

RESUMEN EJECUTIVO

Plan ENIA 2017-2023

**Oportunidades de vida para
adolescentes en la Argentina**

Febrero 2025

**Silvina Ramos, Federico Tobar, Valeria Isla,
Natalia Gualdoni, Tamar Finzi Warszawski**

**50
AÑOS**



CEDES



Resumen Ejecutivo
Plan ENIA 2017-2023
Oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina

Silvina Ramos¹, Federico Tobar², Valeria Isla³,
Natalia Gualdoni⁴, Tamar Finzi Warszawski⁵

**Agradecemos el apoyo de la Oficina Regional del Fondo
de Población de las Naciones Unidas para América Latina
y el Caribe (UNFPA LACRO).**

**Con esta publicación queremos agradecer y honrar el compromiso
de los equipos del Plan ENIA.**

Edición: Marina Caporale
Diseño: Estudio Cosgaya | Marcela Romero

Cita sugerida:

Silvina Ramos ... [et al.]. Resumen Ejecutivo Plan ENIA 2017-2023:
oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina. - 1a ed. - Ciudad
Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad
(CEDES), 2025.

Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4803>
[https://argentina.unfpa.org/es/publications/plan-enia-2017-2023-
oportunidades-de-vida-para-adolescentes-en-la-argentina-resumen](https://argentina.unfpa.org/es/publications/plan-enia-2017-2023-oportunidades-de-vida-para-adolescentes-en-la-argentina-resumen)

Este resumen sintetiza el informe completo «Plan ENIA 2017-2023
Oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina»

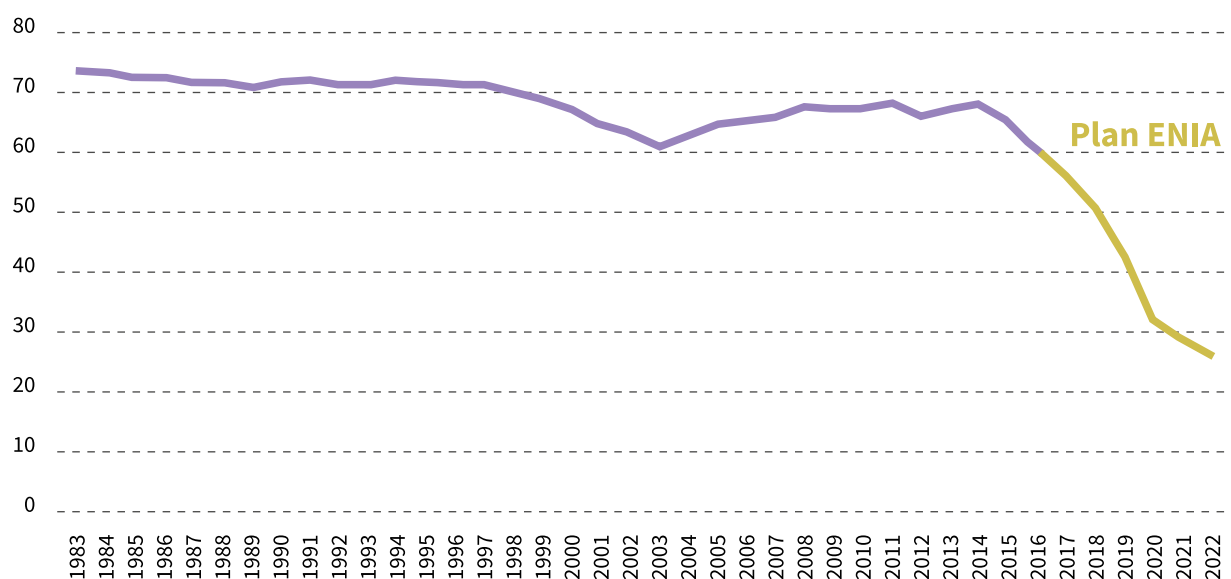
Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4801>
[https://argentina.unfpa.org/es/publications/plan-enia-2017-2023-
oportunidades-de-vida-para-adolescentes-en-la-argentina](https://argentina.unfpa.org/es/publications/plan-enia-2017-2023-oportunidades-de-vida-para-adolescentes-en-la-argentina)



