

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN LA ARGENTINA



CADA UNO
ES DUEÑO DE
SER



**SITUACIÓN DE SALUD DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES EN LA ARGENTINA**

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN
Ing. Mauricio Macri

MINISTRO DE SALUD
Dr. Jorge Lemus

SECRETARIO DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA
Dr. Néstor Pérez Baliño

SUBSECRETARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
Dra. Dora Teresa Delia Vilar de Saráchaga

DIRECTORA NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA
Dra. Emilce Vera Benitez

**COORDINADOR DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL
EN LA ADOLESCENCIA**
Dr. Juan Carlos Escobar

UNICEF
Representante
Florence Bauer

Representante Adjunta
Ana de Mendoza

Especialista en Salud
Fernando Zingman

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL - UNICEF (2016): SITUACIÓN DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN LA ARGENTINA.

Primera Edición, Agosto 2016 - 80 Páginas - 5 mil ejemplares.

Impreso en Argentina

©Ministerio de Salud de la Nación

©Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Distribución gratuita

Participaron como autores en este documento:

María Laura Martínez, Nina Zamberlin, Julián Govea Basch, Mariana Vázquez, María Rosner, Agostina Chiodi, Victoria Keller, Andrea Franck, Eugenia Soubies, Cinthia Levaggi, María Julia Bruno Dapuetto (PNSIA); Matías Bruno (CENEP).

Revisión final:

María Inés Pérez, Eugenia Soubies, Juan Carlos Escobar.

Agradecimientos:

A los Referentes de los Programas Provinciales de Salud Integral en la Adolescencia y a los diferentes equipos e instituciones que aportaron a la realización de este documento.

Dirección editorial:

Juan Carlos Escobar, Coordinador PNSIA, MSAL - Fernando Zingman, Especialista en Salud de UNICEF.

Fotos, edición y diseño:

Sebastián Dupuy, Facundo Gingarelli, Agustina de La Puente y María Eugenia de León.

Índice	Página
INTRODUCCIÓN	8
1- FUENTES DE DATOS	9
2- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN LA ARGENTINA	11
2.1 Evolución de la población adolescente en Argentina	
2.2 Efectos de la transición demográfica: el bono demográfico	
2.3 La presencia de adolescentes en la población total	
2.4 La presencia de inmigrantes en la población adolescente	
2.5 Cobertura de salud de la población adolescente por subsector	
2.6 Educación y trabajo en la población adolescente	
2.7 La pobreza entre la población adolescente	
2.8 Poblacion LGTBI en la adolescencia	
2.9 Salud Mental	
2.10 Personas con discapacidad	
3- ALGUNOS ASPECTOS RELATIVOS A LA SITUACIÓN DE SALUD/ ENFERMEDAD	21
3.1 Calidad de vida	
3.2 Salud nutricional	
3.3 Actividad física	
3.4 Consumo de sustancias	
3.4.1 Prevalencia de vida	
3.4.2 Prevalencia de año	
3.4.3 Prevalencia de mes	
3.4.4 Consumo de alcohol	
3.4.5 Consumo de tabaco	
4- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	33
4.1 Iniciación sexual	
4.2 Fecundidad en la adolescencia	
4.3 Fecundidad y desigualdades	
4.4 Repitencia de embarazos en la adolescencia	
4.5 Embarazos y su relación con el nivel educativo	
4.6 Cobertura de salud y calidad de vivienda de las adolescentes madres	
4.7 Atención del embarazo y parto	
4.8 Parejas de las madres adolescentes	
4.9 Planificación del embarazo	
4.10 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MACs)	
4.11 Aborto en la adolescencia	
4.12 Mortalidad materna en la adolescencia	
4.13 Atención del embarazo en la adolescencia	
4.14 Anticoncepción posevento obstétrico	
4.15 Infecciones de transmisión sexual (ITS)	

Índice	Página
5- CAUSAS EXTERNAS	47
5.1 Evolución y distribución geográfica de la mortalidad adolescente	
5.2 Principales causas de muerte en la adolescencia	
5.3 Causas externas: muertes violentas en la adolescencia	
5.4 Suicidios	
5.5 Violencia y lesiones: morbilidad y factores de riesgo	
6- ACCESO/ COBERTURA DE ADOLESCENTES AL SISTEMA DE SALUD	67
6.1 El acceso desde la perspectiva de los jóvenes	
6.2 La perspectiva de los profesionales de salud	
6.3 Niveles de Cobertura: Programa Sumar y Remediar	
BIBLIOGRAFÍA	73

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, trabaja para lograr que los y las adolescentes puedan ejercer su derecho a la salud y encuentren un sistema de salud accesible y en condiciones de dar respuestas a sus necesidades.

La adolescencia es un concepto relativamente moderno, que se define como una fase específica del curso de vida. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años, y puede dividirse en temprana, que comprende desde los 10 a los 14 años, y tardía de los 15 a los 19 años. Esta es la población destinataria de las acciones del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA).

Los rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales que se producen durante este período hacen que sea un momento único de la vida que requiere una atención especial, distinta de la que hay que prestar a niños y adultos.¹ Cada adolescente es un ser único, marcado por el contexto histórico y el medio sociocultural en el que vive, por su pertenencia de clase, etnia y género, entre otros factores. Así se determinan distintas “adolescencias”, debiendo comprenderse las diferencias e inequidades existentes en las mismas.

Tomando como marco el ciclo de vida, sabemos que lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras. De acuerdo a Dina Krauskopf: “La adolescencia es considerada el período por excelencia para efectuar con éxito las acciones de promoción del desarrollo y la prevención de problemas que tendrán repercusiones más severas durante la adultez si no son abordadas a tiempo. Así mismo, los y las adolescentes están expuestos a riesgos específicos de esta etapa y gran parte de su problemática es de orden social”.²

Es por ello que el PNSIA propone un abordaje específico, diferenciándolo de aquellos destinados a otras poblaciones, respaldado por un amplio marco normativo, que asegure la integralidad en la atención de salud, fomentando la participación multisectorial y en todos los niveles de atención e incluyendo la participación activa de los y las adolescentes.

Es reconocida la necesidad de contar con datos específicos, detallados y de calidad sobre esta población para poder diseñar políticas que repercutan positivamente, mejorando el acceso a la salud y la calidad de vida de los y las adolescentes. En esta línea, el propósito de este documento es reunir la información disponible sobre la situación de salud/enfermedad de la población adolescente de la Argentina.

El informe se estructura en capítulos que describen diferentes dimensiones de la salud de los y las adolescentes del país. En el primer capítulo se describen las fuentes que se utilizaron para el diagnóstico. Los capítulos siguientes abordan en forma sucesiva la dimensión sociodemográfica, la situación de salud/enfermedad (incluyendo la salud sexual y reproductiva, la alimentación, la actividad física, la salud mental, las violencias, el consumo de sustancias y la mortalidad de los y las adolescentes) y el acceso a los servicios de salud.

Se espera que este documento sea de utilidad como línea de base para los actores que piensan diseñan y ejecutan políticas para los y las adolescentes en el país y para la evaluación de las acciones del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y de los programas provinciales.

1 OMS (2014): Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf

2 Krauskopf, Dina.; (2000): Participación social y desarrollo en la adolescencia. 2a. Ed. - San José, C.R.: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

1 |

FUENTES DE DATOS

Existe una variedad de fuentes de datos que registran los organismos del Estado como los datos censales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), las Estadísticas Vitales y los Egresos Hospitalarios que forman parte del Sistema Estadístico de Salud, coordinado por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), encuestas nacionales producidas por ministerios e instituciones académicas y de investigación que aportan información cuantitativa y cualitativa sobre la adolescencia. Si bien ha sido de enorme utilidad contar con múltiples fuentes de datos, al momento de compararlos es preciso tener en cuenta que en algunos casos pertenecen a períodos temporales diferentes. A continuación figura una descripción de las principales fuentes de datos que han contribuido a construir este diagnóstico:

- Los Censos Nacionales de Población de 2001 y 2010 (INDEC) han constituido la fuente de referencia para la descripción de los aspectos demográficos y la situación socioeconómica, junto a las Proyecciones Provinciales de Población por sexo y grupo de edad 2010 - 2040.
- Las publicaciones compiladas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) constituyeron la fuente utilizada para describir la fecundidad dentro del capítulo de Salud Sexual y Reproductiva y la mortalidad en la adolescencia en el apartado sobre egresos en salud mental. Se ha consultado la serie de Anuarios de Estadísticas Vitales -Información Básica-, y los boletines "Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años", correspondientes a los años 2008 a 2013.

Para describir la morbilidad por aborto dentro del capítulo de Salud Sexual y Reproductiva se consultó la publicación "Egre-

sos de establecimientos oficiales por diagnóstico - Año 2012", elaborada con datos que también provienen de la DEIS.

- La Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) aporta datos nacionales sobre conocimientos y conductas en cuestiones de salud sexual y reproductiva. Fue realizada en el año 2013 por el Ministerio de Salud de la Nación a partir de una muestra representativa de hombres de 14 a 59 años y mujeres de 14 a 49 años.
- El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y Sistema de Vigilancia de VIH. Estas fuentes se han usado para analizar las infecciones de transmisión sexual.
- El Sistema Informático Perinatal (SIP) de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Esta herramienta permite conocer la realidad asistencial del embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido. Fue utilizada información del año 2014 para describir algunos aspectos dentro del capítulo de Salud Sexual y Reproductiva.
- La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) fue realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2012. La información aportada por la misma fue utilizada para la descripción del capítulo sobre algunos comportamientos relacionados con la salud y algunos aspectos de la salud reproductiva. Esta encuesta se realizó en todo el país sobre una muestra representativa de los alumnos de 1° a 3° año de la educación media (13 a 15 años).
- VI Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de enseñanza media realizada por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), organismo perteneciente a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRO-NAR) realizada en 2001, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2014. Fue

utilizada la información del año 2014 para describir aspectos relacionados a consumo de sustancias.

- La investigación “Jóvenes, comunicación y salud. Estudio de representaciones en la vida cotidiana y en campañas mediáticas”, llevada a cabo por el Programa SUMAR del Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, realizada en 2014.

2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN LA ARGENTINA

Actualmente en todo el mundo alrededor de 1.200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años, representando el 17% de la población mundial. La gran mayoría (88%) vive en países en desarrollo.¹

A nivel mundial, la proporción de adolescentes alcanzó su punto más alto en la década de 1980 con algo más del 20%. Según las proyecciones de población vigentes (ONU, 2013) en todas las regiones del mundo, excepto África, el número absoluto de adolescentes seguirá en aumento hasta el año 2030, pero el porcentaje que representan se encuentra en descenso y seguirá disminuyendo en todo el mundo de manera constante –exceptuando a las sociedades más desarrolladas– como consecuencia de la continua reducción de la fecundidad. En América Latina y el Caribe los y las adolescentes conforman el 18% de la población total, porcentaje que varía entre el 13% y el 24% en los distintos países.

2.1 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN ARGENTINA

Entre 1980 y 2010 tanto la población total como la adolescente se han incrementado en términos absolutos. En la Argentina de 1980 fueron censados casi 28 millones de habitantes, de los cuales alrededor de 4.8 millones eran adolescentes de 10 a 19 años. En aquel momento, este grupo poblacional representaba el 17,2% de la población total. Tres

décadas después, en 2010, se censaron alrededor de 40 millones de habitantes y 7 millones de adolescentes.

El incremento relativo de la población adolescente se ha vuelto más lento a lo largo de las últimas décadas: creció un 29% entre 1980 y 1991, luego un 6,8% entre 1991 y 2001, y un 6,5% entre 2001 y 2010.

El descenso del ritmo de crecimiento de la población adolescente se ha iniciado a principios del siglo XX como consecuencia de la caída en la fecundidad y de la disminución del componente migratorio. Particularmente la población de niños y adolescentes registra en la actualidad un crecimiento positivo pero atenuado que se explica por la disminución de la fecundidad global (INDEC-UNICEF, 2003).

Durante los periodos intercensales (es decir, cuando no se realizan Censos Nacionales de Población) se utilizan estimaciones de población, a fin de conocer de modo aproximado la evolución de la población.

De este modo, es posible observar (Gráfico 1) que hacia el año 2015 se estima que la población adolescente va a disminuir respecto de 2010, debido al descenso general de la fecundidad, y hacia 2020 presentará un leve aumento, pero manteniendo un valor menor al de 2010.

Debido a que la población general seguirá creciendo, el peso relativo de los adolescentes va a disminuir, pasando de alrededor del 17% al 15% aproximadamente.

¹ UNFPA (2014): El poder de 1800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>.

Gráfico 1. Estimaciones de población total y población adolescente de 10 a 19 años. Argentina. 2010, 2015, 2020.

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Proyecciones Nacionales de Población 2010-2040.

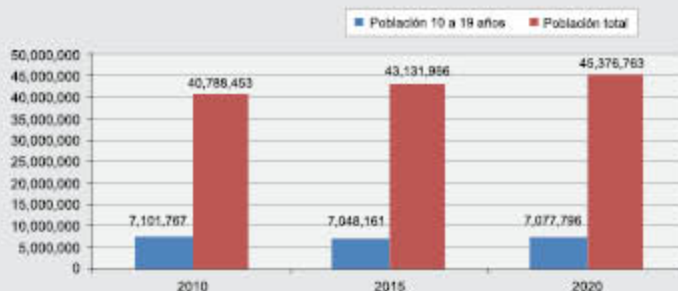


Tabla 1. Indicadores de la estructura por edad de la población. Argentina. 2015.

Población total	43,131,966
	(100,0)
Estructura etaria (%)	
0-14	25,1
15-59	60,0
60 y +	14,9
Relación de dependencia potencial	
Total	0,7
Jóvenes	0,4
Mayores	0,2

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Proyecciones Nacionales de Población 2010-2040.

Gráfico 2. Proyecciones de población por sexo y grupos quinquenales de edad. Argentina. 2015.

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Proyecciones Nacionales de Población 2010-2040.

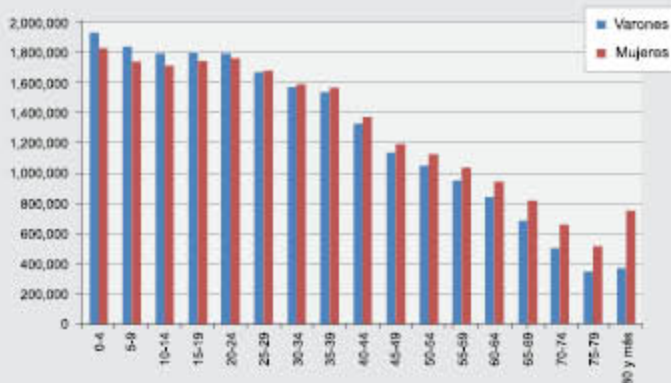


Gráfico 3. Proyección de población 10-19 años según sexo. Argentina. 2015.

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Proyecciones Nacionales de Población 2010-2040.



2-2 EFECTOS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA: EL BONO DEMOGRÁFICO

Es posible distinguir en la población segmentos de edades que se asocian a diferentes roles sociales; uno de ellos tiene que ver con la participación en las actividades productivas. Es así que nacen las denominaciones de "población potencialmente inactiva" y "población potencialmente activa". La población adolescente integra ambos segmentos. Los y las adolescentes de 15 a 19, junto a los adultos de hasta 64 años, forman parte de la población en edad potencialmente activa. Recibe esta denominación por considerarse que están en condiciones de participar de las actividades productivas. Los y las adolescentes de 10 a 14 años integran junto a los niños y adultos mayores de 65 años lo que se conoce como población potencialmente inactiva, es decir, la que no estaría en condiciones de participar del mercado laboral.

Del cociente entre estos segmentos surge el *Índice de Dependencia Potencial (IDP)* que expresa la relación entre el volumen de población que potencialmente no participa de actividades productivas y, por consiguiente, depende para su subsistencia, al menos parcialmente, de aquellos que son parte de la población económicamente activa.

La composición por edades de la población depende de cómo evolucionan la fecundidad, la mortalidad y, en menor medida, los flujos migratorios. Los dos primeros elementos intervienen en la transición demográfica, proceso que parte de una situación inicial con altas tasas de mortalidad y fecundidad y finaliza con ambas tasas bajas. Una característica de la transición demográfica es que los grupos poblacionales no crecen al mismo ritmo. Según la CEPAL, la población de 15 a 59 años es la que registra el mayor crecimiento absoluto y esta situación favorece la aparición del denominado *bono demográfico u oportunidad demográfica*, período que se caracteriza por un crecimiento sostenido de la proporción de personas en edad activa en relación con la de personas en edades no productivas hasta el punto de que por cada persona en edad no productiva llegan a haber dos personas en edades activas (CEPAL, 2008). Estas características presentan un período particularmente favorable para el desarrollo y crecimiento económico. Es necesario destacar que tras este período se sucede progresivamente una etapa en la cual la relación entre las personas en edades activas y la población dependiente se va tornando más desfavorable, producto del incremento de la proporción de personas mayores en el total de población. El fenómeno del envejecimiento poblacional trae nuevos desafíos a la sociedad y requiere de programas y políticas públicas de ajustes en diversas áreas.

La población de América Latina está circulando la etapa del bono demográfico. El mayor volumen de personas en edad

productiva sumado a la menor cantidad de niños y personas mayores, implica menos exigencias para el sistema de salud y para el sistema escolar. Aprovechar la oportunidad que ofrece el bono demográfico exige invertir en capital humano y generar empleos para la población activa creciente, así como disminuir la precariedad y la informalidad que caracterizan a los mercados laborales de la región (CELADE, 2005).

Según cálculos elaborados en base a las proyecciones de población para el año 2015 (basadas en el Censo 2010), el IDP indica que por cada persona en edad activa no llega a haber otra (0,7) en edades inactivas (Tabla 1). Se aprecia asimismo que la dependencia potencial es mayor en los menores de 15 años, que en los mayores de 60 años.

2-3 LA PRESENCIA DE ADOLESCENTES EN LA POBLACIÓN TOTAL

Como fue señalado antes, en la Argentina la población de adolescentes en las estimaciones para el 2015 representa una quinta parte de la población total (16,3%). Dentro del grupo de 10 a 19 años, la mitad de los y las adolescentes tiene entre 10 y 14 años y la otra mitad entre 15 y 19 años (Gráfico 2).

La distribución por sexo muestra que cada 100 adolescentes 51 son varones y 49 mujeres (Gráfico 3). Desde los primeros años de vida hasta la adultez hay más varones que mujeres, pero a partir de los 30 años esta relación se invierte, y pasan a ser más las mujeres que los varones. Este cambio se explica principalmente por la sobremortalidad masculina (mueren más varones que mujeres) y -en menor medida- por ciertos patrones migratorios donde los varones emigran más que las mujeres.

La proporción de adolescentes sobre el resto de la población varía en cada provincia y va desde un 12,5% en la CABA hasta un 20,7% en Misiones; también Formosa y Santiago del Estero superan la barrera del 20% en la proporción de adolescentes. En el otro extremo, luego de CABA, están Santa Fe, Buenos Aires y Córdoba que rondan el 15%.

Las provincias del norte tradicionalmente registran poblaciones más jóvenes en función de su mayor fecundidad, mientras que las provincias del centro reconocen un mayor envejecimiento, lo que se acompaña de un menor peso de adolescentes en la población total (INDEC-UNICEF, 2003).

El Gráfico 4 muestra la proporción de adolescentes proyectada para 2015 en cada provincia, distinguiendo a los de 10-14 años de los de 15 a 19 años. El tercio final de la línea reúne al

resto de la población, entre los que están los de 0 a 9 años y los de 20 años y más.

Si bien Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y CABA (que son las jurisdicciones más pobladas del país) presentan una proporción de adolescentes menor al resto de las provincias, en términos absolutos (cantidad de habitantes) este conjunto de jurisdicciones concentran a más de la mitad de los adolescentes del país (56%), tal como puede verse en la Tabla 2.

2.4 LA PRESENCIA DE INMIGRANTES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

En el año 2010 en Argentina se censaron 1.805.957 extranjeros (personas que declaran haber nacido en otro país) lo que representa apenas un 4,5% de la población total. Entre la población adolescente se registraron 55.911 personas de 10 a 14 años y 85.539 de 15 a 19 años, que suman 141.450 para la franja adolescente de 10 a 19 años. En términos relativos, los adolescentes extranjeros representan el 0,4% del total de la población argentina, y el 2% en el grupo de adolescentes total.

Dentro del grupo de extranjeros que fue descrito, la enorme mayoría (125.881) nació en países limítrofes y Perú. Los bolivianos, paraguayos y peruanos concentran la mayor parte de esta población, sumando 114.602 personas (el 91% de los adolescentes extranjeros de países limítrofes y Perú) (Gráfico 5).

2.5 COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE POR SUBSECTOR

La población adolescente puede acceder a una obra social o a una prepaga a partir del empleo de sus padres o a partir de un trabajo propio (los de 16 años o más). Los y las adolescentes y los y las niños/as son las poblaciones más numerosas que cuentan con cobertura del sector público como única cobertura de salud. Según el censo 2010, en ese año el 45% de los y las adolescentes del país contaba con servicios del sistema público de salud como única cobertura. A nivel jurisdiccional la situación es desigual: la proporción de adolescentes con cobertura exclusiva del sector público se eleva por encima del 60% en el caso de las provincias de Santiago del Estero, Formosa y Chaco (Gráfico 6).

2.6 EDUCACIÓN Y TRABAJO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

En América Latina, entre el 2000 y el 2013 la tasa de escolarización de adolescentes entre 15 y 17 años aumentó, a la vez que

se redujo su participación en el mercado laboral, manteniéndose estable el porcentaje que no estudia ni trabaja (10%). Es importante remarcar las brechas de género, que se amplían al considerar grupos de mayor edad. La magnitud de estas variaciones fue variable existiendo diferencias entre los países de la región.²

		2000			2013		
		Total	Sexo		Total	Sexo	
			V	M		V	M
Argentina	15-17	85,2	84,1	86,3	88	86	90
	18-24	45,4	42,4	48,1	44,7	40,4	49,1
América Latina	15-17	69,4	68,5	70,4	76,6	76,3	77
	18-24	28,1	28,5	27,7	31,9	31,6	32,2

Tasa de asistencia de la población por grupos de edad. Fuente: Elaboración en base a SITEAL con base en Encuestas de Hogares de países. 2013.

		2000			2013		
		Total	Sexo		Total	Sexo	
			V	M		V	M
Argentina	15-17	11,4	13,8	8,7	6,6	9	4,1
	18-24	56,6	68	46,1	53,4	65,5	41
América Latina	15-17	40,5	48,3	32,6	21,7	27,5	15,3
	18-24	71,6	81,7	62,4	62,8	74,3	51,8

Tasa de actividad de la población por grupos de edad. Fuente: Elaboración en base a SITEAL con base en Encuestas de Hogares de países. 2013.

En Argentina, la Ley Nacional N° 26.390 prohíbe el trabajo infantil y eleva a 16 años la edad mínima para la contratación de chicos y chicas, con regulaciones sobre la carga horaria, la prohibición del trabajo nocturno y en actividades que resulten peligrosas, ya que el trabajo de los y las adolescentes los expone a no poder ejercer plenamente su derecho a la educación. La política educativa nacional promueve el derecho a la educación universal y en igualdad de condiciones en consonancia con el marco jurídico que nos regula.

A partir de cifras disponibles que corresponden al tercer trimestre de 2012, el trabajo infantil prohibido alcanza al 3% de los NNyA entre 5 y 15 años. La incidencia cayó un 56% entre 2004 y 2012 (la tasa de trabajo infantil pasó del 7,8% al 3,4%). Esta reducción ha ubicado al trabajo infantil en la Argentina entre los más bajos de América Latina.³

En nuestro país la cobertura educativa en el nivel primario (niños y niñas de 5 a 13 años) es cercana al 100%. En la ado-

2 SITEAL (2014) Escolarización y participación en el mercado laboral entre los adolescentes y jóvenes de América Latina, 2000. 2013.

3 Módulo de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (MANNyA), llevado a cabo junto a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), se mencionan los siguientes resultados sobre la población de 5 a 17 años, representativa de aproximadamente 8 millones de personas de esa edad, residentes en hogares particulares de localidades de 2000 o más habitantes de todo el país.

Gráfico 4. Distribución porcentual de la población en tres grupos de edad: 10 a 14 años, 15 a 19 años, y resto de la población (0-9 y 20 y más), por jurisdicción. Argentina. 2015.

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Proyecciones Nacionales de Población 2010-2040.

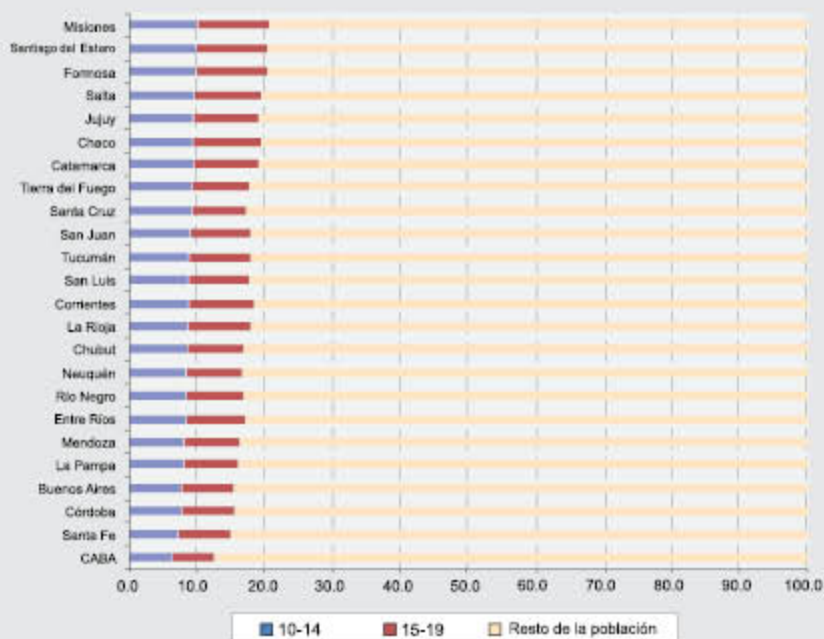


Tabla 2. Proyección de la distribución de la población adolescente por jurisdicción. Argentina. 2015.

Jurisdicción	Absolutos	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
REPÚBLICA ARGENTINA	7.048.161	100,0	
Buenos Aires	2.582.175	36,6	36,6
Córdoba	559.873	7,9	44,6
Santa Fe	512.709	7,3	51,9
CABA	382.911	5,4	57,3
Mendoza	305.611	4,3	61,6
Tucumán	286.320	4,1	65,7
Salta	261.834	3,7	69,4
Misiones	245.636	3,5	72,9
Entre Ríos	226.813	3,2	76,1
Chaco	223.430	3,2	79,3
Corrientes	199.399	2,8	82,1
Santiago del Estero	188.995	2,7	84,8
Jujuy	139.845	2,0	86,8
San Juan	132.455	1,9	88,6
Formosa	118.945	1,7	90,3
Río Negro	117.654	1,7	92,0
Neuquén	103.548	1,5	93,5
Chubut	95.447	1,4	94,8
San Luis	84.959	1,2	96,0
Catamarca	75.920	1,1	97,1
La Rioja	65.872	0,9	98,0
Santa Cruz	55.690	0,8	98,8
La Pampa	55.098	0,8	99,6
Tierra del Fuego	27.022	0,4	100,0

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Proyecciones Nacionales de Población 2010-2040.

Gráfico 5. Población adolescente según país de nacimiento (países limítrofes y Perú). Total país. 2010.

