



**El
acceso a la**



salud

**de los
y las**



ad●escentes

UN ANÁLISIS
BASADO EN
LA EVIDENCIA

en Argentina

unicef 

para cada niño

El acceso a la
salud
de los y las **adolescentes**
en Argentina
2017

Dirección editorial:

Fernando Zingman - Especialista en Salud de UNICEF

Compiladoras:

Inés Ibarlucía
Ana Inés Kukurutz

Revisión técnica:

Julian Govea Bach
Cecilia Litichever
Julia Anciola

Edición:

Laura Efrón

Diseño y diagramación:

Florencia Zamorano

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

Noviembre de 2017

Impreso en Argentina

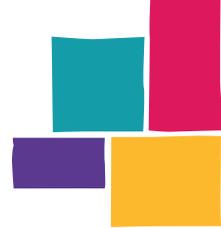
Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF)

buenosaires@unicef.org

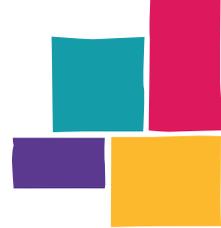
www.unicef.org.ar

unicef 
para cada niño



Índice

Hallazgos destacados y mensajes clave	5
Índice de cuadros, gráficos y mapas	7
Acrónimos	8
Introducción	9
Capítulo 1.	
Principales aspectos de salud de los y las adolescentes	13
Capítulo 2.	
Marco normativo	34
Capítulo 3.	
La salud de los y las adolescentes: su abordaje desde los actores políticos y sociales	41
Capítulo 4.	
Reflexiones finales	47
Bibliografía	51



Hallazgos destacados y mensajes clave

- Los y las adolescentes se enferman menos que otros grupos poblacionales. Sus tasas de mortalidad y morbilidad son más bajas que las de los adultos (sobre todo los mayores) y las de los niños (especialmente los menores de 5 años). Esto provoca que consulten menos a los profesionales de salud. Las mujeres adolescentes utilizan los servicios de salud en mayor medida que sus pares varones.
- El 90 % de los y las adolescentes usó un método durante su primera relación sexual¹ y el 75,8% usó preservativo en su última relación sexual.²
- La prevalencia de consumo anual de tabaco y cocaína disminuyó en estudiantes de enseñanza media entre 2001 y 2014³.
- Entre los problemas de salud que más preocupan a las y los adolescentes se encuentran aspectos derivados de las relaciones que entablan con sus pares, cuestiones que hacen a su salud mental y a la necesidad de información (por ejemplo, sobre métodos anticonceptivos). A pesar de ello, recurren a los servicios de salud principalmente cuando tienen problemas físicos.
- Descontando el embarazo, parto y puerperio, que aglutinan a la mayoría de los egresos hospitalarios de las mujeres, la causa más importante de egresos entre adolescentes son los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.
- La cantidad de muertes de varones adolescentes duplica la de las mujeres. Esta diferencia se refleja en sus tasas específicas de mortalidad.
- Las provincias del NEA y NOA presentan las tasas más altas de mortalidad adolescente, superando en algunos casos hasta más de dos veces la tasa de la Ciudad de Buenos Aires. Chaco, Formosa, Santa Fe y Misiones presentan las tasas más elevadas.
- La mortalidad durante la adolescencia se debe principalmente a causas externas. Los accidentes, en particular los de tránsito, son la causa principal. Le siguen en importancia los suicidios y los homicidios. Las defunciones de intencionalidad no determinada tienen todavía un peso importante en el conjunto de defunciones de adolescentes.
- La obesidad y el sobrepeso han aumentado durante los últimos años en la población adolescente escolarizada, afectando en mayor medida a los varones.
- La presencia activa y la atención de los padres es un factor de importancia para contribuir al cuidado de los adolescentes. Acompañarlos en su tiempo libre, escuchar sus problemas y preocupaciones y revisarles sus tareas escolares contribuyen a reducir riesgos de salud.
- Existe una marcada disparidad en las tasas de fecundidad adolescente a lo largo del

♦♦♦♦

1. Resultados de ENSSyR 2013.

2. Según EMSE 2012.

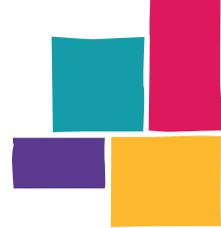
3. Información básica en salud mental y adicciones. Infanto-juvenil 2014. Dirección de Salud Mental y adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.

país, siendo en particular las provincias del Noreste las que muestran los valores más altos.

- Una parte considerable de las adolescentes madres se encuentra fuera del sistema escolar al momento del embarazo, al tiempo que existe una desventaja en los logros educativos de las adolescentes madres en relación con sus pares no madres. La asistencia escolar de las jóvenes madres se ve favorecida con su permanencia en el hogar de origen.
- La detección del embarazo entre las menores de 15 años suele ser tardía (en el segundo trimestre). Esto impide el abordaje integral, adecuado y oportuno para evaluar las circunstancias en torno al embarazo y brindar intervenciones acordes a las necesidades detectadas. Además, implica un control deficiente o nulo durante el embarazo que, sumado al alto riesgo de base por la corta edad, puede generar complicaciones graves.
- La Argentina ha atravesado un avance en términos del reconocimiento del derecho a la salud integral de los y las adolescentes y su formalización en instrumentos legales. Sin embargo, aunque a nivel normativo se haya dado un cambio del paradigma tutelar al de derechos, a nivel político y comunitario se atraviesa por un período transicional, con tensiones, consensos, divergencias y convivencia de aspectos de uno y otro paradigma.
- A pesar de los avances a nivel nacional, existen disparidades normativas que hacen

que los y las adolescentes de algunas provincias cuenten con más o mejores recursos institucionales y mecanismos de protección de sus derechos en torno a la salud que sus pares de otras jurisdicciones del país.

- En la mayoría de las provincias existe un programa específico de salud adolescente, dependiente del ministerio de salud provincial y se cuenta con una diversidad de organismos y actores de la sociedad civil que se involucran en la salud de la adolescencia. En este contexto, los responsables de esos programas deben destinar sus mayores esfuerzos a "articular" las diferentes acciones e iniciativas antes que a desarrollar la estrategia de abordaje de la salud de los y las adolescentes en la provincia.
- Las principales problemáticas de salud reportadas por los funcionarios tanto nacionales como provinciales, con algunas diferencias de priorización según jurisdicciones, son: consumo excesivo de alcohol, uso de sustancias y embarazos no planificados.
- Algunas barreras de acceso reportadas por los y las adolescentes (como los tiempos de espera o la escasez de turnos) son un indicio de la existencia de una demanda no atendida vinculada más con la incapacidad del sistema que con las propias características de esta población. Otras dificultades en su acceso a los servicios de salud, aunque reportadas en menor medida por los y las adolescentes, permiten inferir sobre la necesidad de construir y fortalecer el vínculo entre el sistema de salud y los y las adolescentes.



Índice de cuadros, gráficos y mapas

Cuadros

- Cuadro 1.** Porcentaje de varones de 10 a 19 años en los egresos hospitalarios del sector público según grupos de diagnóstico (excepto embarazo, parto y puerperio). Argentina. 2013 **15**
- Cuadro 2.** Distribución de los egresos hospitalarios del sector público, de la población de 10 a 19 años según grupos de diagnósticos, por jurisdicción. Argentina. 2013 **16**
- Cuadro 3.** Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años por grandes grupos de causas de muerte, según grupos de edad. Argentina. 2012 a 2014 **19**
- Cuadro 4.** Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años por tipo de causa de muerte externa, según sexo. 2012 a 2014 **20**
- Cuadro 5.** Indicadores en Encuesta Mundial de Salud Escolar **24**
- Cuadro 6.** Características de la iniciación sexual en mujeres urbanas de 14 a 19 años, por región. Argentina. 2013 **26**
- Cuadro 7.** Población urbana de 14 a 19 años. Realización de análisis de detección de infecciones de transmisión sexual, por sexo. Argentina. 2013 **27**
- Cuadro 8.** Población urbana femenina de 14 a 19 años. Realización de análisis de detección de infecciones de transmisión sexual, por región. Argentina. 2013 **28**
- Cuadro 9.** Leyes nacionales de protección de la salud integral de los y las adolescentes. Argentina. 1990 a 2015 **39**

Gráficos

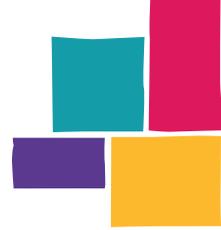
- Gráfico 1.** Tasas de mortalidad adolescente según grupos de edad quinquenales por sexo. Argentina. 2015 **17**
- Gráfico 2.** Defunciones de adolescentes por grupos de causa y sexo. Argentina. 2015 **18**
- Gráfico 3.** Tasas de mortalidad adolescente por accidentes, suicidios y homicidios. Argentina. 2010 a 2015 **21**
- Gráfico 4.** Distribución porcentual de las defunciones de adolescentes por causas externas, según jurisdicción de residencia. Argentina. 2013 a 2015 **22**
- Gráfico 5.** Tasa trienal de mortalidad de adolescentes por suicidios, según jurisdicción de residencia. Argentina. 2013-2015 **23**
- Gráfico 6.** Tasas de fecundidad adolescente en menores de 15 años y entre 15 y 19 años. Argentina. 2010-2015 **29**
- Gráfico 7.** Mujeres de 14 años madres y no madres. Condición de asistencia escolar Argentina. 2010 **31**
- Gráfico 8.** Madres de 14 años. Porcentaje que asiste a la escuela según convivencia en pareja y posición en el hogar. Argentina. 2010 **32**

Mapas

- Mapa 1.** Tasas de fecundidad adolescente en menores de 15 años y de entre 15 a 19 años por jurisdicción de residencia de la madre. Argentina. 2015 **30**

Acrónimos

CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAPS	Centros de Atención Primaria de la Salud
CEDES	Centro de Estudios de Estado y Sociedad
CENEP	Centro de Estudios de Población
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CNPhyV 2010.....	Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010
COFENAF.....	Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud
EMSE.....	Encuesta Mundial de Salud Escolar
ESI.....	Educación Sexual Integral
ESSyR.....	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FIC	Federación Inter-Americana del Corazón
ILE	Interrupción legal del embarazo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MAC.....	Métodos anticonceptivos
MSAL	Ministerio de Salud
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NEA	Noreste Argentino
NOA	Noroeste Argentino
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS.....	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PEN.....	Poder Ejecutivo Nacional
PNSIA	Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
PNSSPR.....	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
SENAF	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
SITEAL.....	Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina



Introducción

Primeras palabras

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada en la Constitución Nacional, junto con la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes derivada de las obligaciones de la Convención, constituyen las normas principales que regulan el derecho a la salud de la población adolescente en Argentina. Dichas normas consideran a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, entre los que se reconoce el derecho a la atención integral de la salud.

Por otro lado, en 2000 Argentina adhirió a las metas de la Declaración del Milenio (Asamblea de Naciones Unidas, 2000), que marcó los lineamientos de acción en salud hacia el cumplimiento de las metas comprometidas para 2015. Al igual que otras naciones, a partir de dicho año Argentina adoptó una nueva agenda conocida como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los ODS son un programa que define diecisiete objetivos y 169 metas que marcan la agenda de los países hacia 2030. Tres de sus objetivos se relacionan con salud, niñez y adolescencia:

- ODS 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
- ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
- ODS 6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.

Con ese marco, este documento busca reseñar la situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina poniendo el foco en las barreras al acceso y al cumplimiento de derechos identificadas a partir de los resultados de cuatro investigaciones realizadas con apoyo de UNICEF Argentina en 2016.

Se trata de un documento descriptivo-analítico que caracteriza la situación de los y las adolescentes respecto de las principales dimensiones de la salud (salud mental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, morbilidad y mortalidad) al tiempo que analiza el cumplimiento de sus derechos e identifica barreras en el acceso.

En el desarrollo de este trabajo analítico los hallazgos de las diferentes investigaciones emergieron como piezas o indicios de los vacíos, tensiones y barreras que aún deben ser abordadas para garantizar el derecho a la salud de las y los adolescentes en Argentina.

La lectura transversal de los hallazgos de las investigaciones respecto de diferentes problemáticas de salud permitió reconstruir un panorama que, tal como se irá desarrollando en este documento, evidencia una distancia entre la posibilidad de los y las adolescentes de apropiarse efectivamente de sus derechos y la capacidad de los adultos (sean funcionarios, padres, referentes de organizaciones sociales, profesionales de la salud, etc.) de contribuir a esa apropiación con recursos, estrategias y políticas adecuadas.

Así, los resultados de los distintos estudios permitieron ver que las preocupaciones que los y las adolescentes manifiestan en torno a su salud no siempre son coincidentes con las priorida-

des planteadas por quienes diseñan o gestionan las políticas y acciones destinadas a esta población. Una expresión visible de ello surge del hecho de que los jóvenes se muestran especialmente preocupados por temáticas que hacen a su salud mental (como el vínculo con sus pares) mientras que son las cuestiones de salud física aquellas en torno a las cuales se los convoca en forma casi excluyente desde el sistema de salud.

Estructura de este documento

El Capítulo 1 describe los principales aspectos de la situación de salud de los y las adolescentes en Argentina e identifica inequidades interjurisdiccionales y desigualdades de género. Se presta particular atención a las causas de mortalidad adolescente, salud sexual y salud reproductiva, embarazo, salud mental y malnutrición.

El Capítulo 2 se refiere al marco normativo nacional de los derechos de los y las adolescentes con foco en su derecho a la salud. Analiza también el reconocimiento formal de este derecho a nivel provincial, a partir de la legislación vigente en cinco provincias seleccionadas.

El Capítulo 3 analiza el abordaje de las necesidades de salud y derechos de los y las adolescentes por parte de los actores políticos y sociales. Se incluyen en el análisis las percepciones de funcionarios y referentes nacionales y provinciales acerca de las problemáticas de la población adolescente y las respuestas desde las diferentes instituciones involucradas.

En el Capítulo 4 se indagan las principales barreras detectadas en lo que refiere al cumplimiento de los derechos de salud de las y los adolescentes argentinos y se sugieren algunas líneas de investigación que permitirían profundizar en el conocimiento de la situación de salud de la población adolescente en el país.

Perfil socio demográfico de los adolescentes en Argentina

En Argentina, para el año 2017 se estima que la población adolescente (entre 10 y 19 años) asciende a 7 millones, lo que constituye el 16% del total de habitantes del país. Esto es evidencia de un crecimiento a un ritmo muy lento, en relación con el tránsito del país por una etapa de envejecimiento moderadamente avanzado. La cantidad de varones es levemente superior a la de mujeres en todas las edades comprendidas en la adolescencia, en particular en las primeras edades debido a la relación de masculinidad al nacimiento, del orden de los 105 varones por cada 100 mujeres.

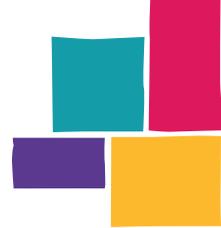
A nivel provincial, el peso de los adolescentes en el conjunto de la población varía de acuerdo con la relación entre las edades que es propia de cada jurisdicción. El valor máximo corresponde a Misiones, con el 19,8% de adolescentes, mientras que el valor más bajo es el de CABA, 12,6%.

El 37,2% del total de adolescentes del país reside en provincia de Buenos Aires. Si a estos se le suman los residentes en las provincias de Córdoba, Santa Fe y CABA, se cuenta con el 57,8% del total.

Los jóvenes se encuentran entre los grupos más afectados por la pobreza: se estima que para 2015 el 26,2% de los adolescentes de entre 13 y 17 años eran pobres según la aproximación multidimensional; mientras que un 4,1% sufría de pobreza extrema (UNICEF, 2016). La pobreza monetaria afecta al 51% de este mismo grupo de edad (UNICEF, 2017).

Reseña de las investigaciones

La información y los datos que se analizan en este documento provienen de los informes de resultados de una serie de investigaciones realizadas por iniciativa de UNICEF Argentina en 2016. A continuación se detallan las características de cada una de ellas.



Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años

Se trata de un estudio cuanti-cualitativo destinado a producir conocimiento acerca de la maternidad en adolescentes menores de 15 años en la Argentina, llevado a cabo por Georgina Binstock (CONICET/CENEP) y Mónica Gogna (CONICET/IIIEGE).