- ¹ Socióloga, investigadora titular del CEDES, especialista en salud y derechos sexuales y reproductivos, y coordinadora técnica del Plan ENIA (2017-2019).
- ² Economista de salud y asesor en financiamiento para el desarrollo, UNFPA, NY.
- ³ Especialista en gestión pública, directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y coordinadora general del Plan ENIA (2019-2023).
- ⁴ Especialista en diseño y gestión de políticas sociales, coordinadora del sistema de información y monitoreo e integrante del equipo de la coordinación técnica del Plan ENIA (2017-2019).
- ⁵ Socióloga, investigadora adjunta del CEDES, especialista en diseño y evaluación de políticas públicas con perspectiva de género, e integrante del equipo de la coordinación técnica del Plan ENIA (2017-2019).

El Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) marcó un hito en el campo de las políticas públicas vinculadas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina y en América Latina. En primer lugar, por sus resultados: el Plan ENIA contribuyó a revertir la tendencia al estancamiento del embarazo adolescente registrado en el país desde el inicio de la democracia (en 1983) llevando la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA) a menos de la mitad de la registrada al iniciar la política. En segundo lugar, por su diseño basado en evidencias.

Evolución de la TEFA en la Argentina en los años 1983 a 2022



Fuente: United Nations Population Division, 2024.

Esta publicación busca dar cuenta de los elementos centrales del diseño, la implementación y la evaluación del Plan ENIA como experiencia de política pública, dejando testimonio de sus resultados, del espíritu colectivo que lo animó y de su contribución para forjar nuevas oportunidades para el desarrollo personal y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes de la Argentina.

Problema a resolver

El Plan ENIA fue la primera política que abordó el problema del embarazo no intencional en la adolescencia con un enfoque basado en derechos, género y equidad social; partiendo de un diseño y construyendo una gestión que recuperó la evidencia científica disponible. A la vez, aportó nuevas evidencias e instrumentos contribuyendo al desarrollo de nuevas y mejores políticas públicas para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia.

En América Latina el embarazo en la adolescencia fue incorporado en la agenda de políticas públicas en el siglo XXI. Una revisión sistemática de UNFPA postula

que para adquirir impulso las políticas necesitaron evidenciar intervenciones costo-efectivas. Durante el último cuarto de siglo se implementaron políticas de prevención del embarazo adolescente en la Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. Sin embargo, sus diseños, alcances, niveles de implementación y resultados son muy disímiles. Las distinciones más importantes entre las políticas en curso residen en su nivel de operacionalización y en el nivel de incorporación de evidencias en su diseño e implementación.



Intervención específica

El Plan ENIA fue una política intersectorial diseñada con una teoría del cambio explícita basada en evidencias. La teoría del cambio se basó en un diagnóstico de situación y en un conjunto de dispositivos articulados para intervenir sobre los determinantes próximos del problema con el fin de evitar los embarazos no intencionales y, con ello, reducir la fecundidad en la adolescencia.

La intervención se llevó a cabo en 36 departamentos de 12 provincias con TEFA por encima del promedio nacional y con altos niveles de embarazos no intencionales.

Los dispositivos territoriales fueron cuatro:

Asesorías en salud integral en escuelas y servicios de salud

- Recibían la demanda espontánea de adolescentes en espacios y horarios protegidos en las escuelas y en las comunidades.
- Organizaban actividades colectivas en las aulas y en los barrios.
- Vinculaban a las escuelas y los espacios comunitarios con los servicios de salud, facilitando la derivación de adolescentes a través de turnos protegidos para la consejería y dispensa de métodos anticonceptivos.

Salud sexual y reproductiva

- Garantizaban la disponibilidad y el acceso de forma gratuita a métodos anticonceptivos modernos con foco en los de larga duración en los servicios de salud del primer nivel de atención y en los hospitales.
- Brindaban consejería en salud sexual y reproductiva.
- Capacitaban a los equipos de salud.
- Brindaban asistencia técnica para la interrupción voluntaria y legal del embarazo y la anticoncepción posevento obstétrico.
- Participaban en operativos de salud territoriales.

Educación sexual integral (ESI) en escuelas

- Capacitaban a docentes y estudiantes en salud sexual y reproductiva en forma presencial.
- Realizaban acompañamiento institucional dentro de la escuela para dinamizar la implementación de la ESI.

