

DOCUMENTO DE TRABAJO Nº 175
DICIEMBRE DE 2018

Hacia un abordaje de las políticas de embarazo en la adolescencia en la Provincia del Chaco

FABIÁN REPETTO | JOSÉ FLORITO | ALEJANDRO BIONDI

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto
“Fortalecimiento de capacidades para la gestión subnacional de
políticas sociales de adolescencia” dirigido por Gala Díaz Langou.

Índice

Agradecimientos	3
Presentación	3
Introducción.....	4
Diagnóstico: incidencia del embarazo en la adolescencia en la Provincia de Chaco.....	6
Un análisis de la oferta programática.....	13
Recomendaciones de política pública.....	15
Bibliografía	19

Agradecimientos

Los autores agradecen a los funcionarios y agentes de los Ministerios de Desarrollo Social, Salud Pública y Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Provincia de Chaco. También a Fernando Zingman y Julián Govea Basch por sus revisiones y contribuciones a este documento.

Presentación

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto del Programa de Protección Social de CIPPEC “Desarrollo de capacidades para la gestión subnacional de políticas sociales dirigidas a niños, niñas y adolescentes”, dirigido por Gala Díaz Langou. El proyecto contó con el apoyo de UNICEF Argentina.

Introducción

El período comprendido entre los 10 y los 19 años es crítico en la vida de las personas. Es durante esos pocos años cuando cristalizan las capacidades humanas acumuladas desde la primera infancia y al mismo tiempo se comienzan a atravesar hitos fundamentales de transición a la edad adulta. La adolescencia es un período de enormes transformaciones biofísicas, sociales y psicológicas, en donde las personas consolidan su subjetividad y su ser-en-el-mundo (OMS, 2014). Su consideración como una etapa específica es relativamente reciente y su carácter transicional desde la niñez a la adultez hace que a menudo esté invisibilizada como fase, cuando en verdad su especificidad requiere, precisamente, de una atención particular.

Cada adolescente es una persona única que se desenvuelve en un contexto histórico-espacial particular, que a su vez incide sobre su condición social, económica, étnica, de género y cultural. Por lo tanto, es más apropiado hablar de “adolescencias”, atendiendo a esta diversidad y a sus implicancias en términos de política pública. Esta heterogeneidad puede ser abordada, no obstante, a través de recurrencias empíricas que asumen la forma de eventos críticos en la vida de los adolescentes. La terminalidad educativa, la inserción en el mercado laboral, el inicio de la vida sexual y reproductiva y la salida del hogar de origen son situaciones interrelacionadas cuya secuencia temporal, momento de ocurrencia y calidad contextual tienen un enorme impacto en la posibilidad de ejercitar derechos y alcanzar umbrales de bienestar y desarrollo en la adolescencia y también en la etapa más abarcadora de la juventud (15 a 29 años) (Filgueira & Rossel, 2015). La inversión social a través de políticas públicas integrales es un factor clave para que los adolescentes transiten trayectorias de inclusión.

La tenencia del primer hijo durante la adolescencia es un hito particularmente importante. De todos los eventos que se enmarcan en el enfoque de transiciones a la vida adulta, este es el más “inelástico”, en especial para las mujeres. Es posible revincularse con la escuela si no fue posible completarla, también lo es entrar y salir del mercado laboral y volver al hogar de origen luego de haber tenido alguna experiencia de autonomía, pero es infrecuente la reversibilidad del estado de “ser madre” (Filardo, 2015). El embarazo y maternidad o paternidad a edades tempranas expone a los adolescentes a un conjunto de responsabilidades de cuidado cuando todavía no han consolidado sus trayectorias escolares y laborales (De León, 2017). En concreto, el embarazo y la maternidad en la adolescencia refuerzan tendencias a la interrupción de la trayectoria escolar, a inserciones precarias del padre adolescente en el mercado de trabajo (y mayor inactividad de parte de las madres) y a la reproducción intergeneracional de la pobreza, dado que el fenómeno se presenta con mayor frecuencia en hogares de menores recursos: 9 de cada 10 madres de 15 a 19 años pertenecen al 30% de los hogares de menores ingresos en la Argentina (EPH, 2017). A la vez –y en especial para las mujeres en contextos socioeconómicos vulnerables– la maternidad a edades tempranas también refuerza inequidades y roles tradicionales de género, prolongando situaciones de subalternancia y domesticidad que restringen los derechos de las jóvenes en el espacio público (Gogna & Binstock, 2017). Estas inequidades socioeconómicas y de género se exacerban cuando la tenencia de un hijo es no intencional, es decir, cuando la madre no estaba buscando quedar embarazada en ese momento. La no intencionalidad es especialmente alta en la adolescencia: 7 de cada 10 adolescentes madres declaran no haber planificado su embarazo (SIP G, 2014). La imposibilidad de planificar acertadamente su calendario reproductivo llama la atención sobre la falta de garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los adolescentes a través de la provisión de servicios, insumos e información de calidad.

La interconexión de los hitos que atraviesan los adolescentes trae aparejada una enorme complejidad a la hora de identificar factores de protección. Pero también representa una oportunidad que puede ser aprovechada mediante una aproximación verdaderamente sistémica a la protección integral de derechos. En ese sentido, abordar el fenómeno del embarazo no intencional en la adolescencia implica, necesariamente, una perspectiva transversal que involucre a las diversas áreas competentes. A su vez, es preciso garantizar la consistencia absoluta entre los niveles centrales de la administración y las burocracias de calle representadas por los efectores de salud, educación y desarrollo social.

