

SALA DE SITUACIÓN

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES DE ENTRE 10 Y 19 AÑOS EN ARGENTINA, 2005-2016

Health Situation of 10-19 Year-Old Adolescents in Argentina, 2005-2016

El abordaje específico del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de Argentina obligó a compilar y sistematizar la información disponible en ese campo. La publicación en 2016 de la obra Situación de salud de las y los adolescentes en Argentina plantea un panorama de desafíos sobre los cuales deben diseñarse las políticas de salud.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia; Fecundidad; Mortalidad

KEY WORDS: Adolescence; Fertility; Mortality

Juan Carlos Escobar¹, Victoria Keller¹, Mariana Vazquez¹

¹ Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación.

INTRODUCCIÓN

La creación del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia en 2007 generó la necesidad de contar con información sanitaria detallada y de calidad para implementar políticas a nivel nacional, provincial y municipal. Para recabar esta información, por un lado, se solicitó a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación que efectuara el corte de edad de 10 a 19 años para procesar datos específicos, y por el otro, se buscó sistematizar y poner en conocimiento investigaciones y reportes que distintas instituciones realizaban a referentes provinciales de adolescencia y demás decisores políticos.

La población adolescente en Argentina creció en términos absolutos. No obstante, su incremento relativo se tornó más lento en las últimas décadas como consecuencia de la caída de fecundidad y la disminución del componente migratorio. La transición demográfica que significó las bajas en las tasas de fecundidad y mortalidad implicó un crecimiento en términos absolutos de la proporción de personas en edad activa en relación con la de personas en edad no productiva: esta situación favorece el "bono demográfico". En tal sentido, tanto en Argentina como en la región, los y las jóvenes representan una oportunidad de desarrollo y crecimiento económico, que debe capitalizarse a través de políticas de salud informadas a través de la evidencia¹.

El objetivo de este diagnóstico de salud de la población adolescente en Argentina fue dar a conocer los datos más relevantes sobre determinantes sociales de la salud, salud sexual y reproductiva y morbimortalidad por causas

externas. Se trata de un reporte de tendencia, que tomó información de diversas fuentes desde 2012 hasta la actualidad.

El propósito fue fortalecer los programas provinciales de adolescencia y demás decisores para el diseño de sus políticas territoriales, exponiendo los aspectos de la salud sobre los cuales se plantea la necesidad de generar información, ajustar mecanismos de abordaje y mejorar la accesibilidad al sistema.

MÉTODOS

Se relevó, analizó y sistematizó información relativa a la magnitud, frecuencia y distribución de los principales indicadores epidemiológicos de la salud de la población adolescente de entre 10 y 19 años. La selección de fuentes se centró en el sistema estadístico oficial nacional. Para explicar situaciones específicas, se recurrió a estudios con muestras a nivel país y metodológicamente validados: se relevaron los censos nacionales de población de 2001 y 2010², las publicaciones de Estadísticas Vitales (2015) y de egresos hospitalarios (2012) de la DEIS³, la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva publicada (2013)⁴, el Sistema de Vigilancia de VIH (2016)⁵, el Sistema Informático Perinatal (2014)⁶, la Encuesta Mundial de Salud Escolar (2012)⁷, el VI Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (2014)⁸ y, por otro lado, estudios como el de Gogna (2005)⁹ sobre embarazo y maternidad en la adolescencia.

La sistematización se dividió en cinco capítulos: 1) características demográficas y socioeconómicas; 2) aspectos relativos a la situación salud/enfermedad (calidad de vida,

salud nutricional, actividad física, consumo de sustancias); 3) salud sexual y reproductiva (iniciación sexual, consentimiento, fecundidad, planificación del embarazo, aborto y anticoncepción posevento obstétrico, entre otros); 4) causas externas (muertes violentas, suicidios, violencia y lesiones); y 5) acceso y cobertura al sistema de salud (desde la perspectiva de los jóvenes y de los profesionales de la salud).

