



TEJIENDO ESPERANZAS EN TIEMPOS INCIERTOS:
LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN
LA ADOLESCENCIA EN PANDEMIA DE COVID-19 EN
SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA¹

Weaving Hope in Uncertain Times: implementation of the Nation Plan of Prevention of Unintentional Pregnancy in Adolescence during pandemics by covid-19 in Santiago del Estero, Argentina

Eugenia Florencia Bravo

INDES/CONICET-UNSE

Laurencia Lucila Silveti

INDES/CONICET-UNSE

Raúl Esteban Ithuralde

UBA/UNAJ/INDES/CONICET-UNSE

DOI: <https://doi.org/10.19137/la-aljaba-v291-2025-2>

Resumen:

Este artículo analiza la implementación de una política nacional de prevención desde la experiencia de personas asesoras del Plan Nacional de Prevención de Embarazos No Intencionales en la Adolescencia (Plan ENIA) durante el primer año de la pandemia de COVID-19 en Santiago del Estero, Argentina. Desde una perspectiva afín a la Salud Colectiva articulada con pedagogías críticas latinoamericanas se realizaron entrevistas a personas Asesoras del Plan ENIA en distintas ciudades de la provincia. Entre los resultados se destacan las transformaciones producidas a partir del Plan en la accesibilidad sanitaria, no solo respecto al embarazo no intencional, sino a la salud en general, a pesar de condiciones de precariedad laboral de sus asesores y asesoras. Se evidenció, además, la generación de puentes intersectoriales entre los sistemas educativo y

- 1 Este trabajo fue realizado con el apoyo del subsidio SDE01 del Programa de articulación y fortalecimiento federal de las capacidades en ciencia y tecnología COVID-19, del disuelto Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación, titulado "Identificación de estrategias y dispositivos institucionales y comunitarios significativos para mitigar los efectos sociales del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en los territorios".

sanitario, facilitados por redes producidas por las asesoras y asesores. Esto permitió acercar al sistema de salud a adolescentes, una población frecuentemente desatendida, y abrir espacios de reflexión sobre salud, sexualidad y roles de género. El estudio subraya la necesidad de identificar límites y alcances de estas estrategias para consolidar los avances y fortalecer vínculos precarios en una provincia con altos niveles de pobreza y desigualdad. Esto permitiría el desarrollo de políticas públicas basadas en paradigmas democráticos.

Palabras clave: Sistema de salud, Sistema educativo, Políticas públicas, ENIA, Pandemia por COVID-19

Abstract:

This article analyses the implementation of a national prevention policy from the experience of advisors of the National Plan for the Prevention of Unintended Pregnancy in Adolescence (Plan ENIA) during the first year of the COVID-19 pandemic in Santiago del Estero, Argentina. From a perspective related to Collective Health articulated with Latin American critical pedagogies, interviews were conducted with ENIA Plan advisors in different cities of the province. The results highlight the transformations produced by the Plan in terms of access to health care, not only with regard to unintended pregnancy, but also to health care in general, despite the precarious working conditions of its advisors. The generation of intersectoral bridges between the education and health systems, facilitated by networks produced by the advisors, was also evident. This made it possible to bring adolescents, an often neglected population, into the health system and to open spaces for reflection on health, sexuality and gender roles. The study highlights the need to identify the limits and scope of these strategies in order to consolidate progress and strengthen precarious links in a province with high levels of poverty and inequality. This would allow for the development of public policies based on democratic paradigms.

Keywords: Health system, Educational system, Public policy, ENIA, COVID-19 Pandemic

Sumario: Introducción. Metodología. Resultados. Discusiones. Conclusiones.

Introducción

Este estudio examina la implementación del Plan Nacional de Prevención de Embarazos No Intencionales en la Adolescencia (ENIA) a partir de la experiencia de las personas que se desempeñaban como asesoras, durante el primer año de la pandemia de COVID-19 en Santiago del Estero, Argentina. La pandemia ha servido como contexto que ha entrelazado dos facetas cruciales en el desarrollo del ENIA: la crisis socioepidemiológica y sanitaria y la persistente problemática de la pobreza y desigualdad estructural en la provincia (Silveti, 2020).

El Plan ENIA fue una política nacional de prevención surgida en 2017, diseñada de forma intersectorial entre distintos ministerios de la Nación, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación et al., 2019; Ministerio de Salud de la Nación Argentina [MSN] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018; Deguer, 2020; Rustoyburu, 2020). Sus acciones se encontraban coordinadas por los Ministerios de Salud, de Educación y de Desarrollo Social de la Nación, articulando acciones con 36 departamentos de doce provincias consideradas prioritarias por la elevada cantidad de embarazos definidos como no intencionales en la adolescencia (Deguer, 2020). Este Plan proponía una mirada integral e intersectorial sobre salud y educación en adolescencias cuyos objetivos se centraban en: (1) prevenir y disminuir el embarazo no intencional, (2) mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las organizaciones sanitarias y educativas y (3) sensibilizar a la población –particularmente adolescente– sobre el embarazo no intencional (Deguer, 2020; Rustoyburu, 2020). Para ello, se establecieron dispositivos sectoriales interconectados, focalizados en: 1- mejoramiento de la oferta en salud sexual y reproductiva; 2- programa comunitario para adolescentes no escolarizados; 3- reforzamiento de la Educación Sexual Integral (ESI) mediante Acompañamientos Pedagógicos; 4- asesoramiento Integral de Salud en escuelas y servicios de salud. Estos dos últimos se coordinaban con las instituciones educativas.