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

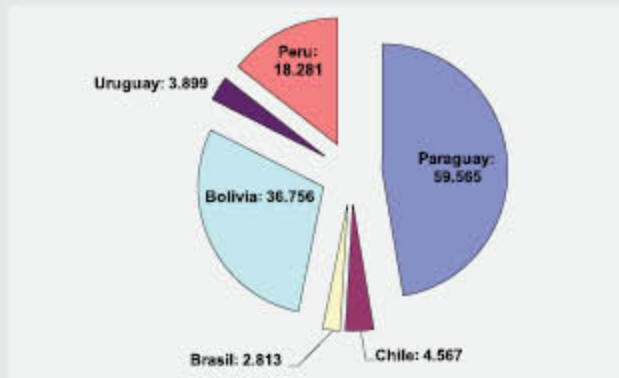


Gráfico 6. Proporción de adolescentes con cobertura de salud pública exclusivamente por jurisdicción. Argentina. 2010

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

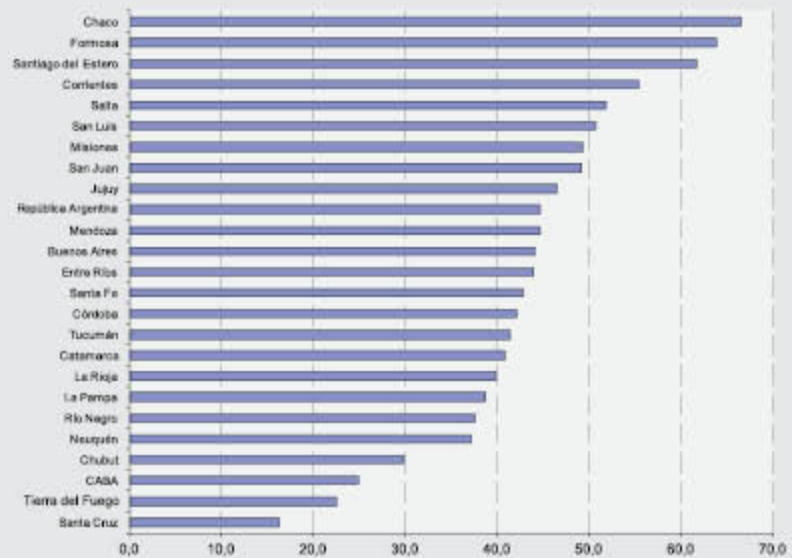
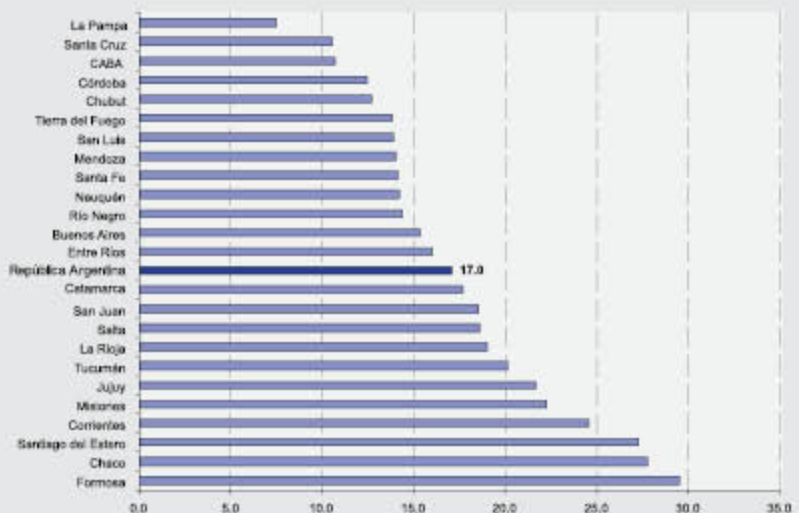


Gráfico 7. Porcentaje de adolescentes (10-19 años) con Necesidades Básicas Insatisfechas según provincia y total País. Argentina. 2010.

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.



lescencia comienzan a presentarse dificultades en relación a la escolarización como deserción, rezago o repitencia.

La evolución y las características de las actividades económicas y no económicas desarrolladas por los NNyA tienen características diferenciales según la edad:

De 5-13 años:

- El trabajo infantil en la Argentina disminuyó notablemente entre los niños más pequeños. Entre los años 2004 y 2012, se redujo un 66% (pasando del 6,4% al 2,2%).
- Las principales actividades son en el contexto de talleres y comercios. También venta ambulante (principalmente niñas) y ayuda en la construcción y cartoneo (niños).
- El 60% acompaña a sus padres, ayudando a naturalizar este fenómeno como "ayuda".
- La inserción educativa no se ve afectada entre los niños que trabajan. En cambio aparece la sobreedad entre la población infantil que trabaja.

De 14-15 años:

- Alrededor de un 7,5% trabajan (alrededor de 100000), con una disminución del 38% al 2012. De ellos el 81% concurre a la escuela y entre quienes no trabajan concurren el 95%.
- En este segmento etario se comienzan a delinear perfiles ocupacionales por sexo y también comienza la inasistencia o el retraso en la escolaridad de quienes trabajan, principalmente entre varones.

De 16-17 años:

- El 16,8% realizan alguna actividad económica (unos 225000). Se redujo un 17% al 2012, sin embargo es el grupo etario que presentó menor reducción.
- Se observan diferencias por sexo. Entre los varones que trabajan el 52% lo hace en talleres o la construcción y entre las mujeres el 33% ayuda en un negocio, el 31% cuida niños y el 13% realiza trabajo doméstico para terceros.
- Entre quienes trabajan el 40% no asiste a la escuela, mientras que entre los que no trabajan son el 12% y el 33% lo hace en situación de sobreedad.

Se pueden observar variaciones en las proporciones de los adolescentes que trabajan según regiones: 24,7% en Gran Buenos Aires, 15,3% en Cuyo, 14,8% en región pampeana, 12,9% en el Noroeste, 11,2% en el Noreste y un 5,5% en la Patagonia (Ministerio de Trabajo, 2012).

2-7 LA POBREZA ENTRE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Existen diversas definiciones teóricas de pobreza, así como métodos para medirla. Los datos que relevan los censos de población en nuestro país permiten construir el índice de "Necesidades Básicas Insatisfechas" (NBI). El mismo se utiliza para determinar la incidencia de la pobreza en la población, a partir de la consideración de una serie de indicadores de privación. Si un hogar presenta al menos uno de ellos, entonces se considera dicho hogar como hogar con NBI. De igual modo, esta condición se imputa a las personas que viven en dichos hogares. Los indicadores varían en cada país, para la Argentina son: hacinamiento crítico –hogares con más de tres personas por cuarto-; vivienda precaria –viviendas que no son casas, departamentos o ranchos-; condiciones sanitarias deficitarias (hogares en vivienda sin retrete); inasistencia escolar de niños de entre 6 y 12 años, y capacidad de subsistencia –hogares con cuatro o más personas por cada miembro ocupado cuyo jefe tiene bajo nivel de instrucción, hasta segundo grado de primaria o sin educación primaria-.⁴

Entre 2001 y 2010 la proporción de habitantes con NBI se ha reducido sustancialmente en todo el país. Sin embargo, este tipo de privaciones impacta en mayor medida entre los y las adolescentes que en otros grupos de la población. Si se compara la situación de los y las adolescentes con el resto de la población, se puede observar que presentan cierta desventaja (Tabla 3 y Gráfico 7). La incidencia de la pobreza a nivel de las provincias presenta un rango de variación importante. Las situaciones más desfavorables se registran en el norte del país: en Santiago del Estero, Chaco y Formosa, alrededor de 1 de cada 4 adolescentes vive con NBI.

2-8 POBLACIÓN LGTBI EN LA ADOLESCENCIA

En relación a la población LGTBI adolescente en Argentina, no se dispone de información oficial que pueda dar cuenta de indicadores de salud específicos. Los datos que se encuentran disponibles son productos de diferentes estudios de ONGs, investigadores e instituciones públicas que han llevado adelante encuestas, registros de consultas y estadísticas hospitalarias (esta última en particular para la población trans). Si bien por la escala de estos estudios no se los puede utilizar como representativos del estado de salud de esta población, es posible mencionar algunos interesantes hallazgos.

⁴ Según la metodología desarrollada en INDEC (1984): La Pobreza en la Argentina. Serie Estudios N° 1, Buenos Aires. Esta aproximación se diferencia de la medición de la pobreza por ingresos (que es más dinámica y está sujeta a los vaivenes del mercado de trabajo).

En relación a diversidad sexual, una encuesta sobre acoso escolar de la ONG Capicúa llevada a cabo en 2013 a 2.247 estudiantes de colegios secundarios del país reveló que un 77% de los y las adolescentes encuestados presenciaron o le contaron situaciones de acoso escolar. Los motivos de discriminación más frecuentes son las características físicas (34%), la orientación e identidad sexual (sospecha o acusación) (20%), y el no ser argentino/a (16%).

Por otro lado, en relación a la población trans, el Servicio Integral de Atención a Travestis, Transexuales, Transgéneros e Intersexuales del Hospital Durand ha analizado las estadísticas hospitalarias previas y posteriores a la aprobación de la Ley de Identidad de Género. Esta investigación reveló que luego de esta ley, el grupo adolescentes y jóvenes (15-24) triplicó las admisiones para cambio de sexo.

El análisis de la información disponible evidencia la ausencia de datos oficiales y representativos de esta población, y por ello la necesidad de producirlos para el diseño de políticas efectivas.

2-9 SALUD MENTAL

Durante los últimos años en Argentina se fue gestando un proceso de cuestionamiento al abordaje tradicional de los problemas de salud mental que finalmente logró consolidarse en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en Noviembre de 2010 y reglamentada en Mayo de 2013 a través del Decreto N° 603/2013. En este contexto se pone en juego un nuevo paradigma.

En el Capítulo II, Artículo 3 de dicha Ley se estableció que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”.

Desde Octubre del 2013 en Argentina contamos con el Plan Nacional de Salud Mental que menciona la escasa oferta en la red

Tabla 3. Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas. Población total y con edades 10 a 19. Argentina. 2010.

Jurisdicción	% con NBI	
	Población 10-19 años	Población de todas las edades
REPÚBLICA ARGENTINA	17,0	12,5
CABA	10,7	7,0
Buenos Aires	15,4	11,2
Catamarca	17,7	14,5
Córdoba	12,5	8,7
Corrientes	24,7	19,7
Chaco	27,7	23,2
Chubut	12,8	10,7
Entre Ríos	16,1	11,6
Formosa	29,6	25,2
Jujuy	21,6	18,1
La Pampa	7,6	5,7
La Rioja	19,0	15,5
Mendoza	14,1	10,3
Misiones	22,3	19,1
Neuquén	14,3	12,4
Río Negro	14,4	11,7
Salta	18,6	14,0
San Juan	18,6	14,0
San Luis	13,9	10,7
Santa Cruz	10,6	9,7
Santa Fe	14,2	9,4
Santiago del Estero	27,2	22,7
Tucumán	20,3	16,4
Tierra del Fuego	13,8	14,4

Fuente: Elaboración en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

de servicios de salud y salud mental que contemple la especificidad de las problemáticas de NNyA.

Desde la sanción de la nueva Ley se crea un Área de Epidemiología en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con la finalidad de constituir un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental en todo el territorio nacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25% de la población de las grandes ciudades necesita o necesitará apoyo durante su vida y los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en nuestra región. El alcohol es en Latinoamérica y el Caribe el principal factor de riesgo para la salud de la población por encima del tabaco. La depresión y el consumo de alcohol son los problemas más frecuentes en salud mental.

La Encuesta Mundial de Salud Escolar del año 2012 indaga sobre aspectos relacionados con la salud mental. Algunos de ellos se relacionan con la problemática del suicidio y revelaron que un 9,3% de los estudiantes refirió haberse sentido casi siempre o siempre solo durante el último año. El 16,9% de los estudiantes consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en el mismo período y un porcentaje similar (16,1%) respondió haber hecho un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses. Los valores señalados no difieren de los resultados obtenidos en 2007, solo se observa un llamativo aumento en el caso del último de los indicadores apuntados, incrementándose el valor referenciado en 2,6 puntos porcentuales en relación a la medición anterior.

En los resultados del año 2012 se observa, además, que las diferencias entre varones y mujeres son notorias en los tres indicadores, mostrando las mujeres mayores porcentajes que los varones (Gráfico 8). A pesar de ello, tal como lo demuestran las estadísticas vitales sobre mortalidad, año tras año los varones jóvenes consuman los suicidios en mayor medida que las mujeres.

En otras palabras, mientras que la ideación suicida⁵ está más presente en las mujeres que en los varones, el suicidio consumado afecta en mayor medida a los varones.

En el año 2012 se registraron 6.016 egresos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento en todo el país (DEIS) de los cuales 1.491 se debieron a trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol. Una cifra similar se registró en relación al uso de otras sustancias psicoactivas. Sin embargo, la mayor parte de las causas conocidas se comprenden en el grupo de los trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y los somatomorfos. La cantidad de egresos de varones y mujeres registrados por trastornos mentales resulta equilibrada si se considera el total de casos. Sin embargo puede apreciarse como mientras en el caso de los trastornos esquizofrénicos, en el uso de alcohol, y en particular en el del uso de sustancias, la internación de varones resulta muy superior a la de mujeres, la relación de masculinidad cae fuertemente en el caso de los episodios depresivos, los trastornos neuróticos, y especialmente en el caso de los trastornos alimentarios⁶, motivo por el cual casi no se registra internación de varones.

2-10 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

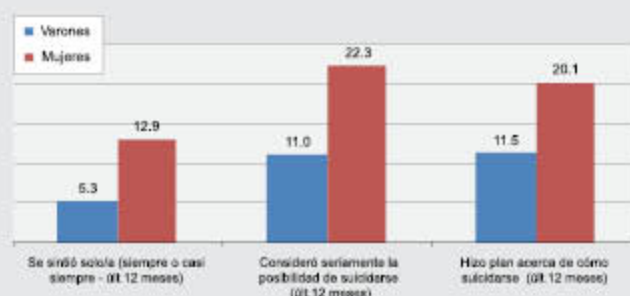
El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 aplicó un módulo especial para captar las características básicas de la población con dificultades o limitaciones permanentes. De acuerdo con la definición operacional, se trata de personas que cuentan con un certificado de discapacidad y

5 La ideación suicida es el conjunto de pensamientos o ideas en torno a la posibilidad de suicidarse. Esas ideas o pensamientos se pueden presentar en cada individuo con diversos grados de intensidad y elaboración. Si bien estos sentimientos expresan distintos grados de malestar, no existe necesariamente una continuidad entre éstos y la conducta suicida.

6 Se consideran trastornos alimentarios las siguientes codificaciones diagnósticas del CIE/10: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa atípica, Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, Vómitos en otras alteraciones psicológicas, Otros trastornos de la conducta alimentaria y Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

Gráfico 8. Prevalencia de tres indicadores seleccionados para valorar aspectos de salud mental relacionados con el suicidio en adolescentes de 13 a 15 años, Argentina. 2012.

Fuente: Elaboración en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012.



aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es para ver, oír, moverse, entender o aprender. De acuerdo con los resultados en la Argentina del 2010, en el país viven alrededor de 5 millones de personas con estas características (varones, 44% y mujeres 55%).

Del total de personas con dichas características, 412.929 son adolescentes de 10-19 años, alrededor del 8 por ciento de la población total con limitaciones o dificultad permanente. Entre los varones la incidencia es algo mayor que entre las mujeres (9,1% vs. 7,2%).

Cuatro de cada diez adolescentes con alguna dificultad o limitación permanente registrados en el censo padecen problemas con la vista, siendo ésta la de mayor prevalencia. En segundo lugar, las limitaciones cognitivas, que alcanzan un cuarto de esta población y luego las motoras a un 23%. La dificultad auditiva es la de menor prevalencia y afecta a uno de cada diez adolescentes con alguna dificultad. Es en el grupo preponderante de adolescentes con dificultades o limitaciones visuales donde además se encontró la mayor diferencia según sexo. Esta dificultad tiene una prevalencia del 35% entre los varones, mientras que entre las mujeres alcanza casi el 48%.

De manera complementaria a esta información también se dispone del registro que realiza el Ministerio de Salud a través del Servicio Nacional de Rehabilitación (MSAL-SNR, 2013). A diferencia de los datos del Censo 2010, en este caso la información corresponde al año 2013 y la población observada son las personas con alguna dificultad o limitación permanente que poseen su Certificado Único de Discapacidad (CUD). También, a diferencia del Censo, se contemplan las discapacidades "visceral", definidas como aquellas que refieren a deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovasculares, hematológicos, inmunológicos, respiratorios, digestivos, metabólicos, endocrinos y genitourinarios. Por lo tanto, los datos no son comparables, sino complementarios a los antes expuestos.

Según este registro, en la Argentina hay 174.373 personas que cuentan con su CUD, y el 43% de ellas reside en la Provincia de Buenos Aires. La proporción de adolescentes es mayor que en el registro censal en términos de porcentajes, alcanzando el 13,9%. Sin embargo, en términos absolutos resulta menor. Son 24.227 adolescentes los que cuentan con CUD (a diferencia de los más de 400 mil adolescentes registrados por el censo). La diferencia en los porcentajes responde a cómo la población con CUD se distribuye según grupos de edad. Debido a las características psicofísicas de este grupo, alrededor de un tercio de los adolescentes no cuenta con

instrucción formal (educación común) mientras que cerca del 20% concurre o concurre a algún establecimiento de educación especial.

3

ALGUNOS ASPECTOS RELATIVOS A LA SITUACIÓN DE SALUD/ ENFERMEDAD

3-1 CALIDAD DE VIDA

En esta sección se describen algunos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad en adolescentes de la Argentina, abordándose los temas de salud nutricional, actividad física, y consumo de sustancias. La EMSE (2012) “es el estándar mundial para monitorear la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud y factores de protección más importantes entre los adolescentes”. El relevamiento realizado en el año 2012 incluyó datos comparativos con la medición del año 2007, lo cual permite una observación longitudinal para evaluar los avances en esta materia. Esta encuesta se aplicó en escuelas de la Argentina para un total de 28.368 alumnos de 1ro. a 3er. año de educación media a nivel nacional (y su equivalente en la Provincia de Buenos Aires, 8vo. EGB a 1er. año polimodal). Corresponde a la franja etaria de 13 a 15 años.

3-2 SALUD NUTRICIONAL

Un aspecto esencial de la salud nutricional puede medirse a partir del sobrepeso y la obesidad, indicadores que se expresan a partir de un cálculo que arroja valores comparables.¹

El sobrepeso muestra diferencias significativas entre varones y mujeres, al mismo tiempo que se observa un leve aumento entre 2007 y 2012 en la proporción de estudiantes con esta característica (Gráfico 9).

En el año 2012, el 28,6% de los y las adolescentes de 13 a 15 años tenía sobrepeso, situación que afecta en mayor me-

da a los varones (35,9%) en comparación con las mujeres (21,8%). Las mediciones basadas en indicadores son esenciales para el seguimiento del fenómeno. Sin embargo, también resulta valioso indagar acerca de la percepción que los y las adolescentes tienen de su cuerpo en relación a la salud nutricional. En un estudio que se realizó entre jóvenes de 15 a 21 años en el año 2007 se indagó acerca de la percepción de la imagen corporal y los resultados indicaron que más de la mitad de los encuestados se percibía normal, 15% delgado/a y el 19% gordo/a (Kornblit et. al, 2006). Las mujeres se percibían en mayor proporción como gordas y los varones como delgados y normales, cifras que si bien no corresponden a la misma franja etaria, contradicen los resultados generales mostrados por la EMSE (Gráfico 10).

En este estudio se pusieron en relación dos variables: el índice de masa corporal (en base al peso y talla declarados) y la percepción de la imagen corporal. Se hallaron discrepancias entre ambas variables que en las mujeres fueron más acentuadas y de sentido contrario a las registradas en los varones. El 65% de las mujeres que según el IMC eran delgadas se percibió como normal y el 60% de los varones que se percibieron delgados eran normales según el IMC.

Estos resultados dieron cuenta de que los estereotipos de peso normal para los varones y las mujeres no son los mismos, ellas tienen un ideal de peso que es más bajo que el que marcan las Tablas y ellos uno más alto que el que les es asignado según las mismas.

La variedad de alimentos incorporados en la dieta también fue un aspecto relevado en ambos estudios. Según la EMSE

¹ El sobrepeso aparece cuando el IMC arroja un valor por arriba de 20, e indica la presencia de obesidad si el valor obtenido es superior a 30.

Gráfico 9. Prevalencia de sobrepeso en adolescentes de 13 a 15 años según sexo y total. Argentina. 2007 y 2012.

Fuente: Elaboración en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2007 y 2012.

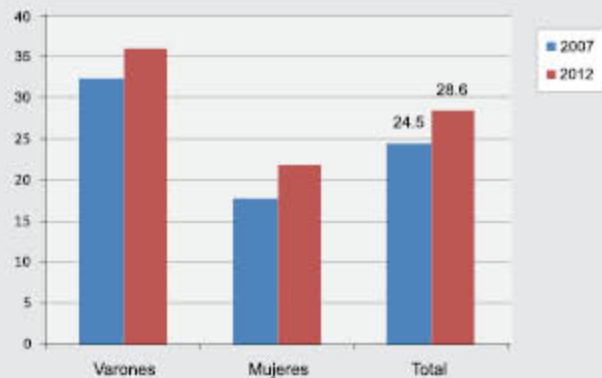


Gráfico 10. Auto percepción de la imagen corporal en jóvenes de 15 a 21 años según sexo. Argentina. 2007.

Fuente: Elaboración en base a estudio de Kornblit et al: "La salud desde la perspectiva de los jóvenes" 2007.

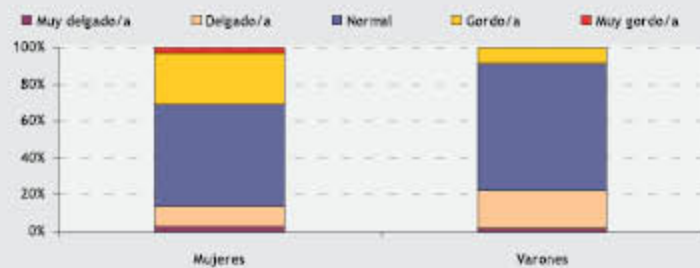
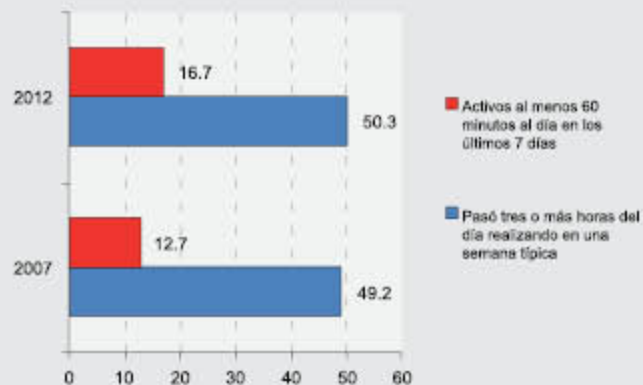


Gráfico 11. Prevalencia de dos indicadores seleccionados para valorar la actividad física en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina. 2007 y 2012.

Fuente: Elaboración en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2007 y 2012.



la proporción de adolescentes que consume 5 o más porciones de frutas y verduras al día aumentó entre 2007 y 2012, pasando de 14,4% a 17,6%. Si bien la tendencia es favorable, aún resulta escasa la proporción de adolescentes que tienen una nutrición con estas características. Varones y mujeres tienen conductas similares. En complementación a esta medida, la EMSE registró que una de cada cuatro escuelas relevadas en 2012 ofrecía frutas en los kioscos ubicados dentro de la Institución. Por otro lado, alrededor de la mitad de los adolescentes reportó haber tomado bebidas azucaradas dos o más veces al día en el último mes. En este aspecto varones y mujeres tampoco difieren, aunque el correlato más evidente

quizás tenga que ver con la oferta de las mismas dentro de las escuelas: 8 de cada 10 escuelas venden gaseosas azucaradas, y solamente 2 de cada 10 disponían de gaseosas sin azúcar.

Según el citado estudio de Kornblit et al. (2006), la mayor parte de los y las adolescentes encuestados (90%) come carne en forma habitual. Casi el 50% consume embutidos y fiambres casi todos los días y más de la mitad consume comida chatarra (panchos, hamburguesas) asiduamente. Solo el 12% come pescado de forma habitual. También agrega que cerca del 30% de los encuestados no desayuna y que la comida

que se realiza con mayor frecuencia es el almuerzo, seguido de la cena.

3-3 ACTIVIDAD FÍSICA

Según la OMS, la inactividad física es la cuarta causa de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en todo el mundo y la salud de un individuo depende en un 55% del estilo de vida: sedentario o activo y saludable.²

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (2012) relevó aspectos relacionados con la actividad física y su contracara, el sedentarismo. Los resultados indicaron que cerca de la mitad de los estudiantes de 13 a 15 años pasa tres o más horas al día en actividades sedentarias³, contrarrestado a un escaso 16,7% que realiza al menos 60 minutos de actividad física durante la última semana (Gráfico 11). La prevalencia de actividad física diaria en los varones es casi el doble que en las mujeres.

Dentro de las recomendaciones actuales para la práctica de actividad física en niños y niñas de edad escolar se recomienda 60 minutos diarios de actividad física y una carga horaria en las escuelas de 150 minutos diarios.

En referencia a este punto, la misma encuesta indicó que el 25,9% del alumnado tiene clases de educación física tres veces por semana en la escuela. Adicionalmente, apenas el 28% de los y las estudiantes contestó realizar actividades físicas al menos una hora por día durante 5 o más días a la semana. Por lo cual, todos los indicadores analizados sugieren que el nivel de actividad física entre los y las adolescentes es bajo.

De acuerdo al Informe sobre Características de la actividad física y deportiva de la República Argentina⁴, los lugares donde han practicado actividades físicas los y las adolescentes de 13 a 17 años son los siguientes: el 39% lo ha hecho en clubes, 30,6% en espacios públicos, el 14,7% en gimnasios y el 7% en centros municipales o provinciales.

Según el nivel de ingreso de los hogares, vemos que la práctica en clubes y gimnasios se incrementa a mayor nivel de ingresos. La importancia de los centros comunitarios y de los espacios públicos es mayor en los sectores de ingresos más bajos.

En el caso de los y las adolescentes que no han practicado actividades físicas o deportivas durante los últimos 30 años, la principal razón aludida ha sido el desinterés o porque no les gusta (27,5%) seguido de la falta de dinero (26,5%), la falta de tiempo (23,5%) y la falta de voluntad en el 11,3% de los casos.

Por último, hay una importante asociación entre nivel educativo, ingresos y condiciones de vida en el hogar. Esto se manifiesta en que a menor nivel educativo, menor nivel de ingresos o presencia de uno o más indicadores de NBI se observan menores porcentajes de realización de actividad física durante el mes de referencia por el que ha consultado la encuesta.

3-4 CONSUMO DE SUSTANCIAS

En este apartado se hará una descripción de la prevalencia de vida año y mes, y modalidad de consumo de algunas sustancias, ya sean lícitas o ilícitas que, introducidas en el organismo, provocan alguna modificación de sus funciones. La prevalencia de vida indica si la sustancia fue consumida al menos una vez en la vida; la prevalencia de año si fue alguna vez consumida en el último año; y la prevalencia de mes si fue alguna vez consumida en el último mes. Las sustancias lícitas incluyen las permitidas pero de circulación regulada (están en el mercado con fines médicos) y las permitidas cuyo consumo es estimulado por los medios masivos de comunicación como el alcohol y el tabaco. Las sustancias ilícitas son aquellas cuyo uso no se encuentra permitido (marihuana, cocaína, etc.).

3-4-1 PREVALENCIA DE VIDA

Según el VI Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media realizada en el 2014 por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), organismo perteneciente a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida -al menos una vez en la vida- entre los estudiantes secundarios (70,5%). Luego siguen las bebidas energizantes (67,5%) y, en menor medida, el tabaco (35,8%) y la marihuana (15,9%). El 5,9% de los y las estudiantes declaró haber consumido al menos una vez psicofármacos (tranquilizantes y/o estimulantes) sin prescripción médica. El resto de las sustancias presentan valores inferiores al 5%: cocaína (3,7%) y solventes/inhalables (3,5%) (Gráfico 12).

2 Moreno, M. (2014): Tres preguntas claves en actividad física, deporte y salud. Ministerio de Desarrollo de la Nación.

3 El indicador de sedentarismo considerado implica: pasar 3 horas o más viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear, en un día típico y fuera del horario escolar.

4 Ministerio de Salud de la Nación - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - UBA (S/D): Características de la actividad física y deportiva de la República Argentina. Informe de resultados a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, con especial atención a los bloques correspondientes a Actividad Física del Adulto, y de Niños y Adolescentes.

Al considerar las variaciones según sexo (Gráficos 13 y 14), cabe destacar que no se presentan diferencias significativas en la proporción de consumo de alguna vez en la vida de alcohol. En cambio, para otras sustancias pueden observarse algunas diferencias, ya que en términos generales, los varones presentan proporciones más altas de consumo. Estas diferencias se acentúan en el caso del consumo alguna vez en la vida de marihuana (18,8% para los varones y 13,2% para las mujeres) y cocaína (4,7% para los varones y 2,6% para las mujeres) y cocaína (4,7% para los varones y 2,6% para las mujeres).

Sin embargo, esta relación se invierte en el caso del consumo alguna vez en la vida de psicofármacos sin prescripción médica (5,4% en varones, y 6,4% en mujeres). En el caso de los tranquilizantes sin prescripción médica las mujeres declararon haber consumido alguna vez en la vida en mayor medida que los varones (5,0% para las mujeres y 4,0% para los hombres). También en el caso del consumo alguna vez en la vida de tabaco se observa una mayor proporción

Gráfico 12. Porcentaje de estudiantes que declararon haber consumido alguna vez en la vida, por tipo de sustancia psicoactiva. Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Fuente: SEDRONAR 2014.