Cabe considerar que las fuentes pertenecen en algunos casos a períodos temporales diferentes. La más antigua es la del Censo 2010 (con proyección a 2015). Asimismo, dado que se procuró contar con la información más actualizada posible, se descartaron estudios previos a 2012. En este artículo se sintetizan los tres principales capítulos.

RESULTADOS

Según la estimación censal para 2015, los adolescentes en Argentina representan el 16,3% de la población. Esta proporción varía en cada provincia: en el norte, dada la mayor fecundidad, se registran poblaciones más jóvenes (Formosa y Santiago del Estero superan el 20%), mientras que en las provincias del centro hay un menor peso de adolescentes en la población total (en Santa Fe, Buenos Aires y Córdoba rondan el 15%). Los grandes aglomerados urbanos concentran a más de la mitad de los adolescentes del país¹.

Los adolescentes son el grupo etario más numeroso con cobertura pública de salud: el 45% son usuarios del

sistema público, y el resto se divide en prepagas y obras sociales que obtienen a partir del empleo de sus padres o de un trabajo propio¹.

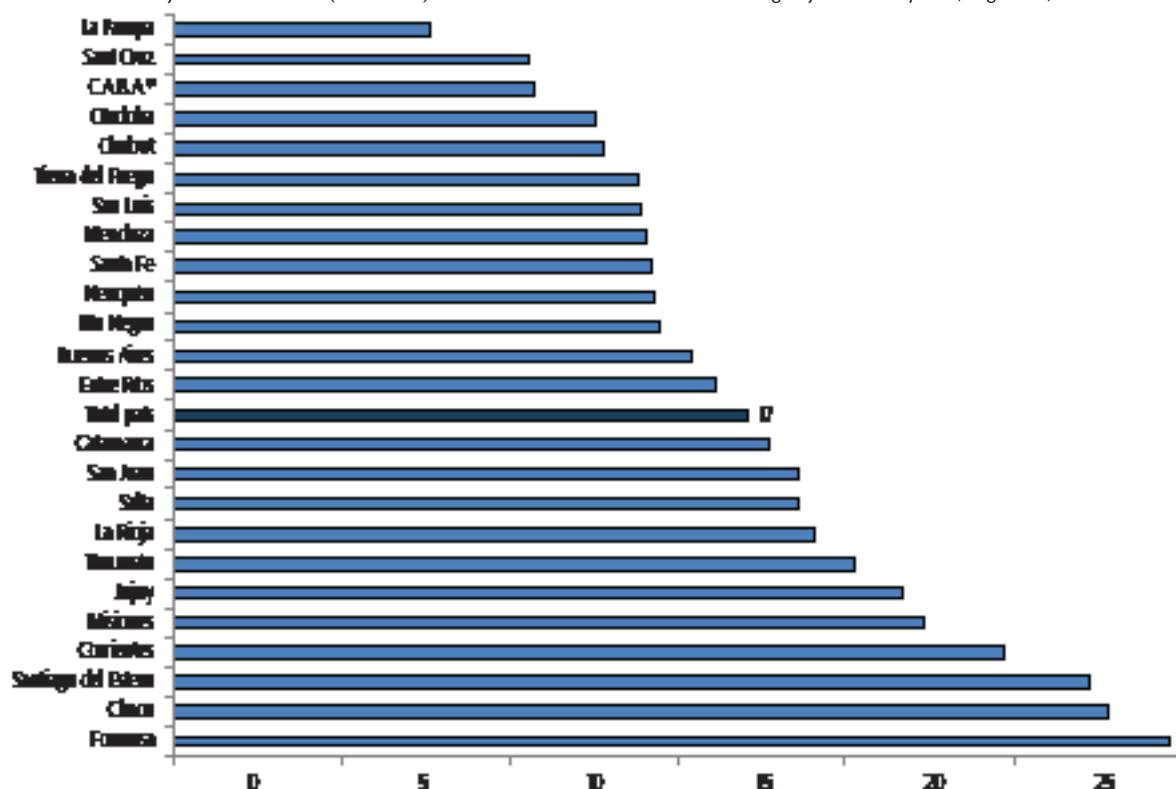
Otra información fundamental para diagnosticar el estado de salud de la población es aquella que da cuenta de los determinantes sociales. En este sentido, el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) revela que un 17% de la población adolescente vive con NBI, con enorme variabilidad entre las provincias¹ (ver Gráfico 1).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (2013), el 62% de los varones y el 52% de las mujeres adolescentes mayores de 14 años ya habían tenido su primera relación sexual al momento de la consulta. A estos encuestados sexualmente iniciados se les preguntó a qué edad lo habían hecho: el 73% tenía entre 16 y 19 años, sólo el 10% tenía 15 años o menos, y el 17% restante contaba con más de 19 años. De cada 10 de estos adolescentes, 9 habían utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, mayormente el preservativo.