Dispositivos de base comunitaria

- Organizaban actividades colectivas en la comunidad en espacios de cercanía cotidiana de la población adolescente.
- Brindaban información y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva.
- Acercaban a los servicios de salud a adolescentes que habitualmente no concurren a la escuela.

Elementos distintivos

En el diseño y la implementación del Plan ENIA es posible identificar un conjunto de elementos distintivos:

- ➔ **Un diagnóstico ajustado.** El diagnóstico del problema y de las capacidades estatales en las 12 provincias y los 36 departamentos seleccionados fue clave para construir la factibilidad del Plan. Se analizó la información sociodemográfica y sanitaria para observar las características y magnitud del fenómeno del embarazo no intencional, y también el catastro de instituciones educativas, de la red de servicios de salud de atención primaria y de los mecanismos del sistema de protección social para las situaciones de abuso sexual. Este diagnóstico permitió focalizar y validar la priorización de los territorios y diseñar la estrategia de implementación en base a los recursos institucionales de cada lugar.
- ➔ **Apoyarse y apoyar políticas preexistentes.** La preexistencia de programas e instituciones sectoriales y con presencia en todas las provincias permitió contar con un “saber hacer” territorial. Se identificaron tres programas nacionales que abordaban temas vinculados a la población adolescente y tenían un enfoque de derechos y perspectiva de género: el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 25.673/2002), el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150/2006) y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (Resolución Ministerial 619/2007). La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), organismo encargado de implementar la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, tenía el mandato político-institucional de proteger los derechos de la infancia y la adolescencia. El trabajo coordinado con estos programas y mecanismos estatales ya instalados permitió abordar el desafío de la intersectorialidad e integralidad necesarias para cumplir con las metas del Plan.
- ➔ **Un diseño basado en evidencia.** La selección de un número reducido de dispositivos basados en evidencias fue importante para garantizar la dirección general del Plan, sostener su foco y fidelizar la implementación de sus dispositivos en los territorios. Sobre la base de una revisión de la literatura y de experiencias en otros países se priorizaron las intervenciones de salud, educativas y de apoyo social para intervenir sobre los determinantes próximos del embarazo no intencional.
- ➔ **Una gestión basada en resultados.** La orientación a resultados dio pautas para los planes operativos anuales (POA) definiendo metas de cobertura y de procesos a nivel nacional, provincial y local. El énfasis en evidencias y en el monitoreo constituyeron pilares organizadores del trabajo en las mesas de coordinación nacional y provinciales creadas por el Plan. El monitoreo continuo no solo cumplió la función de observar la performance del Plan y de rendir cuentas, sino que también aportó a su gobernanza, organizando las agendas de trabajo y las decisiones, identificando cuellos de botella y responsabilidades relativas, y construyendo sinergia para generar óptimos colectivos.

- ➔ **Una gobernanza articulada.** El carácter federal del país y la intersectorialidad de la política implicaron desafíos particulares en la construcción de procesos de gobierno. Una trama de actores y de territorios debieron articularse. Así, el Plan articulaba con los niveles políticos nacionales y provinciales a través de las personas responsables de programas y de los equipos técnicos de los ministerios de salud, educación y desarrollo social. A nivel territorial, la articulación se daba alrededor de las mesas de coordinación intersectorial, de los espacios de implementación en el territorio (centros de salud, escuelas y centros comunitarios) y de las personas que se desempeñaban como agentes del Plan. Este esquema permitía superar un enfoque vertical, generando espacios de construcción conjunta entre el nivel central y las provincias.
- ➔ **Alianzas estratégicas para la legitimación y sostenibilidad.** El Plan construyó alianzas estratégicas que permitieron darle visibilidad y ampliar su base de sustentación técnica y política. Esas alianzas se construyeron con actores del sistema de Naciones Unidas, el Congreso Nacional y la sociedad civil a través de un Consejo Consultivo que contó con la asistencia técnica de las agencias de Naciones Unidas, en especial UNFPA y UNICEF, las cuales también funcionaron para darle plafond frente a la sociedad y la dirigencia política.
- ➔ **Una programación local participativa.** La construcción de los POA, compartida entre nación y provincias, otorgó un soporte político y técnico que hizo viable y sustentable la intersectorialidad e interjurisdiccionalidad, a la vez que permitió la fidelización en la implementación territorial de los dispositivos. Los POA se utilizaron para la planificación y el seguimiento, y también permitieron acordar los compromisos anuales de los equipos técnicos e institucionales de todos los niveles de implementación. En cada POA se incorporaron los objetivos y sus líneas de acción, se identificaron responsables de las acciones, se fijaron las metas de proceso y cobertura para el período, y se acordó el cronograma de las acciones.
- ➔ **Aseguramiento de insumos.** La disponibilidad de un presupuesto específico para la compra de insumos por parte del Ministerio de Salud de la Nación y la decisión de asignar esos recursos exclusivamente a la población objetivo del Plan fueron clave para sostener su capacidad de respuesta. Se dispuso de insumos anticonceptivos, priorizándose los métodos de larga duración -especialmente los implantes subdérmicos- por su alta aceptabilidad en la población adolescente y su costo-efectividad.
- ➔ **El compromiso con metas de impacto.** El desarrollo de una métrica para estimar y medir las metas de impacto del Plan fue decisivo para rendir cuentas acerca de la inversión que se comprometía y para orientar los objetivos anuales. Las metas de impacto propias del Plan -la cantidad de adolescentes efectivamente protegidas y de embarazos prevenidos para cada año- fueron una brújula que permitió alinear las decisiones y acciones. El reporte de la meta esperada y la meta efectivamente cumplida sirvió como evaluación anual de la efectividad del Plan y contribuyó para sostener su legitimidad y rendir cuentas.