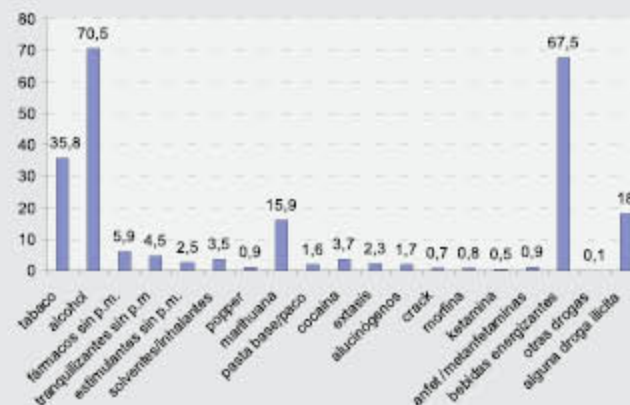


Gráfico 13. Prevalencia de vida (%) por tipos de sustancia según sexo (hombres). Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Fuente: SEDRONAR 2014.

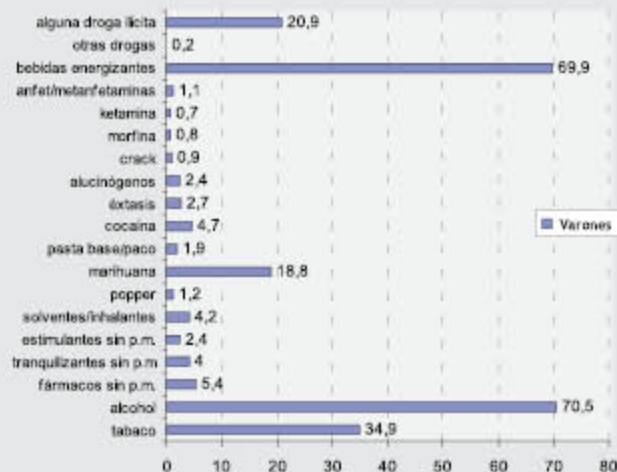
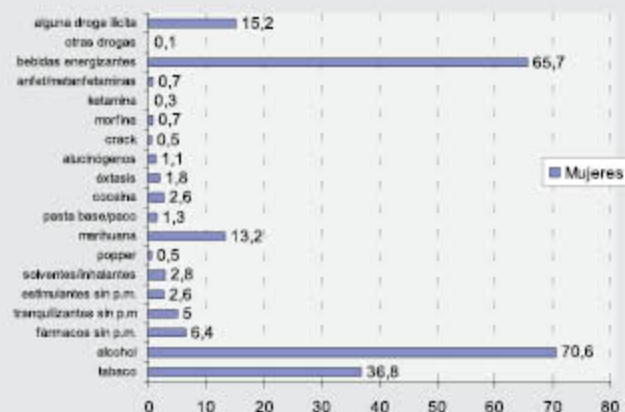


Gráfico 14. Prevalencia de vida (%) por tipos de sustancia según sexo (mujeres). Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Fuente: SEDRONAR 2014.



en las mujeres, aunque por una leve diferencia: 34,9% los varones y el 36,8% las mujeres.

En cuanto a los grupos de edad, las prevalencias de consumo alguna vez en la vida se incrementan a medida que aumenta la edad del grupo, encontrando los valores más elevados entre los y las estudiantes de 17 años, cualquiera sea la sustancia que se considere. No obstante, el peso de cada una de las sustancias al interior de cada grupo varía según el grupo etario que se considere:

- En el grupo de 14 años o menos, las bebidas energizantes son la sustancia más consumida alguna vez en la vida (55,9%), seguido por el alcohol (50,7%), el tabaco (21,4%), la marihuana (5,8%) y los psicofármacos sin prescripción médica (3,7%). Le siguen los solventes e inhalantes (2,4%), en los que se observa una mayor proporción a la del resto de las sustancias para las que se presentan porcentajes inferiores al 2%.
- En el grupo de 15 y 16 años, la sustancia más consumida alguna vez en la vida es el alcohol (79,8%), seguido por las bebidas energizantes (73,1%), el tabaco (40,4%), la marihuana (18,3%) y los psicofármacos sin prescripción médica (6,7%). Luego siguen los solventes e inhalantes y la cocaína que presentan una proporción similar (3,9% y 3,8% respectivamente).
- En el grupo de 17 años y más, también el alcohol es la sustancia más consumida alguna vez en la vida (88,7%), seguida por las bebidas energizantes (79,3%), el tabaco (52,1%), la marihuana (28,3%) y los psicofármacos sin prescripción médica (8,1%). Sin embargo a diferencia de los otros dos grupos de edad, la cocaína tiene una proporción casi idéntica (6,1%) a la de tranquilizantes sin prescripción médica (6,2%).

En general, al considerar las variaciones de las prevalencias de vida entre los distintos tramos de edad, se observan dife-

rencias más pronunciadas entre el grupo de 14 años o menos y el de 15 y 16 años que entre este último y el de 17 años o más. Por ejemplo, el consumo alguna vez en la vida de marihuana en el grupo de 14 años o menos es de 5,8% y en el de 15 y 16 años esta proporción se triplica, alcanzando un 18,3%, lo que supone un incremento porcentual de más del 200% entre un grupo y otro. Esa diferencia entre el segundo grupo de edad y el de 17 años y más, representa un incremento del 55%. Se mantiene un comportamiento similar entre los grupos etarios en relación al alcohol, psicofármacos y alguna droga ilícita.

La edad promedio de la primera vez de consumo se sitúa entre los 13 y 15 años, cualquiera sea la sustancia que se considere. En el Gráfico 15, vemos que el tabaco y el alcohol son las sustancias psicoactivas que, en promedio, los y las adolescentes consumen más tempranamente. En el otro extremo, se encuentra el consumo de alucinógenos-LSD con una edad inicio promedio de 15,4 años.

En resumen, si consideramos el universo de estudiantes que declararon haber consumido alguna vez en la vida encontramos que:

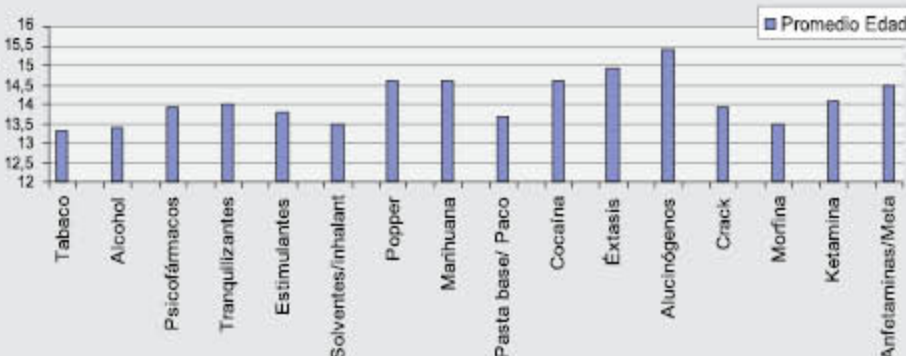
- El 78,7% de los y las estudiantes que declararon haber consumido alcohol alguna vez, lo hizo antes de los 15 años.
- El 55% de los y las estudiantes que declararon haber consumido marihuana alguna vez, lo hizo antes de los 15 años.
- El 67,3% de los y las estudiantes que declararon haber consumido psicofármacos alguna vez, lo hizo antes de los 15 años.

3-4-2 PREVALENCIA DE AÑO

Las proporciones son menores si se observa la prevalencia de año, es decir, el consumo realizado en el último año anterior a

Gráfico 15. Promedio de edad a la que los estudiantes consumieron por primera vez, según sustancia. Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Fuente: SEDRONAR 2014.



la encuesta. En este caso, el 62,2% de los encuestados ha consumido alcohol, 22,5% tabaco y 11,8% marihuana (Gráfico 16).

Haciendo una comparación histórica de la prevalencia de consumo anual de sustancias psicoactivas, se pueden ver disminuciones estadísticamente significativas en el año 2014 respecto del estudio anterior (2011) en el caso de los solventes e inhalantes y en el caso del tabaco y la cocaína.

También se puede ver un aumento estadísticamente significativo en relación con el estudio anterior en el caso de la marihuana (Tabla 4).

Cabe destacar que la distribución de egresos hospitalarios en adolescentes (10-19 años) por consumo de sustancias psicoactivas nos indican que 29% fueron mujeres y 56% fueron varones.

Gráfico 16. Porcentaje de estudiantes que declararon haber consumido durante el último año, por sustancia psicoactiva. Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Fuente: SEDRONAR 2014.

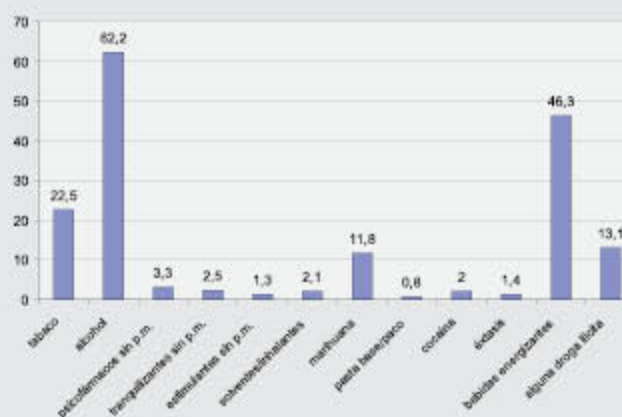


Tabla 4. Prevalencia de consumo anual de sustancias psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media. Argentina. 2001-2014.

Año	2001	2005	2007	2009	2011	2014
Sustancias	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)
Alcohol	64%	48,10% (46,3%-49,9%)	65,70%	59,80%	62,80% (62,1% -63,5%)	62,20% (61,1% - 63,2%)
Tabaco	33%	27,40% (26,2% - 28,7%)	30,10%	28,10%	26,4% (25,7 - 27,0)	22,50% (21,7%- 23,4%)
Tranquilizantes sin p.m.	3,40%	3,50% (3,1% - 3,6%)	3,80% (3,5% - 4,1%)	2,10% (1,9% - 2,3%)	2,40% (2,2% -2,7%)	2,50% (2,3%-2,7%)
Estimulantes sin p.m.	1,90%	2,60% (2,3% - 2,7%)	1,90% (1,7% -2,1%)	1,50% (1,3% -1,7%)	1,20% (1,0%- 1,4%)	1,30% (1,2% - 1,5%)
Solventes o inhalables	0,50%	2,40% (2,1% - 2,5%)	2,30% (2,0% - 2,4%)	1,70% (1,5% - 1,9%)	2,60% (2,4% - 2,9%)	2,10% (1,9% - 2,3%)
Marihuana	2,50%	5,70% (4,9% - 5,9%)	7,70% (7,0% - 8,3%)	8,40% (8,0% -8,8%)	10,40% (9,9% - 10,8%)	11,80% (11,1% - 12,5%)
Pasta Base	4,50%	1,50% (1,3% -1,6%)	1,40% (1,2% -1,5%)	0,90% (0,8% - 1,1%)	1,00% (0,9% - 1,2%)	0,80% (0,7% -0,9%)
Cocaína	6,50%	2,20% (1,9% -2,3%)	2,70% (2,2% - 2,8%)	2,30% (2,1% - 2,5%)	2,70% (2,5%- 2,9%)	2,00% (1,8% - 2,2%)

Aumento estadísticamente significativo en relación con el estudio anterior.

Disminución estadísticamente significativo en relación con el estudio anterior.

Fuente: Información Básica en Salud Mental y adicciones. Infanto-juvenil 2014. Dirección de Salud metal y adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. Elaborado en base a datos del Observatorio de Drogas de la SEDRONAR.

En línea con los datos arrojados por la Encuesta de la SEDRONAR, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los y las estudiantes en todo el país. Según datos de la DEIS del año 2012, la mayor parte de los egresos hospitalarios de adolescentes debidos al consumo de sustancias psicotrópicas corresponden a diagnósticos ligados al consumo de alcohol (Gráfico 17).

Según un estudio nacional realizado en el 2003⁵, la mayor cantidad de consultas a las guardias se registra durante los fines de semana. Según la impresión clínica de los médicos que asisten en las guardias, 17,7% de las consultas de adolescentes de 16 a 20 años se relacionaron al consumo de sustancias. Entre los motivos de ingreso más frecuentes en consultas a emergencias que estaban asociadas al consumo de sustancias se encuentran situaciones de violencia, intentos de suicidio, sobredosis y los ingresos por síndrome de abstinencia. El 30% de las situaciones de violencia, el 25% de los intentos de suicidio, el 36% de las sobredosis y el 20% de los ingresos por síndrome de abstinencia correspondió a personas de 16 a 20 años.

5 SEDRONAR (2004): El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Primer Estudio Nacional. Informe Final de Resultados Argentina 2003.

3-4-3 PREVALENCIA DE MES

El consumo "actual" de sustancias es medido a partir de la prevalencia de mes (Gráfico 18). Se observa en este caso que la mitad de los estudiantes encuestados (50,1%) afirmó haber consumido alcohol al menos una vez durante el mes inmediato anterior a la encuesta. El 15% respondió haber fumado tabaco (con un descenso de 3 puntos respecto de la encuesta anterior), y 7,6% haber fumado marihuana (con 1,6 más que la encuesta anterior). En el caso de las restantes sustancias los valores son sensiblemente menores. Llama la atención el aumento de bebidas estimulantes (25%).

La prevalencia de consumo actual se incrementa sensiblemente con la edad, en particular en el caso de las sustancias consumidas en mayor proporción. Así, entre los y las estudiantes mayores de 17 años el consumo de tabaco durante el último mes es 24,1%, en el caso de las bebidas alcohólicas 67,3%, y marihuana 13,7% (Tabla 5).

3-4-4 CONSUMO DE ALCOHOL

Al analizar comparativamente las tendencias en varones y mujeres, puede observarse que a lo largo del quinquenio

Gráfico 17. Distribución de egresos hospitalarios en adolescentes (10-19) debidos al consumo de sustancias psicoactivas según sexo. Argentina. 2012.

Fuente: DEIS 2012.

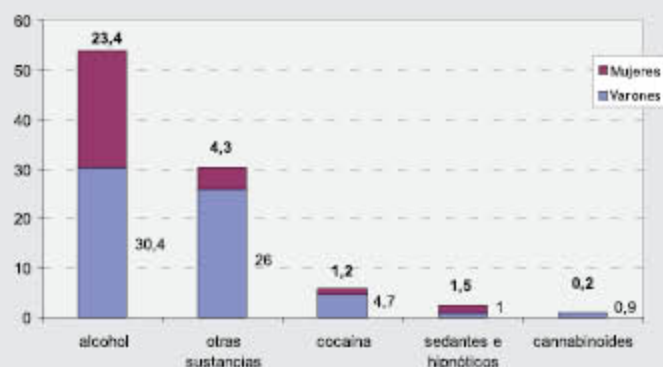


Gráfico 18. Porcentaje de estudiantes que declararon haber consumido durante el último mes por tipo de sustancia psicoactiva. Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Fuente: SEDRONAR 2014.

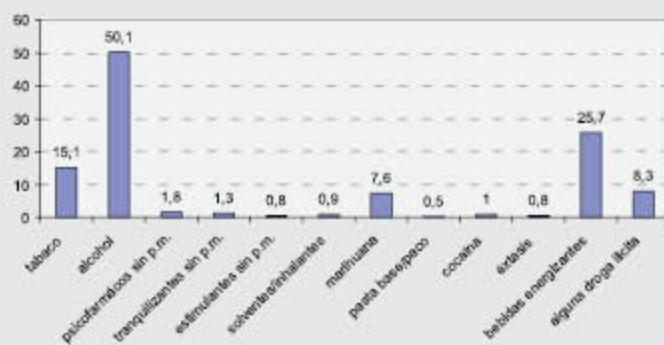


Tabla 5. Porcentaje de estudiantes que declararon haber consumido durante el último mes por tipo de sustancia psicoactiva, según grupo de edad. Población escolar nivel medio. Argentina. 2014.

Sustancias psicoactivas	Tramos de edad			Total
	14 o menos	15 - 16	17 o más	
Tabaco	7.4	17.3	24.1	15.1
Alcohol	32.2	57.8	67.3	50.1
Psicofármacos sin p.m.	0.9	2.1	2.7	1.8
Tranquilizantes sin p.m.	0.9	1.5	1.6	1.3
Estimulantes sin p.m.	0.6	1.0	1.0	0.8
Solventes/inhalantes	0.7	1.1	1.1	0.9
Marihuana	2.5	8.8	13.7	7.6
Pasta base/paco	0.5	0.4	0.4	0.5
Cocaína	0.6	1.0	1.5	1.0
Éxtasis	0.5	1.0	1.1	0.8
Bebidas energizantes	17.3	29.7	34.2	25.7
Alguna droga ilícita	3.1	9.6	14.3	8.3

Fuente: SEDRONAR 2014.

Gráfico 19. Tendencia (2009, 2011 y 2014) de las prevalencias de vida de consumo de alcohol, según sexo. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

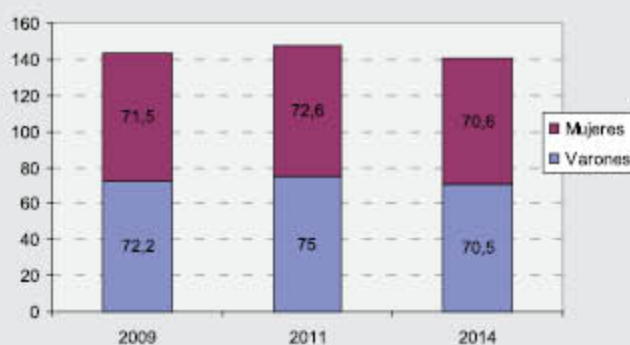


Gráfico 20. Tendencia (2009-2014) de las prevalencias de año de consumo de alcohol, según sexo. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

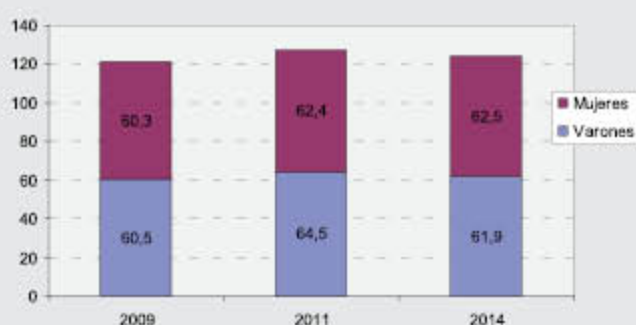


Gráfico 21. Tendencia (2009-2014) de las prevalencias de mes de consumo de alcohol, según sexo. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.



2009-2014, la diferencia según sexo en las prevalencias de vida, año y mes tiende a reducirse. Incluso en lo que respecta al consumo reciente del año 2014, se presenta un porcentaje levemente más alto entre las mujeres.

Al preguntar por el consumo de bebidas energizantes durante el último mes, también se incluyó la consulta por el uso combinado con alcohol. En este sentido, el 81,6% de los y las estudiantes que declaró haber consumido energizantes en los últimos 30 días, lo hizo en forma combinada con alcohol. Esta proporción varía según sexo, ya que el 78,7% de los varones declaró haber consumido energizantes en forma combinada con alcohol durante el último mes, mientras que entre las mujeres esa proporción se incrementa a un 84,8% (Gráficos 19, 20 y 21).

En el caso del consumo reciente y actual de alcohol en estudiantes de 14 años o menos, se muestra una tendencia ascendente durante los últimos cinco años (Gráficos 22, 23 y 24).

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por estudiantes en todo el país, tanto entre los varones como entre las mujeres y en los grupos de edad de 15 y 16 años y el de 17 años y más.

- 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida.
- 6 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en el último año.
- La mitad de los y las adolescentes declaró haber consumido bebidas alcohólicas durante el último mes. Esto implica que más de 1.116.000 estudiantes consumen alcohol actualmente.
- El consumo de alcohol se incrementa con la edad de los y las estudiantes. Sin embargo debe señalarse que la mitad de los y las adolescentes de 14 años o menos ya habían tomado alguna bebida alcohólica alguna vez.

Gráfico 22. Tendencia (2009-2014) de la prevalencia de vida de consumo de alcohol en menores de 14 años. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

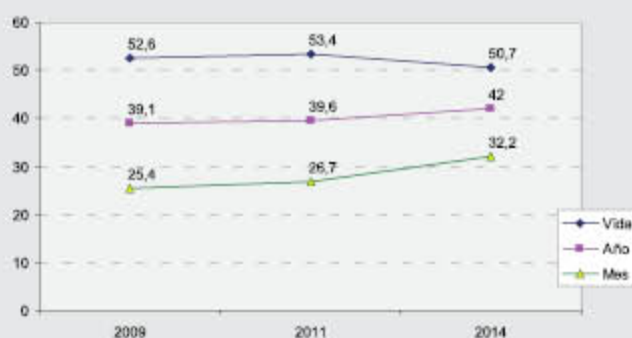


Gráfico 23. Tendencia (2009-2014) de la prevalencia de vida de consumo de alcohol en el grupo etario de 15 a 16 años. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

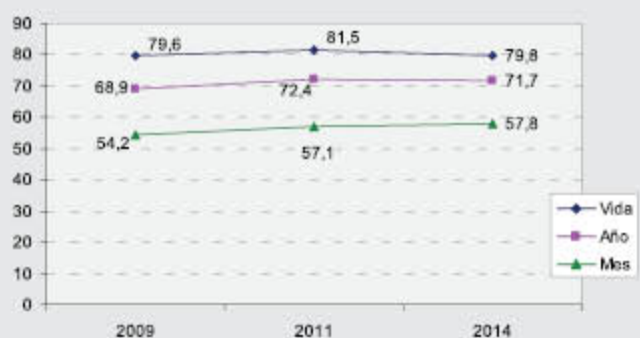


Gráfico 24. Tendencia (2009-2014) de la prevalencia de vida de consumo de alcohol en el grupo etario de 17 años o más. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.



- Varones y mujeres consumen bebidas alcohólicas en proporciones similares.
- El análisis de tendencia durante el último quinquenio (2009-2014) pone en evidencia que, en términos generales, el valor de la prevalencia del consumo de bebidas alcohol entre los y las estudiantes secundarios se mantuvo estable.

Bebidas energizantes

Las bebidas energizantes se destacan como sustancias de consumo masivo entre los adolescentes escolarizados. De ellos 7 de cada 10 las ha probado, y la mitad las bebió en el último año. El consumo crece con la edad de los y las estudiantes y es un poco superior entre los varones.

Las bebidas energizantes son la sustancia más consumida alguna vez en la vida en adolescentes de 14 años o menos. Si bien solo el 25% las ha bebido durante el último mes, ocho de cada diez de estos estudiantes lo hizo en forma combinada con alcohol. Esta proporción varía según sexo, ya que el 78,4% de los varones declaró haber consumido energizantes en forma combinada con alcohol durante el último mes, mientras que entre las mujeres esa proporción se incrementa a un 84,6%.

3.4.5 CONSUMO DE TABACO

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible y un problema de salud pública de relevancia mundial. Actualmente en todo el mundo 5 millones de personas mueren cada año por causa del consumo de tabaco y más de 600.000 por estar expuestos al humo de tabaco ajeno (OMS, 2013).

La mayoría de los fumadores comienza a consumir tabaco antes de la edad adulta. Según la Encuesta de Salud Escolar, al desagregar según sexo se observa el mismo comportamiento tanto para varones como para mujeres. Sin embargo, entre los años 2011 y 2014 se observa un descenso más pronunciado entre los hombres. También al considerar los diferentes grupos etarios se presenta una tendencia descendente (Gráficos 25, 26, 27, 28, 29 y 30).

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes⁶ muestra que, a nivel nacional en el año 2012, el 43,7% del alumnado fumó algún tipo de tabaco alguna vez en su vida (cifra inferior a la registrada en 2007, de 52%). La prevalencia tampoco muestra diferencias significativas entre varones y mujeres. El mayor porcentaje de adolescentes prueba fumar por primera vez entre los 12 y 13 años (44,5%), mientras que un 21,6% lo hace a los 11 años o menos (año 2011).

Según esta misma fuente, el 47,5% de los y las adolescentes se encuentra expuesto al humo del tabaco ajeno en el hogar, y esta proporción es levemente mayor entre mujeres.

⁶ Ministerio de Salud de la Nación (2013): Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Argentina 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_informe-gyts-jovenes.pdf

Gráfico 25. Tendencia de prevalencia de vida de consumo de tabaco, según sexo. Años 2009, 2011, 2014. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

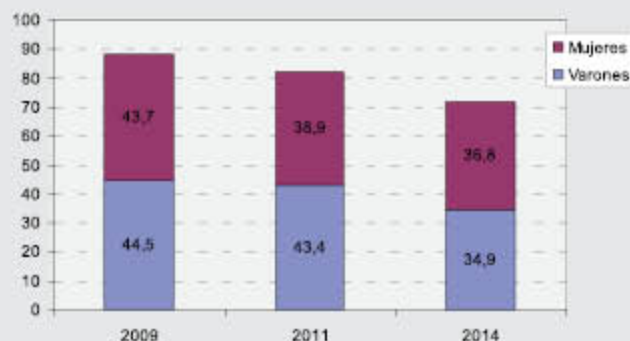


Gráfico 26. Tendencia de prevalencia de año de consumo de tabaco, según sexo. Años 2009, 2011, 2014. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

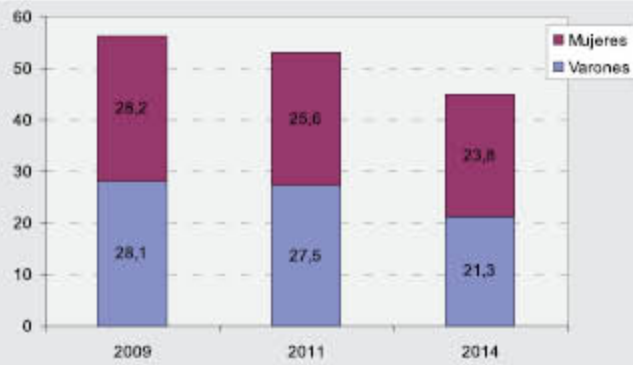


Gráfico 27. Tendencia (2009-2014) de las prevalencias de mes de consumo de tabaco, según sexo. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

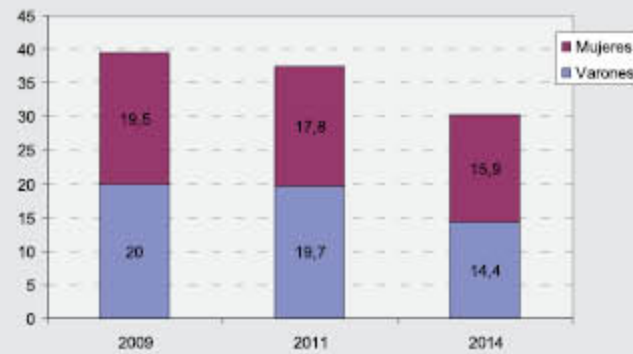


Gráfico 28. Tendencia (2009-2014) de las prevalencias de vida, año y mes de consumo de tabaco, según grupo de edad. Grupo 14 años y menos. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

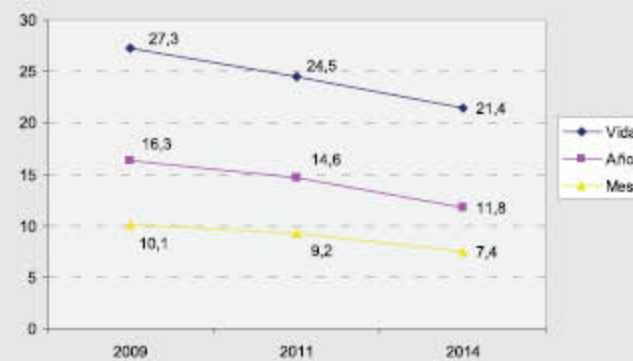


Gráfico 29. Tendencia (2009-2014) de las prevalencias de vida, año y mes de consumo de tabaco, según grupo de edad. Grupo 15 y 16. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.