Esta encuesta también revela el nivel de consentimiento en la primera relación sexual: el 87% de las mujeres afirmó que había querido tener la relación en ese momento, mientras que un 8% reportó haber querido posponerla, y un 4% declaró que fue forzada.

La tasa de fecundidad adolescente (frecuencia relativa de nacimientos cada 1000 adolescentes en un año) es el indicador privilegiado para medir la evolución del embarazo

GRÁFICO 1. Porcentaje de adolescentes (10-19 años) con necesidades básicas insatisfechas según jurisdicción y total, Argentina, 2010.



*Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Fuente: Elaboración propia sobre del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

en esta población. Dadas las diferencias que existen dentro de la fase de la adolescencia, el indicador se divide en la tasa de fecundidad temprana (10-14 años) y tardía (15-19 años). La tasa de fecundidad adolescente tardía mantuvo un nivel relativamente similar, aunque con fluctuaciones, desde 1983 (33,3 x 1000) hasta la actualidad (32,3 x 1000 en 2015). La tasa temprana, por otro lado, ha permanecido más bien estable (alrededor de 2 x 1000) (ver Tabla 1). Las tasas de fecundidad tardías muestran gran variabilidad a lo largo del país: mientras la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta la más baja (26,3 x 1000), las provincias del Noreste Argentino exhiben las más altas (Chaco, Formosa y Misiones superan los 90 x 1000) (DEIS 2015)³.

Los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) (2014) ponen de manifiesto la repitencia de embarazo en la adolescencia: el 28% de los nacimientos de madres adolescentes que ocurren cada año en establecimientos públicos son de orden 2 o más. Las cifras también revelan la ausencia de planificación en las adolescentes madres; el 68,1% reportó no haber planificado el embarazo, y 8 de cada 10 de ellas no estaba utilizando ningún método anticonceptivo al momento de quedar embarazadas (SIP, acumulado 2010-2014)⁶.

Según Gogna (2005), la mayoría de las adolescentes que se embarazan ya están fuera del sistema educativo. Asimismo, al analizar el nivel de escolaridad alcanzado por las adolescentes madres, se observa que la mayoría de ellas está por debajo de lo esperado para su edad⁹.

En cuanto a los controles de embarazo de las adolescentes, las de la franja 15-19 presentan el porcentaje más alto de monitoreo insuficiente. A menor edad, menor es el porcentaje de mujeres que realizan el primer control antes de las 13 semanas¹⁰.

El Boletín Epidemiológico de VIH advierte acerca de las bajas tasas de diagnóstico de varones de 15-19 en relación con las mujeres de la misma edad. No obstante, en los varones de 15-19, las prácticas sexuales desprotegidas con otros varones son la principal vía de transmisión (60% en el período 2013-2015).