El módulo cuantitativo se propuso realizar un diagnóstico sociodemográfico y analizar las tendencias y las brechas en las desigualdades que imprime la maternidad en el curso y condiciones de vida de las adolescentes menores de 15 años. Este diagnóstico se realizó a partir de información de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y del examen de los datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en 2010.

El módulo cualitativo tuvo por objetivos conocer la historia reproductiva de las madres adolescentes; el contexto del embarazo, su reacción y la de su entorno al conocer la noticia; si se había considerado la posibilidad de interrumpir la gestación; cómo fueron sus experiencias de acceso a servicios de salud y de protección y justicia (en los casos en que correspondía); las consecuencias del embarazo y la maternidad sobre la escolaridad, sobre su vida cotidiana y sus expectativas a futuro.

Se realizaron 19 entrevistas con adolescentes que habían sido madres antes de los 15 años y una entrevista con una adolescente de 14 años embarazada. Complementariamente se exploraron –desde la perspectiva de los y las adolescentes menores– algunos de los factores que facilitan o dificultan la prevención de embarazos no buscados mediante ocho grupos focales en los que participaron un total de 62 adolescentes (42 mujeres y 20 varones).

Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Abordajes institucionales desde los sistemas de salud, educación, justicia y protección de derechos de niñas niños y adolescentes en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Este estudio exploratorio se desarrolló en el marco de la articulación de UNICEF con la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Se acordó una línea de trabajo conjunta sobre la temática del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años con el fin de aportar conocimiento para la definición de políticas públicas nacionales y provinciales.

El trabajo tuvo como objetivo identificar y analizar los abordajes institucionales que se aplican desde los sistemas locales de salud, desarrollo social, educación y justicia en localidades seleccionadas de las provincias de Santiago del Estero, Salta, Jujuy y Catamarca. La metodología incluyó entrevistas semi-estructuradas con informantes clave de esos sistemas locales que tienen contacto directo con niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.

Como técnica complementaria se analizaron casos mediante revisión de historias clínicas acompañadas por el relato del personal de salud involucrado en la atención a fin de reconstruir el abordaje institucional en casos puntuales. Se realizaron 78 entrevistas, con una concentración del 43% en el sector salud.

Desigualdades en salud de la población adolescente en la Argentina

El informe fue realizado por el Centro de Estudios de Población (CENEP) y participaron los siguientes investigadores: Edith Pantelides (CENEP), María de las Mercedes Fernández (DEIS-MSAL), Hernán Manzelli (CENEP) y Adrián San-

toro (DEIS-MSAL). Tuvo como objetivo detectar, medir y documentar la existencia de desigualdades en salud en la población adolescente (10-19 años) del país, con foco en algunas de las provincias de menor desarrollo relativo y de poblaciones más jóvenes: Chaco, Misiones, Salta y Jujuy, adoptando un abordaje metodológico cuantitativo utilizando diversas fuentes secundarias oficiales.

Estudio de revisión de necesidades, políticas y estructura de los programas de salud adolescente en la Argentina

El estudio fue realizado por un equipo de investigación coordinado por Daniel Maceira (CEDES) con el objetivo principal de generar evidencias sobre las características y el funcionamiento del sistema público de salud en la Argentina que presta servicios a la población adolescente, así como conocer la perspectiva de los/as usuarios/os adolescentes en relación con su estado de salud, necesidades en esta materia y la respuesta del sistema público. El estudio comprendió siete componentes con distintos objetivos específicos y metodologías:

- 1** En el primer componente se exploraron las conductas y hábitos de riesgo de salud de las y los adolescentes escolarizados de la Argentina a través de las Encuestas Mundiales de Salud Escolar (EMSE).
- 2** En el segundo componente se analizaron los programas provinciales de salud adolescente con el objetivo de identificar parámetros de análisis relevantes, características salientes comunes y/o diferenciadas y abrir líneas de debate e investigación. Para ello, se recolectó información sobre el funcionamiento de los programas provinciales de salud adolescente en todas las jurisdicciones del país, aplicando un cuestionario auto-administrado a sus referentes.
- 3** En el tercer componente se realizó una revisión de la normativa nacional y provincial, tomando cinco jurisdicciones (Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta) con el objetivo de

describir el marco normativo que reconoce los derechos de salud de la población adolescente. Brinda un panorama del reconocimiento formal de derechos en las temáticas analizadas.

- 4** El cuarto componente presenta un análisis del diagnóstico que realizan los propios funcionarios/as involucrados, directa o indirectamente, en elaborar políticas y acciones que impactan en la salud de la población adolescente. Se diseñó un mapeo de actores a nivel nacional y en las cinco jurisdicciones seleccionadas (Chaco, Jujuy, Salta, Misiones y La Rioja) y se realizaron diez entrevistas a funcionarios/as de nivel nacional y entre diez y doce entrevistas en cada una de las provincias analizadas.
- 5** En el quinto componente se analiza el rol que desempeñan las organizaciones no gubernamentales en la salud de la población adolescente, especialmente aquellos no escolarizados. Se realizaron grupos focales y entrevistas a referentes de ONG locales de las cinco provincias seleccionadas.
- 6** El sexto componente analiza la percepción de las necesidades, cobertura y acceso de los y las adolescentes al sistema de salud, así como las respuestas institucionales a sus problemáticas. Se llevó a cabo una encuesta auto-administrada a una muestra de más de 4500 alumnos y alumnas, principalmente de primer y quinto año de escuelas secundarias públicas de la capital provincial y del interior de las cinco provincias argentinas seleccionadas.
- 7** El último componente analiza comparativamente una serie de indicadores de necesidad, protección y acceso de las y los adolescentes en tres provincias en particular: Chaco, Jujuy y Misiones.

En el presente documento se incluye también material adicional elaborado por el Área Salud de UNICEF Argentina en base a los registros de Estadísticas Vitales correspondientes a 2015, último año disponible al momento de su elaboración.

Capítulo 1



Principales aspectos de salud de los y las adolescentes

Rasgos generales

Las tasas de morbilidad y mortalidad de la población adolescente son menos elevadas que las de otros grupos poblacionales. Específicamente, son más bajas que las de los niños en primera infancia y que las de los adultos mayores. Los y las adolescentes se enferman poco y las evidencias empíricas sostienen que no sufren con frecuencia de enfermedades que pongan seriamente en riesgo su vida. Sin embargo, presentan problemáticas particulares que pueden condicionar su salud y su vida futura.

Como en las restantes etapas de la vida, actualmente los problemas de salud de la población adolescente se pueden relacionar en parte con aspectos de la vida urbana moderna, como los accidentes de tránsito, el sedentarismo y algunos desórdenes alimenticios u obesidad. Pero, a la vez, la situación en materia sanitaria de este grupo de edad presenta algunas características específicas.

Las desigualdades en salud en la adolescencia no son de la misma magnitud en las diferentes jurisdicciones del país y no siempre los indicadores de salud se relacionan directamente con el grado de desarrollo relativo de las distintas localidades. Por caso, no se evidencia una relación unívoca entre el tipo predominante de cobertura de salud y el grado de desarrollo relativo de las jurisdicciones. Tampoco se advier-

te una relación lineal entre la fecundidad adolescente y el nivel de desarrollo relativo de las jurisdicciones.

Sin embargo, puede decirse que las causas externas de mortalidad predominan en mayor medida entre los adolescentes con primario completo o secundario incompleto, a la vez que se observa una relación entre el nivel de fecundidad y la probabilidad relativa de morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

La morbilidad en la población adolescente

La Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2010 da cuenta de que los y las adolescentes consultan profesionales de salud, utilizan medicamentos y se realizan análisis en menor medida que la población general. Este comportamiento está, a su vez, atravesado por una serie de condiciones, como la afiliación a obra social o prepaga o el sexo, que tienen un impacto diferencial en la utilización de los servicios de salud. Las adolescentes utilizan servicios de salud en mayor medida que sus pares varones, alcanzando en algunos casos porcentajes de utilización similares o incluso mayores a las mujeres de la población general (por ejemplo, en cuanto a la visita al dentista).

En tanto la afiliación a algún sistema de salud promueve una mayor consulta a algún profesional, la diferencia entre afiliados o no es aún menor entre adolescentes que en la población total.

Los datos para 2016 de la Encuesta de Salud Adolescente realizada por UNICEF y CEDES en algunas provincias del NEA y NOA del país muestran que en general los y las adolescentes escolarizados –de Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta– consideran su salud como buena o muy buena (79%), siendo los principales problemas declarados: tos, angina, gripe o resfrío. Tanto varones como mujeres mencionaron, además, entre las dolencias más frecuentes: dolor de cabeza, dolor de extremidades y problemas odontológicos; las mujeres refirieron también categorías relacionadas a la salud mental, como la ansiedad, estrés y depresión. Independientemente del problema que se considere, en general las mujeres buscan atención o consultan en mayor medida que los varones.

La información relativa a morbilidad que se presenta a continuación proviene de los registros de egresos hospitalarios del sector público reportados por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación. Al tratarse solo de los egresos del sector público no incluyen los establecimientos dependientes de universidades nacionales ni los dependientes de obras sociales y del subsector privado.

Si bien los datos de egresos hospitalarios presentados son parciales, constituyen los únicos sistematizados en el país. Por otra parte, dimensionar la morbilidad en la población adolescente a través de los registros de egresos hospitalarios resulta limitado en tanto deja por fuera otros padecimientos por los cuales los y las adolescentes consultan profesionales de salud (y que no requieren internaciones) así como otras preocupaciones de los propios adolescentes y que también hacen a su salud integral.

Los datos de la encuesta realizada por CEDES y UNICEF en 2016 indican que los y las adolescentes recurren a los servicios de salud principalmente cuando tienen problemas físicos, mientras que los temas que les preocupan están más relacionados a cuestiones vinculares o a la necesidad de información (sobre métodos anticonceptivos o sobre la menstruación, principalmente).

A pesar de estas limitaciones, los registros de egresos hospitalarios permiten una aproximación al perfil de morbilidad de la población adolescente.

En 2013 se registraron 285.571 egresos de adolescentes del sector público de salud, de los cuales el 68,5% correspondió a mujeres. La sobremorbilidad femenina se debe a que en las estadísticas de egresos hospitalarios están incluidos los registros ligados a embarazo, parto y puerperio, que alcanzan al 55% de los egresos de las adolescentes. Si se descuentan los egresos en relación con este diagnóstico –sin desmerecer su importancia– los egresos de varones y mujeres resultan prácticamente iguales (el 49,4% del total son mujeres).

En el Cuadro 1 se presenta la información de egresos y se muestra el peso de cada diagnóstico en los varones. Se advierte, así, una preponderancia de los varones en diagnósticos que tienen alguna relación con circunstancias sociales, como los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, donde los varones representan más del 60% de los egresos. Dentro de este diagnóstico, en ambos sexos los traumatismos de miembros superiores e inferiores y los que afectan múltiples regiones del cuerpo son los que cobran mayor peso (46% del total de egresos por este diagnóstico).

CUADRO 1.

Porcentaje de varones de 10 a 19 años en los egresos hospitalarios del sector público según grupos de diagnóstico (excepto embarazo, parto y puerperio). Argentina. 2013

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS. EXCEPTO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	VARONES
Total	50,6
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	67,2
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	60,7
Malformaciones congénitas	58,4
Tumores malignos	57,1
Enfermedades del ojo y sus anexos	55,7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	55,1
Trastornos mentales y del comportamiento	52,5
Enfermedades del sistema nervioso central	52,0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	52,0
Enfermedades del sistema circulatorio	51,5
Enfermedades del sistema respiratorio	51,3
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	48,6
Enfermedades del sistema digestivo	46,8
Tumores in situ, tumores benignos y tumores de comportamiento incierto o desconocido	46,8
Enfermedades infecciosas y parasitarias	46,8
Enfermedades endócrinas nutricionales y metabólicas	45,2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	41,6
Factores que influyen en el estado salud y contacto con los servicios de salud	28,6
Enfermedades del sistema genitourinario	24,1

Nota: Los grupos de diagnósticos están ordenados de mayor a menor según la proporción de egresos de varones en cada grupo.

Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Por su parte, las adolescentes muestran una mayor vulnerabilidad a dolencias relacionadas con infecciones de transmisión sexual y del proceso reproductivo, lo que podría explicar su preponderancia en las enfermedades del sistema genitourinario (Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A., 2017).

La distribución de los egresos hospitalarios según grupos de diagnósticos que se presenta en el Cuadro 2 permite señalar que los egresos

por "embarazo, parto y puerperio" (grupo de diagnósticos 5) constituyen el grupo de mayor importancia, con el 37,8% del total de los casos. La proporción se eleva en el caso de algunas jurisdicciones: en Tucumán representan la mitad del total de egresos, en San Juan el 47,6%, en San Luis el 44,7%, en Formosa el 46,3% y en Chaco el 46%. En segundo término aparece la categoría residual que agrupa a los "demás diagnósticos" (grupo de diagnósticos 7), mien-

tras que en todas las jurisdicciones la tercera causa de egresos más importante resulta el grupo de "causas externas", con la excepción

de Río Negro y Santa Cruz, en donde cobran mayor peso los egresos relacionados con enfermedades del sistema digestivo.

CUADRO 2.

Distribución de los egresos hospitalarios del sector público, de la población de 10 a 19 años según grupos de diagnósticos, por jurisdicción. Argentina. 2013

Jurisdicción de residencia	Grupos de diagnósticos							
	Total	1	2	3	4	5	6	7
Total	100,0	3,0	4,8	9,3	4,7	37,8	16,4	24,0
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	100,0	3,6	5,6	9,0	2,8	35,4	11,5	32,2
Buenos Aires	100,0	2,5	5,9	8,2	4,1	36,2	18,0	25,1
Catamarca	100,0	4,8	3,8	10,8	5,8	30,6	18,2	26,1
Córdoba	100,0	4,5	3,5	11,3	5,4	36,5	15,1	23,8
Corrientes	100,0	3,3	4,0	8,0	5,0	33,6	19,2	27,0
Chaco	100,0	3,9	4,0	7,2	6,1	46,3	16,9	15,6
Chubut	100,0	2,7	4,4	12,1	3,5	40,3	15,8	21,2
Entre Ríos	100,0	2,8	3,8	9,4	4,8	38,3	16,3	24,5
Formosa	100,0	4,3	4,2	8,6	8,3	46,0	13,7	15,0
Jujuy	100,0	3,6	3,4	11,9	4,3	38,1	14,3	24,3
La Pampa	100,0	2,2	2,7	9,7	5,5	38,1	16,2	25,7
La Rioja	100,0	6,9	4,9	8,0	8,7	24,4	16,5	30,5
Mendoza	100,0	2,4	3,8	11,1	3,5	38,0	14,5	26,7
Misiones	100,0	2,9	4,2	6,8	5,0	38,9	16,8	25,4
Neuquén	100,0	2,4	4,4	12,7	2,7	36,5	13,6	27,8
Río Negro	100,0	3,3	4,0	14,6	4,8	39,6	12,0	21,7
Salta	100,0	3,9	4,1	11,3	6,0	38,3	15,8	20,7
San Juan	100,0	2,6	4,4	7,5	3,4	47,6	13,9	20,6
San Luis	100,0	2,6	5,2	12,1	5,1	44,7	14,8	15,5
Santa Cruz	100,0	2,1	2,7	14,3	3,8	38,3	10,4	28,4
Santa Fe	100,0	2,9	5,4	9,2	4,5	31,6	17,6	28,8
Santiago del Estero	100,0	3,9	5,3	9,3	7,1	31,2	14,5	28,7
Tucumán	100,0	1,7	4,4	11,1	3,2	50,3	13,7	15,5
Tierra del Fuego	100,0	1,4	3,8	12,9	5,8	40,1	13,1	22,8

Nota: Los grandes grupos de diagnósticos fueron seleccionados por tener un número de casos suficientes para el análisis. Los que tenían pocos casos se sumaron a la categoría "todos los demás diagnósticos". Los grupos de diagnósticos que aparecen en el cuadro son:

1. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
2. Enfermedades del sistema respiratorio.
3. Enfermedades del sistema digestivo.
4. Enfermedades del sistema genitourinario.
5. Embarazo, parto y puerperio.
6. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.
7. Todos los demás diagnósticos.

Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

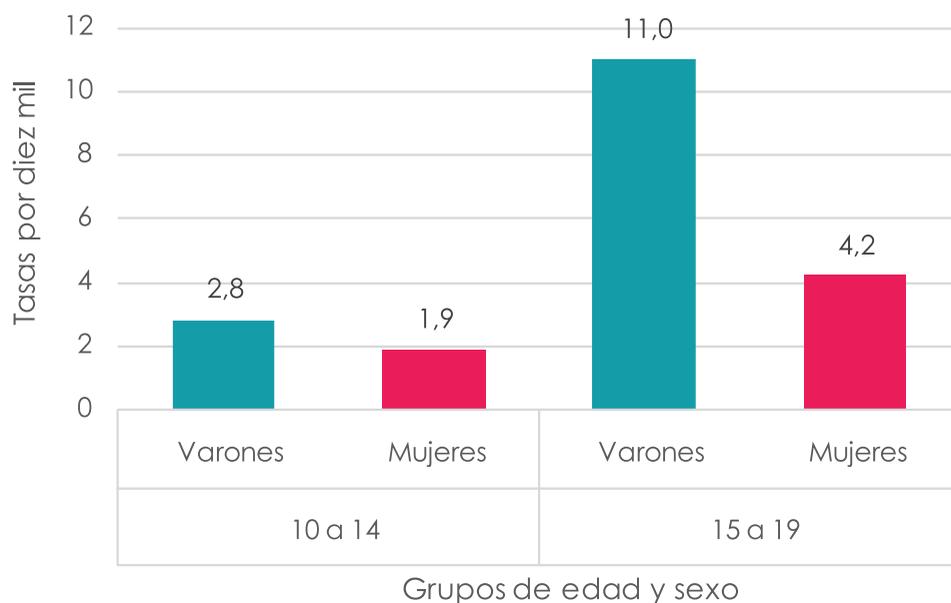
La mortalidad en la población adolescente

La tasa de mortalidad de los adolescentes es baja en relación con otros grupos etarios y, por lo tanto, representa una baja proporción (1,2%) en el total de defunciones del país. Para 2015, la tasa de mortalidad en la adolescencia es de alrededor de 5 por cada 10.000 habitantes de

entre 10 y 19 años y la cantidad de muertes de varones adolescentes duplica la de las mujeres. En detalle, la tasa de mortalidad se eleva a 6,9 por 10.000 entre los adolescentes varones y desciende a 3,9 por 10.000 entre las adolescentes mujeres. Esta sobremortalidad masculina en la adolescencia se pone de manifiesto de manera más acentuada a partir de los 15 años (Gráfico 1).

GRÁFICO 1.

Tasas de mortalidad adolescente según grupos de edad quinquenales por sexo. Argentina. 2015



Fuente: Elaboración Área Salud de UNICEF, en base a DEIS, 2015, MSAL

En cuanto a la jurisdicción, el 35% de las muertes de adolescentes ocurren en la provincia de Buenos Aires y le siguen en importancia Santa Fe (9,3%) y Córdoba (6,6%), reproduciendo el peso proporcional de cada provincia sobre la población nacional. Sin embargo, las provincias del NEA y NOA presentan las tasas más altas de mortalidad adolescente, superando en algunos casos hasta más de dos veces la tasa de la CABA. Chaco, Formosa, Santa Fe y Misiones muestran las tasas más elevadas. En esas provincias, asimismo, la mortalidad adolescente entre los varones supera el 9 por 10.000.

Principales causas de mortalidad adolescente

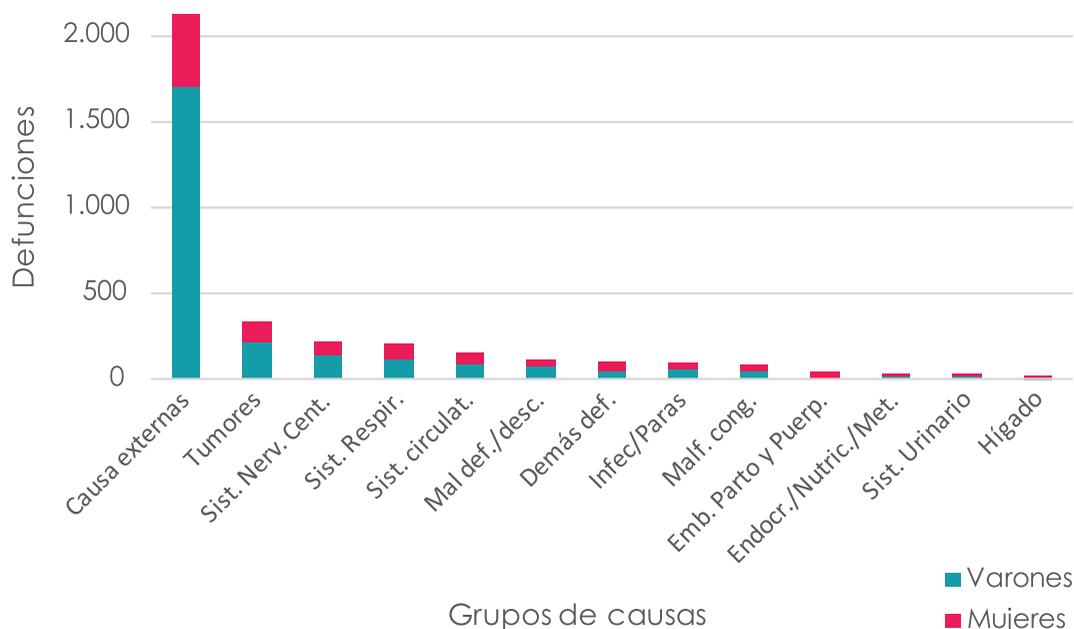
Las causas externas –accidentes, suicidios y homicidios– constituyen el principal grupo de causas de mortalidad en la adolescencia (Gráfico 2). En 2015, el total de muertes adolescentes por estas causas alcanzaron las 2.114, representando el 60% de las muertes de esta población: 1.699 corresponden a varones y 415 a mujeres.

Otro grupo de causas de mortalidad que ocupa el segundo lugar en importancia, pero con un peso mucho menor en el conjunto, lo constituyen los tumores, con 340 defunciones, el 10%

del total (12% entre las mujeres y 8% entre los varones). Las enfermedades del sistema nervioso central ocupan el tercer lugar entre las causas de muertes de adolescentes.

GRÁFICO 2.

Defunciones de adolescentes por grupos de causa y sexo. Argentina. 2015



Fuente: Elaboración Área Salud de UNICEF, en base a DEIS, 2015, MSAL

Causas externas como causas de muerte en la adolescencia

Las causas externas son las causas más importantes de muerte en la adolescencia (Cuadro 3). Su importancia crece a medida que aumenta la edad. En efecto, en 2012-2014 este grupo

de causas explicaban el 40,3% de la mortalidad entre los adolescentes de 10 a 14 años y el 66,2% de los de 15 a 19 años. Además, las causas externas constituyen el grupo de mayor impacto en la mortalidad tanto de varones como de mujeres.

CUADRO 3.

Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años por grandes grupos de causas de muerte, según grupos de edad. Argentina. 2012 a 2014

Grandes grupos de causas de muerte	Grupos de edad		
	Total	10 a 14	15 a 19
Todas las causas	100,0	100,0	100,0
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,8	3,7	2,5
Tumores	9,4	15,3	7,5
Enfermedades del sistema nervioso central	5,7	9,6	4,5
Enfermedades del sistema circulatorio	4,7	5,9	4,3
Enfermedades del sistema respiratorio	5,5	7,9	4,7
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1,0	0,1	1,3
Causas externas	60,1	40,3	66,2
Demás causas definidas	7,2	12,9	5,5
Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos	3,6	4,3	3,4
N	11.484	2.717	8.767

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales. Los grandes grupos de causas fueron seleccionadas por tener un número de casos suficientes para el análisis. Las que tenían pocos casos se sumaron a la categoría "demás causas definidas".

Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Como se observa en el Cuadro 4, los accidentes son la causa de mayor peso (48%) entre las causas externas de muertes en la adolescencia. Le siguen en importancia los suicidios, los eventos de intención no determinada y finalmente los homicidios.

El peso relativo de los accidentes es más elevado en el grupo de entre 10 y 14 años, en el que representó, en 2012-2014, 62,1% de las muertes por causas externas. Mientras, el suicidio cobra un mayor peso en la de mortalidad del grupo de 15 a 19 años. En ambos grupos de edad, el suicidio constituye una problemática más fre-

cuente entre mujeres que entre varones. Por su parte, las muertes por homicidios o agresiones tienen más peso entre los adolescentes de mayor edad, especialmente entre los varones.

Con relación a los accidentes, la encuesta de CEDES y UNICEF da cuenta de que un tercio de los adolescentes escolarizados (de Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta) manifestó haber subido más de una vez a un auto con un conductor alcoholizado, siendo la provincia de Jujuy donde más adolescentes reportaron haber pasado por esta situación (39,8%).

CUADRO 4.

Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años por tipo de causas de muerte externa, según sexo. Argentina. 2012 a 2014

Grupos de causas externas de mortalidad	Total	Varones	Mujeres
Total causas externas	100,0	100,0	100,0
Eventos accidentales o no intencionales	48,0	46,9	52,0
Accidentes de transporte/peatón	2,1	1,8	3,3
Accidentes de transporte/ciclista	0,6	0,6	0,7
Accidentes de transporte/motociclista	10,3	11,0	7,8
Accidentes de transporte/automóvil	10,2	9,5	12,4
Otros accidentes de transporte y secuelas	5,3	5,1	6,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	3,9	4,4	2,0
Exposición a corriente eléctrica	3,0	2,5	4,9
Otros accidentes especificados y secuelas	4,3	3,5	7,4
Exposición a factores no identificados	8,3	8,5	7,5
Suicidios	22,1	20,3	29,0
Suicidios/ahorcamiento/estrangulamiento o sofocación	19,4	17,7	25,9
Resto de suicidios y secuelas	2,7	2,6	3,1
Homicidios o agresiones	14,1	16,4	6,1
Agresiones/disparo de armas de fuego	9,0	10,6	3,0
Agresiones/objeto cortante	3,0	3,7	0,6
Resto de homicidios y secuelas	2,1	2,1	2,5
Eventos de intención no determinada y secuelas	15,2	16,0	11,9
Otras violencias	0,6	0,4	1,0
N	6.901	5.424	1.465

Nota. El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales.

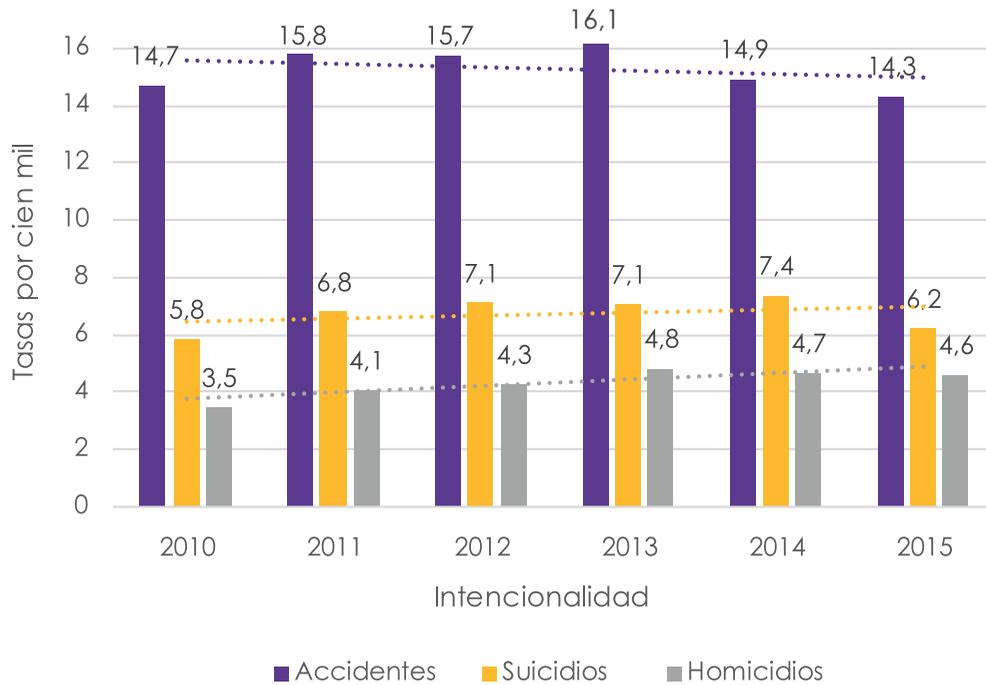
Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Las tasas de mortalidad por causas externas no han mostrado cambios significativos en el último decenio. No obstante, sí es posible observar, en el Gráfico 3, diferentes tendencias en ese período. La tasa de mortalidad por accidentes mostró una tendencia ascendente hasta 2013, cuando evidenció su mayor valor, a partir de

allí y hasta 2015 comenzó a descender. Algo similar sucedió con la tasa de mortalidad por homicidios: creció hasta 2013 y los siguientes años revirtió la tendencia y comenzó a descender. La tasa de mortalidad por suicidio creció hasta 2014 y en 2015 descendió a su valor más bajo desde 2011.

GRÁFICO 3.

Tasas de mortalidad adolescente por accidentes, suicidios y homicidios. Argentina. 2010 a 2015



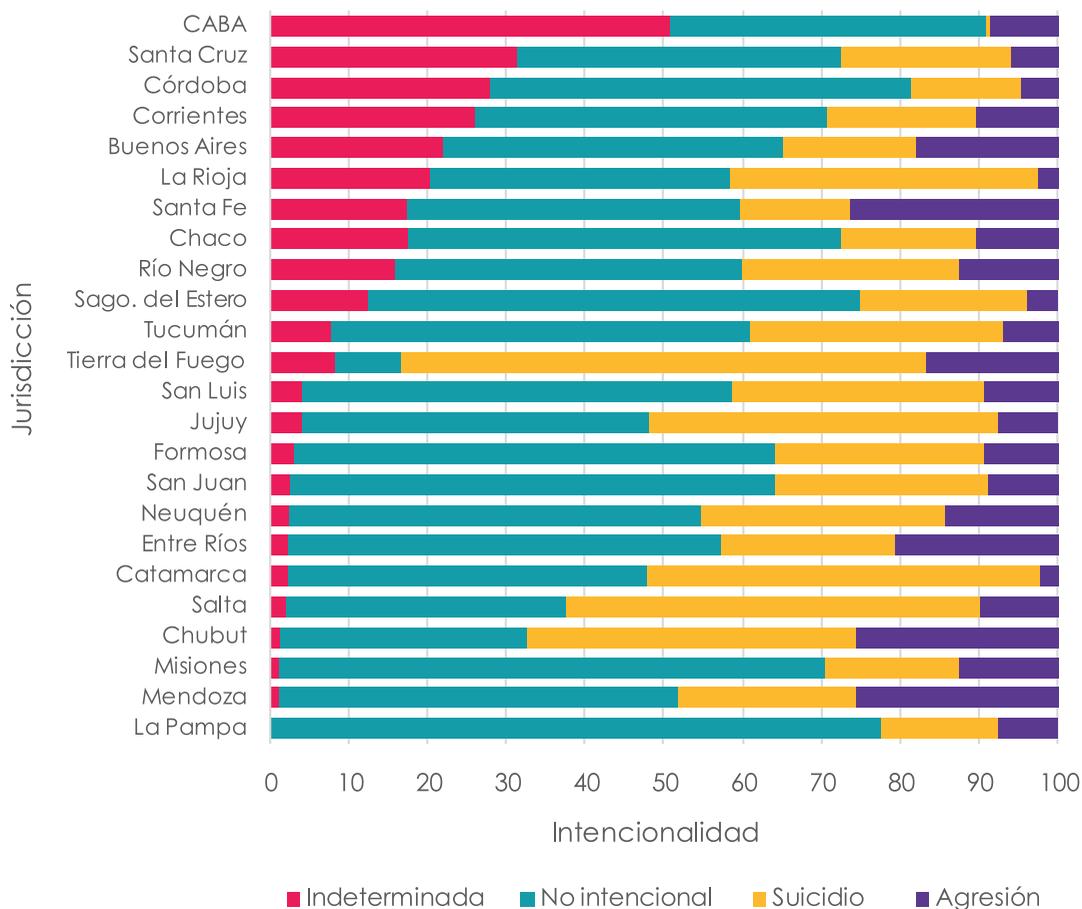
Fuente: Elaboración Área Salud de UNICEF, en base a DEIS, 2015, MSAL

En el Gráfico 4 se observa que las magnitudes que adquieren los accidentes, suicidios y homicidios en el total de las defunciones de adolescentes varían entre las jurisdicciones, pero también la importancia de las defunciones en las cuales su intencionalidad no puede ser determinada. En este último caso, cuanto mayor es su peso, más se subestima el nivel de

la mortalidad debida a las causas conocidas. Corrientes, Córdoba, Santa Cruz y CABA son las jurisdicciones donde durante el último trienio el porcentaje de causas externas de intencionalidad desconocida superó el 25%, llegando en la última jurisdicción mencionada al 50% del total de casos registrados.

