarización.

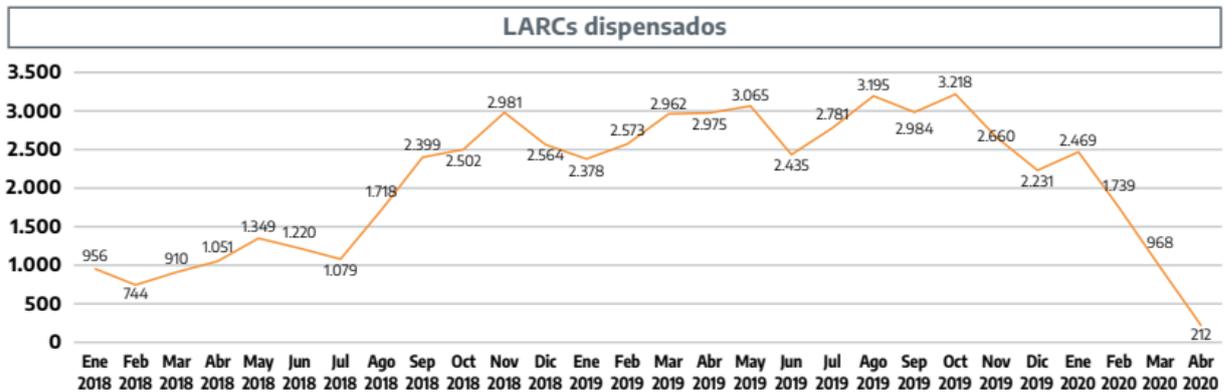
DBC: Motivos de asesoramiento. Motivos de asesoramiento "Anticoncepción" según género autopercebido.



Anexo 3 Algunos resultados Plan Enia en período analizado

Evolución mensual de la dispensa de LARCs

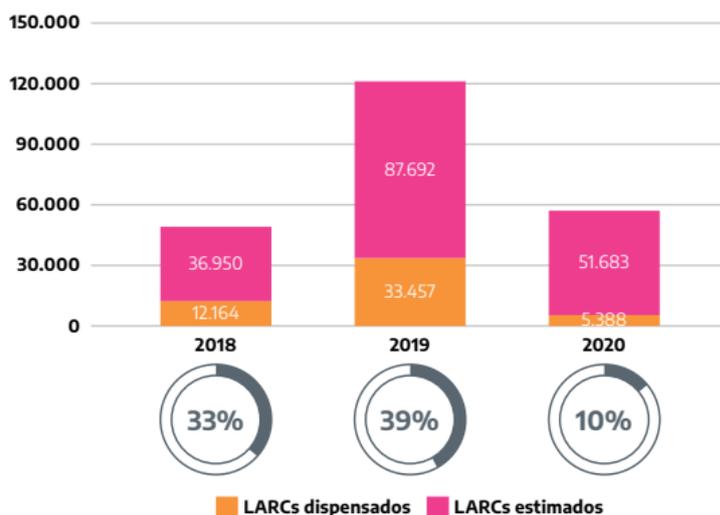
Durante 2019, el comportamiento de la dispensa reportada se estabiliza en 2.700 LARCs promedio mensual.



Fuente: Sistema de monitoreo. Datos a Abril 2020.

Dispensa de LARCs - Población objetivo plan

El modelo de estimación de metas de impacto o MEMI establece como población objetivo un 75% de mujeres sexualmente activas de 10 a 19 años en los 36 departamentos. De este total, un 75% se estima cubrir con LARCs (70% con implantes, 5% con DIU); un total de 176.335 adolescentes a cubrir con LARCs en el período 2018-2019.



CONTEXTO COVID-19

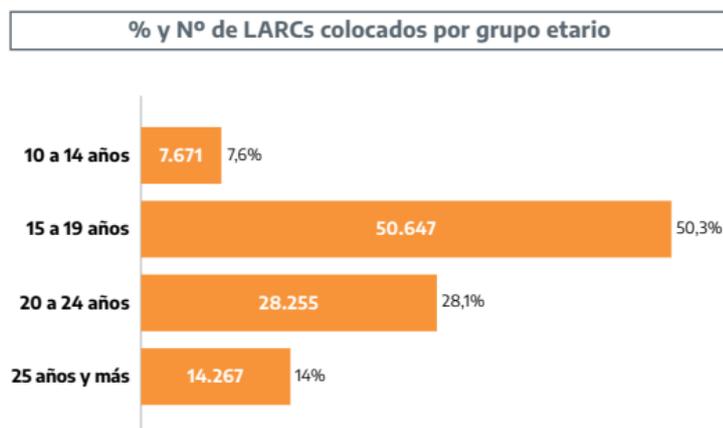
Considerando la población estimada a cubrir con LARCs para el 2020, a abril 2020 se alcanza un 10% de lo esperado.