Entre los adolescentes, la mayor cantidad de defunciones se registran en varones. Este diferencial surge de la mortalidad por causas externas, que constituyen la principal razón de los fallecimientos en edades de 15 a 19 años. Estas causas son, en orden de proporción, lesiones no

intencionales (en su mayoría, por incidentes de tránsito) que resultan mortales, suicidios y homicidios.

El perfil etario del suicidio cambió desde 1997 a la actualidad. Los jóvenes —en especial, los adolescentes varones de 15 a 19 años— fueron aumentando en número y porcentaje. Se destaca el incremento en 2002-2013 en las provincias del norte argentino.

En términos de morbilidad, según datos de la DEIS, 2 de cada 3 egresos hospitalarios por causas externas corresponden a traumatismos, y 8 de cada 10 de esos egresos ocurren en varones. En cambio, otras causas externas como envenenamientos, quemaduras y síndromes del maltrato corresponden a mujeres (ver Tabla 2).

Respecto al orden de causas de mortalidad por provincia, casi todas se ajustan al promedio del país (lesiones no intencionales, suicidios, homicidios y eventos de intención no determinada), excepto algunas como Santa Cruz o La Rioja, donde las lesiones no intencionales ocasionadas por incidentes de tránsito representan un porcentaje menor y dejan al suicidio como principal causa de mortalidad.

DISCUSIÓN

La mejora en el acceso de adolescentes al sistema de salud implica ampliar y fortalecer la oferta de espacios de atención. Esta estrategia, a su vez, supone difundir la información disponible sobre su situación de salud, de manera tal que las decisiones para el diseño de políticas a nivel provincial y municipal sean tomadas a partir de indicadores actualizados y confiables.

Si bien el embarazo en la adolescencia está estrechamente vinculado a los determinantes sociales y al entorno de crecimiento y desarrollo, el sistema de salud cuenta aún con grandes desafíos para garantizar el derecho a consejerías integrales de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos. Pese a la creencia de que el embarazo adolescente es un fenómeno en ascenso, la tasa de fecundidad tardía muestra un comportamiento fluctuante, con una tendencia relativamente estable. El hecho de que la mayoría de estos embarazos sean no planificados y que dentro de este grupo 8 de cada 10 no

TABLA 1. Principales indicadores sobre fecundidad en la adolescencia, Argentina, 2015.

Total de nacidos vivos (NV) de madres adolescentes	111 629
Total de NV de madres adolescentes de 10 a 14 años	287
Total de NV de madres adolescentes de 15 a 19 años	111 342
Porcentaje de NV de madres adolescentes	14,7%
Tasa de fecundidad adolescente (10 a 19 años)	32,3‰
Tasa de fecundidad temprana (<15 años)	1,6‰
Tasa de fecundidad tardía (15 a 19 años)	62,6‰

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2015.

TABLA 2. Defunciones por causas externas por tipo de causa, sexo y edad, Argentina, 2015.

Sexo	Causa de defunción	Total	10 a 14	15 a 19
			años	años
Varones	Lesiones no intencionales	985	166	640
	Suicidios	334	38	296
	Homicidios	285	11	274
	Eventos de intención no determinada	275	38	237
	Total de defunciones por causas violentas	1889	252	1447
Mujeres	Lesiones no intencionales	285	57	148
	Suicidios	184	22	162
	Homicidios	41	7	33
	Eventos de intención no determinada	66	15	51
	Total de defunciones por causas violentas	415	101	314

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Dirección de Estadísticas e Información en Salud 2015.

hayan utilizado un método anticonceptivo muestra que aún quedan por sortear grandes brechas de acceso a la información. El alto porcentaje de repitencia del embarazo en esta etapa también demuestra que el paso por el sistema de salud para control prenatal y parto o control posaborto no asegura a las adolescentes una consejería anticonceptiva integral.