GRÁFICO 4.

Distribución porcentual de las defunciones de adolescentes por causas externas, según jurisdicción de residencia. Argentina. 2013 a 2015



Fuente:Elaboración Área Salud de UNICEF, en base a DEIS, 2015, MSAL

Por el contrario, provincias como La Pampa, Mendoza, Misiones, Chubut y Salta registran proporciones nulas, o muy poco significativas, de defunciones de intencionalidad desconocida.

Suicidio y salud mental

El suicidio fue declarado por la OMS como un problema de salud pública en 2003 y, hoy en día, los comportamientos suicidas y el suicidio en la adolescencia son problematizados a nivel mundial. Si bien entre el grupo de 10 a 14 años se presenta de modo relativamente poco fre-

cuenta, en varios países se está poniendo atención al incremento de la tasa de mortalidad por suicidio en los y las adolescentes de entre 15 y 19 años (Maceira et al. 2017).

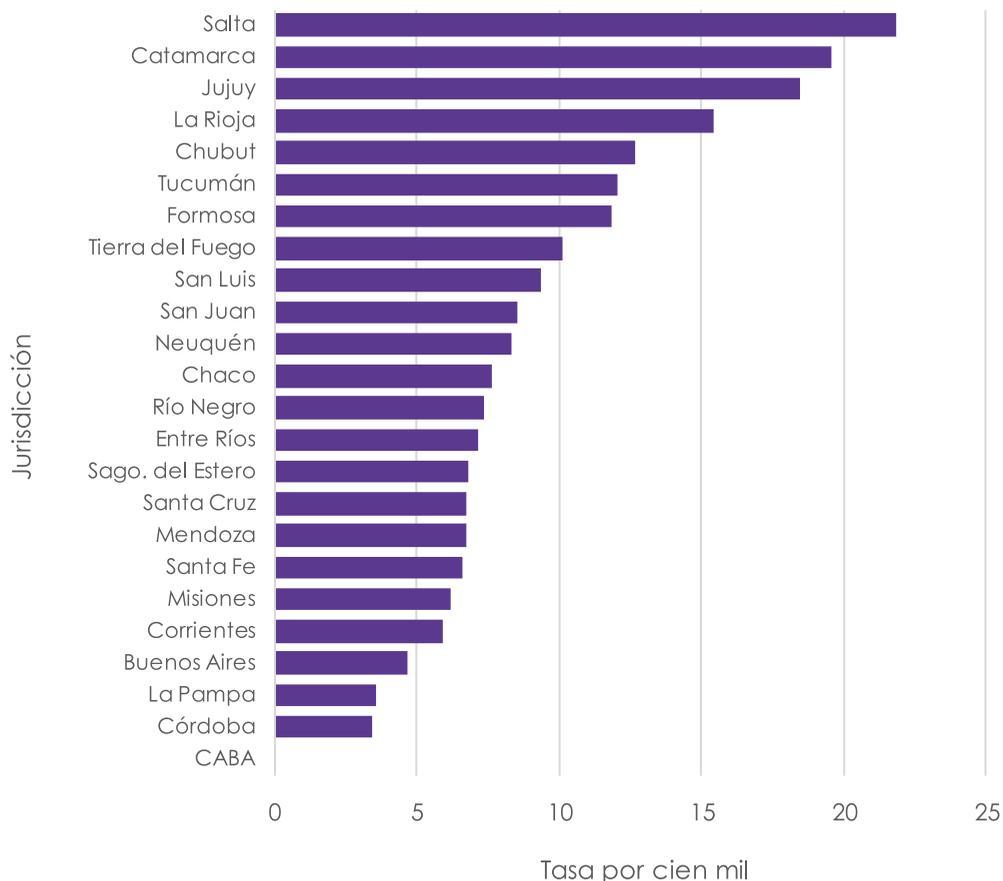
En Argentina, el suicidio es una de las causas más importantes de muerte, en particular entre los y las jóvenes. En la población general, la tasa de mortalidad por suicidio no ha manifestado variaciones significativas, pero las tasas por grupos etarios muestran un cambio entre 2000 y 2013: mientras que en el grupo de mayores de 55 años se redujo, entre los grupos más jóvenes (de 15 a 24 y de 25 a 34 años) se incrementó.

Así, la mortalidad de adolescentes por suicidio ha ido elevándose continuamente, pasando de 2,5 por cada 100.000 en el trienio 1990-1992 a 7,2 por cada 100.000, en el trienio 2012-2014, aun cuando para el trienio 2013-2015 descendió a 6,9 por cada 100.000. Estos últimos datos ubican al suicidio como la segunda causa de defunción en la adolescencia.

En el trienio 2013-2015, las jurisdicciones en las que las tasas por suicidio fueron más elevadas son La Rioja (16 por 100.000), Jujuy (19 por 100.000), Catamarca (20 por 100.000) y, sobre todo, Salta (22 por 100.000). En todas estas jurisdicciones, además, la tasa se incrementó con respecto al trienio anterior (Gráfico 5).

GRÁFICO 5.

Tasa trienal de mortalidad de adolescentes por suicidios, según jurisdicción de residencia. Argentina. 2013-2015



Fuente: Elaboración Área Salud de UNICEF, en base a DEIS, 2015, MSAL

La problemática del suicidio adolescente no solo se pone de manifiesto en las tasas de mortalidad por esta causa sino que una proporción de jóvenes escolarizados manifiesta tener alguna intención de suicidarse. El 16,6% de los adolescentes escolarizados encuestados por la

EMSE 2012 informó haber "considerado seriamente suicidarse en el último año". Es la provincia de Salta la que presenta una mayor *intencionalidad*, que se eleva a cerca del 25% de los adolescentes, mientras que en Ciudad de Buenos Aires no alcanza al 15%.

El suicidio no es el único problema de salud mental que se puede evidenciar entre los y las adolescentes. Según la EMSE 2012, la prevalencia de riesgos asociados a la salud mental ("sentimiento de preocupación", "intención de suicidio", "sentimiento de soledad" y "no tener amigos") entre los estudiantes secundarios es del 26,8%. El 17,9% de los adolescentes manifestaron padecer una de las situaciones asociadas a este riesgo y el 8,9% dos o más de ellas. La prevalencia de riesgo de salud mental ha descendido levemente respecto de 2007, cuando alcanzaba al 19,2% de la población relevada.

Las adolescentes presentan una prevalencia mayor de estos riesgos: tres de cada diez mujeres adolescentes manifestaron haber experimentado alguno de esos sentimientos, el 20,4% solo uno y el 12,2% dos o más sentimientos asociados al riesgo de salud mental. Entre los varones la prevalencia de riesgo de salud mental alcanzó el 20,4%.

Obesidad, malnutrición, sedentarismo y hábitos de riesgo⁴

Otro problema que afecta la salud de los y las adolescentes es la obesidad, que está relacionada con la malnutrición y el sedentarismo, aspectos que, a su vez, tienen un vínculo con los estilos de vida modernos. En América Latina el mayor factor de riesgo en relación con la salud de los adolescentes está constituido, justamente, por estos aspectos: en la EMSE 2012, el 60% de los estudiantes latinoamericanos declaró tener uno o más hábitos no saludables en nutrición y actividad física. En la Argentina se eleva al 98,6% y, en su mayoría, se trata de dos o más hábitos de riesgo en relación con la nutrición.

CUADRO 5.

Indicadores en Encuesta Mundial de Salud Escolar

Indicadores en Encuesta Mundial de Salud Escolar		
Riesgo de nutrición	Sobrepeso	Porcentaje de estudiantes que tienen sobrepeso (Medido como > +1 desvío estándar de la mediana para Índice de Masa Corporal (IMC) ajustado por edad y sexo)
	Bajo consumo de frutas/vegetales	Porcentaje de estudiantes que consume frutas/vegetales menos de 5 veces al día, en el último mes
	Baja actividad física	Porcentaje de estudiantes que realizaron 60 minutos de actividad física por día en menos de 5 días a la semana, en la última semana. Siguiendo recomendaciones internacionales
	Alto consumo de comida chatarra	Porcentaje de estudiantes que consumió más de una bebida azucarada en el día, en el último mes, y/o comió comida chatarra tres veces o más en el día, en la última semana.

Fuente: Maceira, D. et.al. (2017) "Estudio de revisión de necesidades, políticas y estructura de los programas de salud adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

....

4. Los datos utilizados en este apartado provienen de los recolectados por la EMSE 2012 y analizados en el estudio de UNICEF y FIC Argentina "Brechas sociales de la obesidad en la niñez y la adolescencia".

A su vez, según la encuesta, en Argentina el porcentaje de estudiantes secundarios con sobrepeso experimentó un aumento entre 2007 y 2012, pasando del 17,3% al 27,8%.

La educación de los padres (tomada como proxy de nivel socioeconómico)⁵ influye en la alimentación de los y las adolescentes y en su carga de obesidad. En Argentina, entre los adolescentes cuyos padres tienen bajo nivel educativo, el sobrepeso y la obesidad alcanzaron al 29,6% y 6,7% respectivamente, mientras que en los adolescentes con padres de alto nivel educativo el sobrepeso y la obesidad fueron de 25,3% y 4,3% respectivamente.

Por otro lado, las mujeres adolescentes se muestran un poco más propensas a presentar hábitos riesgosos que sus pares varones: el 83,4% de las estudiantes presenta dos o más actitudes riesgosas; entre los estudiantes varones desciende al 80,4%. Sin embargo, aún cuando las mujeres presenten más cantidad de hábitos riesgosos, la prevalencia de obesidad y sobrepeso es mayor en varones que en mujeres adolescentes (35% vs 21% de sobrepeso y 8,9% vs 3,4% en obesidad respectivamente).

De todos modos, con respecto a los indicadores relacionados con la ingesta alimentaria no se encontraron diferencias significativas por sexo. El 7% de los y las adolescentes reportó comer en locales de comida rápida al menos 3 o más días durante los 7 anteriores a la realización de la encuesta (varones 7,4% y mujeres 6,7%), mientras que solo el 17,5% consumió al menos cinco veces al día frutas y verduras durante los 30 días previos a la realización de la encuesta (varones 16,4% y mujeres 18,6%). Por su parte, el 47,9% de los y las adolescentes refirió haber ingerido dos o más veces por día bebidas con contenido de azúcar durante el último mes previo a la encuesta (varones 46,5% y mujeres 49,2%).

Por otro lado, el 50% de los y las adolescentes es sedentario. El 52,8% de las adolescentes mujeres y el 46,9% de los varones no realizó ninguna actividad física en la última semana.

Así, el nivel de actividad física se redujo en 5 puntos porcentuales entre la EMSE 2007 y la de 2012, de 76,3% a 71,9%. Del total de los adolescentes encuestados en 2012, el 28,1% estuvo activo al menos 60 minutos por día al menos cinco de los últimos siete días previos a la encuesta, siendo esta actividad significativamente mayor entre los varones (35,5%) en comparación con las mujeres (21,4%).

Por otro lado, si bien la presencia de dos o más comportamientos riesgosos con relación a la nutrición y la actividad física está bastante extendido en todo el territorio, en las provincias de Tierra del Fuego, Tucumán, Santiago del Estero y Buenos Aires más del 91% de los estudiantes declara dos o más hábitos riesgosos.

Salud sexual y salud reproductiva

Para abordar esta temática se retoman los datos analizados por Pantelides et al. y Maceira et al. La primera de esas investigaciones utiliza datos de la ENSSyR y las Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud. Macería y equipo, por su parte, utilizan la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) y la encuesta de CEDES y UNICEF a estudiantes secundarios. Además, se abordan algunos hallazgos que surgen del estudio cualitativo con grupos focales llevado a cabo por Binstock y Gogna.

Según la ENSSyR, el 44,2% de las mujeres y el 53,2% de los varones de entre 14 y 19 años se había iniciado sexualmente. La edad prome-

.....

5. La EMSE no incluye variables que permitan calcular el estrato socioeconómico, por ello en el estudio de FIC-UNICEF se tomó al nivel educativo de los padres como proxy del estrato.

dio de iniciación sexual era levemente superior entre las mujeres: 15,5 años versus 14,9 entre los varones. En la EMSE 2012, cuya muestra involucra adolescentes de menor edad (12 a 15 años), la proporción de iniciados sexualmente es menor (35,4%).

Al interior del país se observa que el porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente aumenta a 48,9% en el AMBA y desciende a 37,3% en el NEA. En relación a las edades de iniciación no se observan diferencias llamativas, varía de 15,4 años en la región Pampeana y Cuyo a 16 años en la Patagonia.

CUADRO 6.

Características de la iniciación sexual en mujeres urbanas de 14 a 19 años, por región. Argentina. 2013

Características de la iniciación sexual	Regiones						
	Total del país	AMBA	Pampeana	NOA	NEA	Cuyo	Patagonia
Porcentaje de iniciados sexualmente	44,2	48,9	42,3	45,8	37,3	43,1	39,3
Edad promedio a la primera relación sexual de los ya iniciados	15,5	15,5	15,4	15,5	15,5	15,4	16,0
- Desvío estándar	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,8
- Rango	8	5	6	7	5	5	8
- Mínimo	11	13	12	12	13	13	11
- Máximo	19	18	18	19	18	18	19
Porcentaje que usó algún MAC en primera relación sexual	90,4	97,7	88,0	80,2	89,1	86,9	89,9
Situación de coerción en primera relación sexual	4,2	6,2	4,8	3,7	0,0	0,0	0,0

Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Se advierte en la ENSSyR que, a nivel nacional, la utilización de algún método de anticoncepción (MAC) en la primera relación fue alta tanto en mujeres (90%) como en varones (87,1%). Esta proporción se eleva al 97,7% en el AMBA y desciende al 80,2% en las provincias del NOA (Cuadro 6).

Al respecto, en los grupos focales con adolescentes menores de 15 años realizados por Binstock y Gogna se pudo detectar un amplio conocimiento de diversos métodos anticonceptivos, sobre todo las pastillas y el preservativo. Minoritariamente surgieron las menciones a inyectables, DIU e implantes. En ningún caso surgió espontáneamente la anticoncepción de emergencia.

Según la ENSSyR, el 4,2% de las adolescentes declaró haber sufrido coerción en su primera relación sexual. El AMBA es la región donde las adolescentes declaran con mayor frecuencia situaciones de coerción en la primera relación sexual, mientras que en las regiones NEA, Cuyo y Patagonia no se registraron declaraciones de coerción en la iniciación sexual. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que se trata de una dimensión difícil de registrar en encuestas y debería interpretarse como la punta del iceberg de un amplio espectro de situaciones grises de presión (Pantelides y Geldstein, 1999; Manzelli, 2005). De hecho, en la indagación cualitativa a menores de 15 años llevada a cabo por Bins-

tock y Gogna fue posible identificar situaciones de coerción y abuso que aparecían naturalizadas por las propias adolescentes y sus familias.

Por su parte, de acuerdo con la ENSSyR, las mujeres adolescentes suelen tener comportamientos de cuidado en relación con su salud sexual en mayor medida que los varones. Por un lado, muestran mayores tasas de realización de análisis de VIH/Sida (12,1%) y VDRL para Sífilis (5,1%) que sus pares varones (Cuadro 7) y, por otro, según datos de la EMSE, declaran en mayor medida la utilización de condón en sus relaciones sexuales, aun cuando la diferencia en este indicador entre varones y mujeres haya descendido entre 2007 y 2012.

CUADRO 7.

Población urbana de 14 a 19 años. Realización de análisis de detección de infecciones de transmisión sexual, por sexo. Argentina. 2013

Realización de análisis	Sexo	
	Mujeres	Varones
PAP	16,4	-
VIH/Sida	12,1	7,7
Hepatitis B	10,2	9,5
VDRL	5,1	0,6

Nota: VDRL (por su siglas en inglés, Venereal Disease Research Laboratory) es una prueba serológica realizada en medicina con sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis (fuente MedPlus).

Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Las adolescentes que residen en el GBA son las más propensas a realizarse casi todos los análisis relativos a su salud sexual, a excepción de Hepatitis B, que es más frecuente entre las adolescentes del NEA (Cuadro 8).