El desempeño para 2018 y 2019 estuvo en torno al 33% y 39% respectivamente.

Fuente: Sistema de monitoreo. Datos a Abril 2020.

Dispensa métodos larga duración - Otras poblaciones

Como externalidad positiva de la gestión del plan, acceden a LARCs mujeres de los 36 departamentos bajo ENIA pero de grupos etarios: 20 a 24 años; 25 y más.



Un total de **100.840** implantes subdérmicos y DIU fueron dispensados a mujeres de todas las edades en los 36 departamentos ENIA en el período 2018 - enero/abril 2020.

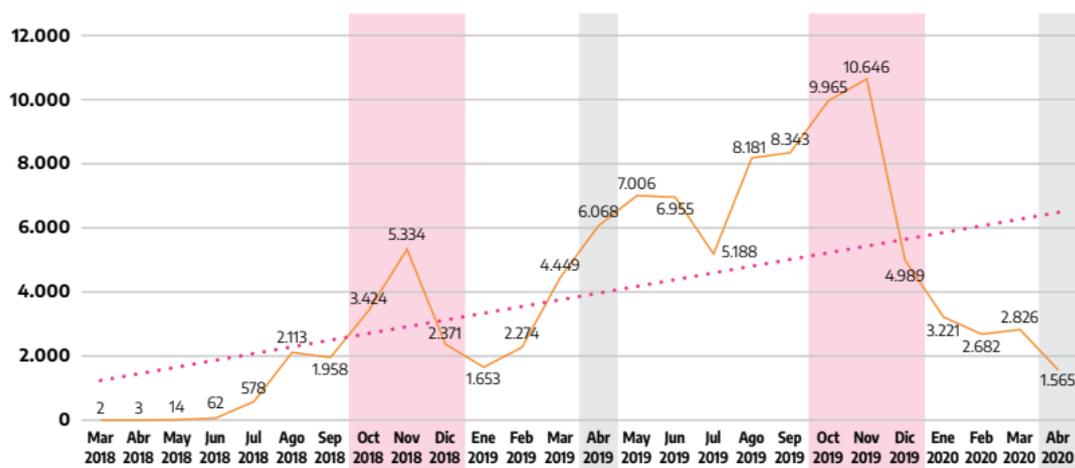
Cerca de un 60% de la dispensa ocurre en menores de 20 años, población objetivo del plan.

Un 28% se concentra en el grupo de mujeres de 20 a 24 años y un 14% en mujeres de 25 años en adelante.

Fuente: Sistema de monitoreo. Datos a Abril 2020.

Evolución: Adolescentes asesorades

El **promedio** de adolescentes asesorades por trimestre en 2019 fue de **18.929**. Los picos de la serie anual de 2018 y 2019 se registran en los cuartos trimestres. Al comparar el primer trimestre de 2019 y 2020, la cantidad de adolescentes asesorades se mantuvo estable. Tomando los meses de abril, se pasó de 6.068 adolescentes en 2019 a 1.565 en 2020, probablemente debido a la pandemia.



Fuente: Sistema de monitoreo. Datos a Abril 2020.