Aun cuando el número sea pequeño, los embarazos de menores de 15 años merecen un análisis particular, no sólo porque en esta franja etaria el embarazo y parto reviste mayores riesgos para las niñas y para los hijos, sino también porque, a menor edad de la mujer, mayores son las probabilidades de que el embarazo sea producto de relaciones desiguales de poder y no consentidas.

Por otra parte, las causas externas son el principal motivo de morbilidad y mortalidad en la población adolescente, con mayor representación entre los varones de 15 a 19 años. Aunque las lesiones no intencionales (especialmente por incidentes de tránsito) representan la mayor proporción de lesiones y defunciones, el suicidio en la adolescencia es un fenómeno que se ha incrementado en las últimas décadas y requiere especial atención. También las agresiones y en particular los homicidios, que en algunas provincias alcanzan una proporción similar a los suicidios, ameritan un tratamiento para el cual el sistema de salud debe contar con una preparación adecuada.

En tal sentido, uno de los desafíos principales consiste

en instalar estos fenómenos como problemáticas de salud pública, que demandan un abordaje integral tanto a nivel de circuito de registro y análisis epidemiológico como en términos de prevención, atención y posvención.

Para completar el diagnóstico epidemiológico de salud adolescente es necesario, por un lado, seguir generando datos sobre aspectos aún no explorados (por ejemplo, calidad de atención a adolescentes LGTBI (Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersexuales) y, por el otro, mejorar los registros existentes en morbilidad y mortalidad por causas externas.

En paralelo, se deben generar estrategias para reducir las brechas de acceso al sistema de salud. Esto implica, entre otras cosas, reforzar e incluir a los varones en las consejerías de salud, a la población LGTBI y a quienes crecen y se desarrollan en contextos de vulnerabilidad social, económica y psicológica. Para ello, el sistema de salud debe visualizar a los y las adolescentes como sujetos de derechos, considerando su confidencialidad y fomentando su autonomía en el asesoramiento para que tengan vidas plenas, donde el respeto y el cuidado estén en el centro de sus decisiones.

Este balance entre disponer de información sanitaria sobre adolescentes y contar con una perspectiva de derechos donde se privilegie la escucha es necesario no sólo para garantizar una atención integral y de calidad, sino también para mejorar los indicadores de salud de esta población.

Cómo citar este artículo: Escobar JC, Keller V, Vázquez M. Situación de salud de las y los adolescentes de entre 10 y 19 años en Argentina, 2005-2016. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Jun;8(31):39-42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ *Situación de Salud de las y los Adolescentes*. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación; 2016.

² Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente. 1a ed. Buenos Aires. INDEC; 2014. [Disponible en: http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf] [Último acceso: 21/07/2017]

³ Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años (2008 a 2015). Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS): *Anuarios de Estadísticas Vitales*. Ministerio de Salud de la Nación; 2015.

⁴ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Ministerio de Salud de la Nación; 2013.

⁵ Dirección Nacional de Sida y ETS. Boletín sobre VIH-Sida en la Argentina, Año XIX N° 33. Ministerio de Salud de la Nación; 2016. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000918cnt-2016-11-30_boletin-vih-sida-2016.pdf] [Último acceso: 21/07/2017]

⁶ Sistema Informático Perinatal para la gestión (SIP-G), Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación; 2014 (Documento de trabajo).

⁷ CDC / OMS: *2ª Encuesta mundial de Salud Escolar 2007*. Ministerio de Salud de la Nación; 2008. [Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/2007_GSHS_Report_ARG_ES.pdf] [Último acceso: 21/07/2017]

⁸ *VI Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media*. SEDRONAR; 2014. [Disponible en: <http://scripts.minplan.gov.ar/octopus/archivos.php?file=4121>] [Último acceso: 21/07/2017]

⁹ Gogna M, Pantelides E, Binstock G, Fernández S, Adaszko A, Alonso V, et al. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF/CEDES/Ministerio de Salud de la Nación; 2005.

¹⁰ Sistema Informático Perinatal para la gestión (SIP-G), Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación; 2014 (Documento de trabajo).