Desde este Plan, se concebía a la adolescencia como un período clave en el curso vital comprendido entre los 10 y los 19 años, donde suceden grandes transformaciones biológicas, físicas y psicológicas. A pesar de sus logros en materia acceso a derechos sexuales y (no)reproductivos, el Plan ENIA fue de facto desmantelado por la actual gestión del gobierno nacional, que desde su asunción en diciembre de 2023 ha desplegado una campaña de deslegitimación de políticas de género (Sánchez Cabezas, 2024).

Con lo descripto, en este trabajo nos enfocamos en el dispositivo de asesoramiento, concebido como un espacio de consulta y orientación para las necesidades cotidianas de los adolescentes en relación con su salud integral (MSN, 2020). Las asesoras y asesores del Plan ENIA estaban asignados a una escuela secundaria y a un centro de salud para atender a adolescentes escolarizados/as y no escolarizados/as, facilitando la colaboración interinstitucional en temas de salud en la adolescen-

cia. Su rol central era construir vínculos que propicien espacios seguros y contenidos para el abordaje y la resolución de problemas vinculados a la salud sexual en la adolescencia. Esto incluía aspectos como el conocimiento, la provisión y el uso adecuado de métodos anticonceptivos. Entre sus funciones, se destaca el promover discusiones críticas y reflexivas sobre sexualidad que pueden ser difíciles de abordar de manera cuidadosa en espacios públicos. Así, las asesorías actuaban como un vínculo entre salud y educación, atendiendo las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes que no siempre encuentran interlocutores en las instituciones educativas y/o de salud (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2019).

Durante el primer año de la pandemia (2020), las acciones del Plan y otras intervenciones estatales a nivel global se vieron afectadas y, en algunos casos, rediseñadas. En Argentina, desde el 16 de marzo de 2020, el Estado nacional implementó primero el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y luego el Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio, que supusieron restricciones a la movilidad de las personas, como forma de disminuir los contagios y evitar el colapso del sistema sanitario. En ese sentido, se suspendieron las clases presenciales en instituciones educativas. Autoridades nacionales y locales tomaron medidas para mantener en funcionamiento presencial solo las actividades esenciales, como las de los sectores sanitario, a pesar de las restricciones de movilidad mencionadas. En educación, se enfocaron en aprovechar las capacidades de la tecnología virtual y se produjo y distribuyó material impreso para aquellas personas sin acceso a lo virtual (Cardini et al, 2020). En salud, la atención se centró en preparar el sistema para una posible mayor demanda vinculada al COVID-19, lo que llevó a una reducción e incluso cancelación de la atención en asuntos no considerados urgencias (Sy et al., 2021; Silveti, 2022). Estas medidas afectaron la accesibilidad a la salud integral, incluyendo los derechos sexuales y (no)reproductivos.

En relación con el contexto en que se realiza el análisis, la provincia de Santiago del Estero, ubicada en el noroeste de Argentina, es la jurisdicción con mayor población rural del país, principalmente dispersa (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2010). Esta provincia enfrenta una situación de pobreza que afecta a casi el 45% de la población en el área urbana de Santiago del Estero-La Banda, la cifra más alta a nivel nacional según datos oficiales (INDEC, 2020a). Respecto de la organización sanitaria, la provincia sigue la estrategia de Atención Primaria de la Salud a nivel nacional, con una estructura que abarca subsectores de gestión pública, privada y obras sociales. El subsector público, en particular, se divide en diferentes niveles de atención, ubicando centros de salud según criterios de necesidad y accesibilidad. Sin embargo, este sistema está altamente centralizado en el conglomerado urbano Santiago del Estero-La Banda (Hoyos et al, 2024), presentando una gran disparidad entre los centros de salud en términos de recursos, equipamiento y conformación de equipos de trabajo. Asimismo, los hospitales del conglomerado tienen más recursos, equipamiento y equipos de trabajo consolidados que los centros del primer nivel de atención del mismo conglomerado y que centros de salud del Interior provincial (fuera de dicho conglomerado).

La tasa de nacimientos de madres adolescentes, menores de 20 años, en la provincia era en 2020 del 17,9%, y la prevalencia de embarazos no deseados en la adolescencia ascendía al 72,7% (MSN, 2020). En el ámbito educativo, la provincia exhibe las tasas más elevadas de analfabetismo y deserción en los niveles obligatorios, con desigualdades especialmente notables en áreas rurales (INDEC, 2010). La formación docente presenta una notoria carencia de consideraciones sobre la diversidad sociocultural que caracteriza a la provincia, donde se encuentra una importante población campesina, indígena y migrante. Además, los documentos curriculares mantienen una perspectiva moralizante y biomédica en la Educación en Salud (Ithuralde y Dumrauf, 2022).

Respecto de las perspectivas teóricas, este trabajo se sustenta en dos propuestas. Por un lado, el ámbito de la Educación en Salud que nos brinda la oportunidad de examinar los contextos en los que se desarrolla el Plan ENIA, reconociendo que son terrenos ricos en controversias políticas, epistemológicas y prácticas. A lo largo de la historia de este campo, se han identificado al menos dos paradigmas: el verticalista y el democrático (Garelli y Dumrauf, 2021), cada uno con dos posibles enfoques, los cuales proporcionan una base conceptual para entender las acciones de los agentes en términos ontológicos, epistemológicos y prácticos. A continuación, en la Figura 1, se resumen sus características principales:

Figura 1. *Paradigmas y enfoques en Educación en Salud.*

Paradigma	Enfoque	Dimensión ontológica (concepción de Salud y Educación)	Dimensión epistemológica (saberes reconocidos como válidos)	Dimensión de la praxis (perspectiva educativa)
Verticalista	Higienista	Salud: ausencia de enfermedad. Centrada en la <u>normativización</u> de los cuerpos. Educación como herramienta de la medicina	Ciencias biológicas y médicas	Modelo de transmisión-recepción
	Comportamental	Salud: equilibrio <u>biopsico-social</u> . Centrada en la importancia del estilo de vida. Educación como espacio privilegiado para procesos de <u>normativización</u> .	Ciencias biológicas y médicas	Modelo de transmisión-recepción
Democrático	Socioecológico	Salud: concepto <u>multidimensional</u> . Derecho humano. Educación como espacio para la promoción de la Salud individual y/o comunitaria.	Ciencias Biológicas, Médicas y Sociales	
	Participativo-crítico	Salud: objeto polisémico y complejo. Derecho humano. Educación como espacio de <u>empoderamiento</u> individual y colectivo	Saberes científicos (biológicos, médicos, sociales) y producidos en otros sistemas de conocimiento	Perspectivas participativas (Pedagogías críticas - Educación Popular).