Asesoramientos referenciados

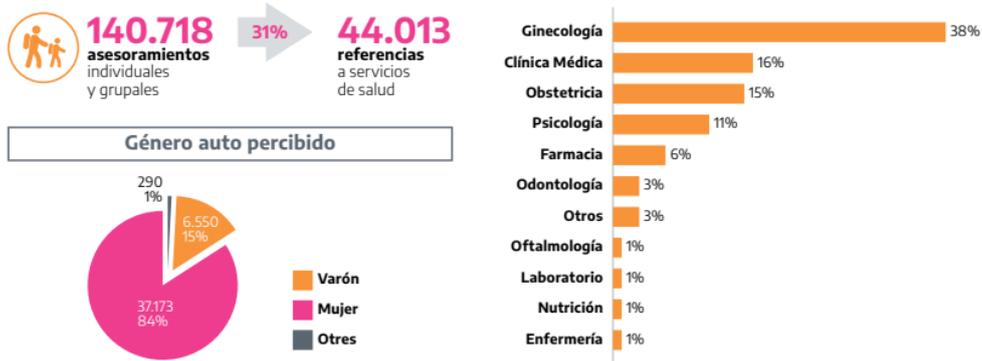
La referencia a servicios de salud (31%) se mantiene como valor histórico en torno al tercio. **Sin diferencias relevantes en el bimestre marzo-abril 2020 (34%).**

En el total del período se refuerza la tendencia feminizada (84%) del 2019. Las especialidades más frecuentes son Ginecología (38%), Clínica (16%) y Obstetricia (15%). La categoría "Otra" especialidad, se redujo del 11% al 3%.

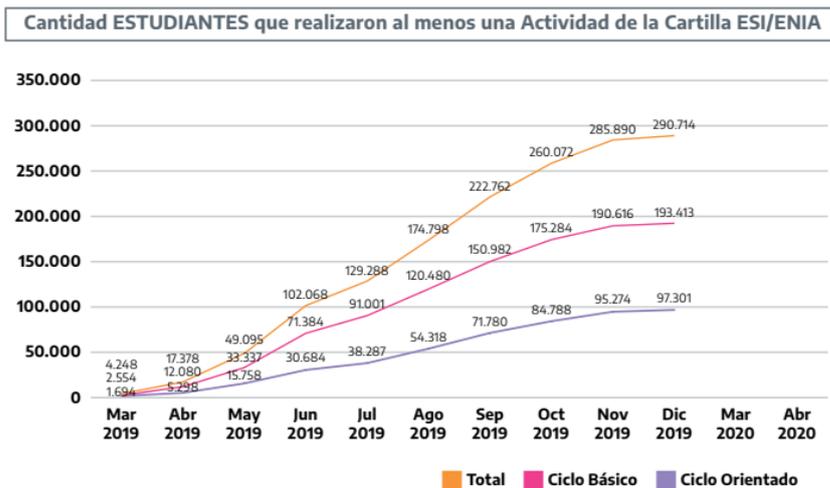


CONTEXTO COVID-19

Durante marzo-abril 2020 se registra una caída del 70% de los asesoramientos respecto del mismo bimestre del 2019 pasando de 16.533 a 5.011.



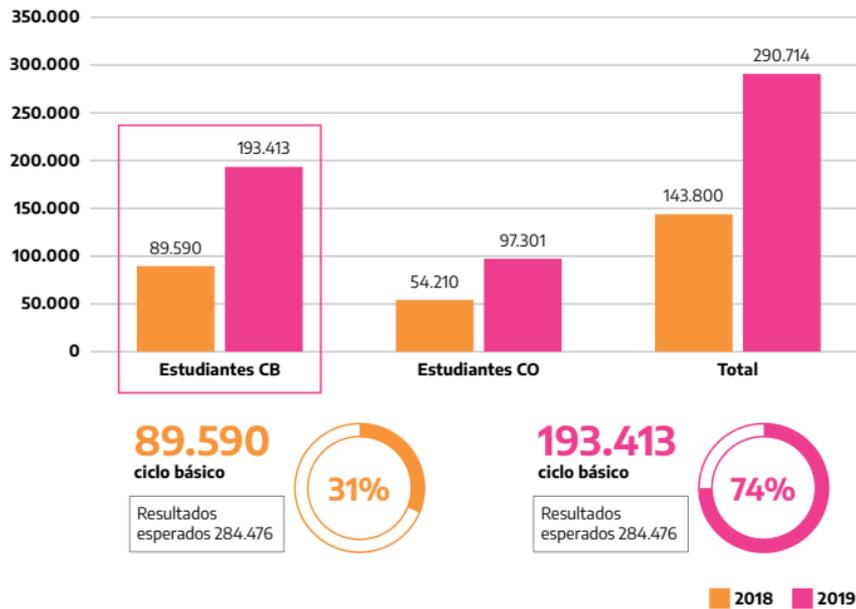
Evolución | Estudiantes en actividades con cartilla ESI/ENIA