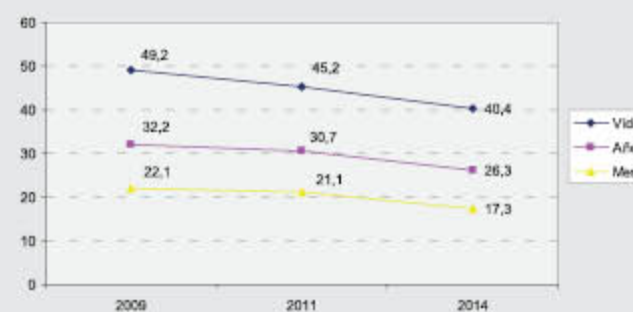
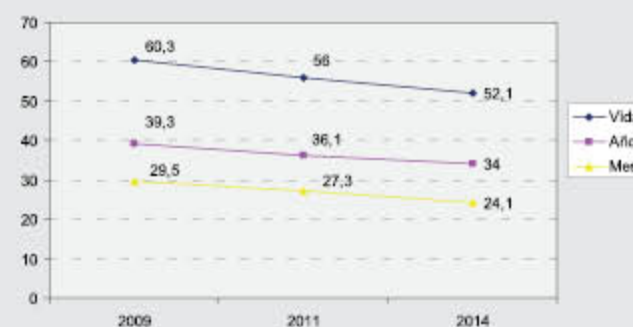


Gráfico 30. Tendencia (2009-2014) de las prevalencias de vida, año y mes de consumo de tabaco, según grupo de edad. Grupo 17 años y más. Población escolar nivel medio. Argentina.

Fuente: SEDRONAR 2014.



En síntesis:

- Las políticas referidas a la regulación de la oferta y demanda de tabaco, impulsadas durante los últimos años por el gobierno argentino, han tenido efectos positivos en el sentido de una importante disminución en la proporción de población fumadora. El porcentaje de estudiantes que había fumado tabaco al menos una vez disminuyó entre el 2009 y el 2014 de 44% al 36%.
- En cuanto al consumo actual, en el año 2009 un 20% de los estudiantes secundarios fumaba, mientras que en el 2014 la proporción descendió a un 15%. Esto implica una disminución del 25% en la proporción de fumadores en solo cinco años.
- No se observan diferencias significativas en cuanto al consumo de tabaco por sexo, aunque entre las mujeres se presentan prevalencias levemente superiores.
- Las proporciones de estudiantes que probaron alguna vez tabaco o que fumaban al momento de la encuesta, crecen a medida que aumenta la edad, en especial a partir de los 15 años.
- En este sentido, mientras 2 de cada 10 estudiantes de 14 años o menos había probado tabaco alguna vez, esta proporción es de 4 de cada 10 entre los de 15 y 16 años y de 5 de cada 10 para los estudiantes de 17 años y más.
- El 25% de los de 17 años o más declaró haber fumado durante el último mes, mientras un 7% de los estudiantes de hasta 14 años manifestó consumo actual de tabaco.

4

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

4-1 INICIACIÓN SEXUAL

Según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) 2013, el 62% de los varones y el 52% de las mujeres de entre 15 y 19 años¹, de todo el país, ha tenido su primera relación sexual. De éstas, el 17% tuvo su primera relación antes de los 15 años, 60% entre los 15 y 16 años, y el restante 23% entre los 17 y los 19 años.

El 87% de las mujeres afirmó haber querido tener la relación en ese momento, 8% que quería tenerla más adelante, y el 4% que fue forzada; entre éstas ninguna era mayor de 16 años. En otros estudios que amplían la muestra de la edad de los y las adolescentes, se ha demostrado que cuanto menor es la edad de iniciación mayor es la proporción de iniciaciones no queridas y hasta físicamente forzadas (Geldstein y Pantelides, 2003; Manzelli y Pantelides, 2007).

¹ En la ENSSyR la proporción de mujeres sexualmente iniciadas resulta mayor a la reportada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en 2005 (44%).

Respecto de la edad de las personas con quienes las adolescentes encuestadas se iniciaron sexualmente, la ENSSyR mostró que solo el 10% tenía 15 años o menos, 73% tenía entre 16 y 19, mientras que el restante 17% contaba con más de 19 años. La gran mayoría (84%) reporta haberse iniciado sexualmente con el novio, y otro 13% con un amigo. También se reportan iniciaciones sexuales con parientes varones, en el 1% de los casos.

El 90% de las encuestadas utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, mayormente preservativos.

4-2 FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Se denomina fecundidad adolescente temprana a la que ocurre antes de los 15 años, y tardía a la que ocurre entre los 15 y 19 años. En números absolutos ocurrieron en 2013 117.386 nacimientos de madres menores de 20 años en todo el país, 114.125 en adolescentes de 15 a 19 años y 3.261 en menores de 15 años (Tabla 6).

Tabla 6. Principales indicadores sobre fecundidad en la adolescencia. Argentina. 2013.

Total de Nacidos vivos (NV) de madres adolescentes	117.386
Total de Nacidos vivos (NV) de madres adolescentes de 10 a 14 años	3.261
Total de Nacidos vivos (NV) de madres adolescentes de 15 a 19 años	114.125
Porcentaje de NV de madres adolescentes	15,7
Tasa de fecundidad temprana (< 15 años)	1,9 x 1.000
Tasa de fecundidad tardía (15 a 19 años)	64,9 x 1.000

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población.

A partir de 1954, momento en el que se comienzan a publicar en el país las estadísticas de fecundidad según edad, la fecundidad adolescente (15-19) tuvo un comportamiento ascendente que alcanzó su pico alrededor de 1980 (80 x 1000) para luego descender en forma lenta pero continua, acompañando una baja generalizada de la fecundidad en todas las edades, hasta el 2003 (56,7 x 1000). A partir de allí comenzó nuevamente a ascender registrando sucesivos aumentos hasta el año 2011 (68,2 x 1000). En 2012 la tendencia a la suba se quebró al registrarse una tasa del 65,6 X 1000, y en 2013 vuelve a descender, aunque mínimamente (64,9 x 1000) (Gráfico 31).

Por su parte, la tasa de fecundidad adolescente temprana se ubica en los últimos años con valores cercanos al 2 x 1000 (Gráfico 32). Esto significa que cada año cerca de 3.000 niñas menores de 15 años se convierten en madres, hecho que merece una preocupación especial no solo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad de la mujer mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas o explotación sexual.

La maternidad a edades muy tempranas también tiene consecuencias para los hijos. Aunque en todas las edades maternas pueden darse nacimientos pretérmino, estos son más

frecuentes cuando las madres son menores de 15 años. En promedio, entre los años 2010 al 2012 el 13 % de los nacimientos de madres menores de 15 años tenía menos de 37 semanas de gestación en comparación con un 9% entre el resto de las adolescentes y 8% entre las madres adultas. Lo mismo sucede con nacimientos de muy bajo peso (menos de 1500 gramos), y con los de 1500 a 2499 gramos. La mortalidad infantil es también mayor entre los hijos de las menores de 15 años (24 por mil nacidos vivos), tanto en relación con el resto de las adolescentes (14 por mil) como de las madres adultas (9 por mil) (Pantelides, Fernández y Marconi, 2014).

4-3 FECUNDIDAD Y DESIGUALDADES

La distribución de la maternidad adolescente en el país tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo, de modo que, en general, a mayor nivel de desarrollo menor fecundidad. El mapa nacional presenta grandes brechas en este sentido: la Ciudad de Buenos Aires presenta la tasa (15-19) más baja (29,8 x 1000) mientras que las provincias del NEA tienen las tasas más elevadas (91,4 x 1000 en Misiones; 90,2 x 1000 en Formosa; 88,3 x 1000 en Chaco; y 75,8 x 1000 en Corrientes). La provincia de Buenos Aires tiene una tasa baja (60,1 x 1000) pero dada su densidad poblacional aporta el 33% de los nacimientos de madres adolescentes del país.

Gráfico 31. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años). Argentina. 1980-2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 15 a 19 años. 2013.

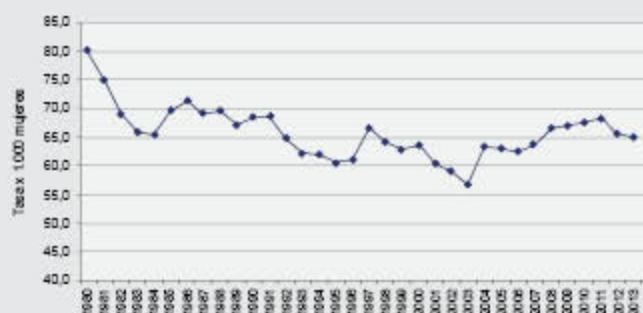
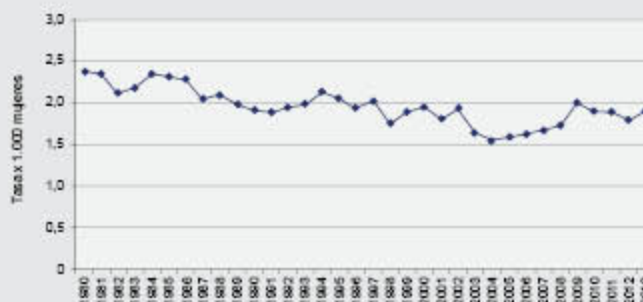


Gráfico 32. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente temprana (10 a 14 años). Argentina. 1980-2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.



Sin embargo, como ha sido señalado (Pantelides y Binstock, 2007; Govea Basch, 2013) el nivel socioeconómico no lo es todo, y la relación apuntada no siempre se cumple. Cuando se analiza la fecundidad adolescente por provincias agrupadas según valor alto, medio o bajo, se constata que las provincias del NEA registran siempre tasas elevadas, mientras que algunas provincias del NOA como Salta, Tucumán y Santiago del Estero (similares a las primeras en sus niveles de desarrollo) tienen tasas notablemente más bajas que las del NEA (Tabla 7). Por otra parte, Santa Fe, una de las provincias más ricas del país, tiene tasas que no difieren demasiado de las que presentan algunas de las jurisdicciones más relegadas; algo similar puede decirse de Santa Cruz. Estos ejemplos de fecundidad elevada en relación a la situación socioeconómica dan cuenta de la fuerte influencia que pueden tener factores de

otro tipo en la determinación de la fecundidad adolescente, como los de índole cultural-ideacional, o los relacionados con el acceso al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, y a los servicios de salud. Esta clase de factores deben ser estudiados y comprendidos en relación a las especificidades de cada contexto particular para la elaboración de las políticas públicas correspondientes (Gráficos 33 y 34).

Considerando los nacimientos por edad de la madre, de cada 100 nacidos vivos, 15,7 tienen madres adolescentes. Este porcentaje encuentra gran variación entre las provincias siendo del 24,4% en Chaco y Formosa y del 6,8% en Ciudad de Buenos Aires (Gráfico 35).

Tabla 7. Jurisdicciones agrupadas según su tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14) y tardía (15-19). Argentina. 2013.

Tasa de fecundidad de 10 a 14 años (promedio nacional 1,9 x 1.000)			
Menos de 1	1 - 1,9	2 - 2,9	3 y más
CABA	Buenos Aires - Tierra del Fuego - Mendoza La Pampa - Córdoba San Luis - San Juan Neuquén - Tucumán Jujuy - Catamarca	Chubut Entre Ríos Río Negro Santa Cruz Santa Fe Santiago del Estero	Corrientes Misiones Chaco Formosa Salta La Rioja
Tasa de fecundidad de 15 a 19 años (promedio nacional 64,9 x 1.000)			
Menor de 60	60,0 - 69,9	70,0 - 79,9	80 y más
CABA Córdoba Tierra del Fuego	Buenos Aires - Mendoza La Pampa - San Luis Neuquén - La Rioja Catamarca - Santa Cruz Chubut - Santa Fe Río Negro - Entre Ríos	Corrientes Tucumán Jujuy Santiago del Estero	Formosa Chaco Misiones Salta San Juan

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

Gráfico 33. Tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14) por jurisdicción. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

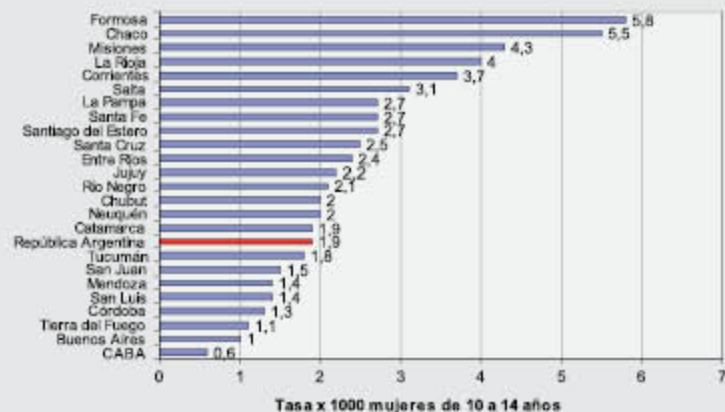


Gráfico 34. Tasa de fecundidad adolescente tardía (15-19) por jurisdicción. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

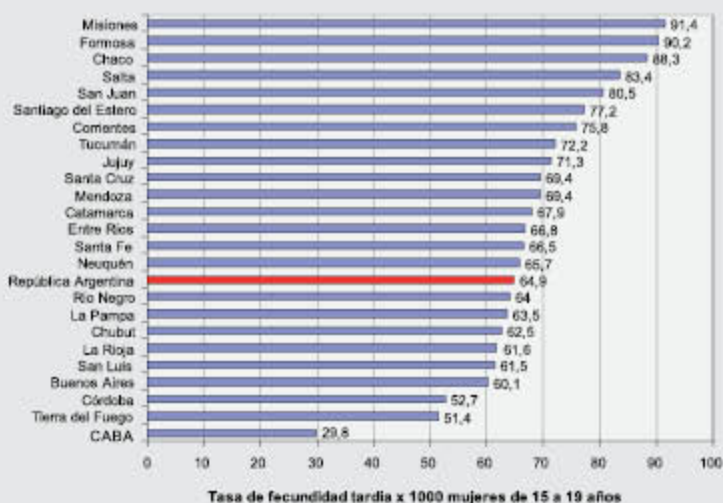


Gráfico 35. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes (10-19 años) por jurisdicción. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

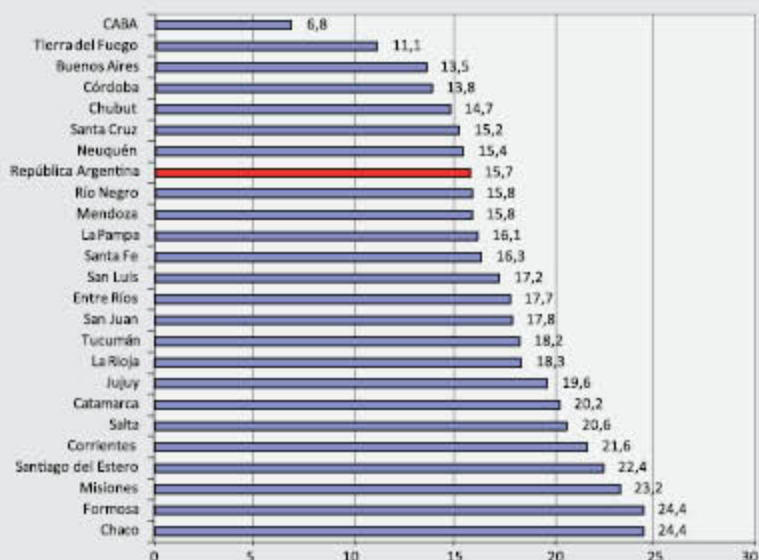


Tabla 8. Distribución de nacimientos de madres adolescentes por edad según orden del nacimiento. Argentina. 2013.

Nº de orden del nacido vivo	Edad de la madre		
	Hasta 14 años	15-17 años	18-19 años
1	94,4	89,1	73,9
2	4,9	10,05	22,3
3 y más	0,7	0,85	3,8
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

4.4 REPITENCIA DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

La maternidad en la adolescencia es una experiencia que se repite para un número considerable de mujeres. Un quinto de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más, es decir de madres adolescentes que ya han tenido uno o más hijos. En el año 2013 el 5,6% de los nacimientos de mujeres de hasta 14 años, el 10,8% de los de las de 15 a 17 y 26,1% de los de las de 18 y 19 fueron de orden 2 y más, y en este último grupo el 3,8% de los nacimientos fue de orden 3 y más (Tabla 8). Esto evidencia un patrón de fecundidad de inicio muy temprano con cortos espacios intergenésicos. Cabe destacar que en relación a los datos del año 2001 se observa una disminución importante de la repitencia del embarazo en los distintos tramos de la adolescencia.

En base a datos de una encuesta propia, Binstock y Gogna (2013), concluyen que una importante proporción de segundos embarazos entre adolescentes no es planeada, aunque ocurren en un contexto de mayor estabilidad familiar –mayormente en el marco de relaciones de pareja- y laboral, enfatizando la necesidad de mejorar la calidad de las instancias de consejería anticonceptiva.

4.5 EMBARAZOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO

La maternidad en la adolescencia es más frecuente entre las jóvenes de sectores vulnerados y las que tienen menor nivel educativo. Según datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA) 2013, casi un cuarto de las madres adolescentes no llegó a completar la escuela primaria, mientras que entre las adolescentes que no son madres, el valor no alcanza al 5%.

En la investigación coordinada por Gogna (2005) el 46,3% de las púerperas encuestadas estaba fuera del sistema educativo al momento de embarazarse y una de cada tres ni estudiaba ni trabajaba. También en Binstock y Gogna (2013) el 55% de las adolescentes estaba fuera del sistema educativo al momento del primer embarazo, y solo el 15% de ellas había completado la educación secundaria. Zamberlin et al. (2014) reportan una proporción similar sobre una muestra de 312 adolescentes que tuvieron un evento obstétrico. Estos datos indican que en general las adolescentes ya están fuera del sistema escolar cuando se embarazan.

Con respecto a los motivos de abandono escolar, el 40% refiere que no quería o no le gustaba estudiar, o que estudiar

le resultaba difícil. En segundo lugar aparece la necesidad de trabajar (15,8%), y en menor proporción dificultades económicas (2,3% no puede pagar gastos de los estudios) y vinculadas con la familia: atender a la familia (9,4%) o a los hijos (1,2%), problemas familiares (2,9%) (Zamberlin et al., 2014).

A partir del análisis del nivel de escolaridad de las madres de los nacidos vivos proveniente de los registros de Estadísticas Vitales, es posible analizar el porcentaje de nacidos vivos cuyas madres alcanzaron un nivel educativo por debajo del esperado para su edad. Se observa que en el 2013 para el grupo de madres de 14 a 17 años el 12% tiene primaria-EGB incompleta o no tiene instrucción, y otro 29% primaria-EGB completa como máximo nivel alcanzado. En el grupo de madres de 18 y 19 años el 75,2% no concluyó el nivel secundario; la proporción cae al 45,7% entre las mujeres que, siendo madres en 2012, contaban entre 20 y 34 años. (Gráfico 36).

En todas las jurisdicciones con fecundidad adolescente elevada, el porcentaje de madres con un nivel de escolaridad por debajo del esperado para su edad es mayor al promedio nacional. En el Gráfico 37 se presenta el detalle para el NEA. Para el grupo entre 14 y 17 años la peor situación se observa en Misiones, donde un 24% no ha completado la primaria-EGB y otro 28% la ha completado pero no continuó sus estudios. En la misma jurisdicción se verifica el peor logro educativo entre las adolescentes de 18 a 19 años, apenas el 47% de éstas ha accedido a la educación secundaria, mientras un cuarto del total no completó sus estudios primarios.

Corrientes presenta el peor escenario en la franja de 14 a 17 años con la mayor proporción de adolescentes con secundaria y EGB incompleta. En el rango de 18 y 19 años el grupo de secundaria y EGB incompleta se anotan porcentajes similares en Corrientes, Chaco y Formosa donde no llega a alcanzar el 80%.

4-6 COBERTURA DE SALUD Y CALIDAD DE VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES MADRES

Las Estadísticas vitales aportan datos sobre la cobertura de salud de las madres adolescentes. Se observa que 64,9% de ellas cuenta exclusivamente con cobertura del sistema público. En varias provincias esta proporción supera el 70%, como por ejemplo en Formosa (84%), Santiago del Estero (83%), Salta (73,4%) y Santa Fe (72%) (Gráfico 38).

Las adolescentes madres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad no solo en términos de cobertura de salud, sino por sus condiciones de vida en general (Pantelides

Gráfico 36. Máximo nivel de escolaridad alcanzado por las madres adolescentes y adultas según grupos de edad. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

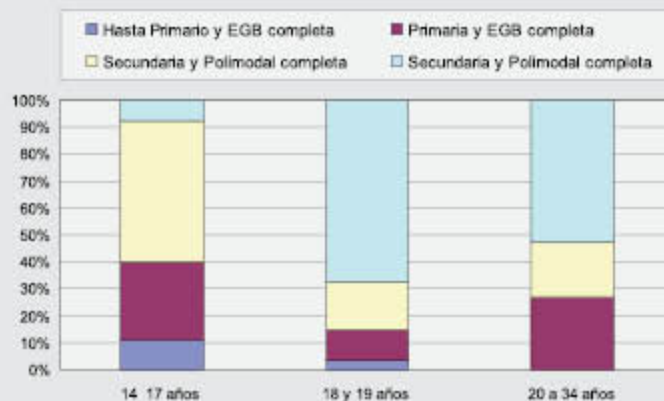


Gráfico 37. Máximo nivel de escolaridad alcanzado por las madres adolescentes según grupos de edad. Jurisdicciones seleccionadas. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

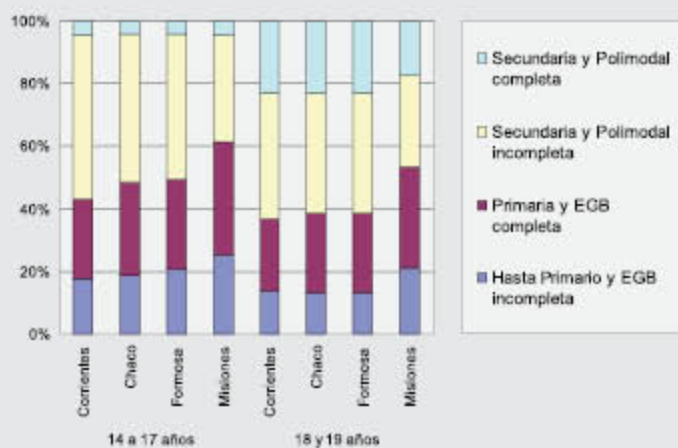


Gráfico 38. Porcentaje de madres adolescentes que no se encuentra asociadas a un sistema de salud privado ni de obra social, por jurisdicción. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.



y Binstock, 2007). En este sentido, la ECOVNA (2013) muestra que la mitad de las adolescentes que no habían tenido hijos residía en hogares con menos de 4.500 pesos de ingreso total mensual, mientras que el 75% de las que eran madres vivían en hogares con dicha condición.

4.7 ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO

Según los registros del Sistema Informático Perinatal (2014) el 94,7% de las madres adolescentes tuvo al menos un control prenatal. El 3,1% tuvo solo una consulta, el 26% dos, el 84,9% entre 3 y 9, y el restante 6,7% 10 o más consultas. Estos indicadores se han mantenido constantes en los últimos dos años de registro.

El 25,4% de los partos fue por cesárea, y el 36,5% de las madres estuvo acompañada al momento del nacimiento.

4.8 PAREJAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

Los datos de las Estadísticas Vitales (2013) muestran a nivel nacional que el 63,6% de las adolescentes madres de 19 años o menos vive con su pareja. Cuando se miran las cifras provinciales se evidencia que en muchas jurisdicciones los valores superan el promedio, -en Ciudad de Buenos Aires, Partidos del Gran Buenos Aires, San Luis, Chaco, Mendoza, Misiones, La Pampa, Córdoba, Santa Fe, y Entre Ríos la cifra resulta superior- pero en otras el porcentaje es sensiblemente menor, como Catamarca, donde apenas el 24% de las madres menores de 20 años registra esta condición.

La condición de pareja se indagó en el estudio coordinado por Zamberlin et al. (2014), y los resultados muestran que 9 de cada 10 adolescentes de 14 a 20 años que tuvieron un parto tenía una relación de pareja con el papá de su bebé cuando quedó embarazada. Cerca de la mitad de ellas ya convivía con él en ese momento.

4.9 PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

Existe evidencia que indica que una gran proporción de los embarazos en la adolescencia no son deseados o buscados. Datos del SIP para el año 2014 muestran que el 67,5% de las adolescentes que dieron a luz ese año no buscaron el embarazo. Sin embargo, el 79,9% del total de estas madres no utilizaba algún método anticonceptivo.

Para muchas adolescentes viviendo en situación de pobreza un hijo representa no solo un objeto de afecto sino que es

también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer. Su ocurrencia a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable tiene mayor aceptación familiar y social en los estratos de menores recursos. El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano ligado al deseo de tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres (Climent et al, 1998). Por otro lado, el embarazo también puede ser un mecanismo para obtener protección o apoyo económico de un varón. También se ha señalado que tener hijos en la adolescencia diseña una trayectoria de vida que no todas las madres adolescentes -probablemente ni siquiera la mayoría- hubiese elegido ya que los hijos de adolescentes son, en su mayoría, no planeados (Pantelides, 2013).

4.10 CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MACS)

Prácticamente todas las adolescentes de 10 a 19 años conocen al menos un método anticonceptivo. Según la ECOVNA, el método anticonceptivo más frecuentemente mencionado es la píldora, seguido por el preservativo. Ambas opciones son conocidas por más del 95% de las adolescentes encuestadas. No existen grandes variaciones en relación a edad, nivel educativo o nivel socioeconómico, aunque los niveles más bajos de conocimiento se dan en las adolescentes menores, las menos educadas y las más pobres. Si bien el conocimiento es alto, hay un 20% de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que son sexualmente activas y que no usan ningún método anticonceptivo. El motivo más frecuente de no uso tiene que ver con desear un embarazo, a este motivo le siguen "no quiere/no le gusta usarlos", y la oposición de la pareja. Los resultados de la ENNSyR (2013) dan también cuenta del alto conocimiento que la población adolescente dice tener sobre los MACs, siendo también las pastillas anticonceptivas y los preservativos los medios más referidos. En este estudio, solo el 3% de las mujeres consultadas adujo no conocer ninguno. El 90% afirmó haber utilizado algún método durante su primera relación sexual.

Con respecto a las fuentes donde obtuvieron información sobre anticoncepción, las adolescentes de 15 a 19 años señalan principalmente la escuela (41%) y el grupo de pares o familiares (31,5%), mientras que el sector salud es mencionado por cerca de un cuarto de ellas. Con respecto al lugar de obtención del MAC, el lugar más frecuentemente mencionado es la farmacia (46%) o kiosko (34%) mientras que las instituciones

de salud son mencionadas como fuente de obtención por el 16% (Pantelides et al. 2007).

Según la ENSE (2012) el 40,9% de los y las alumnos/as de 1° a 3° año de la escuela media sexualmente iniciados/as utilizó preservativo siempre o casi siempre en las relaciones sexuales durante el último año, sin observarse diferencias significativas por sexo y edad. Asimismo, el 75,8% de los y las estudiantes que tuvieron sexo alguna vez utilizó preservativo en su última relación sexual. Esto fue algo más frecuente en los varones (77,1%) que en las mujeres (74%). Por otro lado, el 46,7% de los y las que tuvieron relaciones alguna vez utilizó siempre algún método anticonceptivo y cabe destacar que las mujeres (55%) tienden a usar anticoncepción más que los varones (39,9%).

Según el estudio de Zamberlin et. al. (2014), 32% de las adolescentes que atravesaron un parto o un aborto estaban usando un MAC cuando quedaron embarazadas y expresan distintos motivos por los cuales creen que ocurrió el embarazo a pesar de haber estado utilizando un MAC. En más de la mitad de los casos (52%) refieren que hubo uso irregular, discontinuo o incorrecto del preservativo o de los anticonceptivos orales. El mal uso de preservativo se identifica en los testimonios que evidencian que se utiliza solo en algunas y no en todas las relaciones, y/o que no lo utilizan a lo largo de toda la relación sexual (penetración sin preservativo previa a la eyaculación). El mal uso de los anticonceptivos orales se encuentra en la toma no sistemática, los olvidos, y la discontinuidad a veces asociada a la percepción de efectos secundarios o al temor de experimentarlos, pero también producto de la voluntad de cambiar a otro método que se traduce en el abandono del actual sin una adopción simultánea de otro.

4-11 ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

Según una estimación realizada por las investigadoras Mario y Pantelides (2009) a solicitud del Ministerio de Salud de la Nación, en la Argentina se realizan alrededor de 450.000 abortos al año², lo que significa más de un aborto por cada dos nacimientos (0,64 abortos por cada nacimiento). No es posible estimar qué proporción de estos serían en adolescentes.

Los datos oficiales indican que el año 2012 se registraron cerca de 8251 egresos hospitalarios por abortos en adolescentes en instituciones públicas de todo el país. Esta cifra debe considerarse como un proxy de la ocurrencia del evento ya

que la centralización de ese indicador presenta dificultades.³ Además contabiliza solo la ocupación de cama y no así la atención por guardia, lo que deja fuera muchas situaciones de aborto que no presentan complicaciones y no requieren internación⁴ (Tabla 9).