CUADRO 8.

Población urbana femenina de 14 a 19 años. Realización de análisis de detección de infecciones de transmisión sexual, por región. Argentina. 2013

Realización de análisis	Mujeres de 14 a 19 años						
	Total país	GBA	Pampeana	NOA	NEA	Cuyo	Patagonia
PAP	16,4	26,2	13,2	8,3	11,5	11,8	13,9
VIH/Sida	12,1	17,5	8,9	9,7	13,8	6,6	8,4
Hepatitis B	10,2	12,8	8,5	5,8	14,0	10,0	8,6
VDRL	5,1	6,7	5,4	2,7	5,9	0,9	3,7

Nota: VDRL: ver Cuadro 7

Fuente: Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Las preocupaciones sobre el cuidado de la salud sexual son distintas para varones y mujeres adolescentes. Los primeros expresan mayor preocupación por las ITS, mientras que las mujeres se preocupan más por la prevención de los embarazos, tal como se verifica en la encuesta de UNICEF y CEDES (2016) y en los grupos focales (Binstock y Gogna 2017).

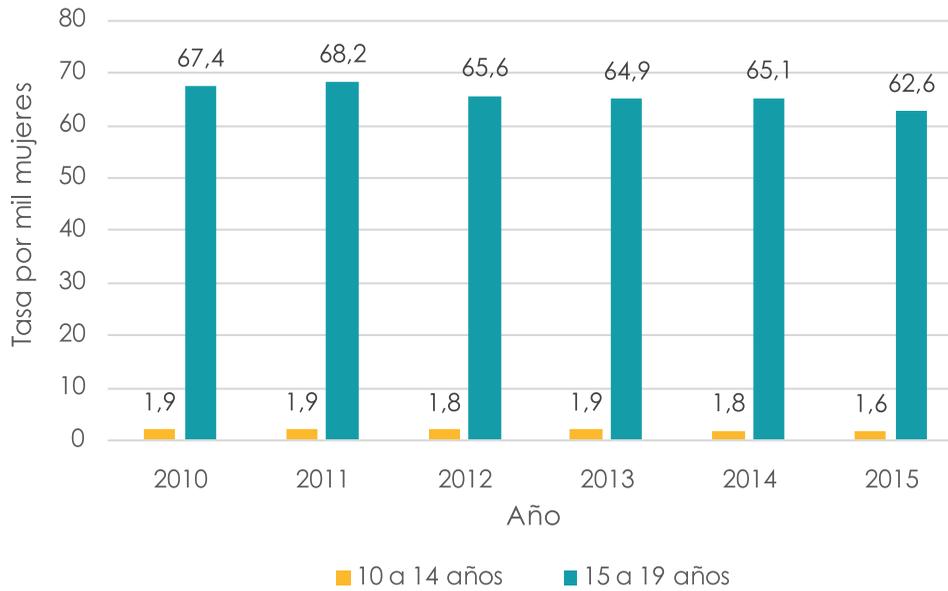
Embarazo y fecundidad adolescente

En 2015, la tasa de fecundidad para el grupo adolescente de 15 a 19 años fue del 62,6 por mil y la de las menores de 15 años alcanzó al 1,6 por mil adolescentes de la misma edad. Estos valores fueron inferiores a los de los años precedentes y son los niveles más bajos en lo que va de la presente década. Ambas tasas descendieron desde su punto más alto en 1980 hasta 2003, volvieron luego a subir y, con altibajos, se mantuvieron a partir de 2004 por arriba del 62 por mil para el grupo de mayor edad y alrededor del 2 por mil para el de 10 a 14 años.

A pesar de este declive, en 2015 una de cada diez adolescentes menor de 20 años fue madre.

GRÁFICO 6.

Tasas de fecundidad adolescente en menores de 15 años y entre 15 y 19 años. Argentina. 2010-2015



Fuente: Elaboración Área Salud de UNICEF, en base a DEIS, 2015, MSAL

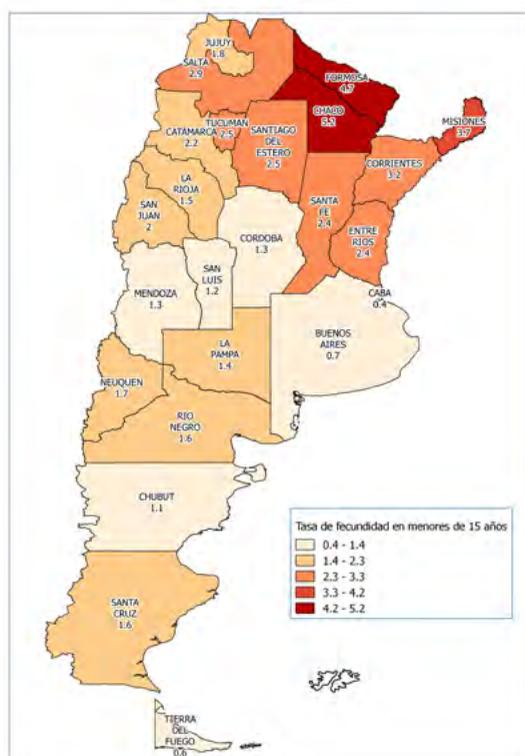
La tasa de fecundidad para el grupo de menor edad varía de un rango que va del 0,4 por mil nacidos vivos en CABA al 5,2 por mil en Chaco

(Mapa 1). Mientras, la del grupo de adolescentes de 15 a 19 años presentó valores que van del 26,3 por mil en CABA al 101,2 mil en Chaco.

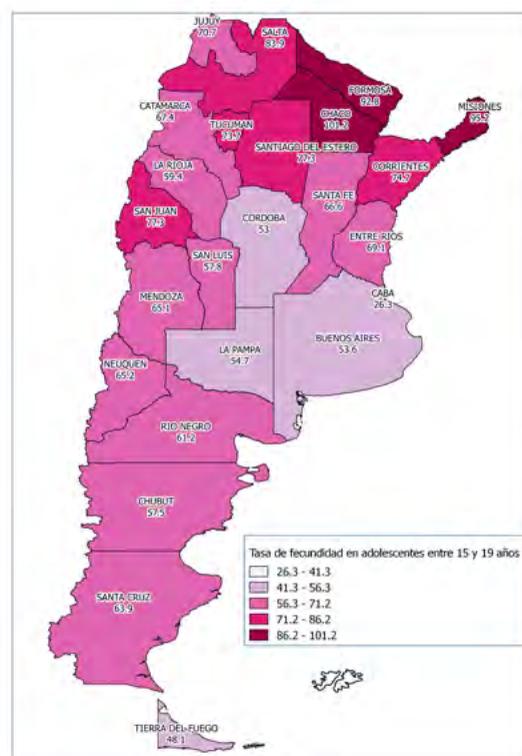
MAPA 1.

Tasas de fecundidad adolescente en menores de 15 años y de entre 15 a 19 años por jurisdicción de residencia de la madre. Argentina. 2015

Tasa de fecundidad adolescente menores de 15 años



Tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2015, MSAL.

En 2015 se registraron en el país 111.699 nacimientos de madres menores de 20 años, el 14,7 % del total. La mayor parte (14,1%) correspondió a madres de entre 15 y 19 años. En las provincias de Corrientes, Formosa, Misiones, Chaco y Santiago del Estero los nacimientos de madres adolescentes alcanzan entre el 20% y 23% del total de nacimientos de cada provincia.

La maternidad adolescente parece interrumpir el recorrido escolar de las madres. Se evidencian desigualdades en los recursos educativos con que madres y no madres culminan la adolescencia: solo el 20% de las adolescentes de 19 años que son madres completó la secundaria

mientras que entre las que no son madres de la misma edad el 56% sí la completó (Binstock y Gogna, 2017).

Embarazo y maternidad de adolescentes menores de 15 años

Por su especificidad, es necesario analizar diferenciadamente la maternidad de las adolescentes de 14 años o menos. El estudio de Binstock y Gogna arroja algunos resultados que permiten caracterizar a estas adolescentes más profundamente. En el mismo, según datos del

CNPhyV 2010 –que indaga a la población femenina de 14 años o más si ha tenido hijos nacidos vivos– se evidencia que las madres de 14 años provienen, en mayor medida que las de mayor edad, de hogares con alguna NBI, han nacido en el extranjero, residen en áreas rurales y han abandonado la educación formal.

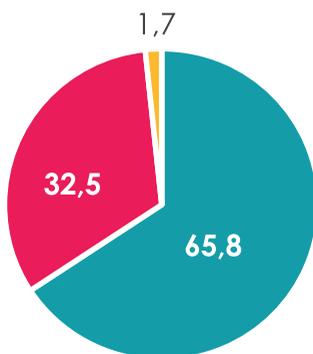
Estudios previos muestran que la mayoría de las madres de esta edad abandonaron los estudios antes de la ocurrencia del embarazo

(Binstock y Gogna, 2015). De hecho, estar fuera del sistema educativo duplica las probabilidades de ser madre en comparación con quienes asisten a la escuela (Binstock, 2016). Pero, por otra parte, quienes se encuentran asistiendo a la escuela al momento del embarazo abandonan con frecuencia a poco de enterarse de su estado, aun cuando reconocen que la escuela hace esfuerzos por facilitar su permanencia (Binstock y Gogna, 2015).

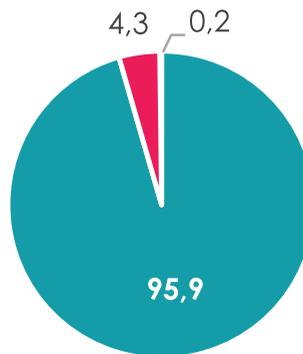
GRÁFICO 7.

Mujeres de 14 años madres y no madres. Condición de asistencia escolar Argentina. 2010

Mujeres de 14 años madres



Mujeres de 14 años no madres



- Asiste
- Asistió
- Nunca asistió

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2010, INDEC.

Si bien los resultados en base a los datos censales son contundentes en relación con la desventaja educativa de las adolescentes madres, no permiten desentrañar el rol que juega la maternidad en dicha situación: esto es, poder discernir si el embarazo y la maternidad precipitan el abandono escolar o si estar fuera del sistema educativo acelera la ocurrencia de un embarazo temprano. Al respecto, los hallazgos cualitativos de Binstock y Gogna (2017) confirman que una parte considerable de las madres menores de 15 años ya estaban fuera de la escuela al momento de quedar embarazadas. Los motivos de este abandono se relacionan con la asunción de responsabilidades domésticas o de cuidado, la necesidad de trabajar para

completar el ingreso del hogar o por involucrarse en uniones tempranas. Entre quienes todavía estaban escolarizadas, la mayoría dejó de asistir al quedar embarazada. Sus testimonios revelan sentimientos de vergüenza y situaciones de discriminación, así como esfuerzos insuficientes u obstáculos por parte de las escuelas para retener a esas alumnas.

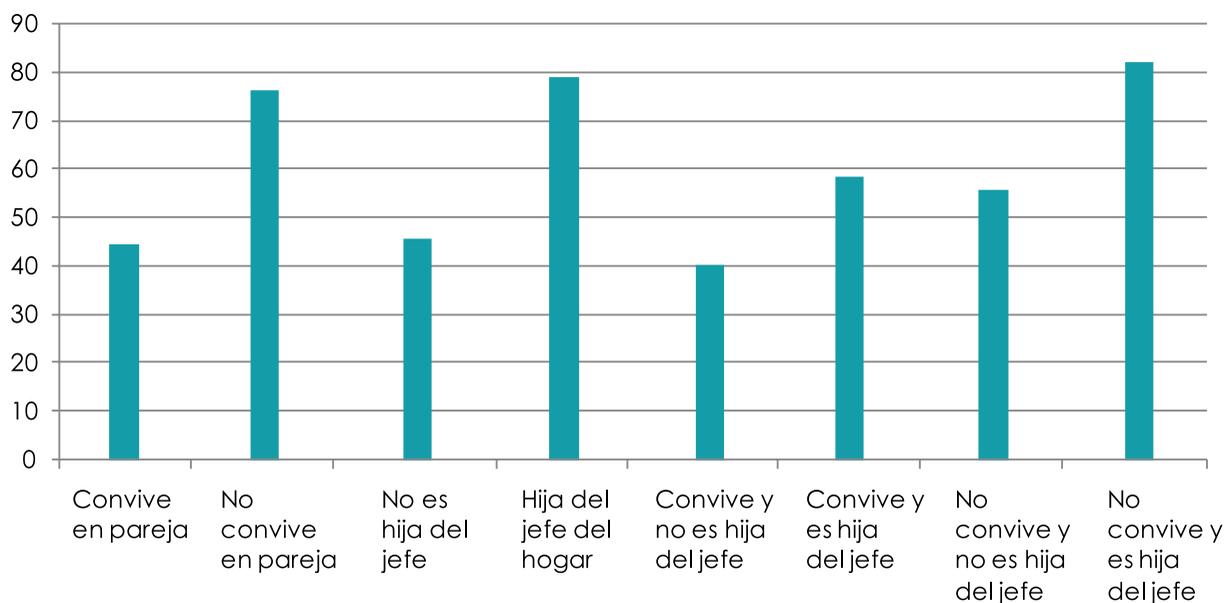
Una diferencia destacable en las condiciones de asistencia escolar entre las madres adolescentes se refiere al hecho de convivir en pareja y/o con la familia de origen. Como se observa en el Gráfico 8, las madres de 14 años que conviven con su pareja tienen una probabilidad menor de permanecer en la escuela, y la no convivencia promueve la continuidad. A su

vez, la no convivencia y la permanencia en el hogar de la familia de origen promueve aún más la continuidad escolar de las adolescentes madres. La identificación de las adolescentes

en situaciones que no propician la continuidad escolar es donde las políticas públicas tienen que apuntar con más vehemencia cuando se busca garantizar su educación.

GRÁFICO 8.

Madres de 14 años. Porcentaje que asiste a la escuela según convivencia en pareja y posición en el hogar. Argentina. 2010



Fuente: Binstock, G. y Gogna, M. (2017). "Estudio sobre mortalidad adolescente con énfasis en menores de 15 años".

El peso del abuso sexual como causa del embarazo en adolescentes menores de 15 años es un dato desconocido y no existen registros que puedan brindar una aproximación. Los hallazgos cualitativos de Binstock y Gogna evidencian que los embarazos precoces –sean o no resultado de una relación consentida– se inscriben en historias de vida atravesadas por la violencia: un número considerable de las madres menores de 15 años que fueron entrevistadas experimentan o experimentaron en distintos momentos de su vida situaciones de violencia sexual y de género. Es decir que, aun cuando esos embarazos fueran resultado de relaciones "consentidas", es probable que se den en el marco de relaciones desiguales, donde

medie abuso de poder o que las adolescentes no tengan pleno conocimiento de a qué están consintiendo (Giusti y Pantelides, 1991). Se puede hablar, entonces, de un "embarazo infantil forzado" (Chiarotti, 2016), es decir, embarazos no buscados (y que producen angustia y temor) que resultan del desconocimiento por parte de estas niñas de las consecuencias de la actividad sexual o cuando, conociéndolas, no pudieron hacer nada para prevenirlas.

La detección del embarazo entre las menores de 15 años, punto de partida del recorrido institucional, suele ser tardía. En promedio, el primer contacto con el sistema de salud ante la sospecha o confirmación del embarazo ocurre en el segundo trimestre.

Esto conlleva serias implicancias que evidencian obstáculos al acceso a la salud. En primer lugar, impide o limita un abordaje integral, adecuado y oportuno para evaluar las circunstancias en torno al embarazo y brindar intervenciones acordes en función de las necesidades detectadas (por ejemplo apoyo psicológico, evaluación socio ambiental, detección de abuso sexual, ILE, etc.).⁶ En segundo lugar, implica un control deficiente o nulo durante el embarazo que, sumado al alto riesgo de base por la corta edad, puede generar complicaciones graves.

Además de los riesgos sociales del abandono escolar que cercenan sus posibilidades futuras, los hijos de madres menores de 15 años tienen mayor riesgo de nacer en parto prematuro y con bajo peso, lo que incrementa la posibilidad de estos bebés de contraer enfermedades graves o de mortalidad infantil. De hecho,

en el promedio de los años 2010 a 2014, la tasa de mortalidad infantil era de 9,3 por mil para las madres mayores de 20 años, de 13,9 por mil para las de 15 a 19 y se elevaba al 24,4 por mil entre las menores de 15.