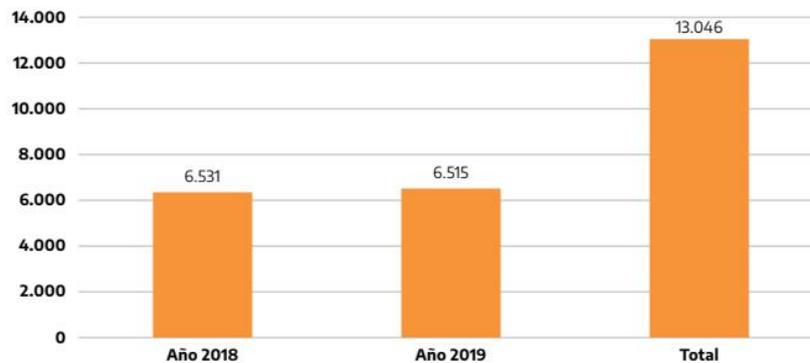
Fuente: Registro visitas a escuelas. Área Monitoreo ENIA. 2019-2020

La evolución en el alcance con la cartilla ESI/ENIA fue creciente en los dos primeros años de implementación del plan. En ambos ciclos del secundario (Ciclo Básico y Ciclo Orientado), durante los nueve meses de actividad escolar, se registró de manera ininterrumpida un incremento en la participación de estudiantes en las actividades ESI/ENIA.

Estudiantes en actividades con cartilla ESI/ENIA



Docentes capacitades



Fuente: Monitoreo ENIA (abril 2020).

Meta inicial del Plan: **capacitar en la estrategia ESI/ENIA a 11.131 docentes** (10% de docentes frente a curso de las escuelas bajo plan).

Objetivos alcanzados: En términos cuantitativos, entre 2018 y 2019 se capacitaron un total de **13.046 docentes**.

La meta inicial en cuanto a docentes capacitades fue superada.

Anexo 4: Mapeos disponibles

Nacidos vivos y embarazos no intencionales de adolescentes en argentina

[Nacidos vivos de niñas y adolescentes menores de 20 años Provincias Enia y departamentos Enia. Año 2019.](#)

[Embarazos no planificados en menores de 15 años. Año 2018](#)

Abuso sexual y embarazo forzado en niñas y adolescentes menores de 15 años

[Dimensión Diagnóstica. Presenta indicadores de la problemática de abuso sexual y embarazo forzado. Los datos por cada tipo de indicadores se visualizan por jurisdicción y se analizan en función de la media nacional](#)

[Dimensión Normativa. Se encuentra toda la información normativa relacionada con Abuso Sexual hacia NNA por provincias y por instituciones involucradas en su abordaje](#)

[Dimensión institucional. Organismos del Estado georeferenciados con datos e información, involucrados en el abordaje de situaciones de abuso sexual y embarazo forzado de niñas y adolescentes.](#)

Dispositivo para el fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva (SSR)

[Dispensa de LARC. Dispensa de LARC - AIPE. Clasificación por grupos etarios \(10 a 14 y 15 a 19\). Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

[Efectores de salud que dispensan y/o colocan LARC. Total país. Actualización: diciembre 2020.](#)

Dispositivo para el fortalecimiento de la educación sexual integral (ESI)

[Estudiantes en actividades ESI-Enia. Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

[Docentes capacitades ESI-Enia. Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

[Matrícula de estudiantes por ciclo y docentes. Provincias y departamentos Enia.](#)

[Actualización: 2019](#)

Dispositivo de asesorías en salud integral en escuelas secundarias (ASIE)

[Dispositivos de asesorías. Dispositivos de asesorías. Asesorías en escuelas y servicios de salud. Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

[Asesoramientos y adolescentes asesorados. Cantidad de asesoramientos. Porcentaje de cobertura de adolescentes asesorados. Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

Dispositivo de base comunitaria en salud integral en la adolescencia (DBC)

[Dispositivos de asesorías. Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

[Asesoramientos y adolescentes asesorados. Provincias y departamentos Enia. Acumulado enero a diciembre 2020.](#)

Fuente: elaboración propia en base a curso de monitoreo Plan Enia 2019.