Los egresos ginecobstétricos representan el 56,3% de los egresos hospitalarios en las mujeres adolescentes y dentro de ellos 8,2% corresponde a abortos (Gráfico 39).

En algunas jurisdicciones del país el peso del aborto dentro de los egresos ginecobstétricos de adolescentes es más elevado, destacándose Tierra del Fuego (14,2%), Chubut (13,9%), Catamarca (11%) y Buenos Aires (10,7%) (Gráfico 40).

Si se analizan todos los egresos por aborto que se registraron en el país en el 2012 se observa que un 18,42% correspondió a mujeres menores de 20 años y si se pone la mirada en los años anteriores puede observarse que desde el año 1995 a la actualidad se registra un aumento del peso de las mujeres adolescentes en la población de mujeres de todas las edades que son hospitalizadas por esta causa (Gráfico 41).

4-12 MORTALIDAD MATERNA EN LA ADOLESCENCIA

En el año 2013 el 13,4% de las defunciones maternas (33 defunciones) fueron mujeres menores de 20 años. Durante el período 1990-2013 la razón de mortalidad materna en adolescentes mostró leves oscilaciones y se ubica actualmente en 2,8 x 10.000 NV (Gráfico 42) (Tabla 10).

Para analizar la estructura de las causas de muerte materna tomamos el período 2005-2013 para disminuir el efecto de las variaciones anuales. Es posible observar que las muertes por causas indirectas fueron las más frecuentes tanto en todas las mujeres (27,1%) como en adolescentes (25%) y las muertes por aborto se ubicaron en segundo lugar tanto en las mujeres de todas las edades (22,9%) como en las adolescentes (19,1%) (Gráfico 43).

Entre las adolescentes, al ser menor la cantidad de muertes maternas, el porcentaje de muertes por abortos muestra más

² Valor promedio dentro del rango estimado de entre 372.000 y 522.000.

³ Hay períodos en que jurisdicciones enteras no informan sus datos, y otras que si bien informan, la cobertura del sector oficial no es completa.

⁴ A partir de la creciente utilización del misoprostol, que redundó en una mayor seguridad de los abortos, la atención de las mujeres que consultan por aborto en curso o aborto incompleto sin complicaciones es posible de manejar por guardia sin internación. Estos casos no se registran en las estadísticas de egresos hospitalarios.

Tabla 9. Egresos por aborto en adolescentes por edad simple. Argentina. 2013.

Edad	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Egresos por aborto	-	4	31	105	335	842	1271	1625	1965	2073

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

Gráfico 39. Distribución porcentual de los egresos hospitalarios por causas ginecobstétricas en mujeres adolescentes. Argentina. 2012.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnósticos. 2012.

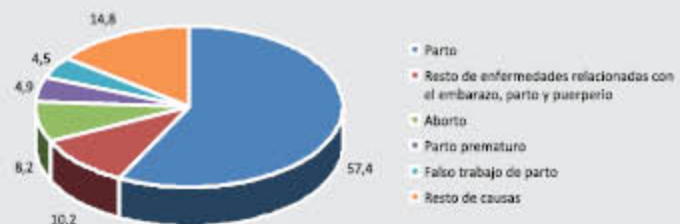


Gráfico 40. Proporción de egresos hospitalarios por diagnóstico de aborto sobre total de egresos obstétricos en adolescentes (10-19) por jurisdicción. Argentina. 2012.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnósticos. Año 2012. No se cuenta con datos de CABA. Por lo tanto tampoco se reporta Total país.

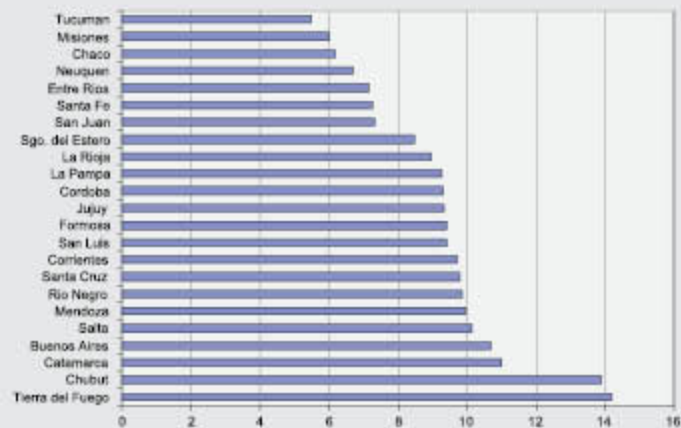


Gráfico 41. Evolución del peso de las adolescentes entre los egresos por aborto. Argentina. 1995, 2000, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnósticos. 1995, 2000, 2005-2012.

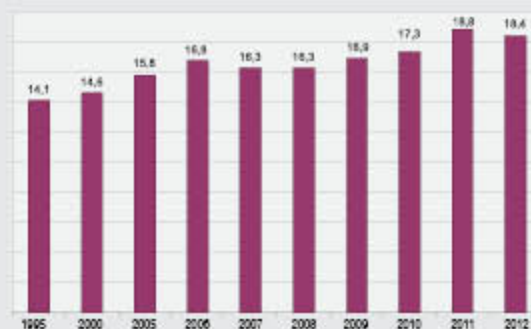


Tabla 10. Principales indicadores sobre mortalidad materna. Argentina. 2013.

Principales indicadores sobre mortalidad materna en el año 2013	
Total de muertes maternas	245
Total de muertes maternas en adolescentes (10-19)	33
Muertes por abortos en todas las mujeres	50
Muertes por abortos en mujeres adolescentes (10-19)	9
Razón de Mortalidad Materna (RMM) en todas las mujeres	3,2 x 10.000 NV
Razón de Mortalidad Materna (RMM) en adolescentes	2,8 x 10.000 NV
Proporción de muertes maternas por aborto en todas las mujeres*	20
Proporción de muertes maternas por aborto en mujeres adolescentes*	27,3

* Calculada sobre el total de muertes maternas.

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

Gráfico 42. Evolución de la Tasa de mortalidad materna en adolescentes. Argentina. 1990-2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

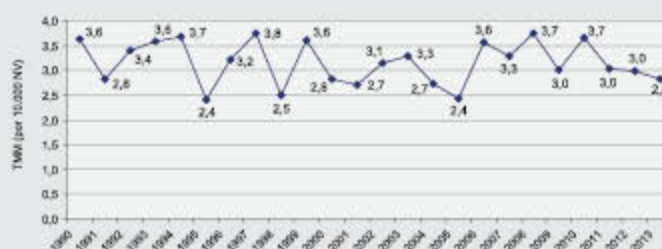


Gráfico 43. Distribución porcentual de las muertes maternas según grupos de causas en adolescentes y mujeres de todas las edades. Argentina. 2005/2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Anuarios estadísticos 2005/2013.

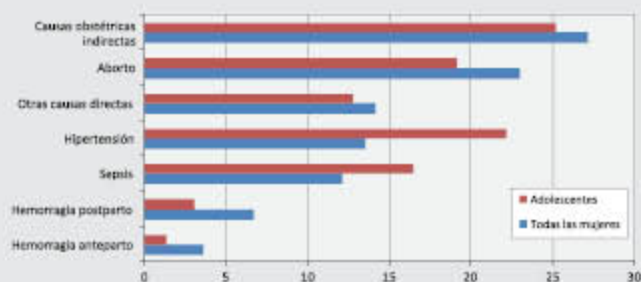
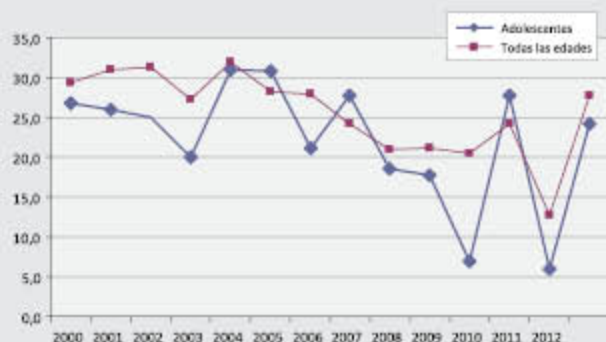


Gráfico 44. Evolución del aborto como porcentaje de las muertes maternas en adolescentes y en todas las mujeres. Argentina. 2000-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuarios estadísticos 2000/2012.



oscilaciones. En el período 2000-2010 el total de muertes maternas por aborto en adolescentes se mantuvo entre 7 y 10 defunciones anuales y descendió a 3 en el 2010 y 2 en 2012 (Gráfico 44).

4-13 ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El análisis de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNS) realizado por Pantelides, Binstock, y Mario (2007) muestra que prácticamente todas las adolescentes han tenido al menos un control durante el embarazo. Las adolescentes de 15-19 años presentan el porcentaje más alto de controles insuficientes (18%). Con respecto a la edad gestacional al momento del primer control del embarazo, a menor edad de la embarazada menor es el porcentaje de mujeres que realizaron el primer control antes de las 13 semanas. En el grupo de 15 a 19 años, 46% lo hizo recién después de la semana 12.

Los datos de la encuesta a púerperas adolescentes realizada por Gogna et al. (2005), indican que el control prenatal adecuado es más frecuente en las primíparas (75%) que las multiparas (52%), y se observa también que el nivel educativo y la condición de pobreza afectan la probabilidad de realizar 5 o más controles durante el embarazo. En cuanto al momento del primer control, 56% de las que realizaron al menos uno tuvo su primer control en el primer trimestre del embarazo, 37% en el segundo trimestre y 5,5% en el último trimestre. El inicio temprano de los controles es mayor en las primíparas (60%) que en las multiparas (45,6%). Los controles del embarazo se realizaron mayormente en centros de salud (68%) y en menor proporción en hospitales (28,3%) del sistema público, mientras que una minoría (3,6%) los realizó en instituciones privadas (Gogna et al., 2005).

En cuanto a las prácticas realizadas en la consulta de control prenatal, se observa una alta cobertura de las prácticas rutinizadas (control de presión arterial, peso y altura uterina, auscultación del feto, ecografía y vacuna antitetánica) y un déficit de otras prácticas preventivas: solo un tercio de las encuestadas recibió información sobre métodos anticonceptivos (Gogna et al., 2005). En el estudio de Zamberlin et al. (2014) la proporción que recibe alguna información sobre anticoncepción en el control prenatal es mayor (58%) pero con un enorme potencial desaprovechado, especialmente si se tiene en cuenta que la casi totalidad de las encuestadas (93%) expresó su intención de usar un método anticonceptivo a futuro, principalmente anticonceptivos orales y DIU.

4-14 ANTICONCEPCIÓN POSEVENTO OBSTÉTRICO

En el estudio de Zamberlin et al. (2014) 43% de adolescentes posevento se fueron con un MAC de la internación. La entrega de MAC se limitó exclusivamente a anticonceptivos orales (72%) y preservativos (27%) tanto para la muestra posparto como posaborto.

Al contrastar el tipo de MAC que las adolescentes expresaron que quisieran adoptar posevento con el que efectivamente están utilizando 160 días más tarde, se observa una brecha importante. Resulta evidente que muchas adolescentes no acceden al MAC de su elección, principalmente las que optaron por el DIU.

El análisis diferenciado por tipo de evento muestra que las adolescentes que atraviesan un aborto reciben menos información durante la internación que las púerperas y que el acceso a la anticoncepción posaborto no es oportuno. Adicionalmente, las que pasan por un aborto son quienes menos acceden a los métodos de largo plazo. Esto revela una calidad de atención diferencial con mayores déficits en las mujeres posaborto, así como circuitos institucionales focalizados únicamente en las adolescentes madres que podrían vincularse a los prejuicios y discriminación que aún genera esta práctica entre algunos profesionales de salud.

Transcurrido un promedio de 80 días posevento, 80% de las adolescentes está usando un MAC moderno. Este es sin duda un dato alentador. No obstante, al indagar sobre la calidad del uso, se identifica que en una alta proporción de adolescentes el uso no es correcto ni sistemático, con el consecuente riesgo de embarazo.

Al contrastar el tipo de MAC que las adolescentes expresaron que quisieran adoptar posevento con el que efectivamente están utilizando al momento del segundo seguimiento, se observa una brecha importante. Resulta evidente que muchas adolescentes no acceden al MAC de su elección, principalmente las que optaron por el DIU.

Muchas adolescentes llegaron al embarazo por fracaso en el uso correcto y sostenido del preservativo y los anticonceptivos orales y, luego del parto/aborto, se les vuelve a indicar el uso de esos mismos métodos. Sin desestimar la importancia del preservativo por su doble protección, una mayor oferta de métodos de largo plazo, como el DIU y el implante subdérmico, tal como lo demandan las adolescentes, en el marco de una consejería integral, podría garantizar mejores resultados

a futuro. Máxime si se tiene en cuenta que luego del embarazo aumenta la convivencia con la pareja y por lo tanto hay mayor frecuencia de relaciones sexuales.

Los métodos de largo plazo son los grandes ausentes en el recorrido de las adolescentes estudiadas, tanto antes como después del embarazo, incluso en las multigestas. Esta realidad refleja actitudes refractarias desde el sistema de salud a ofrecer y proveer métodos de largo plazo a adolescentes, que seguramente se andan en nociones desactualizadas sobre la elegibilidad de adolescentes, en especial nulíparas, a un método como el DIU.

4.15 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS están entre las causas más frecuente de enfermedad en todo el mundo y pueden tener consecuencias sobre la salud a largo plazo. Facilitan la transmisión del VIH, y si no se tratan correctamente algunas ITS pueden conducir a cáncer cervical. En todo el mundo los mayores índices de ITS se encuentran en la población de entre 15 y 24 años.

VIH/SIDA

Conforme a la información publicada por la Dirección Nacional de Sida y ETS, tanto en varones como en mujeres la mayor cantidad de diagnósticos de VIH⁵ se realiza entre los 25 y 34 años, registrándose un aumento paulatino de la mediana de edad de diagnóstico a lo largo del período 2001-2009.

En relación con las notificaciones de niños y adolescentes, entre el 2003 y 2013 se recibieron notificaciones de 4.461 personas de 0 a 19 años, de las cuales un 44% pertenecían al grupo 0 a 14 y un 56% al grupo de 15 a 19. El grupo de menores de 14 años es el único que presenta un descenso significativo en el número de casos en este período, debido a las estrategias implementadas para la prevención de la transmisión vertical.

En el grupo de 15 a 19 años, las tasas de diagnóstico son mayores en mujeres que en varones debido al acceso diferencial a la prueba de VIH. Las mujeres acceden al testeo a partir de la oferta universal de la prueba en el control prenatal, en tanto los varones, en general, solo lo hacen por su propia demanda a partir de una mayor percepción de riesgo o ante un requerimiento médico específico. Existe por lo tanto un sesgo en el acceso a la prueba diagnóstica que se traduce en tasas diferenciales según sexo (Tablas 11 y 12).

La principal vía de transmisión en el grupo de adolescentes menores de 14 años es fundamentalmente vertical, mientras que en adolescentes mayores de 15 años son las relaciones sexuales.

En los varones las prácticas sexuales desprotegidas con otros varones son la principal vía de exposición y representaron el 48,8% en el período 2012-2014.

En el caso de las mujeres las relaciones heterosexuales desprotegidas son causa de la gran mayoría de las infecciones, representando el 80% en el mismo período.

Del 2011 al 2013 no se registraron diagnósticos por uso compartido de material para el consumo de drogas inyectables (Tabla 13).

Hasta el 2011 el diagnóstico tardío se definía como presencia de un evento definidor de Sida al momento del diagnóstico o dentro de los 12 meses siguientes. Así, en el período 2009-2011 se diagnosticaron en etapas avanzadas el 8,9% de los varones y el 2,3% de las mujeres de entre 15 y 19 años. Desde el 2012 se incluye en la ficha de notificación el estadio clínico al momento del diagnóstico. De acuerdo a esta definición se diagnosticaron en forma tardía el 15,8% de los varones y el 4,8% de las mujeres de 15 a 19 años.

⁵ Hasta el año 2001 solo se notificaban en el país los casos de SIDA, a partir de ese año se implementó la notificación de los diagnósticos de infección por VIH.

Tabla 11. Evolución de la tasa de diagnóstico de VIH por 100 mil habitantes en adolescentes de 10 a 14 años. Argentina. 2001 - 2013.

Tasa de Diagnóstico	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Varones	0,9	0,7	0,6	0,3	0,6	0,9	0,7	0,4	0,45	0,5	0
Mujeres	1,4	0,7	1,2	0,5	0,65	0,9	1	1	0,75	0,6	0,4
Total	1,2	0,7	0,9	0,4	0,6	0,9	0,9	0,7	0,6	0,55	0,2

Fuente: Elaboración en base a datos suministrados por la Dirección Nacional de Sida y ETS.

Tabla 12. Evolución de la tasa de diagnóstico de VIH por 100 mil habitantes en adolescentes de 15 a 19 años. Argentina. 2001 - 2013.

Tasa de Diagnóstico	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Varones	4,6	4,5	5	4,9	5,2	5,5	7,8	6,6	6,4	5,4	4,2
Mujeres	8,5	8,6	7,9	8,3	9,1	8,7	5,6	9,6	7,6	7,4	4,2
Total	6,6	6,6	6,5	6,6	7,1	7,1	6,7	8,1	7	6,4	4,2

Fuente: Elaboración en base a datos suministrados por la Dirección Nacional de Sida y ETS.

Tabla 13. Vías de transmisión en personas de 10- 14 y de 15-19 años con diagnóstico de VIH por sexo. Argentina. 2004-2014.

		2004 - 2006		2007 - 2011				2012 - 2014					
		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Varón	Relaciones heterosexuales	0	0	84	36,2	5	18,5	144	29,4	2	11,8	86	29,7
	Hombres que tienen sexo con hombres	0	0	112	48,3	1	100	248	50,6	2	11,8	141	48,8
	Transmisión vertical	27	69,2	7	3	27	44,3	17	3,5	6	35,3	1	0,3
	Usuarios de drogas inyectables	0	0	15	6,5	0	0	7	1,4	0	0	0	0
	Hemo/ Transfusión	0	0	1	0,4	1	100	0	0	1	5,9	0	0
	Otro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Desconocido	12	30,8	13	5,6	18	56,3	74	15	6	35,3	61	21,1
	Total	39	100	232	100	52	100	490	100	17	100	289	100
Mujer	Relaciones heterosexuales	20	35	365	88,1	22	31,4	631	84,4	10	33,3	273	80,7
	Transmisión vertical	32	56,1	2	0,5	34	48,6	18	2,4	14	46,7	3	0,9
	Usuarías drogas inyectables	2	3,5	13	3,1	0	0	10	1,3	0	0	0	0
	Hemo/ Transfusión	0	0	2	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0
	Otro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Desconocido	3	5,3	32	7,7	14	20	89	11,9	6	20	62	18,3
	Total	57	100	414	100	70	100	748	100	30	100	338	100

Fuente: Elaboración en base a datos de la Dirección de Sida y ETS. Los porcentajes fueron calculados según género.

5

CAUSAS EXTERNAS

Evaluar la mortalidad es una de las formas de analizar las condiciones de salud de una población. Las defunciones en la adolescencia representan una pequeña porción de todas las defunciones que se registran en el país anualmente. Del total de muertes que ocurren cada año, cerca del 40% corresponde a personas mayores de 80 años y apenas 1,2% a adolescentes (Tabla 14).

La tasa de mortalidad de adolescentes indica que la probabilidad de morir es baja en relación a otros grupos de edad. El riesgo de muerte en la adolescencia es alrededor de 5 cada 10.000 habitantes de 10 a 19 años, lo que constituye la tasa de mortalidad más baja de todos los grupos etarios (Tabla 14).

Tal como sucede en otros grupos de edad, entre la población adolescente la mayor cantidad de defunciones se registra en varones; la brecha entre la tasa de mortalidad de los varones es tres veces más alta que la de las mujeres en la adolescencia y juventud respecto a edades más tempranas. Dicha diferencia se sostiene en la adultez, y aunque va descendiendo, la tasa de mortalidad masculina duplica la femenina hasta edades avanzadas (Gráfico 45 / Tabla 15).

Al analizar las principales causas de defunción por sexo en el total de población, se observa que tanto en enfermedades infecciosas como en tumores, la proporción de muertes por estas causas es similar entre varones y mujeres. Las defunciones por causas asociadas al sistema respiratorio y al sistema circulatorio representan una mayor proporción sobre el total de defunciones entre las mujeres. Sin embargo, la mortalidad por causas externas representa casi el 10% de las defuncio-

nes en los varones, triplicando el 3,3% que representan estas defunciones entre las mujeres (Gráfico 46).

Por otra parte, si se analizan las principales causas de mortalidad por grupos de edad (Tabla 16), puede observarse que mientras los tumores conforman una carga importante de mortalidad en las personas mayores de 45 años, y las enfermedades circulatorias en los mayores de 65 años; las causas externas comienzan a tener peso durante la infancia para convertirse en la primera causa de mortalidad de la población adolescente, joven y adultos jóvenes (15 a 44 años).

Como puede verificarse en la tabla anterior, dentro de las primeras 10 causas de muerte las lesiones por causas externas constituyen la primera causa de mortalidad en personas de 1 a 44 años, mientras que las lesiones causadas por el tránsito (LT) se ubicaron en primer lugar en edades entre 15 y 34.

5-1 EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD ADOLESCENTE

En lo referido específicamente a la mortalidad en población adolescente, se observa una disminución del 10% en las defunciones entre 2002 y 2004. Desde entonces se producen ligeras modificaciones en el total anualmente, lo cual ha determinado que la tasa de mortalidad se mantenga estable y con poca variación en los últimos años, aunque con una tendencia ascendente en el período 2005-2012 (excepto el registro de 2010) y un leve descenso en 2013 (Gráfico 48). La evolución no ha variado según sexo, ya que ambos acompañaron la tendencia general.

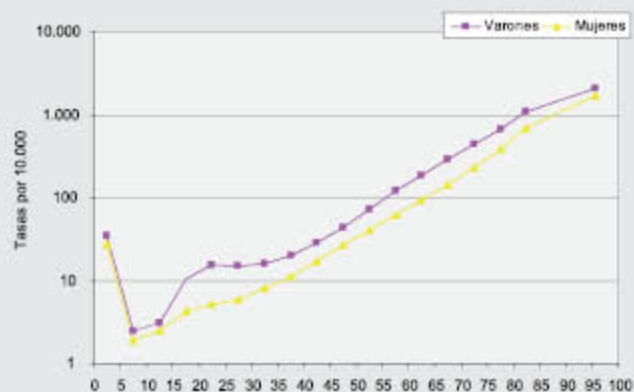
Tabla 14. Total de defunciones, distribución proporcional y tasa de mortalidad según grupos de edad. Argentina. 2013.

Grupos de edad	Total de defunciones	Distribución porcentual por grupos de edad	Tasas de mortalidad por grupos de edad (x 10.000 hab.)
Población total	326.197	100,0	77,3
Menores de 10 años	10.233	3,2	14,4
10 a 19 años	3.866	1,2	5,4
20 a 29 años	7.174	2,2	10,6
30 a 39 años	8.302	2,5	13,5
40 a 49 años	13.353	4,1	27,9
50 a 59 años	28.197	8,6	69,1
60 a 69 años	52.309	16,0	165,9
70 a 79 años	71.720	22,0	372,6
80 y más	130.340	39,9	1217,6
s/esp.	703	0,2	

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, anuario estadístico 2013.

Gráfico 45. Tasas de mortalidad ajustada por grupos quinquenales de edad y sexo. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, anuario estadístico 2013.

**Tabla 15.** Tasas de mortalidad por 10.000 habitantes ajustada por grupos quinquenales de edad y sexo. Argentina. 2013.

Edad	Varones	Mujeres
0-4	27,8	23,3
5-9	2,3	1,7
10-14	2,9	2,2
15-19	11,9	4,6
20-24	16,3	5
25-29	15,2	5,9
30-34	16,5	7,8
35-39	19,7	10,4
40-44	28,1	16,5
45-49	43,9	24,9
50-54	70,1	38,3
55-59	113,2	60,9
60-64	183,1	93,5
65-69	275,2	141,1
70-74	411,3	219,1
75-79	624,7	356,9
80-84	1053,6	676,1
85 y mas	1955,1	1586,6

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, anuario estadístico 2013.

Como se planteó anteriormente, es evidente que el mayor porcentaje de muertes en la adolescencia afecta a los varones, quienes acumulan alrededor del 70% de las defunciones cada año (Gráfico 49). Esta diferencia entre varones y mujeres se explica por la ocurrencia diferencial de la mortalidad por causas externas, en particular por las lesiones no intencionales que resultan mortales (en su mayoría las lesiones de tránsito), los suicidios y los homicidios.

Por otra parte, la mortalidad de adolescentes no es uniforme entre las distintas provincias del país. Las tasas más alta se registraron en las provincias de Formosa, con 7,9 defunciones por cada 10.000 habitantes de 10 a 19 años, y Salta (7,8), más del doble de las tasas registradas en Tierra del Fuego (2,7) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3,1 por diez mil).

En el caso de la provincia de Buenos Aires, si bien la tasa es levemente inferior al promedio nacional (5,3), es el territorio que concentra el 35% de las defunciones. (Tabla 17).

5-2 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA ADOLESCENCIA

Las lesiones no intencionales, habitualmente consignadas como accidentes, son la causa de muerte más frecuente en la adolescencia ya que representan casi el 30% de las defunciones, seguidas por los suicidios con un 13%; también están entre las primeras causas los eventos de intención no determinada (9,6%) y los homicidios (8,9%).

Otras causas importantes de mortalidad en la adolescencia son los tumores (9,4%), las enfermedades del sistema nervio-

Gráfico 46: Principales causas de mortalidad por sexo. Población total. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS Anuario estadístico 2013.

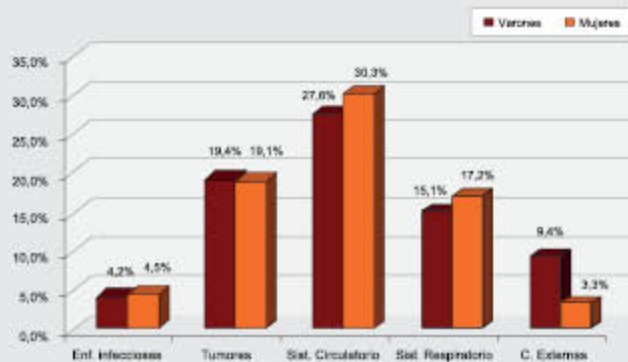


Tabla 16. Principales causas de muerte por grupos de edad. Argentina. 2013.

	Total	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más
1	Circulatorias	Perinatales	Causas externas	Causas externas	Causas externas (LT)*	Causas externas (LT)*	Causas externas	Tumores	Tumores	Circulatorias	Circulatorias
2	Tumores	Congénitas	Congénitas	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Circulatorias	Circulatorias	Tumores	Respiratorias
3	Respiratorias	Respiratorias	Respiratorias	Respiratorias	Respiratorias	Infecciosas	Circulatorias	Causas externas	Respiratorias	Respiratorias	Tumores
4	Causas externas	Infecciosas	Tumores	Congénitas	Circulatorias	Circulatorias	Infecciosas	Respiratorias	Causas externas	Infecciosas	Urinarías
5	Infecciosas	Causas externas	Infecciosas	Circulatorias	Infecciosas	Respiratorias	Respiratorias	Infecciosas	Infecciosas	Diabetes mellitus	Infecciosas
6	Urinarías	Circulatorias	Circulatorias	Infecciosas	Embarazo	Embarazo	Hepáticas	Hepáticas	Hepáticas	Urinarías	Diabetes mellitus
7	Diabetes mellitus	Tumores	Metabólicas	Metabólicas	Congénitas	Urinarías	Urinarías	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Causas externas	Causas externas
8	Hepáticas	Meningitis	Def. nutricionales	Urinarías	Urinarías	Hepáticas	Diabetes mellitus	Urinarías	Urinarías	Hepáticas	Trast. mentales
9	Perinatales	Metabólicas	Urinarías	Def. nutricionales	Hepáticas	Diabetes mellitus	Embarazo	Trast. mentales	Trast. mentales	Trast. mentales	Metabólicas
10	Trast. mentales	Def. nutricionales	Meningitis	Hepáticas	Diabetes mellitus	Congénitas	Trast. mentales	Intestinales	Intestinales	Intestinales	Alzheimer

(*) LT: Lesiones causadas por el tránsito.

Fuente: Elaboración de SIVILE en base a DEIS, Anuario Estadístico 2013.

Gráfico 48: Evolución de la tasa de mortalidad en adolescentes. Argentina. 2002 - 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuarios estadísticos 2002 - 2013.