Fuente: Garelli y Dumrauf (2021)

Por otro lado, desde una perspectiva teórica alineada con los aportes de la Salud Colectiva y las pedagogías críticas latinoamericanas, nos ubicamos en un enfoque

que enriquece este análisis de diversas maneras. En el ámbito sanitario, concebimos a la salud como un campo político complejo, compuesto por procesos influenciados por múltiples dimensiones sujetas a controversia (Feuerwerker, 2020). Este campo se rige por el Modelo Biomédico (Menéndez, 2003), caracterizado, entre otras cosas, por la medicalización, biologización y jerarquización del conocimiento científico-médico en los procesos de salud-enfermedad. Por su parte, en el ámbito educativo, las pedagogías críticas se centran en los procesos organizativos y comunitarios de los sectores populares, así como en sus estrategias y luchas hacia la emancipación social (Carr y Kemmis, 1988) con el fin de analizar críticamente las situaciones educativas.

Para articular los campos de salud y educación, nos centraremos en el análisis de las experiencias de asesores y asesoras del Plan, adoptando la perspectiva de la micropolítica del trabajo vivo en acto (Franco y Merhy, 2016), que focaliza en los modos de producir el cuidado en el encuentro entre personas trabajadoras de la salud particularmente y las personas usuarias. Pondremos especial énfasis en reconocer la dimensión subjetiva de los procesos de trabajo y atención, donde las acciones ejecutadas por las personas durante su labor pueden tanto impulsar como limitar las oportunidades de cambio en los procesos relacionales cotidianos.

Metodología

Este estudio se desarrolló desde una perspectiva interpretativa crítica (Carr y Kemmis, 1987). Durante el segundo semestre de 2020, se realizaron entrevistas con cinco Asesores en Salud Integral Adolescente del Plan ENIA (A1, A2, A3, A4 y A5), que se desempeñaban en instituciones educativas y sanitarias de gestión estatal de nivel secundario en Santiago del Estero, La Banda y Termas de Río Hondo, provincia de Santiago del Estero. Sus profesiones de base abarcan áreas como: Educación para la Salud, Obstetricia, Psicología y Medicina. También se realizaron ocho entrevistas a personal docente y directivo de escuelas atendidas por el personal de ENIA en dichas ciudades.

La selección de las personas entrevistadas se hizo a través de un muestreo intencional y con base en la saturación teórica (Marradi et al, 2007), abarcando una diversidad de territorios y perspectivas. Se incluyó a una persona asesora de una ciudad de menos de 10.000 habitantes, una del segundo conglomerado urbano de la provincia y tres de instituciones céntricas y periféricas del conglomerado urbano más importante, Santiago del Estero-La Banda.

Se realizó una revisión de los datos en ciclos sucesivos de codificación y generación conceptual, triangulando en el proceso la información obtenida con las entrevistas y con documentos gubernamentales sobre el Plan ENIA. Se mantuvo una atención flotante durante el análisis, realizando un pre-análisis de los datos que permitió una reorganización de las categorías y dimensiones para un análisis más detallado (Marradi et al., 2007). Las dimensiones de análisis pre-definidas fueron: barreras de accesibilidad en salud, estrategias para garantizar accesibilidad en salud

y sentidos asignados por el personal ENIA al trabajo en pandemia. A lo largo del análisis, estas dimensiones fueron revisadas y precisadas en base a la salud sexual y (no)reproductiva, además de añadir lo emergentes. A continuación, se exponen los resultados del análisis.

Resultados

Los resultados de este trabajo se organizan de acuerdo con distintos escenarios en torno a las barreras pre-existentes y emergentes para la accesibilidad en los siguientes apartados: a) roles, tareas, condiciones laborales, b) virtualización de las tareas y c) acompañamientos psicoemocionales.

a) Roles, tareas, condiciones laborales

Partiendo de considerar la accesibilidad no solo como un asunto de oferta (de qué modo los servicios de salud llegan a la población), sino también en relación con cómo las comunidades participan activamente como generadoras de accesibilidad, en este apartado se analiza las formas que se fueron configurando estos vínculos servicios de salud-personas usuarias para producir límites y alcances en accesibilidad. A partir de allí, identificamos distintos tipos de barreras que, frecuentemente, dificultan la atención: geográficas, económicas, administrativas y culturales (Flores Sandí et al, 2012) y otras de tipo ideológico.

En este marco y en coincidencia con los antecedentes (Silveti, 2022), durante la pandemia, el vínculo entre equipos de salud y personas usuarias experimentó una transformación completa. En primer lugar, abordaremos los roles de asesores y asesoras del Plan, para identificar, a partir de allí, barreras de accesibilidad previas que se destacan en las entrevistas. Dos aspectos son especialmente significativos en cuanto a las barreras: por un lado, la valoración que muchas familias han construido sobre los contenidos abordados por el Plan –más relacionadas con lo ideológico– y, por otro lado, la precariedad laboral del personal de salud –vinculadas a barreras de tipo económico–.