Las menores de 15 años experimentan la maternidad como una etapa ardua y llena de restricciones. En general, expresan sentimientos de enojo, frustración y cansancio respecto al rol materno y al vínculo con sus hijos/as. Muchas de ellas dicen que aconsejarían a sus pares que esperaran para tener un hijo/a, argumentando que “es mucha responsabilidad”, “van a sufrir” o que “hay tiempo para ser mamá”. Esto las diferencia de las madres de 15 a 19 años que, en muchos casos, viven la maternidad como una experiencia positiva (fuente de reconocimiento social, autoestima, etc.) (Gogna y Binstock, 2017).

.....

6. Al respecto, ver la guía elaborada por UNICEF (2016), “Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos”.

Capítulo 2



Marco normativo

El derecho a la salud de los y las adolescentes en la Argentina: su reconocimiento en la legislación nacional

Un sistema de salud tendiente a atender las necesidades de salud integral de la población se apoya en el reconocimiento formal de los derechos a ser garantizados, plasmado formalmente en un cuerpo normativo (Maceira et al., 2017).

El principal marco normativo del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes en la Argentina está dado por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada por la Argentina en 1990 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994 por la Ley 23.849. La CDN propone un enfoque de protección integral de derechos de este grupo poblacional. Esto implica un pasaje, verificado a nivel mundial, del paradigma tutelar –que entiende al niño, niña y adolescente como incompleto o incapaz y, por tanto, objeto de tutela estatal– a un paradigma en el que se entiende a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y que pone el foco en su desarrollo integral.

Habiendo suscripto y ratificado la CDN, el Estado argentino asumió el compromiso de ofrecer condiciones para el ejercicio pleno de todos los derechos a todos los niños y las niñas. Para ello se sancionaron leyes nacionales y provinciales y se encomendó a distintos organismos el establecimiento de sistemas integrales de protección a escala nacional, provincial y local.

En 2005 el Congreso de la Nación sancionó la Ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Esta ley, que da cumplimiento al mandato establecido en la CDN de legislar leyes nacionales acordes a la misma, establece todos los derechos de los niños, niñas y adolescentes y responsabiliza al Estado por su garantía y cumplimiento. Entre otras cosas, la ley encomienda a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) la adopción de políticas nacionales de protección, establece que la coordinación interprovincial de esas políticas debe tener lugar en el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (COFENAF) y prevé el nombramiento de un Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

En su artículo 14, la Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes establece su derecho a la salud integral:

“ DERECHO A LA SALUD

Los Organismos del Estado deben garantizar:

- a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;
- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social. Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.”

Todo ello en el marco del respeto por los principios generales de autonomía progresiva⁷, participación directa, interés superior del niño⁸ y no discriminación. En función del principio de indivisibilidad y de interdependencia de los derechos humanos, esta ley determina la obligatoriedad de brindar a niños, niñas y adolescentes atención interdisciplinaria e interinstitucional, que vincule el derecho a la salud con la satisfacción de otros derechos como la educación, la vivienda, el medio ambiente sano, el acceso a la información y la libertad de pensamiento y expresión.

El Decreto 415/2006 que reglamenta dicha ley explicita, además, que “el derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva”.

Por su parte, la OMS define a la salud integral de los adolescentes como “el bienestar físico, mental y social de los jóvenes simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad”.

♦♦♦♦

7. Por autonomía progresiva se entiende el reconocimiento de que durante la niñez y la adolescencia las personas van consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento. Esto implica partir de la base de que todas las personas son capaces de ejercer sus derechos en forma directa, pero que algunas pueden necesitar un acompañamiento u orientación adecuada a su capacidad de discernimiento individual. Así lo establece el art. 5 de la CDN, donde se impone tanto al Estado como a quienes tienen roles de responsabilidad frente a NNyA el deber de ejercer “en consonancia con la evolución de sus facultades, [las responsabilidades de] dirección y orientación apropiadas para que el niño [niña o adolescente] ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención” (Ministerio de Salud-UNFPA, 2015)
8. A partir de la CDN, el interés superior del niño pasó de interpretarse como aquello que los adultos consideraban de mejor interés para el niño a entenderlo como aquella alternativa que garantice el cumplimiento de todos sus derechos. La Comisión de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su Observación General N°14 (2013) “Sobre el derecho del niño a que su Interés Superior sea una consideración primordial (art. 3, párrafo 1 de la CDN)” establece: “El objetivo del concepto de interés superior del niño es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño. El Comité ya ha señalado [Observación General N° 13 (2011)] que lo que a juicio de un adulto es el interés superior del niño no puede primar sobre la obligación de respetar todos los derechos del niño enunciados en la Convención.” (Ministerio de Salud-UNFPA, 2015)

En el año 2000 la Argentina adhirió a las metas de la Declaración del Milenio (Asamblea de Naciones Unidas, 2000)⁹, lo cual marcó los lineamientos de acción en la agenda de salud hacia el cumplimiento de las metas comprometidas para 2015. Actualmente, los esfuerzos políticos en salud están pautados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (tres de ellos orientados a la salud integral) con miras hacia el 2030.

En ese contexto, en un período de quince años se sancionaron a nivel nacional una serie de leyes orientadas a garantizar el derecho a la salud integral de los niños, niñas y adolescentes, entre las que se destacan:¹⁰

Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002). Crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Define entre sus objetivos la promoción de la salud sexual de los adolescentes y establece el derecho de todas las personas a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a recibir, a demanda, métodos anticonceptivos de carácter reversible, no abortivos y transitorios. Los mismos deben ser incluidos en el Plan Médico Obligatorio.

Ley 25.929 de Parto Humanizado (2004). Establece los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres en relación con el embarazo, parto y posparto. Reconoce el derecho de las mujeres embarazadas a recibir un trato digno y cuidado integral. Define la violencia institucional (que puede ser ejercida dentro del sistema de salud) y la violencia obstétrica (que pueden sufrir las mujeres adultas,

adolescentes y niñas durante el embarazo, parto o puerperio).¹¹

Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006), en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación. Establece el derecho de todos los alumnos de establecimientos educativos de gestión estatal y privada, de todas las jurisdicciones del país, a recibir educación sexual integral. Entre sus objetivos, define la prevención de los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular. Establece la obligación de incorporar transversalmente contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos y especifica el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de niños, niñas y adolescentes. En el marco de esta ley, se crea en 2008 el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación.

Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Determina la prioridad para la atención de pacientes niños, niñas y adolescentes sin discriminación alguna. Promueve y difunde el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin el acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad. Reconoce a los niños, niñas y adolescentes el derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 de Protección Integral a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

♦♦♦♦

9. Tres de los ocho objetivos y ocho de sus dieciocho metas guardan relación directa con la salud.

10. Estas leyes deben leerse a la luz del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, promulgado en 2014, que modificó sustancialmente la regulación de la capacidad jurídica de los y las adolescentes para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. El nuevo CCC define en su art. 25 que "menor de edad es la persona que no ha cumplido dieciocho años" y adolescente "la persona menor de edad que cumplió trece años". El artículo 26 establece que cuando la persona menor de edad cuenta con la edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí misma los actos permitidos por el ordenamiento jurídico. Establece su derecho a ser oído en todo proceso judicial y a participar en las decisiones sobre su persona. Presume, además, que entre los 13 y 16 años las y los adolescentes tienen aptitud para decidir por sí mismos respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. A partir de los 16 años el adolescente es considerado por el CCC como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

11. La iniciativa de las Maternidades Seguras Centradas en la Familia, implementada desde 2010 por el Ministerio de Salud de la Nación en alianza con UNICEF Argentina, se encuadra en esta normativa y promueve la participación activa de la mujer y la familia a lo largo de todo el proceso de atención del embarazo, el parto y el seguimiento del recién nacido.

Otras leyes nacionales que procuran garantizar el derecho a la salud integral de los y las adolescentes en correspondencia con el cumplimiento de otros derechos (a la educación, a la no discriminación, etc.) también fueron sancionadas en los últimos quince años. Ellas refieren a diferentes aspectos que hacen a la salud integral de los y las adolescentes: derecho a la educación, protección contra las violencias y protección y atención de su salud mental (atendiendo a problemáticas clave como las adicciones y el uso de drogas, los trastornos de la alimentación y el intento de suicidio, entre otras).

El derecho a la educación de las adolescentes embarazadas y madres

Ley 25.584 (2002). Prohíbe a los establecimientos de educación pública realizar acciones institucionales que impidan el inicio o la continuidad escolar a alumnas embarazadas o en período de lactancia y a los estudiantes en su carácter de progenitores.

Protección contra la violencia

Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar (1994). Establece procedimientos para que cualquier persona que sufra lesiones o maltrato por parte de algún integrante del grupo familiar pueda denunciarlo ante el juez y solicitar medidas cautelares. En el caso de los niños, niñas y adolescentes establece que los hechos deben ser denunciados por sus representantes legales y/o puede el menor poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público Fiscal. La limitación de esta ley radica en que su ámbito de protección refiere exclusivamente al ámbito familiar o doméstico.

Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (2009). Tiene como finalidad prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales. Define

tipos y modalidades de violencia contra las mujeres. En ese sentido, resulta superadora de la Ley 24.417 de 1994 que refería exclusivamente a las situaciones de violencia doméstica. En términos de políticas públicas, dictamina que el Ministerio de Salud debe incorporar la problemática de la violencia en los programas de salud integral de la mujer; diseñar protocolos de detección precoz y atención de la violencia contra las mujeres; promover una práctica no sexista entre los profesionales de salud y conformar equipos interdisciplinarios para la prevención y atención, entre otras. En cuanto a las adolescentes, establece que pueden efectuar denuncias de violencia en forma directa o a través de sus representantes legales, de acuerdo con la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Salud mental

Ley 26.396 de Trastornos Alimenticios (2008). Declara esta problemática como de interés nacional y crea el Programa Nacional de Prevención y Control de Trastornos Alimenticios que, entre sus objetivos, tiene el de promover especialmente entre niños, niñas y adolescentes conductas nutricionales saludables.

Ley 26.586 de creación del Programa Nacional Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Uso Indebido de Drogas (2009). Su objetivo es orientar las prácticas para trabajar, desde un enfoque integral, en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del sistema educativo nacional.

Ley 26.657 de Salud Mental (2010). Asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental. Define 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 toda persona”, recogiendo así el principio de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos. Promueve el proceso de “desmanicomialización”, al considerar a la internación como un recurso terapéutico restrictivo, promover la atención ambulatoria, interdisciplinaria y comunitaria, especialmente en el primer nivel de atención y prohibir la creación de nuevos manicomios o establecimientos neuropsiquiátricos. En cuanto a los y las adolescentes, a partir de esta ley toda internación que involucre a personas menores de edad será considerada involuntaria, aun cuando se contara con su consentimiento o el de sus representantes legales, y se deberá proceder según lo establecido para estos casos. Además, determina que en el caso de niños, niñas y adolescentes se procederá bajo el enfoque de la protección integral de sus derechos.

Ley 27.130 de Prevención del Suicidio (2015). Declara de interés nacional la atención, investigación y capacitación profesional en la detección y atención de personas en riesgo de suicidio y sus familias. Determina que el equipo de salud debe priorizar la asistencia de niños, niñas y adolescentes en esta situación. Propone un enfoque multidisciplinario e interinstitucional. Además obliga a la comunicación (no denuncia) de estos casos a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad local de protección de derechos del niño. La ley aún no fue reglamentada por el Poder Ejecutivo Nacional, lo cual obstaculiza su implementación.

Interrupción legal del embarazo

El artículo 86 del Código Penal de la Nación (1984) determina los casos en los que el aborto se encuentra despenalizado: cuando el embarazo representara un peligro para la vida o la salud de la madre o si el embarazo proviene de una violación.¹² Asimismo, el “Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 establece que la causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, entendiendo este último como la situación extrema de la afectación de la salud y adoptando la definición de la OMS en cuanto a la salud como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (MSAL, 2015).

En el Protocolo se afirma que “todas las personas de 14 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales”. En cuanto a las menores de 14 años reconoce “su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta”, en base al principio de la “autonomía progresiva”. Sobre el abordaje por parte de los equipos de salud, el protocolo señala que ante las consultas de adolescentes es importante que “respeten sus derechos y desarrollen capacidades para el abordaje integral de la sexualidad con la población de esa franja etaria”.

♦♦♦♦

12. En 2012, en un fallo paradigmático conocido como Fallo F.A.L., la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pronunció aclarando los estándares constitucionales de protección del derecho al aborto legal en la Argentina. En primer lugar, interpretó que el aborto es legal en todos los casos de violación. Determinó que no corresponde pedir autorización judicial, que sólo debe intervenir un profesional de salud sin necesidad de interconsultas ni dictámenes adicionales, y que no corresponde pedir denuncia ni determinación judicial de la violación, sino solo declaración jurada de la situación de violencia sexual por parte de la víctima o su representante legal. Asimismo, exhortó a la implementación de protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles.

CUADRO 9.

Leyes nacionales de protección de la salud integral de los y las adolescentes. Argentina. 1990 a 2015

1990	1994	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 al 2014	2015
Ratificación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño	Incorporación de la CIDN a la Constitución Nacional	Ley de prohibición de acciones que impidan la continuidad escolar de alumnas embarazadas o madres		Ley de Parto Humanizado	Ley de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes	Ley de Creación del Programa de Educación Sexual Integral		Ley de Trastornos Alimenticios	Ley de Creación del Programa de Educación y Prevención de Adicciones Ley de Protección Integral de las Mujeres	Ley de Salud Mental		Ley de Prevención del Suicidio

Fuente: Elaboración propia.

El reconocimiento de derechos en un país federal

Sin dudas, la Argentina ha atravesado un avance en términos del reconocimiento del derecho a la salud integral de los y las adolescentes y su formalización en instrumentos legales. Asimismo, dichas normas procuran sentar las bases para orientar políticas públicas de promoción, prevención y atención de la salud desde un enfoque integral y de derechos humanos.

Sin embargo, aunque a nivel normativo pueda verificarse un cambio del paradigma tutelar al de derechos, a nivel de las instituciones sociales y de la comunidad en general sobreviene un período transicional, con tensiones, consensos, divergencias y convivencia de aspectos de uno y otro paradigma. Es tiempo de un “aprendizaje social, donde la inercia administrativa, la reconversión de tareas, el entrenamiento de los recursos humanos involucrados y la resistencia al cambio se desplazan a distintas velocidades” (Maceira et al., 2017).

Esta transición resulta aún más desafiante en un país federal como la Argentina, donde la coordinación entre jurisdicciones determina el grado de equidad en el reconocimiento efectivo de derechos a lo largo de todo el país.

En una estructura federal existe una norma nacional a partir de la cual las provincias adhieren total o parcialmente, e incluso existen instancias en las que la legislación provincial puede anticiparse a la federal. El rezago relativo de la normativa en una provincia frente a las demás jurisdicciones o del abordaje de una temática respecto de otras, permite identificar las prioridades asignadas a la vez que puede ser evidencia de la puja de sectores con visiones contrapuestas sobre una misma problemática en una jurisdicción.

Maceira y equipo analizaron este fenómeno para el caso argentino revisando la normativa en temáticas clave de salud adolescente (salud sexual y reproductiva; educación y educación sexual; adicciones; alimentación; y violencia) en cinco provincias seleccionadas: Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta. Este análisis permitió concluir que:

- En primer lugar, no siempre la norma nacional precede a la provincial. Es decir, en algunas temáticas, las jurisdicciones provinciales han liderado el tratamiento normativo antes que su tratamiento a nivel nacional. Entre las cinco provincias seleccionadas en este análisis,¹³ Misiones sancionó su Ley de Protección Integral en 2001, es decir, cuatro años antes que la Nación. Esto constituye un dato no menor en tanto anticipa el cambio de paradigma del tutelaje al de derechos.
- Las temáticas donde el liderazgo de la norma nacional generó su adhesión posterior por parte de las provincias analizadas fueron educación sexual integral, salud mental y aborto.
- Sin embargo, en los casos de liderazgo de la norma nacional, no existe adhesión sistemática ni automática por parte de las provincias. Cada jurisdicción establece particularidades en el tratamiento de cada pauta de garantía de derechos de los y las adolescentes, modificando a veces el parámetro federal.
- Se verifican brechas normativas a nivel interprovincial. Por un lado, en algunas jurisdicciones existen aún vacíos normativos sobre ciertas temáticas. Por otro lado, las fechas en que los instrumentos legales fueron desarrollándose dan cuenta de un rezago temporal

en el reconocimiento de derechos entre los y las adolescentes de las distintas provincias. En el caso de este grupo de provincias, un ejemplo claro lo constituye el parto humanizado: once años separan a la norma sancionada en La Rioja de la de Jujuy. La provincia de Salta, por su parte, no cuenta aún con explicitación normativa al respecto. En otras provincias se produjeron también dilaciones considerables en el tratamiento normativo de otros derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, como la educación sexual integral.