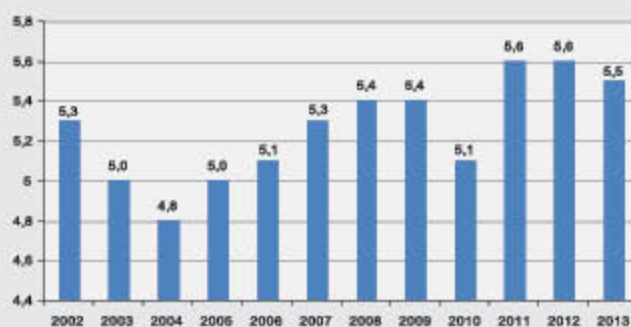


Gráfico 49. Evolución del total de defunciones en adolescentes, por sexo. Argentina. 2002 - 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuarios estadísticos 2002 - 2013.



Tabla 17. Defunciones y tasa de mortalidad en adolescentes (10-19 años) por 10.000 habitantes. Según jurisdicción. Argentina. 2013.

Jurisdicción de residencia	Total de defunciones de adolescentes	Tasa de mortalidad de adolescentes
REPÚBLICA ARGENTINA	3.866	5,5
CABA	117	3,1
Buenos Aires	1.360	5,3
Catamarca	44	5,7
Córdoba	238	4,2
Corrientes	127	6,1
Chaco	151	6,6
Chubut	44	4,7
Entre Ríos	130	5,7
Formosa	97	7,9
Jujuy	93	6,6
La Pampa	31	5,6
La Rioja	43	6,3
Mendoza	156	5,1
Misiones	147	5,9
Neuquén	40	3,9
Río Negro	42	3,6
Salta	206	7,8
San Juan	67	5,1
San Luis	47	5,5
Santa Cruz	21	4,0
Santa Fe	369	7,1
Santiago del Estero	93	4,9
Tucumán	179	6,2
Tierra del Fuego	7	2,7
Otros países	10	
Lugar no especificado	7	

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

so central (5,1%), las enfermedades respiratorias (5,3%), y las del sistema circulatorio (4%) (Gráfico 50).

Al analizar la mortalidad en la adolescencia según sexo es posible observar algunas diferencias. Por un lado, el riesgo de morir durante esta etapa es más del doble para los varones que para las mujeres: la tasa de mortalidad en varones es de 74,3 x 100.000; y la tasa de mortalidad en mujeres 34 x 100.000. Cada 3 muertes de adolescentes, 2 corresponden a varones.

Por otro lado, si bien los accidentes constituyen la principal causa de muerte de los y las adolescentes, la proporción de cada causa es diferente para varones y mujeres: por ejemplo, entre los varones las muertes por agresiones representan el 8,8% y para las mujeres el 1,2% y en relación a los tumores el 14,5% en mujeres y el 10% en varones (Tabla 18).

Respecto a las diferencias por edad, la mayor proporción de muertes está en la población de 15 a 19 años, para ambos sexos: el 80% de las defunciones adolescentes masculinas y el 68% de las femeninas ocurren en el grupo de 15 a 19 años

de edad. Entre los y las adolescentes de 10 a 14 años son más frecuentes las causas vinculadas a enfermedades del sistema nervioso central y malformaciones congénitas, entre otras.

En el grupo de 15 a 19 años aumentan significativamente todas las causas externas, particularmente entre los varones. Justamente son éstas las que pueden explicar la brecha de mortalidad entre el grupo de 10 a 14 años respecto al de 15 a 19 años. En el caso de los varones, la cantidad de defunciones se cuadruplica (de 521 a 2.155) y el conjunto de causas externas pasa a conformar del 44,9% al 75,7% del total de muertes (Tabla 18).

Como puede verse en el gráfico 51 las principales causas de mortalidad en la adolescencia representan una proporción diferente sobre el total de las defunciones según el sexo y el grupo de edad. Mientras las enfermedades del sistema nervioso central disminuyen su carga sobre el total de mortalidad a medida que aumenta la edad, las enfermedades del sistema respiratorio disminuyen con la edad entre los varones pero mantienen su carga proporcional entre las mujeres. En el caso de los accidentes, la proporción que representan sobre el to-

Gráfico 50. Mortalidad proporcional en Adolescentes. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

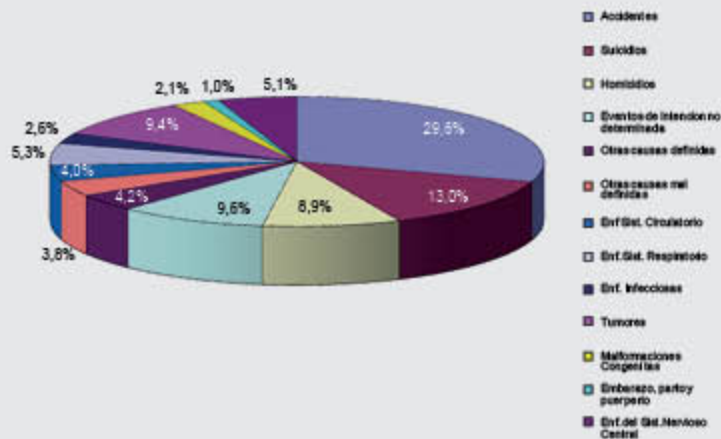


Gráfico 51. Mortalidad proporcional en adolescentes por sexo y grupos de edad. Principales causas de mortalidad. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

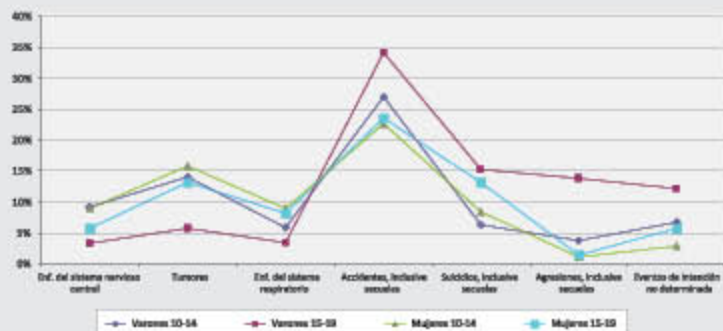


Tabla 18. Defunciones en la adolescencia. Mortalidad proporcional por sexo y grupos de edad. Argentina. 2013.

Grupo de causas de defunción	Varones					Mujeres				
	Total	Defunciones 10-14	Defunciones 15-19	Mortalidad Proporcional 10-14	Mortalidad Proporcional 15-19	Total	Defunciones 10-14	Defunciones 15-19	Mortalidad Proporcional 10-14	Mortalidad Proporcional 15-19
Todas las causas	2.676	521	2155	100%	100%	1.182	379	803	100%	100%
Enf. infecciosas y parasitarias	51	19	32	3,6%	1,5%	49	14	35	3,7%	4,3%
Tumores	199	73	126	14%	5,8%	166	60	106	15,8%	13,2%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	26	18	8	3,4%	0,4%	27	9	18	2,4%	2,2%
Enfermedades del sistema nervioso central	119	48	71	9,2%	3,3%	80	34	46	8,9%	5,7%
Enfermedades del sistema circulatorio	97	29	68	5,6%	3,2%	57	19	38	5,1%	4,7%
Enfermedades del sistema respiratorio	104	31	73	5,9%	3,4%	100	34	66	8,9%	8,2%
Enfermedades del hígado	12	1	11	0,2%	0,5%	10	7	3	1,8%	0,4%
Enfermedades del sistema urinario	13	4	9	0,8%	0,4%	14	4	10	1,1%	1,2%
Malformaciones congénitas	39	21	18	4%	0,8%	44	30	14	7,9%	1,7%
Accidentes, inclusive secuelas	876	141	735	27%	34,1%	265	86	189	22,7%	23,5%
Suicidios, inclusive secuelas	363	33	330	6,3%	15,3%	137	32	105	8,4%	13,1%
Agresiones, inclusive secuelas	317	20	297	3,8%	13,8%	15	4	11	1,1%	1,4%
Eventos de intención no determinada	299	35	264	6,7%	12,2%	58	11	47	2,9%	5,8%
Otras violencias	10	4	6	0,8%	0,3%	4	1	3	0,3%	0,4%
Demás causas definidas	46	15	31	2,9%	1,4%	69	23	46	6,1%	5,7%
Mal definidas y desconocidas	105	29	76	5,6%	3,5%	39	16	23	4,2%	2,8%

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

tal de defunciones aumenta significativamente con la edad entre los varones, al igual que las agresiones y los eventos de intención no determinada. Respecto a los suicidios, la carga proporcional es mayor entre las mujeres en el grupo de 10 a 14 años, y entre los varones en el grupo de 15 a 19 años.

5-3 CAUSAS EXTERNAS: MUERTES VIOLENTAS EN LA ADOLESCENCIA

Las lesiones por causas externas, también llamadas causas violentas, se consideran un problema sanitario a nivel internacional desde hace varias décadas. Según datos de la OMS citados en la ENFR (2009), alrededor de una de

cada diez muertes en el mundo ocurren por estas causas. Además, representan la primera causa de muerte en la población joven, por lo que generan un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP).

Las causas externas pertenecen al Capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10). Entre ellas se distinguen las lesiones no intencionales o accidentes, en su mayoría lesiones ocasionadas por el tránsito; y las lesiones intencionales, que pueden ser autoinflingidas o suicidios, o las lesiones por agresiones u homicidios. También se incluye dentro de estas causas los eventos en los que no se determina la intención y otras como

complicaciones de la atención médica y también las secuelas de causas externas.

En Argentina alrededor del 7% de las defunciones registradas en población general corresponden a la mortalidad por causas externas. La mayor parte de las defunciones por causas externas corresponden a lesiones no intencionales (accidentes), luego a suicidios y en tercer lugar están las agresiones (homicidios). En un número significativo no se especifica la intención y por lo tanto no puede distinguirse el verdadero problema que originó la muerte dando lugar a un subregistro de las posibles causas.

Como puede observarse en el Gráfico 46, 3 de cada 4 defunciones corresponde a varones (75%), proporción que aumenta tanto en el caso de los suicidios (80%), como en los eventos de intención no determinada (81%) y especialmente en los homicidios (86%).

Al analizar la evolución de las muertes por causas externas durante el ciclo de vida, se evidencia que las diferencias por sexo comienzan a ser más significativas a partir de la adolescencia, con una diferencia pronunciada entre varones y mujeres que se mantiene hasta edades avanzadas. (Gráfico 52).

En el caso de las lesiones no intencionales (accidentes) en el grupo de 0 a 14 años de edad alrededor del 60% de las de-

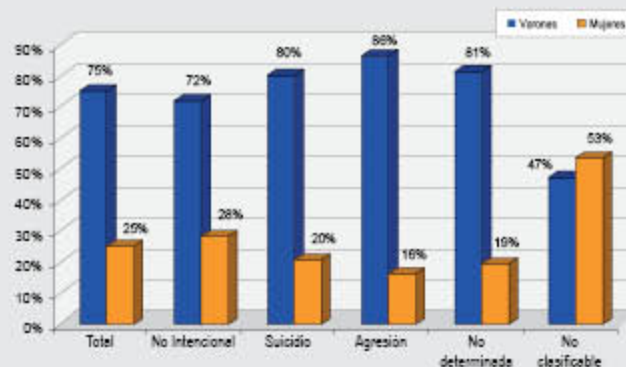
funciones corresponde a varones, esta proporción se eleva al 80% en el grupo de 15 a 19 años y se sostiene entre el 80 y 85% hasta los 59 años (Gráfico 53).

En relación a los suicidios (Gráfico 54), si bien no hay diferencias en las defunciones por sexo hasta los 14 años, a partir del grupo etario de 15-19 años la situación es similar: la proporción se eleva al 76% de defunciones en varones, sosteniéndose entre el 83 y 86% hasta los 50 años, disminuyendo levemente a partir de esa edad.

Finalmente en el caso de las defunciones a causa de agresiones u homicidios (Gráfico 55), si bien en el grupo de 0 a 14 años las muertes de varones solo representan el 55% del total, las brechas por sexo son muy pronunciadas a partir de la adolescencia donde las muertes masculinas se elevan al 95% del total de defunciones por esta causa; y se sostienen durante todo el ciclo de vida: 90% entre los 20 y 29 años, 88% en el grupo de 30 a 39 años, 85% entre los 40 y 49 años, y 80% entre 50 y 59 años.

Como se planteó anteriormente, si bien las causas externas tienen una carga de mortalidad menor a otras problemáticas en la población general, representan alrededor del 60% de las defunciones adolescentes, lo que hace que merezcan una atención especial en dicho grupo etario: Las causas externas en su conjunto constituyen el 69,7% de las defunciones entre

Gráfico 52. Defunciones por causas externas en población general, desagregadas por causa y sexo. Argentina. 2013.



		Varones		Mujeres	
Total	21.171	15891	75%	5218	25%
No intencional	11609	8404	72%	3171	28%
Suicidio	3106	2493	80%	606	20%
Agresión	2199	1893	86%	296	16%
No determinada	3169	2585	81%	574	19%
No clasificable	1088	516	47%	571	53%

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuario Estadístico 2013.

los varones y el 41,4% entre las mujeres adolescentes de 10 a 19 años. En cuanto a la distribución por causa, las lesiones por accidentes representan casi la mitad de las defunciones, seguidas por suicidios, eventos de intención no determinada y homicidios (Gráfico 56).

El mecanismo involucrado en estas muertes difiere entre los distintos tipos de lesiones:

- Cuando las lesiones son no intencionales, es decir accidentes, el mecanismo más frecuente involucra a los vehículos de transporte terrestre, tanto en mujeres (55%) como en varones (60%) (Tabla 19). El ahogamiento o sumersión constituye el segundo mecanismo identificado en varones (8%) y el ahorcamiento es el tercer mecanismo identificado en varones y segundo en mujeres.

- En las lesiones auto inflingidas, es decir suicidios, el método más utilizado es el ahorcamiento (superior al 88%) tanto en mujeres como en varones. El segundo mecanismo identificado es el uso de armas de fuego, 9% de los casos en varones y 6% en mujeres (Tabla 19).

- En las defunciones por agresiones, es decir en los homicidios, la mayor parte de las veces se utilizan armas de fuego como mecanismo involucrado. En los varones este porcentaje asciende al 63,1% mientras que en las mujeres el peso es del 56%. Los cortes o perforaciones son el segundo mecanismo identificado en varones y representa el 22% de los casos (Tabla 19).

Es clara la relación ascendente que existe entre la mortalidad por causas externas y la edad: la tasa de mortalidad por causas externas de adolescentes de 15 a 19 años en

Gráfico 53. Defunciones por lesiones no intencionales desagregadas por sexo y grupo de edad en menores de 60 años. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuario Estadístico. 2013.

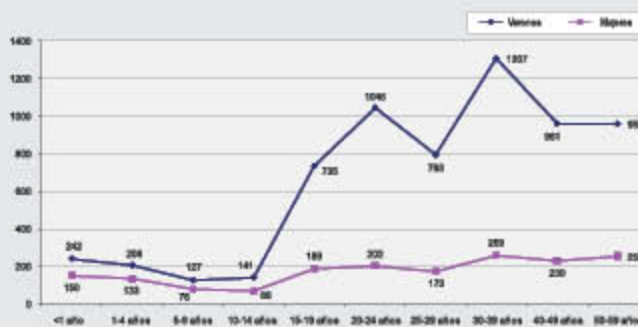


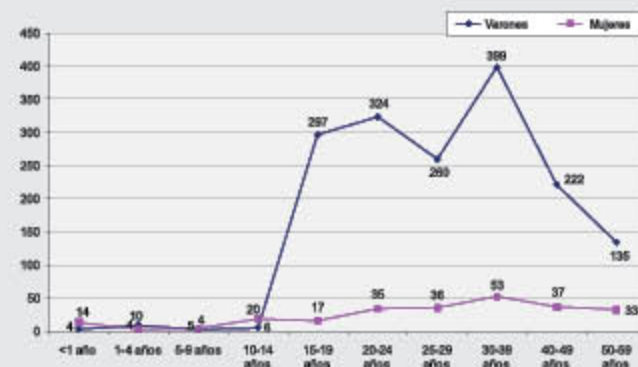
Gráfico 54. Suicidios por sexo y grupo de edad en menores de 60 años. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuario Estadístico. 2013.



Gráfico 55. Homicidios por sexo y grupo de edad en menores de 60 años. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuario Estadístico. 2013.



ambos sexos, es superior a la de adolescentes de 10 a 14 años en todas las causas. La tasa aumenta de 10,2 en el grupo de 10 a 14 años a 54,9 por 100.000 en el grupo de 15 a 19 años (Tabla 20).

También es notoria la diferencia por sexo, ya que la tasa de mortalidad por causas externas es mayor entre los varones en todas las causas: en el grupo de 10 a 14 años la tasa de mortalidad en varones es de 12,8 y la de mujeres de 7,7 por 100.000; en el grupo de 15 a 19 años la tasa de mortalidad por causas externas en varones es de 89,9 y en mujeres de 20 por 100.000. Las diferencias son mayores si se analizan las tasas por causa, especialmente en adolescentes entre 15

y 19 años: la tasa de mortalidad en varones llega a triplicar la tasa en mujeres en el caso de suicidios (18,3 y 5,9 en varones y mujeres respectivamente) y cuadruplicar en los accidentes, 40,6 en varones y 10,7 por 100.000 en mujeres (Tabla 20).

Al analizar las muertes por causas externas en el año 2013 en las provincias (Gráfico 57), se observa que en la mayor parte de las jurisdicciones se replica la distribución observada para el país en la cual los accidentes son la causa más frecuente y luego siguen los suicidios y los homicidios. Sin embargo en algunas provincias los accidentes representan un porcentaje menor que en el promedio nacional (48,8%), como Santa Cruz (23,1%), La Rioja (34,5%) y Tie-

Gráfico 56. Distribución porcentual de las defunciones por causas externas en adolescentes. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

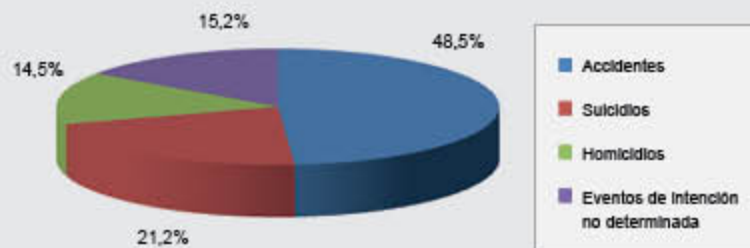


Tabla 19. Mecanismo involucrado en las muertes violentas en adolescentes. Argentina. 2013.

MECANISMOS	TOTAL	NO INTENCIONAL			SUICIDIO			AGRESIÓN		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Todas las Causas Externas	2.358	1.143	876	265	500	363	137	342	317	25
Cortes o perforaciones	97	1	1	0	1	1	0	72	71	1
Ahogamiento o sumersión	107	82	75	7	1	0	1	1	1	0
Caldas	16	11	8	3	2	2	0	0	0	0
Fuego (llama, objeto o sustancia)	26	14	9	5	2	2	0	2	2	0
Armas de fuego	426	2	2	0	40	32	8	214	200	14
Maquinaria	3	3	3	0	-	-	-	0	0	0
Vehículos de transporte terrestre	674	674	525	147	0	0	0	0	0	0
Otros vehículos de transporte	1	1	1	0	-	-	-	-	-	-
Factores naturales o ambientales	3	3	2	1	-	-	-	-	-	-
Envenenamientos	38	23	14	9	6	2	4	0	0	0
Golpes por o contra	11	2	1	1	1	1	0	8	7	1
Ahorcamiento o sofocación	547	40	21	19	441	320	121	7	3	4
Otros especificados	86	76	42	34	2	2	0	3	1	2
Otros no especificados	311	211	172	39	4	1	3	35	32	3

Nota: el total de causas externas no coincide con la suma de accidentes, suicidios y homicidios porque se excluyeron las defunciones por causas externas de intención no determinada y las de intervención legal.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

ra del Fuego (20%). La menor proporción de accidentes puede explicarse por la prevalencia de suicidios como primera causa de mortalidad en estas jurisdicciones, lo que también sucede en Salta y Catamarca.

Por otro lado es de destacarse la elevada proporción de defunciones por causas externas de intencionalidad no determinada que se registra en algunas jurisdicciones, como la Ciudad de Buenos Aires (48,2%) y Santa Fe (30,6%), lo que da cuenta de las dificultades vinculadas al registro de mortalidad por estas causas.

Asimismo, en algunas provincias se observan proporciones similares entre las lesiones no intencionales e intencionales. Tal es el caso de la provincia de Chubut, en la cual el 35,5% de las muertes por causas externas corresponde a accidentes, 35,5% a suicidios y 29% a homicidios. O el caso de Jujuy donde el 44,6% de las muertes corresponden a accidentes y 41,5% a suicidios.

Finalmente, en algunas provincias las defunciones por homicidio superan a los suicidios y se constituyen en segunda causa de mortalidad. Este es el caso de la provincia de Buenos Aires y en particular de los partidos del Gran Buenos Aires donde los homicidios constituyen el 23,5% de las muertes por cau-

Tabla 20. Defunciones por causas violentas en adolescentes y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, según grupos de edad y sexo. Argentina. 2013.

Sexo	Causas de Defunción	10 a 14 años		15 a 19 años	
		Defunciones	Tasa de mortalidad	Defunciones	Tasa de mortalidad
Varones	Accidentes, inclusive secuelas	141	7,8	735	40,6
	Suicidios, inclusive secuelas	33	1,8	330	18,3
	Agresiones, inclusive secuelas	20	1,1	297	16,4
	Eventos de intención no determinada	35	1,9	264	14,6
	Total de defunciones por causas violentas	229	12,8	1626	89,9
Mujeres	Accidentes, inclusive secuelas	86	5	189	10,7
	Suicidios, inclusive secuelas	32	1,9	105	5,9
	Agresiones, inclusive secuelas	4	0,2	11	0,6
	Eventos de intención no determinada	11	0,6	47	2,7
	Total de defunciones por causas violentas	133	7,7	352	20

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

Gráfico 57. Muertes violentas en la adolescencia por causa y por jurisdicciones. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.



sas externas, luego de los accidentes; pero también de las provincias de Entre Ríos y Mendoza en las que los homicidios representan el 24,3% y 25,5% respectivamente.

5.4 SUICIDIOS

La Organización Mundial de la Salud define al suicidio como “el acto de matarse deliberadamente” (OMS, 2015). La prevalencia del suicidio, sus características y métodos utilizados varían entre diferentes poblaciones y en distintos momentos históricos, por lo que resulta prioritaria la vigilancia de la mortalidad por esta causa tanto a nivel nacional como provincial y local (DNSMyA, 2014).

En Argentina el suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte, en particular entre la población joven. La tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad (TMAPE) se ha mantenido relativamente estable entre los años 1997 y 2011, presentando un pico en los años 2001-2002 y descendiendo lentamente a partir de dicho período sin llegar a alcanzar los niveles anteriores (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). No obstante, se observa una transformación en el perfil etario que identifica a los y las adolescentes como población con alto riesgo. Los grupos

de más edad (mayores de 55 años) registraron una reducción muy significativa en sus tasas mientras que los grupos más jóvenes (15 a 24 años y 25 a 34 años) experimentaron un crecimiento considerable (Gráfico 58).

Al analizar comparativamente la evolución de las tasas de suicidio entre 1997 y 2013 en la población joven y la de adultos mayores, puede verificarse que mientras en las personas de 75 años y más edad la tendencia fue descendente, en el caso de los jóvenes de 15 a 24 años la tasa de mortalidad presentó un aumento progresivo hasta el año 2012, marcando un descenso en el año 2013 (DNSMyA, 2015). Esta tendencia se manifiesta especialmente entre los varones (Gráfico 59).

El suicidio es la segunda causa de defunción en adolescentes de 10 a 19 años; en el grupo de 15 a 19 años se reconoce una mortalidad más elevada, incluso superior a la registrada por la población total. Del mismo modo que en los demás eventos de mortalidad por causas externas, existen diferencias por sexo también en el suicidio, y los varones son los más afectados. Entre los 15 y 19 años la tasa en varones poco menos que triplica la de las mujeres. En adolescentes de 10 a 14 años la mortalidad en varones es mayor que en las mujeres pero las diferencias no son tan marcadas (Gráfico 60).

Gráfico 58. Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, según edad. Argentina. 2000-2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuarios estadísticos. 2000 y 2013.

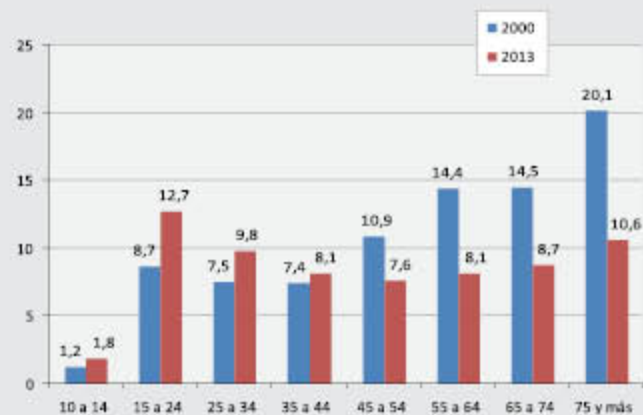


Gráfico 59. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en varones de 15 a 24 años y de 75 y más. Argentina. 1997-2013.

Fuente: Elaboración DNSMyA en base a datos de la DEIS. 1997-2013.



Una mirada retrospectiva permite observar que desde principios de la década del 90 a la actualidad la mortalidad por suicidios en adolescentes se triplicó en el conjunto del país.

Y a pesar de las fluctuaciones que se dan en algunos casos, puede señalarse que la tendencia de las tasas es también a la suba en la mayor parte de las jurisdicciones del país, destacándose los marcados aumentos que se registraron en este período, especialmente en las provincias del norte argentino como Jujuy, Catamarca, La Rioja, Salta, Tucumán y Formosa; y en el sur la provincia de Chubut (Tabla 21 / Gráfico 61).

Algunas de estas provincias, como Catamarca y La Rioja, presentaban tasas similares al promedio nacional en el primer trienio analizado, o incluso más bajas como en el caso de Tucumán; pero en el último trienio registran tasas que llegan a duplicar el promedio nacional.

En último trienio 2011-2013, son Salta y Jujuy las jurisdicciones que tienen las tasas más elevadas, las mismas rondan las 20 defunciones por cada 100.000 adolescentes, mientras Chubut, Catamarca y Formosa presentan tasas que se ubican en las 14 y 15 defunciones cada 100.000. En términos absolutos, las defunciones anuales de adolescentes siguen en aumento, el registro del trienio 2011-2013 fue de 1.484

suicidios en todo el país, siendo el mayor número registrado en todo el período.

En último trienio 2011-2013, son Salta y Jujuy las jurisdicciones que tienen las tasas más elevadas, las mismas rondan las 20 defunciones por cada 100.000 adolescentes, mientras Chubut, Catamarca y Formosa presentan tasas que se ubican en las 14 y 15 defunciones cada 100.000. En términos absolutos, las defunciones anuales de adolescentes siguen en aumento, el registro del trienio 2011-2013 fue de 1.484 suicidios en todo el país, siendo el mayor número registrado en todo el período.

5-5 VIOLENCIA Y LESIONES: MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO

Si bien la información de egresos hospitalarios (en este caso se utiliza el diagnóstico al egreso que es la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento que tuvo el paciente) tiene algunas limitaciones respecto a su cobertura por no informar los establecimientos dependientes de universidades nacionales ni de los subsectores de obras sociales y medicina privada, permiten obtener una aproximación del perfil de la morbilidad de la población.

Gráfico 60. Tasas de mortalidad adolescente por suicidio por 100.000 habitantes según sexo y grupos de edad. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Anuario estadístico. 2013.

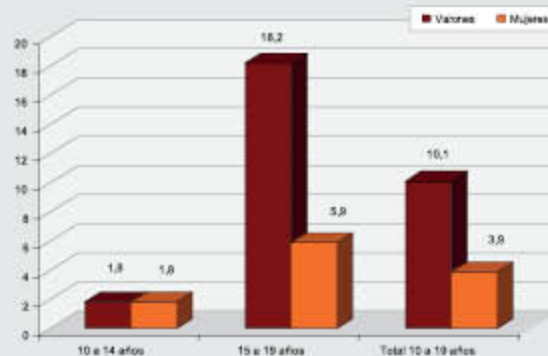
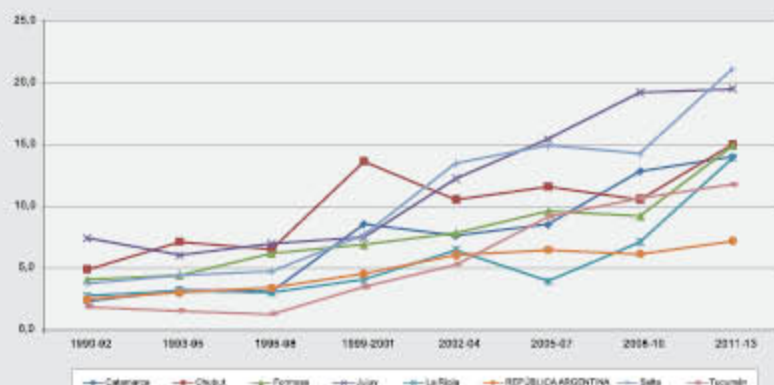


Gráfico 61. Evolución de la tasa trienal de mortalidad en adolescentes por suicidios en provincias seleccionadas (x 100.000 hab). Argentina. 1990-2013.