Las entrevistas indican que el rol principal de las personas asesoras del Plan ENIA se orientaba a propiciar la vinculación entre las personas que asisten al sistema educativo y los centros de salud, centrándose en temas y dinámicas específicas de salud para adolescentes, fundamentalmente sobre salud sexual y (no) reproductiva. La mayoría de estas conexiones se establecían entre la institución educativa asignada y centros del primer nivel de atención provincial (Unidades Primarias de Atención, UPAs) que corresponde al área de cobertura donde se ubica la escuela. También se realizaban conexiones con hospitales, el Ministerio de Desarrollo Social y los gobiernos locales. Sin embargo, las necesidades de atención en adolescencia a menudo van más allá de lo estrictamente sanitario, por lo que es necesario construir y mantener estas conexiones interinstitucionales para abordar demandas complejas:

(...) qué te puedo decir, de adolescentes, que no tenían cómo acceder a la educación [por falta de conectividad], el poder gestionar un teléfono y que bueno, gracias a Dios se consiguió, módulos habitacionales que están en vías de ser conseguidos (...) capacitación laboral para futuros puestos de trabajo, la verdad es que tenemos un hermoso trabajo de articulación con la municipalidad de nuestra ciudad. Y también, como te digo, con la justicia, eh... Con los tiempos que eso significa (A3).

Con la pandemia, recrudescieron situaciones complejas en relación con la violencia doméstica, sobre todo aquellas que fueron judicializadas, donde el rol de las y los asesores del Plan facilitó el desarrollo de procesos burocráticos, lo que implicó enfrentar situaciones sentidas como extremas. En este sentido, una de las personas asesoras señala que fue necesario un abordaje específico e integral:

(...) con mucha escucha, con atención, viendo cómo derivar, viendo como asesorar a dónde denunciar. Llevarlo desde lo escolar a lo judicial a veces se complica bastante. Uno tiene que explicar bien el proceso a las personas que están involucradas para, por un lado, para bajar la ansiedad de las mismas y después para poder hacerlo lo más correctamente posible (A2).

Las personas asesoras del Plan ENIA construyeron una doble red de vínculos en su trabajo: una en el sistema educativo y otra en el sistema de salud (e incluso más allá), actuando como nexo entre ambas. Según las entrevistas con el personal docente y directivo de las escuelas, la única mención a colaboraciones con el sistema de salud fue a través del Plan ENIA. Por lo tanto, este Plan y sus agentes desempeñaron un papel fundamental en la articulación entre ambos sistemas, con un rol destacado durante el ASPO.

En cuanto a la valoración de las familias respecto del Plan, estas variaron principalmente en relación con aspectos ideológicos. Al respecto, retomamos las palabras de una de las asesoras:

estaban aquellos padres que se consideraban muy buenos padres, pero que esperaban con brazos abiertos la figura del asesor, porque consideraban que la adolescencia es una etapa donde en general el joven suele alejarse de sus padres en búsqueda de la autonomía... para después volver. En ese alejamiento se podían suscitar muchos inconvenientes, donde era muy importante que esté la figura del asesor para poder articular o responder científicamente con información veraz... (...). Vi en el grupo de padres, dos grandes grupos: aquellos que se oponían rotundamente y aquellos que (...), consideraban como una hermosa posibilidad de salud y de bienestar el rol del asesor y bueno, todo lo que eso significa (A3).

En cuanto a las barreras en accesibilidad a interrupciones legales del embarazo (ILE) se identifican barreras ideológicas, culturales, políticas y morales (Canevari y Isac, 2021). En estas situaciones, se establecían turnos protegidos a través de la colaboración entre las personas que se desempeñaban como asesoras del Plan ENIA en general y quienes lo hacían como asesoras específicas de un centro de salud determinado. Esta persona asesora se encargaba de gestionar los turnos mediante las redes que se habían tejido desde la implementación del Plan. De esta manera, se garantizaba el derecho a la confidencialidad, privacidad y atención de la salud de adolescentes. Tras la práctica, las adolescentes recibían asesoramiento en salud sexual y (no)reproductiva, así como el método anticonceptivo de su elección, antes de recibir el alta.

A partir de lo expuesto, la accesibilidad se configuró a partir de la creación de vínculos que incorporaron la dimensión subjetiva, tanto de las y los profesionales de la salud como de las personas usuarias que, desde sus respectivos roles, formaron parte de los procesos de atención (Comes et al, 2007). El rol del Plan ENIA trascendió los consultorios y requirieron coordinaciones interinstitucionales e interdisciplinarias y seguimientos para la atención de salud sexual y (no)reproductiva en la adolescencia.

En cuanto a las condiciones laborales del personal de salud, se observaba hacia 2019 un aumento de la precarización estructural debido a la reducción de integrantes en los equipos de salud, especialmente en el primer nivel de atención, lo cual se inició con la reconfiguración del programa Médicos Comunitarios (Silveti, 2022). La pandemia agravó esta situación, ya que la formación de equipos se ha visto aún más limitada debido a las licencias del personal por pertenencia a grupos de riesgo. En este caso, las barreras de acceso se relacionaron también con la disminución de personal para la atención que, a su vez, se focalizaron en atención de COVID-19 (Silveti, 2022).