- ➔ **La producción de conocimiento para la incidencia.** La producción de estudios sobre el impacto socioeconómico del embarazo en la adolescencia y sobre la cultura organizacional del Plan permitió disponer de información y argumentos para la incidencia -sobre todo en las etapas de cambios de gestión, pero también para el sostenimiento de las voluntades de las autoridades subnacionales- y para retroalimentar al Plan con información de mitad de término acerca del funcionamiento de sus dispositivos y las perspectivas de sus agentes.
- ➔ **Un presupuesto específico.** La disponibilidad de presupuesto propio fue clave, porque hizo posible la estimación de la inversión necesaria, la previsibilidad del alcance del Plan y la rendición de cuentas de los recursos invertidos. El Plan contó con presupuesto específico dentro del presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación consignado en una línea presupuestaria propia. Los recursos presupuestarios se asignaron a la contratación de recursos humanos para prestaciones directas, para la gestión intersectorial territorial y la gestión operativa central, así como para sostener el sistema de monitoreo y rendición de cuentas. También se asignaron a la compra de insumos anticonceptivos. Las provincias no dispusieron de asignaciones directas para el Plan, pero aportaron los equipos responsables del funcionamiento de las instalaciones de las escuelas, los centros de salud y hospitales, y los centros comunitarios, así como los equipos de los programas provinciales de salud sexual, salud adolescente y ESI.
- ➔ **Equipos dedicados al Plan.** La disponibilidad de recursos humanos específicos fue fundamental para el desarrollo de acciones de cada dispositivo, para sostener la prioridad y calidad de las actividades, y para las articulaciones entre sectores a fin de garantizar un abordaje integral. También contribuyó a crear una comunidad de prácticas y una cultura institucional propia que amalgamó y dinamizó las acciones en los territorios. Los recursos humanos contratados se dedicaron a ofrecer prestaciones directas en educación sexual integral, asesorías en salud integral, consejerías en salud sexual y reproductiva y dispensa de métodos anticonceptivos, y acciones de protección social para atender las situaciones de abuso sexual y embarazo forzado. El Plan también dispuso de equipos de gestión intersectorial en cada una de las provincias seleccionadas, en los programas nacionales y en las áreas de la coordinación general.
- ➔ **La cultura institucional como amalgama.** Una característica de la gobernanza fue la construcción de una visión compartida en base a la división del trabajo. El desafío fue dar certidumbre respecto a lo esperado de cada rol técnico a través de una definición clara de sus funciones y de un esquema de toma de decisiones explícito. Un componente central de la cultura institucional fue el empoderamiento de los equipos focales territoriales, lo que permitió la efectiva instalación del Plan en las provincias, pues estos fueron el nexo entre los territorios y la gestión central y construyeron la intersectorialidad en el nivel mismo de la gestión. Sus capacidades de planificación estratégica y operativa se fortalecieron con capacitaciones y asistencia técnica continua.