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.



En el caso de los egresos por causas externas, se incluyen eventos como los traumatismos, envenenamientos, quemaduras, corrosiones, síndromes del maltrato y otras consecuencias de las causas externas, aunque existen deficiencias en las notificaciones que impiden contar con un registro completo de la intencionalidad de estas lesiones.

Como puede observarse en el Gráfico 62, en el año 2013 (DEIS) los egresos hospitalarios de adolescentes por causas externas registran una mayor proporción entre los varones (67,3%), y aumentan a medida que tienen mayor edad. La proporción de egresos aumentó 2,5 veces en los varones y 1,6 veces en las mujeres entre los 10 y 19 años.

Por otra parte, 2 de cada 3 egresos por causas externas corresponden a traumatismos, eventos que en el caso de los varones constituyen más del 80% de los egresos. Asimismo, sobre el total de egresos por los distintos tipos de traumatismos en la población de 10 a 19 años, el 71,5% corresponde a adolescentes varones (Gráfico 63).

En cambio, cuando se trata de otras causas externas exceptuando traumatismos, como envenenamientos y efectos tóxicos, quemaduras y corrosiones y síndromes del maltrato (que incluye negligencia o abandono, abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico,

Tabla 21. Defunciones y tasas trienales de mortalidad en adolescentes por suicidios según jurisdicción de residencia (x 100.000 habitantes). Argentina. 1990/2013.

Jurisdicción de residencia	1990-1992		1993-1995		1996-1998		1999-2001		2002-2004		2005-2007		2008-2010		2011-2013	
	Tasa		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa		Tasa	
	Def.	(*)	Def.	(*)	Def.	(*)	Def.	(*)	Def.	(*)	Def.	(*)	Def.	(*)	Def.	(*)
República Argentina	467	2,5	590	3,0	676	3,4	904	4,5	1.227	6,1	1.332	6,5	1.265	6,1	1.484	7,2
CABA	31	2,5	26	2,1	25	2,1	37	3,2	48	4,3	28	2,6	16	1,5	2	0,2
Buenos Aires	156	2,2	199	2,7	174	2,4	242	3,3	422	5,8	424	5,8	304	4,1	424	5,7
Catamarca	4	2,3	6	3,2	6	3,1	17	8,6	16	7,6	19	8,5	30	12,8	33	14
Córdoba	13	0,8	27	1,7	48	2,9	67	4,1	78	4,8	80	4,9	73	4,4	51	3,1
Corrientes	27	5,2	27	4,9	29	5,1	19	3,3	41	6,8	38	6,1	41	6,6	40	6,5
Chaco	14	2,5	22	3,7	35	5,6	52	8,2	49	7,4	49	7,2	51	7,4	57	8,5
Chubut	11	4,9	17	7,1	16	6,5	34	13,6	27	10,5	30	11,6	27	10,6	39	15
Entre Ríos	16	2,6	23	3,6	28	4,3	31	4,7	24	3,6	48	7,2	40	6,0	50	7,5
Formosa	11	4,1	13	4,4	19	6,2	22	6,9	27	7,9	35	9,6	34	9,2	54	14,9
Jujuy	27	7,4	23	6,0	27	7,0	29	7,5	49	12,2	64	15,4	81	19,2	82	19,5
La Pampa	10	6,8	12	7,6	11	6,7	11	6,6	14	8,1	8	4,6	14	8,1	9	5,4
La Rioja	4	2,8	5	3,2	5	3,0	7	4,1	12	6,5	8	3,9	15	7,1	29	13,9
Mendoza	23	2,7	33	3,7	42	4,7	40	4,5	43	4,7	58	6,3	68	7,5	49	5,4
Misiones	11	2,1	16	2,8	18	3,0	24	3,8	24	3,6	31	4,5	35	5,0	44	6,2
Neuquén	10	4,0	10	3,7	17	6,0	22	7,4	29	9,4	33	10,5	31	9,9	26	8,5
Río Negro	12	3,8	14	4,2	19	5,6	27	7,9	21	6,0	20	5,8	19	5,8	23	7
Salta	22	3,7	28	4,4	31	4,7	52	7,7	96	13,5	112	14,9	111	14,2	167	21,1
San Juan	1	0,3	3	0,8	5	1,4	15	4,2	18	4,9	19	5,0	21	5,4	29	7,4
San Luis	0	0,0	2	1,1	11	5,6	13	6,4	17	7,8	8	3,4	13	5,3	17	6,7
Santa Cruz	6	6,5	5	4,9	8	7,4	11	9,7	14	11,6	17	13,3	14	10,8	13	9,3
Santa Fe	34	2,2	46	2,8	70	4,3	82	5,0	95	5,8	88	5,4	91	5,7	95	6,1
Santiago del Estero	9	1,9	8	1,6	16	3,2	10	2,0	12	2,3	18	3,2	36	6,3	38	6,7
Tucumán	14	1,9	12	1,5	10	1,3	27	3,5	42	5,3	76	9,2	91	10,7	102	11,8
Tierra del Fuego	0	0,0	1	2,3	1	1,9	3	5,1	5	7,5	10	13,7	4	5,3	5	6,5
Lugar no especificado	1	-	12	-	5	-	10	-	4	-	5	-	5	-	6	0

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

Nota: Las defunciones por suicidios incluyen las categorías X60-X84 Lesiones Autoinfligidas y la categoría Y870 Secuelas de lesiones autoinfligidas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10).

(*) Las tasas se presentan en cursiva, cuando el numerador es igual a o menor de 16.

formas mixtas, efectos del abuso y otros no especificados) aumenta significativamente la prevalencia en mujeres. Especialmente en envenenamientos y síndromes del maltrato la mayor cantidad de egresos corresponde a mujeres (Gráfico 64).

Los egresos por lesiones de tránsito ameritan un análisis específico, ya que las tasas más altas se ubican en el grupo de 15 a 19 años y especialmente vinculado a las lesiones por motos, cuya prevalencia aumentó significativamente en los últimos años.

Las internaciones por este tipo de lesiones aumentaron del 24% en 2006 al 44% en el 2011 (26288 casos registrados) sobre el total de los egresos por lesiones por transporte; tienen una letalidad intrahospitalaria del 1% pero una cuarta parte tienen lesiones severas (N= 5335; 20%) y se ignora la discapacidad que producen (Gráfico 65).

Finalmente, dentro de los egresos por causas externas pueden identificarse las lesiones auto-infligidas, definidas como lesiones directas con o sin finalidad suicida, lesiones auto-infligidas premeditadas, auto-mutilación moderada superficial y auto-heridas (DNSMyA, 2015). Estudios sobre el tema señalan diferencias entre comportamientos con finalidad suicida y los de daño auto-infligido que en general son comportamientos sin intencionalidad suicida. Sin embargo, tanto los intentos suicidas como las lesiones auto-infligidas pueden constituir

factores de riesgo de suicidio, al igual que la depresión y los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias.

La tendencia de notificación de egresos por lesiones auto-infligidas tuvo un aumento mayor al 30% entre 2005 y 2011. En total se registraron 5927 casos en el año 2011, de los cuales el 65% corresponde a mujeres. Entre los varones la mayor proporción de egresos se registró en el grupo de 20 a 29 años, y entre las mujeres en las adolescentes de 15 a 19 años.

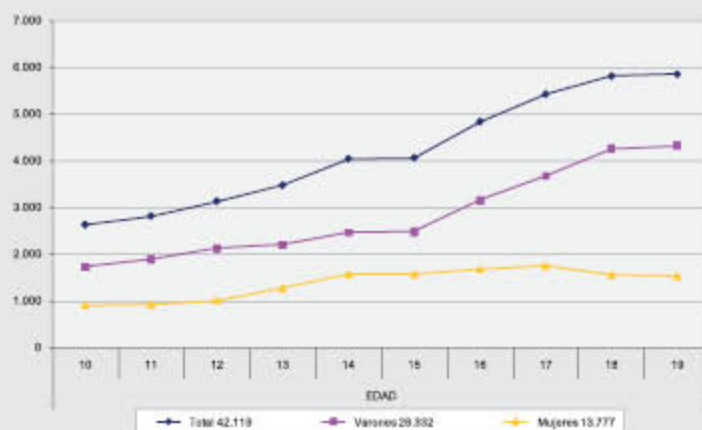
Los egresos de adolescentes por lesiones auto-infligidas constituyeron el 24% del total de egresos por esta causa; en el caso de las mujeres, 1 de cada 4 egresos corresponde a una adolescente de 10 a 19 años (DNSMyA, 2015).

En relación a los factores de riesgo asociados a las situaciones de exposición a la violencia que se manifiestan en términos de morbilidad y mortalidad por causas externas, es necesario identificar factores específicos vinculados a las lesiones intencionales (agresiones, suicidios) y no intencionales o accidentales, ya que estos eventos constituyen la primera causa de muerte en la población adolescente.

En el caso de las agresiones u homicidios, si bien es una problemática que aún no ha sido lo suficientemente visibilizada desde el sector salud, los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012) permiten una primera aproxima-

Gráfico 62. Egresos por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas por sexo y edad. Población de 10 a 19 años. Argentina. 2012.

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.



		EDAD									
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Total	42.119	2.637	2.820	3.139	3.477	4.045	4.065	4.838	5.430	5.813	5.855
Varones	28.332	1.730	1.896	2.128	2.203	2.473	2.490	3.156	3.676	4.258	4.322
Mujeres	13.777	907	924	1.010	1.274	1.571	1.572	1.680	1.754	1.555	1.530

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

ción a los factores de riesgo asociados a estos eventos como indicadores de violencia intencional.

Este estudio ha mostrado que uno de cada tres adolescentes (de ambos sexos) ha sufrido una herida grave en los 12 meses previos a la encuesta (Gráfico 66), el valor es similar al registrado en 2007, y presenta diferencias según sexo: el 42,1% de los varones reportaron positivamente, mientras que las mujeres lo hicieron en un 25,2%.

Los valores se han mantenido estables entre 2007 y 2012, excepto un aumento en la participación en peleas. Vale destacar que por lo menos 1 de cada 4 adolescentes fue intimidado, o agredido físicamente y ha sufrido lesiones de distinta consideración (Tabla 22).

Respecto a los factores de riesgo asociados al suicidio, si bien los valores no se han modificado significativamente con respecto al año 2007 (Tabla 23), en la encuesta de 2012 se ha relevado que el 16,9% de los adolescentes consideró seria-

Gráfico 63. Egresos hospitalarios por traumatismos en población de 10 a 19 años por sexo. Argentina. 2013.

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

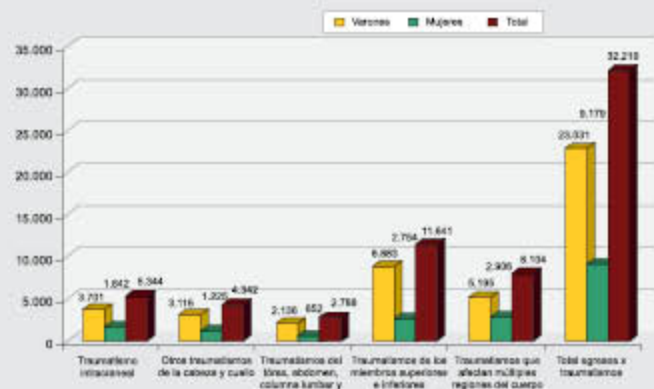


Gráfico 64. Egresos (hospitalarios) por otras causas externas en población de 10 a 19 años por sexo. Argentina. 2013.

Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

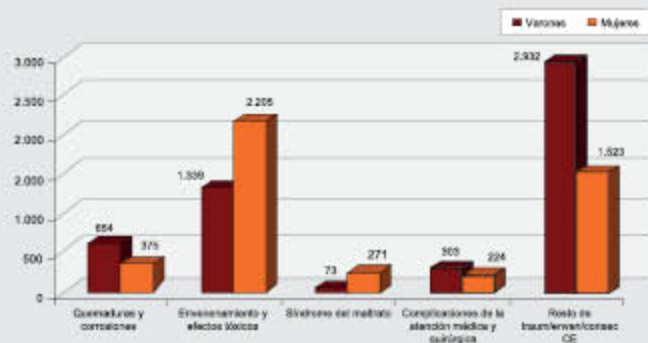
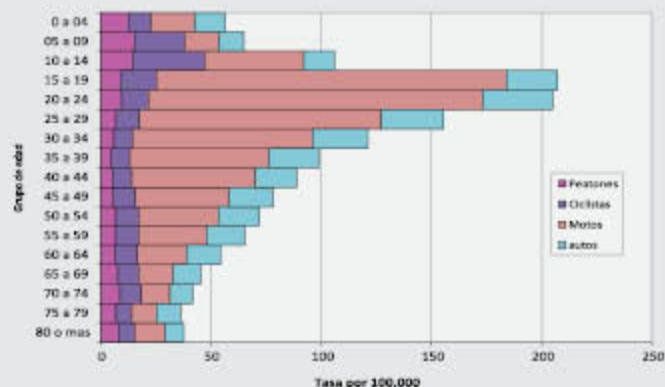


Gráfico 65. Tasa Bruta (por 100.000 hab) de egresos hospitalarios por accidentes de tránsito según modo de transporte y grupo de edad. Argentina. 2011.

Fuente: SIVILE en base a datos de la DEIS. 2011.



mente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses previos al estudio (11,0% de los varones y 22,3% de las mujeres). Asimismo, el 16,2% intentó suicidarse una o más veces durante el mismo período (Gráfico 67).

Vale destacar que en todos los indicadores vinculados a los intentos de suicidio la proporción es mayor entre las mujeres, aun cuando los casos consumados de muertes por suicidio registran una mayor prevalencia entre los varones.

Asimismo, las situaciones de ansiedad y depresión también constituyen un indicador que puede considerarse como factor de riesgo vinculado al suicidio. Esta información puede obtenerse para el grupo de jóvenes entre 18 y 24 años a través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Como

se observó en los otros indicadores, la mayor proporción de ansiedad y depresión se registra entre las mujeres, excepto en el año 2005 donde los valores fueron inferiores y con una prevalencia levemente superior en varones. (Gráfico 68).

Por último, se presentan los factores de riesgo asociados a las lesiones no intencionales llamadas habitualmente accidentes. De acuerdo a la ENFR (2013), Argentina presenta un riesgo intermedio de mortalidad por lesiones de tránsito, las cuales representan el 1,5% del total de muertes. Este tipo de lesiones se ha incrementado en forma exponencial durante los últimos años, lo cual está fuertemente asociado a la rápida proliferación de vehículos a motor.

Gráfico 66. Prevalencia de lesiones en adolescentes de 13 a 15 años según sexo. Argentina. 2012 .

Fuente: Elaboración de SIVILE en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar. 2012.

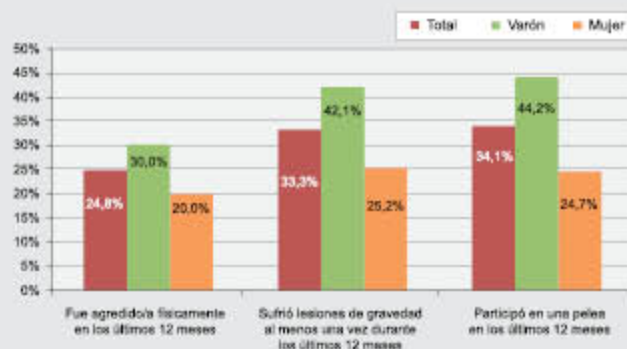


Tabla 22: Indicadores de lesiones por agresión. Argentina. 2012.

	2007	2012
	% (IC95%)	% (IC95%)
Fue agredido/a físicamente en los últimos 12 meses	25,3% (21,6% - 29,4%)	24,8% (23,5% - 26,2%)
Sufrió lesiones de gravedad al menos una vez durante los últimos 12 meses	34,4% (31,4% - 37,6%)	33,3% (31,6% - 35,1%)
Tuvo una fractura o dislocación de una articulación como lesión más seria (de los que sufrieron lesiones en los últimos 12 meses)	28,5% (23,5% - 34,0%)	25,9% (22,3% - 29,9%)
Participó en una pelea en los últimos 12 meses	29,8% (26,0% - 34,0%)	34,1% (32,5% - 35,7%)

	2007	2012
	% (IC95%)	% (IC95%)
Fue intimidado/a en los últimos 30 días	26,1% (21,9% - 30,8%)	24,5% (22,8% - 26,3%)
Fue golpeado, pateado, empujado o encerrado (de los que fueron intimidados/as en los últimos 30 días)	10,3% (5,5% - 18,3%)	9,6% (8,0% - 11,5%)

Fuente: Elaboración de SIVILE en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar. 2012.

Estas lesiones son la principal causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En el año 2013 fallecieron 5.327 personas por esta causa, lo que implica una tasa nacional de 12,8 por 100.000 habitantes, esto representa un aumento del 9% de la tasa de mortalidad del 2012 (11,7 por 100.000 habitantes).

Si bien la mayor parte de los estudios sobre seguridad vial se dirigen a población adulta, en la EMSE 2012 se ha registrado que el 40,9% de los y las adolescentes entre 13 y 15 años encuestados nunca o casi nunca usa cinturón de seguridad, y que el 31,9% al menos una vez se subió a un auto conducido por alguien que había bebido alcohol (Gráfico 69).

Aun cuando la mortalidad por lesiones no intencionales es mayor entre los varones, los factores de riesgo asociados a

las lesiones de tránsito registran mayor prevalencia entre las mujeres jóvenes, especialmente en lo referido al uso de casco y cinturón de seguridad (Gráficos 70 y 71).

Si bien en los últimos años ha disminuido la proporción de jóvenes que no adoptan normas de seguridad vial como el uso de casco y del cinturón de seguridad, todavía una proporción importante (alrededor del 20%) manifiesta no usar casco en ninguna oportunidad, y alrededor del 10% no usa cinturón.

Asimismo, casi el 20% de los varones y alrededor del 5% de las mujeres jóvenes consume alcohol al conducir, lo que implica un importante factor de riesgo de lesiones por tránsito; y estas proporciones no se han modificado significativamente en los últimos años (Gráfico 72).

Gráfico 67. Indicadores para valorar aspectos de salud mental relacionados con suicidio en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina. 2012.

Fuente: Elaboración de SIVILE en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar. 2012.

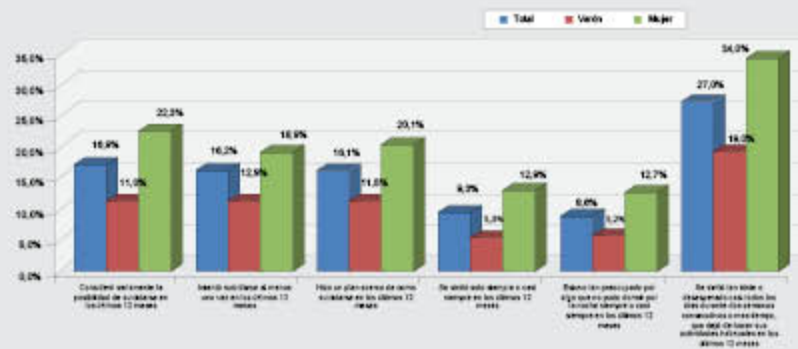


Tabla 23: Indicadores vinculados a suicidio. Argentina. 2012.

	2007	2012
	% (IC95%)	% (IC95%)
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	16,1% (12,9% - 19,8%)	16,9% (15,1% - 18,9%)
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	12,6% (10,2% - 15,5%)	16,1% (14,5% - 17,8%)
Se sintió solo/a siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	10,2% (6,8% - 15,0%)	9,3% (8,2% - 10,7%)
Estuvo tan preocupado/a por algo que no pudo dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	10,8% (8,7% - 13,3%)	8,6% (7,7% - 9,8%)
Se sintió tan triste o desesperado/a casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejó de hacer sus actividades habituales en los últimos 12 meses	29,8% (25,8% - 34,1%)	27,0% (25,4% - 28,7%)
Sin amigos muy cercanos	4,5% (3,5% - 5,6%)	5,2% (4,4% - 6,0%)

Fuente: Elaboración de SIVILE en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar. 2012.

Respecto al consumo de alcohol mientras se conduce, los datos del Observatorio Vial dependiente de la Agencia Nacional de Seguridad Vial indican que en los controles de alcoholemia en 435 conductores de 18 a 20 años durante el año 2014, se detectó alcohol en sangre en el 22% de los jóvenes relevados, con un resultado positivo en el 9% de los casos (graduación alcohólica superior al límite permitido).

Gráfico 68. Proporción de jóvenes de 18 a 24 años que han sentido ansiedad o depresión desagregado por sexo y año. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2013.



Gráfico 69. Proporción de adolescentes que nunca/rara vez usaron cinturón de seguridad por edad. Argentina. 2012.

Fuente: Elaboración de SIVILE en base a la Encuesta Mundial de Salud Escolar. 2012.

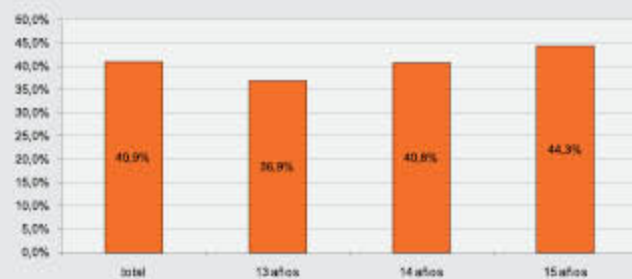


Gráfico 70. Proporción de jóvenes de 18 a 24 años que nunca usan casco al manejar o viajar en moto o bicicleta desagregado por sexo y año. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2013.



Gráfico 71. Proporción de jóvenes de 18 a 24 años que nunca usan cinturón de seguridad al manejar o viajar en vehículo desagregado por sexo y año. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2013.

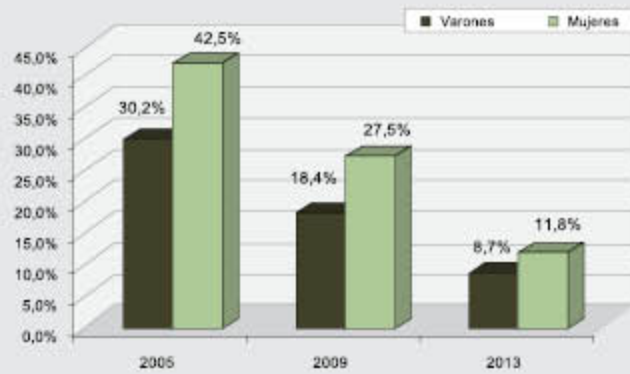
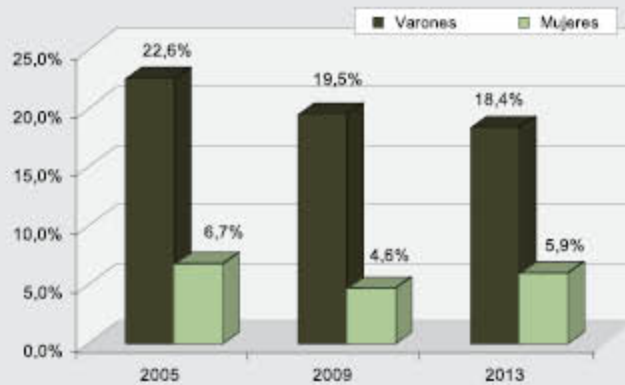


Gráfico 72. Proporción de jóvenes de 18 a 24 años que conducen un vehículo habiendo consumido alcohol desagregado por sexo y año. Argentina. 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2013.



6

ACCESO/ COBERTURA DE ADOLESCENTES AL SISTEMA DE SALUD

De acuerdo a la definición de la OMS, el objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.¹

Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber:

- Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud maternoinfantil) para lo cual deberá:
 - proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
 - detectar enfermedades tempranamente,
 - disponer de medios para tratar las enfermedades,
 - ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
- Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer económicamente por costear el pago de los mismos. Esto se puede lograr por distintos medios.
- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
- Una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las

necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

Entre las principales líneas de trabajo del PNSIA se encuentra mejorar el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud. Para esto se pretende ampliar y fortalecer la oferta de espacios de atención para adolescentes en el país, al mismo tiempo que sensibilizar a los profesionales de salud mediante diferentes estrategias de capacitación para reducir las barreras que afectan el acceso de adolescentes.

Son 22 las jurisdicciones que cuentan con Programa Provincial de Adolescencia dependiente del Ministerio de Salud Provincial y con un referente en salud y adolescencia, quien articula las acciones y mantiene un contacto frecuente con el PNSIA. Todas las provincias cuentan con espacios de atención para adolescentes, aunque la complejidad de los mismos, el número total y su distribución en las provincias es variable.

Los y las adolescentes tienen necesidades específicas de salud. El sistema debe considerarlas y ofrecer un plan de servicios adaptados que pueda dar respuesta a estas necesidades. Asimismo es necesario desarrollar estrategias que permitan que los y las adolescentes entren en contacto con el sistema (ya sea que el sistema se acerque a ellos o viceversa). La manera en que se brinda la atención influirá en el aprovechamiento de los recursos puestos a disposición y finalmente la calidad de las intervenciones determinará que las mismas tengan un impacto positivo en la salud de los y las jóvenes. Es decir, recién en este punto podemos hablar de acceso efectivo a la salud.

¹ OMS (2015): Cobertura sanitaria universal. Nota Descriptiva N° 395. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>

Independientemente de la institución y/o complejidad de la misma ciertas características “amigables” para los adolescentes son esenciales a la hora de lograr el acceso efectivo. Los componentes básicos incluyen profesionales especialmente capacitados, privacidad, confidencialidad y accesibilidad (Senderowitz, 1999).

En relación a la asequibilidad y al acceso a medicamentos el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante dos políticas que abarcan a la población de adolescentes y jóvenes con cobertura exclusiva del sistema público de salud: el Programa Sumar y el Programa Remediar.

En las próximas secciones se analizará el acceso a los servicios de salud a partir de la perspectiva de adolescentes y jóvenes y luego desde la perspectiva de los profesionales y los niveles de cobertura alcanzados por el Programa Sumar y el Programa Remediar. Las fuentes utilizadas en la primera parte son secundarias y provienen de encuestas a jóvenes y un estudio cualitativo a partir de grupos focales con jóvenes usuarios de servicios de salud y con profesionales de los mismos. Las fuentes utilizadas en el apartado de Cobertura son las generadas por el Programa Sumar y el Programa Remediar.

6-1 EL ACCESO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES

La accesibilidad de los jóvenes al sistema de salud fue uno de los aspectos relevados en la encuesta realizada en el año 2006 por Kornblit, Mendes Diz y Adaszko. Los autores coinciden en señalar que el acceso está determinado por un lado por los valores, normas, conocimientos y actitudes de la población en relación a la salud, y por otro lado, cuestiones de orden geográfico, económico y jurídico.

Los resultados muestran que la gran mayoría de los jóvenes percibe su salud como buena o muy buena. Cuando se les pregunta sobre los problemas de salud que más les preocupan, más de dos tercios refiere el VIH/Sida como mayor preocupación, seguido por el embarazo en la adolescencia, el consumo de drogas ilegales y las infecciones de transmisión sexual. Las mujeres son quienes están más preocupadas por el embarazo, los problemas psicológicos y los trastornos alimentarios, mientras que los varones lo están por el VIH/Sida, el consumo de drogas ilegales y el consumo excesivo de tabaco y alcohol.

La mayoría había concurrido al médico o a algún servicio de salud en el último año (principalmente para consultar un médico clínico o un odontólogo), y las mujeres lo habían hecho

en mayor proporción que los varones (87% y 79% respectivamente). El 40% reportó utilizar con mayor frecuencia el sistema público de salud, y el 53% el sistema de obras sociales, pre-pagas o servicios particulares.²

El 60% de los jóvenes manifestó no haber tenido ninguna dificultad para ir al médico o a algún servicio de salud, siendo los varones, los más chicos y los de estratos medios los que en mayor proporción reportan no haber tenido dificultades de acceso. Los que reportan haber tenido alguna dificultad (40%) se refieren principalmente a horarios inadecuados y largas esperas, y son en su mayoría usuarios del sistema público.