La precarización laboral en el Plan ENIA también se refleja en la ambigüedad que conllevaban las tareas. En relación con su enfoque en una atención de salud integral, se observa que el dispositivo no especifica claramente qué situaciones debe atender una persona asesora. Esto conlleva a una diversificación, superposición y/o vacíos de tareas, roles y responsabilidades, lo que a menudo resultó en una sobrecarga y/o disminución de la calidad de la atención. Ejemplos de esto incluyen trabajar más horas de las acordadas en sus contratos laborales sin recibir una compensación adecuada y abordar situaciones sin recursos necesarios, lo que dificultaba su capacidad para brindar respuestas adecuadas. Esto se agravó con la pandemia, ya que los límites difusos llevaron a un aumento en la cantidad de tareas inespecíficas que han tenido que gestionar, como el seguimiento de casos positivos de COVID-19 y la resolución de situaciones críticas de acceso a la alimentación:

hay familias que mandan sus hijos e hijas a la escuela y son familias de bajos recursos. Y cuando hacíamos los seguimientos de casos positivos de COVID, también me escribían o me llamaban estas familias

(...). Y creo que algo que me ha movilizado ha sido como te digo, la desesperación, por así decirlo, de no poder tener para comer o tener para el día a día o algunos elementos de higiene que les haga falta. Eso creo que me ha movilizado bastante y lo puedo destacar. Obviamente desde mi lado creo que he podido colaborar, llevándoles no yo, sino que articulando con Desarrollo Social (...) para que les lleven alimentos (A1).

A las escuelas en el conglomerado Santiago del Estero-La Banda donde trabajan tres personas entrevistadas asisten mayormente población vulnerabilizada. La mayoría del estudiantado proviene de sectores socioeconómicos bajos y sus familias tienen niveles educativos limitados, lo que dificulta el apoyo y acompañamiento. Entre las barreras destacan problemas edilicios, falta de conectividad tanto para estudiantes como para docentes durante la pandemia, y escasa formación del personal docente para trabajar en estas condiciones, así como en el uso de tecnologías educativas (especialmente relevantes ante las restricciones a la movilidad). Sin embargo, en el Interior provincial, con pocas escuelas por aglomerado urbano, se observa un contexto distinto, con mayor heterogeneidad en cuanto a la clase social del estudiantado:

Tenemos las más diversas de las familias. Llegan todos los tipos de familias que hay en la ciudad. Tenemos los hijos de nuestros propios colegas, tenemos la comunidad en general, también chicos y chicas que tienen conflictos con las drogas. Chicos y chicas que tienen conflictos y que atraviesan a cualquiera, no tiene que ver con la clase social. Conflictos vinculados a la ILE. Entonces no es como definir que tenemos una población en riesgo vinculado a los factores socioeconómicos, trabajamos con las tres escuelas públicas de la ciudad, donde hay una variedad y heterogeneidad de familias que van desde las de muy bajos recursos, a las familias que tienen todos los recursos económicos (A5).

Observamos que esta heterogeneidad no es mencionada como un valor positivo, ni como una oportunidad para el trabajo docente y sanitario, ni como un vehículo para el aprendizaje, tal como lo propone la ESI y el modelo participativo-crítico de Educación en Salud.

b) Virtualización de las tareas

Otra barrera identificada con mayor énfasis a partir del ASPO fue la cancelación del transporte público y la prohibición de circulación mediada por la policía. Incluso en situaciones autorizadas por la normativa a circular, la policía no lo permitía:

un adolescente que me pedía un turno para ir a pedir métodos anticonceptivos a la UPA, [aunque] estaba [establecido] como algo

esencial, que sí se podía hacer, pero sin embargo creo que muchos desconocían esto, por lo tanto, los chicos tenían miedo de ir al centro de salud a buscar un método anticonceptivo ¿Por qué? Porque por ahí la policía los paraba y les preguntaba ¿a dónde iba?, ¿a dónde se dirigía? y no los dejaban. Entonces los hacían volver a la casa. A eso me refiero con el desconocimiento (A1).

Ante estas barreras emergentes, una estrategia para mantener los vínculos y la contención entre personas asesoras y adolescentes fue la virtualización del trabajo a través de plataformas como WhatsApp y Facebook, en lugar de la interacción física. Esta medida buscaba sortear las restricciones de movilidad y funcionó eficazmente en casos donde había acceso a la conectividad y dispositivos. La virtualidad facilitó el acceso a la atención para sectores con dificultades de transporte, superando desafíos previos a la pandemia. No obstante, surgieron obstáculos adicionales en términos de accesibilidad, como la falta de conectividad, las dificultades para desconectarse y la sobrecarga del personal, así como la disponibilidad limitada de dispositivos (Silveti, 2022). El seguimiento virtual de la atención se vio dificultado por varios motivos. En escuelas con mayor matrícula y número de cursos, una sola persona asesora debe atender las demandas de todo el establecimiento, lo que implica una sobrecarga considerable. Respecto de la transformación de los horarios de atención propiciada por la virtualidad, algunas asesoras coinciden en un aumento exponencial en la demanda sin corte (A5) y otra asesora relata:

Porque como son muchos los alumnos, los chicos se comunicaban conmigo a cualquier hora. A la mañana, a la tarde, siesta noche, a las dos de la mañana, sábado, domingo, feriado. Ha sido muy intenso para mí este trabajo. Mucho más que cuando estaba en forma presencial. Si bien es cierto capaz que he abarcado menos chicos, pero ha sido más intenso el trabajo (A4).

En este sentido, las personas asesoras tuvieron una percepción contradictoria sobre el aumento o disminución de consultas recibidas durante la transición hacia la virtualidad: en algunos casos, percibieron una disminución de la demanda de consultas al introducir la virtualidad como vía exclusiva, mientras que otras personas asesoras percibieron lo contrario, es decir un aumento exponencial a través de la demanda virtual. Un asesor de la ciudad de Santiago del Estero manifiesta:

En la presencialidad era una constante de mensajes y llamadas telefónicas y de asesorías que se realizaban obviamente de forma presencial. Y esto ha disminuido un 50 por ciento más o menos. Me llegan mensajes aislados en la semana, que sé yo, pasando uno o dos días alguna consulta de algún adolescente o de padres pidiéndome turnos para sus hijos (A1).

Estas percepciones contradictorias evidencian heterogeneidades en la organización de la atención y las diferencias entre los territorios cubiertos por el programa, especialmente entre el conglomerado urbano y el Interior provincial, donde la dimensión cultural adquiere relevancia. Una posible interpretación es que los roles de género desempeñan un papel importante en la forma en que se brinda la atención, considerando que el testimonio de una disminución en la demanda proviene de un varón, mientras que quienes perciben un aumento en la demanda son mujeres. Esto podría vincularse con la construcción social del cuidado y su brecha de género, que se ha acentuado durante la pandemia (East et al., 2020).

Respecto de los motivos por los cuales se percibe una disminución en la demanda, el asesor vinculó esta a la diferencia de calidad de las consultas presenciales y por modalidad virtual:

pienso que los adolescentes prefieren la presencialidad, sacarse sus dudas en la presencialidad que estar mandando mensajes o una llamada. Creo que en ese sentido desconfían un poco y prefieren el cara a cara, y eso creo que también es otro motivo por el cual han disminuido las asesorías (A1).

En el caso de las mujeres, la percepción respecto de la calidad de la atención mediada por la virtualidad para resolver la imposibilidad de atención directa fue principalmente sentida con preocupación:

Y como que [la virtualidad] no alcanza a veces [...] la presencia te da ese plus extra de sentir que no estás solo (...). Pero como te digo, había casos puntuales donde el teléfono no nos permite llegar a establecer esa contención o ese acompañamiento que a veces se necesita, en casos particulares, como por ejemplo la desesperación, que a veces tienen los adolescentes por resolver una situación, o esa sensación de soledad que les produce a veces el aislamiento y no estar con sus pares. O el no poder contar con sus pares, con el cuerpo a cuerpo, ¿no? En eso puntualmente creo que uno puede decir que no hay nada que suplante la presencia (A3).

La virtualización de la atención y la sobrecarga en las personas asesoras afectaron el desarrollo de dispositivos para abordar temas complejos como abusos y violencias, que suelen requerir espacios colectivos presenciales para construir vínculos de confianza, como talleres de sensibilización:

Muchos no han podido llegar por esa vía. Por la vergüenza, por otras cuestiones. Y que sin lugar a dudas cuestiones vinculadas con la violencia, los abusos, que cuando nosotras movemos emergen, y ahora no estamos moviendo. Porque no tenemos la capacidad humana.

Vamos a un taller y reflexionamos sobre eso y seguro al terminar el taller alguien nos dice “necesito hablar con vos”. Entonces ahora no estamos generando esas actividades, por ende, tampoco las estamos viendo masivamente (A5).

Ante los obstáculos para acceder a los centros de salud, las personas asesoras tuvieron que idear estrategias para superar estas barreras. Se destaca la situación en la que algunas/os adolescentes retiraron métodos anticonceptivos y pruebas de embarazo desde el domicilio de la persona asesora, cercano a la institución educativa. Respecto a los traslados hacia centros de salud, incluso en situaciones críticas que requieren atención inmediata, se encontraron dificultades generalizadas. En muchas ocasiones, las y los agentes del Plan ENIA se vieron con la obligación de resolverlo con recursos propios. Así lo relata una persona entrevistada:

en casos de urgencia o en un caso singular que se me ha presentado, [...] [tuve] que agarrar mi vehículo e ir a buscar yo a la adolescente y llevarla al centro de salud.... Que no ha sido una sola vez, sino dos veces (...) Eso ha sido en plena cuarentena estricta, que obviamente sí se podía circular, era porque teníamos un permiso de un turno protegido del hospital (A1).

Las barreras en el acceso, tanto preexistentes como emergentes se entrelazaron y conformaron un escenario complejo. Las barreras identificadas fueron principalmente vinculadas a obstáculos socioeconómicos e ideológicos en el ámbito familiar, la centralización del sistema de salud provincial, la focalización en la pandemia de COVID-19 y barreras institucionales, como la falta de perspectiva de género y cuidado en el accionar policial. También persiste la histórica falta de acciones interinstitucionales entre lo educativo y sanitario, así como con diversas instituciones y organismos estatales. A ello se suma la precarización laboral de las personas asesoras del Plan, quienes carecen de recursos específicos y no cuentan con una clara delimitación de sus funciones y dinámicas laborales.

c) Acompañamiento psicoemocional frente a los efectos de la pandemia en la adolescencia

Según las entrevistas, el ASPO y la pandemia generaron situaciones de desánimo y comportamientos de retraimiento en adolescentes, que se identificaron a través del enfoque vincular del Plan ENIA. Una asesora mencionó que las consultas relacionadas con cuestiones afectivas o psicoemocionales se multiplicaron durante la pandemia.

Mucho hemos tenido que acompañar por ejemplo la ansiedad de los chicos, los trastornos del sueño, porque las tareas escolares les sobre-

pasaban. Han disminuido consultas vinculadas a otras situaciones y han aumentado aquellas vinculadas a lo psicoemocional. Vinculado a todo el estrés que generaba esta cuestión de la multiplicidad de tareas con las docentes. Con eso es importante el trabajo intersectorial y el trabajo con otros, por ejemplo, nosotros tenemos mucho trabajo con las escuelas. Entonces todas estas inquietudes íbamos comunicando con la directora, que tiene comunicación formal con los rectores [de los colegios], (...) las consultas van teniendo obviamente la confidencialidad todo, pero vamos comentando con los profes tales cuestiones, había que repensar con los profes las consignas, los trabajos, que los chicos no han podido llegar. Entonces es pensar todo el tiempo de manera integral todo esto (A5).

De este modo, el trabajo con las escuelas y su personal (de conducción y docente) implicó repensar el trabajo docente en relación con la salud mental. Este último fue un aspecto en general desatendido durante la pandemia (Silveti, 2022).