El análisis precedente permite afirmar que los y las adolescentes de algunas provincias cuentan con más o mejores recursos institucionales y mecanismos de protección de sus derechos en torno a la salud que sus pares de otras jurisdicciones del país. Es decir, frente a ciertas problemáticas, los y las adolescentes tienen más posibilidades o se encuentran en mejores condiciones para lograr el cumplimiento efectivo de sus derechos según la provincia donde vivan. Esta disparidad normativa entre las jurisdicciones respecto de la salud de los y las adolescentes es uno de los indicios o uno de los factores que permiten explicar las inequidades en el acceso a la salud integral de este grupo que pudieron verse en los datos presentados en el capítulo anterior.

♦ ♦ ♦ ♦

13. Se recuerda al lector que las afirmaciones aquí vertidas se derivan del análisis de las normas en las cinco provincias seleccionadas por el estudio de Maceira y equipo. De extenderlo al resto de las jurisdicciones, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ejemplo, sancionó su ley de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes en 1998.

Capítulo 3



La salud de los y las adolescentes: su abordaje desde los actores políticos y sociales

Política sanitaria descentralizada

Tal como se desarrolló en el capítulo anterior, en las últimas dos décadas la Argentina ha logrado un gran número de avances en materia de reconocimiento de derechos y políticas de salud, tanto en la niñez como en la adolescencia. Esto da cuenta del reconocimiento de las particularidades de las necesidades de salud de estos grupos etarios así como también de los desafíos de su inclusión en el sistema de salud en términos de derechos. Sin embargo, aún no se ha observado un abordaje sistemático de la salud de las y los adolescentes que se asiente en las características organizacionales de las variadas iniciativas existentes en cada jurisdicción, en el marco del carácter federal de la administración argentina.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene bajo su responsabilidad la conducción del sector en su conjunto¹⁴, a través del dictado de normas y del diseño y ejecución de programas. Los gobiernos provinciales cuentan con total auto-

mía para la determinación de sus políticas de salud. Los lineamientos del nivel nacional tienen solamente un valor indicativo. Cada provincia establece de manera autónoma, además, la relación con los gobiernos locales o municipios (UNICEF Argentina, 2016).¹⁵

Es en este marco de una política sanitaria descentralizada y de un sistema de salud fragmentado que deben analizarse las políticas y los programas que involucran, directa o indirectamente, la salud de los y las adolescentes en Argentina.

Los programas nacionales de atención a la salud de las y los adolescentes

En términos de política pública en salud para este grupo de población, el actor directamente involucrado a nivel nacional es el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). Otros dos programas de relevancia en

♦♦♦♦

14. Cabe recordar que el sistema de salud en la Argentina está compuesto por tres subsistemas: el subsistema público (a cargo de los gobiernos nacional, provinciales y municipales), el subsistema de seguridad social (obras sociales) y el subsistema privado.

15. El órgano de coordinación entre las autoridades sanitarias de la Nación y las provincias es el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a los ministros. El Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA) reúne a todos los legisladores nacionales y provinciales que integran las comisiones de salud.

tanto actores de las políticas de este sector son el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y, en términos de cobertura y definición de prestaciones, el Programa SUMAR.

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Se creó en 2007 con el objetivo general de promover y proteger la salud de los y las adolescentes “mediante una cobertura creciente en calidad y cantidad de los servicios dedicados a este grupo etario”.

En la resolución ministerial de creación del programa se reconoce a la adolescencia “como una etapa específica de la vida del individuo, con necesidades y derechos definidos y con perspectiva de futuro”.

Se establece que será función del PNSIA el apoyo técnico a la elaboración, desarrollo y monitoreo de los programas provinciales y de la CABA, a través de: actividades de capacitación según las necesidades de las diferentes jurisdicciones; asesoría técnica; la creación de una red de instituciones de atención integral del adolescente, que favorezca la cooperación horizontal; la evaluación del programa, atendiendo también al “grado de satisfacción de los adolescentes respecto de las políticas, estrategias y acciones del programa”; la articulación de acciones con áreas intra e inter ministerios y ONG; el apoyo a la creación y/o fortalecimiento de servicios de atención de la salud integral del adolescente de cada jurisdicción.

El PNSIA enmarca sus acciones en la CDN, así como en la Ley 26.061 de Protección Integral, la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Creado en 2003 (Ley 25.673), cuenta entre sus objetivos el de “promover la salud sexual de los adolescentes”. En la ley se declara que, en todos los casos, “se considera-

rá primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849)”. En el decreto reglamentario se aclara que “a los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades”.

Se encomienda al Ministerio de Salud “orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación. Asimismo, se deberán implementar acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda”.

Programa SUMAR. Es una ampliación del Plan Nacer iniciado en 2004 y actualmente brinda cobertura a la población materno-infantil, niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años.¹⁶ Entre sus objetivos sanitarios se enuncia el de “profundizar el cuidado de la salud de los niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia”.

Dos de sus catorce metas sanitarias o trazadoras refieren específicamente a la población adolescente: “10. Seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años (Proporción de adolescentes de 10 a 19 años elegibles para el Seguro Público de Salud con seguimiento de salud)” y “11. Promoción de derechos y cuidados en salud (Proporción de adolescentes entre 10 y 14 años con acceso a la información sobre cuidado en salud)”.



16. El Programa SUMAR – originalmente Plan Nacer – fue ampliando su cobertura: materno-infantil primero, luego a la población de 6 a 9 años, la de 10 a 19 años, a las mujeres de 20 a 64 años y, desde marzo de 2015, a los varones de ese grupo de edad.

Mediante la implementación de pago por desempeño o resultados, los Seguros Provinciales de Salud pagan por prestaciones priorizadas a los prestadores públicos (CAPS, CIC; hospitales) que, en lo que hace a la población adolescente, refieren a varias “líneas de cuidado”¹⁷: anemia, asma bronquial, cardiopatías congénitas, detección de cáncer prevalente, enfermedades prevalentes en salud mental (intento de suicidio, consumo de alcohol y drogas), consejería pos aborto, obesidad y sobrepeso, prevención primaria (captación de adolescentes, captación de adolescentes embarazadas, métodos anticonceptivos, consejería en salud sexual, control de salud para población indígena en terreno, inmunizaciones, etc.), violencia sexual, entre otras.

Según la indagación cualitativa llevada a cabo por Maceira y equipo, los coordinadores de los programas nacionales y de otras áreas de nivel nacional involucradas¹⁸ en la salud de los y las adolescentes comparten un enfoque de género y de derechos en el abordaje conceptual y acuerdan acerca de la importancia de incluir a los y las adolescentes en las intervenciones que planifican. Sin embargo, observan inconsistencias o discordancias entre un discurso guiado por el marco conceptual de los derechos y la persistencia de una mirada que ubica a la adolescencia en posiciones más tuteladas. Esta discrepancia da cuenta de la necesidad de dotar a las prácticas de coherencia con el discurso y de acciones cuyos contenidos realmente se encuentren alineados con los enfoques enunciados.

Por otra parte, este grupo de funcionarios nacionales coincide en la necesidad de trabajo conjunto, interdisciplinario y multisectorial. Sin embargo, a partir del análisis de las intervenciones y acciones informadas, Maceira y equipo

concluyeron que son excepcionales las veces en que efectivamente se logra intervenir de este modo. Tal como lo expresó uno de los funcionarios nacionales entrevistados, se trata más de “esfuerzos desperdigados” que de instancias formales de articulación entre sectores, áreas o niveles:

“Cada uno trabaja en lo suyo. Obviamente que siempre se consulta, pero existen pocas oportunidades para hacer grandes mesas donde nos sentemos a discutir cosas.”

En términos de dificultades, manifiestan de modo recurrente la insuficiencia de recursos (presupuestarios, técnicos y de personal, etc.) para dar cumplimiento a los objetivos y acciones que se proponen. Se deriva de ello una fuerte limitación en la posibilidad de construir estadísticas propias o de generar estudios para la evaluación/seguimiento de sus acciones (exceptuando al SUMAR que, por su naturaleza, posee una fuerte cultura evaluativa y genera datos propios). De existir, estas evaluaciones son, en general, mediciones de las acciones del programa y no de su impacto sobre la salud de las y los adolescentes.

En términos de barreras al acceso de los y las adolescentes al sistema de salud, los funcionarios nacionales destacaron el carácter fragmentado de la atención de los y las adolescentes (con las consecuentes “oportunidades perdidas”), muchas veces ligado a la ausencia de hebiatras, a la falta de servicios amigables, al desconocimiento del marco normativo por parte de los profesionales y a su deficitaria incorporación de las perspectivas de género y de derechos.

♦♦♦♦

17. “Las líneas de cuidado posibilitan la articulación de acciones sanitarias mediante la actuación multidisciplinaria en todos los niveles de atención a través del cuidado integral (promoción, prevención y rehabilitación) garantizando un continuo de atención. Son dinámicas, complementarias (interactúan entre sí) y no excluyentes (se activan o desactivan en función de la/s patología/s que el paciente manifieste). Incluyen acciones regulatorias y articulaciones intersectoriales y se nutren a través de la red de servicios dinamizando la referencia y contrarreferencia para las redes de especialidades y hospitalarias” (Ministerio de Salud de la Nación, Plan de servicios de salud y guía para una atención de calidad del Programa SUMAR, 2017)

18. El mapeo de actores del nivel nacional incluyó también a referentes de la Dirección de Salud Materno Infantil, la Secretaría de Salud Mental y Adicciones, la Secretaría de DDHH, la SENAF y el Programa de ESI.

La encuesta llevada a cabo por CEDES y UNICEF en 2016 entre estudiantes secundarios de cinco provincias provee información en este sentido desde la visión y experiencia de los y las adolescentes con los servicios de salud. El 51% de los adolescentes encuestados refiere a los excesivos tiempos de espera como principal dificultad en la atención y 45% mencionó la dificultad para conseguir un turno. A esto se suma un 23,9% de adolescentes que manifestó que no puede concurrir en los horarios de atención disponibles. Estos datos constituyen un indicio de la existencia de una demanda no atendida vinculada más con la incapacidad del sistema que con las propias características de esta población.

Otras dificultades en su acceso a los servicios de salud, aunque reportadas en menor medida por los y las adolescentes, permiten inferir sobre la necesidad de construir y fortalecer el vínculo entre el sistema y los y las adolescentes. 11,7% manifiesta que le da vergüenza asistir a un servicio de salud; 10,5% señala como problema la falta de un espacio para la atención de adolescentes; 8,5% dice que prefiere consultar con otras personas cuando tiene un problema de salud; 7,5% manifiesta que no confía en que el médico guarde el secreto de la consulta y 5,2% no cree que el sistema de salud pueda ayudarlo con su problema. Tomadas en su conjunto, estas dificultades que en primera instancia pueden atribuirse a la auto-exclusión, obligan a revisar la capacidad del sistema de salud y sus profesionales para generar mecanismos que contribuyan a tender puentes con los y las adolescentes.

Por otro lado, consultados acerca de qué esperan encontrar cuando van a un servicio de salud, los tres principales aspectos mencionados por los y las adolescentes encuestados en 2016 fueron "atención exclusiva", "confidencialidad en la consulta" y que le "hablen claramente", aspectos todos ligados con el concepto de "servicio amigable".

Es decir, la visión y experiencia de los y las adolescentes se condice en este caso con la preocupación de los funcionarios por la necesidad de promover servicios amigables no solo para mejorar el nivel de captación de este grupo por parte de los servicios de salud sino para facilitar la continuidad de su atención (que se acerquen y que vuelvan).

Las dificultades enunciadas de modo genérico desde el nivel nacional varían en importancia y peso según la provincia de que se trate, con la intervención incluso de otros factores que funcionan como barreras (distancias geográficas, rezagos normativos, idiosincrasias locales, etc.) a nivel local.

Los programas provinciales de salud en la adolescencia

Según el relevamiento de Maceira y equipo¹⁹, en la mayoría de las provincias existe un programa específico de salud adolescente. El de Tucumán es el más antiguo (2004), seguido por los de Catamarca (2005) y Córdoba, Entre Ríos y Misiones (2007). Los más recientes se pusieron en marcha en 2016 en Corrientes, Buenos Aires y La Pampa.

Sin embargo, como se ha dicho más arriba para el nivel nacional, también a nivel local las prioridades sanitarias de los y las adolescentes son muy variadas y el programa de salud de adolescentes no es el único que interviene en su respuesta. Diversos actores (oficiales y privados) convergen en el abordaje de la salud de esta población. Cada actor involucrado define un plan con determinados objetivos que la mayoría de las veces entran en tensión con los implementados por otros actores. En este juego de incidencias el referente local de salud en la adolescencia se desempeña como un mero "articulador" antes que como rector en la estrategia de abordaje de la salud de los y



19. La encuesta se realizó a los referentes provinciales del PNSIA, obteniendo un alto nivel de respuesta: de las 23 jurisdicciones a ser cubiertas (incluida CABA y excluyendo a Santa Cruz que no cuenta con un programa operativo provincial), sólo una provincia (Formosa) no remitió el cuestionario respondido.

las adolescentes en la provincia. Además, para la implementación de sus acciones, en general los programas deben apoyarse en los efectores del primer nivel de atención, cosa que sucede a través de vínculos con frecuencia informales y fragmentados. En este sentido, las acciones desde los programas deberían vincularse en mayor medida con aquellas llevadas adelante por los directores y profesionales de hospitales y las del personal que brinda atención primaria, que son quienes mantienen contacto directo con la población de adolescentes.

Respecto de la responsabilidad de los coordinadores de los programas provinciales, Maceira y equipo concluyen que ésta se concentra y se limita a llevar a cabo las acciones que, con los recursos disponibles, les permiten alcanzar los objetivos definidos en instancias superiores del ministerio provincial. Esto es así en la medida en que el financiamiento y la administración de fondos no están bajo su incumbencia, el alcance y tipo de cobertura se define en el área de diseño estratégico del ministerio de salud provincial y la prestación de servicios se encuentra bajo la órbita de los efectores del sistema de salud.

Casi todas las jurisdicciones resaltaron como primera acción de sus programas las capacitaciones para la promoción de la salud. Otros terrenos de intervención son los de la salud sexual y reproductiva y la violencia en el ámbito escolar. A excepción del control de talla y peso, la cuestión nutricional es dejada de lado en la definición de objetivos y diseño de acciones de los programas provinciales de salud en la adolescencia, a pesar de la tendencia creciente que muestran los datos de sobrepeso y malnutrición entre los y las adolescentes en los últimos años.

Por otro lado, no existen mecanismos formales de evaluación de las acciones de los programas provinciales de salud adolescente para la ponderación de la eficacia de sus intervenciones y su interacción con el sistema sanitario.

Además, el relevamiento de Maceira detectó una gran atomización y dispersión en las vinculaciones con la Nación, que incluyen contactos con una variedad muy amplia de actores, or-

ganismos, áreas, programas, distintos sectores y ministerios. Gran parte de estos programas provinciales tienen vínculos de colaboración con el PNSIA y con el PNSSPR, el Ministerio de Educación y el Programa SUMAR. El tipo de colaboración más difundido consiste en recibir asistencia técnica y folletería, seguido por el financiamiento de actividades dentro de la provincia o en conjunto con otras provincias. Es de señalarse la distancia significativa que se evidencia entre la magnitud de los problemas identificados y las respuestas a dichos problemas.

Percepción de las problemáticas y necesidades de los y las adolescentes

Todos los referentes nacionales consultados por Maceira y equipo apuntaron al consumo excesivo de alcohol, al uso de sustancias y a los embarazos no planificados como los problemas prioritarios para sus programas. En su mayoría entienden a estas problemáticas como emergentes sociales en un contexto más complejo antes que como propias del “ser adolescente”. La violencia escolar, el suicidio o las autolesiones, aunque mencionados en menor medida, también son interpretados como emergentes sociales. La multicausalidad de estas problemáticas constituye un desafío para los diseñadores y efectores de las políticas de salud en términos de estrategias y modos de captación de los y las adolescentes al sistema sanitario.

Para los referentes de programas provinciales de salud adolescente y otros funcionarios de nivel local, el “consumo irresponsable de alcohol” y “el consumo de drogas” también ocupan los primeros lugares en el ranking de prioridades de salud de esta población según lo relevado en la encuesta de Maceira y equipo. Entre ambas problemáticas surge la “violencia de género”, considerada relevante o muy relevante como problemática por 20 de los 22 referentes consultados. Sin embargo, este ranking promedio de prioridades esconde valoraciones diversas

entre las jurisdicciones. En la Ciudad de Buenos Aires el consumo de alcohol no es percibido como el problema de mayor relevancia, como sí lo es la violencia de género. En las jurisdicciones del NOA, el embarazo en la adolescencia, junto con el consumo de alcohol, son las problemáticas consideradas de máxima importancia por este grupo de funcionarios provinciales.

Maceira y equipo pudieron recoger algunos testimonios por parte de funcionarios provinciales que minimizan o relativizan ciertas problemáticas adolescentes (especialmente el embarazo y el abuso sexual que muchas veces éste esconde) basados en el "factor cultural" cuando se trata de comunidades originarias o en contextos rurales. Aunque son posiciones minoritarias (y en general no corresponden a quienes ocupan funciones de mayor jerarquía) no dejan de ser preocupantes en tanto se distancian de la concepción de derechos humanos a la que suscribe el país y a la que se debe dar cumplimiento desde todos los ámbitos. Es de notar en este sentido la persistencia de opiniones que centran los problemas en las conductas individuales de los adolescentes; por ejemplo, en el caso del consumo de bebidas alcohólicas no se tienen en cuenta los de terminantes sociales y de comercialización asociados al problema.

Entre los referentes de las organizaciones de la sociedad civil (consultados en grupos focales en el estudio de Maceira y equipo), las condiciones de vida y las desigualdades estructurales (pobreza, inequidad educativa, barreras geográficas de accesibilidad a distintos servicios, etc.) son el eje de partida del discurso en torno a las problemáticas de los y las adolescentes a quienes dirigen sus acciones. El énfasis puesto en este aspecto es más marcado entre los referentes de ONG que entre los funcionarios. Un aspecto de preocupación relevante para

los y las referentes comunitarias es la deserción escolar, no sólo en términos de desigualdades educativas, sino también porque esto suma una barrera en el acceso a la salud que se ve facilitado por medio de las articulaciones entre ambos sectores (asesorías escolares, control de apto médico, campañas de vacunación, acciones de promoción de la salud, etc.). Desde su perspectiva, las acciones de captación y acercamiento a la comunidad adolescente que se intentan desde los centros de salud son insuficientes e ineficaces.

Los datos de la encuesta de CEDES y UNICEF 2016 entre estudiantes secundarios de cinco provincias avalan en cierta medida esta preocupación manifestada por las organizaciones sociales respecto de la necesidad de promover la captación de adolescentes desde los servicios de salud. Sólo el 27% de los y las adolescentes encuestados dijeron que acuden a un hospital público y 20% a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) cuando tienen alguna preocupación o problema de salud. Sin embargo, la escuela tampoco aparece tan claramente para los y las adolescentes como un espacio de referencia ante sus problemas de salud (fue mencionada por el 24% de los encuestados). Son los padres en mayor medida y, en segundo lugar, los amigos, a quienes los y las adolescentes acuden en estas situaciones.

Por su mayor acercamiento al espacio local, tanto los referentes de organizaciones sociales como los funcionarios provinciales de todas las áreas pueden identificar con mayor claridad las diferencias en la prevalencia de problemáticas según regiones o localidades dentro de cada provincia (ej. más casos de abuso sexual en zonas rurales que urbanas y mayor consumo de alcohol blanco en la puna, dentro de la provincia de Jujuy).

Capítulo 4



Reflexiones finales

Limitaciones y barreras en el cumplimiento del derecho a la salud de los y las adolescentes

Las barreras detectadas para el cumplimiento del derecho a la salud integral de los y las adolescentes son de diversa índole y se configuran de modo diferente a nivel territorial, generando inequidades diferenciales entre la población de esta edad de distintas provincias. Sin embargo, es posible encontrar obstáculos comunes a nivel nacional:

- Las condiciones socioeconómicas de vida de las y los adolescentes condicionan el cumplimiento de otros derechos (vivienda digna, alimentación adecuada, educación, ambiente saludable) e impactan en la efectivización del derecho a la salud, especialmente en las poblaciones más vulnerables (en situación de pobreza, comunidades originarias, contextos rurales).
- La descentralización de la gestión y la fragmentación del sistema de salud constituyen una barrera fundamental en la elaboración de una estrategia común para el abordaje de la salud de las y los adolescentes en todo el país.
- La escasa articulación inter-sectorial a nivel nacional y dentro de las jurisdicciones representa una de las barreras más claras para el abordaje integral de las problemáticas de salud de los y las adolescentes. Son escasas las mesas interministeriales a nivel provincial a pesar de la importancia que los funcionarios otorgan a esa modalidad de trabajo multisectorial. Esto no solo se traduce en el solapamiento de acciones, duplicación de esfuerzos y dispersión de recursos, sino en el fracaso de las acciones en la medida en que la mayor parte de los problemas de salud de los y las adolescentes tiene un carácter multidimensional que requiere de abordajes integrales.
- Otra barrera se refiere a la inadecuación territorial de las políticas e intervenciones. La planificación y ejecución de estrategias específicas a nivel provincial y local son, muchas veces, continuación de las políticas nacionales que no tienen en cuenta las particularidades de cada territorio.
- Especialmente a nivel provincial, se evidencia la escasez de recursos económicos, de personal capacitado en temáticas adolescentes y, en algunos casos, alta rotación de personal. Esta problemática se observa tanto al nivel de los efectores como en las áreas

de coordinación o programas de adolescencia. En las jurisdicciones con amplias distancias se suma la incapacidad de los programas para cubrir todo el territorio por falta de movilidad y/o recursos humanos.

- El peso del paradigma tutelar, en determinadas áreas y jurisdicciones especialmente, limita el abordaje de la salud de los y las adolescentes en su condición de sujetos de derecho. En relación con esto es también escasa la participación de los adolescentes en la planificación de estrategias; el adolescente no es tomado en cuenta como sujeto social con voz propia y responsabilidad sobre su salud.
- La priorización de las mujeres como población destinataria de los programas involucrados en la salud adolescente, especialmente de salud sexual y reproductiva, por sobre los varones, constituye una limitación en la captación de estos últimos en las acciones destinadas a dar respuestas a las necesidades del total de la población adolescente.

En el ámbito directo de la atención se detectan las siguientes barreras:

- “Oportunidades perdidas”: la atención de los y las adolescentes es discontinua y fragmentada. El sistema no tiene capacidad para retener a quienes se acercan con alguna inquietud o consulta, o tiene prácticas expulsivas hacia este grupo etario.
- La ausencia o insuficiencia de “servicios adecuados” para la atención de la salud de los y las adolescentes es una constante en todas las provincias y en todos los niveles de atención. Se observa o se reporta desconocimiento del marco normativo y de los derechos de los y las adolescentes y ausencia de un enfoque de derechos y género entre los profesionales; horarios de atención poco flexibles y espacios inadecuados; falta de sensibilidad y habilidades específicas requeridas para la escucha y atención de adolescentes.

- Las dificultades en la contrarreferencia entre niveles suponen un obstáculo al seguimiento de la salud de los adolescentes, especialmente en el caso de las adolescentes que tienen sus partos en el hospital y deben hacer seguimiento en los centros de salud.

Algunas barreras en problemáticas específicas

En relación con la salud mental, el sistema de salud y las políticas públicas en la materia han focalizado casi en forma exclusiva en la atención de las psicopatologías (en una concepción reduccionista y biomédica de la salud mental), dejando un vacío en la atención de otras problemáticas relacionales, familiares, etc. que también componen la salud mental cuando es entendida de modo integral. Este vacío desde la respuesta oficial ha sido tomado, en gran medida, por las organizaciones de la sociedad civil y constituye uno de los desafíos para quienes actualmente se encuentran coordinando estrategias de abordaje de la salud mental de los y las adolescentes en la actualidad.

En relación con la salud sexual y reproductiva, la barrera más evidente es la ausencia de consultorios específicos de atención a adolescentes (bajo los lineamientos de servicios adecuados) así como el desconocimiento o posicionamiento obstaculizador de los derechos de las y los adolescentes (confidencialidad, elección autónoma y acceso a métodos anticonceptivos, etc.) por parte de los profesionales o personal de salud. Los posicionamientos personales, religiosos e ideológicos todavía persisten como obstáculos al cumplimiento de derechos en temáticas como el acceso a la ILE. Preocupa también la ausencia de equipos y de un abordaje interdisciplinario para la atención de embarazos en adolescentes menores de 15 años y la detección de situaciones de abuso sexual dada la gravedad de esta problemática en términos de vulneración de derechos y de consecuencias para la vida de las adolescentes.

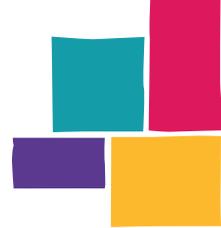
En relación con la violencia escolar, la dificultad de articular acciones inter sectoriales cobra particular relevancia en esta problemática. En general su abordaje se circunscribe a las instituciones educativas cuando por su complejidad debería involucrar a los actores de la salud y al entorno familiar y comunitario.

Agenda pendiente de investigación

El análisis de la situación de salud de los y las adolescentes a partir de los estudios sistematizados en este documento permite identificar vacíos de información y la necesidad de profundizar el conocimiento en torno a las manifestaciones de inequidad en el acceso a la salud, los factores que intervienen en detrimento del cumplimiento o no de los derechos y la interrelación entre políticas y resultados sanitarios. A continuación se enumeran algunas sugerencias en términos de tópicos o tipos de investigación que podrían promoverse para cubrir esos vacíos o profundizar el conocimiento disponible.

- Realizar estudios de tipo longitudinal con paneles que permitan conocer:
 - En qué medida los comportamientos y hábitos adoptados en la adolescencia son continuados en la edad adulta poniendo aún en mayor riesgo la salud.
 - La relación entre características socioeconómicas y condiciones de salud de la población adolescente, profundizando el análisis de la evolución de esa relación a través del tiempo.
- Extender el análisis de la relación entre características socioeconómicas y situación de salud, en la medida que el mejoramiento de las estadísticas oficiales lo permitan, a unidades geográficas de menor escala a las que actualmente se refieren (por lo general, por provincia de residencia). Esto permitirá un mejor reconocimiento de situaciones de inequidad territorial.
- Abordar investigaciones a nivel local que permitan detectar en qué medida las iniciativas políticas influyen en los cambios de conductas que ponen en riesgo la salud de las y los adolescentes. En este sentido resulta prioritario que los programas provinciales incorporen metodologías de evaluación de resultados de sus acciones en términos de impacto y no solo como monitoreo de la gestión.
- Replicar en todas las jurisdicciones el mapeo de actores involucrados en la atención de la salud de los adolescentes con una mirada sistémica que permita identificar las fortalezas y debilidades organizacionales y programáticas en cada jurisdicción para el abordaje integral de la salud de los y las adolescentes.
- Realizar estudios de caso para identificar "buenas prácticas" de intervención y abordaje de las problemáticas de salud de las y los adolescentes a nivel territorial. Poner particular atención a las experiencias de trabajo multisectorial y aquellas que hayan involucrado a los y las adolescentes en el diseño y/o implementación de sus acciones, identificando los factores facilitadores de estos aspectos.
- Documentar y evaluar la experiencia de las asesorías escolares, de reciente implementación en algunas provincias, para conocer en qué medida facilitan el contacto entre el sistema de salud y la población adolescente escolarizada.
- Releva antecedentes de investigaciones que aborden la problemática del suicidio (en general y de adolescentes en particular) desde el campo de la salud pública, ya que se trata de una cuestión de problematización reciente en nuestro país. Identificar las estrategias e instrumentos metodológicos más adecuados para generar evidencia que oriente a las políticas públicas en respuesta a este emergente de la salud adolescente.

- Desarrollar estudios de tipo cualitativo entre adolescentes, especialmente en los varones y en la población no escolarizada, con el objetivo de conocer los significados asociados al cuidado de la salud, lógicas y prácticas de cuidado; sus percepciones y experiencias en el acceso (o no) a los servicios y acciones de salud; los vínculos con los adultos; el grado de conocimiento y apropiación subjetiva de sus derechos en torno a la salud integral, entre otras cuestiones.
- Desarrollar investigaciones de tipo cualitativo con el objetivo de conocer las representaciones y significados asociados a la adolescencia entre las personas adultas, principalmente padres y madres de adolescentes. Indagar, principalmente, en las concepciones de los adultos acerca de la salud de sus hijos e hijas, su rol en la construcción de prácticas de cuidado, experiencias y expectativas respecto a la respuesta del sistema de salud y de las políticas públicas en general, etc.
- Impulsar estudios acerca de las problemáticas en salud mental de los y las adolescentes desde una concepción integral, es decir, que no se restrinja a la manifestación de psicopatologías. La metodología cualitativa parece ser la más adecuada para abordar en profundidad y desde la visión de los y las adolescentes las cuestiones relacionadas con la sociabilidad, los sentimientos de soledad o aislamiento, experiencias de discriminación, autolesiones, consumo de sustancias, etc.
- Generar información y conocimiento acerca de los problemas más reciente en la agenda de las políticas públicas, como la violencia escolar (bullying), el suicidio adolescente, el uso de determinadas sustancias, noviazgos violentos, etc.
- Explorar el lugar que ocupan las redes sociales de uso común entre los y las adolescentes en tanto espacios de comunicación e información relacionada con el cuidado de la salud.



Bibliografía

- Binstock, G. (2016). "Maternidad adolescente en Argentina: Factores asociados en contextos sociales vulnerables". Ponencia presentada en VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Foz de Iguazú, 17 a 22 de octubre 2016.
- Binstock, G. y M. Gogna (2015). "La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias". En: Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana. N. 20. Pp. 113-140.
- Binstock, G. y M. Gogna (2017). "Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años". Informe de investigación inédito. UNICEF, Argentina.
- Chiarotti, S. (coord.) (2016). Niñas madres. *Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Balance regional. CLADEM.
- FIC Argentina-UNICEF (2016). "Brechas sociales de la obesidad en la niñez y la adolescencia: Análisis de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), Buenos Aires: FIC-UNICEF.
- INDEC (1998). Situación y Evolución Social (Síntesis, N° 4, Volumen 2).
- Maceira, D. et.al. (2017) "Estudio de revisión de necesidades, políticas y estructura de los programas de salud adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo". Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. 2º edición revisada. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación-UNFPA (2015). "Lineamientos sobre derechos y acceso de los y las adolescentes al sistema de salud". Buenos Aires: UNFPA.
- Pantelides E.A. y Fernández M.M. (2017). "Las madres menores de 15 años. El caso argentino". *Coyuntura Demográfica*, 11: 27-33.
- Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina". Informe de investigación inédito. UNICEF-Argentina.

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y Programa Nacional de Salud Sexual- Ministerio de Salud de la Nación (2017). "Análisis de los sistemas locales de salud, desarrollo social, justicia, educación y policía en el abordaje a niñas y adolescentes que hayan tenido un parto o una cesárea antes de los 15 años en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero". Informe de investigación inédito.

UNICEF (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Buenos Aires, Argentina.

UNICEF (2016). *Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina*. Buenos Aires, Argentina.

UNICEF (2016). *Bienestar y Pobreza en niños, niñas y adolescentes en Argentina*. Buenos Aires, Argentina.

UNICEF (2017). *La pobreza monetaria en la niñez y la adolescencia en Argentina*. Buenos Aires, Argentina.

PNSIA, SAP, UNICEF (2010). "Lineamientos para la Atención integral de adolescentes en espacios salud de amigables y de calidad", Buenos Aires, Argentina.

WHO (2015). *Improving preterm birth outcomes. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization.

Fuentes de datos

DEIS, MSAL. Egresos hospitalarios 2013

DEIS, MSAL. Estadísticas vitales 2015

DEIS, MSAL. Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010

INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

MSAL. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, 2013

OMS, Encuesta Mundial de Salud Escolar, 2012

UNICEF/CEDES, 2016. Encuesta a Estudiantes Secundarios