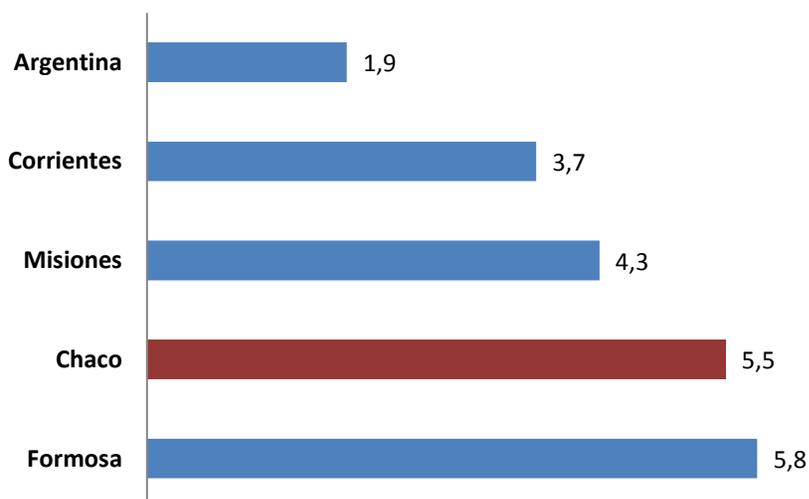
Este documento presenta un diagnóstico comparado de la magnitud de la fecundidad adolescente en la Provincia de Chaco, luego realiza una descripción del marco programático existente en la provincia y, finalmente, avanza en recomendaciones de política pública para lograr un abordaje de la situación que genere las condiciones para que los adolescentes gocen efectivamente de sus derechos.

Diagnóstico: incidencia del embarazo en la adolescencia en la Provincia de Chaco

La Provincia de Chaco es una de las que presenta indicadores más alarmantes en materia de embarazo en la adolescencia en la Argentina, con una combinación de altas tasas de fecundidad adolescente y una concentración del fenómeno en mujeres de bajo nivel educativo, indicador estrechamente relacionado con la situación socioeconómica del hogar de referencia.

Un análisis pormenorizado de la incidencia de este fenómeno en la provincia exige, como punto de partida, la desagregación de la adolescencia en dos tramos etarios, dado el "abismo de experiencias" entre los adolescentes más jóvenes y aquellos de mayor edad, especialmente en los relativo a los determinantes diferenciales del embarazo en la adolescencia (UNICEF, 2011). En la adolescencia temprana (10 a 14 años), en primer lugar, el embarazo suele ser producto de situaciones de abuso sexual infantil, violencia, incesto y maternidades forzadas (UNICEF, 2016) (CLADEM, 2016). La tasa de fecundidad adolescente en este tramo etario se ubica, a nivel nacional, en valores cercanos a 2×1000 ¹. Esto implica que, cada año, cerca de 3000 niñas menores de 15 años tienen hijos en Argentina. La Provincia de Chaco casi triplica el promedio nacional, con una tasa de fecundidad adolescente temprana que asciende a $5,5 \times 1000$ (DEIS, 2013). De todas las provincias argentinas, en 2013 solo Formosa presentó una cifra superior. Las cerca de 300 adolescentes de 10 a 14 años que transitan situaciones de maternidad anualmente en Chaco representan, entonces, un primer grupo de riesgo prioritario.

Gráfico 1. Tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14) en jurisdicciones del NEA y total nacional. Argentina, 2013.

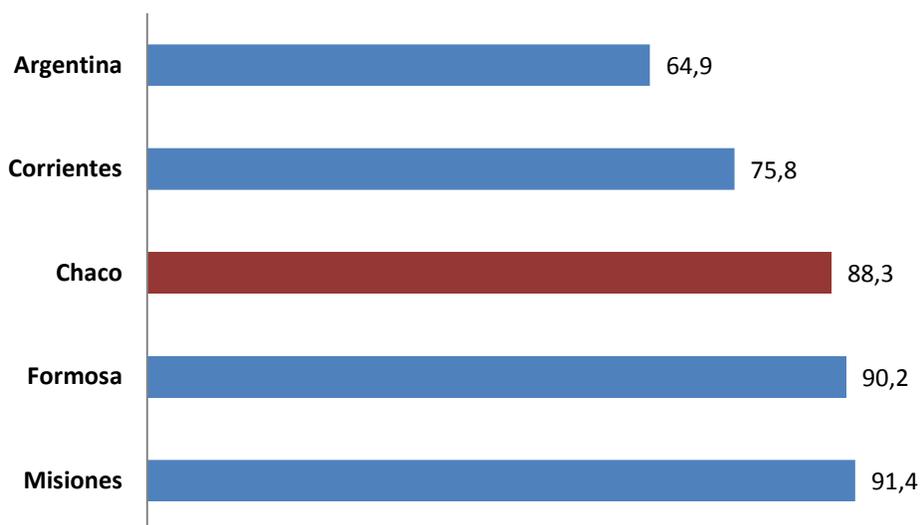


Fuente: UNICEF/PNSIA (2016): Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación: Buenos Aires, sobre la base de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

¹ La tasa específica de fecundidad por edad es el número de nacidos vivos registrados en la población femenina de un grupo de edad específico de una zona geográfica dada en un año dado sobre la población femenina de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año por 1000.

En segundo lugar, por su parte, el embarazo en la adolescencia tardía (15 a 19 años) está ligado a otro conjunto de determinantes. En este caso, priman consideraciones vinculadas con las situaciones de pobreza, la falta de oportunidades de inclusión social en el barrio de residencia, la existencia de un clima educativo adverso, las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y las desigualdades étnicas y de género, factores determinantes que configuran escenarios de mayor vulnerabilidad en los que el embarazo en la adolescencia es más frecuente (Viner y otros, 2012). La Provincia de Chaco también presenta un nivel notoriamente superior a la media nacional en la tasa de fecundidad adolescente tardía. Ubicada en $88,3 \times 1000$ en 2013, posiciona a Chaco como la jurisdicción con la tercera tasa más alta, tras Formosa y Misiones.

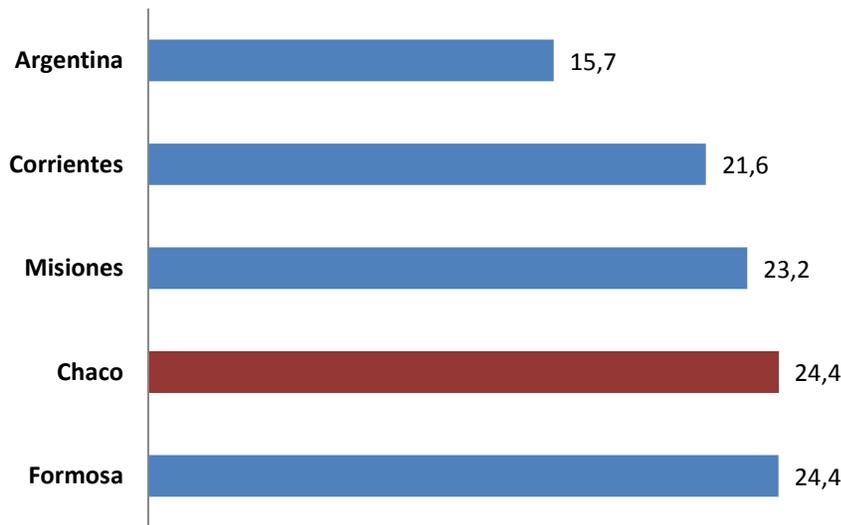
Gráfico 2. Tasa de fecundidad adolescente tardía (15-29) en NEA y total país. Argentina, 2013.



Fuente: UNICEF/PNSIA (2016): Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación: Buenos Aires, sobre la base de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

El complejo escenario que presenta la provincia en términos de incidencia absoluta y relativa del embarazo en la adolescencia en ambos tramos etarios también se verifica ante un cambio en el indicador elegido para dar cuenta del fenómeno. Así, si en lugar de las tasas específicas de fecundidad por franjas etarias se centra el análisis en el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes (10 a 19 años) respecto del total de nacimientos registrados en la provincia en 2013, Chaco nuevamente exhibe la proporción más alta de nacimientos de madres adolescentes, junto con Formosa. Casi 25 de cada 100 nacimientos en la Provincia de Chaco en 2013 correspondieron a una madre adolescente. A nivel nacional, en cambio, de cada 100 niños nacidos en 2013 menos de 16 tuvieron una madre adolescente.

Gráfico 3. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes (10-19 años) en jurisdicciones del NEA. Argentina, 2013.



Fuente: UNICEF/PNSIA (2016): Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación: Buenos Aires, sobre la base de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Además de los impactos ya descriptos en términos de las trayectorias educativas, laborales y socioeconómicas de las madres adolescentes, las altas tasas de fecundidad adolescente observadas en la provincia también alertan sobre las consecuencias del fenómeno en materia de salud. El embarazo en la adolescencia se asocia con riesgos más altos de complicaciones de salud en el período perinatal para la adolescente y su hijo. En comparación con las madres en la franja etaria 20-24, la evidencia demuestra que las madres de 10 a 19 años presentan una mayor probabilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo como durante el parto o el puerperio. En todos los grupos etarios de adolescentes se han observado mayores riesgos de hemorragia posparto, infecciones uterinas, parto pre término, así como también bajo peso del bebé al nacer, menor desarrollo para la edad gestacional y mayor probabilidad de que sufra de condiciones neonatales severas (Ganchimeg y otros, 2014) (Conde-Agudelo, Belizán, y Lammers, 2005). La incidencia de este impacto sobre la salud es especialmente claro en la Provincia de Chaco, donde de las 8 madres que fallecieron por causas relacionadas con su embarazo en 2016, 4 eran madres adolescentes de entre 15 y 19 años (DEIS, 2016)². Además, el bajo peso al nacer también es más frecuente en Chaco entre los hijos de madres adolescentes (8.6%) que entre aquellos correspondientes a madres mayores de 20 años (7.6%) (DEIS, 2016).

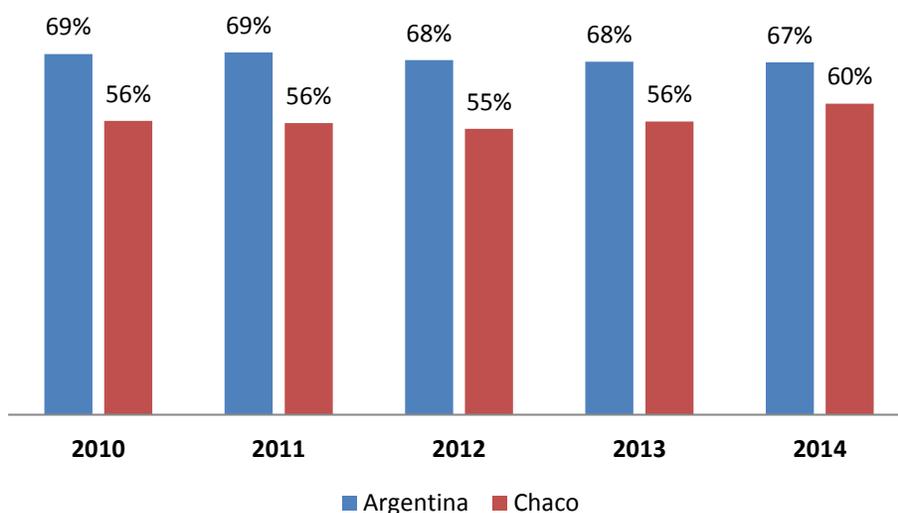
Hasta aquí se ha presentado evidencia que da cuenta de la magnitud del embarazo en la adolescencia en la Provincia de Chaco, desde una perspectiva comparada con otras provincias del NEA. Más allá de los datos de incidencia y de aquellos referidos a los patrones empíricos asociados con este fenómeno, es preciso ser cuidadosos a la hora de definir al embarazo en la adolescencia en

² “Muerte materna” refiere a la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales (DEIS, 2015).

general como un problema automáticamente. Desde un enfoque de derechos y género, cabe remarcar que los adolescentes poseen plena autonomía para decidir sobre sus planes reproductivos. Este mismo paradigma, no obstante, al mismo tiempo asigna al Estado la responsabilidad de empoderar a los adolescentes y dotarlos de información, insumos y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, de forma tal de garantizar que sus decisiones sean verdaderamente informadas y puedan ser tomadas con libertad. El principal indicador que da cuenta de las falencias del Estado en su rol de garantizar efectivamente los derechos reproductivos de los adolescentes es el referido a la no intencionalidad del embarazo en la adolescencia.

La discusión acerca de la libertad y autonomía efectiva de la que gozan las adolescentes a la hora de elegir la parentalidad como proyecto de vida solo tiene sentido para quienes manifiestan que intencionalmente buscaban quedar embarazadas. El Sistema Informático Perinatal - Gestión (SIP-G) permite conocer la proporción de nacimientos que fueron intencionales o planificados por las madres, según lo reportan ellas mismas en el posparto. Cabe señalar que el SIP-G registraba algunas limitaciones de cobertura en la región del NEA y la Provincia de Chaco en particular al momento de confección del Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión³, por lo cual los datos deben tomarse como un panorama aproximado de las tasas de no planificación o no intencionalidad del embarazo en la provincia. En el indicador en cuestión, la Provincia de Chaco muestra niveles de no intencionalidad más bajos que los del promedio nacional, tanto para los nacimientos de madres adolescentes como para los nacimientos en general.

Gráfico 4. Proporción de no intencionalidad de embarazos en la adolescencia. Evolución histórica. Chaco y total nacional. Argentina, 2010-2014.

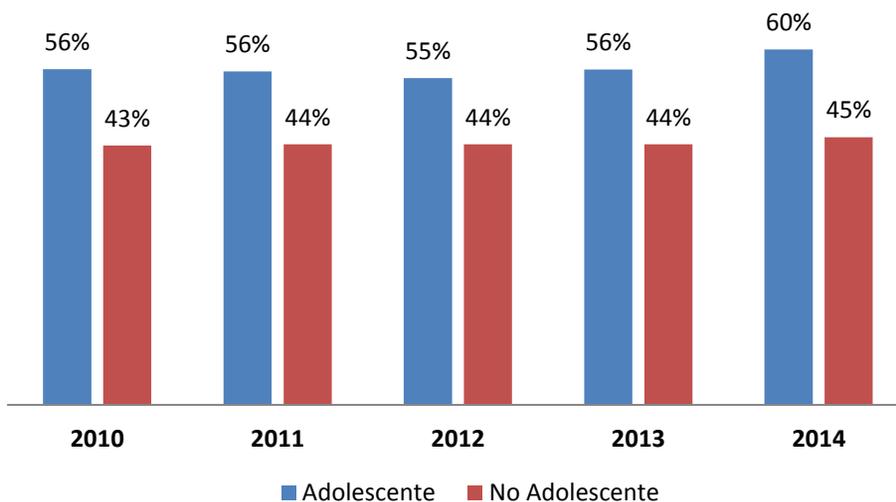


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del SIP-G.

³ El SIP G, impulsado por CLAP-SMR y OPS-OMS, recolecta información en salud de la mujer y perinatal en la mayoría de las instituciones públicas que atienden partos en el país. Debe tenerse en cuenta que la cobertura regional de partos en el NEA ascendía al 75.5% en el año 2011, y en la provincia de Chaco se registraba en ese entonces una cobertura de la información hospitalaria algo menor (50%) (OPS, 2013). Por otro lado, se estima que el momento de relevamiento del indicador de intencionalidad del embarazo (posparto inmediato, con presencia del recién nacido) podría estar redundando en un sesgo de subestimación del porcentaje de embarazos no planificados.

A pesar de este dato, la Provincia de Chaco se comporta igual que el promedio nacional y el resto de las jurisdicciones cuando se comparan los niveles de no intencionalidad de los embarazos de madres adolescentes con los de los embarazos de madres no adolescentes.

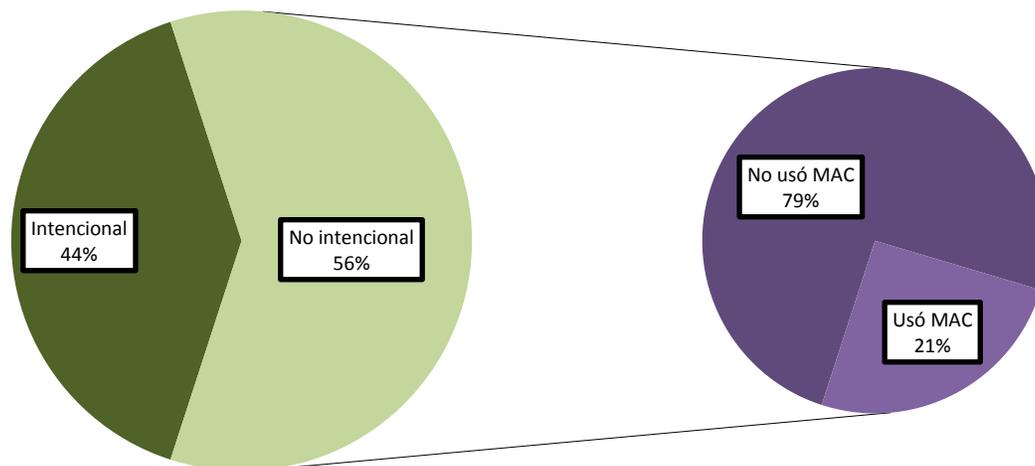
Gráfico 5. Proporción de no intencionalidad de embarazos de madres adolescentes y madres no adolescentes. Chaco, 2010-2014.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del SIP-G.

Como se observa, la no intencionalidad de los embarazos de madres adolescentes supera en más de 10 puntos porcentuales a la no intencionalidad de los embarazos de madres no adolescentes. Este escenario se vincula con las mayores barreras de acceso que tienen las adolescentes para planificar su calendario reproductivo. Dificultades en la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud sexual y reproductiva y en la oferta de información de salud sexual y reproductiva basada en evidencia conducen a esta situación de vulneración de derechos. Los datos referidos al uso de métodos anticonceptivos (MAC) ilustran las barreras de acceso a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva que enfrentan las adolescentes (Sadler y otros, 2010). Como también se desprende del SIP-G, la enorme mayoría de las madres adolescentes que reportaron que sus embarazos fueron no intencionales no utilizaba métodos anticonceptivos modernos.

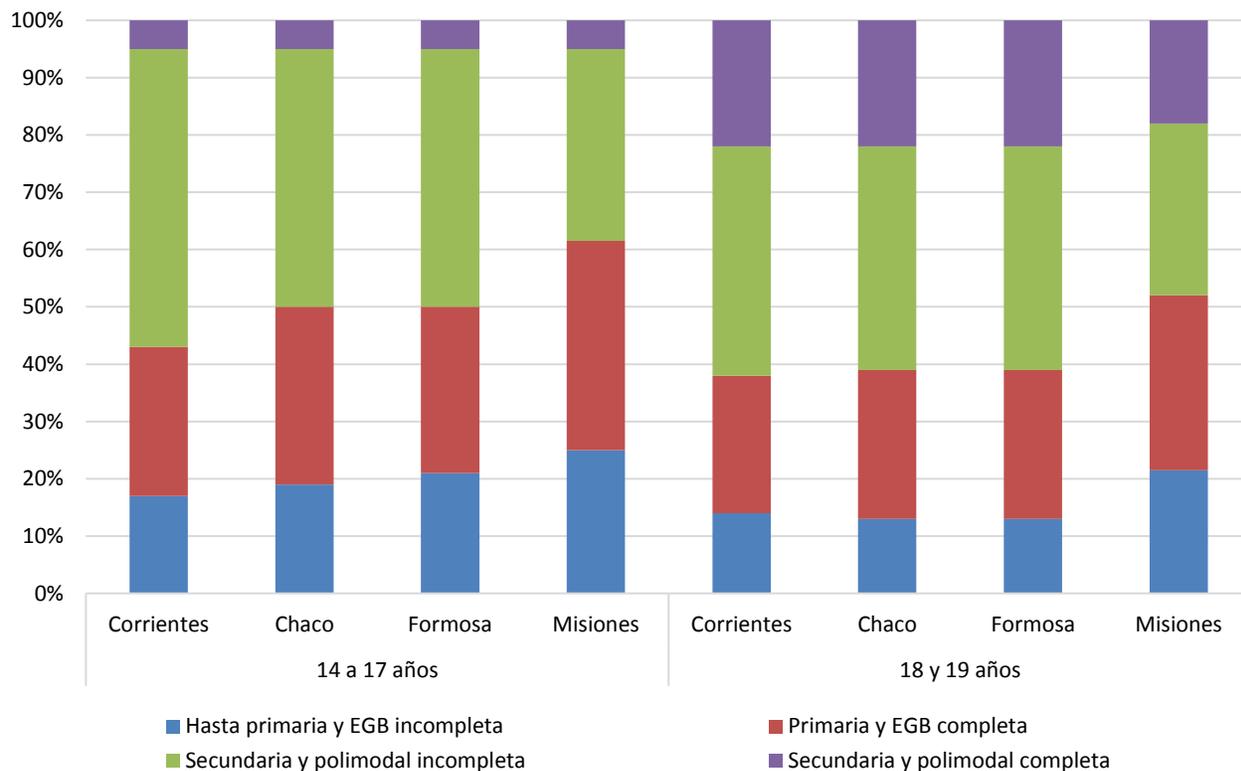
Gráfico 6. Uso de métodos anticonceptivos de parte de mujeres adolescentes que reportaron embarazos no intencionales. Provincia de Chaco, 2013.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del SIP-G.

Por otro lado, la escuela (a través de los contenidos de Educación Sexual Integral) es un segundo ámbito importante para el acceso de los adolescentes a información de salud sexual de calidad que potencie sus decisiones informadas y el goce efectivo de sus derechos. Los datos referidos a la situación educativa de las madres adolescentes en la Provincia de Chaco ilustran, nuevamente, las dificultades existentes en esta segunda dimensión, complemento fundamental del acceso a los servicios e insumos de salud sexual. Como se desprende del gráfico 8, un 50% de las madres adolescentes de 14 a 17 años de Chaco solo alcanzó el nivel primario/EGB (incompleto o completo) como máximo nivel educativo en 2013. Entre las madres de 18 y 19 años, por su parte, casi un 80% no completó el secundario. La evidencia a nivel nacional sugiere que, en más de la mitad de los casos (55%), la salida del sistema educativo precede al embarazo en la adolescencia (Binstock y Gogna, 2014). Sin embargo, datos nacionales también muestran que, de entre aquellas jóvenes de 15 a 29 años que no pudieron permanecer en la escuela media, el 30% declaró no haber podido hacerlo por embarazo o maternidad (ENJ, 2014). En ambos casos, esto llama la atención sobre la necesidad de fortalecer el acceso a contenidos de Educación Sexual Integral a lo largo del Proyecto Curricular Institucional de cada escuela.

Gráfico 7. Máximo nivel educativo alcanzado por las madres adolescentes según grupos de edad. Jurisdicciones seleccionadas. Argentina, 2013.



Fuente: UNICEF/PNSIA (2016): Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación: Buenos Aires, sobre la base de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Este diagnóstico permitió identificar ciertos nudos críticos que deben ser abordados para aproximarse al fenómeno del embarazo en la adolescencia desde una perspectiva integral. Algunos elementos tienen que ver con los efectores de salud (disponibilidad y entrega efectiva de MAC, promoción de la salud sexual y reproductiva, amigabilidad de los servicios), mientras que, en otras instancias, las áreas educativas tienen un rol esencial, en la medida en que la escuela es un factor protector respecto de la incidencia del fenómeno (Alzúa y Velázquez, 2017) y es un ámbito clave para la transmisión de conocimientos de educación sexual integral y autocuidado. Finalmente, desarrollo social tiene el mandato de coordinar un sistema de protección integral que prevenga y dé respuesta al abuso sexual en la infancia y la adolescencia, garantice los derechos de sus víctimas y fortalezca a los individuos, las familias y las comunidades para desarrollar competencias para tomar decisiones libres y auténticamente informadas.

Un análisis de la oferta programática

La Provincia de Chaco cuenta con una serie de áreas de política desde las cuales se implementan intervenciones que abordan específicamente la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia.

Ministerio de Salud Pública

La Provincia de Chaco fue una de las primeras jurisdicciones en contar con un programa en el área de salud abocado específicamente a cuestiones de salud sexual y salud reproductiva. La Ley 4276 (1996) creó el **Programa de Salud Reproductiva y Procreación Humana Responsable**, cuyas líneas de trabajo vinculadas con la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia incluyen: la realización de capacitaciones en la temática a agentes de salud, educación y desarrollo social; la realización de capacitaciones en servicio a efectores de salud (para colocación de MAC de larga duración); la distribución de los botiquines de salud sexual provenientes del Programa CUS Medicamentos y de los MAC de compras provinciales; la realización de campañas de difusión y el trabajo con efectores de salud y otros promotores para el acceso efectivo a la interrupción legal del embarazo (ILE) en los casos ya previstos por el marco legal nacional y provincial. El Programa provincial trabaja en articulación con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y, en algunas instancias en que han existido las condiciones de factibilidad necesarias, con los Ministerios de Gobierno, Justicia y Relación con la Comunidad, Desarrollo Social y Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la provincia.

El **Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia**, también radicado en la órbita del Ministerio de Salud Pública, se funda en una concepción integral de la salud (como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad) (OMS, 1948) y posee líneas de trabajo que abordan el embarazo no intencional en la adolescencia en el marco de su objetivo más amplio de mejorar las condiciones de salud de la población adolescente. En particular, trabaja para la creación y sostenimiento de centros y servicios de salud amigables para adolescentes en la provincia⁴; realiza capacitaciones a efectores y promotores de salud en materia de salud integral en la adolescencia desde un enfoque de derechos; hace visitas al territorio en articulación con el Programa SUMAR y desarrolla un proyecto de instalación de Asesorías en Salud Integral en las Escuelas. Esta última línea de trabajo se funda en la evidencia de que, al ser una población naturalmente sana, los adolescentes no concurren masivamente a los centros de salud y, por lo tanto, la presencia de un efector de salud en la escuela durante una jornada a la semana permite fortalecer el acceso de los alumnos a información de calidad en materia de salud integral. En la Provincia de Chaco, existen actualmente 19 asesorías en escuelas, 2 SIAPA (Servicio Integral Amigable para el Adolescente) – dependientes del Hospital 4 de Junio, en Roque Sáenz Peña, y del Hospital Perrando, en Resistencia– y otros 15 servicios de adolescencia en la provincia que, si bien no disponen de un espacio físico y horario independiente para la atención de los adolescentes, sí ofrecen atención en horarios de consultorio diferenciados. Los dos SIAPA mencionados reciben un promedio de 350 consultas mensuales de jóvenes de entre 10 y 19 años (con un promedio de edad en las consultas de entre 14 y 16 años) (Aulicino, Garay y Tedeschi, 2015). El equipo del Programa trabaja

⁴ Se trata de centros o servicios donde los adolescentes encuentren oportunidades de salud cualquiera sea su demanda, siendo agradables a ellos y sus familias por el vínculo que se establece entre el equipo de atención y por la calidad de las prestaciones (OMS-MSAL, 2011).

en articulación con los Ministerios de Gobierno, Justicia y Relación con la Comunidad, Desarrollo Social y Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la provincia, así como también (estrechamente) con el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y con el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Humana Responsable provincial.

Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología

La Ley provincial 5811 (2006) dispone la inclusión obligatoria de los contenidos de **Educación Sexual Integral (ESI)** en todos los niveles, modalidades y servicios de los establecimientos educativos públicos y privados de la provincia. La Ley entiende la ESI como "el conjunto de actividades pedagógicas con contenidos tendientes a satisfacer las necesidades de desarrollo integral de las personas y la difusión y cumplimiento de los derechos sexuales definidos como inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana y como componente importante en la calidad de vida de las personas". Además, dispone que cada escuela debe incorporar los contenidos de ESI en su Proyecto Curricular Institucional, aunque les otorga la potestad de adaptar los lineamientos emanados del Ministerio a su realidad sociocultural específica. Con este trasfondo, la línea de acción principal del equipo provincial ESI es aquella de realización de capacitaciones institucionales masivas a docentes y otras figuras de la escuela en los 5 ejes de la ESI (género, diversidad, afectividad, derechos y cuidado del cuerpo y salud), con el fin de que repliquen los contenidos en sus escuelas en una jornada institucional con suspensión de clases que sienta las bases para la inclusión de la ESI en el Proyecto Curricular Institucional (PCI) de la escuela. Se propone que las problemáticas específicas que irrumpen en la escuela, como el embarazo no planificado o el abuso sexual, sean entendidas y abordadas a la luz de los 5 ejes y no sean reducidas a uno o dos ejes en particular (Faur, 2015). En Chaco, el equipo provincial ha trabajado estrechamente con el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en la organización de las capacitaciones y con los equipos de la Subsecretaría de Educación y la Subsecretaría de Políticas Socioeducativas del Ministerio provincial.

Recomendaciones de política pública

La evidencia presentada en el diagnóstico del fenómeno permite proponer una serie de recomendaciones de política pública concretas que construyan a partir del marco programático ya existente y potencien las buenas prácticas identificadas. Dichas recomendaciones pueden categorizarse en tres áreas operativas de intervención.

En primer lugar, es preciso **fortalecer la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva**, enfocándose en que las prestaciones sean de calidad, estén disponibles y sean accesibles y aceptables para los adolescentes. En este sentido, cabe mencionar dos líneas de trabajo principales:

1) Garantizar el acceso de los y las adolescentes a MAC, con foco en aquellos de larga duración, y acompañarlos de consejería adecuada

Se propone fortalecer el acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos, con particular énfasis en los de larga duración (implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos, entre otros). El objetivo es reducir el impacto de la responsabilidad del usuario sobre la efectividad del método. Para lograrlo, es necesario optimizar los procesos de compra y distribución de estos insumos. A la vez, es preciso que se capacite a los equipos de salud de centros del primer y segundo nivel en la colocación y monitoreo de estos dispositivos. Esto incluye, sobre todo, a los profesionales obstétricos y licenciados en obstetricia, por lo que es crucial generar las condiciones para reformar el instrumento legal pertinente que permita la delegación de funciones en ellos. Estos dos elementos facilitarían el acceso a los métodos, que deben acompañarse de espacios de consejería en donde se explique adecuadamente a los adolescentes cómo utilizarlos y se les ofrezca la información necesaria para que ellos mismos elijan el método que prefieran. También se propone la entrega de la anticoncepción hormonal de emergencia junto con los preservativos, así como el fortalecimiento de la disponibilidad de inyectables trimestrales y mensuales.

2) Fortalecer los programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia y Salud Sexual y Procreación Humana Responsable

Solamente una estrategia consistente de sensibilización y capacitación de los efectores de salud (directores y jefes de servicios incluidos) puede garantizar que la disponibilidad de métodos anticonceptivos se transforme en accesibilidad. Por lo tanto, es necesario fortalecer a los programas de Salud Integral en la Adolescencia y Salud Sexual y Procreación Humana Responsable para que cuenten con el presupuesto, los insumos y el equipo necesario para recorrer la Provincia capacitando y sensibilizando a efectores. Es en el escalamiento de las acciones que esos programas han venido desarrollando, y en la correcta articulación con las áreas de Educación, Desarrollo Social y Justicia, donde se puede impactar positivamente en el conjunto de indicadores relacionados con el embarazo en la adolescencia.

En segundo lugar, cabe remarcar aquellas intervenciones que permiten **potenciar las decisiones informadas de los adolescentes** en materia de salud sexual y reproductiva. Tres medidas son particularmente relevantes en esta dimensión:

3) Ampliar espacios en donde se ofrezcan instancias de asesoría sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes

Dado que los adolescentes son una población que no suele ir a los centros de salud, es fundamental buscar formas innovadoras de llegar a ellos con información de calidad fundada en evidencia. Algunos ejemplos pueden ser espacios itinerantes en ferias, parques y eventos multitudinarios específicamente diseñados para adolescentes, como la masiva fiesta por el día del

Estudiante. Al mismo tiempo, también es clave fortalecer la amigabilidad de los espacios destinados a los adolescentes en todos los niveles de atención de la salud, favoreciendo la flexibilidad en los horarios y evitando supeditar la atención al pedido de un turno. En la medida de lo posible, también es preciso lograr que cada centro de salud destine un espacio específico a modo de sala de espera, garantizando además la confidencialidad y la autonomía del adolescente. La experiencia del servicio de adolescencia del Hospital 4 de Junio en Roque Sáenz Peña es una buena práctica a nivel provincial que debe tenerse en cuenta a la hora de fortalecer el carácter amigable de los servicios de salud.

Por otro lado, la articulación entre Salud y Educación es clave para que el dispositivo de Asesorías Integrales en las Escuelas, del programa de Adolescencia, prospere. Ordenar la dedicación de horas de los profesionales de la salud para garantizar esta actividad de promoción de la salud y desarrollar un protocolo de derivación al centro de salud de cumplimiento efectivo son elementos fundamentales. A la vez, es recomendable facultar la distribución de anticonceptivos de corta duración en las asesorías a los adolescentes que así lo pidan, sin requerir la mediación de los docentes o los cuerpos directivos. El área de Educación también puede fortalecer su coordinación con Salud en lo relativo al Certificado de Aptitud Física. Frente a la muy alta demanda de parte de los adolescentes en los centros de salud en las primeras semanas del ciclo lectivo, se puede trabajar en diseñar un esquema que distribuya esta demanda a lo largo del año a fin de que el chequeo médico pueda ser realmente integral y se promueva el vínculo del adolescente con el sistema de salud.

4) Garantizar la transversalización de la Educación Sexual Integral en los PCI escolares

Es preciso diseñar una estrategia tendiente a que las escuelas incluyan los 5 ejes de la ESI en su PCI y se garantice la llegada de los contenidos a las aulas, partiendo de los proyectos que la mayoría de las escuelas de la provincia ya diseñaron en las jornadas de capacitación institucionales de los últimos años. Para que esto sea posible, es preciso fortalecer y jerarquizar el equipo provincial de ESI, de forma tal que puede implementar acciones de acompañamiento de las escuelas ya capacitadas y poner en funcionamiento una iniciativa cuali-cuantitativa de monitoreo y evaluación, que tome como unidad de análisis los alumnos que entraron en contacto con la ESI en lugar de centrar la atención únicamente en el número de escuelas o docentes capacitados. Es recomendable que, al momento de la inclusión de la ESI en el PCI, los contenidos no queden circunscritos a una única materia de aparición tardía en el primario o secundario, dado que esto dificulta el abordaje temprano y prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Asimismo, es deseable contemplar nuevos dispositivos de capacitación (con énfasis específico en el contenido de uso de MAC) diseñados para docentes no alcanzados en las jornadas ya realizadas, y también convocando a otras figuras clave en el vínculo con los estudiantes, como los preceptores. Finalmente, es preciso que se garantice la formación en ESI en los institutos de formación docente de la provincia, tal como lo prevé la Ley 5811, con especial énfasis en los ejes considerados más complejos por los docentes, (género y diversidad sexual), y las temáticas de violencia sexual, abuso sexual, interrupción legal del embarazo y embarazo, maternidades y paternidades en la adolescencia (Faur, 2015).

5) Incorporar contenidos de salud sexual y reproductiva en programas de Desarrollo Social

Dado el mandato de la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia provincial de implementar un Sistema Provincial de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, es recomendable que se incluyan contenidos de salud sexual y reproductiva especialmente en las intervenciones de acompañamiento familiar, de forma tal de dar una respuesta verdaderamente holística al fenómeno del embarazo no intencional en la adolescencia y poder llegar también a aquellos adolescentes en mayor situación de vulnerabilidad. En particular, podrían incluirse contenidos de prevención del embarazo no intencional y del abuso y la violencia sexual

infantil en las actividades de los 47 Centros de Integración y Fortalecimiento Familiar (CIFF) en la provincia. Tal como se expuso en la presentación de una versión preliminar de esta nota técnica, la experiencia en la localidad de Taco Pozo (generación de espacios de reunión de adolescentes, a donde también concurren efectores de salud, educación y desarrollo social) refleja el gran impacto que logran las intervenciones intersectoriales de promoción activa de los derechos de los adolescentes en términos de educación, salud y desarrollo social desde el Estado.

En tercer lugar, el caso específico de los **embarazos no intencionales en la adolescencia vinculados con situaciones de abuso sexual exige la consideración de intervenciones específicas**, especialmente a la luz de la magnitud del embarazo en la adolescencia temprana (10-14) en la provincia, embarazos que frecuentemente son producto de situaciones de abuso. Cabe mencionar una línea de trabajo específica en este aspecto:

6) Articular una estrategia compartida para la prevención y el tratamiento del abuso sexual, incluyendo acceso irrestricto a la interrupción legal del embarazo

Es necesario fortalecer la prevención del abuso sexual y la intervención del sistema de protección integral ante la vulneración de derechos. En ese sentido, es fundamental valerse de la normativa que la provincia ya posee y aplicarla, priorizando el bienestar de los niños, niñas y adolescentes. Es clave avanzar en la sensibilización y capacitación de efectores de salud para que apliquen el protocolo de interrupción legal del embarazo cuando las causales de abuso, social o psicológica lo ameriten. Y, al mismo tiempo, es recomendable sensibilizar a la población en términos de que la ILE es un derecho exigible e innegable de parte de los efectores, en el marco más amplio de una campaña de comunicación masiva.

En cuarto lugar, resta considerar un conjunto de **estrategias transversales** que potencian la efectividad del resto de las intervenciones propuestas y garantizan la integralidad de la respuesta de política pública. Cabe enfatizar dos recomendaciones clave en este sentido:

7) Atender y proteger las trayectorias de padres y madres adolescentes, particularmente en sus dimensiones educativa y laboral

En sexto lugar, es necesario atender no solo al embarazo en la adolescencia, sino también a la maternidad y paternidad adolescente. En ese sentido, disponer de una oferta de cuidados para la primera infancia en centros educativos ha mostrado buenos resultados en otras jurisdicciones, y es un modelo a considerar para el caso chaqueño. La revinculación con la esfera educativa luego de la experimentar la parentalidad es fundamental para prevenir la repitencia del embarazo no intencional en la adolescencia, a la vez que desarrolla las capacidades tanto de los hijos como de los padres y permite garantizar el derecho a la educación. Asimismo, y como se planteó en la presentación preliminar de este documento, es preciso abordar en todo momento la paternidad en la adolescencia desde una perspectiva de masculinidades, atendiendo a las múltiples maneras en que la identidad de género masculina se construye socialmente (Faur, 2004).

8) Invertir en una campaña de comunicación masiva y permanente

Finalmente, con el objetivo de sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia, es necesario elaborar contenidos para medios gráficos y audiovisuales que, desde una perspectiva de género, diversidad y derechos, promuevan la adopción de prácticas de cuidado, el derecho a decidir sobre la vida sexual, el uso de MAC, el derecho de acceso al sistema de salud, el derecho al acceso a los métodos anticonceptivos y a la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas por el marco normativo, y que informe sobre cómo acceder a información y

sistemas de protección en situaciones de abuso y violencia sexual. Esta campaña debe ser viralizada a través de recursos como la radio, la televisión, los medios gráficos e internet. La experiencia de difusión de las formas de prevención de la enfermedad del dengue puede servir como lección aprendida en cuanto a cómo potenciar la llegada de la campaña.

Bibliografía

Alzúa, María Laura y Cecilia Velázquez (2017). "The effect of education on teenage fertility: causal evidence for Argentina", *IZA Journal of Development and Migration*, 7:7.

Binstock Georgina y Mónica Gogna (2017). "Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas". *Salud Colectiva*. 13(1): 63-72.

Binstock, Georgina y Mónica Gogna (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia. En S. Cavenaghi y W. Cabella (org.) *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Río de Janeiro, ALAP. Serie e-Investigaciones n°3.

CLADEM (2016). Campaña "Embarazo infantil forzado es tortura", Oficina Regional, Perú. Disponible en: <https://www.cladem.org/es/campanas/embarazoinfantilforzadoestortura>.

DEIS (2015). "Estadísticas vitales. Información básica". Ministerio de Salud de la Nación.

Faur, Eleonor (2015). "La ESI en la Argentina. Balances y Desafíos de la Implementación de la Ley (2008-2015)". Ministerio de Educación - UNFPA.

Faur, Eleonor (2004). "Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres. UNICEF - Arango Editores. Bogotá, Colombia.

Garay, Eugenia Itatí; Tedeschi, Virginia y Aulicino, Carolina (2015). "Las políticas de adolescencia en la provincia de Chaco". Documento de Trabajo, Programa de Protección Social, CIPPEC.

INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Buenos Aires.

INDEC (2015). Encuesta Nacional de Jóvenes 2014. Principales resultados, Buenos Aires.

Marina, Mirta et. al. (2014). Clase 2: "Los ejes de la ESI", Educación Sexual Integral, Especialización docente de nivel superior en educación y TIC. Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.

OMS (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

OMS y Ministerio de Salud (2011) Evaluación de Calidad. Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes.

OPS, OMS y Ministerio de Salud (2013). Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires.

Sadler Spencer, Michelle; Alexandra Obach King; M. Ximena Luengo Charath y M. Antonia Biggs (2010). "Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile". Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

UNICEF (2011). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia, una época de oportunidades.

UNICEF (2017). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Con los **Documentos de Trabajo**, CIPPEC acerca a expertos, funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general investigaciones propias sobre una o varias temáticas específicas de política pública.

Estas piezas de investigación aplicada buscan convertirse en una herramienta capaz de acortar la brecha entre la producción académica y las decisiones de política pública, así como en fuente de consulta de investigadores y especialistas.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, e Instituciones y Gestión Pública** a través de los programas de Educación, Protección Social, Desarrollo Económico, Instituciones Políticas, Gestión Pública, Monitoreo y Evaluación, y Ciudades.