El Plan ENIA retoma perspectivas de la ESL, que ha sostenido la necesidad de incluir la dimensión afectiva en las prácticas de enseñanza (Báez y González del Cerro, 2015). Tanto para fortalecer los vínculos pedagógicos, como para realizar una selección y construcción de contenidos que por su mayor significatividad sean más potentes para la enseñanza, que promuevan transformaciones en las relaciones con el saber (Charlot, 2014), atendiendo así a las diversidades y desigualdades presentes en las escuelas. Las personas asesoras también han realizado acompañamientos pedagógicos a las escuelas, acciones que el personal docente y directivo en nuestras entrevistas han identificado como ausente desde los niveles centrales del sistema educativo (Ithuralde et al, 2024). La pandemia, como analizador social, iluminó así más fuertemente estos aspectos del trabajo docente –como la dimensión afectiva en la construcción de contenido y el acompañamiento entre pares y desde los espacios de conducción–, aspectos que suelen ser desvalorizados en las tareas de enseñanza pero que las perspectivas feministas y de género han destacado y reivindicado de manera creciente.

Discusiones

En las entrevistas, se observa que las prácticas de las y los agentes del Plan ENIA que participaron de las entrevistas muestran características tanto de paradigmas verticalistas de Educación en Salud como del modelo socioecológico (Garelli y Dumrauf, 2021). El último enfoque contempla la salud como un ámbito complejo, promoviendo articulaciones intersectoriales para su atención y abogando por garantizar los derechos del estudiantado. En su mayoría, proponen estrategias centradas en la comunicación y el diálogo, a veces rescatando saberes de las y los adolescentes. Sin embargo, en muchas ocasiones, también identificamos estrategias de transmisión de conocimientos e intervenciones que enfatizan saberes profesionales,

más propios de los paradigmas verticalistas. En algunos de los relatos se manifiesta la búsqueda de espacios de trabajo colectivos que fomenten una participación auténtica de estudiantes y comunidad, acercándose así a ciertos posicionamientos del modelo participativo-crítico, dentro del paradigma democrático. Con estas contradicciones en juego, resulta interesante señalar que la mayoría de las personas entrevistadas incorpora algunas dimensiones del modelo socioecológico, a pesar de que el paradigma democrático ha ocupado un papel subalterno (y subalternizado) en la historia de la educación para la salud en Argentina (Garelli y Dumrauf, 2021).

No obstante, se observa que la rápida implementación de medidas de aislamiento y distanciamiento ha implicado barreras para acciones que requieren una auténtica participación estudiantil y comunitaria. En muchos casos, la falta de conectividad o de dispositivos ha limitado la efectividad de las estrategias virtuales. En otros casos, la falta de apoyo y formación para el uso de estas estrategias para la continuidad de la atención en ASPO y DISPO, como las virtuales, ha representado un obstáculo para el desarrollo de acciones que promuevan una participación genuina. Como mencionan los relatos, a medida que se levantaron las restricciones de movilidad, las prácticas participativas comenzaron a reactivarse. De este modo, el aislamiento y distanciamiento han afectado más a las prácticas posicionadas en el paradigma democrático (y sobre todo en el modelo participativo-crítico, el más cercano a la Salud Colectiva y las pedagogías críticas) que a aquellas vinculadas a los paradigmas verticalistas. Esto se debe a que el paradigma democrático supone prácticas que requieren la construcción de vínculos y diálogos, las cuales tuvieron en este contexto mayores obstáculos para virtualizarse.

Conclusiones

La pandemia ha expuesto cuestiones críticas en los procesos de atención en salud y educación, magnificando desafíos previos. Este estudio ha explorado dimensiones subestimadas de la actuación y relevancia de estrategias de articulación interinstitucional, como el Plan ENIA. También ha identificado situaciones donde el Estado no logra satisfacer las demandas de sectores específicos, como la adolescencia, que enfrenta diversas formas de vulnerabilización y cuyas necesidades trascienden el ámbito educativo. Los resultados muestran que la pandemia ha obstaculizado el trabajo presencial e interinstitucional, lo que demandó la creación de nuevas estrategias.

A pesar de la reconocida importancia del trabajo intersectorial e interinstitucional en el discurso de la política pública, observamos que el personal de centros educativos y sanitarios raramente mantiene estas articulaciones. Sin embargo, identificamos una multiplicidad de situaciones donde las personas asesoras del Plan ENIA establecen estas conexiones a través de contactos y relaciones interpersonales previas o desarrolladas en lo cotidiano. Estas interacciones les permitieron acercar a estudiantes de escuelas secundarias al sistema de salud. El Plan ENIA emergió así como un espacio crítico e innovador para la construcción de vínculos intersectoriales que van

más allá de la salud sexual y (no)reproductiva. Identificar estrategias efectivas para fomentar estos puentes podría sentar las bases para políticas públicas que promuevan articulaciones más profundas entre los sistemas educativo y sanitario, sin depender exclusivamente de planes o programas de alcance temporal limitado y, como se observó en este estudio, de personas trabajadoras en condiciones laborales más precarias.

Otro hallazgo relevante es que, a más de quince años del inicio del Plan Nacional de ESI y cuatro años del Plan ENIA, las personas asesoras recuperaron, en parte, modelos de Educación en Salud propios de paradigmas democráticos y acompañaron a escuelas a acercarse a ellos. Un tema para explorar en el futuro sería cómo estos planes han fortalecido este paradigma a través de la acción del Plan ENIA y de la Educación en Salud en el sistema educativo y sanitario. Este desafío se torna aún más pertinente en el contexto postpandemia y en el actual embate estatal contra las políticas de género en Argentina. En última instancia, nuestros datos dan cuenta que es esencial contar con espacios regulares de acompañamiento y reflexión acerca de la complejidad de los escenarios de actuación y cuestionar las propias prácticas para generar acciones concretas orientadas a la mejora. Estos espacios, que estuvieron ausentes tanto en las instituciones educativas y de salud como en programas que pretenden acompañarles como el plan ENIA, podrían haber brindado apoyo y contención a aquellos agentes que tienen la tarea de cuidar a otras personas. El intercambio y acompañamiento entre pares se presentan como elementos especialmente necesarios en contextos de múltiples vulnerabilidades, ya que contribuirían a promover la producción de cuidado desde paradigmas democráticos. Esto, a su vez, fortalecería un modelo participativo y crítico, promoviendo prácticas más inclusivas y colaborativas.

Referencias

- BAEZ, J., y González Del Cerro, C. (2015). Políticas de Educación Sexual: tendencias y desafíos en el contexto latinoamericano. *Revista del IICE*, 38, 7-24.
- CANEVARI, C., y ISAC, R. (2021). Efectos sociales de la pandemia. COVID-19 y el ASPO en Santiago del Estero. *Eje violencia contra las niñas, mujeres y personas de la diversidad, y derechos sexuales reproductivos y no reproductivos*. Santiago del Estero: Instituto de Estudios para el Desarrollo Social.
- CARDINI, A., BERGAMASCHI, A., D’ALESSANDRE, V., TORRE, E., y OLLIVIER, A. (2020). *Educación en tiempos de pandemia. Entre el aislamiento y la distancia social*. Buenos Aires: CIPPEC. Recuperado de <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/07/Cardini-et-al.-2020-Educacion-en-tiempos-de-pandemia.-Entre-el-aislamient....pdf>
- CARR, W. y KEMMIS, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Madrid: Editorial Martínez Roca.

- CHARLOT, B. (2014). La relación de los jóvenes con el saber en la escuela y en la universidad, problemáticas, metodologías y resultados de las investigaciones. *Polifonías*, III(4), 15-35.
- COMES, Y., SOLITARIO, R., GARBUS, P., MAURO, M., CZERNIECKI, S., VÁZQUEZ, A., SOTELO, R. y STOLKINER, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, XIV, 201-209.
- DEGUER, C. (2020). *La intersectorialidad en las políticas públicas como respuesta a problemas complejos; la prevención del embarazo adolescente no intencional* (Tesis de maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Quito.
- EAST, S., LAURENCE, T., y LÓPEZ MOURELO, E. (2020). *Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Informe OIT, ONU Mujeres y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Buenos Aires: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de <https://www.ilo.org/es/publications/covid-19-y-la-situacion-de-las-trabajadoras-de-la-salud-en-argentina-0>
- FEUERWERKER, L.C.M. (2021). Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. *Salud colectiva*, 17, e3356.
- FLORES-SANDI, G. (2021). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta médica costarricense*, 54(3), 181-188.
- FRANCO, T.B. y MERHY, E.E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- GARELLI, F.M. y DUMRAUF, A.G. (2021). Una mirada al campo de la educación en salud: hegemonía, pandemia y alternativas. *Espacio Abierto*, 30(2), 100-116.
- HOYOS, N. P., PEREYRA, H. y SILVETI, L. L. (2024). Organización sanitaria y situación de salud en Santiago del Estero. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 4(2), 67-88.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2020). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2019*. Informes Técnicos, 4(59), 1-17.
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires: INDEC.
- ITHURALDE, R. E. y DUMRAUF, A. G. (2022). Contenidos de Ciencias Naturales en la Educación Primaria en el pasado reciente en Santiago del Estero: un análisis de normativas nacionales y provinciales. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*, 30, 354-373.
- ITHURALDE, R. E., CORBETTA, S., SOSA, S., PANOSSETTI, P., DÍAZ ESPAÑOL, N., CÓRDOBA, F., ... y SILVETI, L. L. (2024). Una aproximación a la educación remota de emergencia en Santiago del Estero, Argentina, en

- contexto de pandemia: periodizaciones, estrategias docentes e institucionales y sentires. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (65), 99-128.
- MARRADI, A., ARCHENTI, N. y PIOVANI, J.I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- MENÉNDEZ, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y saúde coletiva*, 8, 185-207.
- Ministerio de Salud de la Nación [MSN] (2020). *Asesorías de salud en escuelas. Plan de Contingencia*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación, Ministerio de Modernización de la Nación y MSN. (2019). *Implementación del Plan Nacional ENIA. Documento técnico N° 2. Modalidad de intervención y dispositivos*. Buenos Aires. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt_2._dispositivos_2019.pdf
- MSN; UNICEF. (2018). *Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación*. Buenos Aires: UNICEF. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001282cnt-0000001282cnt-lineamientos-asiem-sal.pdf>
- RUSTOYBURU, C.A. (2020). Los implantes subdérmicos como tecnologías anticonceptivas para adolescentes. Un estudio de su implementación en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina). *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 22, 318-340.
- SÁNCHEZ CABEZAS, A. (2024). Embarazo no Intencional en la Adolescencia. *Revista Argentina de Medicina*, 12(2), 143-144.
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) (2019). *Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos*. Buenos Aires: SENNAF.
- SILVETI, J. (2020). La dinámica del desarrollo económico. Crecimiento, cambio estructural y desigualdad en Santiago del Estero, 1994-2007. *Breves Contribuciones del Instituto de Estudios Geográficos*, 31, 151-157.
- SILVETI, L. (2022). Hacer visible lo invisible. Trabajo y atención en salud pública en pandemia, un enfoque situado en Santiago del Estero, Argentina. *Revista estudios de políticas públicas*, 8(1), 154-174.
- SY, A., MOGLIA, B. y DEROSI, P.D. (2021). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de covid-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 60-72.

Recibido: 12/02/2025

Aceptado: 25/06/2025