- ➔ **La comunicación interna y externa como sostén técnico y político.** Las estrategias de comunicación interna y externa sirvieron para sensibilizar sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia y sus estrategias de prevención, así como para la construcción de una comunidad con compromiso para el logro de los objetivos del Plan. Se construyó así una cultura institucional basada en estrategias de comunicación dirigidas a múltiples audiencias: personas decisoras de la política pública, equipos técnicos, población en general y, en especial, población adolescente.
- ➔ **Un sistema de monitoreo y evaluación para la rendición de cuentas y la retroalimentación constante.** El Sistema de Información y Monitoreo (SIM) desempeñó un papel central en el diseño, la implementación y el monitoreo del Plan, siendo fundamental para guiar cada una de sus fases. Durante el diseño, el SIM proporcionó datos críticos que facilitaron la identificación de las necesidades y la priorización territorial, lo que permitió planificar intervenciones adaptadas a las particularidades locales. En la fase de implementación, el SIM hizo un seguimiento continuo de las actividades y los resultados parciales que permitió que las acciones se fueran ajustando a las metas establecidas, asegurando una reacción oportuna e informada ante desafíos emergentes.

Resultados obtenidos

Fueron muchos los logros del Plan ENIA en tan solo cinco años de implementación. La reducción de la TEFA a la mitad (de 50 cada mil adolescentes en 2018 a 25 cada mil adolescentes en 2023), incluyendo la de niñas menores de 15 años, y el aumento de los reportes de abusos sexuales por parte de las niñas quizás sean los más destacables. Si bien el descenso de la TEFA puede ser atribuido a una combinación de factores, como cambios en las preferencias y comportamientos sociales, el acceso a nuevas tecnologías preventivas y el avance en la implementación de políticas públicas centradas en la educación sexual integral y los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, el Plan ENIA sin duda ha jugado un papel crucial en las provincias donde se implementó. También en estas jurisdicciones se aceleró el ritmo del descenso de la TEFA, lo cual trajo como consecuencia una reducción de las brechas entre las provincias donde el Plan intervino y aquellas en las que no lo hizo. Esta reducción de las desigualdades en las oportunidades de prevención de un embarazo en la adolescencia también es un logro a destacar del Plan ENIA.

212.295

asesorías brindadas en salud integral en escuelas, servicios de salud y espacios comunitarios, a las que se suman 50.663 asesorías en salud integral bajo modalidad virtual.

36/12

Funcionó en 36 departamentos de 12 provincias de la Argentina.

249.911

niñas, adolescentes y jóvenes recibieron métodos anticonceptivos de larga duración (121.941 de 20 a 25 años, 109.614 de 15 a 19 años y 18.356 menores de 15 años).

20.143

docentes recibieron capacitación en contenidos de educación sexual integral relacionados con anticoncepción.

93.676

embarazos adolescentes no intencionales evitados (91.124 en adolescentes de entre 15 y 19 años y 2.552 en niñas menores de 15 años).

165.452.723

USD

generados en beneficios sociales para el país representando 4,3 dólares de retornos por cada dólar invertido en el Plan ENIA.

52%

de reducción de la brecha entre las provincias que venían registrando una disminución importante del embarazo adolescente y aquellas en las que no disminuía o incluso aumentaba (provincias priorizadas por el Plan ENIA). Entre el inicio del Plan y 2022 la brecha entre ambos grupos se redujo a la mitad, pasando de 23,87 puntos a 11,36. Es decir, se redujo un 52%.

23.345

profesionales de la salud recibieron capacitación en anticoncepción con métodos de larga duración y en atención de adolescentes.

50%

de reducción de la tasa específica de embarazo adolescente de la Argentina (de 50 cada mil adolescentes en 2018 a 25 cada mil adolescentes en 2023).

Una política pública es un esfuerzo sistemático para cambiar una realidad. En ese sentido, la política funciona en la medida en que consigue dar cuenta del problema sobre el cual propuso sus hipótesis de intervención. Es decir, la política pública que funciona es aquella que resuelve el problema que se propone resolver.

El Plan ENIA surgió asumiendo como problema el embarazo no intencional en la adolescencia y la vulneración de derechos y las consecuencias negativas que este conlleva. Pudo captar la atención y los recursos públicos, y consiguió reducir la magnitud de este problema.



<https://argentina.unfpa.org/es>



www.cedes.org