Cabe señalar también que los mismos autores de esta encuesta realizaron un estudio por medio de grupos focales con jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires, en el que concluyen que tanto varones como mujeres desconocen la existencia de los servicios especializados para adolescentes en el sistema público de salud (Kornblit et al, 2006).

Otra fuente de información para evaluar el acceso desde la perspectiva de los jóvenes fue el estudio realizado en el año 2008 por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).³ Se relevaron distintos aspectos que tendrían influencia en la dificultad de los jóvenes en acceder a los servicios de salud incluyendo tiempo de espera, disponibilidad de turnos, horarios, distancias, capacidad económica, conocimiento del recurso, rechazo de la consulta (ir y que no lo/a atiendan). Los resultados muestran que más del 50% de los y las adolescentes no pudo acceder a los servicios de salud y entre 5 y 16% fueron rechazados.

Un estudio realizado en 2010 por el Instituto de Género, Derecho, y Desarrollo (INSGENAR) en las ciudades capitales de las provincias de Córdoba, Formosa, Misiones, Santa Fe y Tucumán, exploró el conocimiento de algunas cuestiones de salud de adolescentes a partir de las voces de los y las jóvenes⁴. Las autoras describen que muchas veces se viven situaciones de vulneración de derechos en los espacios institucionales que no son reconocidas como tales ya que ciertas prácticas se encuentran naturalizadas y no existe registro de la posibilidad de exigir ciertos derechos. La vulneración de derechos implica un no acercamiento o no retorno a los centros

2 Como es de esperar, los jóvenes de estratos medios utilizan en mayor proporción el sistema privado y de obras sociales (67%).

3 El mismo contó con un relevamiento en cinco municipios Zárate y Quilmes de Buenos Aires; Monteros de Tucumán; Godoy Cruz de Mendoza y la ciudad de Corrientes; a través de una encuesta a 1400 alumnos de segundo año de polimodal.

4 Se realizaron grupos focales con adolescentes usuarios servicios de salud sexual y reproductiva en los que se indagó acerca de sus experiencias como usuarios/as de esos servicios.

de salud comprometiendo la salud de los y las adolescentes. Algunos puntos para destacar son los siguientes:

- La actitud de los profesionales durante la consulta impacta en la autoestima de los y las adolescentes y en las decisiones que éstos/as toman.
- Generalmente los ámbitos de las consultas carecen de condiciones mínimas de privacidad.
- La exposición del cuerpo y la falta de comunicación, y el no respeto por la confidencialidad constituyen un avasallamiento al derecho a la intimidad de los y las adolescentes.
- Muchas veces los profesionales exigen el acompañamiento de un adulto como condición para atender a un/a adolescente.
- Pocos adolescentes toman decisiones sobre anticoncepción a partir de información recibida en los centros de salud, la mayoría actúa por su cuenta, algunos deciden en conjunto con la pareja y a veces reciben asesoramiento de amigos o familiares.

Una investigación más reciente, basada en una encuesta a 5200 alumnos de escuela secundaria de seis provincias del norte de la Argentina (Maceira y otros, 2012) expone resultados coincidentes con los anteriores. Los autores concluyen que "tanto la percepción de salud de esta población (adolescentes) como las dolencias o problemas de salud declarados corresponden a perfiles de baja necesidad del sistema". Y agregan que "un 87% de los estudiantes encuestados califica su propio estado de salud como 'muy bueno o bueno'" siendo las dolencias más nombradas la tos, angina, gripe o resfrío. Solamente el 50% realiza una consulta. Asimismo, el estudio identifica como principales barreras de acceso a los servicios, los tiempos de espera para la atención, y una combinación de factores personales (o barreras propias) como la vergüenza de ir solos o no contar con quien los acompañe. Respecto de las barreras contextuales, la falta de espacios adecuados para la atención de adolescentes pone de manifiesto ciertas limitaciones del sistema sanitario frente a la demanda (Maceira et al., 2012) En síntesis, la investigación propone abordar la problemática del acceso al sistema de salud desde una perspectiva conjunta y multicausal.

Asimismo, el Programa SUMAR a través de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata llevó adelante una investigación sobre Jóvenes Comunicación y Salud. La misma se desarrolló entre Julio del 2013 y Agosto del 2014 incluyendo a 2.500 jóvenes de las siguientes localidades: La Plata, Lomas de Zamora, Moreno, Chivilcoy, Trelew, Santiago del Estero, La Banda, Formosa, Paraná, Mendoza y Guaymallén. El objetivo central fue conocer la relación de los/as jóvenes con la salud y su vínculo con el sistema sanitario.

Algunos de sus resultados fueron:

- En relación al conocimiento y creencias acerca del sistema de salud, el 55% de los encuestados refirió conocer al efector de salud de su barrio. El 63% consideró que el sistema público de salud era bueno a muy bueno. El 76% consideró que los jóvenes requieren de programas de salud diferentes a los de los adultos. Sin embargo solo el 22,1% refirió conocer sobre la existencia de espacios o franjas horarias que atienden jóvenes exclusivamente en los centros de salud.
- En relación al cuidado de su salud, 73% refiere que la salud es muy importante para ellos. Aproximadamente el 60% considera hacer entre bastante y mucho para cuidarse y cuando se investiga qué cosas hacen para cuidarse, el 72% refiere comer bien o saludablemente, el 70% hacer actividad física o deportes, 33% informarse sobre las causas de las enfermedades, 31% realizar controles médicos frecuentes, 14% participar de actividades grupales que fomenta el cuidado de la salud.
- Cuando se les pregunta acerca de los problemas de salud que más afectan a los jóvenes el 65,4% refiere que son las drogas, el 21,7% fumar tabaco y el resto se reparte entre el consumo de alcohol y la mala alimentación. A la hora de reflexionar sobre cuáles son las cosas que ellos hacen que van en contra de su salud el 34,4% refiere fumar tabaco, el 32,4% comer mal y 21,5% tomar alcohol.
- En relación al acceso 38,3% refirió haber tenido un problema de salud en el 2013 en su mayoría de leve a moderado. De éstos el 70% fue atendido por un profesional de la salud. Al indagar acerca de los motivos por los que el 30% restante no accedió a un control en esas circunstancias, el 30% no lo consideró necesario, el 7% no tuvo dinero para acceder al control, el 7% no tuvo tiempo, el 5% se automedicó y el 3,2% fue pero no lo atendieron.

A partir de estos párrafos en donde la perspectiva de los jóvenes fue resaltada es posible identificar que el sistema de salud figura como un recurso accesible para alguno/as mientras que para otros no es alcanzable o incluso no figura como un recurso posible ante determinadas problemáticas. Si un/a adolescente no está plenamente seguro de que lo que diga en el marco de la consulta médica estará resguardado por el deber de confidencialidad del equipo de salud, puede verse desalentado a consultar o plantear su problemática, exponiéndose así a una situación de mayor vulnerabilidad.

6-2 LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

El derecho a la salud, a la confidencialidad en la consulta, a la información, a la atención, al suministro de métodos anticonceptivos, son todos derechos a los cuales los y las adolescentes deben acceder, de acuerdo a su grado de madurez y capacidad de discernimiento. Así lo establece la Convención de los Derechos del Niño (CDN) y la ley N° 26.061 (Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes) y el nuevo Código Civil y Comercial.⁵

A pesar de que el marco jurídico es claro y completo, en muchas ocasiones aparecen prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas por parte del personal de salud. Estas actitudes dificultan y actúan como barreras al acceso y al ejercicio del derecho a la salud de los y las adolescentes. Según el estudio realizado por INSGENAR las barreras al acceso a la salud que imponen los profesionales tienen que ver con:

- Desconocimiento del marco legal y temor a exposición del profesional a un conflicto legal. Esto puede deberse a ignorancia de la normativa, pero en otros casos, si bien se conocen las leyes no se aplican por temor a que provoquen un conflicto legal con los padres o adultos encargados del adolescente. Es frecuente que se exija la compañía o autorización de adultos para recibir atención o entrega de métodos anticonceptivos (MACs), cuando no es necesaria, y esto es más frecuente cuanto menor es la edad del adolescente.
- Prejuicios y creencias de los profesionales de salud en torno de la sexualidad de los y las adolescentes. Esta suele ser la barrera más difícil de reconocer y de revertir.
- Requisitos administrativos como la exigencia de receta para retirar métodos anticonceptivos o la negativa a colocar dispensers de preservativos que reflejan los prejuicios y barreras morales de los equipos de salud y funcionarios.

Las explicaciones de los funcionarios responsables ponen en evidencia las relaciones de poder en relación a los y las usuarios e incluso entre los profesionales de la misma institución.

La subjetividad del personal de salud siempre estará presente, pero si opera limitando el acceso a la información, a la confidencialidad en la consulta, al respeto de la autonomía o a cualquier otro derecho, constituye una vulneración de los

mismos. La imagen del/a adolescente con autonomía reconocido como sujeto de derecho no forma parte del imaginario social y por lo tanto esto tampoco está incorporado entre el personal de salud. Además la concepción que éstos tengan de los y las adolescentes no solo estará atravesada por la edad, sino también por el género y la clase.

Muchos y muchas adolescentes toman la decisión de no consultar más, tras experiencias en las que aparecen estos obstáculos, por lo cual la vulneración de estos derechos se convierte en oportunidades perdidas para el cuidado de su salud. Todo lo expresado en este capítulo marca la necesidad de activar todos aquellos resortes institucionales que puedan mejorar el acceso de los y las adolescentes a su derecho a la salud en general.

Resulta imprescindible remover los obstáculos de acceso al sistema de salud y dar pleno cumplimiento a los derechos en el marco de la normativa vigente.

6-3 NIVELES DE COBERTURA: PROGRAMA SUMAR Y REMEDIAR

Programa SUMAR

El Programa Sumar refuerza la cobertura universal pública bajo un enfoque de derechos y de equidad a través de la explicitación de servicios esenciales de salud para población y mediante la transferencia de recursos adicionales a través de una modalidad de financiamiento basado en resultados. Entre las estrategias adoptadas para mejorar el acceso de los adolescentes al cuidado de su salud, se desarrolló el Plan de Servicios de Salud para Población Adolescente del Programa Sumar conformado por un gran número de prestaciones organizadas según líneas de cuidado.⁶

La implementación del Plan de Servicios de Salud comenzó en agosto del 2012 teniendo como población objetivo al 40% de la población argentina de entre 10 y 19 años, 2.944.076 adolescentes, siendo condición para la inscripción no contar con otra cobertura de salud más que la proporcionada por el sistema público.

El Programa cuenta con 8.871 efectores conveniados con distintas modalidades de atención. Estos fueron acompañados en los primeros años de implementación por capacitadores locales que fortalecieron las competencias de los equipos para la atención de adolescentes.

⁵ Para más información sobre los derechos de adolescentes en el sistema de salud ver apartado de Legislación en bibliografía. También: Ministerio de Salud de la Nación (2015): Lineamientos sobre derechos y acceso de adolescentes al sistema de salud. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000732cnt-lineamientos-adolescencia.pdf>

⁶ Disponible en: http://programasumar.com.ar/pss/nomencladores/05_Adolescentes_1405.pdf

Uno de los indicadores utilizados para monitorear la implementación en las distintas jurisdicciones del país es la Cobertura Efectiva Básica.

La Cobertura Efectiva Básica es aquella que se consigue cuando el adolescente inscripto en el Programa entra en contacto con alguno de los efectores conveniados para recibir alguna de las prácticas de consultas, asesoramiento, inmunizaciones y/o prácticas diagnósticas incluidas en el Plan de Servicios de Salud.

La Cobertura Efectiva Básica alcanzada durante el 2015 a nivel promedio país fue del 28.5% de la población objetivo, es decir 840.828 adolescentes.⁷

El examen periódico de salud y los controles odontológicos constituyen las principales puertas de entrada al sistema de salud de los adolescentes inscriptos al Programa Sumar. Desde marzo 2014 a febrero 2015 se registraron 251.614 controles integrales de salud y 95.087 controles odontológicos luego les siguen en frecuencia las consultas por asesoramiento en salud sexual, 29.097. Tanto el control de salud como el odontológico podrían tomarse como puntos estratégicos de contacto de los adolescentes en los cuales poder pesquisar otras cuestiones de salud.

En relación a prestaciones claves para la salud de los y las adolescentes como las consultas por Intento de Suicidio (IS), Consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) y Colocación de DIU se observa un importante subregistro. No obstante, una mejora en los dispositivos de registro arrojará datos que permitirán medir cobertura y calidad a nivel país de manera periódica.

Programa Remediar

El Programa Remediar está enmarcado en la Política Nacional de Medicamentos y tiene como objetivo asegurar el acceso a medicamentos en el Sistema Público de Salud.

En el año 2011, 175.095 usuarios de entre 10 y 19 años accedieron a un medicamento gratuito en el primer nivel de atención. El 69% fueron mujeres y el 31% varones. La mayor concentración de usuarios se encontró entre el grupo de mujeres de 16 a 19 años (41%) (Tabla 25).

En relación a los principales motivos de consulta, analizando una base total de 285.846 diagnósticos identificados en este rango etario, el más frecuente correspondió a Atención por anticoncepción (19%) seguido por 14% de consultas por

Faringitis aguda, 9% de consultas por Enfermedades de los dientes y estructuras que los soportan, 6% de consultas por Fiebre y 6% de consultas por dolor sin especificar.

Cuando se analizan los principales motivos de consulta por sexo el principal motivo para el grupo de mujeres de 10 a 19 años fue atención por anticoncepción en el 25%, faringitis en el 11 % y enfermedades de los dientes en el 7% (Gráfico 73). Mientras que para el grupo de varones el principal motivo de consulta fue faringitis (17%), enfermedades de los dientes (11%) y fiebre (10%) (Gráfico 74).

Los medicamentos prescritos con mayor frecuencia entre las mujeres fueron el ibuprofeno (20%) y los métodos anticonceptivos (20%), seguido por amoxicilina en un 14% y paracetamol en 10%. Entre los varones se prescribió el Ibuprofeno en primer lugar (31%), amoxicilina (21%), Paracetamol (11%), cefalexina (8%). (Base usuarias 149.556 casos/usuarios 69.629 casos).

Al analizar los principales medicamentos prescritos por motivo de consulta se encuentra que:

- Cuando el motivo de consulta fue Atención para la anticoncepción el 57% de las usuarias recibieron Anticonceptivos hormonales combinados orales (Ethinilestradiol + Levonorgestrel), 19% Anticonceptivos hormonales combinados inyectables (Medroxiprogesterona + Estradiol), 10% Anticonceptivo hormonal oral de levonorgestrel, 2% ibuprofeno y 2% Anticonceptivo oral combinado (Noretisterona + Estradiol).
- En el caso de consultas por Faringitis Aguda los usuarios recibieron Amoxicilina (37%), Ibuprofeno (31%), Paracetamol (13%), otros antibióticos (9%).
- En el caso de consultas por Enfermedades de los dientes y estructuras que los soportan el 37% de los usuarios recibió Amoxicilina, 37% Ibuprofeno, 11% Paracetamol, 9% otros antibióticos y 2% Dexametasona.
- En las consultas por Fiebre 48% de los usuarios recibió 48% Ibuprofeno, 19% Paracetamol, 14% Amoxicilina.

Los medicamentos prescritos se encuentran correlacionados con los motivos de consulta (amoxicilina, ibuprofeno, paracetamol, Métodos Anticonceptivos).

⁷ Fuente: Informe Cápitas Programa Sumar Agosto 2015

Tabla 25. Usuarios de 10 a 19 años que accedieron a medicamentos en el primer nivel. Argentina. 2011.

Edad	Mujeres		Hombres	
19 años	12%	15.699,36	2%	2616,56
18 años	11%	14.391,08	2%	2616,56
17 años	10%	13.082,8	2%	2616,56
16 años	8%	10.466,24	2%	2616,56
15 años	6%	7849,68	3%	3924,84
14 años	5%	6541,4	3%	3924,84
13 años	4%	5233,12	4%	5233,12
12 años	4%	5233,12	4%	5233,12
11 años	5%	6541,4	4%	5233,12
10 años	5%	6541,4	4%	5233,12

Fuente: Programa REMEDIAR. Base: Personas únicas de entre 10 a 19 años a las que se les prescribió un medicamento (130.828).

Gráfico 73. Principales motivos de la consulta de las usuarias de 10-19 años en el primer nivel de atención. Argentina. 2011.

Fuente: Programa REMEDIAR.
Base: usuarias de 10 a 19 años
118.168/usuarios de 10 a 19 años
50.557 casos.



Gráfico 74. Principales motivos de la consulta de los usuarios de 10-19 años en el primer nivel de atención. Argentina. 2011.

Fuente: Programa REMEDIAR.
Base: usuarios de 10 a 19 años
118.168/usuarios de 10 a 19 años
50.557 casos.



BIBLIOGRAFÍA

Bella, M. Fernández, R. y Wellington J. (2010): Intento de Suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch. ArgPediatr., 108(2): 124-129.

Binstock G. y Gogna M. (2013): Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia. Presentado en las XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Bahía Blanca, 18 -20 de Septiembre.

Binstock, G. y Pantelides, E. (2005): "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico". En: Gogna, M. (Coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas (pp. 77-112), CEDES, Buenos Aires.

Capicúa Diversidad (2014): Informe sobre acoso escolar en Argentina: la lógica de la discriminación a través de las voces de los estudiantes en escuelas medias. Disponible en: http://si000031.ferozo.com/PDF/Acoso_escolar_2014-1.pdf

Cejas, C. Olaviaga, S. y Stechina M. (2008): ¿Qué piensan los jóvenes sobre la salud, las instituciones y sus derechos? Documento de Análisis de Políticas Públicas N° 59, CIPPEC, Buenos Aires, Noviembre de 2008.

CELADE (2005): Cambios en la estructura poblacional. Una pirámide que exige nuevas miradas, Santiago de Chile.

CEPAL (2008): El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria. Panorama Social de América Latina, Capítulo 3, Santiago de Chile.

Cerrutti M. (2009): Diagnóstico de las Poblaciones de Inmigrantes en la Argentina, Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Migración, Ministerio del Interior, Buenos Aires.

CIPPEC (2008): ¿Qué piensan los jóvenes sobre la salud, las instituciones y sus derechos? Documento de Análisis de Políticas Públicas N° 59, Buenos Aires. Disponible en: http://cippec.org/pics/Informe%20encuesta%20jovenes_Monteros.pdf

Climent G.I. et. al. (1998): Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos - Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad, Asociación de Estudios de Población de la Argentina/

Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Centro de Estudios de Población (AEPA/CEDES/CENEP), Buenos Aires.

Escobar, J. C. (2015): "Masculinidades, Adolescencia y Salud". En: Pasqualini, D., Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral, Journal, Buenos Aires.

Gelsdtein, R y Pantelides, E. (2003): "Coerción, consentimiento y deseo en la 'primera vez'". En: Checa S. (Comp.): Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, Paidós, Buenos Aires.

Gogna, M, Pantelides, E. Binstock G., Fernández, S., Adaszko, A., Alonso, V. Portnoy, F., y Zamberlin, N. (2005): Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. UNICEF/CEDES/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires.

Govea Basch, J. (2013): El estancamiento de la transición de la fecundidad en países de fecundidad intermedia: evidencias del caso argentino, El Colegio de México, México D.F.

Hellen A., Iza K.; Rodolico M. C.; Pappolla R. (2013): Grupo de Atención a Personas Trans. Ley de Identidad de Género, su impacto en la entrevista de primera vez en el Grupo de atención a Personas Trans. Hospital Durand. Presentado en el 8° Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

INDEC (1984): La Pobreza en la Argentina. Serie Estudios N° 1, Buenos Aires.

INDEC (2014): Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente. – 1a. Ed., Buenos Aires. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf

INDEC-UNICEF (2003): Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990-2001, Serie de Análisis Social N° 2, Buenos Aires.

INDEC – Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (2013): Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires.

INSGENAR (2010): ¿Todo Bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, Rosario. Disponible en: http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_todobien.pdf

Kornblit, A.; Mendes Diz, A.; Adaszco, D. (2006): Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. (Documentos de Trabajo 47), Buenos Aires.

Krauskopf, Dina.; (2000): Participación social y desarrollo en la adolescencia. 2a. Ed. - San José, C.R.: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Maceira, D. et al. (2012): Necesidades y Acceso a los Servicios de Salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino. Informe Final. Estudio Multicéntrico – Comisión Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación.

Manzelli, H y Pantelides, E. (2007): "La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina". En: López, E. y Pantelides E. (Comps.): Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva (pp. 133-154), CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA, Buenos Aires.

Mario, S. y Pantelides, E. (2009): Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. En: Revista Notas de Población, 87: 95-120.

Míguez H. (2005): Cambios de la alcoholización en la Argentina: problemas sociales y sanitarios. En: Revista de Política y Criminalística, Vol 362 - N° 16.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - UNICEF (2013): Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia, 2011 - 2012 (ECOVNA). Buenos Aires. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf |

Ministerio de Salud de la Nación (2009): Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina, Resultados 2007 y comparación con encuestas previas. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/encuesta-tabaquismo-adolescentes-2007.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2013): Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Argentina 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_informe-gyts-jovenes.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2015): Lineamientos sobre derechos y acceso de adolescentes al sistema de salud. Dis-

ponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000732cnt-lineamientos-adolescencia.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, CDC y OMS (2013): 2a. Encuesta mundial de Salud Escolar 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (2013): Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_informe-gyts-jovenes.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2013): Boletín de Vigilancia. Enfermedades No transmisibles y Factores de Riesgo N° 6. Descripción epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina. Datos actualizados a 2011. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-03_boletin-epideomologia-06.pdf

Ministerio de Salud de la Nación – CDC y OMS (2008): Encuesta Mundial de Salud Escolar 2007. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/2007_GSHS_Report_ARG_ES.pdf

Ministerio de Salud de la Nación – CDC y OMS (2013): 2a. Encuesta Mundial de Salud Escolar Argentina 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2015) – Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: Mortalidad por Suicidio en Argentina y Análisis de Tendencia 1997 – 2013. Disponible: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-24_epidemiologia-en-smya.pdf

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección Nacional de Sida y ETS (2014): Boletín sobre VIH- Sida en la Argentina. Año XVII N° 31. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000601cnt-2015-01-29_boletin-epidemiologico-vih-2014.pdf

Ministerio de Salud de la Nación – INDEC (2009): 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Ministerio de Salud de la Nación – INDEC (2013): 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación – INDEC (2013): Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_r_2013.pdf

Ministerio de Salud de la Nación - Programa REMEDIAR (2015): Adolescentes argentinos de 10 a 19 años. Una mirada desde REMEDIAR.

Ministerio de Salud de la Nación – Programa SUMAR y Observatorio de Jóvenes, Comunicación y medios de la Universidad Nacional de La Plata (2014): Encuesta Comunicación, Jóvenes y Salud.

Ministerio de Salud de la Nación – SAP – UNICEF (2012): Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y Módulos de atención. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/EvaluacionCalidadVirtual/pdfGuias/2012_Gu%C3%A1Da_Clinica%20Sap%20Unicef.pdf

Ministerio de Salud de la Nación – Servicio Nacional de Rehabilitación (2014): Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad. Disponible en: <http://www.snr.gob.ar/wp-content/uploads/2015/03/Anuario-2014.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - UBA (S/D): Características de la actividad física y deportiva de la República Argentina. Informe de resultados a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009, con especial atención a los bloques correspondientes a Actividad Física del Adulto, y de Niños y Adolescentes.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2012): Situación del trabajo infantil en el total urbano nacional. Informe de resultados del Módulo de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes. Disponible en: http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/DocumentosSUBWEB/area1/documentos/Situacion_trabajo_infantil_urbano_nacional_MANNyA_2012.pdf

Moreno, M. (2014): Tres preguntas claves en actividad física, deporte y salud. Ministerio de Desarrollo de la Nación.

OIT (2013): Medir los progresos en la lucha contra el trabajo infantil. Estimaciones y tendencias mundiales entre 2000 y 2012. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipecc/documents/publication/wcms_221514.pdf

OMS (2001): Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>

OMS (2012): ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? Preguntas y respuestas en línea. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/

OMS (2013): Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/summary/es/

OMS (2014): Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf

OMS (2015): Cobertura sanitaria universal. Nota Descriptiva N° 395. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>

OMS (2015): Suicidio. Hoja de trabajo N° 398. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

ONU (2013): World Population Prospects, The 2012 Revision. Department of Economic and Social Affairs. New York.

OPS/OMS (1992): Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – CIE 10. Décima revisión. Publicación N° 554 Vol. 2. Washington. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

Pantelides, E. (2013): Maternidad en la Adolescencia. Lecciones aprendidas. Conferencia magistral. XXIII Reunión Bional. Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana ALIRH. Cancún, México, 12 al 14 Noviembre.

Pantelides, E., Fernández, M. y Marconi E. (2014): Maternidad temprana en la Argentina. Las madres menores de 15 años. UNFPA-CENEP.

Pantelides, E y Binstock, G. (2007): La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. En: Revista Argentina de Sociología, Año 5 N° 9.

Pantelides, E., Binstock, G. y Mario, S. (2007): La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

Pantelides, E.; Bruno, M.; Gaudio, M y Govea Basch, J. (2012): Mortalidad por homicidio y suicidio en la adolescencia: magnitud, características y circunstancias. Provincia de Buenos Aires. EMC Salud Investiga – Ministerio de Salud de la Nación y CENEP.

SEDRONAR (2004): El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Primer Estudio Nacional. Informe Final de Resultados Argentina 2003.

SEDRONAR (2012): Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Informe Final de Resultados. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Ense%C3%B1anza%20Media%202011.pdf>

SEDRONAR (2013): El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe Final de Resultados Argentina 2012. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/V%20Estudio%20Nacional%20en%20salas%20de%20emergencia.2012.pdf>

SEDRONAR (2014): VI Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media. Disponible en: <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4121>

Senderowitz, J. (1999): Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Focus on Young Adults, 1999. Disponible en: <http://info.k4health.org/youthwg/PDFs/Focus/KeyElementsPapers/makingRHservicesyouthfriendlyspanish.pdf>

SITEAL (2013): Escolarización y participación en el mercado laboral entre los adolescentes y jóvenes América Latina, 2000–2013. Disponible en: http://www.siteal.org/sites/default/files/rec_siteal_3_2015_04_08.pdf

SITEAL (2013): ¿Por qué los adolescentes dejan la escuela? Disponible en: http://www.siteal.iipe-oei.org/datos_destacados/421/por-que-los-adolescentes-dejan-la-escuela

UNFPA (2009): Situación de salud de la población en Argentina. Martín Moreno y Edith Pantelides (Coord.) Buenos Aires.

UNFPA (2014): El poder de 1800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>.

UNICEF (2011): Estado mundial de la infancia 2011. La Adolescencia, una época de oportunidades. Nueva York.

Zamberlin, N., Rosner, M. Keller, V., Merino, S., Villabrille, P., Román M., Pérez, M. I, Vázquez, M., Drake I., Frank, A., Escobar J. C. y Zingman, F. (2014): Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes. Informe Final. Estudio Multicéntrico – Comisión Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación.

Bases de Datos:

Clasificación Estadística Internacional de enfermedades. Décima Revisión.

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 y 2010. Disponibles en: www.indec.gov.ar

INDEC. Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU). Módulo sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (MANNyA). Disponible en: www.indec.gov.ar/bases-de-datos.asp

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Anuarios, Estadísticas Vitales y Egresos de Establecimientos Hospitalarios por Diagnóstico. Disponibles en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>

Ministerio de Salud de la Nación. Programa Sumar. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sumar/>

Ministerio de Salud de la Nación. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/funciones/area-de-vigilancia>

Ministerio de Salud de la Nación. Sistema de Vigilancia de Casos de Lesiones Externas (SIVILE). https://www.snvs.msal.gov.ar/lesiones/lesiones_index.asp

OPS – OMS – CLAP. Sistema Informático Perinatal

Legislación:

Convención de los Derechos del Niño. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Ley N° 26.061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

Ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm>

Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm> y en <http://tuley.gob.ar/completa.php?id=46>

Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley N° 26.586 para la Educación sobre las Adicciones y el Consumo Indevido de Drogas. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162292/norma.htm>

Ley N° 25.929 de Parto Respetado. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ley N° 26.657 de Salud Mental. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley N° 26.743 de Identidad de Género. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Ley N° 27.130 de Prevención del Suicidio. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=5E4FFDCD7FFE0C55828598627C82928C?id=245618>

Ley N° 29.994 Código Civil y Comercial de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>

Ley N° 27.044 Convención sobre los Derechos de Discapacidad. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239860/norma.htm>

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Ley N° 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente. Disponible en: http://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/legislacion/copreti/ley_26390.pdf

República Argentina 
salud.gob.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación