

2° INFORME ESPECIAL DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA SAP-UNICEF



“Situación de la población adolescente en Argentina”

unicef 
para cada infancia



**Sociedad Argentina
de Pediatría**

Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor



UNICEF Argentina

Autoridades

Representante de UNICEF

Dra. BRUMANA, Luisa

Representante adjunta

ISAZA, Olga

Especialista en Salud

Dr. ZINGMAN, Fernando

Oficial de Salud

Lic. ANCIOLA, Julia

Sociedad Argentina de Pediatría

Comisión Directiva

Presidente

Dr. MORENO, Rodolfo Pablo

Vicepresidente 1ro.

Dr. INDART DE ARZA, Miguel Javier

Vicepresidente 2da.

Dra. MOLINA, Fabiana Gabriela

Secretaria General

Dra. GIUBERGIA, Verónica Sabina

Prosecretaria General

Dra. ARPÍ, Lucrecia Georgina

Tesorera

Dra. BOGDANOWICZ, Elizabeth Patricia

Secretario de Educación Continua

Dr. DARTIGUELONGUE, Juan Bautista

Secretario de Actas y reglamento

Dr. PARISI, Claudio

Secretario de Medios y

Relaciones Comunitarias

Dra. PAPPOLLA, Rosa Inés

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. PACE, Alejandro Eugenio

Secretario de Subcomisiones,

Comités y Grupos de Trabajo

Dr. ROCCA RIVAROLA, Manuel

Secretaria de Regiones,

Filiales y Delegaciones

Dra. GATICA, Cristina Iris

Vocal 1º.

Dr. CÁCERES COLLANTES, Eduardo Federico

Vocal 2º.

Dr. DAYER, José

Vocal 3º.

Dra. ARTURI, Analia



Coordinadora General:

Dra. GENTILE, Ángela

Integrantes:

Mg. DEGIUSEPPE, Juan Ignacio

Dra. JUÁREZ, María del Valle

Dra. LUCIÓN, María Florencia

Comité de Adolescencia

Dra. POGGIONNE, Nora

Dra. PASCUALINI, Diana

Dra. ARIOVICH, Alejandra



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGÍA	7
MORBIMORTALIDAD	11
1. Mortalidad adolescente	11
1.1 Mortalidad global.....	11
1.2 Causas de mortalidad	21
2. Morbilidad adolescente	33
2.1 Tuberculosis.....	33
2.2 Tumores.....	35
2.3 Bajo peso, sobrepeso y obesidad.....	38
2.4 Ideas suicidas	39
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	41
1. Fecundidad y embarazo en adolescentes	41
1.1 Tasa de fecundidad	41
1.2 Tasa de fecundidad adolescente temprana.....	43
1.3 Tasa de fecundidad adolescente tardía	44
1.4 Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes.....	46
1.5 Reiteración de la paridez en adolescentes	47
2. Embarazo no planificado en la adolescencia.....	48
2.1 Interrupción legal/voluntario del embarazo.....	51
3. Infecciones de transmisión sexual	53
3.1 Sífilis aguda.....	53
3.2 VIH	54
4. Violencias	56
4.1 NNyA víctimas de Violencias Sexuales.....	56



EDUCACIÓN, TRABAJO Y HÁBITOS EN ADOLESCENTES	60
1. Educación - Nivel secundario	60
1.1 Matriculación y oferta educativa	60
1.2 Tasa de escolarización.....	62
1.3 Tasa de promoción efectiva.....	65
1.4 Tasa de Repitencia.....	67
1.5 Tasa de sobreedad.	68
1.6 Tasa de abandono interanual.....	69
1.7 Abandono escolar por embarazo	71
2. Trabajo infantil y adolescente.....	73
2.1 Trabajo infantil	73
2.1 Trabajo adolescente	74
3. Acceso a internet.....	77
3.1 Acceso móvil.....	77
3.2 Hogares que tienen computadora.....	77
3.3 Hogares que tienen acceso a internet.....	78
4. Hábitos: alimentación y consumos de sustancias	80
4.1 Actividad física	80
4.2 Consumo de alcohol.....	81
4.3 Consumo de tabaco	83
4.4 Consumo de drogas	84
4.5 Alimentación.....	85
Recomendaciones que los equipos de salud deben tener	91
en cuenta en la atención de adolescentes	



INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina debe ser realizado con un agudo enfoque en el cumplimiento de los derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en los compromisos asumidos por el país a nivel internacional y en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En su informe anual Estado Mundial de la Infancia "Todos los niños y niñas cuentan" (EMI 2014), la agencia de la ONU para la infancia destaca la importancia de los datos estadísticos para generar acciones a favor de la infancia y exponer la inequidad en el acceso a los servicios y sistemas de protección.

La situación epidemiológica generada por la pandemia, produjo cambios en las políticas sociales, económicas y de salud, tener un observatorio de la niñez y adolescencia, que pueda medir el impacto de dichos cambios es una herramienta fundamental para la toma de decisiones.

El Observatorio es un proyecto institucional de la Sociedad Argentina de Pediatría que con la colaboración de UNICEF, busca generar información, analizarla, para ofrecer a la Comisión Directiva, y en forma federal a todas las Filiales y a los diferentes estamentos de trabajo de la sociedad, apoyo en las líneas de trabajo societario, generando acciones.

Los datos estadísticos constituyen una herramienta fundamental a la hora de tomar decisiones, ya que posibilitan el cambio, ayudan a detectar las necesidades, impulsan las labores de promoción y evalúan los progresos en la prestación de servicios de inmunización, salud, agua y saneamiento.

Este proyecto tiene la misión de hacer visibles las necesidades de la infancia y adolescencia y hacer posible la promoción de sus derechos en un marco de inclusión.

Uno de los productos de este trabajo será la confección de documentos que en base a los datos analizados, permitan sacar conclusiones sobre cada uno de los determinantes que servirán a su vez como lecciones aprendidas para el futuro.

En este caso el grupo técnico, con la colaboración del Comité de Adolescencia focalizo el análisis en este grupo. Situaciones de deserción escolar, violencia familiar, trabajo infantil y la presencia de familiares con enfermedades crónicas en núcleos de bajos recursos económicos generan un impacto negativo durante el crecimiento que impide el desarrollo del potencial integral del adolescente y conlleva a un aumento de la vulnerabilidad de la población adolescente.

Dificultades para permanecer e integrarse al sistema educativo, limitaciones en las oportunidades laborales y falta de proyección a futuro, ponen en evidencia la necesidad de respuestas holísticas innovadoras de las políticas públicas que combinen mayor calidad escolar y mejor conexión entre escuela, comunidad y mundo productivo.

El objetivo de este informe es describir la situación de los y las adolescentes de Argentina en relación con la morbilidad, la salud sexual y reproductiva, la educación, el trabajo infantil y hábitos.



METODOLOGÍA

Se definió como adolescentes a las personas entre 10-19 años.

Se definieron tres dimensiones de estudio:

- 1. Morbimortalidad** (causas principales de muerte, mortalidad y lesiones por causas externas, consumo de sustancias, sobrepeso/obesidad, violencia).

TEMA	INDICADOR	CÁLCULO
Mortalidad	Global: Mortalidad de adolescentes entre 10 y 19 años y 11 meses/ Población adolescente de 10 a 19 años y 11 meses x 100.000 hab.	DEIS
	Por grupos etarios: Fallecimientos 10 a 14 años/ Población adolescente de 10 a 14 años x 100000. fallecimientos de 15 a19 años/Población adolescente de 15 a 19 años x 100000 hab.	
	Según sexo: Fallecimientos adolescentes mujeres/adolescentes mujeres de 10 a 19 años x 100.000 hab. Fallecimientos adolescentes varones/adolescentes varones de 10 a 19 años x 100000 hab.	
	Causas externas: Mortalidad por causas externas en adolescentes de 10 a 19 años/ muertes de adolescentes de 10 a 19 años x 100000 hab. Desagregado por sexo y grupos de edad (10-14 años y 15-19 años)	
	Suicidio: Mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años/ muertes por causas externas en adolescentes de 10 a 19 años x 100000 hab. Desagregado por sexo y grupos de edad (10-14 años y 15-19 años).	
Morbilidad	Tuberculosis	ANLIS-INER “Dr. Emilio Coni”
	Tumores	Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino
	Bajo peso, sobrepeso y obesidad	
	Ideas suicidas	



2. Salud Sexual y Reproductiva (embarazo, repitencia de embarazo, anticoncepción, fecundidad, ILE/IVE informadas, infecciones de transmisión sexual).

TEMA	INDICADOR	FUENTE
Fecundidad y embarazo	Tasa de fecundidad adolescente (total): cociente entre los nacidos vivos de madres de 19 años y menos en un año dado, y el total de mujeres de 10 a 19 años, por mil (de existir nacimientos de madres de menos de 10 años se los incluye en el numerador). Tendencia de 2010-2020 totales y por jurisdicción.	Estadísticas Vitales. DEIS 2005-2020.
	Tasa de fecundidad adolescente temprana: cociente entre los nacidos vivos de madres de 14 años y menos en un año dado, y el total de mujeres de 10 a 14 años, por mil (de existir nacimientos de madres de menos de 10 años se los incluye en el numerador). Tendencia de 2010-2020 totales y por jurisdicción.	
	Tasa de fecundidad adolescente tardía: cociente entre los nacidos vivos de madres de 15 a 19 años en un año dado, y el total de mujeres en dichas edades, por mil. Tendencia de 2010-2020 totales y por jurisdicción.	
	Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes: cociente entre el número de nacidos vivos de madres adolescentes y el número total de nacidos vivos registrados, multiplicado por cien. Tendencia de 2010-2020 totales y por jurisdicción.	
Embarazo no planificado	Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	Encuesta Mundial de Salud Escolar. Año 2018
	Porcentaje de estudiantes que usaron preservativo al tener relaciones sexuales (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	
	Proporción de adolescentes que reportan no haber planificado/buscado el embarazo. Total y por jurisdicción. Año 2018-2019.	Sistema de Información Perinatal (2018-2019)
	Proporción de adolescentes que reportan haber estado utilizando un método anticonceptivo al momento de haber quedado embarazadas. Total y por jurisdicción. Año 2010-2014.	SIP (2015).
	Interrupciones de embarazo legal/voluntario en adolescentes de 10-14 y de 15-19 años. Total y por jurisdicción. Año 2022	GT Acceso a la IVE ILE, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), SAS, MSAL Nación Argentina. Febrero 2022.
Infecciones de transmisión sexual	Tasa de casos sífilis aguda entre 10-19 años/población 10-19 años x 1000, según sexos. Tendencia de 2010-2020 totales y por jurisdicción.	Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
	Tasa de casos VIH positivos entre 10-19 años/población 10-19 años x 1000, según sexos. Tendencia de 2010-2020 totales y por jurisdicción.	
Violencias	NNyA víctimas de Violencias Sexuales. Tendencia de 2017-2022 totales y por jurisdicción.	Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia.



3. Educación, trabajo y hábitos (rezago escolar, abandono escolar, trabajo adolescente, uso de pantallas, actividad física, tareas del hogar)

TEMA	INDICADOR	FUENTE
Educación - Nivel secundario	Matriculación: cantidad de alumnos registrados en una unidad educativa a una fecha determinada, por jurisdicción de acuerdo con las normas pedagógicas y administrativas vigentes . Oferta educativa: unidades de servicio donde se dicta educación común en el nivel secundario	Relevamiento Anual 2020. RedFIE-DIE, Ministerio de Educación; Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
	Tasa neta de escolarización: matrícula en edad de cursar el secundario que efectivamente lo hace / población en edad de cursar el secundario x 100.	
	Tasa de promoción efectiva es el porcentaje de alumnos matriculados en un grado/año de estudio que se matriculan al año siguiente como alumnos nuevos en el grado/año de estudio siguiente.	
	Tasa de repitencia: porcentaje de alumnos de un grado/año que se matriculan como alumnos repitentes en el siguiente año lectivo.	
	Tasa de sobreedad: porcentaje de alumnos de un grado/año con uno o más años de la edad definida teóricamente para cada año de estudio.	
	Tasa de abandono: porcentaje de alumnos matriculados en un determinado grado/año de estudio que no vuelve a matricularse al año lectivo siguiente como alumno nuevo, repitente o reinscripto.	
	Abandono por embarazo: porcentaje de jóvenes (entre 13 y 17 años) que dejaron de asistir a la escuela o nunca asistió porque quedó embarazada/ tuvo un bebe.	Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA 2017), INDEC y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Trabajo infantil y adolescente	Trabajo infantil: Niños y niñas de 5 a 15 años que realizan al menos una actividad productiva* por sexo, ámbito y región de residencia. Total nacional. Años 2016/2017.	Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA 2017), INDEC y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
	Trabajo adolescente: Adolescentes de 16 a 17 años que realizan al menos una actividad productiva* por sexo, ámbito y región de residencia. Total nacional. Años 2016/2017.	
Acceso a internet	Acceso móvil: Conexiones mediante dispositivos portátiles y operadores de redes de celulares.	Relevamiento Anual 2020. RedFIE-DIE, Ministerio de Educación; Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
	Hogares que tienen computadora	
	Hogares que tienen acceso a internet	



TEMA	INDICADOR	FUENTE
Hábitos	Actividad física.	3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)
	Consumo de alcohol.	
	Consumo de tabaco.	
	Consumo de drogas.	
	Alimentación.	3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018); 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENN-YS 2)



MORBIMORTALIDAD

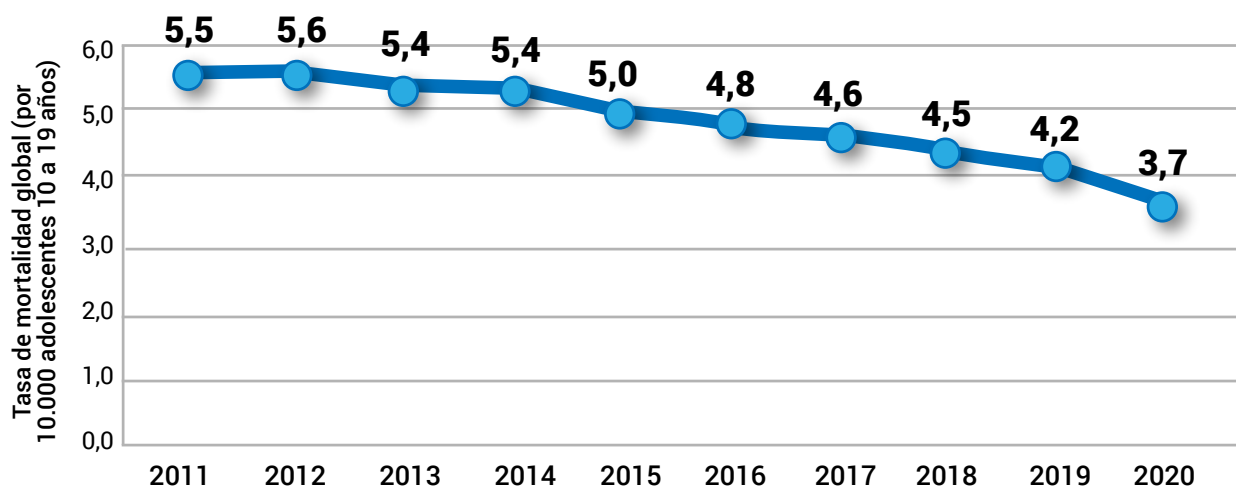
1. Mortalidad adolescente

Se estima que el 70% de las muertes prematuras del adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia y sabemos que las acciones en salud efectuadas en esta etapa tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo. Por lo tanto, esto muestra la relevancia de la capacitación de los profesionales de salud a los que los adolescentes acuden a consultar para disminuir la mortalidad en este grupo etario.¹

1.1 Mortalidad global

En el año 2020 se registraron 2.585 muertes en adolescentes de 10 a 19 años. Esto representó alrededor del 0.04% de la población estimada para ese año para este grupo etario, lo que se traduce en aproximadamente 4 muertes cada 10.000 adolescentes. Al analizar este indicador en la última década, se observa una tendencia decreciente con una disminución de aproximadamente un 30% con respecto al año 2011 (Figura 1).

FIGURA 1. Tasa de mortalidad global en adolescentes de 10 a 19 años. Argentina, 2011-2020.



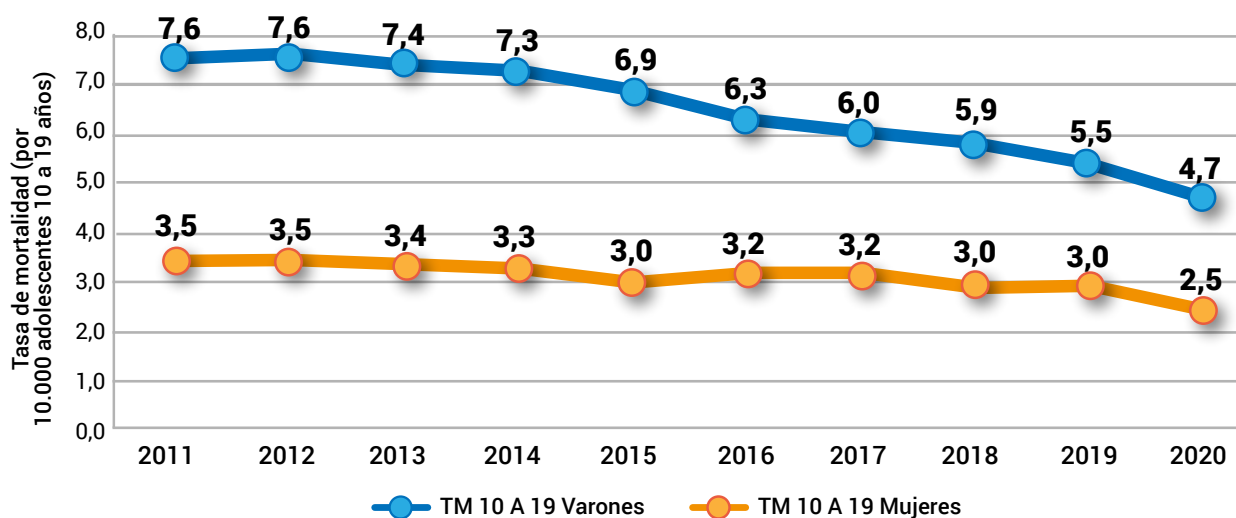
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

1. Manual de adolescencia y salud. Un abordaje integral. Diana Pasqualini y Alfredo Llorens. Ediciones Journal. 2016. Buenos Aires.



En términos de sexo, en el año 2020 la mortalidad en los adolescentes varones fue el doble que, en las mujeres, relación que prácticamente no ha mostrado cambios durante la última década. Asimismo, al analizar las tendencias del período 2011-2020 se observa que la tasa de mortalidad adolescente en mujeres se ha mantenido relativamente estable, con un descenso algo más notorio en el año 2020, lo que representa una disminución global del 28,6% entre el inicio y el final del período. Por el contrario, la tasa de mortalidad en varones se observa con una tendencia decreciente más marcada (descenso global del 38,2%) (Figura 2). Si consideramos que la mayor mortalidad de los varones puede estar relacionada con las características que se le adjudican al género masculino (valentía, tendencia a asumir mayores riesgos que las mujeres, mayor agresividad) podría relacionarse esta tendencia al cambio en el paradigma sociocultural donde aparecen nuevas masculinidades en las cuales los varones asumen menos riesgos porque tienen menor necesidad de demostrar que son valientes, agresivos y arriesgados.

FIGURA 2. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años según sexo. Argentina, 2011-2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

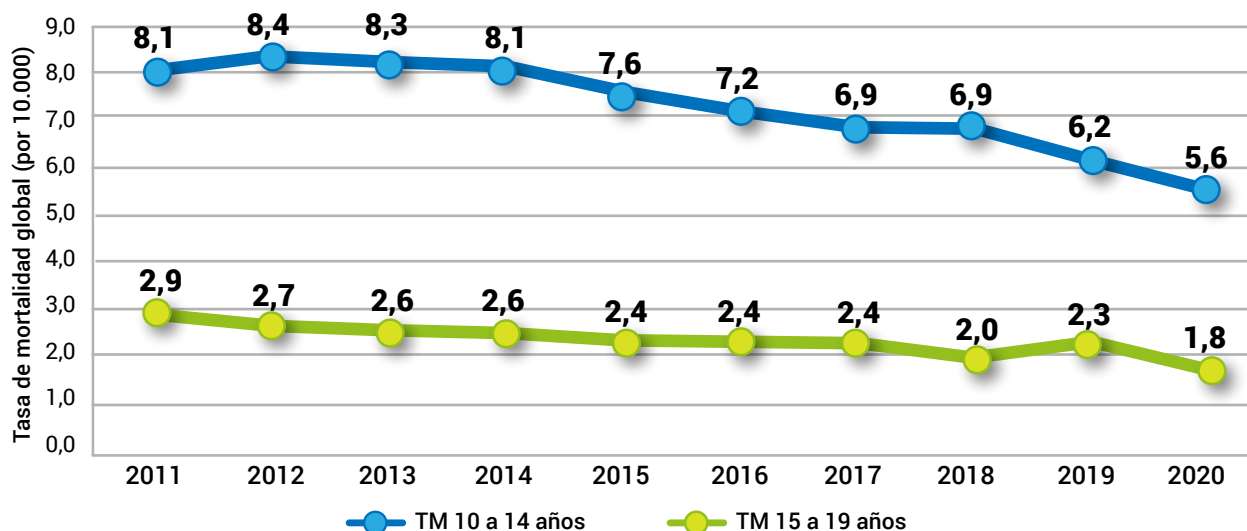
Sin embargo, el período de tiempo de diez años durante el cual transcurre la adolescencia es lo suficientemente extenso como para considerarlo homogéneo a su interior. Por lo tanto, para lograr un mejor enfoque de la problemática adolescente se considera útil desagregar en dos subgrupos: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años. En el año 2020, se registraron 638 muertes en el grupo de 10 a 14 años (24,7%) y 1.947 en el de 15 a 19 (75,3%).

Con respecto a las tasas de mortalidad, ambos subgrupos se comportan de manera distinta. En el año 2020 el riesgo de morir de un adolescente de 10 a 14 años fue aproximadamente de 2 por 10.000 mientras que en el subgrupo de 15 a 19 fue de 6 por 10.000,



es decir, el triple para este último. Sin embargo, ambos subgrupos muestran una tendencia descendente en la última década (Figura 3). Podríamos explicar esta diferencia entre grupos si consideramos que los adolescentes menores pasan más tiempo en sus casas con sus familias y, por lo tanto, están menos expuestos a causas externas de muerte, principal motivo de mortalidad.

FIGURA 3. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Argentina, 2011-2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

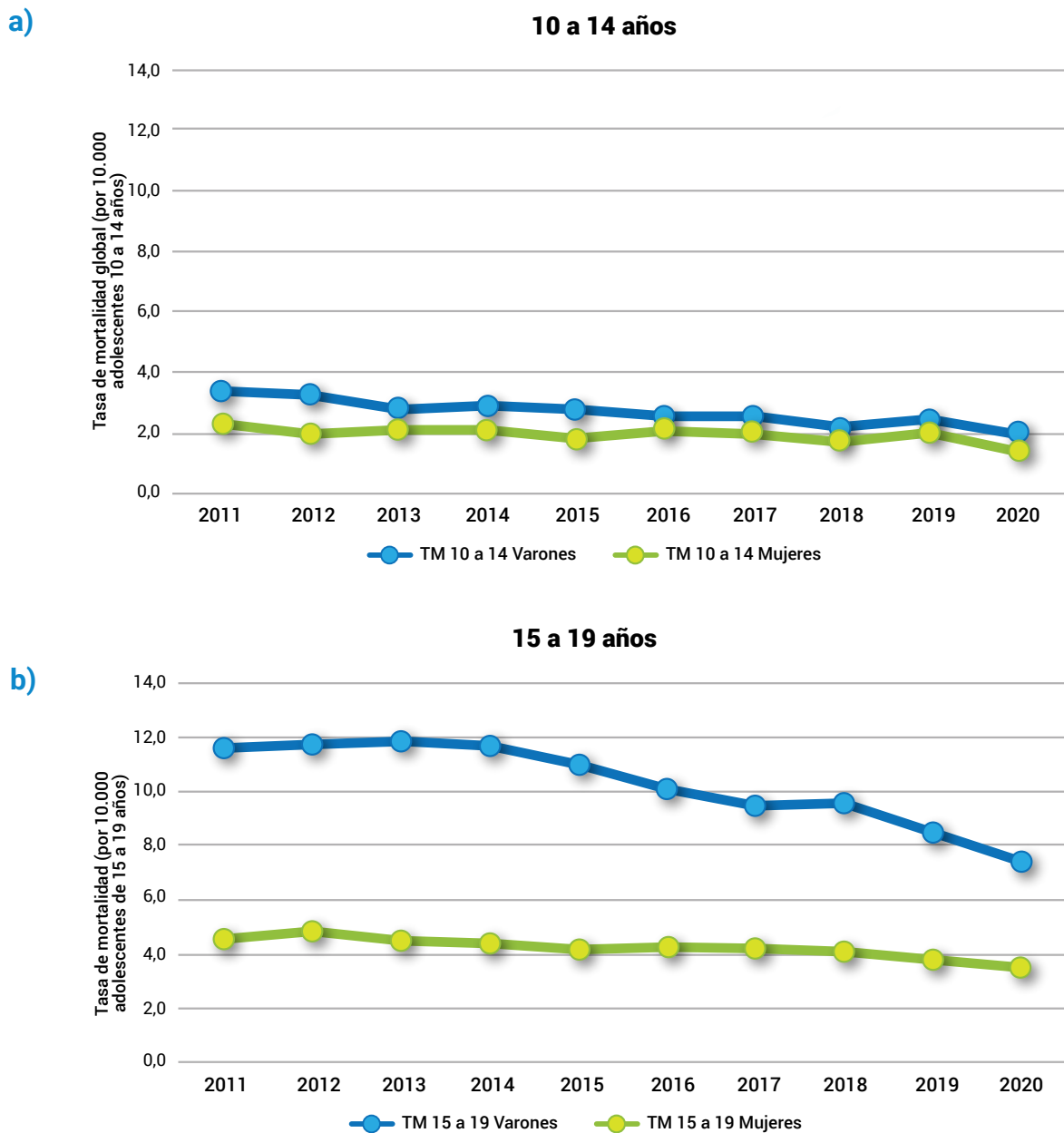
Al analizar estos subgrupos por sexo, en los adolescentes de 10 a 14 años la mortalidad entre varones y mujeres fue similar (2.1 vs. 1.5 cada 10.000, respectivamente) mientras que, en el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad de los varones representó más del doble que la de las mujeres (7.4 vs. 3.5 cada 10.000 respectivamente).

De cualquier modo, se observa que las tendencias de mortalidad muestran un descenso significativo, excepto para las mujeres de 15 a 19 años en las que la tasa de mortalidad se mantuvo estable durante la última década (Figura 4). Aquí podríamos pensar cuál es la influencia de las muertes relacionadas al embarazo en el total de las muertes de mujeres de 15 a 19 años ya que por ejemplo un 13,8 % de los nacidos vivos del año 2016 fueron de madres adolescentes.²

2. Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. Fernando Longhi. Instituto Superior de Estudios Sociales (CONICET-UNT). San Lorenzo 429. San Miguel de Tucumán. 2013



FIGURA 4. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años (a) y de 15 a 19 años (b) según sexo. Argentina, 2011-2020.

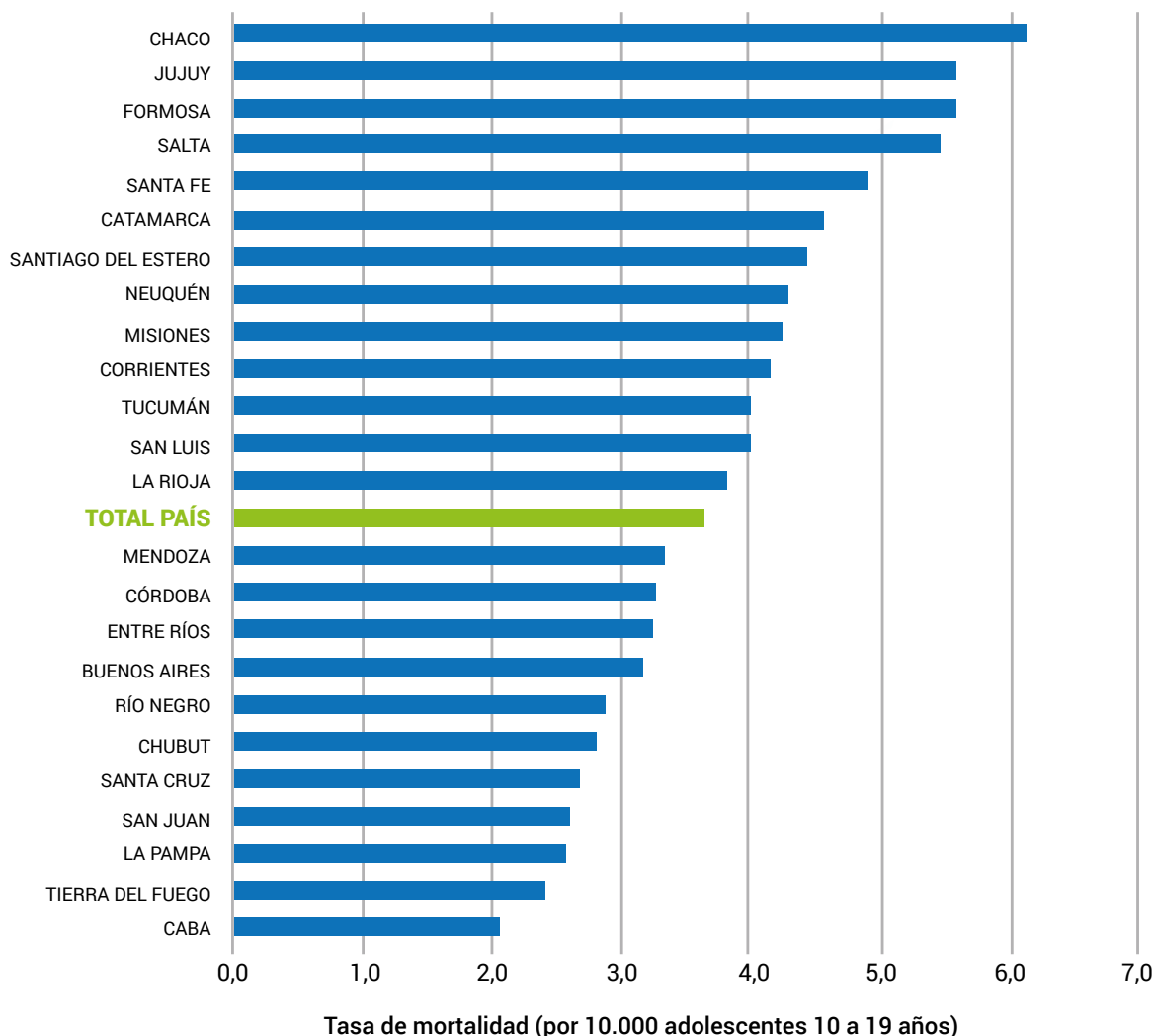


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

El estudio de las tasas de mortalidad del 2020 por jurisdicción demostró que el riesgo de morir entre los adolescentes fue heterogéneo. Trece jurisdicciones presentaron una tasa de mortalidad superior a la media nacional, de las cuales las más elevadas se observaron en las jurisdicciones del norte argentino (Chaco, Jujuy, Formosa y Salta) con aproximadamente 6 muertes por cada 10.000 adolescentes. Este valor supera en tres veces a la tasa más baja, registrada en la Ciudad de Buenos Aires (2,1/10.000) (Figura 5).



FIGURA 5. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años según jurisdicción de residencia. Argentina, 2020.

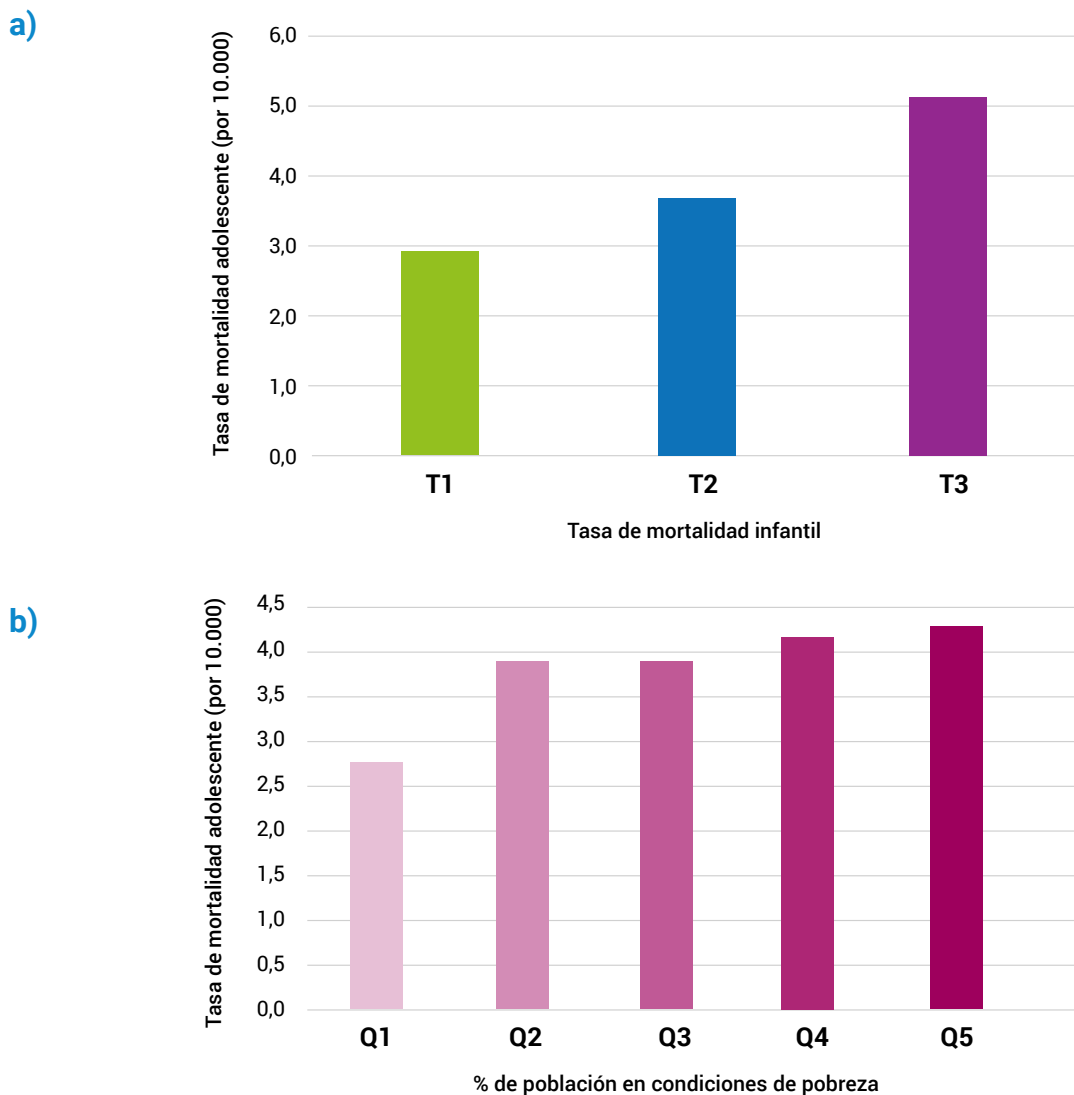


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Si estos resultados los analizamos de acuerdo a una variable de estratificación como la tasa de mortalidad infantil, utilizándose como indicador indirecto de condiciones de salud, observamos un gradiente en el cual las mayores tasas de mortalidad adolescente se observan en el estrato con las mayores tasas de mortalidad infantil (Figura 6). Asimismo, el estudio de la tasa de mortalidad adolescente en función del porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza demuestra nuevamente una relación directa. Las menores tasas de mortalidad se agrupan en el quintil con menor proporción de población viviendo en condiciones de pobreza, mientras que las mayores tasas de mortalidad se presentan en aquellas jurisdicciones que se corresponden con el quintil con mayor población que vive en condiciones de pobreza.



FIGURA 6. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años según estratos de mortalidad infantil (a) y de población viviendo en condiciones de pobreza (b). Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y del INDEC

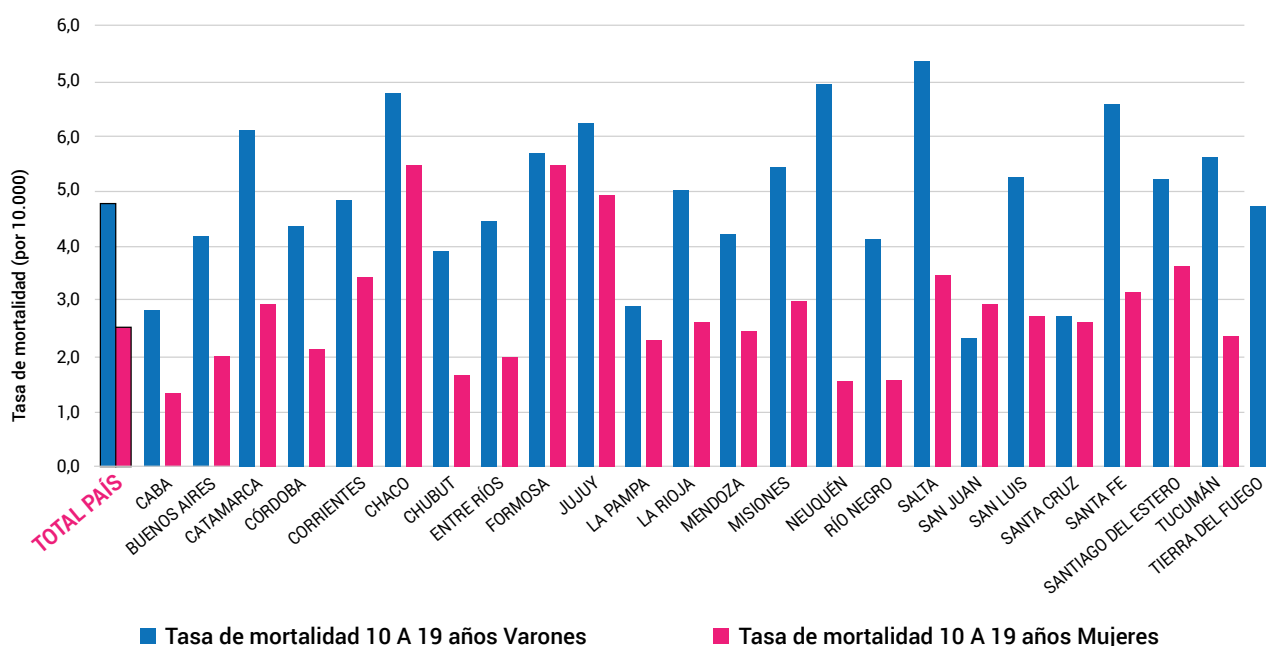
En general, se distingue una mayor asociación entre los aspectos estructurales de la pobreza con la mortalidad. En este sentido, el ingreso monetario de la familia no es un factor determinante y único para definir el riesgo de muerte en los niños, niñas y adolescentes pero sí lo son, en cambio, las características habitacionales, nutricionales, educacionales, sanitarias, etc. que caracterizan tanto la vivienda como al hogar. Asimismo, otros aspectos a nivel micro (hogar) como las estrategias familiares de vida y a nivel macro (política económica) condicionan también los niveles de salud en la niñez y la adolescencia.³

3. Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. Fernando Longhi. Instituto Superior de Estudios Sociales (CONICET-UNT). San Lorenzo 429. San Miguel de Tucumán. 2013



Particularmente, en la mayoría de las jurisdicciones se refleja la misma tendencia observada a nivel nacional. Las tasas en varones fueron mayores a las de las mujeres, generalmente por una relación del doble. Un dato interesante es que en aquellas jurisdicciones con las tasas más altas en varones no necesariamente presentan tasas elevadas también en mujeres. En este sentido, en Neuquén se observó la mayor razón de mortalidad con una tasa en varones que supera en cuatro veces a la de las mujeres; en Salta y Santa Fe la relación fue del doble a favor de los varones mientras que en Chaco la tasa de mortalidad en varones fue un 24% mayor a la de las mujeres. Por otra parte, Formosa y Santa Cruz fueron las jurisdicciones que mostraron paridad en el riesgo de morir entre varones y mujeres, y San Juan fue la única jurisdicción en la cual la tasa de mortalidad adolescente en mujeres fue levemente superior a la de los varones (Figura 7).

FIGURA 7. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años según jurisdicción de residencia por sexo. Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

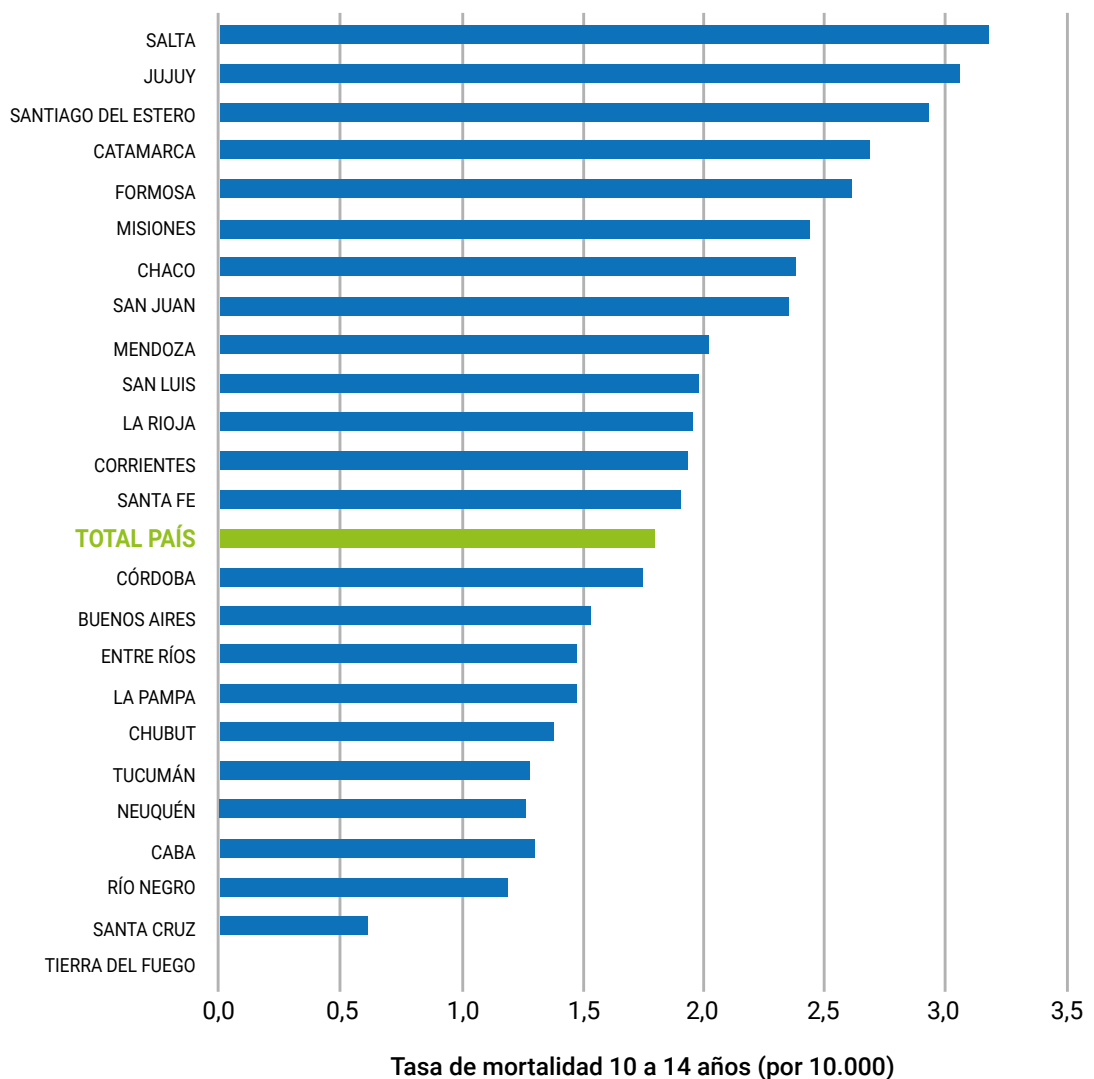
Al analizar la mortalidad en el 2020 por subgrupos de edad, las tasas de mortalidad más altas en los adolescentes de 10 a 14 años se observaron en jurisdicciones de las regiones del noroeste argentino (Salta, Jujuy, Santiago del Estero y Catamarca) y del nordeste argentino (Formosa, Misiones y Chaco), con alrededor de 3 muertes cada 10.000. Esto representa una diferencia mayor a cinco veces a la jurisdicción con la menor tasa registrada (Santa Cruz, 0,6/10.000). Asimismo, se observa que la jurisdicción de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no reportó muertes en adolescentes de 10 a 14 años en el 2020. Por otra parte, las mayores tasas de mortalidad en el subgrupo de 15 a 19 años se observaron en algunas jurisdicciones del norte argentino (Chaco, Formosa



y Jujuy) y en Santa Fe. Particularmente, la tasa de mortalidad más elevada correspondió a la provincia de Chaco (9,9/10.000 adolescentes de 15 a 19 años), superando en más de tres veces a la tasa más baja, registrada en la Ciudad de Buenos Aires (2,9/10.000 adolescentes de 15 a 19 años) (Figura 8).

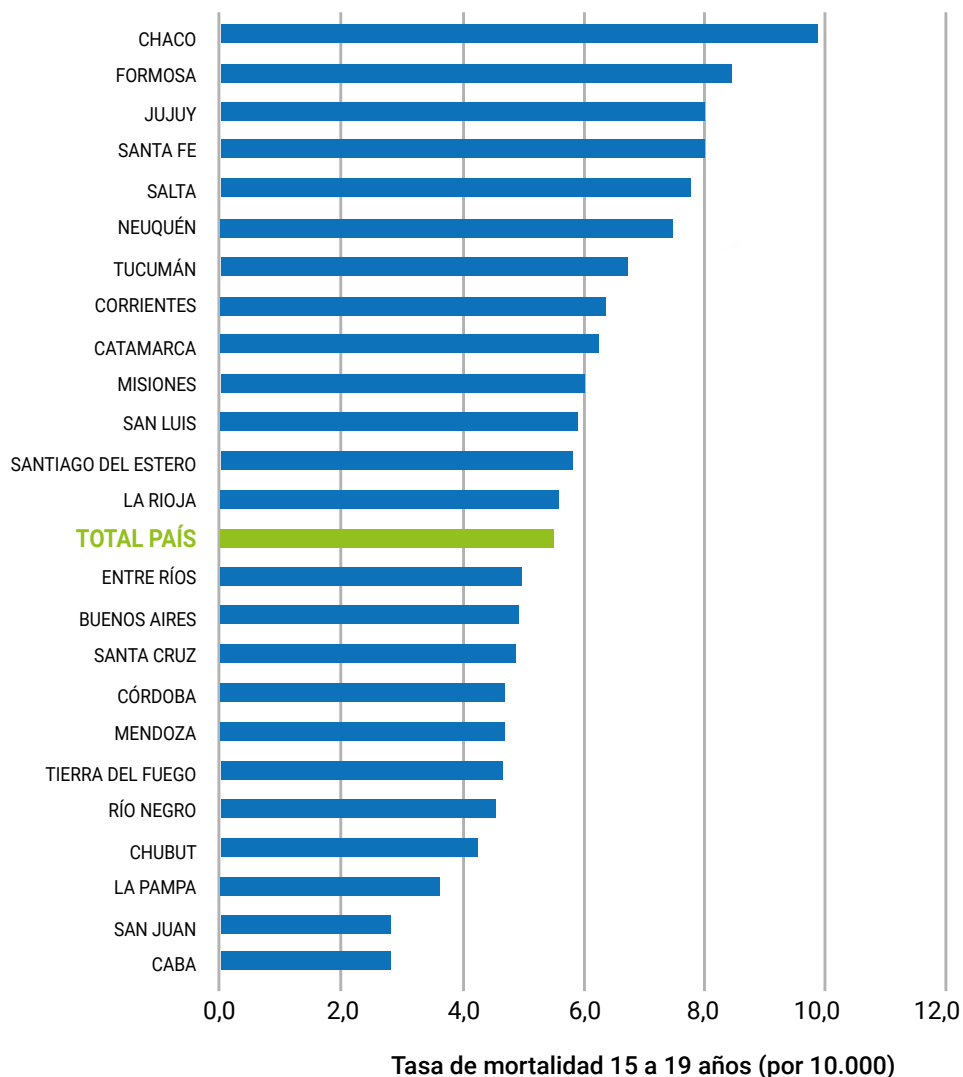
FIGURA 8. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años (a) y de 15 a 19 años (b) según jurisdicción de residencia. Argentina, 2020.

a)





b)



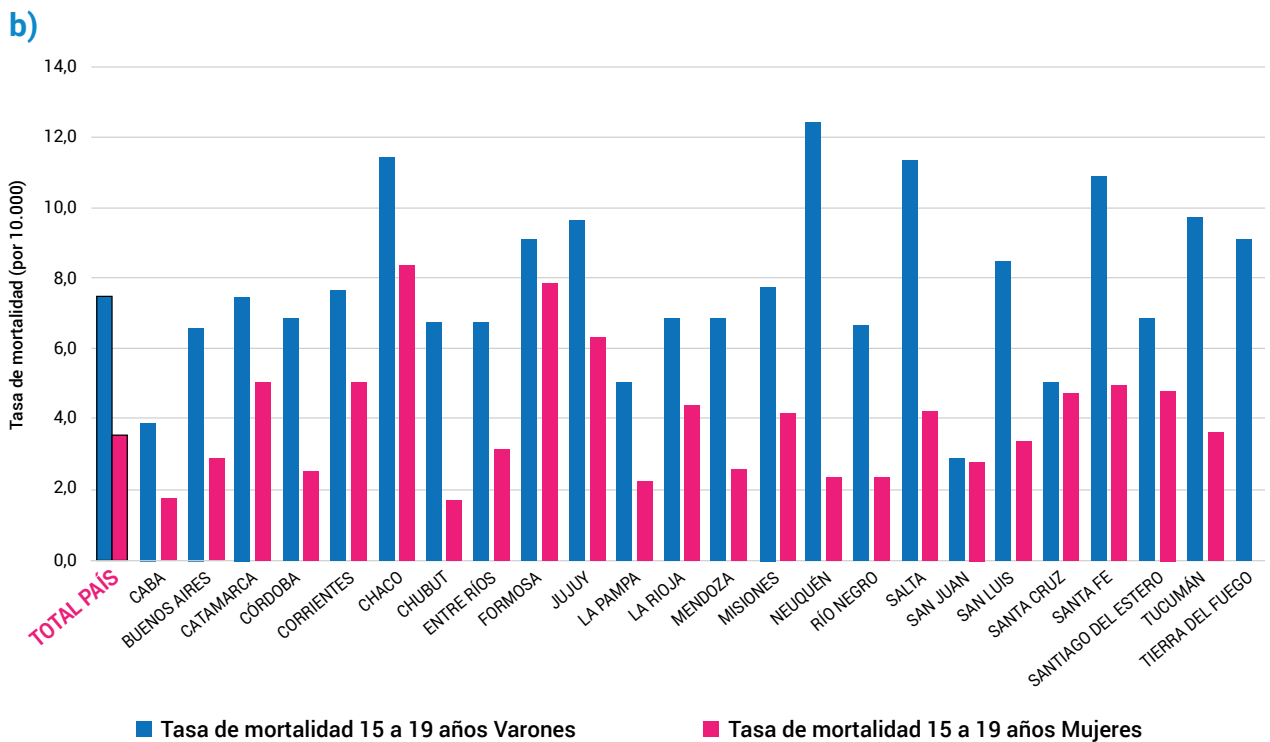
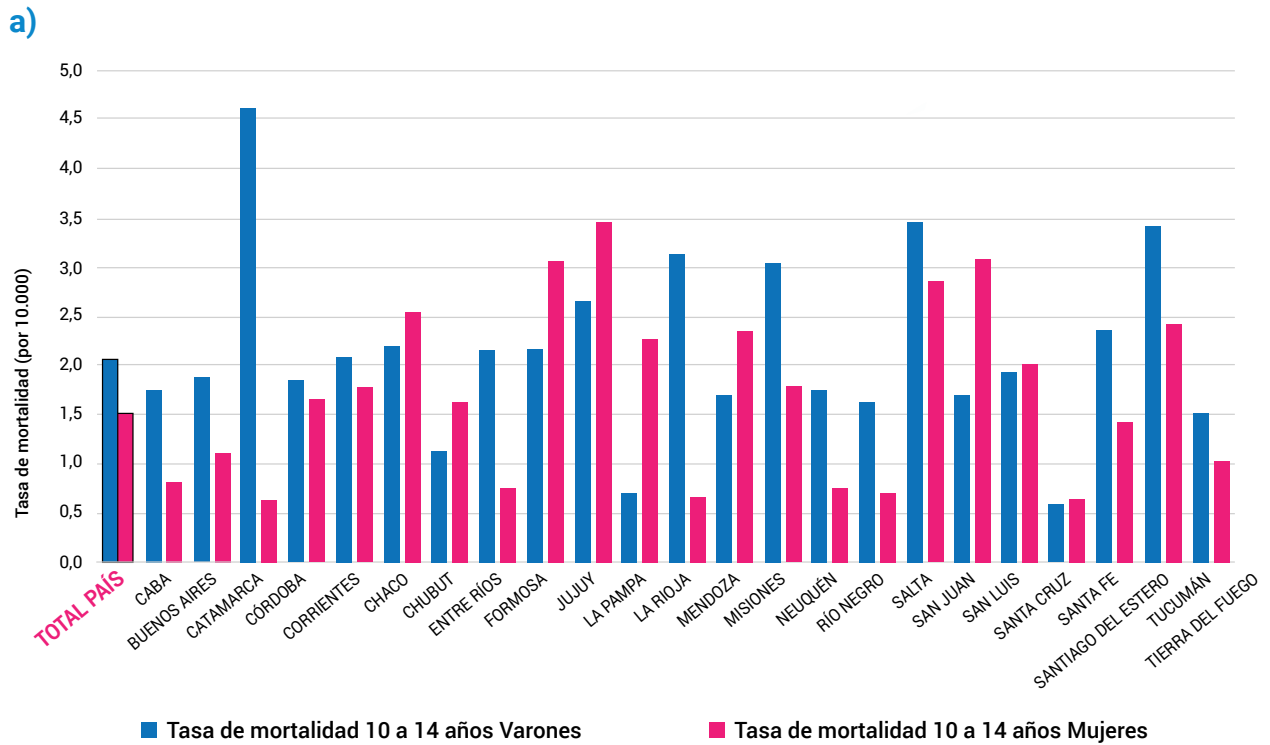
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Si bien se observa una mayor paridad en la relación entre las tasas de mortalidad entre varones y mujeres de 10 a 14 años, de las 12 jurisdicciones en las que la mortalidad en varones supera a la de las mujeres, en Catamarca se observa una tasa en varones mayor a 7 veces la tasa en mujeres y en La Rioja una tasa cinco veces superior. Por el contrario, en La Pampa la tasa de mortalidad en mujeres de este subgrupo etario fue más de 3 veces la registrada en varones.

En el caso de los adolescentes de 15 a 19 años, en el 75% de las jurisdicciones la tasa de mortalidad en varones superó en más del doble a la de las mujeres. Las mayores razones de mortalidad se observaron en Neuquén y Chubut en las que las tasas en varones fueron de 4 y 5 veces superiores a las de las mujeres, respectivamente. Cabe mencionar que en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se registraron muertes de mujeres entre 15 y 19 años en 2020 (Figura 9).



FIGURA 9. Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años (a) y de 15 a 19 años (b) según jurisdicción de residencia por sexo. Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

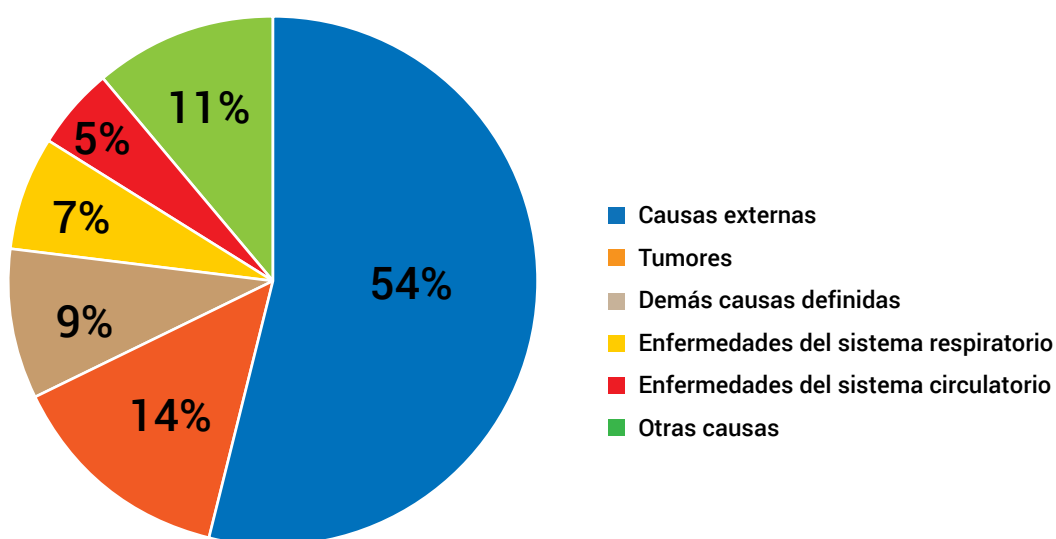


- ➔ En la Argentina, en 2020 fallecieron 2.585 adolescentes
- ➔ El riesgo de morir en adolescentes varones es el doble que en las mujeres.
- ➔ En 2020, el 75% de las muertes en adolescentes se produjeron entre los 15 y 19 años.
- ➔ La brecha de la mortalidad adolescente entre las jurisdicciones de la Argentina refleja una inequidad preocupante en la distribución del riesgo de morir.

1.2 Causas de mortalidad

De las 2.585 muertes que ocurrieron en 2020 entre los adolescentes de 10 a 19 años, las causas externas representaron el primer motivo de muerte tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 años (54%). Los tumores representaron alrededor del 14% de las causas asociadas a la muerte en los adolescentes entre 10 a 19 años, principalmente la leucemia. Una observación importante es que la tercera causa de muerte más frecuente corresponde con la categoría “Demás causas definidas”, que incluye las causas minoritarias o las clasificadas en menor detalle (Figura 10).

FIGURA 10. Principales causas de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años. Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

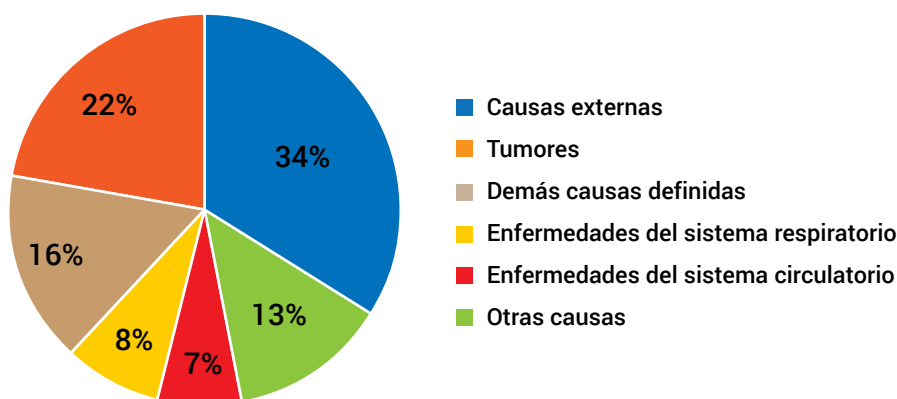


Si bien las causas de muerte son similares, una diferencia que se observa entre los adolescentes de 10 a 14 años con respecto a los de 15 a 19, es su proporción relativa. Mientras que en el grupo de 10 a 14 años las causas externas representaron el 34% de las muertes en 2020, en el de 15 a 19 es del 60%. Esta relación se podría explicar porque los mayores, al pasar más tiempo fuera de sus casas, estarían más expuestos a los accidentes de tránsito y a las agresiones por peleas callejeras, heridas por armas blancas y/o armas de fuego. Del mismo modo, los tumores representan el 22% en los adolescentes más jóvenes y en los de 15 a 19 años la proporción fue del 11% (Figura 11).

FIGURA 11. Principales causas de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años (a) y de 15 a 19 años (b). Argentina, 2020

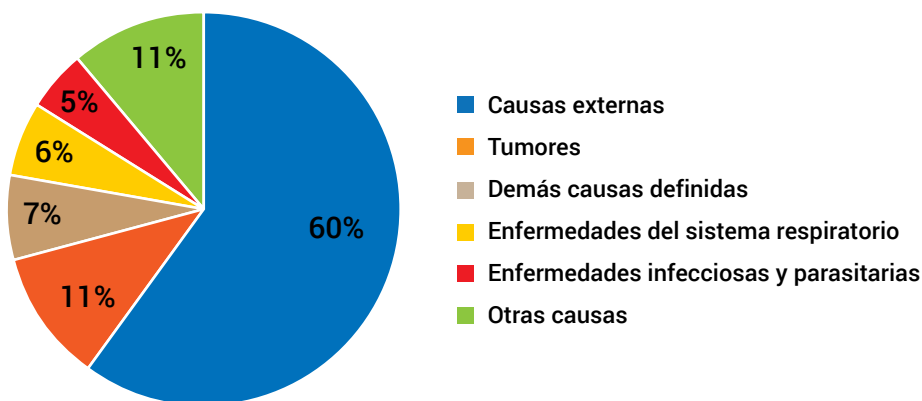
a)

10 a 14 años



b)

15 a 19 años

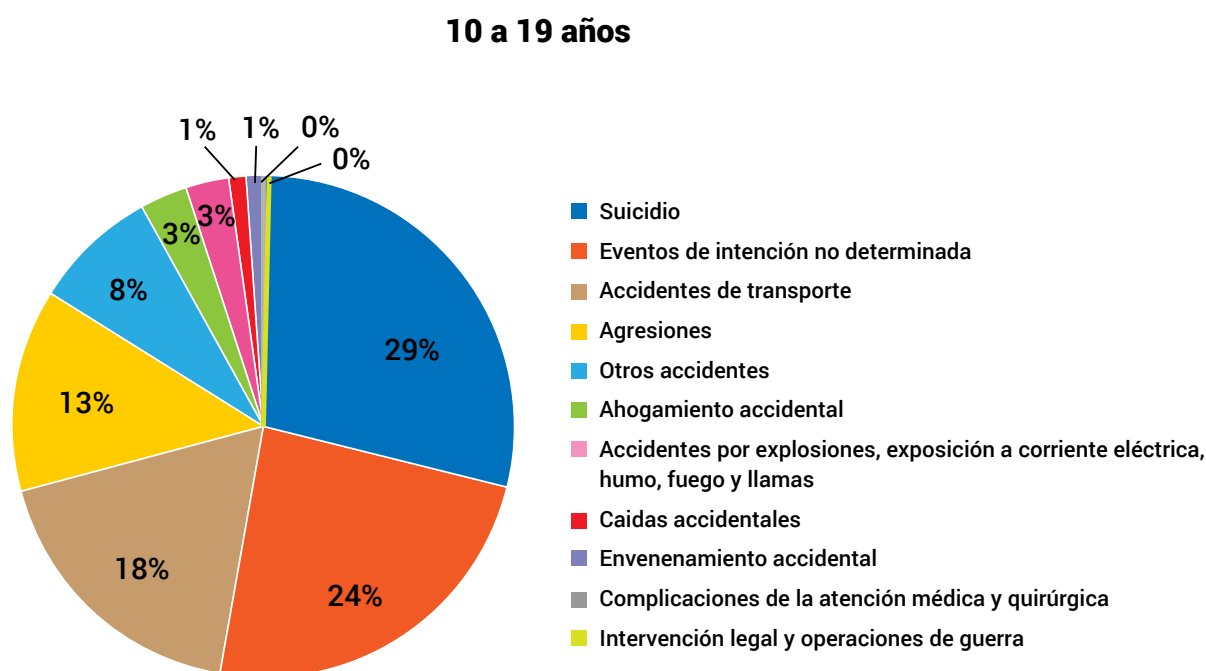


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS



Al explorar las causas externas, se observa que el suicidio fue la principal causa de muerte en los adolescentes (29%), seguido por los eventos de intención no determinada (24%) y los accidentes de transporte (18%) (Figura 12). En este grupo el suicidio aumentó relativamente y ocupó el primer lugar de causas al disminuir los accidentes de transporte y los eventos de intención no determinada que fueron anteriormente las principales causas de mortalidad por causas externas. En este sentido, la disminución en los accidentes en la vía pública durante el 2020 responde al efecto del aislamiento social preventivo que produjo la pandemia de COVID-19, en la que los adolescentes permanecieron la mayor parte del tiempo en sus casas.

FIGURA 12. Mortalidad por causas externas en adolescentes de 10 a 19 años. Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

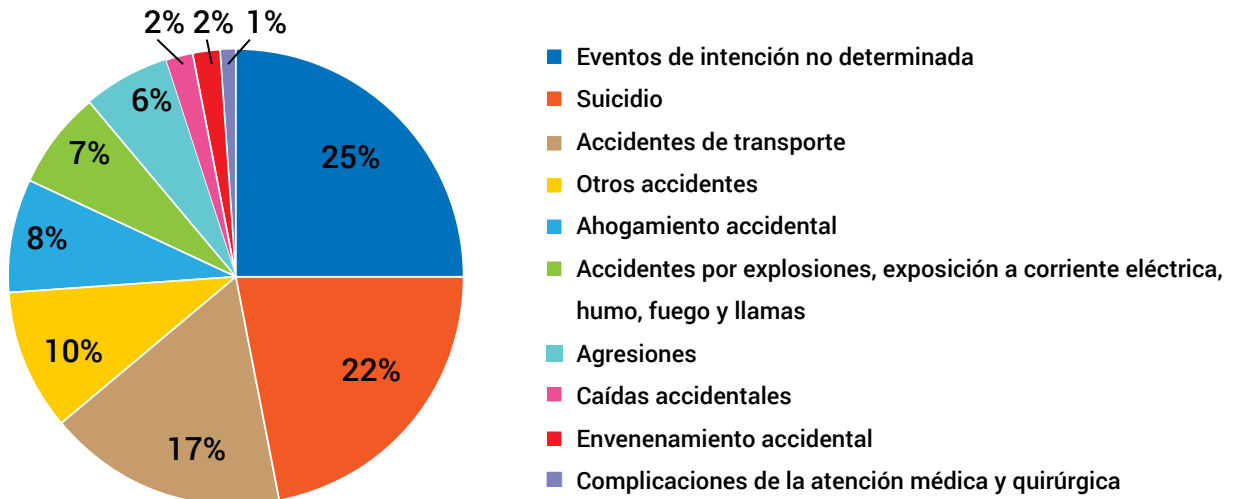
Sin embargo, esta proporción relativa difiere entre los adolescentes de 10 a 14 años y los de 15 a 19. En los primeros, la principal causa externa de muerte en 2020 fueron los eventos de intención no determinada (25%), seguidos por el suicidio (22%) y los accidentes de transporte (17%). Por el contrario, en los adolescentes de 15 a 19 años el suicidio representó la principal causa externa de muerte (30%), seguido por los eventos de intención no determinada y los accidentes de transporte (Figura 13).



FIGURA 13. Mortalidad por causas externas en adolescentes de 10 a 14 años (a) y 15 a 19 años (b). Argentina, 2020.

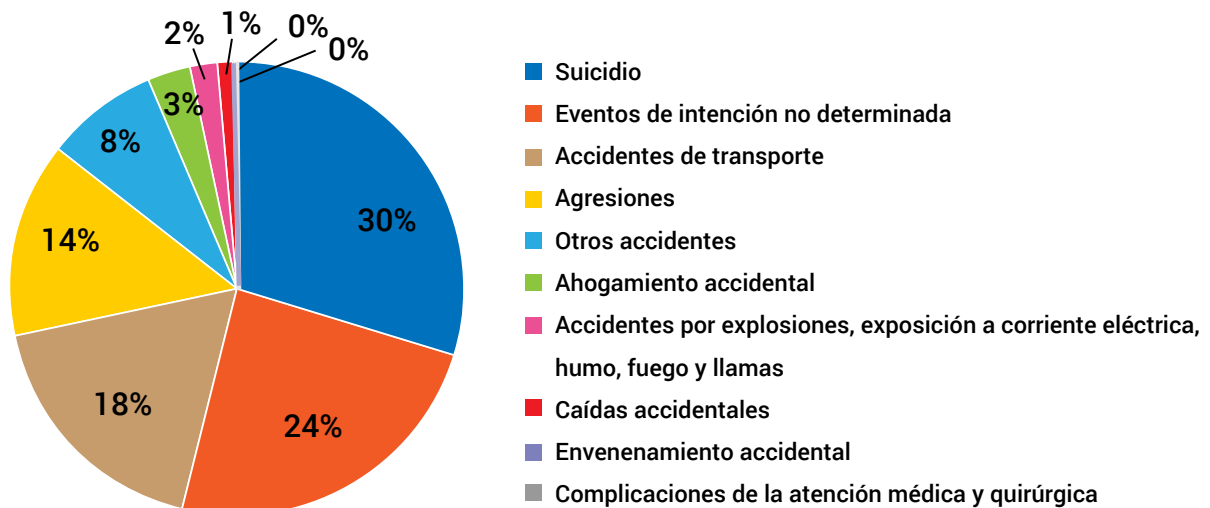
a)

10 a 14 años



b)

15 a 19 años

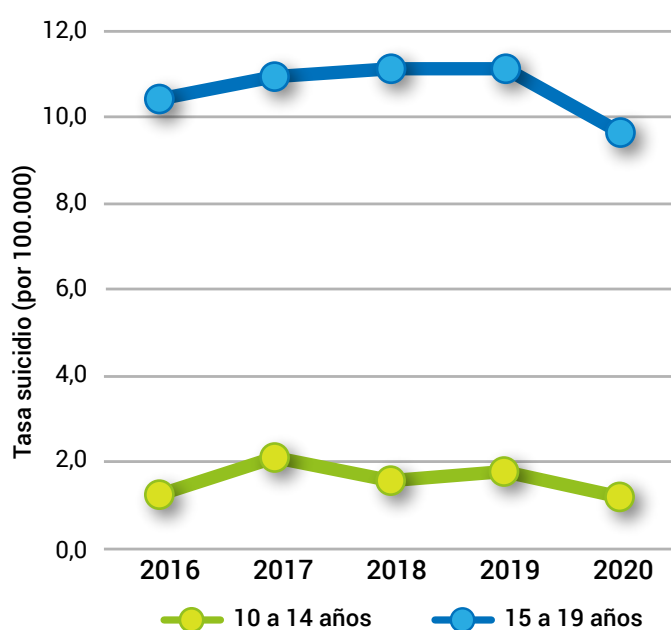


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS



Por lo tanto, en los adolescentes de 15 a 19 años el impacto de la mortalidad por suicidio se considera de primordial importancia ya que las tasas superan en más de 8 veces a las tasas en los de 10 a 14 años. En el último quinquenio se observó una tendencia levemente ascendente, pero en el 2020 se registró un descenso del 13% con respecto al 2019. De cualquier manera, resulta preocupante la tasa de 10 muertes por suicidio por cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años a nivel nacional (Figura 14). Se considera que la dificultad para atravesar la transición de la adolescencia a la juventud es uno de los factores precipitantes de acciones suicidas en el grupo de entre 15 y 19 años, esta dificultad es más relevante en los hogares disfuncionales o con factores de riesgo altos con respecto a la población general.

FIGURA 14. Tendencia de la tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Argentina, 2016-2020.



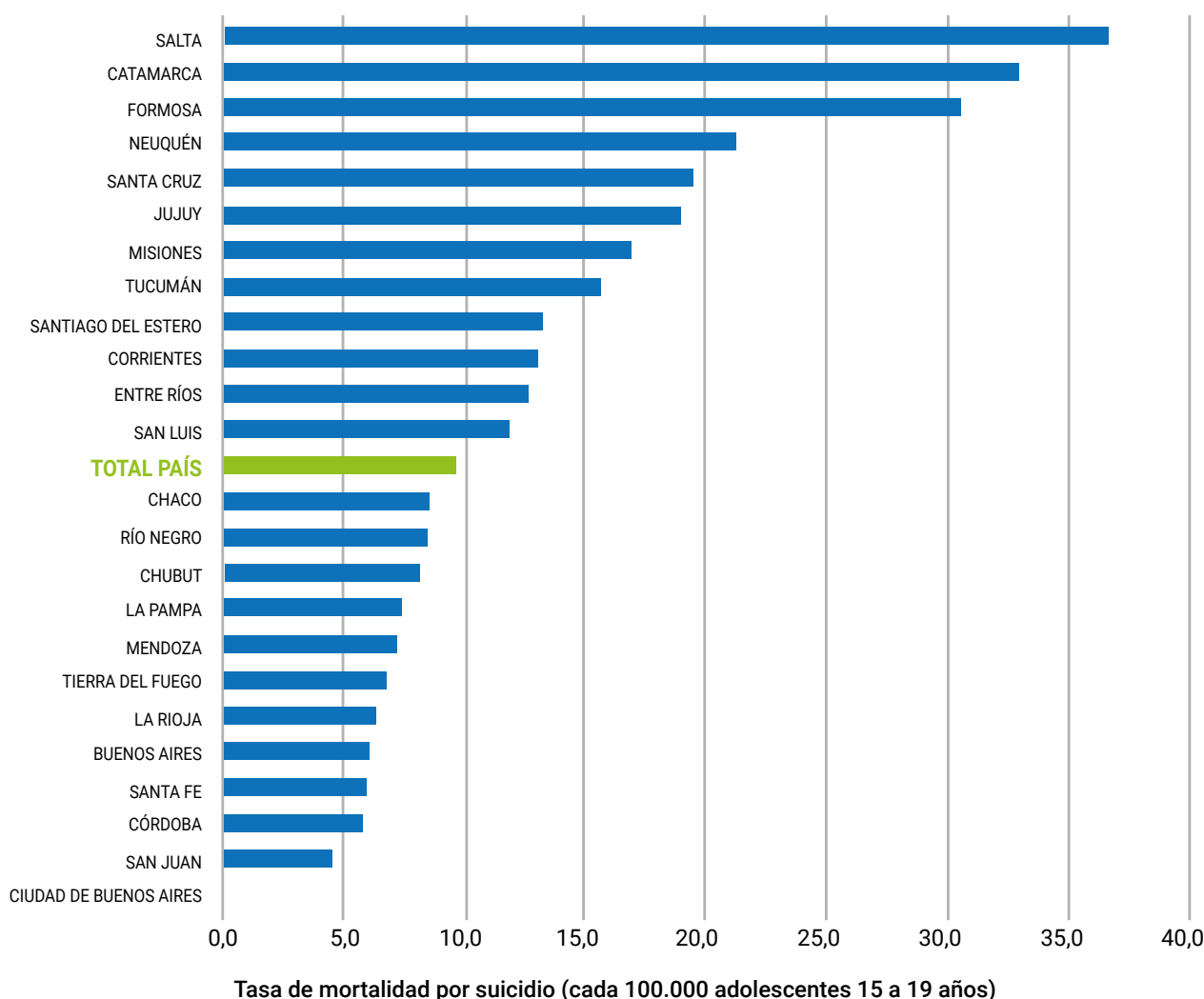
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Asimismo, las muertes por suicidio muestran un patrón de distribución muy heterogéneo en nuestro país. Si bien en los adolescentes de 10 a 14 años la magnitud del problema es algo menor (44 suicidios en 2020), las mayores tasas se observaron en Catamarca (9,0/100.000 adolescentes de 10 a 14 años), Formosa (5,6/100.000), Santiago del Estero (4,7/100.000), Jujuy (4,6/100.000) y San Juan (4,4/100.000). Por otra parte, en 2020 se suicidaron 339 adolescentes entre 15 y 19 años, lo que representa el 89% de las muertes por esta causa en la adolescencia. La tasa de mortalidad más elevada se registró en Salta (36,6/100.000 adolescentes de 15 a 19 años), seguida de Catamarca (32,9/100.000), Formosa (30,6/100.000) y Neuquén (21,2/100.000). Por otra parte, la Ciudad de Buenos Aires fue la única jurisdicción en la que no se registraron suicidios en adolescentes de 15 a 19 años en 2020. La brecha entre la jurisdicción con la mayor tasa (Salta) con respecto a la que menor tasa registró (San Juan) fue superior a 8 veces en



2020 (Figura 15). Los estudios empíricos publicados en los últimos 20 años dan cuenta de la relación entre los factores socioculturales y la suicidalidad adolescente y muestran la relevancia de las siguientes variables sociales: nivel de educación, integración social, percepciones acerca del apoyo familiar y por parte de los pares, maltrato, abuso sexual y descuido infantil, y victimización por parte de pares.⁴ Es importante comenzar a pensar qué factores sociales y educacionales pueden influir en las provincias donde hay mayor incidencia de suicidio.

FIGURA 15. Mortalidad por suicidio en adolescentes de 15 a 19 años según jurisdicción de residencia. Argentina, 2020.



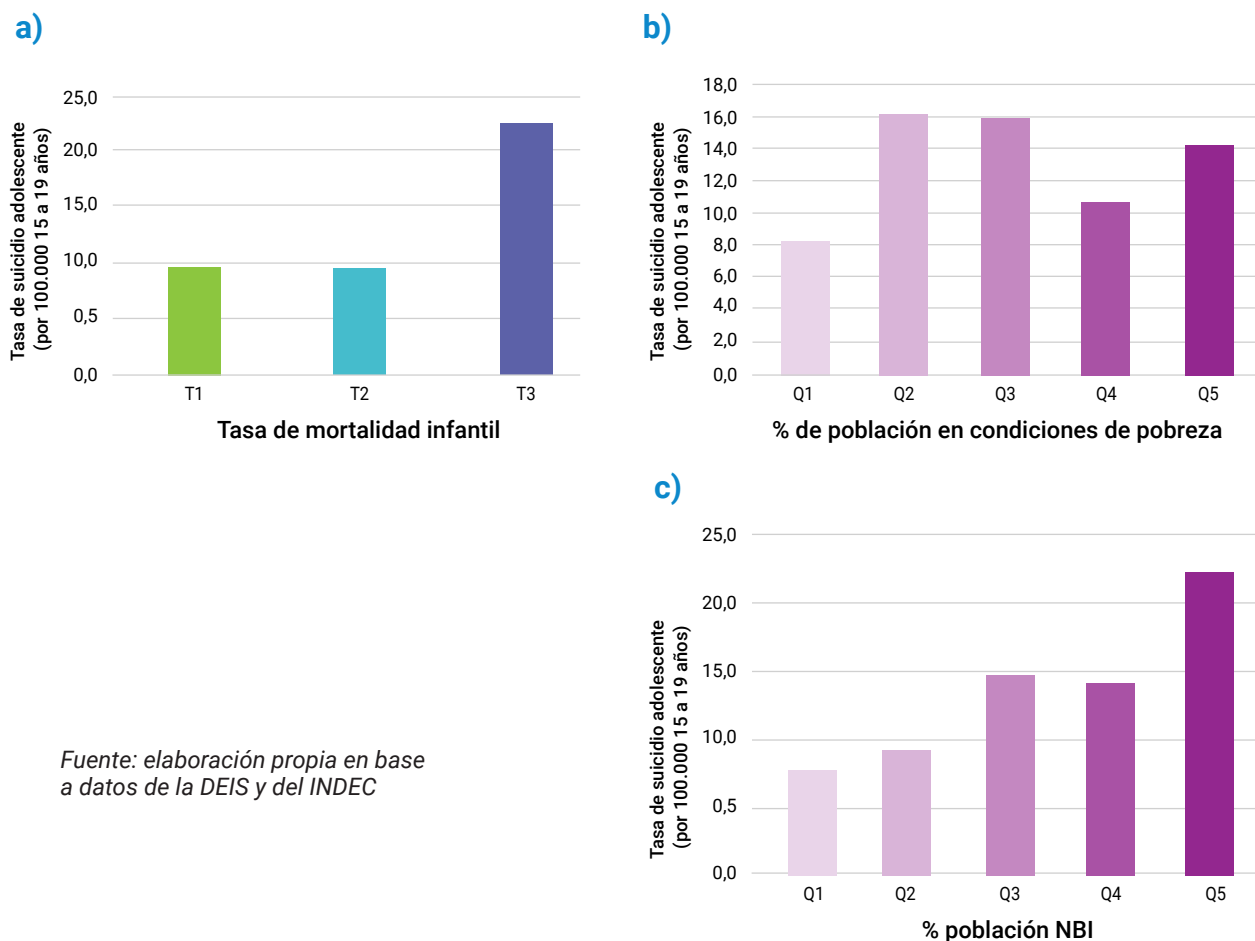
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

4. Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de Salud. Ministerio de Salud Argentina. Año 2021.



Debido a la relevancia del suicidio entre los adolescentes, al analizar esta causa según los diversos estratos de la tasa de mortalidad infantil, se observa más claramente la relación entre el suicidio y las condiciones de salud, ya que la tasa de suicidio adolescente representa más del doble en el estrato con mayores tasas de mortalidad infantil que en el estrato con menores tasas. Por otra parte, este mismo análisis en términos de la población viviendo en condiciones de pobreza no muestra una relación directa. Sin embargo, si se estudia de acuerdo con la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), se observa una relación directa. Las jurisdicciones que integran el quintil con mayor población con NBI son aquellas que presentan las mayores tasas de suicidio adolescente, mientras que en aquellas con la menor proporción de población con NBI se observan las menores tasas. Por lo tanto, el indicador NBI se relaciona mejor que con el de pobreza porque, en definitiva, contempla más variables que la sola privación monetaria para acceder a las canastas básicas ya que integra la capacidad de subsistencia, la situación habitacional, las condiciones sanitarias y la asistencia escolar, representando mejor el concepto de pobreza estructural (Figura 16).

FIGURA 16. Tasa de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años según estratos de mortalidad infantil (a), de población viviendo en condiciones de pobreza (b) y de población con necesidades básicas insatisfechas. Argentina, 2020.

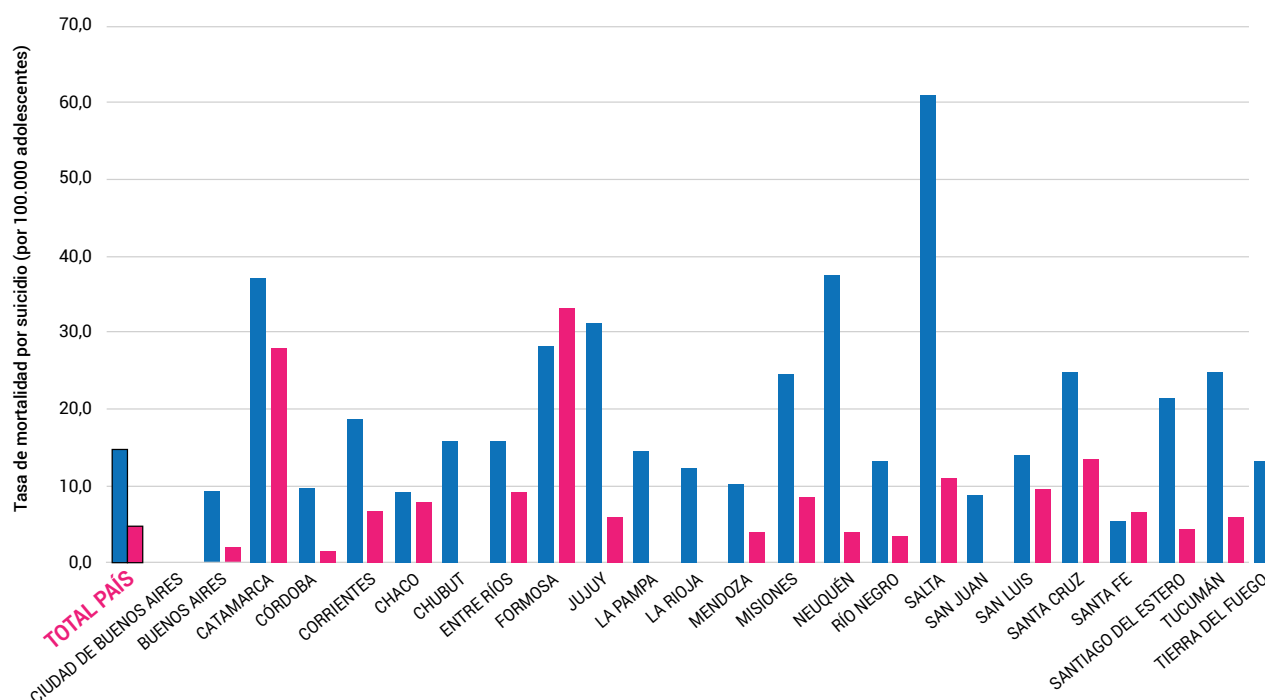


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y del INDEC



En términos de sexo, prácticamente todas las jurisdicciones presentan una tasa de suicidio en adolescentes varones de 15 a 19 años superior a la tasa en mujeres, excepto por Formosa. En este sentido, a nivel nacional, la tasa de suicidio en varones supera en 3 veces a la de las mujeres. Las mayores brechas en relación con la razón entre varones y mujeres se observaron en Neuquén (más de 9 veces), Córdoba (casi 7 veces), y en Salta, Jujuy y Santiago del Estero (5 veces). Por lo tanto, es importante destacar que las jurisdicciones que presentaron las mayores tasas de suicidio no presentaron el mismo comportamiento entre varones y mujeres (Figura 17).

FIGURA 17. Mortalidad por suicidio en adolescentes de 15 a 19 años según jurisdicción de residencia por sexo. Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

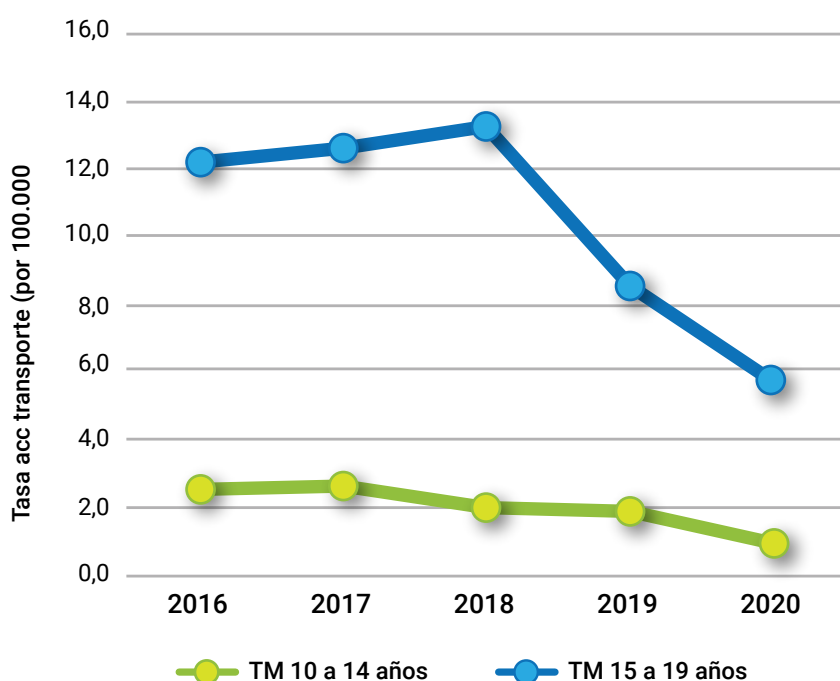
Es importante considerar que puede existir subregistro de los casos de mortalidad por suicidio debido a la multiplicidad de actores con sus diferentes lógicas en las que cada uno tiene diversidad de prioridades, intereses y tiempos. Si bien el circuito general de registro está protocolizado, cada jurisdicción tiene diferentes niveles de autonomía en lo que se refiere al recorrido del circuito. Decisiones administrativas jurisdiccionales afectan las fuentes de datos oficiales. Diferentes niveles de capacitación entre las personas encargadas de la codificación de las causas de muerte en cada jurisdicción también pueden afectar el registro. No siempre se completan los campos sobre las otras causas que podrían explicar mejor el evento. Hay diferentes sistemas de registro entre los organismos judiciales, los de registro civil y los servicios de salud. El posible estigma a la familia



del adolescente fallecido puede inducir también a la decisión de no registrar el dato. Por lo tanto, se considera importante mejorar los procedimientos de establecimiento de las causas de mortalidad en los informes estadísticos de defunción ya que una mejora en la calidad de este tipo de indicadores es de mucha utilidad para el abordaje de la problemática adolescente y la toma de decisiones político-sanitarias.

Otra de las causas externas más frecuentes de mortalidad adolescente en Argentina fueron los accidentes de transporte. En el año 2020 fallecieron 239 adolescentes, de los cuales el 85% tenía entre 15 y 19 años. Analizando la tendencia del último quinquenio, se observa una disminución significativa a partir del año 2018, con el menor registro de mortalidad para este período en el año 2020 (Figura 18). Como ese año representó el mayor período de aislamiento social debido a la pandemia de SARS-CoV-2, esto se podría relacionar con el menor registro de mortalidad por accidentes de tránsito debido a la disminución de la circulación vehicular.

FIGURA 18. Tendencia de la tasa de mortalidad por accidentes de transporte en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Argentina, 2016-2020.

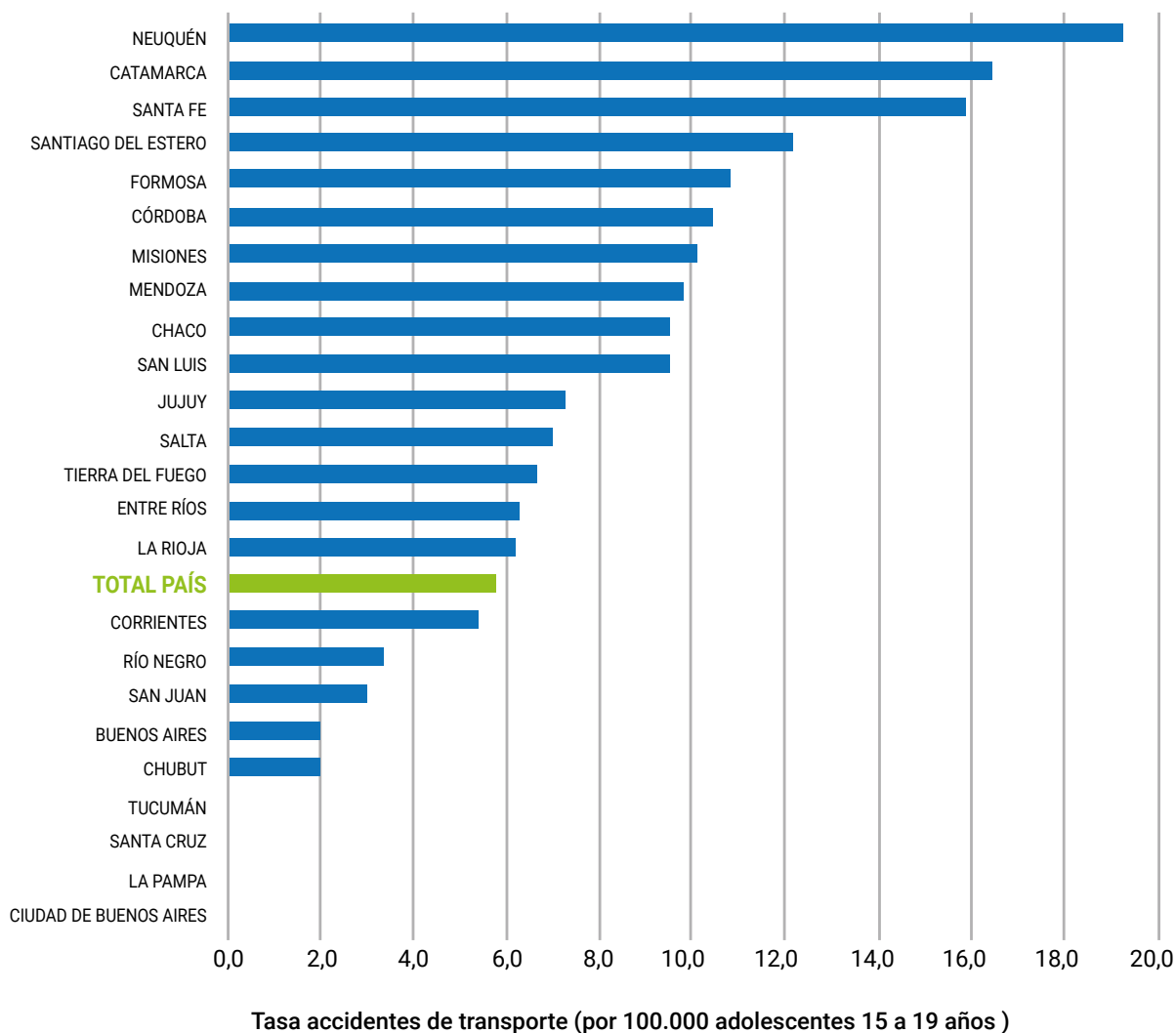


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

El análisis por jurisdicción de las muertes por accidentes de transporte en los adolescentes de 15 a 19 años reveló que en la Ciudad de Buenos Aires, La Pampa, Santa Cruz y Tucumán no se registraron fallecimientos por esta causa. Contrariamente, en Neuquén, Catamarca y Santa Fe se observaron las mayores tasas de mortalidad, todas ellas por encima de las 15 muertes cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años (Figura 19).



FIGURA 19. Mortalidad por accidentes de transporte en adolescentes de 15 a 19 años según jurisdicción de residencia. Argentina, 2020.

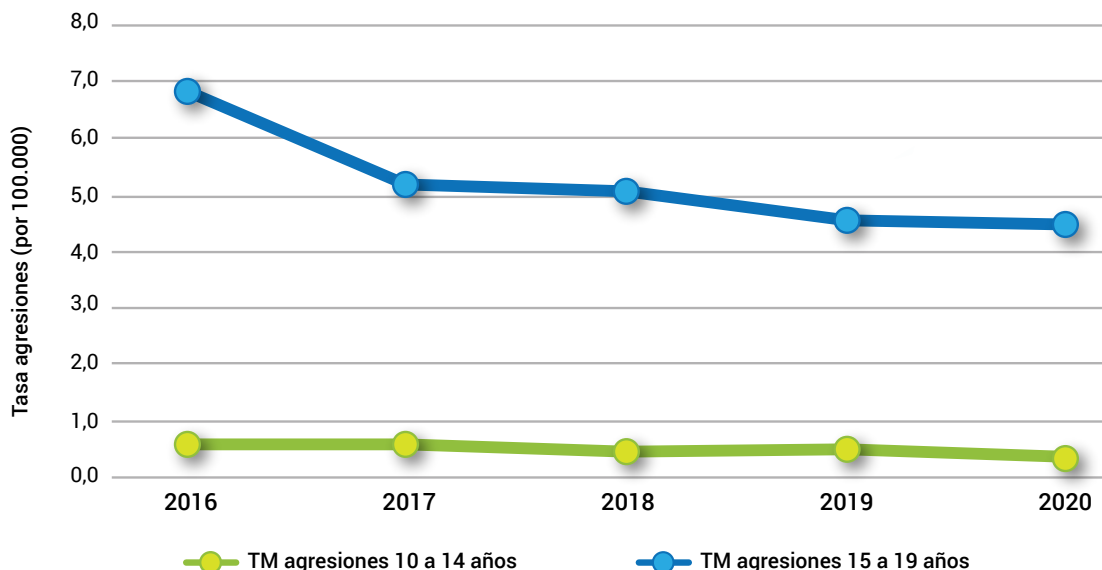


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Si bien no ha representado en 2020 una de las principales causas externas de muerte, se consideró importante explorar la situación de la mortalidad por agresiones (homicidios) en los adolescentes. De las 170 muertes adolescentes por agresiones, el 93% se produjo entre los 15 y 19 años. En el último quinquenio las tasas de mortalidad específicas mostraron una tendencia descendente que se observó más marcadamente entre 2016 y 2017 y más leve en los últimos tres años. En términos de tasa de mortalidad, las observadas para los adolescentes entre 15 y 19 años superaron en 15 veces a los de 10 a 14 años (Figura 20).



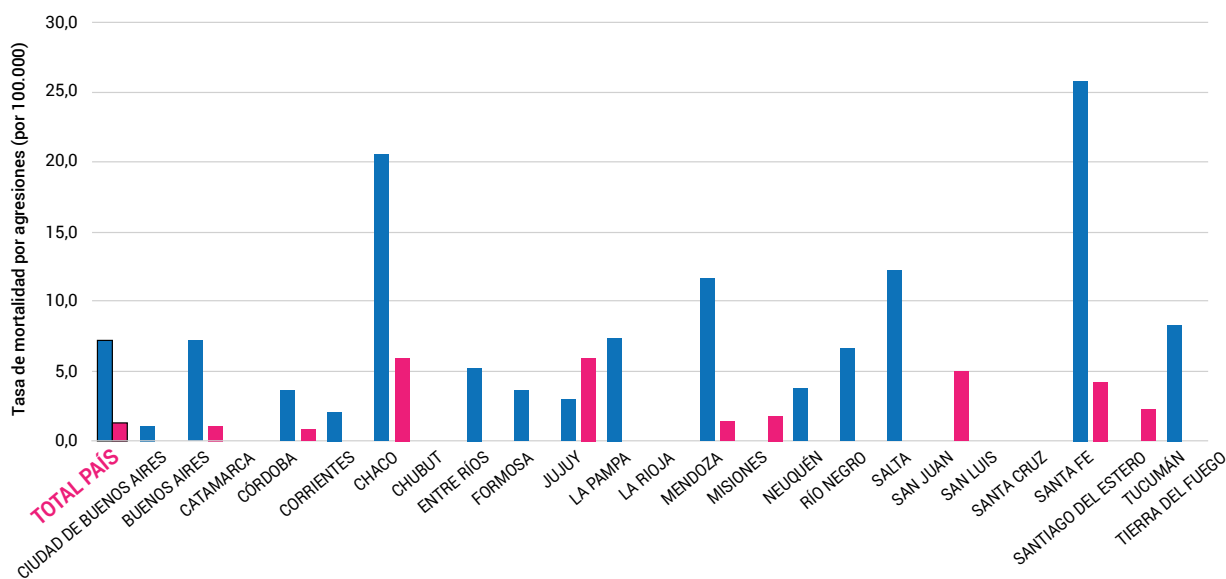
FIGURA 20. Tendencia de la tasa de mortalidad por agresiones en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Argentina, 2016-2020



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

Las jurisdicciones que presentaron las tasas más altas fueron Santa Fe (15,2/100.000 adolescentes de 15 a 19 años) y Chaco (13,3/100.000). Por el contrario, en Catamarca, Chubut, La Rioja, San Luis, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se registraron muertes por homicidio en 2020. En aquellas jurisdicciones que registraron muertes por agresiones se observa un predominio de mortalidad en varones, excepto en Jujuy. Las mayores razones de mortalidad específica en varones sobre mujeres se produjeron en Mendoza (casi 9 veces más) y en Santa Fe (6 veces más) (Figura 21).

FIGURA 21. Mortalidad por agresiones en adolescentes de 15 a 19 años según jurisdicción de residencia. Argentina, 2020.



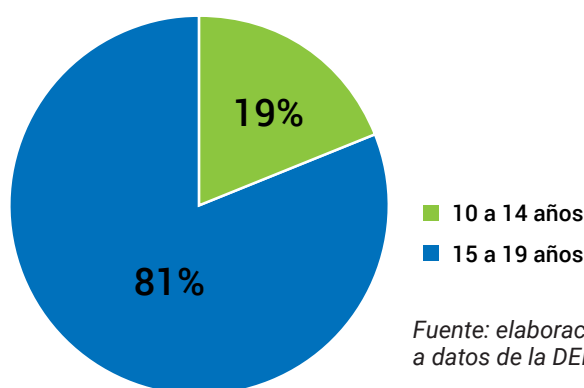
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS



Uno de los eventos más extraordinarios a nivel mundial que comenzó en el 2020 fue la pandemia de SARS-CoV-2. En Argentina, de las 53.222 muertes registradas a causa de COVID-19 en 2020, solo 64 ocurrieron en adolescentes de 10 a 19 años (0,1%). Asimismo, el 81% se produjo entre los 15 y 19 años (Figura 22).

El riesgo de transmisión a y desde los niños y adolescentes depende del nivel de transmisión comunitaria, de las medidas adoptadas para controlar el virus y la variante circulante. Los niños más pequeños pueden ser menos susceptibles que los niños mayores y adolescentes. Los adolescentes entre 15 y 19 años tienen mayor riesgo de infectarse que los que tienen entre 10 y 14 años debido a una mayor exposición al contagio en la vía pública, pero el papel preciso que desempeñan los niños y adolescentes en la transmisión general y la carga de enfermedad en este grupo requiere más investigación⁴.

FIGURA 22. Mortalidad por COVID-19 en adolescentes. Argentina, 2020.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.



- ➔ Más de la mitad de las muertes adolescentes en 2020 se produjeron por causas externas.
- ➔ Los suicidios representan un tercio de las muertes asociadas a causas externas en los adolescentes de 15 a 19 años.
- ➔ En Argentina, se suicidaron 383 adolescentes en el año 2020, de los cuales 9 de cada 10 se produjeron entre los 15 y los 19 años.
- ➔ Existe una gran brecha entre las jurisdicciones de la Argentina con respecto al suicidio adolescente que debe analizarse en profundidad de inmediato.
- ➔ El mayor impacto del suicidio adolescente se observó en las jurisdicciones del norte argentino, principalmente en varones.
- ➔ En el año 2020 fallecieron 239 adolescentes por accidentes de transporte, principalmente entre los 15 y 19 años.
- ➔ 9 de cada 10 muertes adolescentes por homicidio en 2020 ocurrieron entre los 15 y 19 años.
- ➔ El 0,1% de las muertes por COVID-19 en 2020 se produjo en adolescentes de 10 a 19 años.



2. Morbilidad adolescente

2.1 Tuberculosis

La tuberculosis en Argentina es una deuda pendiente de los sistemas de salud que no han podido evitar que niños y adolescentes sigan muriendo debido a esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud estima que hay 9 millones de enfermos y 1 millón y medio de muertes por tuberculosis en el mundo cada año; esto la convierte en una de las enfermedades infecciosas más letales.⁵

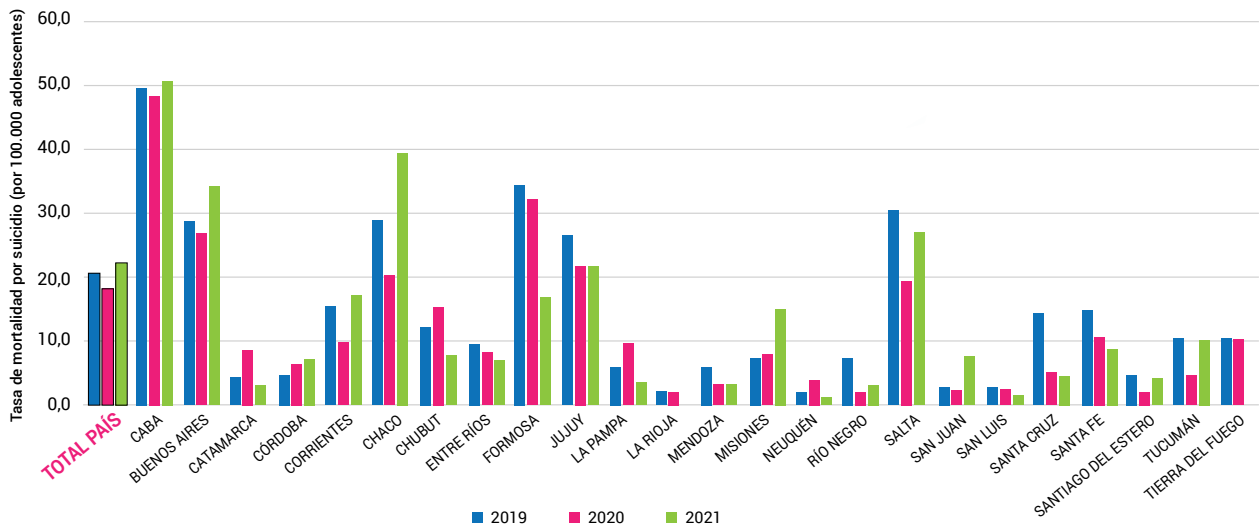
En los adolescentes, la tuberculosis se caracteriza en ocasiones por formas radiológicas cavitadas en lóbulos superiores, con esputos bacilíferos, en lo que se ha llamado tuberculosis pulmonar tipo adulto, la cual es muy contagiosa. Por otro lado, las redes sociales del adolescente mayor suelen ser más extensas que las de los de 10 a 14 años, por lo que el número de contactos susceptibles de haberse infectado es también mayor. Asimismo, en la asistencia de niños y adolescentes enfermos de tuberculosis, se deben conocer las dificultades que tienen muchas familias para acceder a la atención médica y al diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el año 2021 se registraron 1.578 casos nuevos de tuberculosis en adolescentes, de los cuales el 77% ocurrió entre los 15 y 19 años con más del 92% de manifestación pulmonar. A nivel nacional, la tasa de tuberculosis fue de 22,1/100.000 adolescentes de 10 a 19 años. Evaluando el último trienio, la tasa del 2021 fue superior a las notificadas en el 2019 y el 2020. A nivel jurisdiccional, la Ciudad de Buenos Aires presentó la mayor tasa (50,9/100.000) en el año 2021. Asimismo, las jurisdicciones que presentaron tasas superiores a la media nacional fueron Chaco (39,1/100.000), Buenos Aires (34,1/100.000) y Salta (27,1/100.000). En 9 jurisdicciones (Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Corrientes, Chaco, Río Negro, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán) se observó el mismo comportamiento que a nivel nacional: un descenso en la notificación en el 2020 seguido de un incremento en 2021 a niveles similares e incluso superiores a los registrados en 2019. Se podría relacionar con la disminución de contagios por el aislamiento social durante la pandemia COVID-19 y el aumento en 2021 con el aumento del nivel de pobreza de la población. En San Juan, Santiago del Estero, Tucumán, Río Negro, Chaco y Misiones se registraron en 2021 los mayores aumentos con respecto al año anterior. Por otra parte, en Entre Ríos, Formosa y Santa Fe se registró un descenso sostenido en las tasas desde el 2019. La Rioja y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no registraron diagnósticos nuevos de tuberculosis en 2021 (Figura 23).

5. Tuberculosis en niños y adolescentes: estrategias para la intervención de los trabajadores sociales” Arch Argent Pediatr 2017;115(6):e391-e396



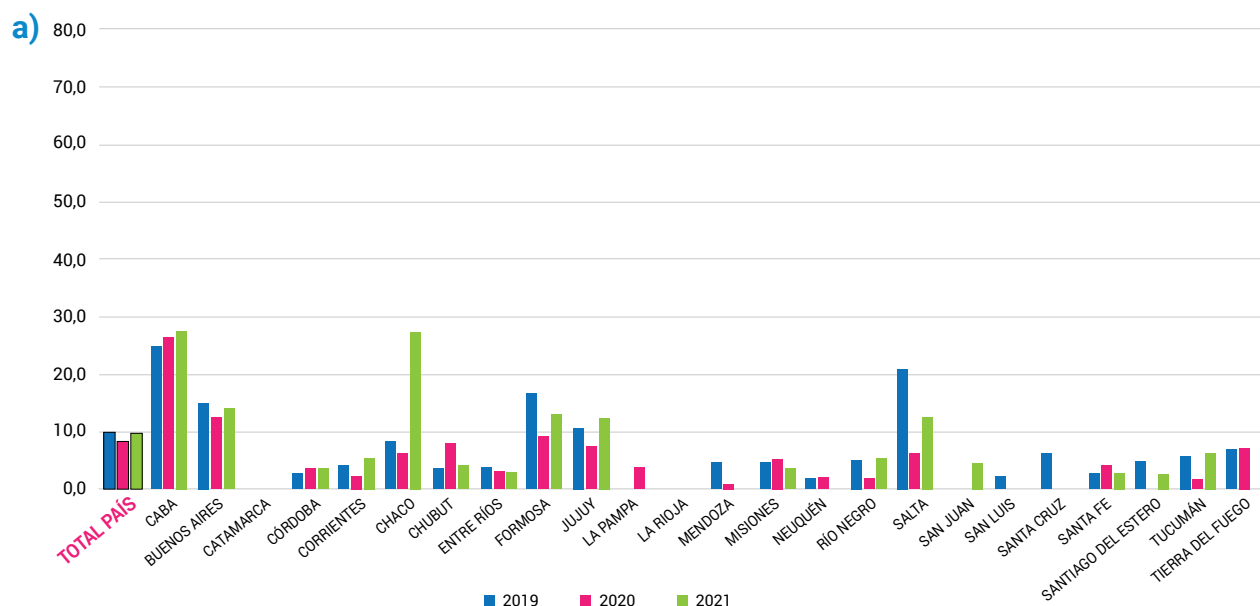
FIGURA 23. Tasa de notificación de casos nuevos de tuberculosis en adolescentes de 10 a 19 años por jurisdicción de residencia. Argentina, 2019-2021

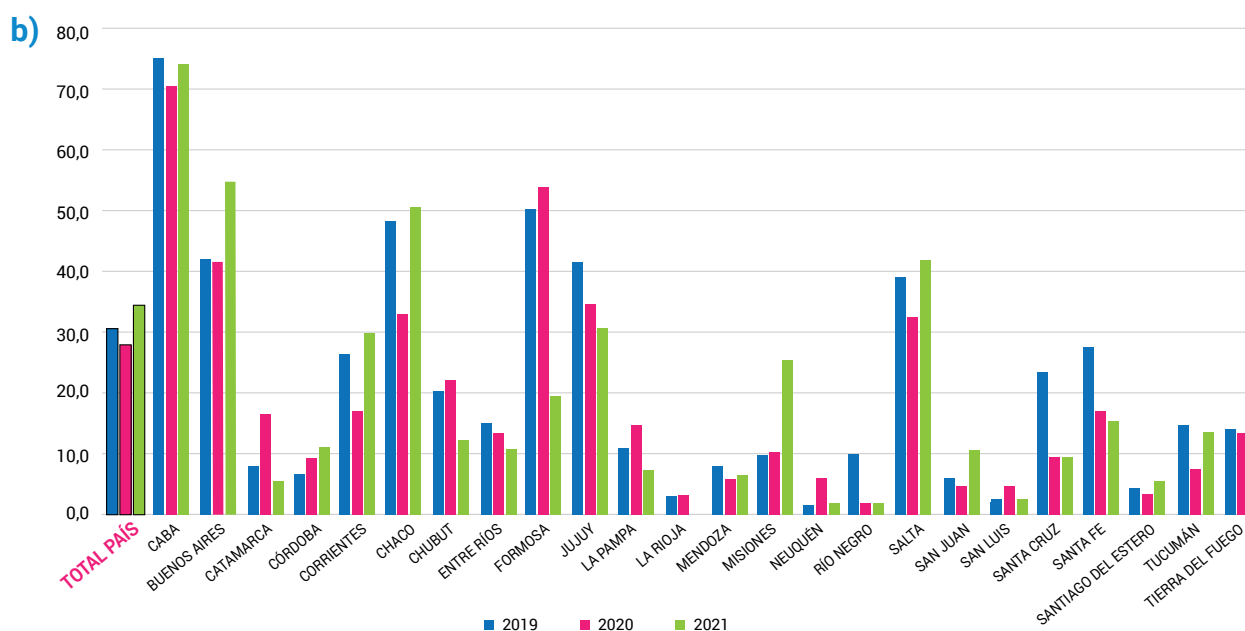


Fuente: elaboración propia en base a datos del ANLIS-INER “Dr. Emilio Coni”

La mayor carga de enfermedad se observó entre los adolescentes entre 15 y 19 años, con una tasa a nivel nacional en 2021 que superó en más de tres veces a la aquellos entre 10 y 14 años. Misiones fue la jurisdicción que mostró la mayor relación de tasas entre los adolescentes de 15 a 19 años con respecto a los de 10 a 14 (más de 7 veces), seguido por Santa Fe y Corrientes (alrededor de 6 veces más). Con respecto a la notificación por sexo, el 51% del total de casos se produjo en mujeres, pero en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años se registraron levemente más diagnósticos en varones que en mujeres (Figura 24).

FIGURA 24. Tasa de notificación de casos nuevos de tuberculosis en adolescentes de 10 a 14 años (a) y de 15 a 19 años (b) según jurisdicción de residencia por sexo. Argentina, 2019-2021.





Fuente: elaboración propia en base a datos del ANLIS-INER “Dr. Emilio Coni”

2.2 Tumores

Un diagnóstico de cáncer puede afectar la salud emocional de los pacientes, las familias y los cuidadores. Los sentimientos comunes durante esta experiencia que cambia la vida incluyen ansiedad, angustia y depresión. Los roles en el hogar, la escuela y el trabajo pueden verse afectados. Es importante reconocer estos cambios y obtener ayuda cuando sea necesario.⁶

Históricamente, los tipos más comunes de cáncer diagnosticados en niños y niñas de 10 a 14 años de edad son leucemias, cáncer de encéfalo y otros tumores del sistema nervioso central, y linfomas. En los adolescentes entre 15 y 19 años, los más comunes son los tumores de encéfalo y otros tumores del sistema nervioso central y los linfomas, seguidos de las leucemias, el cáncer de tiroides, los tumores de células germinativas gonadales (de testículo y ovario) y los tumores de hueso malignos.⁷

Aunque la supervivencia de la mayoría de los cánceres infantiles ha mejorado en las últimas décadas. Las mejoras en los tratamientos aumentaron la tasa de supervivencia a 5 años en los niños que recibieron un diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda entre los 0 y 14 años.⁸

6. Cambios emocionales, de salud mental y de estado de ánimo. American Cancer Society. 2017; <https://www.cancer.org/efectos-secundarios-fisicos> > e..

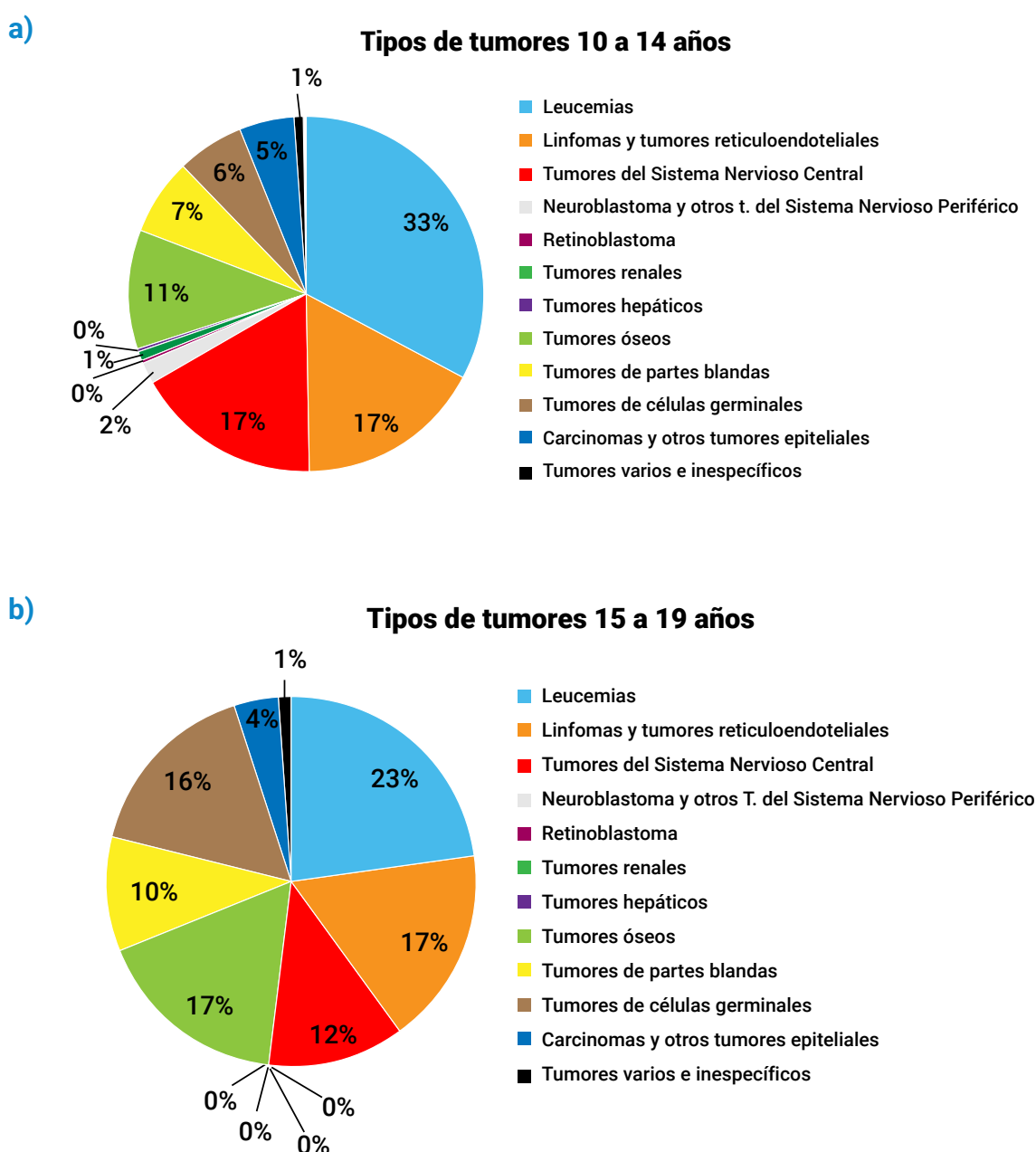
7. El cáncer en los niños y adolescentes. Instituto Nacional del Cáncer. EEUU. 2022

8. Jemal A, Ward EM, Johnson CJ, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975–2014, featuring Survival. Journal of the National Cancer Institute 2017; 109(9):dix030.



En el año 2019 en Argentina se notificaron 580 tumores en la población adolescente, de los cuales el 30% se asoció con leucemia, seguido por los linfomas y tumores reticuloendoteliales (17%) y los tumores del sistema nervioso central (16%). A pesar de que el 68% de los casos de cáncer se produjo en los adolescentes entre 10 y 14 años, la distribución por tipo de tumor se asemeja prácticamente a la de aquellos entre 15 y 19, excepto que en este último se observa una menor proporción en las leucemias, a expensas de un incremento en los tumores de células germinales (Figura 25).

FIGURA 25. Distribución de los tumores en adolescentes de 10 a 14 años (a) y de 15 a 19 años (b) según tipo de cáncer. Argentina, 2019.

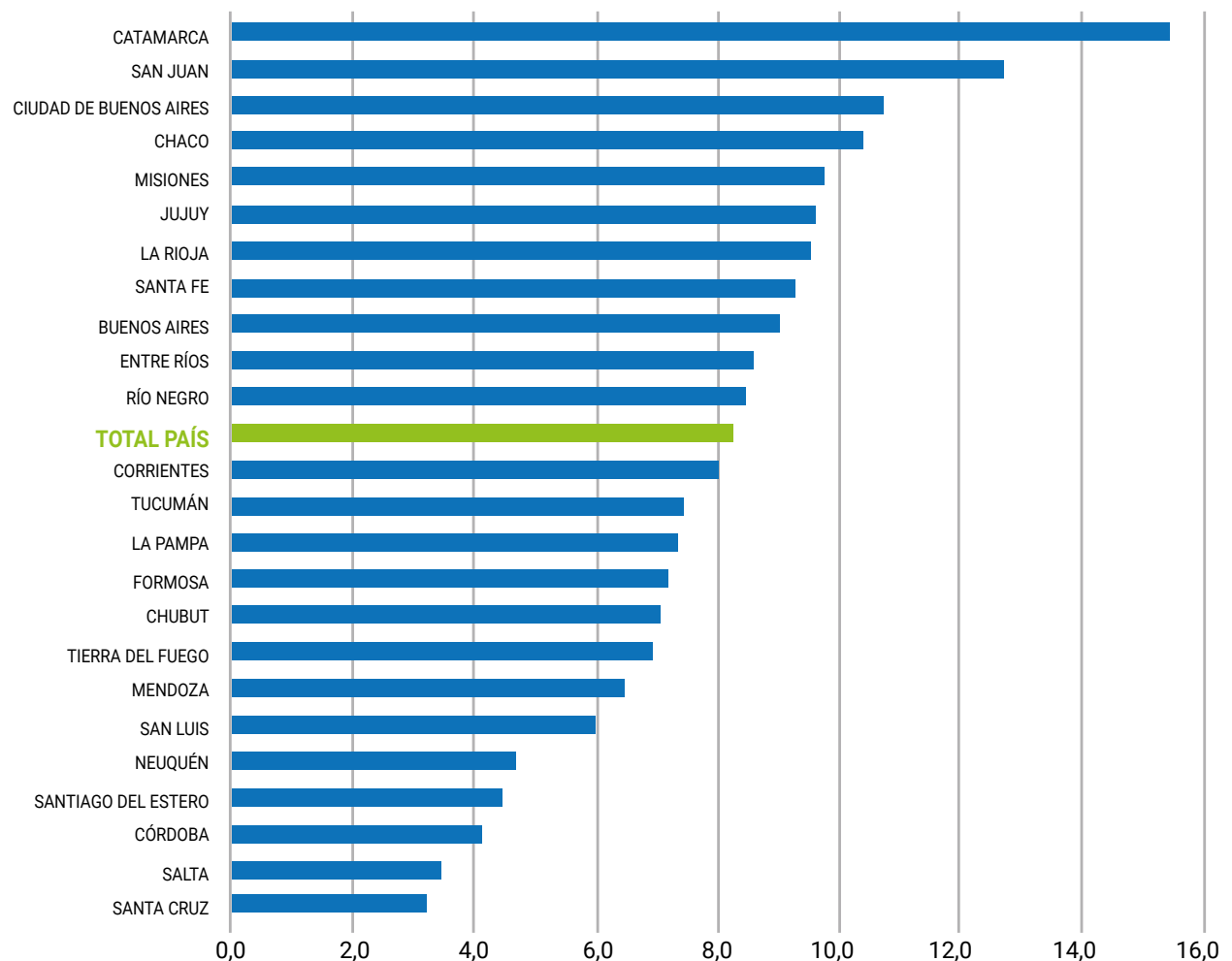


Fuente: elaboración propia en base a datos del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino



Catamarca fue la jurisdicción que registró la mayor tasa de notificación de cáncer en adolescentes en el 2019 (15,4/100.000 adolescentes de 10 a 19 años), seguido por San Juan (12,7/100.000), la Ciudad de Buenos Aires (10,8/100.000) y Chaco (10,4/100.000). Por otra parte, Santa Cruz y Salta registraron las menores tasas, a razón de menos de 4 casos cada 100.000 adolescentes (Figura 26). Es importante destacar que Formosa, La Rioja y San Luis no notificaron casos de cáncer en adolescentes entre 15 y 19 años durante 2019.

FIGURA 26. Tasa de notificación de tumores en adolescentes de 10 a 19 años por jurisdicción de residencia. Argentina, 2019.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino



2.3 Bajo peso, sobrepeso y obesidad

Durante el siglo XX se ha considerado al sobrepeso y a la obesidad como el resultado de causas multifactoriales por lo que han sido planteadas como un desafío médico. En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica un documento que convoca a la ciencia, a la industria y a los Estados a abordar esta compleja enfermedad que al igual que el bajo peso y la desnutrición son consideradas malnutrición. El aumento en los índices de sobrepeso y obesidad se podría relacionar con bajos ingresos familiares (que impactan negativamente en el acceso a alimentos saludables debido a su mayor costo) y a la pandemia de COVID-19 por la disminución de la actividad física y el aumento del sedentarismo. En la mayoría de los países, se observa una tendencia en aumento y es una necesidad para los pediatras conocer sus causas, la prevención, su fisiopatología, sus comorbilidades y el abordaje posible a su tratamiento.⁹

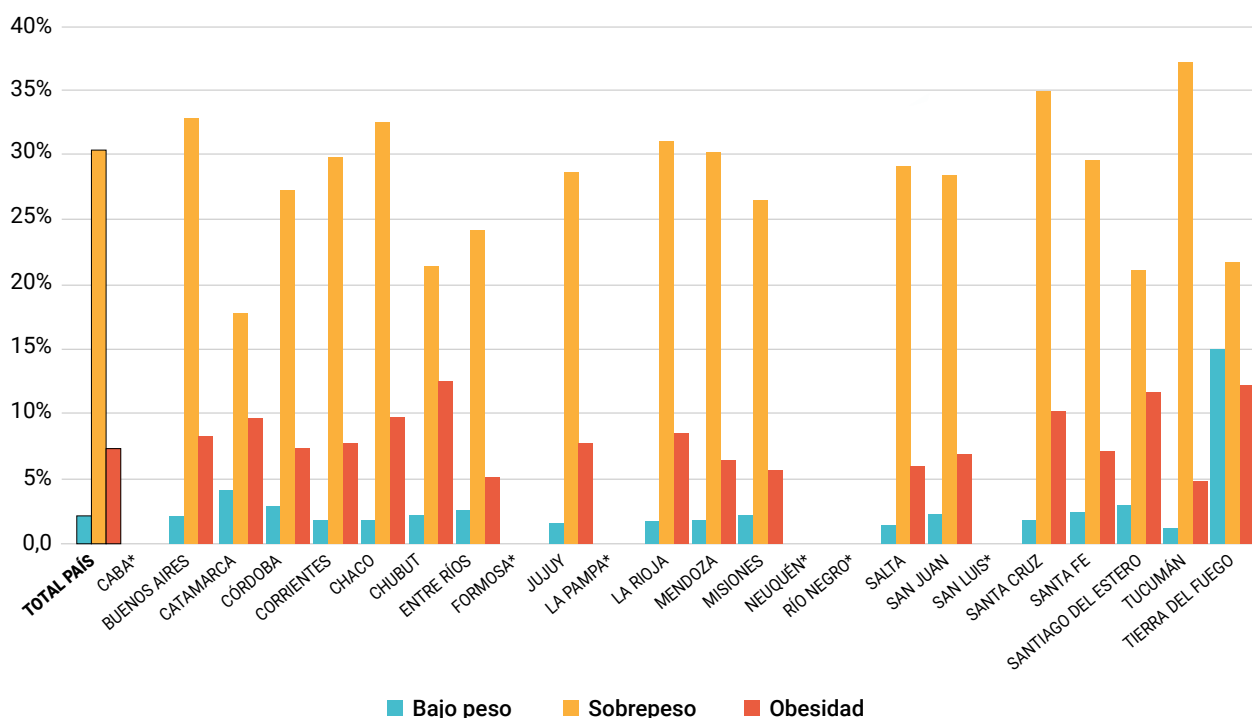
De acuerdo con la última Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en 2018, a nivel nacional el 30,3% de los estudiantes de 13 a 17 años encuestados presentó sobrepeso y el 7,4% obesidad, por lo que el exceso de peso globalmente se observó en el 37,7%. Tanto como para el sobrepeso como la obesidad la prevalencia se registró más frecuentemente en varones que en mujeres. El sobrepeso fue mayor en los adolescentes entre 13 y 15 años que en los de 16 y 17 años. Asimismo, los datos relevados mostraron un aumento progresivo y sostenido del sobrepeso y la obesidad con respecto a ediciones anteriores realizadas en 2007 y 2012. Contrariamente, el 2,2% de los adolescentes encuestados presentó bajo peso.

El análisis desagregado por jurisdicciones reveló que 5 jurisdicciones registraron una proporción de estudiantes con sobrepeso superior a la media nacional, de las cuales Tucumán presentó el mayor porcentaje (37%), lo que representa más del doble de la jurisdicción con el menor valor (Catamarca, 17,9%). Asimismo, Chubut registró casi un 13% de estudiantes adolescentes con obesidad en contraposición con Tucumán que presentó un porcentaje casi 4 veces menor (4,9%). En Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur el 15% de los encuestados presentó bajo peso, proporción mayor a tres veces a la jurisdicción con el segundo mayor registro (Catamarca, 4,2%) y doce veces mayor que la proporción de Tucumán (1,2%). Es importante destacar que para la edición 2018 de la mencionada encuesta no se contó con información a nivel jurisdiccional de la Ciudad de Buenos Aires, Formosa, La Pampa, Neuquén, Río Negro y San Luis (Figura 27).

9. Consenso: Obesidad: guías para su abordaje clínico. Comité Nacional de Nutrición. SAP. Coordinadoras del documento: Dra. Débora Setton y Dra. Patricia Sosa. 2015. Disponible en: www.sap.org.ar/obesidad-gu-iacuteas-para-su-abordaje-cl-iacutenico-2015



FIGURA 27. Proporción de estudiantes adolescentes entre 13 y 17 años con bajo peso, sobrepeso y obesidad por jurisdicción de residencia. Argentina, 2018.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018
*: jurisdicciones que no aportaron información

2.4 Ideas suicidas

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, si la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual, su gravedad reside en la persistencia en el tiempo.¹⁰

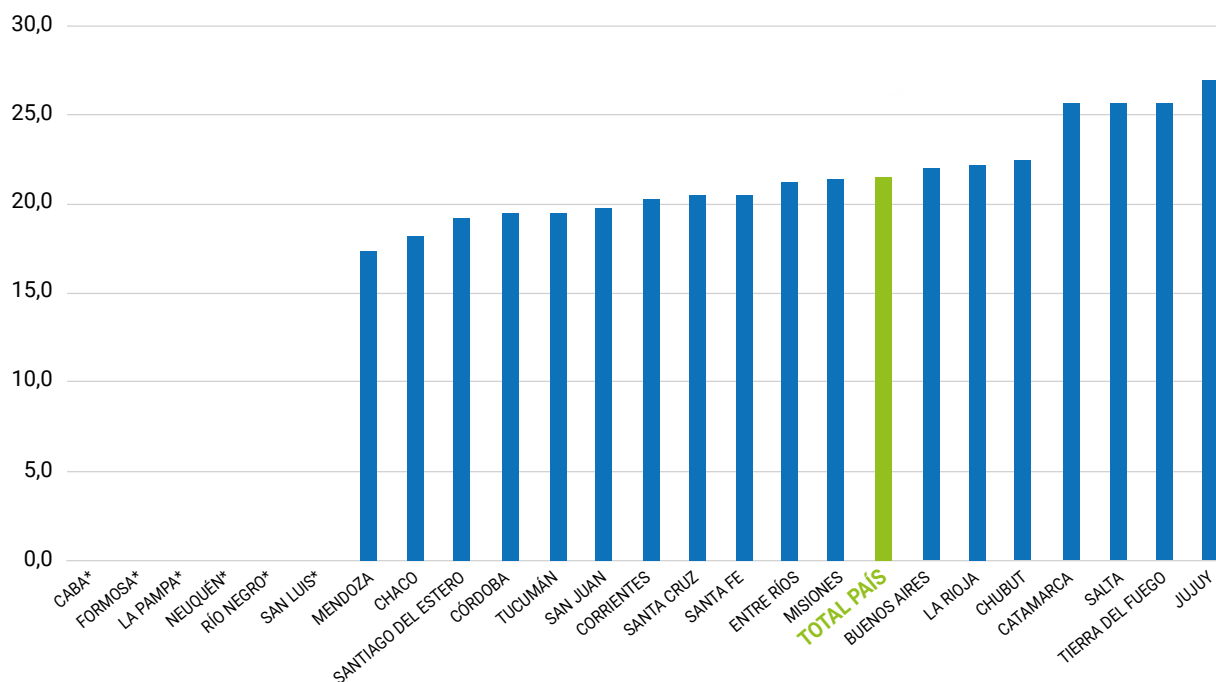
La Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 reveló que el 21,5% de los estudiantes entre 13 y 17 años consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en el último año, siendo más del doble en mujeres que en varones. En el grupo de 13 a 15 años se observó un aumento de la ideación suicida, respecto de la edición anterior en 2012.

De las 18 jurisdicciones que aportaron datos, 7 registraron mayores proporciones de adolescentes con ideas suicidas que la media nacional. Jujuy registró el mayor valor (27%) en contraste con Mendoza que presentó la menor proporción (17%) (Figura 28).

10. Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Año 2012



FIGURA 28. Proporción de estudiantes adolescentes entre 13 y 17 años que consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse en el último año por jurisdicción de residencia. Argentina, 2018.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018
*: jurisdicciones que no aportaron información



- ➔ En la Argentina, en 2021 se enfermaron de tuberculosis 22 adolescentes de cada 100.000.
- ➔ 8 de cada 10 adolescentes con tuberculosis tiene entre 15 y 19 años.
- ➔ En 2021 se registró un aumento en los casos de tuberculosis con respecto a los años 2019 y 2020.
- ➔ Un tercio de los tumores registrados en adolescentes se asoció con leucemia.
- ➔ 7 de cada 10 casos de cáncer se produce en adolescentes entre 10 y 14 años.
- ➔ Casi 4 de cada 10 estudiantes entre 13 y 17 años presentaron sobrepeso u obesidad en Argentina en 2018.
- ➔ Las situaciones de sobrepeso y obesidad son más frecuentes que el bajo peso.
- ➔ En 2018, 1 de cada 5 estudiantes entre 13 y 17 años consideraron suicidarse en Argentina.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Fecundidad y embarazo en adolescentes

1.1. Tasa de fecundidad

En Argentina la tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años) descendió de manera lenta pero continua desde 80 nacimientos por mil adolescentes en 1980 hasta 56,7 por mil en 2003, fecha en que comenzó a ascender alcanzando en 2014 un valor de 65,1 por mil. A partir del año 2015 se observa nuevamente una tendencia en descenso, hasta el 2020 en el que se informó una tasa de 46,8 por mil.¹¹

En términos comparativos, la fecundidad de Argentina se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (66,5 por mil en el período 2010-2015) y por encima del promedio mundial (46 por mil). Respecto de otros países de la región, en el período 2010-2015 fue superior a las de Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay

- ➔ La tasa de fecundidad de Argentina se encuentra por debajo del promedio de América Latina.
- ➔ La tendencia de fecundidad adolescente se encuentra en descenso sostenido desde 2016.
- ➔ Aunque las brechas entre jurisdicciones se han ido acortado, aún persisten importantes diferencias.



Tendencia de las tasas de fecundidad por 1.000 nacidos vivos (total, adolescente, temprana y tardía). Argentina. Años 2010-2020. Fuente: DEIS. Proyecciones de población 2010-2040 (INDEC)

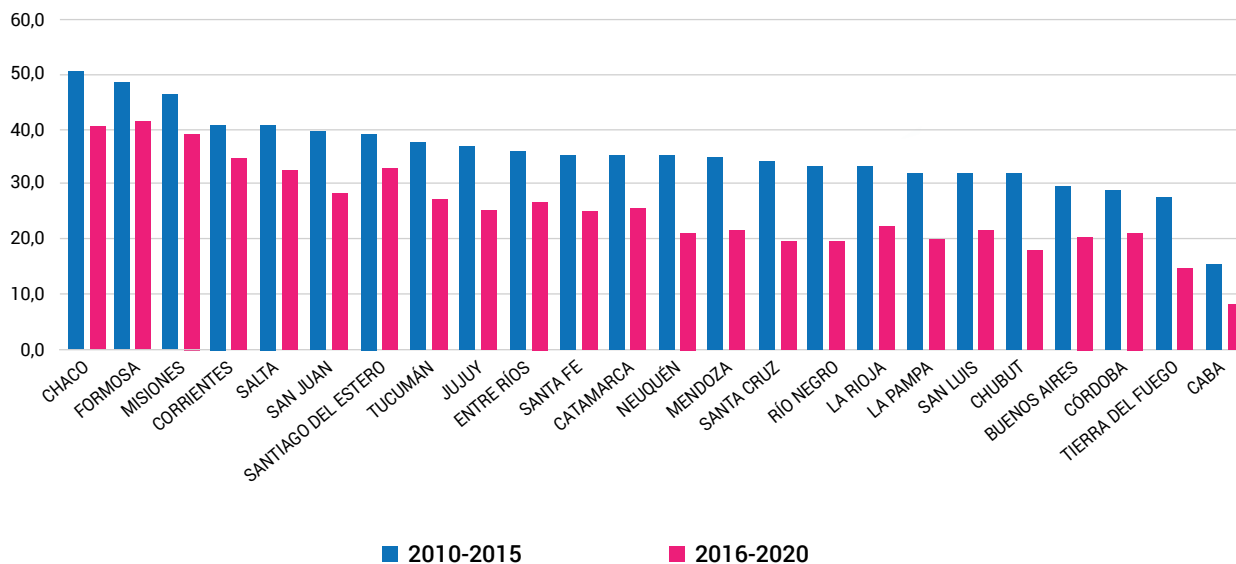
El embarazo en la adolescencia muestra en los últimos años una tendencia decreciente que se ha profundizado en el año 2020, en el que se registró un descenso del 26% con respecto a 2019. Este descenso es el mayor de la serie histórica, superando la baja advertida el año anterior (del 18%). Esto implica que se produjeron 20 mil nacimientos menos de gestantes adolescentes que en 2019 y 58 mil menos con respecto a 2016 (un 52% menos).

A pesar de que todas las jurisdicciones del país experimentaron el descenso de la tasa de fecundidad adolescente, todavía persisten importantes brechas regionales. Se destacan las mayores tasas en la Región NEA.

11. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia.pdf



Tasa de fecundidad adolescente (10-19 años) cada 1.000 nacidos vivos por jurisdicción. Argentina. Años 2010-2015 y 2016-2020.



Fuente: DEIS. Proyecciones de población 2010-2040 (INDEC)

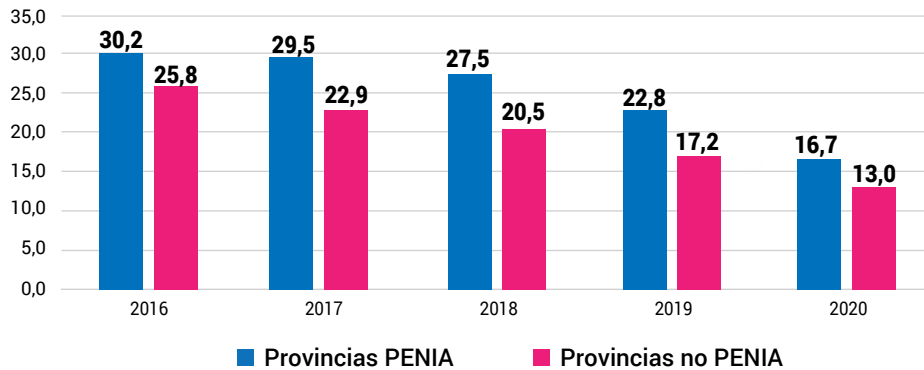
Continúa siendo extremadamente alta en Formosa (30,2%o NV el doble que la nacional y casi seis veces más elevada que la de la Ciudad de Buenos Aires). Misiones (29,4%o NV) y Chaco -a pesar de registrar un descenso de 10 puntos porcentuales- (27,2%o NV) presentan tasas del mismo orden.

La importancia del descenso fue diferente según si se trata de provincias con departamentos en los que se implementa el Plan Nacional de Prevención en Embarazo no Intencional en la Adolescencia (PENIA). El Plan ENIA es una estrategia conjunta de los Ministerios Nacionales de Salud, de Desarrollo Social y de Educación, para garantizar los derechos de los y las adolescentes al acceso gratuito de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y asesorías en las escuelas, la consejería en salud sexual y reproductiva y actividades de promoción comunitarias.

En los primeros la caída del último año alcanzó al 26% y al 44% desde 2016. Mientras que en las provincias donde no se implementa PENIA el descenso en 2020 fue del 24% y del 50% desde 2016. La importancia del descenso en cada año ha logrado una reducción de la brecha entre provincias PENIA y no PENIA del 4,4 en 2016 al 3,7 en 2020.



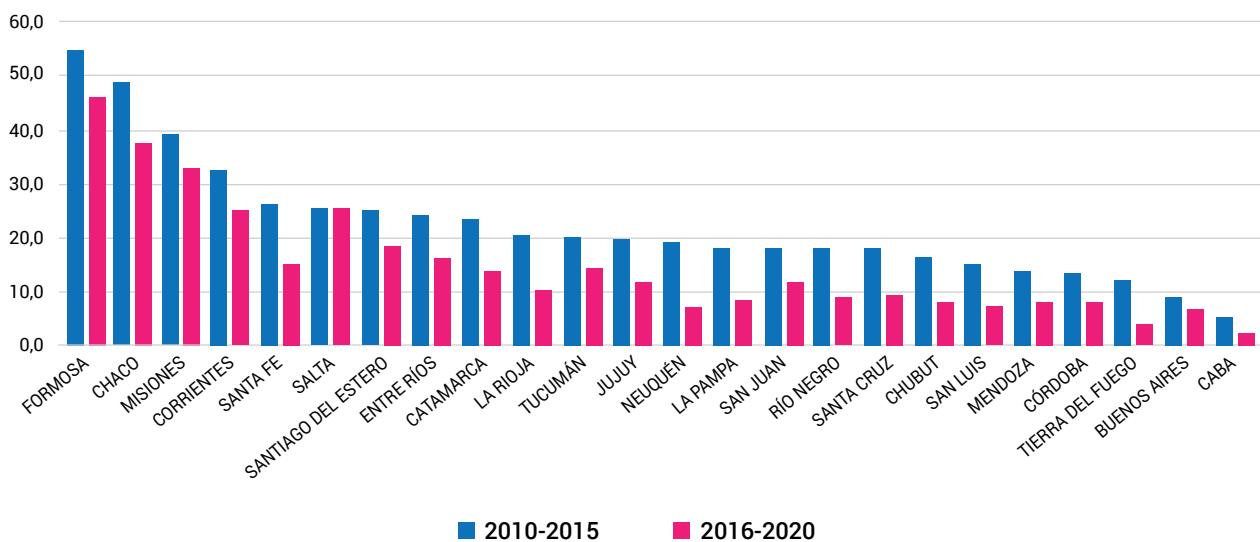
Tasa de Fecundidad Adolescente Total según provincias PENIA y no PENIA



1.2. Tasa de fecundidad adolescente temprana

Ni las causas ni las consecuencias resultan similares entre el grupo de 10-14 años y el de 15-19 años. En relación con los embarazos de niñas y adolescentes menores de 15 años, el abuso y la violencia sexual se presenta como su potencial causa y por ello se denominan “embarazos forzados”.

Tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14 años) cada 1.000 nacidos vivos por jurisdicción. Argentina. Años 2010-2015 y 2016-2020.

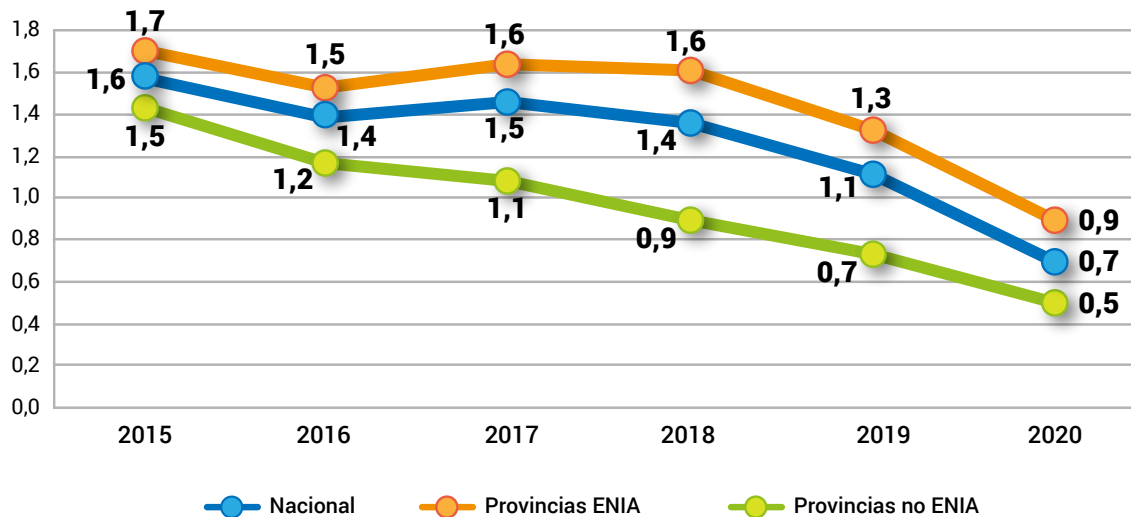


Fuente: DEIS. Proyecciones de población 2010-2040 (INDEC)



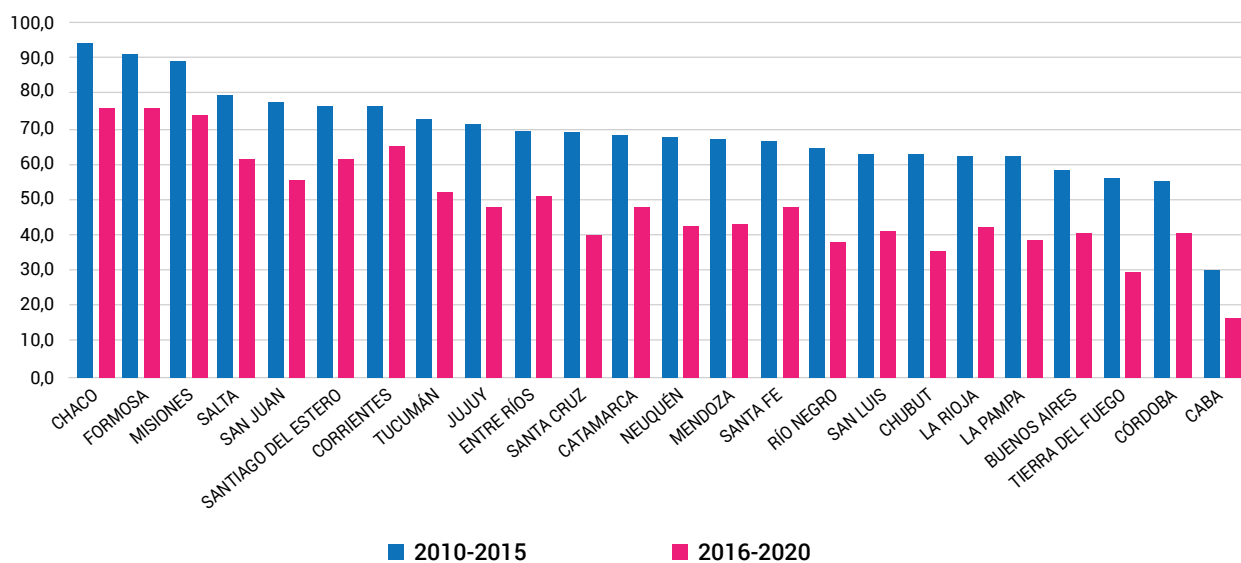
La Tasa de Fecundidad Adolescente temprana alcanzó al 0,7 por 1.000 en 2020, lo que representó un descenso del 34% con respecto al año anterior. Si bien el descenso de la TEFA temprana se dio en todas las provincias del país, la baja registrada fue superior en las provincias en las que no se implementa el PENIA.

Tasa de Fecundidad Adolescente Temprana



1.3. Tasa de fecundidad adolescente tardía

Tasa de fecundidad adolescente tardía (15-19 años) cada 1.000 nacidos vivos por jurisdicción. Argentina. Años 2010-2015 y 2016-2020.

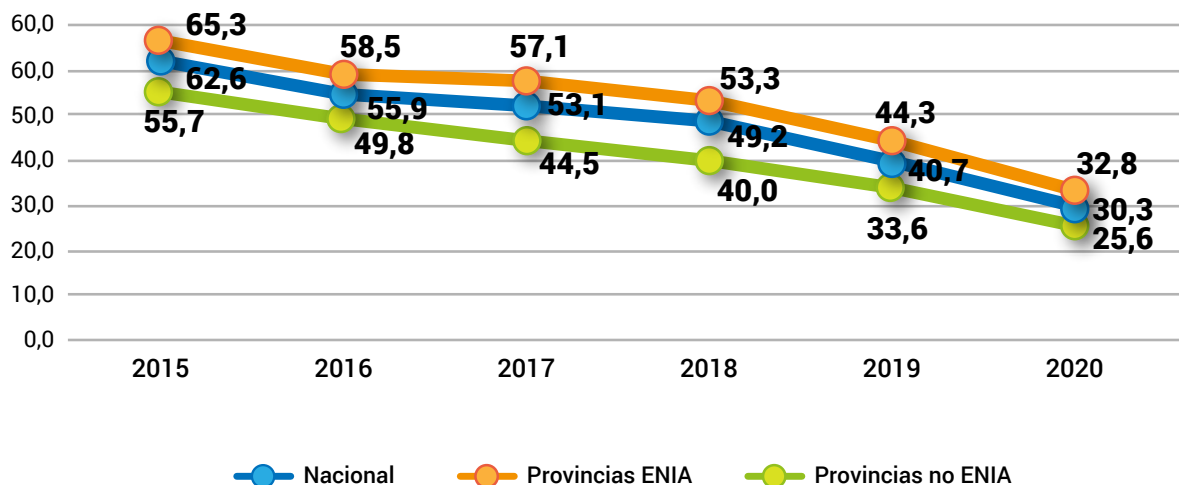


Fuente: DEIS. Proyecciones de población 2010-2040 (INDEC)



Por su parte, la tasa de Fecundidad Adolescente Tardía alcanzó al 30,3 por 1.000 en 2020, registrando un descenso del 25% con respecto al año anterior. En este caso el descenso de la TEFA se dio en todas las provincias del país, pero la baja registrada fue superior en las provincias en las que se implementa el PENIA (-25,9% vs. -23,9%).

Tasa de Fecundidad Adolescente Tardía

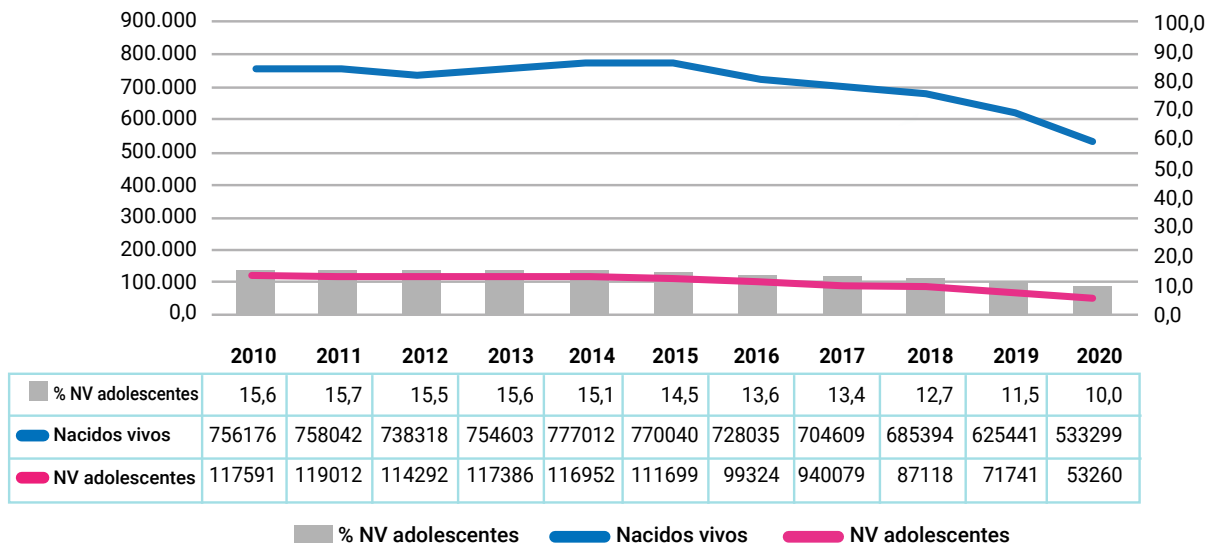


Los datos mencionados comienzan a mostrar dos de las diferentes formas que adquieren los embarazos y las maternidades en la niñez y en la adolescencia y que conlleva a asumirlas como prioridades en las políticas públicas. En primer lugar, que ellos se encuentran vinculados íntimamente a desigualdades sociales, económicas y culturales. El recaudo necesario en relación con esta primera afirmación consiste en no equivar estos fenómenos a la pobreza. Los embarazos y las maternidades en la adolescencia no son fenómenos exclusivos de los sectores populares. Sin embargo, es allí donde se encuentran con mayor frecuencia por sus vinculaciones con una serie de desigualdades previas. (Fainsod, Paula. Embarazos no intencionales en niñas y adolescentes en las escuelas: propuestas para sus abordajes desde la ESI).

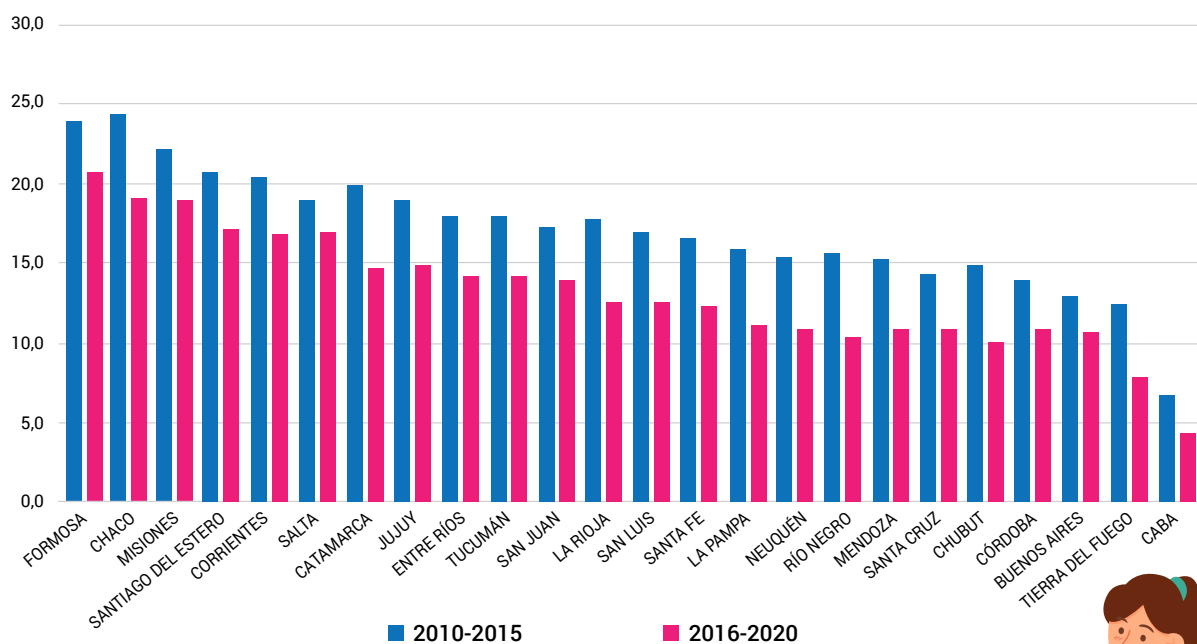


1.4. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes

Nacidos vivos en Argentina 2010-2020



% de NV de madres adolescentes por jurisdicción en Argentina 2010-2020



- ➔ La tasa de fecundidad adolescente se encuentra en descenso y es muy heterogénea entre jurisdicciones.
- ➔ En 2020, 53260 niños y niñas nacieron de madres adolescentes, representando el 10% de los nacimientos anuales.



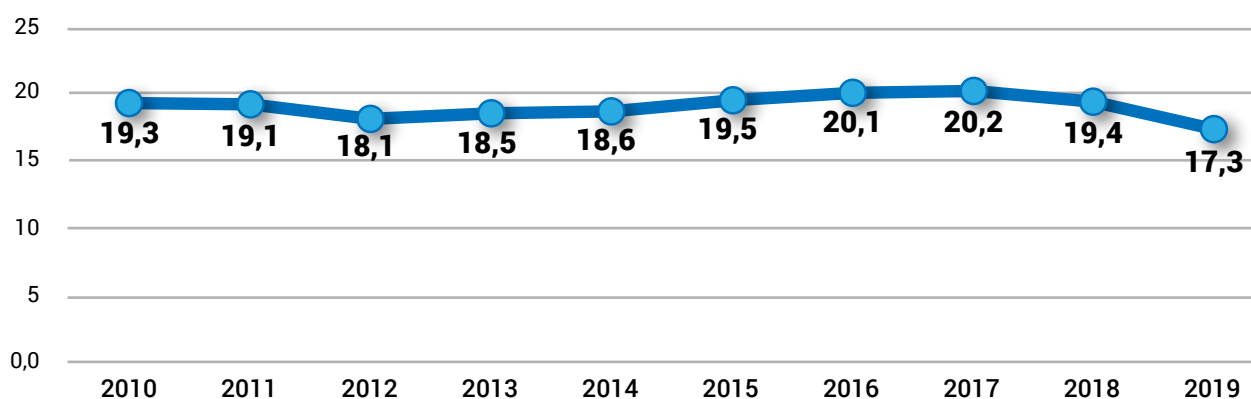
1.5. Reiteración de la paridez en adolescentes

Por último, si bien la mayor parte de las adolescentes experimentaban la maternidad por primera vez, un 18% tuvo un segundo hijo y un 3% el tercer hijo o más. En este punto resulta interesante resaltar la estrategia de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) prevista para ampliar y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto, cesárea o aborto poniendo énfasis en la oferta y colocación de los métodos de larga duración (LARC) antes del alta.

Si bien la anticoncepción es importante a lo largo de toda la vida reproductiva de una persona, la AIPEO facilita la reducción de los intervalos intergenésicos cortos con el objetivo de disminuir la morbilidad materna.

Desde una perspectiva pediátrica, los intervalos cortos entre nacimientos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, muertes en niños menores de 5 años y desnutrición infantil. Desde un punto de vista obstétrico, se han asociado intervalos entre nacimientos cortos con mayor riesgo de parto prematuro, nacimiento de un bebé pequeño para la edad gestacional y de aborto espontáneo. Además el uso de la anticoncepción segura moderna y, en lo posible de larga duración, podría evitar el 32% de las muertes maternas mediante la prevención de partos inseguros, así como abortos.

% NV de madres adolescentes que han tenido hijos vivos en embarazos previos en Argentina 2010-2019



Fuente: Guía AIPEO Anticoncepción inmediata posevento obstétrico.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Guia_AIPEO_Anticoncepcion%20inmediata_pos_evento_obstetrico.pdf



2. Embarazo no planificado en la adolescencia

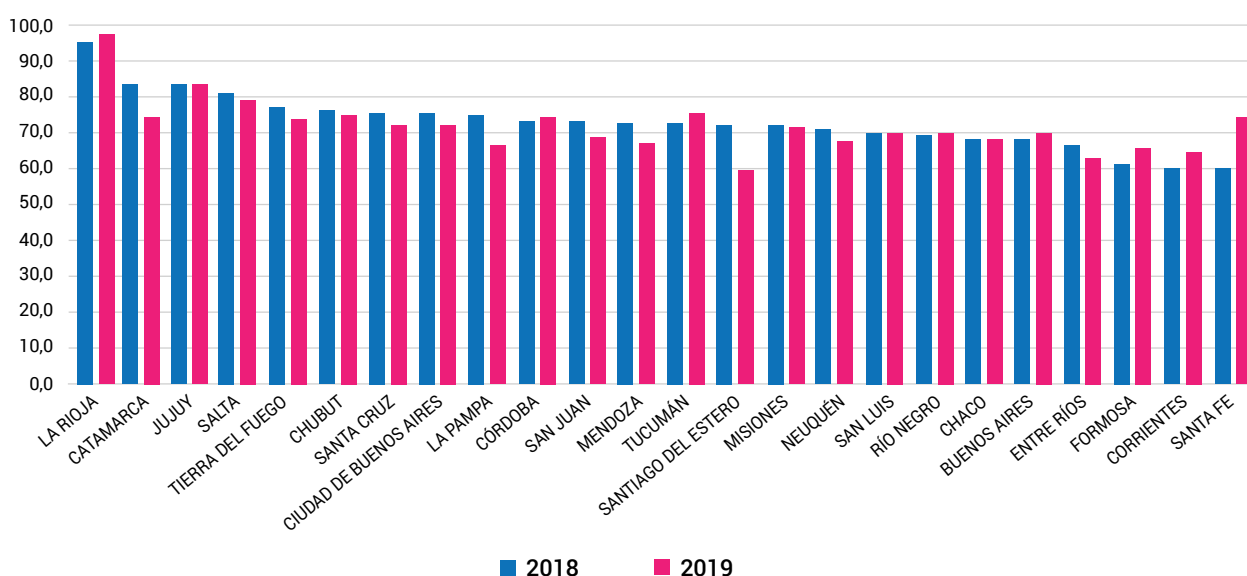
El 58,9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83,4% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales. Estos procesos en estas edades expresan en gran medida el resultado de desigualdades previas y de la exclusión social.

Las desigualdades de clase, de género, de edad que, entre otras ocasionan en muchos casos:

1. un acceso diferencial y desigual a la información, al conocimiento y a la vinculación con el propio cuerpo, a la educación y a la educación sexual, al conocimiento, accesibilidad, uso adecuado y sistemático de métodos anticonceptivos;
2. estereotipos y mandatos de género que conducen a relaciones de coerción y/o violencia;
3. obstáculos en el acceso a la Interrupción Legal de los Embarazos (ILE) y la exposición a abortos inseguros.

Diferentes investigaciones señalan que mayoritariamente los embarazos en niñas y adolescentes se explicitan como involuntarios. En Argentina 7 de cada 10 embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años (70,8%) no son intencionales. En las niñas y adolescentes menores de 15 años la cifra aumenta a 8 de cada 10 y la mayoría es consecuencia del delito de abuso sexual y violación por ello los distinguimos como embarazos forzados. La incidencia del embarazo en la adolescencia y de la no intencionalidad es marcadamente superior en las provincias del norte del país.

Porcentaje de embarazos no planificados en población de 10 a 19 años. Argentina. 2018-2019.



Fuente: Sistema de Información Perinatal, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, SAS, Ministerio de Salud de la Nación. Año 2019.



- ➔ 7 de cada 10 embarazos en adolescentes de 15 a 19 años no son intencionales
- ➔ 8 de cada 10 embarazos en menores de 15 años no son intencionales y la mayoría es consecuencia de abuso sexual y violación.



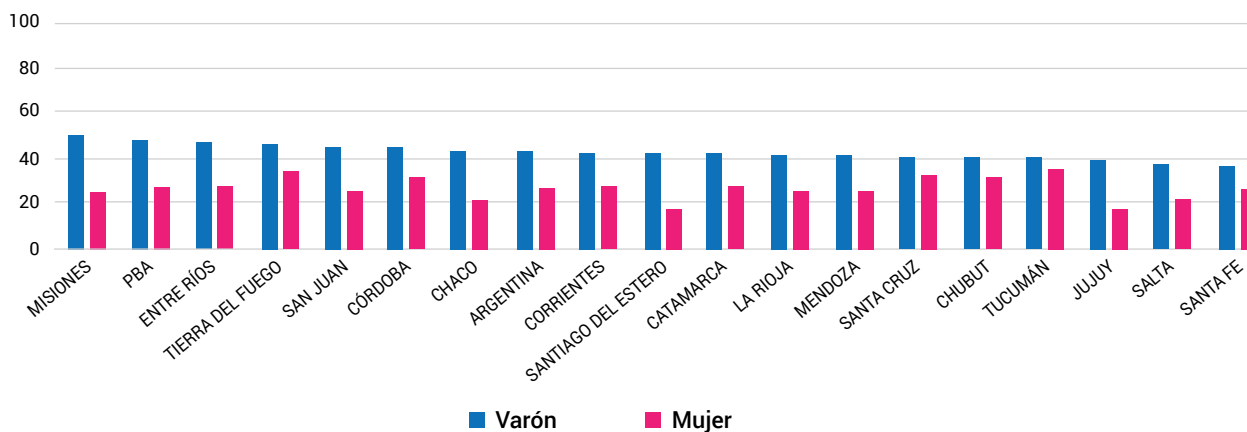
La EMSE relevó 523 escuelas en todo el país, encuestando a 57.095 alumnos de los cuales se analizaron 56.981 cuestionarios correspondientes a las edades de 13 a 17 años, con una tasa de respuesta global de 63%.

En la EMSE 2018, el 41,9% de los estudiantes de 13 a 17 años tuvieron relaciones alguna vez en su vida, siendo mayor el porcentaje en varones que en mujeres (48,1% vs 36,3% respectivamente). El 35,9% de los estudiantes de 13 a 17 tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años. También fue más frecuente en los varones que en las mujeres (44,1% vs. 25,7% respectivamente)

El 2,5% de los estudiantes de 13 a 17 años refirió haber quedado embarazada o haber dejado embarazada a alguien, sin diferencias según sexo y siendo mayor el porcentaje en el grupo de 16-17 años (3,6%) con respecto a 13-15 (2,0%).

En el grupo de 13-15 años se observó una reducción del porcentaje de estudiantes que habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta (36,9% EMSE 2012 y 31,8% EMSE 2018) y también una disminución del porcentaje de estudiantes que inició las relaciones sexuales antes de los 14 años (58,8% EMSE 2012 y 52,7% EMSE 2018).

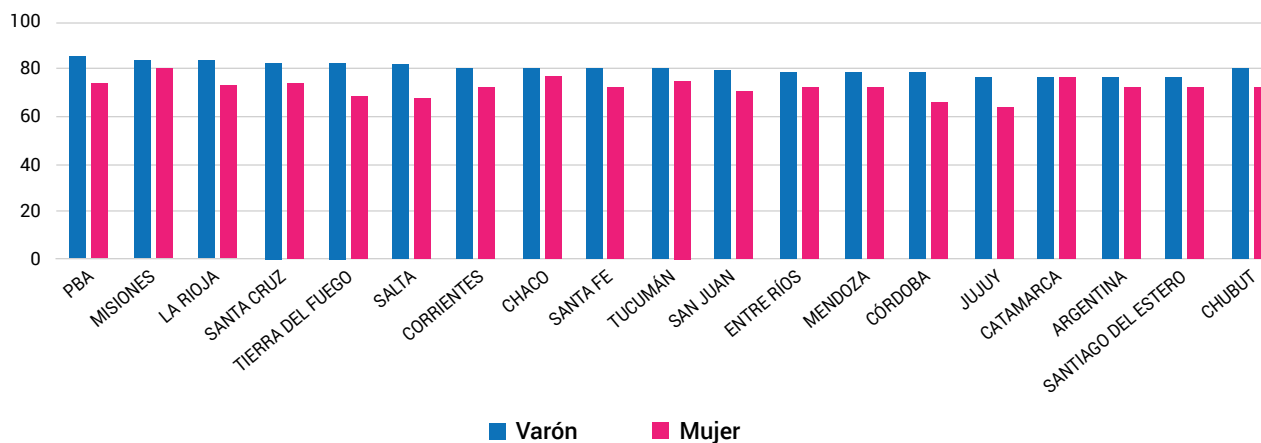
Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)



Fuente: EMSE 2018. Dirección de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Argentina.



Porcentaje de estudiantes que usaron preservativo al tener relaciones sexuales (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)



Fuente: EMSE 2018. Dirección de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Argentina



- ➔ Los varones refirieron con mayor frecuencia que las mujeres, haber tenido relaciones sexuales y haberse iniciado sexualmente antes de los 14 años.
- ➔ Se observó un descenso en el porcentaje de las relaciones sexuales al momento de la encuesta y de los adolescentes que se iniciaron sexualmente antes de los 14 años, respecto de la EMSE 2012.
- ➔ No hubo cambios en la tendencia del uso de preservativo y sin embargo, 2 de cada 10 estudiantes no los utiliza en sus relaciones sexuales.
- ➔ El embarazo adolescente aumentó con la edad y fue reportado por el 2,0% de estudiantes de 13 a 15 años y por aproximadamente el doble de estudiantes de 16 a 17 años (3,6%).



2.1. Interrupción legal/voluntario del embarazo

Los derechos reproductivos son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no hijas/os, el momento de tenerlas/os, cuántos hijas/os tener y con quién, y el espaciamiento entre sus nacimientos. Una amplísima variedad de acciones del equipo de salud se vincula con la posibilidad de ejercicio de estos derechos. La información, el acceso a métodos anticonceptivos, la atención oportuna y respetuosa son algunas de las claves en el ejercicio de estos derechos.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, son inalienables, integrales e indivisibles. Son inherentes a la condición humana, sin distinción de género, edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual, religión o se viva o no una discapacidad. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los que están directamente relacionados. (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/info-equipos-salud/enfoque-genero>)

El acceso al aborto y a una atención de calidad depende, entre otros factores, de contar con información adecuada que permita conocer la demanda real y efectiva de las prestaciones, las necesidades y disponibilidad de insumos y de recursos humanos capacitados, la identificación de efectores que garantizan la prestación y sus características, así como las barreras. Durante el año 2021 se diseñó un Sistema de información de interrupción voluntaria y legal del embarazo (SILVE). Es un aplicativo para teléfonos y web. El sistema comprende dos caracterizaciones.

Por un lado, la caracterización de los efectores:

- Dirección, localidad, provincia.
- Nivel de complejidad: centro de salud u hospital.
- Presta servicios de IVE-ILE.

Por otro lado, también incluye la caracterización de las personas asistidas y sus procedimientos por efector:

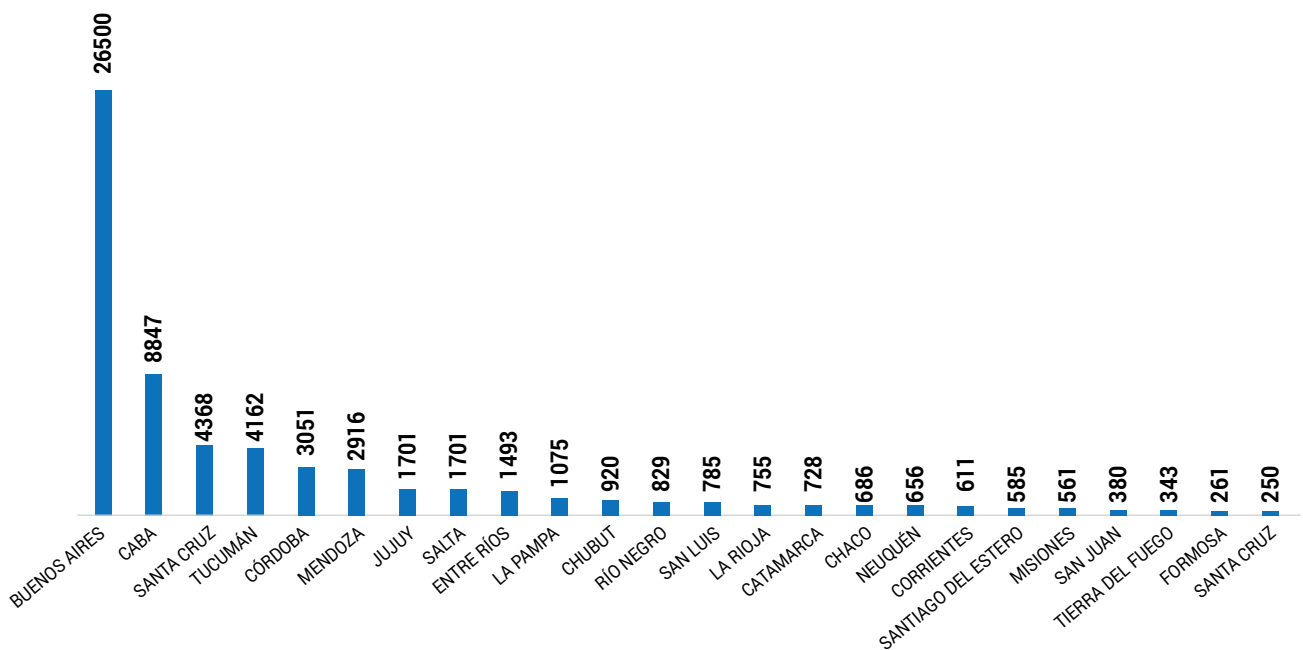
- Persona: fecha de la consulta, DNI, 2 primeras letras del nombre, 2 primeras letras del apellido, fecha de nacimiento, identidad de género, si tiene discapacidad, si tiene obra social e historia reproductiva (partos, cesáreas, abortos).
- Situación: semanas de gestación, IVE o ILE (en este caso, causal), cómo llega a la consulta (derivada, usuaria del efector, 0800, organización) y si fue derivada a otro efector (por edad gestacional, contraindicación de tratamiento ambulatorio, preferencia de la persona).
- Procedimiento: fecha, tipo de tratamiento, semanas de gestación a la resolución, complicaciones y anticoncepción post evento.



Actualmente el SILVE se encuentra en proceso de migración al sistema de producción del Ministerio de Salud de la Nación y en etapa de prueba en establecimientos de salud de dos jurisdicciones y facilitadores en los territorios.

Al 31 de diciembre de 2020 la cantidad de efectores del sistema público de salud que habían informado la realización de interrupciones legales del embarazo eran 907; al 31 de diciembre de 2021 la cantidad de efectores ascendió a 1347.

IVE/ILE informadas por jurisdicción (N). Año 2021

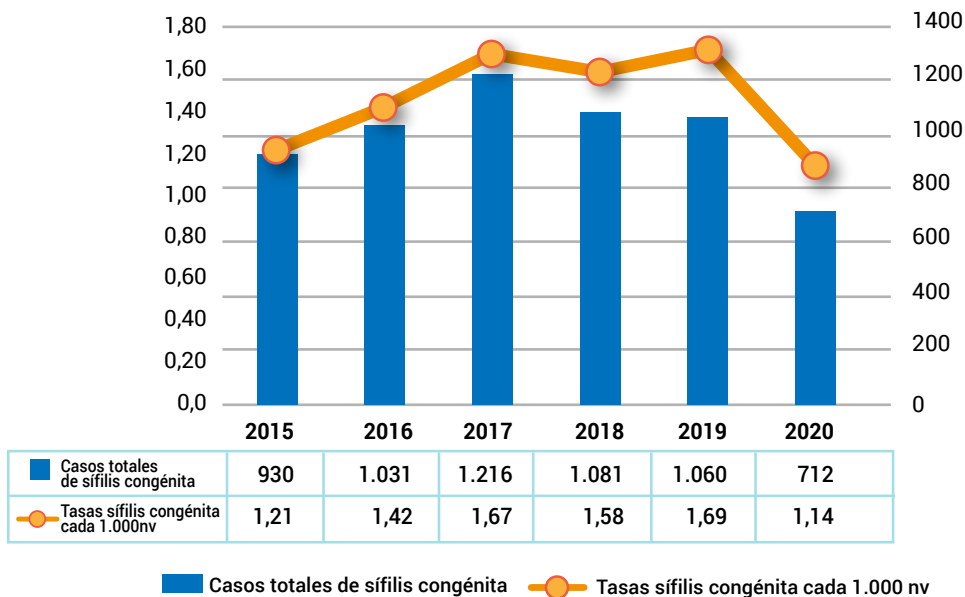
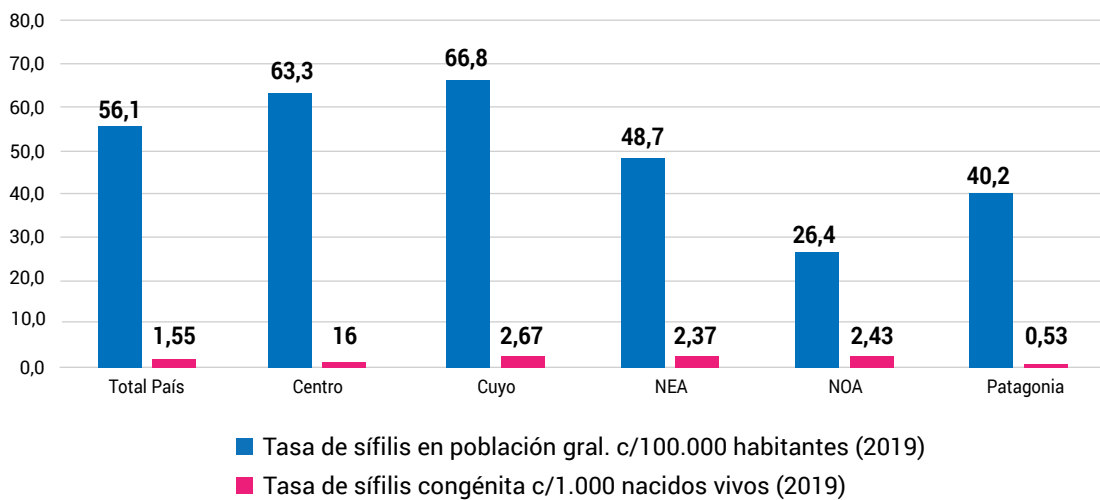




3. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones que se adquieren en la adolescencia impactan en la vida adulta. Son reflejo de situaciones de vulnerabilidad, de falta de prácticas de cuidado y ausencia de programas de concientización en la población. La generación de políticas de difusión en cuidado y protección es una medida de salud pública que permite potenciar la función del estado como garante de derechos en su población.

3.1 Sífilis aguda

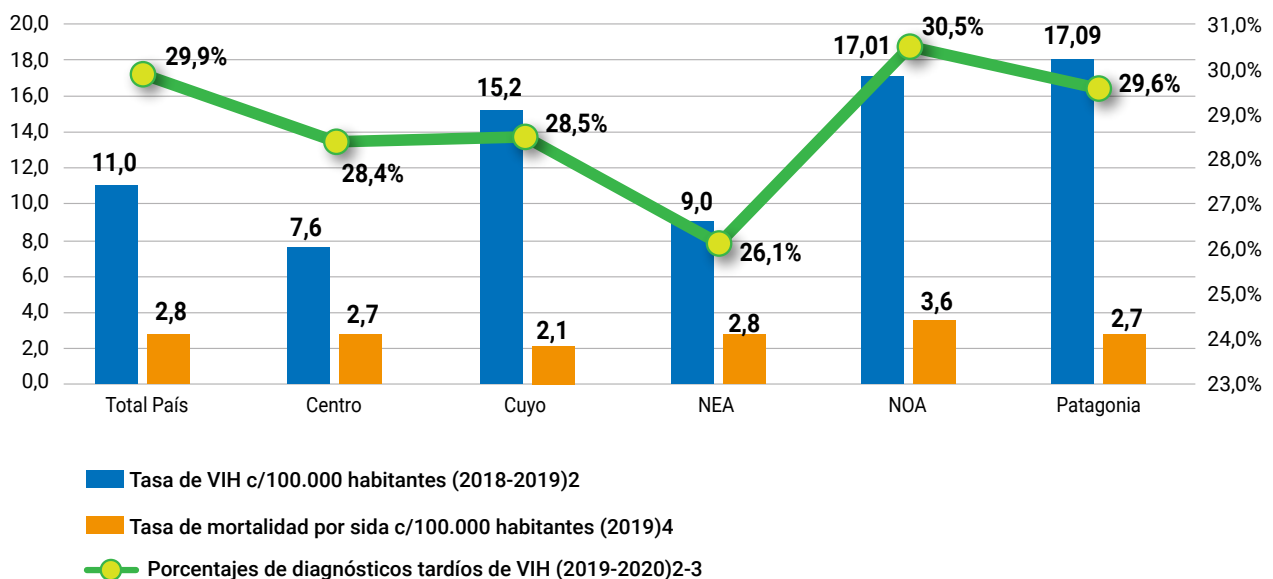
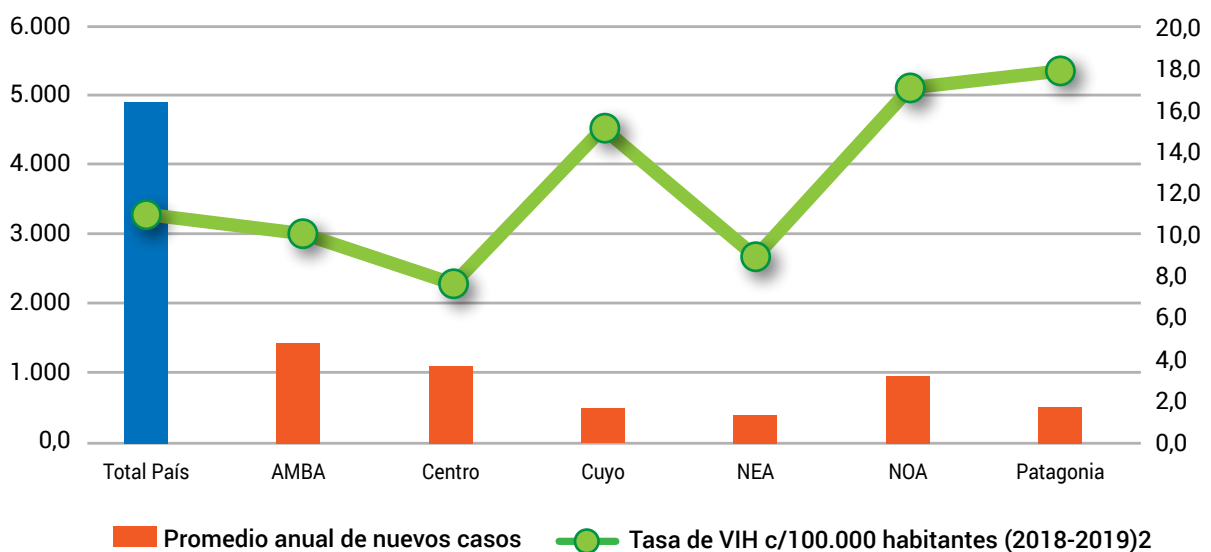




3.2 VIH

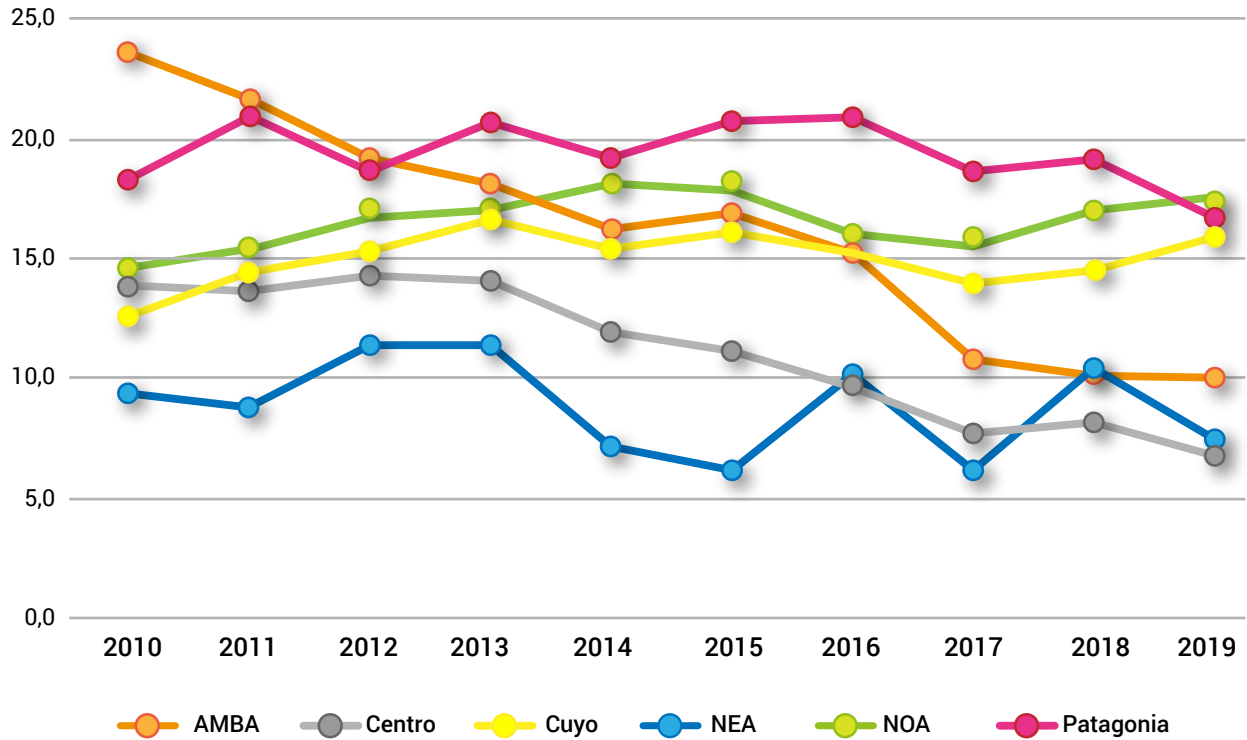
Para el año 2020 se estimaba que en Argentina viven 140.000 personas con VIH, el 83% de ellos conoce su diagnóstico. Se diagnostican un promedio de 4.500 casos por año con una mediana de edad entre 30-35 años. La tasa de VIH en Argentina (2018-2019) es de 11/100.000 habitantes con grandes brechas en el país (0,7-39,2). El 29,9% tiene diagnóstico tardío de VIH. La tasa de mortalidad por SIDA en 2019 fue de 2,8/100.000 habitantes.

Nuevos casos de VIH y tasa de VIH cada 100.000 hab. por región. Argentina. Año 2018-2019.

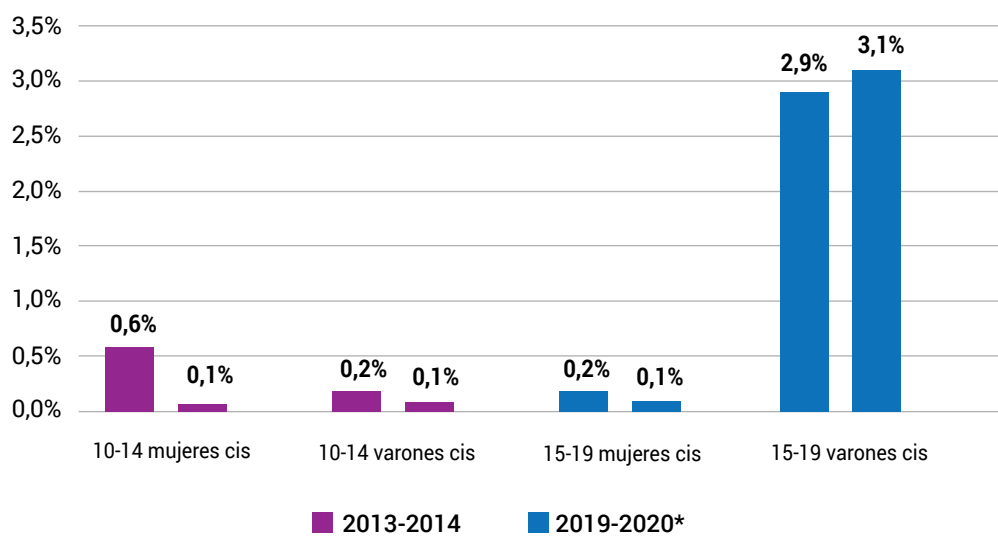




Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes por región de residencia, según sexo biológico de nacimiento.

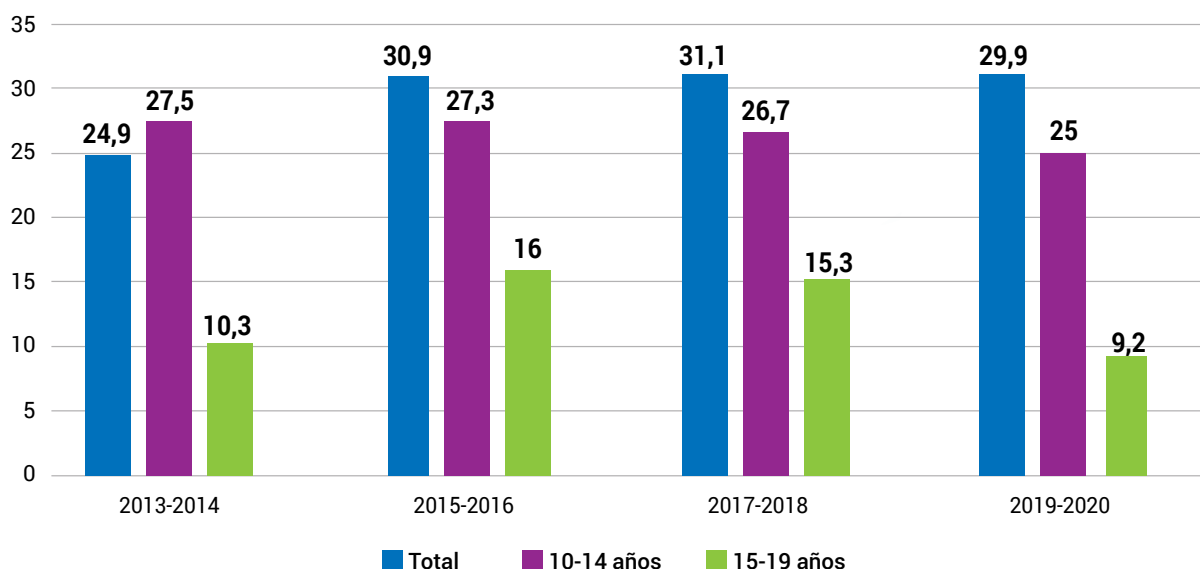


Evolución de la distribución por grupo de edad y género de los nuevos diagnósticos de VIH






% de diagnóstico tardío de infección por VIH




4. Violencias

4.1 NNYA víctimas de Violencias Sexuales

La violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (física, psicológica, económica, política, sexual, etc.) e implica la existencia de jerarquías -reales o simbólicas. Es una acción socialmente nociva, que involucra la existencia de una asimetría de poder de quien ejerce la violencia hacia quien no puede defenderse o repelerla. Las violencias son acciones, relaciones y discursos que buscan dominar y someter a las niñas, niños y adolescentes aprovechándose de la vulnerabilidad y desigualdad existente.

- 

Violencia sexual: Es la acción de someter a una persona a la voluntad de un agresor, aprovechándose de la impotencia y desvalimiento de las víctimas, con la intención de dañarla, causarle dolor y sufrimientos (físicos o mentales), despersonalizarla y dominarla sometiéndola a actos sexuales sin su autorización ni consentimiento.
- 

Abuso o violencia sexual contra NNYA: Se entiende por abuso sexual contra una niña, niño o adolescente cuando un adulto/agresor hace intervenir a un niño/a o lo usa para actos sexuales, estimularse él mismo, al niño o a otra persona. Incluyen los tocamientos, manoseos, violaciones, explotación o pornografía, obligar a una niña o niño a observar actos sexuales de otros (sean adultos o NNYA), entre otros. Pueden existir abusos sexuales realizados por un niño menor de 18 años cuando entre el agresor y la víctima existe fuerza o asimetría de poder o diferencias etarias entre el agresor y la víctima. El abuso sexual puede ocurrir en los hogares, instituciones, escuelas, lugares de trabajo, dentro de las comunidades. Los agresores pueden ser del ámbito familiar, conocidos, vecinos, o desconocidos y pueden ser de cualquier nivel socioeconómico y educativo.



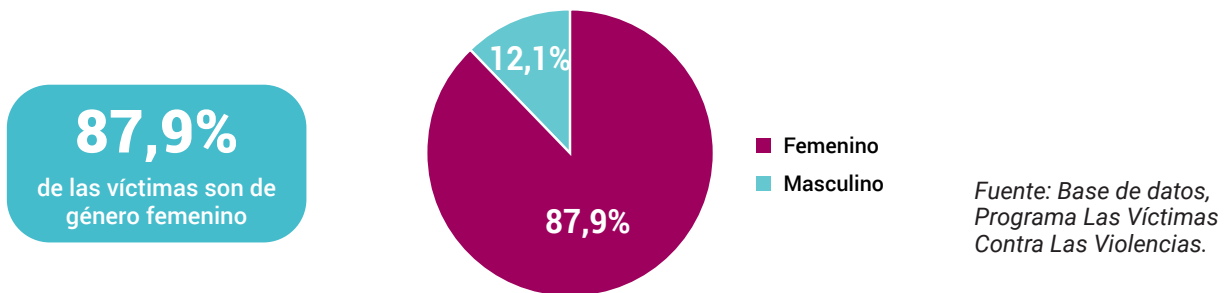
Desde octubre de 2006 a agosto de 2016 el Equipo Móvil de Atención a Víctimas del Delito contra la Integridad Sexual ha realizado: 10.511 intervenciones, 9.986 víctimas fueron atendidas de las cuales 5.239 eran NNyA (52,5%).

NNyA víctimas de Violencias Sexuales

Al observar a las NNyA víctimas de violencias sexuales atendidas en el período de tiempo analizado, se advierte que 9 de cada 10 víctimas de violencia sexual son de género femenino.

GRÁFICO 1

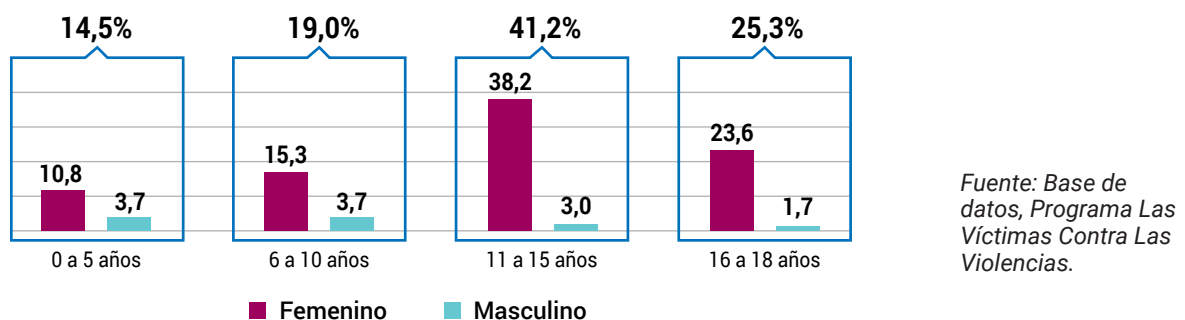
Cantidad de NNyA víctimas según género
[Oct 2006 - Ago 2016]. En porcentaje.



⇒ El total de víctimas es de 5.239, dentro de las cuales 87,9% son mujeres y 12,1% son varones. No se registraron víctimas transgénero.

GRÁFICO 2

Cantidad de NNyA víctimas por grupo etario, según género.
[Oct 2006 - Ago 2016]. En porcentaje.



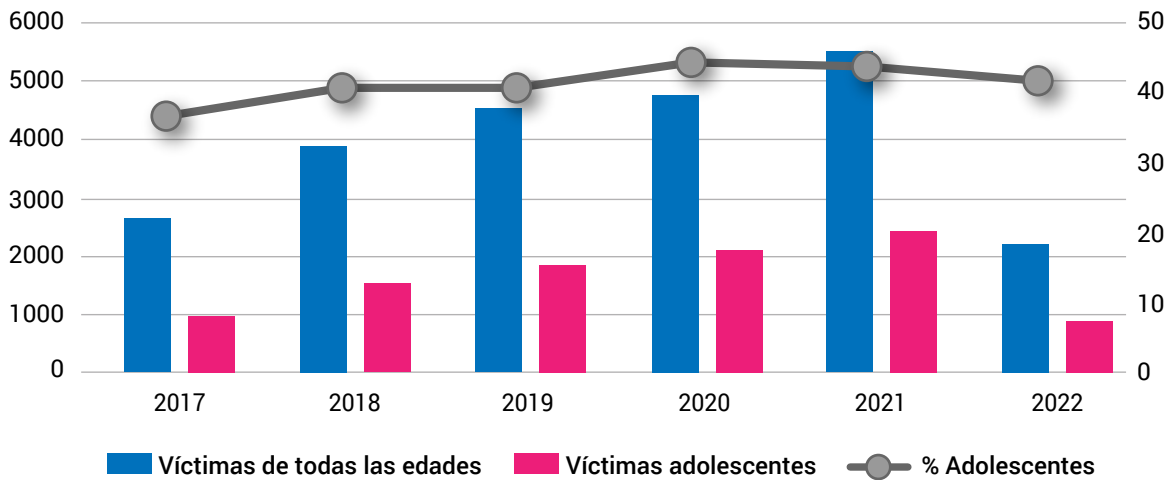
⇒ El 14,5% de las víctimas de violencia sexual es menor de 5 años de edad.

⇒ El 38,2% de las víctimas son niñas de entre 11 y 15 años.



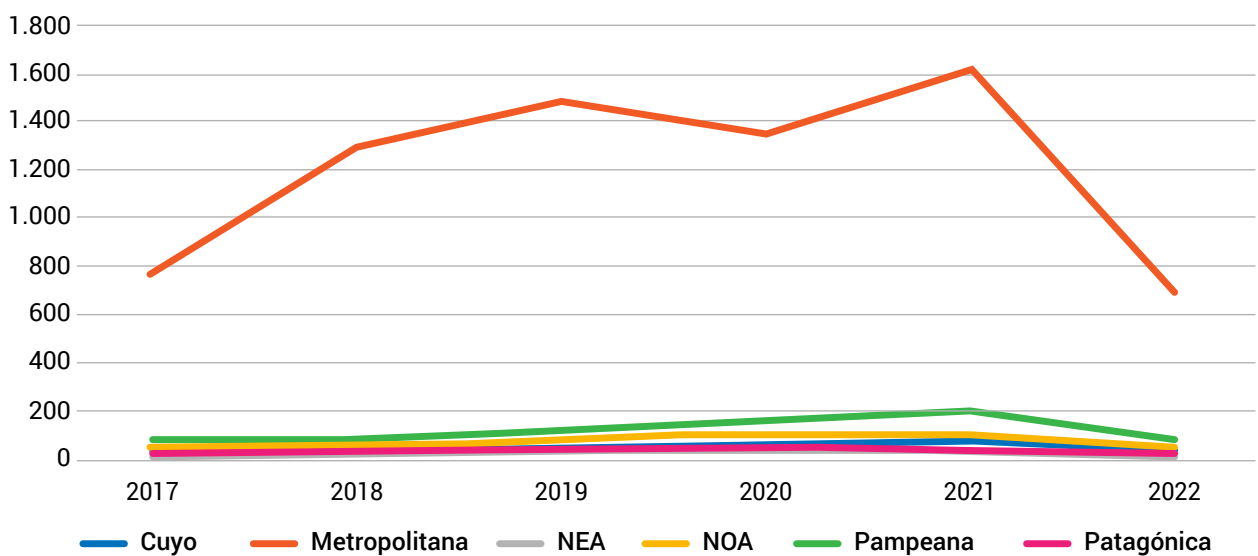
Se registra un promedio de 3900 llamados anuales denunciando abuso sexual, de ellos aproximadamente el 40% involucra adolescentes entre 10-19 años como víctimas y el 80% son mujeres.

Llamados atendidos sobre abuso sexual.
Línea 137 - Argentina.



Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Subsecretaría de Acceso a la Justicia. Programa Las Víctimas Contra Las Violencias

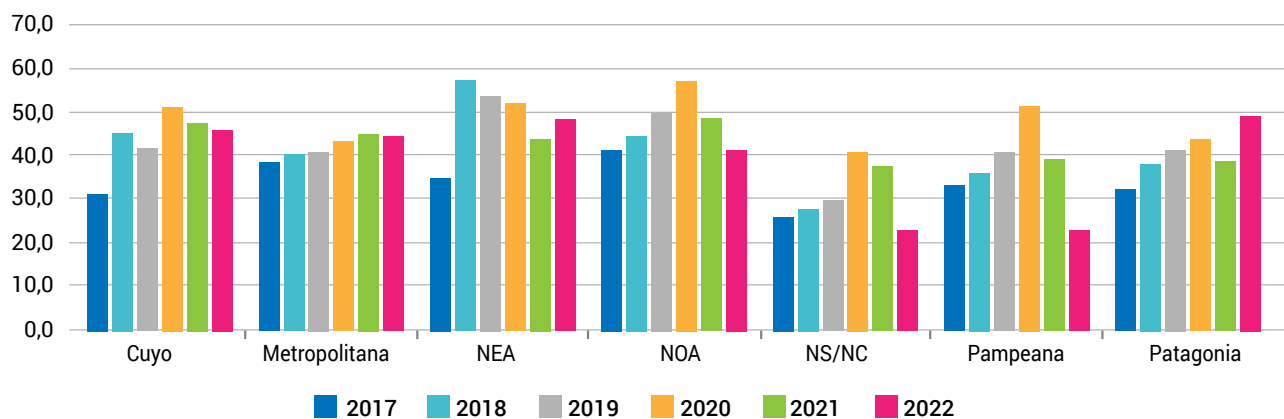
Llamados denunciando abuso sexual con víctimas entre 10-19 años (Línea 137)



Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Subsecretaría de Acceso a la Justicia. Programa Las Víctimas Contra Las Violencias



Distribución proporcional de víctimas adolescentes denunciando abuso sexual a través de línea 137



Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Subsecretaría de Acceso a la Justicia. Programa Las Víctimas Contra Las Violencias



EDUCACIÓN, TRABAJO Y HÁBITOS EN ADOLESCENTES

1. Educación - Nivel secundario

La escuela secundaria es obligatoria desde 2006, con una duración de 5 o 6 años según la estructura académica jurisdiccional. Atiende cerca de 4 millones de alumnos, siendo la población adolescente la destinataria principal de la educación secundaria común partiendo de diferentes condiciones sociales y familiares que influyen en el acceso, las trayectorias y los aprendizajes. La "trayectoria" puede ser mayor en función del modo en que las y los adolescentes cursan su escolaridad (repetencias, interrupciones, etc.).

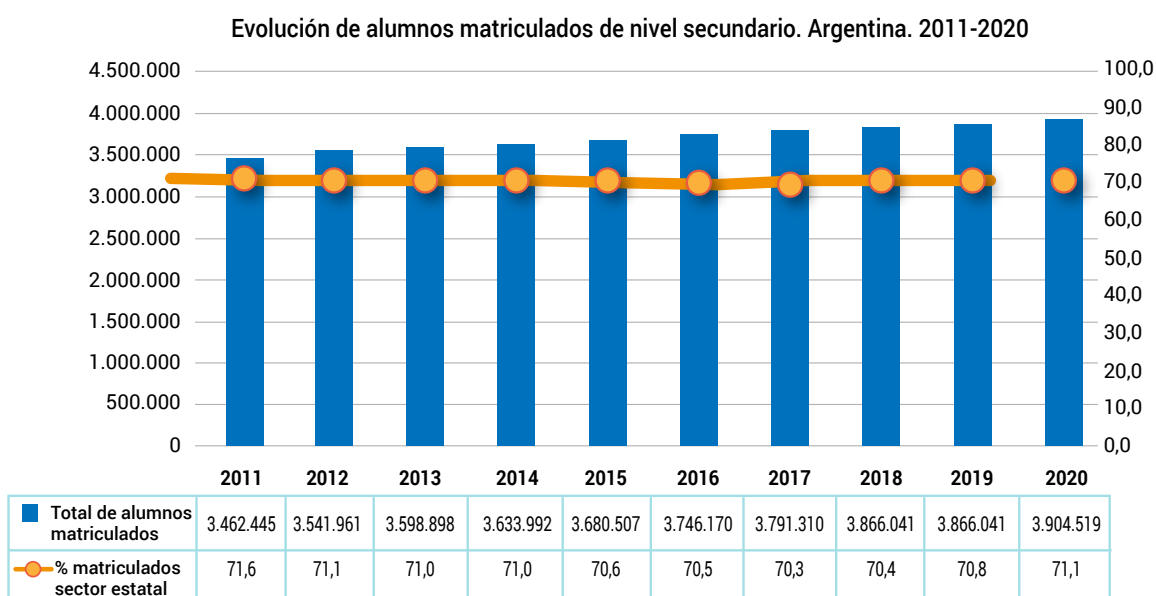
Según datos del segundo semestre de 2021, más de la mitad (51,4%) de las personas de 0 a 14 años son pobres.¹²

Es importante señalar que el sistema educativo en todos sus niveles sigue siendo mayoritariamente de financiamiento estatal (70%), aunque las proporciones entre público y privado varían por nivel y por jurisdicción.

1.1. Matriculación y oferta educativa.

El crecimiento de la matrícula secundaria de la educación común muestra una tendencia en ascenso y es cercano al 13% desde 2011.

GRÁFICO 1. Matriculación del nivel secundario común (no incluye educación especial ni educación para jóvenes y adultos). 2011-2020. Argentina



Fuente: Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa.
<https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun>

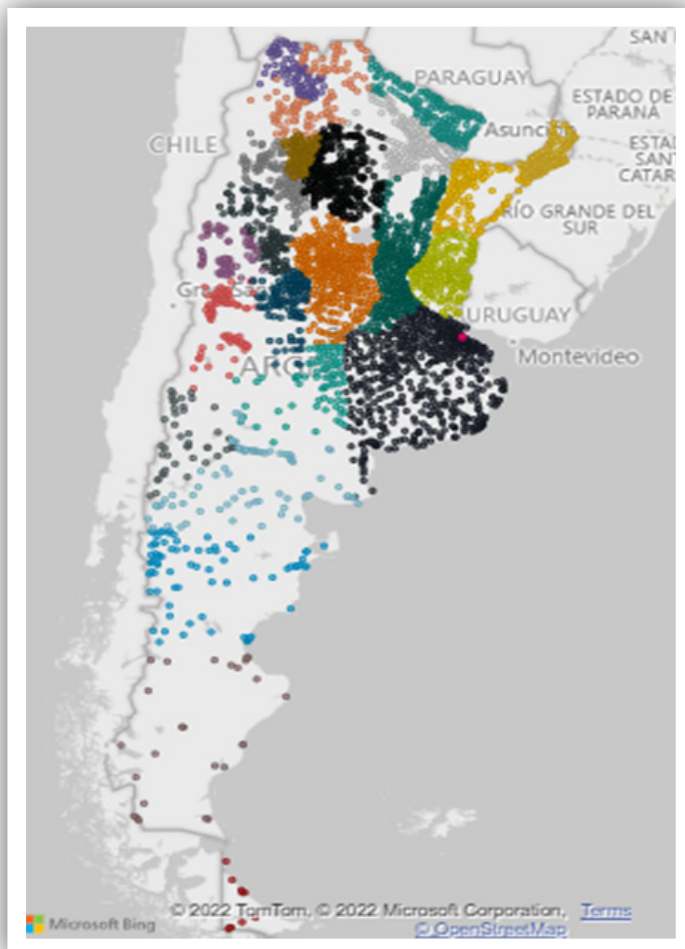
12. Informes técnicos. Vol. 6, nº 60 ISSN 2545-6636 Condiciones de vida. Vol. 6, nº 4 Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2021 ISSN 2545-6660 Instituto Nacional de Estadística y Censos https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_22F5E124A94B.pdf



La información más importante relativa al contexto demográfico en que se desenvuelve el sistema educativo refiere la estabilización de la cantidad de población en las edades de la educación obligatoria. Las proyecciones poblacionales en el grupo de 5 a 19 años indican un 2,2% de crecimiento entre 2010 y 2020. Este moderado crecimiento demográfico de las edades asociadas a la educación obligatoria redundará en una menor presión sobre el sistema educativo en cuanto a la necesidad de expandir la oferta. Sin embargo, el factor demográfico no es el único que explica la necesidad (o no) de expandir la oferta. También los diferentes niveles de inclusión según grupos de edad y ámbitos geográficos son determinantes para el diagnóstico.

La oferta de unidades de servicio donde se dicta educación común en el nivel secundario cuenta con 13.500 escuelas secundarias, localizando un 75% de las unidades en el ámbito urbano. Solo un 13% de las unidades ofrecen la modalidad técnica.

GRÁFICO 2. Localización y oferta de unidades educativas del nivel secundario. 2020. Argentina



Fuente: Ministerio de Educación.
Evaluación e Información Educativa.
<https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun>



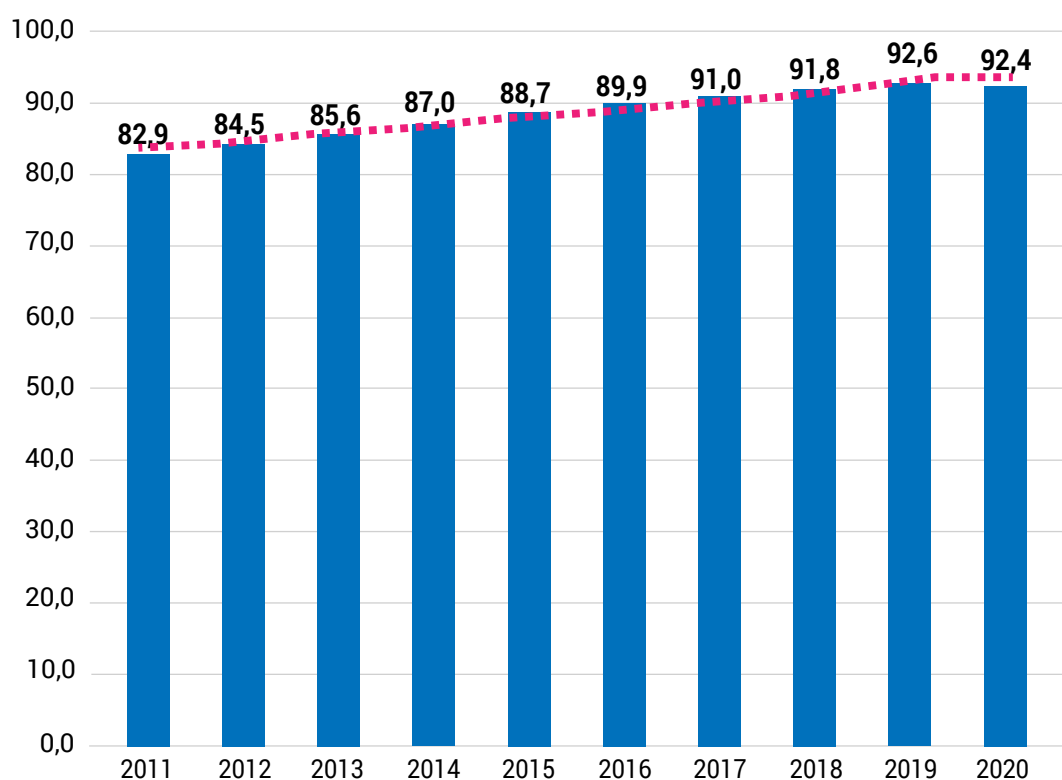
1.2. Tasa de escolarización.

La tasa neta de escolarización es un indicador fundamental para analizar la cobertura de los distintos niveles e indica el acceso a la educación. Es importante resaltar que el dato de matrícula 2020 se tomó al 16 de marzo, fecha en que se decretó el cierre de escuelas. En ese sentido, los datos del 2020 no permiten observar el impacto de la pandemia en la asistencia.

El promedio nacional de escolarización del último en el nivel secundario es del 91%, es decir que todavía uno de cada diez estudiantes en edad de asistir al nivel no lo está haciendo.

La tasa de escolarización se mantuvo elevada aún en 2020, a pesar del contexto de la pandemia por COVID-19.

GRÁFICO 3. Tasa neta de escolarización del nivel secundario. 2011-2020. Argentina

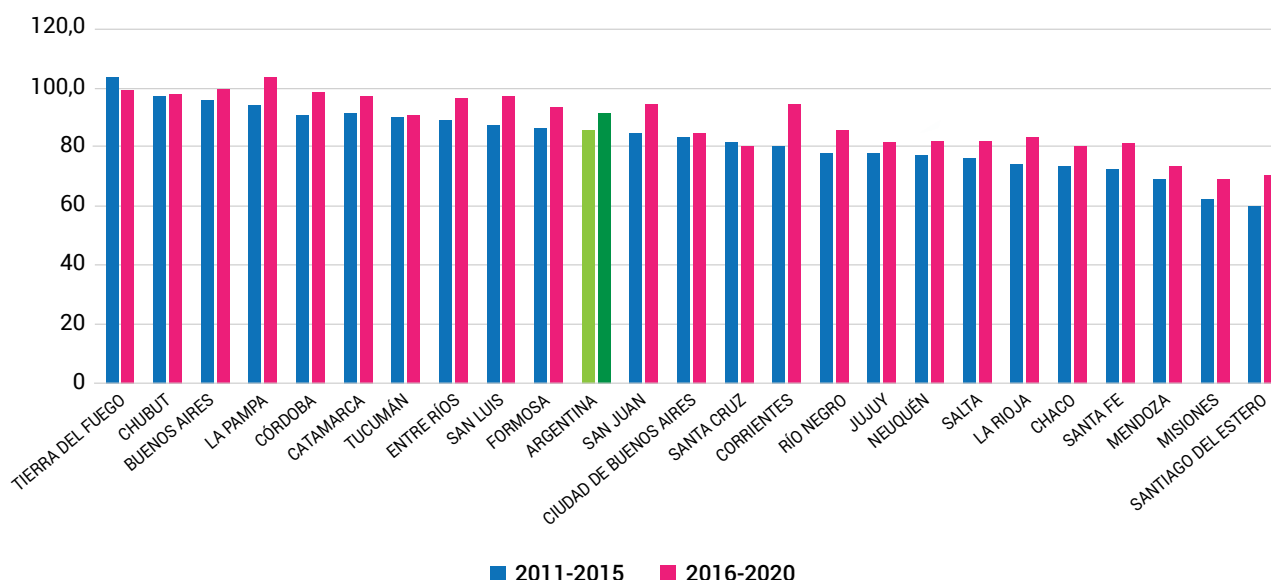


Fuente: Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa.
<https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun>

Al comparar la tasa de escolarización de los quinquenios 2011-2015 y 2016-2020, observamos que en el último quinquenio la escolarización aumentó en todas las jurisdicciones, con mínimas variaciones según regiones (Gráfico 4).



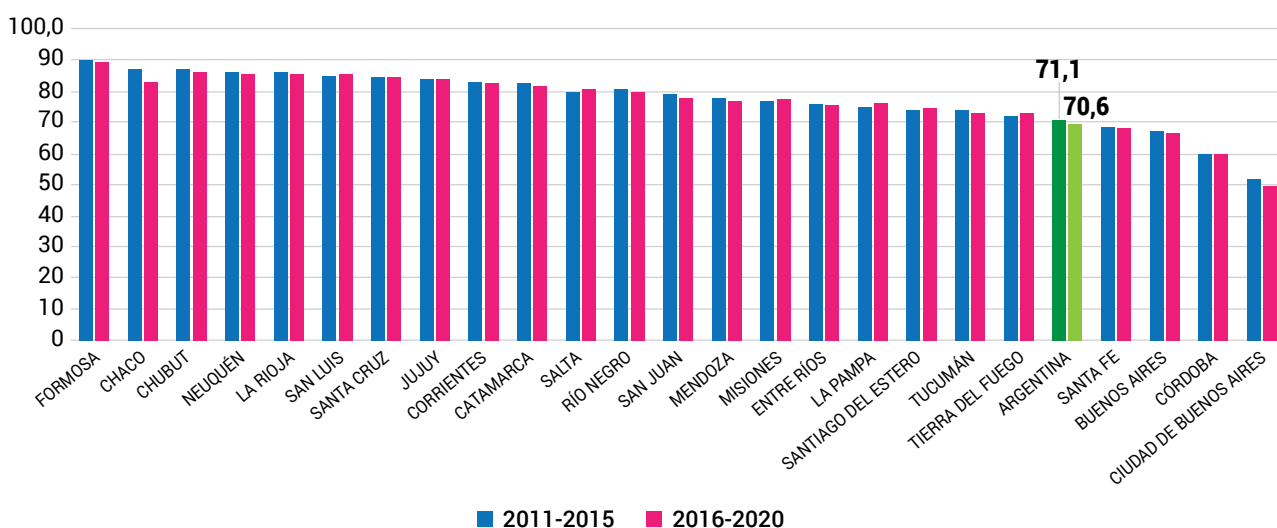
GRÁFICO 4. Tasa neta de escolarización 12-17 años por jurisdicción, comparando 2 periodos (2011-2015 y 2016-2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.

En ambos periodos, la escolarización del sector estatal mostró amplias brechas entre las jurisdicciones, de hasta un 40 %. En CABA, el 50% de los alumnos secundarios concurren a escuelas del sector privado (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. Tasa de escolarizados 12-17 años del sector estatal por jurisdicción, comparando dos quinquenios (2011-2015 y 2016-2020).

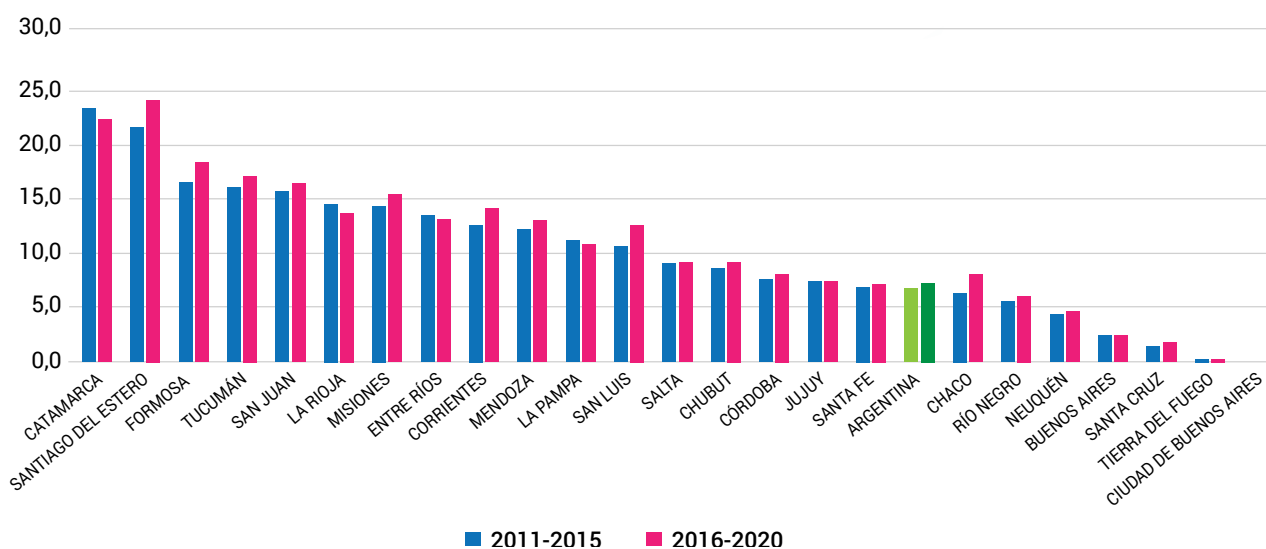


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.



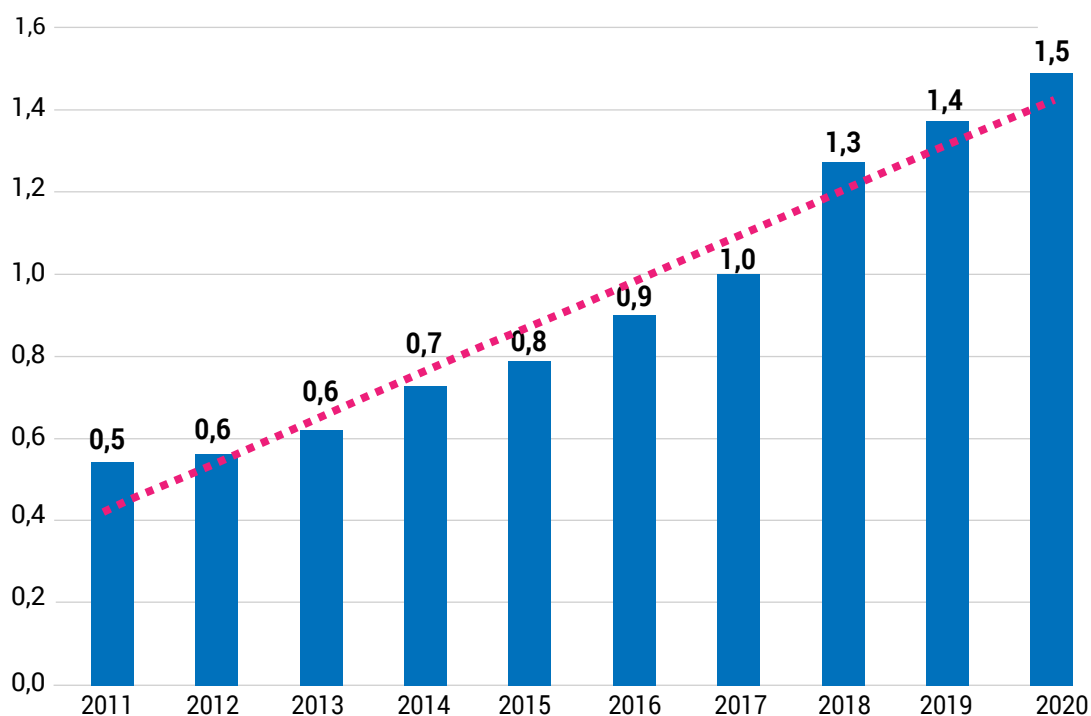
En ambos periodos, se observa una desigual proporción de matrícula que asiste a escuelas estatales en cada jurisdicción.

GRÁFICO 6. Proporción de escolarizados de 12-17 años en el ámbito rural por jurisdicción, comparando dos quinquenios (2011-2015 y 2016-2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC

GRÁFICO 7. Proporción de alumnos con discapacidad en relación al total de la matrícula del nivel secundario. Argentina. 2011-2020.

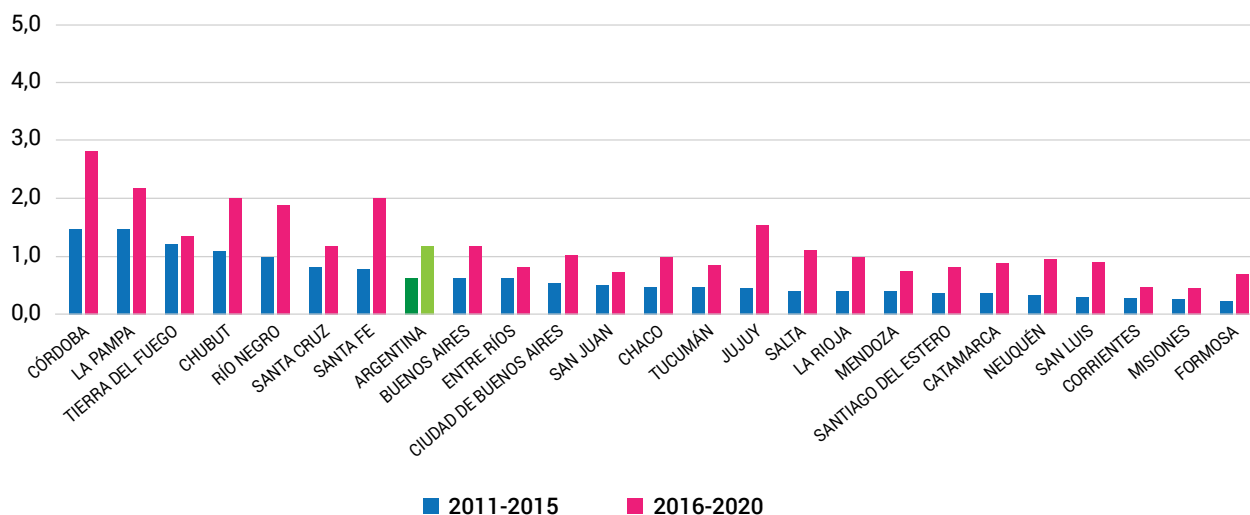


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.



La matrícula de alumnos con discapacidad en modalidad de educación común se triplicó en los últimos 10 años. En el último quinquenio la escolarización de alumnos con discapacidad aumentó considerablemente en todas las jurisdicciones (Gráfico 8).

GRÁFICO 8. Tasa de escolarizados 12-17 años con discapacidad por jurisdicción, comparando 2 periodos (2011-2015 y 2016-2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.

1.3. Tasa de promoción efectiva

La tasa de promoción nos permite evaluar en qué proporción los estudiantes inscriptos en un año de estudio de un nivel educativo dado logran promover al año de estudio siguiente y continuar con su progresión escolar esperada. En el nivel secundario en 2019, la tasa de promoción efectiva del nivel fue del 83%, con una mejora tendencial en los indicadores de trayectorias de la educación media, es decir, 8 de cada 10 estudiantes promovieron un determinado año de estudio.

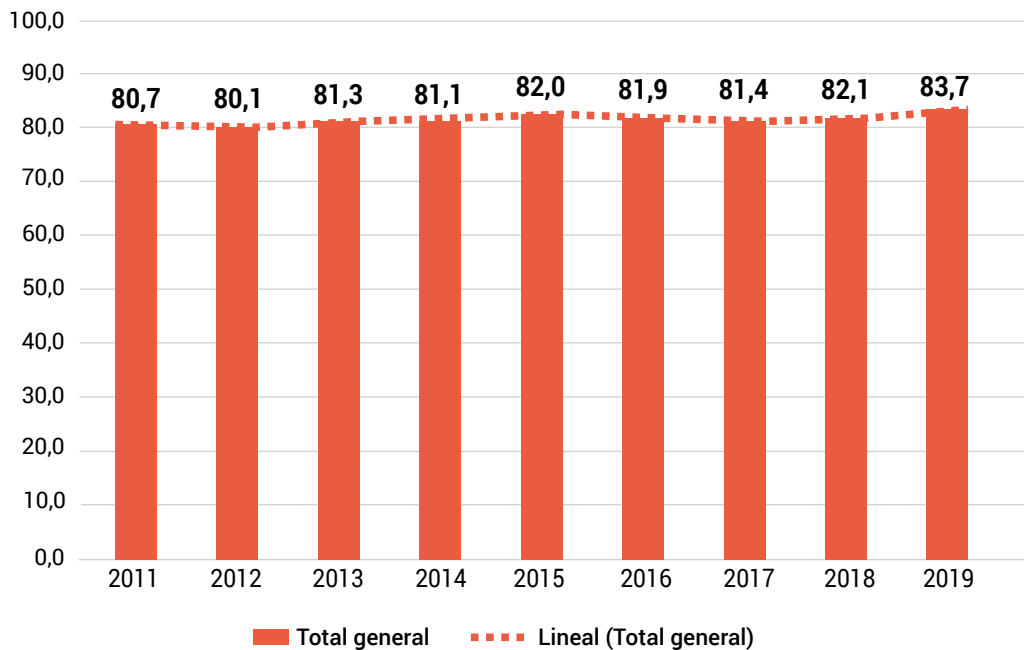
Entre 2011 y 2019 –último año con información disponible– se observa un incremento de la promoción de 3 puntos porcentuales.

En el 2020, por la pandemia, el Consejo Federal de Educación modifica el régimen de promoción al considerar como unidad pedagógica ambos ciclos lectivos, la evaluación respecto de la condición de promoción o repitencia se extiende en el tiempo.¹³ Los chicos que adeudaban más de dos materias pasaron de año bajo la figura de “promoción acompañada”, teniendo que recuperar los contenidos pendientes durante 2021.

13. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res_368_if-2020-57963511-apn-sgcfeme.pdf



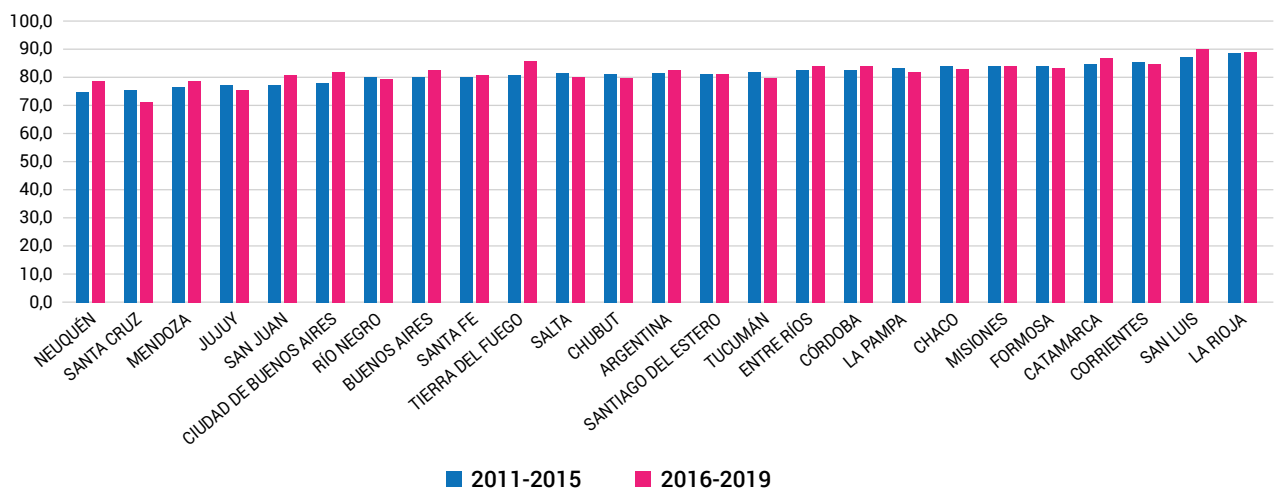
GRÁFICO 9. Tasa de promoción efectiva del nivel secundario. 2011-2019. Argentina



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.

En el último quinquenio la promoción se mantuvo estable en casi todas las jurisdicciones (Gráfico 10).

GRÁFICO 10. Tasa de promoción efectiva del nivel secundario por jurisdicción, comparando 2 periodos (2011-2015 y 2016-2020).



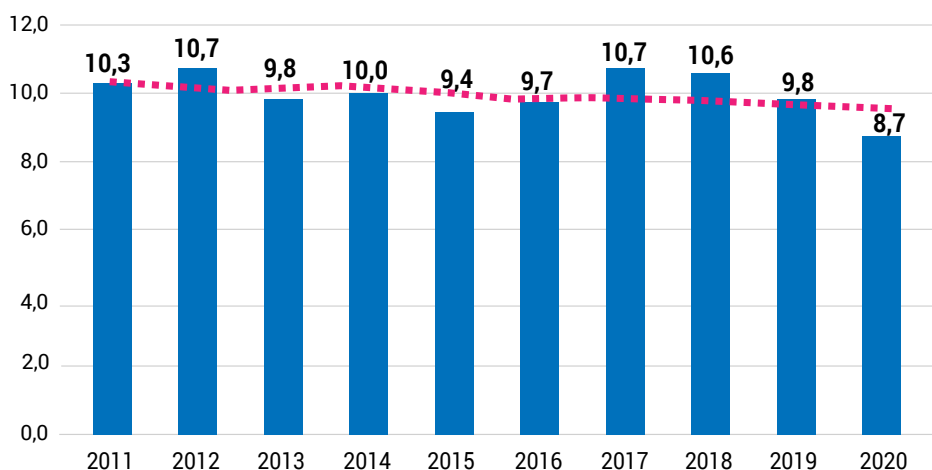
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.



1.4. Tasa de Repitencia

La tasa de repitencia en el nivel secundario entre 2011 y 2020 no registró cambios significativos manteniéndose en valores cercanos al 10%, con una tendencia en descenso; en el 2020, motivado por la pandemia, el Consejo Federal de Educación acordó eliminar la repitencia teniendo que recuperar los contenidos pendientes durante el 2021 para poder aprobar las asignaturas.

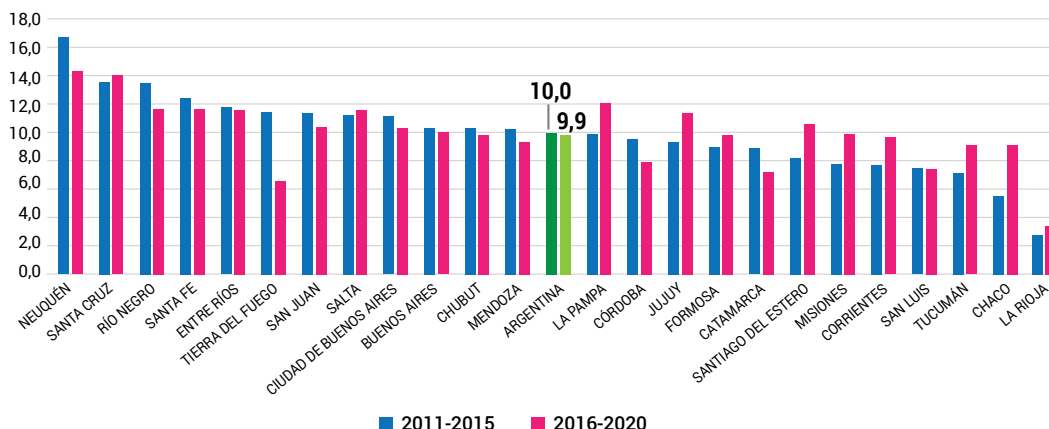
GRÁFICO 11. Tasa de repitencia del nivel secundario. 2011-2020. Argentina



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.

La repitencia es cinco veces más alta en las escuelas de gestión estatal que en las de gestión privada. Es posible que el indicador esté sobreestimado para el sector estatal y subestimado para el privado. Esto se debe a que en algunos casos los estudiantes que no promueven en el sector privado migran al sector público y son contabilizados como alumnos repitentes en este último sector.

GRÁFICO 12. Tasa de repitencia del nivel secundario por jurisdicción, comparando 2 periodos (2011-2015 y 2016-2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.

Se observa gran heterogeneidad y amplias brechas de hasta 5 veces entre jurisdicciones

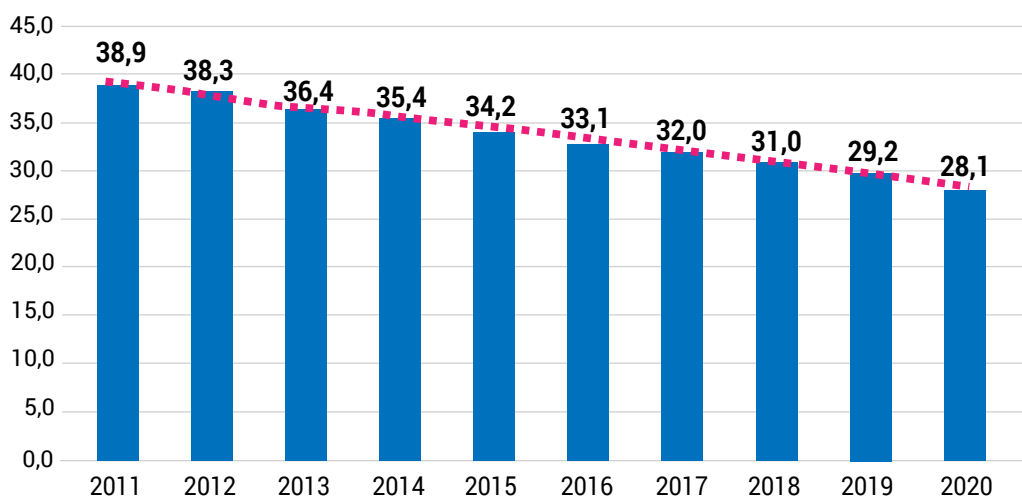


1.5. Tasa de sobreedad

Constituye un indicador acumulativo. Un/una estudiante con sobreedad es quien tiene uno o más años de la edad definida teóricamente para cada año de estudio, ya sea porque repitieron, ingresaron tardíamente al circuito escolar o que abandonaron transitoriamente el sistema y se han reincorporado posteriormente.

La sobreedad en el nivel secundario es más del doble que la del primario. La tendencia en todas las jurisdicciones es en descenso en los últimos años.

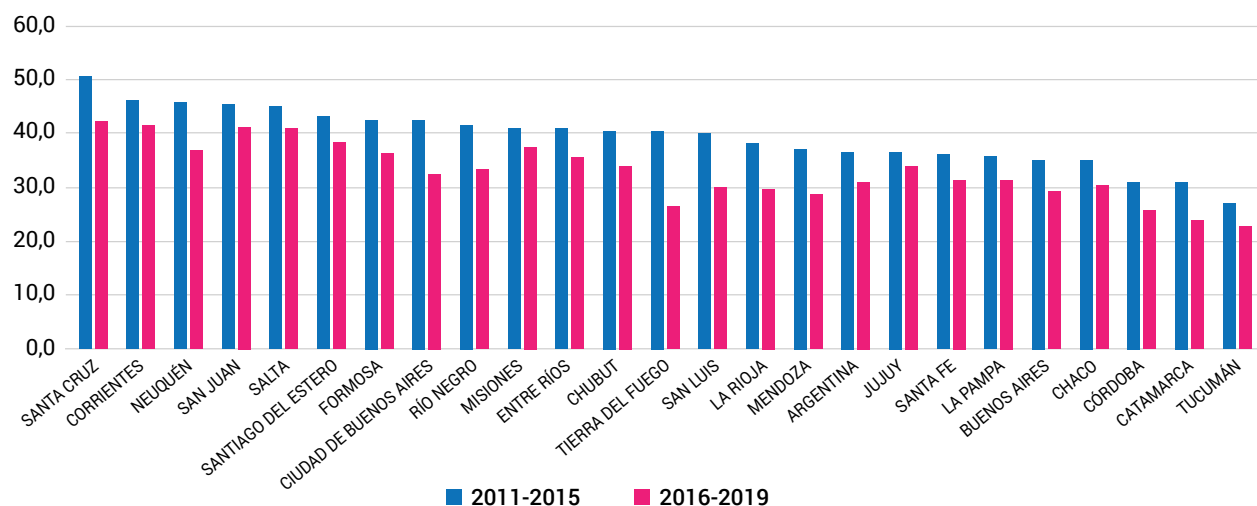
GRÁFICO 13. Tasa de sobreedad del nivel secundario. 2011-2020. Argentina



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.

En el último quinquenio la sobreedad muestra un descenso en todas las jurisdicciones.

GRÁFICO 14. Tasa de sobreedad del nivel secundario por jurisdicción, comparando 2 periodos (2011-2015 y 2016-2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/nivel/secundario-comun> y de Proyecciones poblacionales 2010-2040 de INDEC.



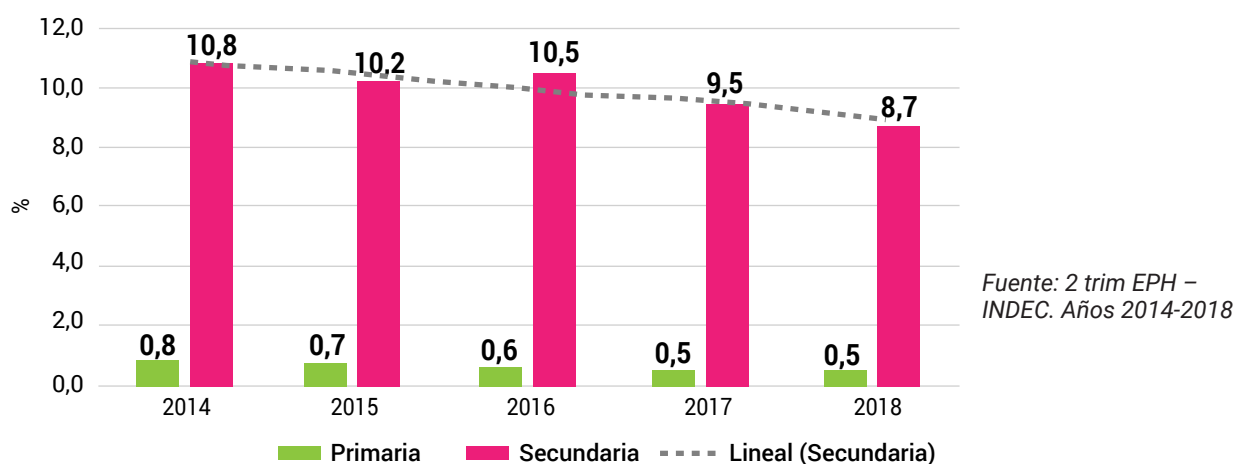
1.6. Tasa de abandono interanual

El abandono interanual es el porcentaje de alumnos matriculados en un determinado grado/año de estudio que no vuelve a matricularse al año lectivo siguiente como alumno nuevo, repitiente o reinscripto.

En el nivel secundario, en 2018, la tasa de abandono alcanzó el 9% pero vemos que desde 2014 hasta 2018 se observa un continuo descenso de este indicador que representa una disminución de 2 puntos porcentuales entre los extremos de la serie.

De todas formas, 1 de cada 10 adolescentes abandona los estudios con amplias brechas entre jurisdicciones y queda pendiente evaluar aun el impacto de la pandemia sobre este indicador.

GRÁFICO 15. Tasa de abandono interanual del nivel secundario. 2014-2018. Argentina



La escuela secundaria es esencial para que los jóvenes adquieran las competencias que les ofrezcan posibilidades de insertarse en el nuevo mundo laboral, caracterizado por acelerados avances tecnológicos. La igualdad de oportunidades es esencial en una sociedad en la que la justicia social no sea simple retórica. Sin inclusión educativa, no podremos abatir una pobreza que hoy es laboralmente excluyente.

Según el Barómetro Social de la UCA, en 2019, la pobreza afectaba al 40 por ciento de las familias. Pero esta proporción descendía a 23% entre quienes habían completado la escuela secundaria, mientras trepaba al 57% entre quienes no la habían terminado. La pobreza afecta principalmente a quienes no pudieron avanzar más allá de la escuela primaria. Un buen sistema escolar asegura altos niveles de conocimientos a sus alumnos, pero no se puede agotar en esto, sino que además debe apuntar a eliminar aquellas desigualdades en materia de conocimientos de los alumnos que dependen esencialmente del nivel socioeconómico de sus familias.¹⁴

14. Centro de estudios de la educación argentina. Universidad de Belgrano. La importancia social de la escuela secundaria en este siglo. Año 9 - N° 98 noviembre 2020 http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/9114/CEA_noviembre_2020.pdf



La repitencia y la sobreedad están vinculadas al abandono escolar. Ambas provocan baja autoestima y desmotivación en los alumnos afectados, incrementa los costos del sistema educativo, y dificulta el manejo del aula.¹⁵ La posibilidad de repetir de grado es mayor para alumnos en condiciones de marginalidad social y económica, por lo que la repitencia tiende a reproducir desigualdades y a diferenciar trayectorias educativas.¹⁶

Los factores que aparecen relacionados con la deserción escolar, son en primera medida, la situación socio económica, la repitencia, la sobre edad, la falta de acompañamiento familiar. Otro factor importante a la transición entre niveles, del primario al secundario. El pasaje de la escuela primaria a la secundaria supone cambios y el inicio de nuevas rutinas en otras lógicas institucionales. Las capacidades, los saberes, las destrezas y habilidades adquiridas durante en la escuela primaria se ponen en tensión a la hora de confrontar con otras reglas que regulan la organización de la escuela secundaria. El paso de uno a varios docentes, así como sus mayores niveles de exigencia académica, son elementos que dificultan la fluidez y adaptación de los estudiantes a estos nuevos entornos de convivencia y aprendizaje. Finalizando con el análisis de las causas o factores posibles de deserción, encuentra como dato importante que el bullying y otros tipos de violencia en las instituciones escolares, obstaculizan un normal desarrollo de la enseñanza aprendizaje, contaminando la interacción entre los estudiantes. El maltrato escolar en la secundaria o en cualquier otro nivel escolar, puede desencadenar la deserción o fracaso escolar, generando en los estudiantes sentimientos de inferioridad, timidez o angustia.¹⁷

Según Ivan Matovich, cada 100 estudiantes que empiezan la secundaria, sólo 50 terminan y otros 15 recién lo hacen en alguna modalidad de educación para adultos. De esos 100, solo 27 terminan en tiempo y forma.¹⁸

Otro elemento que evaluar tiene que ver con los aprendizajes, donde más allá de los sistemas de evaluación puestos en práctica en el último tiempo, como las pruebas Aprender, se observa que 7 de cada 10 jóvenes que terminan la escuela secundaria no alcanzan los niveles de conocimiento satisfactorios de Matemáticas y 4 de cada 10, en Lengua. Y algo más a evaluar es la desigualdad socioeconómica, por ejemplo, en cuanto a los conocimientos satisfactorios en Matemáticas, 9 de cada 10 estudiantes situados en el nivel socioeconómico más pobre, no alcanzan los objetivos. Y el otro aspecto es la desigualdad territorial, por ejemplo, un estudiante que nace en la ciudad de Buenos Aires tiene más posibilidades de tener aprendizajes de calidad y mantenerse en la escuela que otro nacido en Chaco.¹⁹

15. Brophy, J. E. (2006). *History of research in classroom management*. In C. Evertson & C. Weinstein (Eds.), *Handbook of Classroom Management: Research, practice, and contemporary issues* (pp. 17-43). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

16. López, N. y Gluz, N. (2002) *Estrategias sistémicas de atención a la deserción, la repitencia y la sobreedad en escuelas de contextos desfavorecidos: Un balance de los años '90 en la Argentina*. OEA MECT

17. González María Valeria. “Deserción, Desafío, Inclusión”. Universidad siglo 21. 2020. <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/18591/Gonzalez%20Maria%20Valeria%204ta%20Entrega%20de%20PTFG-1%20%282%29%20-%20Maria%20Valeria%20Gonzalez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Iván Matovich. *Para bajar la deserción en la secundaria se deben proteger las trayectorias escolares con un sistema integral de acompañamiento*. CIPPEC Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. <https://www.cippec.org/textual/para-bajar-la-desercion-en-la-secundaria-se-deben-protger-las-trayectorias-escolares-con-un-sistema-integral-de-acompanamiento/>

19. Ministerio de Educación de la Nación. *Evaluación de la educación secundaria en Argentina 2019/ 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación, 2020.*

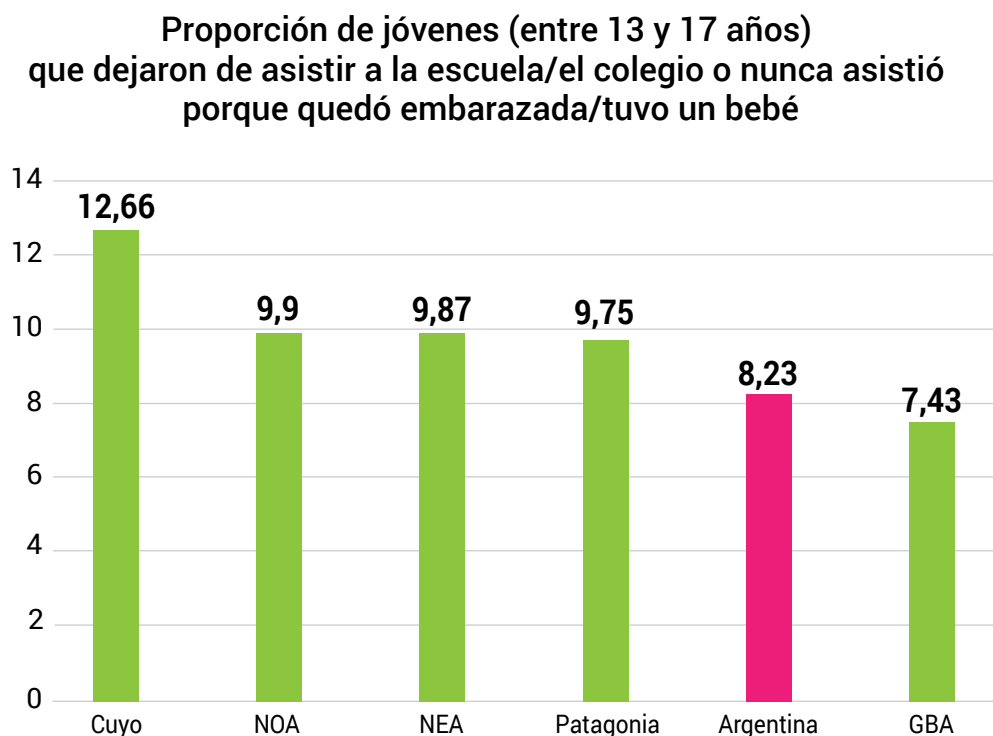


1.7. Abandono escolar por embarazo

Los embarazos en la adolescencia comprometen negativamente las posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo; están fuertemente asociados a la deserción escolar. El abandono escolar producto de un embarazo merece una mención especial, ya que el embarazo no intencional se asocia fuertemente con la deserción escolar y además tiene implicancias a largo plazo en las posibilidades de estas madres adolescentes de insertarse en el mercado laboral.

Según datos del INDEC 2017, el abandono por embarazo representó el 8% de las causas de deserción escolar, con valores dispares entre las distintas regiones del país. Esta situación sumada al resto de las dificultades en las trayectorias escolares de los adolescentes que fuimos mencionando marca una problemática concreta sobre la cual debemos trabajar especialmente en la prevención y eventualmente el apoyo en cada caso.

GRÁFICO 16. Tasa de abandono escolar por embarazo. Total Argentina y por región. 2017



Fuente: Elaborado a partir de la Encuesta Nacional de actividad de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA-Urbana) 2017. INDEC



El abandono o interrupción de la escolaridad muchas veces deja en evidencia la incapacidad del sistema educativo para acompañar las trayectorias educativas de madres/padres adolescentes, el formato rígido de la propuesta pedagógica, falta de estrategias de acompañamiento para madres/padres adolescentes, articulación con espacios de cuidado, etc. Es de tener presente que los embarazos y las maternidades en la adolescencia resultan más frecuentes entre quienes tienen menor nivel educativo, lo cual expone una desigualdad social y económica previa a estos fenómenos. Según la Encuesta sobre Condiciones de Niñez y Adolescencia (ENCOVNA) 2013, casi un cuarto de las madres adolescentes no llegó a terminar la educación primaria. A su vez, la literatura especializada señala que la mayoría de quienes atraviesan estos fenómenos ya se encontraban afuera de la escuela.²⁰



¿QUÉ IMPLICAN ESTOS DATOS?

- La oferta de unidades de servicio de educación común en el nivel secundario cuenta con 13.500 escuelas secundarias, siendo heterogénea a lo largo del país.
- El 75% de las unidades se encuentran en el ámbito urbano y el sistema educativo en todos sus niveles sigue siendo mayoritariamente estatal (70%).
- El crecimiento de la matrícula secundaria de la educación común muestra una tendencia en ascenso y el promedio nacional de escolarización en el nivel secundario es del 91%, es decir que todavía uno de cada diez estudiantes en edad de asistir al nivel no lo está haciendo.
- En 2019, la tasa de promoción efectiva del nivel fue del 83%, es decir, 8 de cada 10 estudiantes promovieron un determinado año de estudio.
- La tasa de repitencia en el nivel secundario entre 2011 y 2020 no registró cambios significativos manteniéndose en valores cercanos al 10%, con una tendencia en descenso.
- La sobreedad en el nivel secundario es más del doble que la del primario, con una tendencia en todas las jurisdicciones es en descenso en los últimos años.
- En 2018, la tasa de abandono alcanzó el 9% pero vemos que desde 2014 hasta 2018 se observa un continuo descenso de este indicador; de todas formas, queda pendiente evaluar aun el impacto de la pandemia sobre este indicador.
- Según datos del INDEC 2017, el abandono por embarazo representó el 8% de las causas de deserción escolar, con valores dispares entre las distintas regiones.

20. Binstock, G. y Gogna, M. (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En Cavenaghi, S. y Cabella, W. (eds.). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones. núm. 3, pp. 167-185. Río de Janeiro, FNUAP-ALAP.



2. Trabajo infantil y adolescente

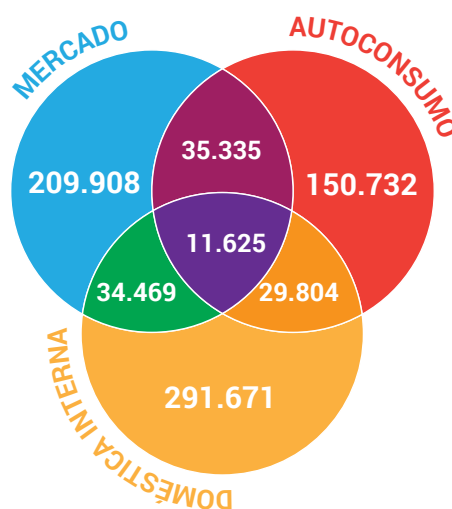
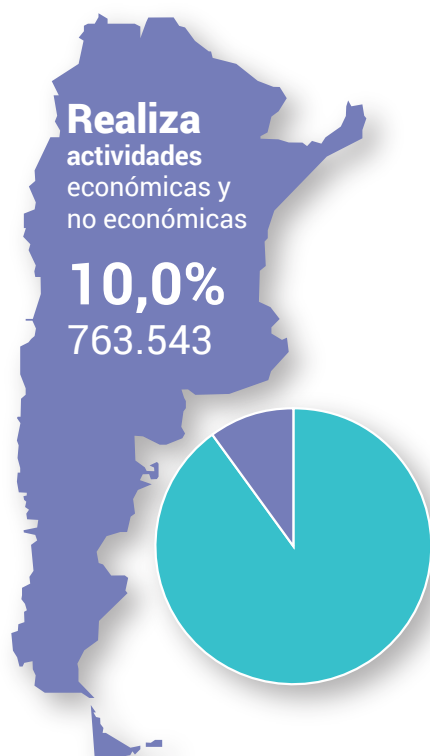
El trabajo infantil en la Argentina se define como “toda actividad económica no económicas y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por personas que se encuentran por debajo de la edad mínima de admisión al empleo” (Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente 2018-2022). Esta conceptualización se referencia en la Ley Nacional N° 26.390 de “Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente” que, desde el año 2008, prohíbe el trabajo infantil por debajo de la edad mínima de admisión al empleo, establecida en 16 años.

2.1 Trabajo infantil

Afecta a niños y niñas de 5 a 15 años que realizan al menos una actividad productiva.

Los resultados que se presentan para la población de 5 a 15 años contemplan las dimensiones económicas y no económicas del trabajo infantil, distinguiendo la participación en las actividades dirigidas al mercado (actividad laboral que genera bienes y servicios que tienen valor económico en el mercado); las actividades orientadas al autoconsumo del hogar (ayuda en la construcción o arreglos en el propio hogar, cuidado de la huerta o de animales, entre otros) y la realización de tareas domésticas intensas en el interior del hogar (dirigidas a la limpieza, cocina y/o arreglos de la propia casa, así como el cuidado de hermanos o alguna persona que vive en la propia casa).

El 10% de la población entre 5 y 15 años realiza alguna actividad económica no económicas y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no (3,8% relacionada al mercado de bienes y servicios, 3% autoconsumo del hogar y 4,8% actividad domestica)

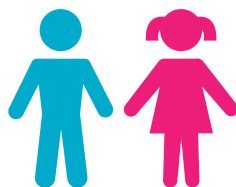


Fuente: EANNA Urbana (2016/2017) y EANNA Rural (2017), INDEC y MTEySS.



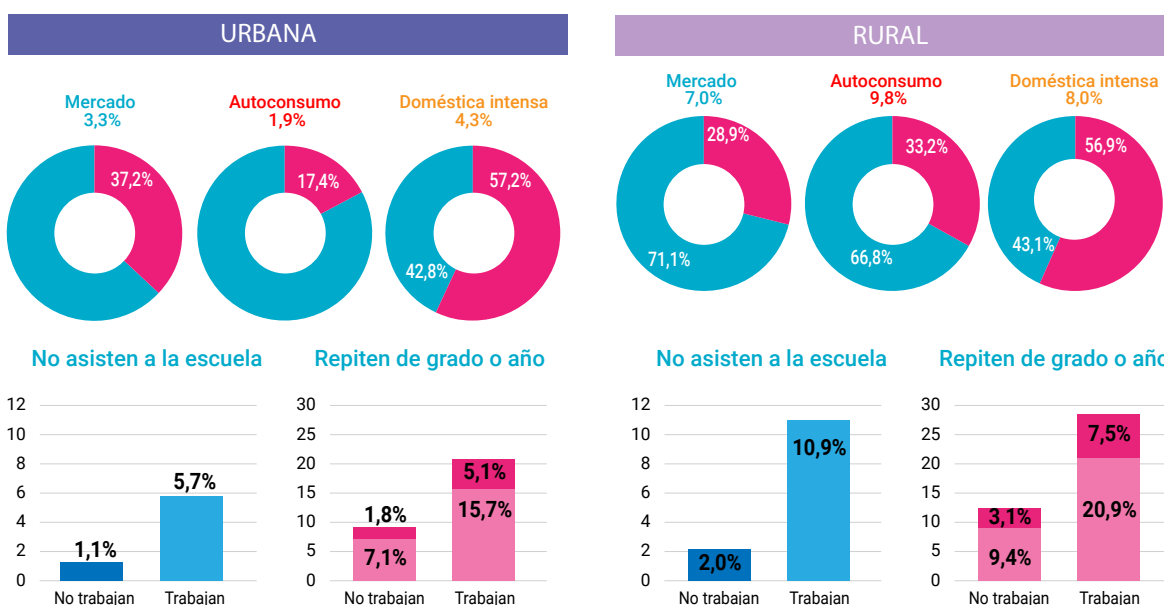
Las mayores tasas se registran en NOA, NEA y en el ámbito rural.

NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS



PRINCIPALES ACTIVIDADES

- Varones
- Mujeres

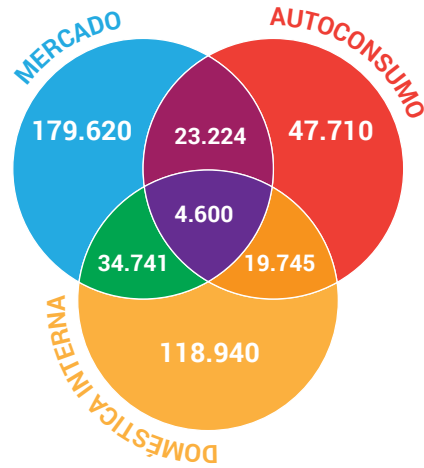
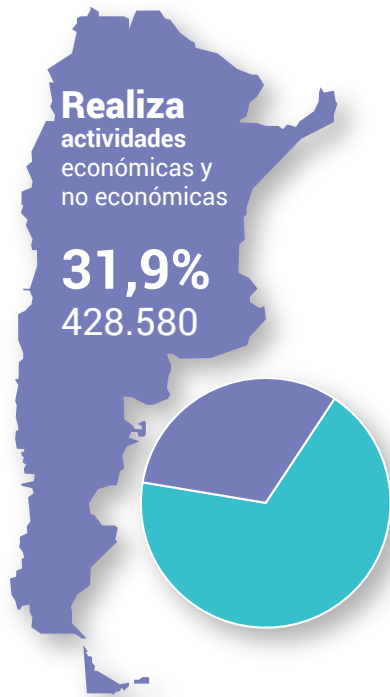


Fuente: EANNA Urbana (2016/2017) y EANNA Rural (2017), INDEC y MTEySS.

Los y las adolescentes que asisten a la escuela y tienen mayores niveles de repetencia y son más vulnerables al abandono. La tasa de repetencia es el doble en aquellos N, N y A que desarrollan actividades productivas. Además no asisten a la escuela en mayor proporción que quienes no las realizan y esto es aún mayor en áreas rurales.

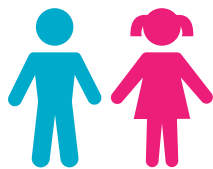
2.1 Trabajo adolescente

Las trayectorias escolares se ven tensionadas por **actividades productivas desarrolladas por las y los adolescentes**. En este sentido, un tercio de la población entre 16 y 17 años realiza al menos una actividad productiva (32%), valor que asciende a 34% en el caso de los varones que se dedican en mayor proporción a actividades relacionadas con el mercado y 30% en las mujeres que desarrollan actividades domésticas (INDEC, 2018).



Fuente: EANNA Urbana (2016/2017) y EANNA Rural (2017), INDEC y MTEySS.

ADOLESCENTES DE 16 A 17 AÑOS



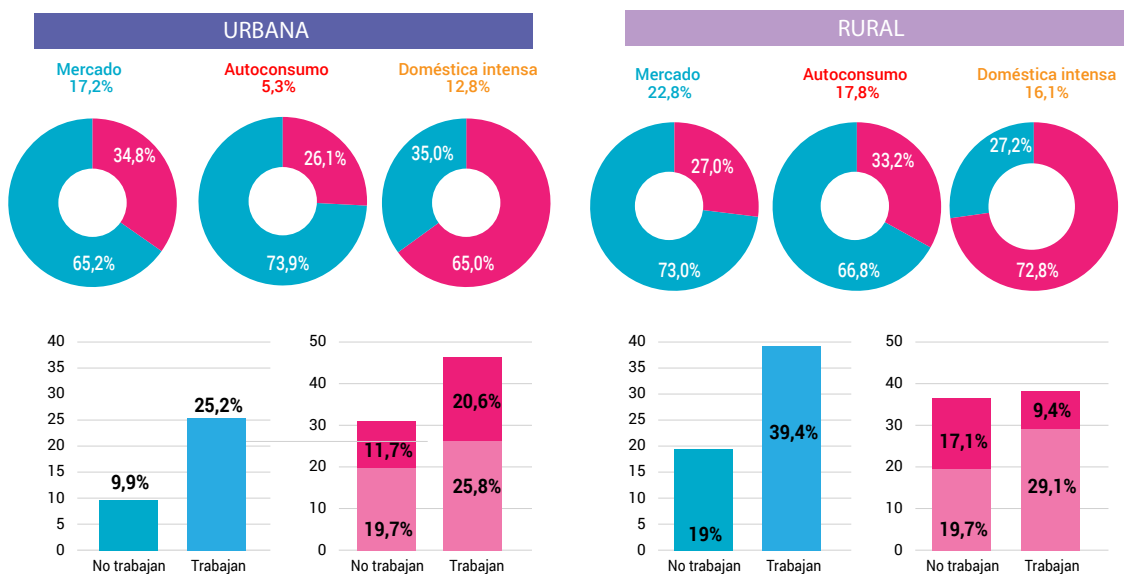
PRINCIPALES ACTIVIDADES

- Varones
- Mujeres



EDUCACIÓN

- Repitió más de un año
- Repitió sólo un año



Los y las adolescentes que asisten a la escuela y desarrollan actividades productivas tienen mayores niveles de inasistencias, de llegadas tarde, mayores niveles de repitencia y son más vulnerables al abandono; esto es aún mayor en áreas rurales.



¿Cuáles son las normas sobre prohibición del trabajo infantil y protección del trabajo adolescente?

La Ley N° 26.390 publicada en el Boletín Oficial el 25/06/2008 elevó la edad mínima de admisión al empleo a 16 años (antes era de 14). La misma limitación de edad se extiende al Régimen Nacional de Trabajo Agrario (Ley N° 26.727).

Situaciones especiales:

Si bien la regla general en materia de trabajo infantil es la prohibición, las normas habilitan excepciones, las que requieren para ser legales de autorizaciones emitidas por la Autoridad Administrativa Laboral provincial y/o de la CABA, tales como:

- El trabajo infantil artístico (Convenio OIT 138, art. 8 ratificado por Ley 24.650); y
- El trabajo en empresa de familia (Ley 26.390 art. 8).

Por último, se lleva de 15 a 16 años la edad mínima para celebrar el contrato de aprendizaje (Ley 25.013). El adolescente trabajador puede afiliarse a un sindicato a partir de los 16 años de edad sin necesidad de autorización.²¹



- El 10% de la población entre 5 y 15 años realiza alguna actividad económica, no económicas y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no (3,8% relacionada al mercado de bienes y servicios, 3% autoconsumo del hogar y 4,8% actividad doméstica).
- Un tercio de la población entre 16 y 17 años realiza al menos una actividad productiva (32%), valor que asciende a 34% en el caso de los varones que se dedican en mayor proporción a actividades relacionadas con el mercado y 30% en las mujeres que desarrollan actividades domésticas (INDEC, 2018).
- Las trayectorias escolares se ven tensionadas por actividades productivas desarrolladas por las y los adolescentes: los y las adolescentes que asisten a la escuela y desarrollan actividades productivas tienen mayores niveles de inasistencias, de llegadas tarde, repitencia y son más vulnerables al abandono; esto es aún mayor en áreas rurales.

21. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Preguntas frecuentes sobre trabajo infantil y adolescente <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/orientacion/trabajo-infantil#2>

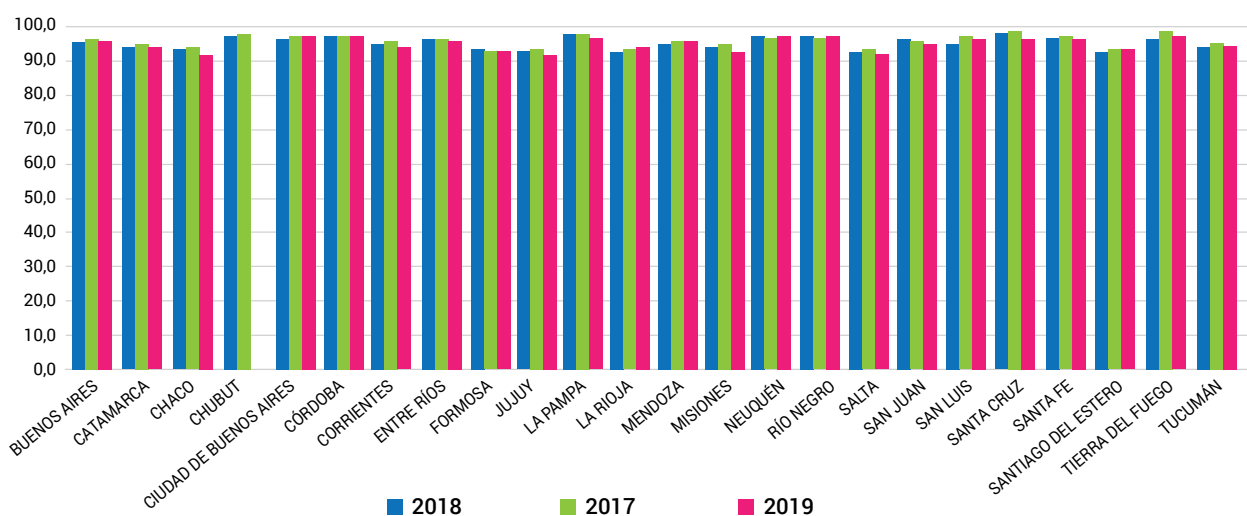


3. Acceso a internet

3.1 Acceso móvil

De acuerdo con los resultados de Encuesta Aprender (2016, 2017 y 2019) realizada sobre adolescentes escolarizados, el 96% refiere poseer celular. La tendencia es estable en el tiempo y por jurisdicciones.

GRÁFICO 17. Acceso a celular. Encuesta Aprender 2016, 2017 y 2019. Argentina

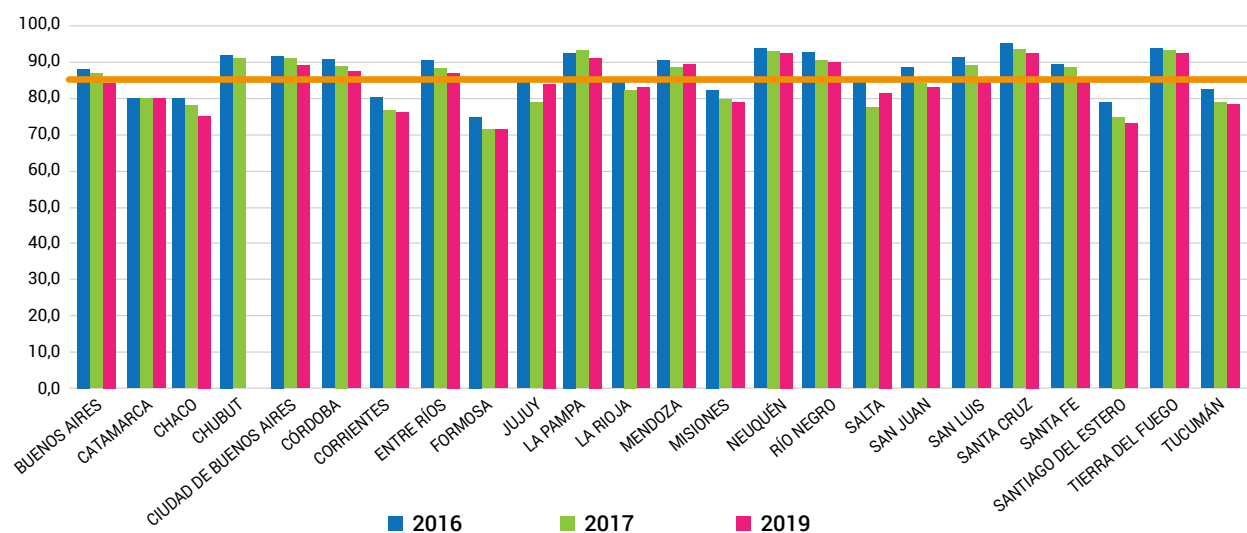


Fuente: Evaluación Nacional Aprender 2016, 2017 y 2019. Ministerio de Educación

3.2 Hogares que tienen computadora

Al explorar los datos acerca de si disponen computadora en el hogar, el 85% respondió que tiene al menos una computadora. Este dato cobra importancia al considerar el verdadero impacto de la pandemia sobre la educación de N, N y A teniendo en cuenta que en 2020 el dictado de clases fue virtual la mayor parte del año.

GRÁFICO 18. Posee computadora. Encuesta Aprender 2016, 2017 y 2019. Argentina



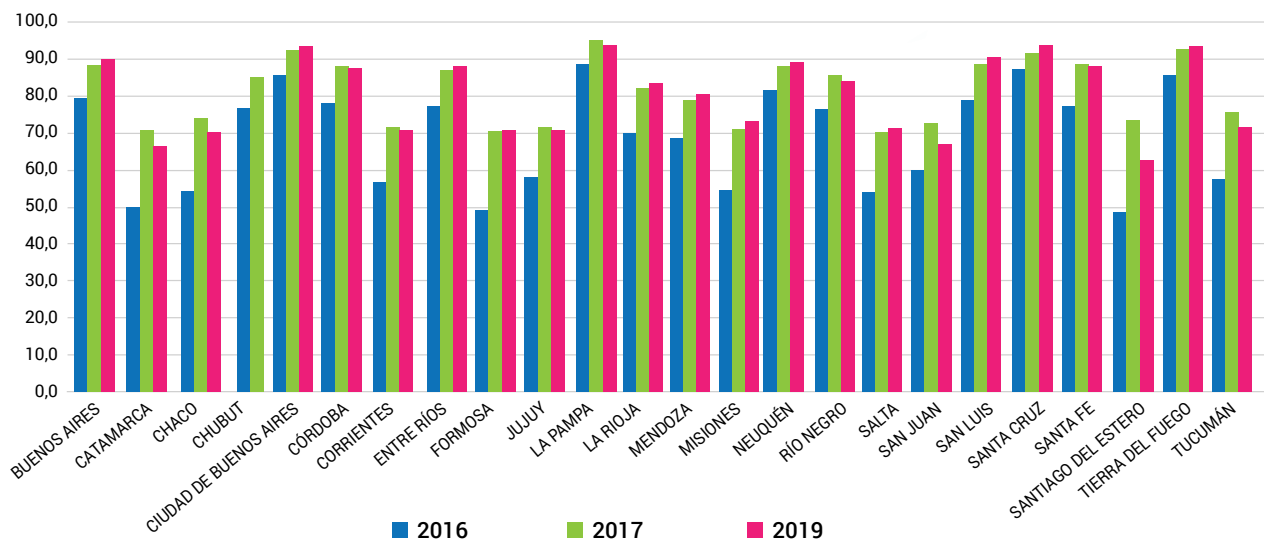
Fuente: Evaluación Nacional Aprender 2016, 2017 y 2019. Ministerio de Educación



3.3 Hogares que tienen acceso a internet

En relación con esta pregunta, el 80% de los hogares tienen acceso a internet.

GRÁFICO 19. Acceso a internet. Encuesta Aprender 2016, 2017 y 2019. Argentina



Fuente: Evaluación Nacional Aprender 2016, 2017 y 2019. Ministerio de Educación

¿Cuál fue el efecto de la pandemia sobre el uso de pantallas?

Según UNICEF, la pandemia trajo la ausencia de contacto cara a cara y obligó a los adolescentes a vivir sus relaciones sociales a través de las pantallas. El aporte e incorporación de las tecnologías sin duda fue un valor importantísimo para estar conectados con otros y mantener espacios de clase virtuales, encuentros con amigos mediante videollamadas, hasta festejaron cumpleaños de esa forma, pero esto también tiene su contracara. La falta de lenguaje no verbal, propio de los encuentros cara a cara, exige mayor atención para poder entender los mensajes de nuestros interlocutores, lo cual ha sido extenuante. Un cerebro estresado, más la necesidad imperiosa de contacto social para sobrevivir, hizo que los adolescentes sufran especialmente esta pandemia. Esto generó que dediquen más horas a estar conectados en la computadora o videojuegos para estar interactuando con sus amigos. No siempre era para “jugar” sino justamente para seguir construyendo espacios de socialización, para darle descanso a su cerebro agotado. Una conclusión es que todas estas nuevas formas de estar conectados virtualmente no sustituyen el encuentro cara a cara. Solo nos humanizamos cuando estamos en contacto con un otro, cuando disfrutamos un encuentro real. Las plataformas que tenemos a nuestro alcance no sustituyen el encuentro real. Por eso es importante guiar a los adolescentes para que puedan retomar encuentros de forma segura y cuidada.²²

22. UNICEF. Adolescentes. ¿Cómo se han visto afectados por la pandemia? Julio de 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/3001/file/Pantallas%20en%20casa.pdf>



➔ De acuerdo a los resultados de Encuesta Aprender (2016, 2017 y 2019) realizada sobre adolescentes escolarizados, el 96% refiere poseer celular, el 85% respondió que tiene al menos una computadora y el 80% de los hogares tienen acceso a internet.





4. Hábitos: alimentación y consumos de sustancias

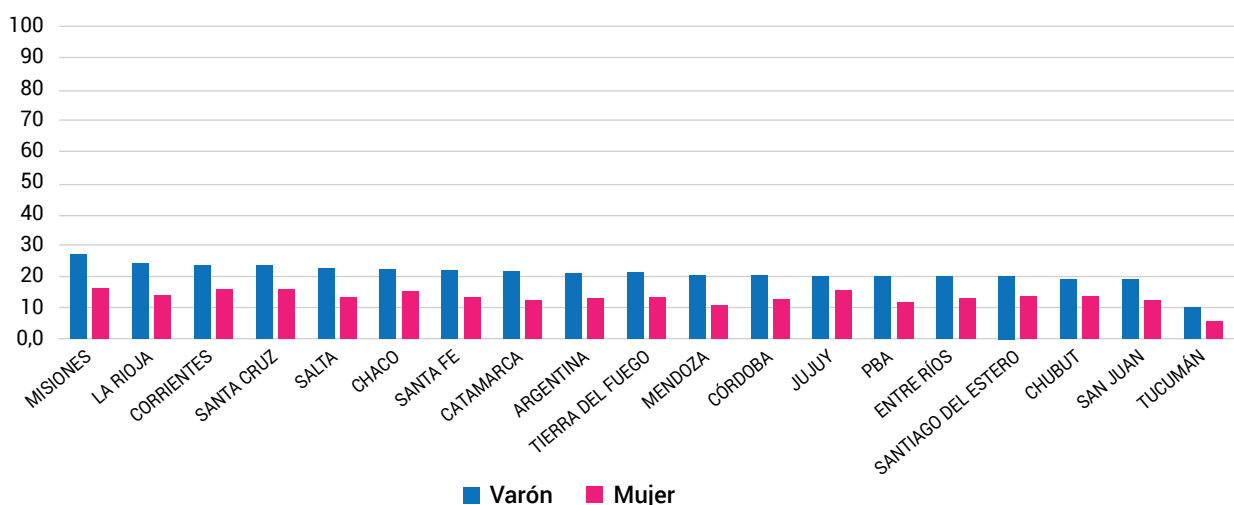
La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos sobre aspectos sociodemográficos e indaga sobre conductas relacionadas con el comportamiento alimentario, el consumo de alcohol y otras drogas, la violencia y daños no intencionados, la seguridad vial, la salud mental, el consumo de tabaco, la actividad física, los comportamientos sexuales y los factores de protección.

La tercera edición en nuestro país fue realizada entre los meses de mayo y diciembre de 2018 y llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, contó con la colaboración de los Ministerios de Educación Nacional y Provinciales, la OPS/OMS Argentina, OPS/OMS Washington y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Se utilizó un diseño de muestreo en dos etapas (selección de escuelas y luego de divisiones al azar) para producir una muestra representativa de alumnos de 1° a 5° año de educación media a nivel nacional (8° EGB a 3° polimodal en el caso de la provincia de Buenos Aires) y provincial. Se relevaron 523 escuelas en todo el país y se encuestaron 57.095 alumnos de los cuales se analizaron 56.981 cuestionarios correspondientes a las edades de 13 a 17 años, con una tasa de respuesta global de 63%.

4.1 Actividad física

El porcentaje de jóvenes físicamente inactivos y sedentarios continúan siendo elevados y alarmantes; resultan especialmente preocupantes los valores más elevados en mujeres.

GRÁFICO 20. Porcentaje de estudiantes que estuvieron activos al menos 60 minutos por día durante los últimos siete días

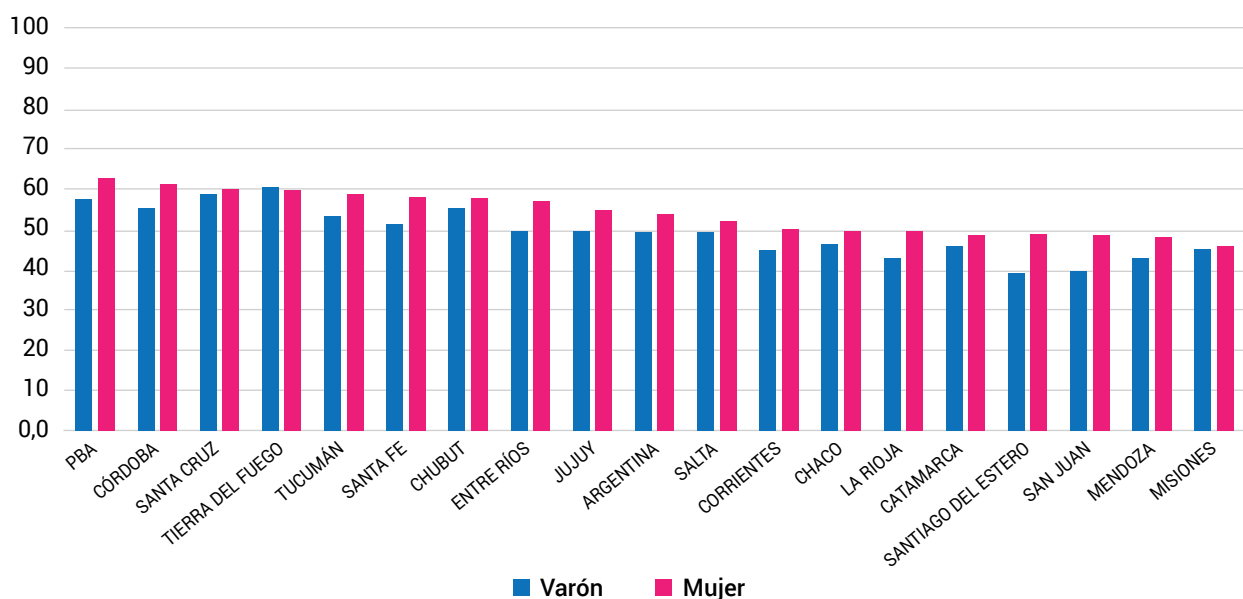


Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)



En la EMSE 2018, sólo el 16,5% de los estudiantes de 13 a 17 años fueron físicamente activos, siendo más alto el porcentaje en varones que en mujeres (20,4% vs 12,9%), sin diferencias entre los grupos de 13 a 15 y de 16 a 17 años.

GRÁFICO 21. Porcentaje de estudiantes que pasaron 3 o más horas sentados durante un día típico habitual



Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

La mitad de los estudiantes de 13 a 17 refiere haber pasado más de 3 horas sentados fuera del horario escolar, indicador de comportamiento sedentario que resultó mayor en las mujeres que en los varones (57,7% vs 52,8% respectivamente).

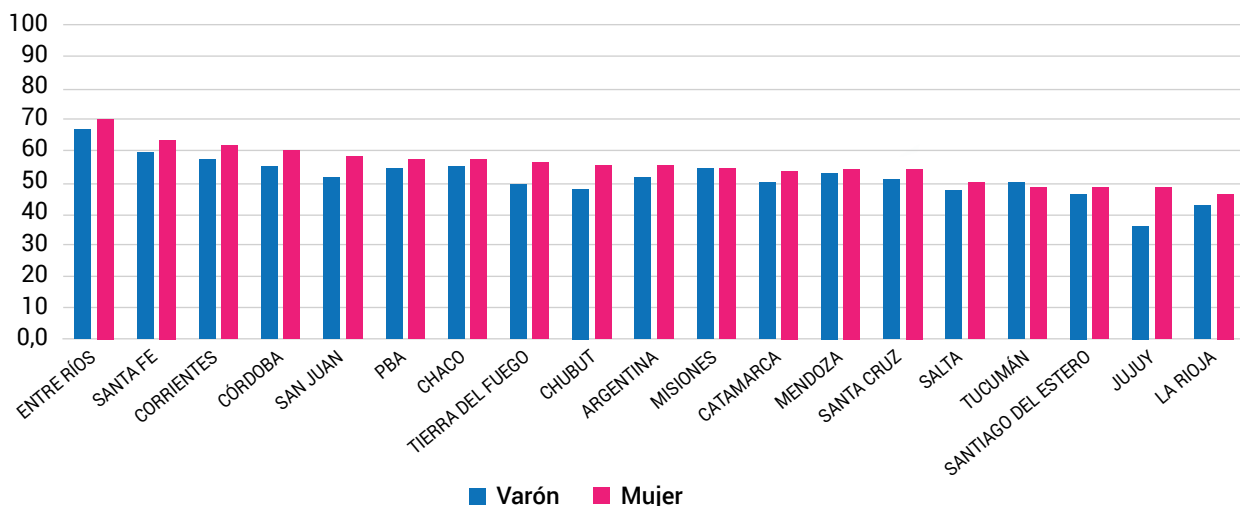
4.2 Consumo de alcohol

El consumo de alcohol aumentó con la edad lo que se evidencia sistemáticamente en todos los indicadores siendo el consumo mayor en los adolescentes de 16 a 17 respecto de los de 13 a 15 años.

De acuerdo a los datos de la EMSE 2018, la mitad de los estudiantes de 13-17 años bebieron alcohol en los últimos 30 días, siendo mayor en el grupo de 16-17 años (67,6%) que en de 13-15 (47,7%). En las zonas Centro y NEA están por encima del promedio nacional. Las estudiantes mujeres refieren beber alcohol en mayor frecuencia que los varones, especialmente en el grupo de 13-15 años (50,3% vs 44,9%), lo que representa un cambio con respecto a la edición anterior en la cual no había diferencias por sexo.

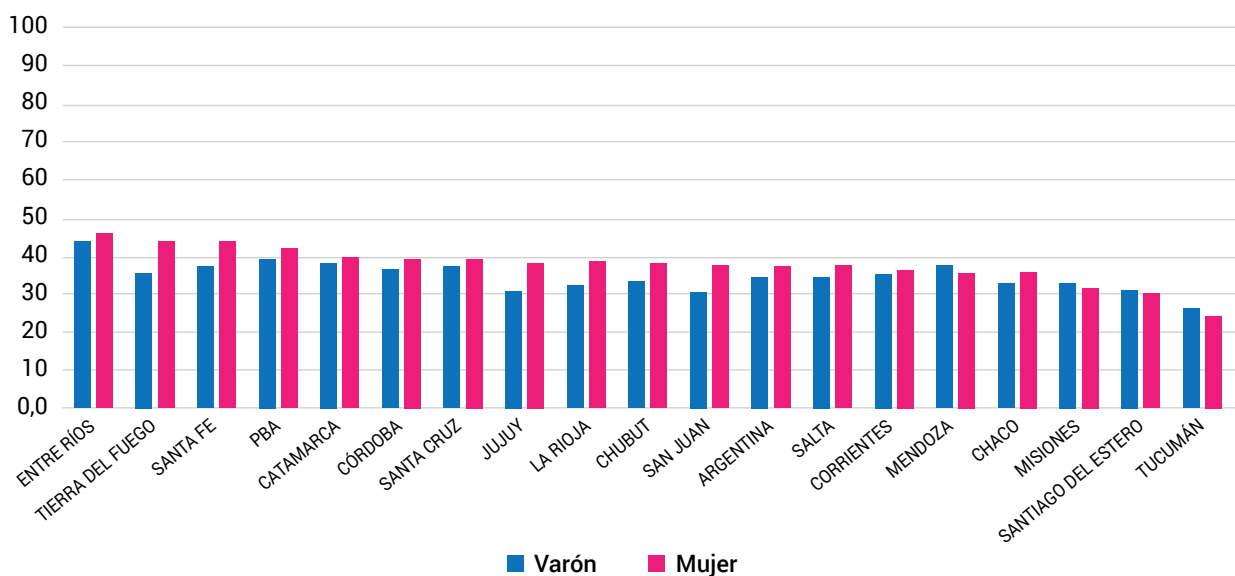


GRÁFICO 22. Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol durante los últimos 30 días



Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

GRÁFICO 23. Porcentaje de estudiantes que se emborracharon alguna vez en la vida



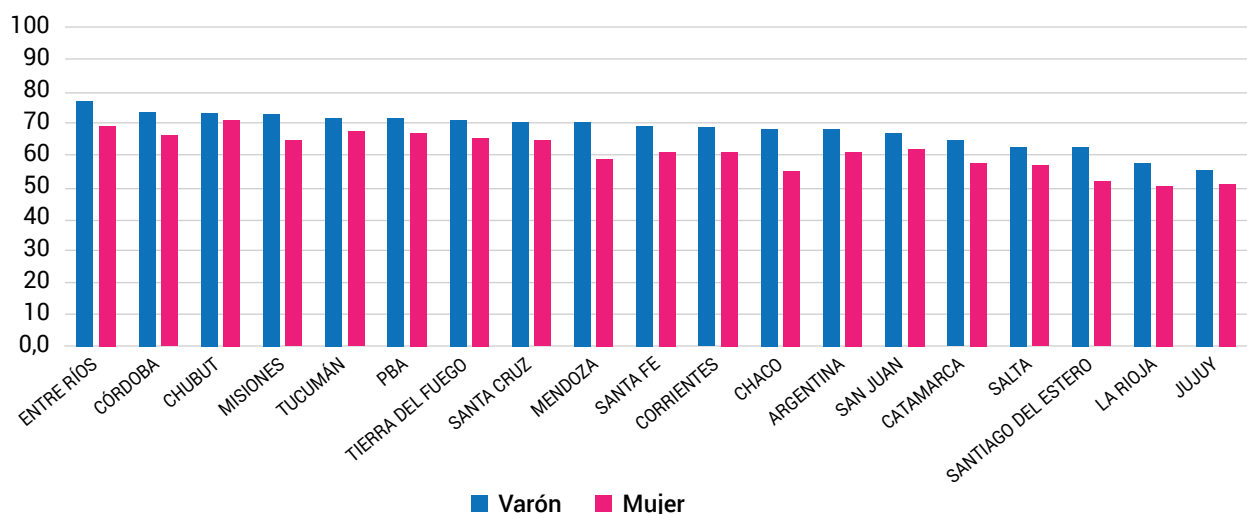
Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

Entre quienes consumieron alcohol uno de cada tres refirió haberse emborrachado alguna vez y este indicador también fue mayor en el grupo de 16-17 años (56,0%) que en de 13-15 (28,5%). La borrachera fue mayor en las mujeres que en varones en el grupo de 13-15 años (30,7% vs 26,1%), lo que representa un cambio con respecto a la edición anterior en la que no se registraban diferencias según sexo.

Entre quienes consumieron alcohol 2 de cada 3 estudiantes se iniciaron antes de los 14 años, siendo mayor en varones que en mujeres en todos los grupos de edad.



GRÁFICO 24. Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol antes de los 14 años de edad

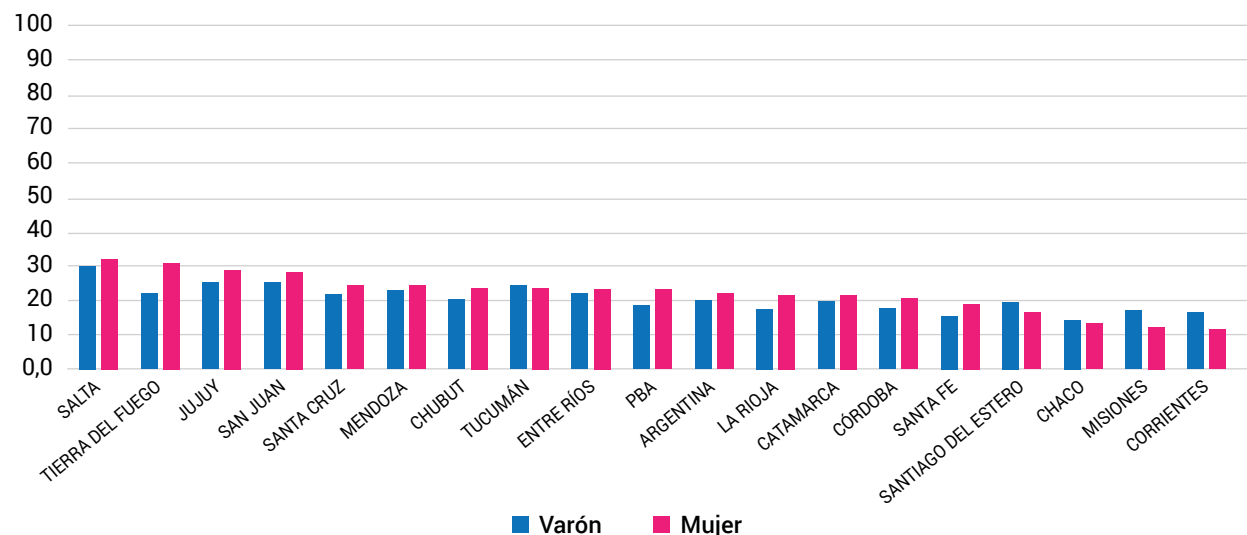


Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

4.3 Consumo de tabaco

El consumo de tabaco en todas sus formas, y el de cigarrillos en particular, mostró una tendencia descendente entre los estudiantes de 13 a 15 años, en consonancia con lo observado en otras encuestas. Aun así, es altamente preocupante la tendencia en ascenso en cuanto al mayor consumo de tabaco en mujeres respecto de los varones, entre los estudiantes de 13 a 15 años. También es destacable que esta diferencia desaparece en los jóvenes de 16 y 17 años, donde no se observan diferencias según sexo.

GRÁFICO 25. Porcentaje de estudiantes que consumieron algún producto de tabaco al menos un día en los últimos 30 días



Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

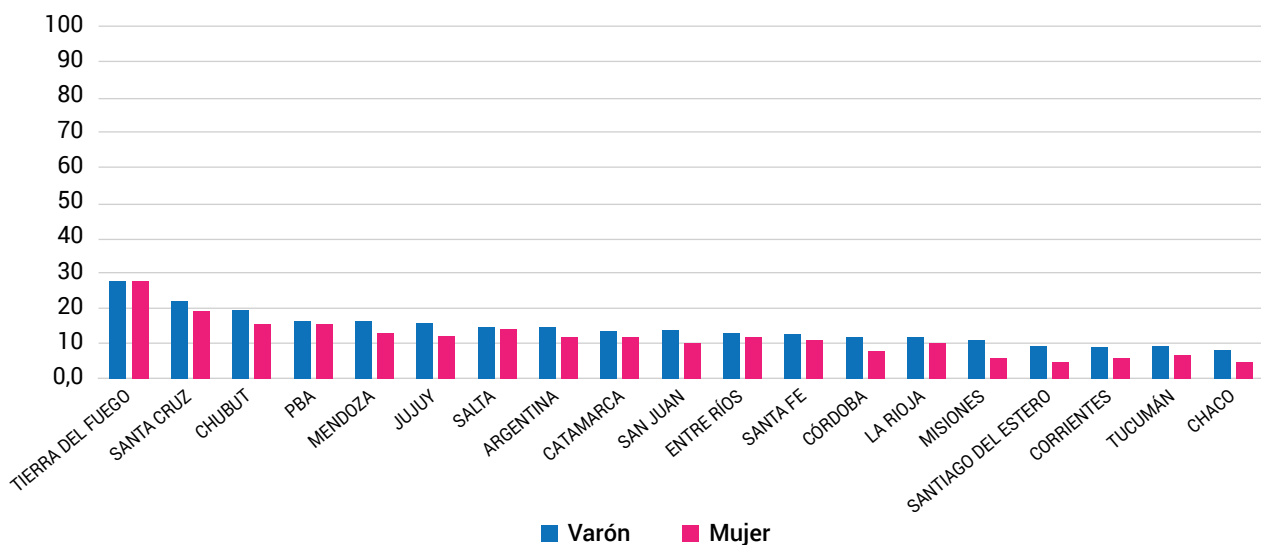


En la EMSE 2018, el 20,4% de los estudiantes de 13 a 17 años consumió algún producto de tabaco durante los últimos 30 días, siendo más frecuente en mujeres que en varones (21,8% vs 18,8%). Se evidenció que el indicador resultó aproximadamente el doble entre los estudiantes de 16 a 17 años respecto de los de 13 a 15 (28,3% vs. 14,6%).

4.4 Consumo de sustancias psicoactivas

En promedio uno de cada 10 estudiantes consumieron marihuana alguna vez en su vida. Se destaca una amplia brecha entre jurisdicciones: en la Patagonia se consume casi el triple que en el resto del país. El consumo de marihuana resultó aproximadamente el triple en el grupo de 16 a 17 años respecto de los de 13 a 15 años (24,3% vs. 8,2% y 15,4% vs. 6,2% respectivamente).

GRÁFICO 26. Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana una o más veces durante su vida



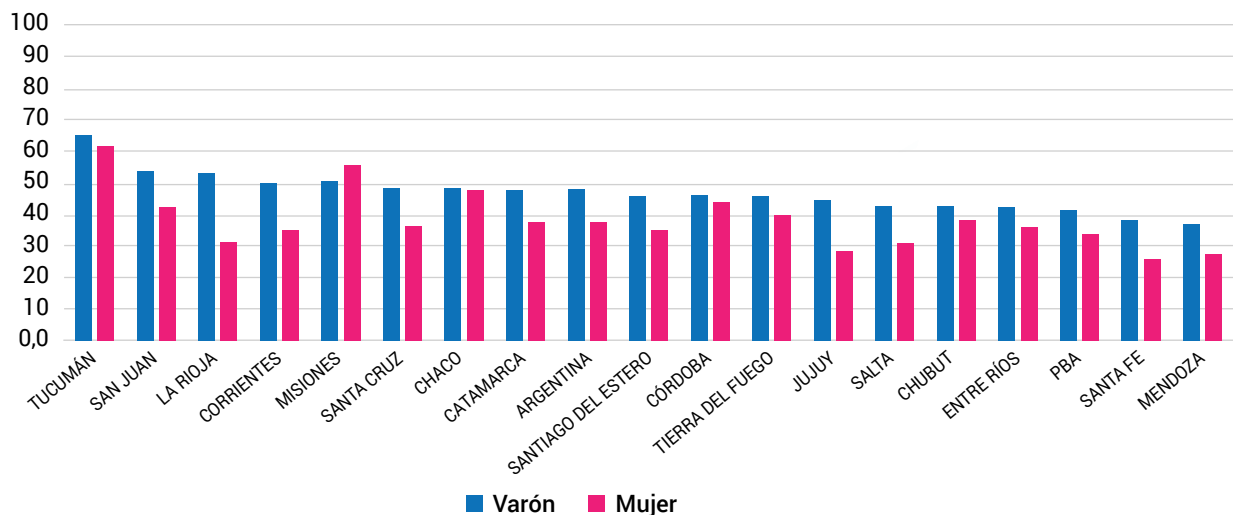
Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

Resulta alarmante que casi 4 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años probó alguna droga ilegal antes de los 14 años, siendo el consumo más temprano en las provincias del NOA y NEA. Casi la mitad de los varones lo hace antes de los 14 años.

Los varones de 16 a 17 años consumieron más marihuana que las mujeres, mientras que en el grupo de 13 a 15 años no hubo diferencias.



GRÁFICO 27. Porcentaje de estudiantes que consumieron drogas alguna vez antes de los 14 años (entre aquellos que consumieron alguna vez).



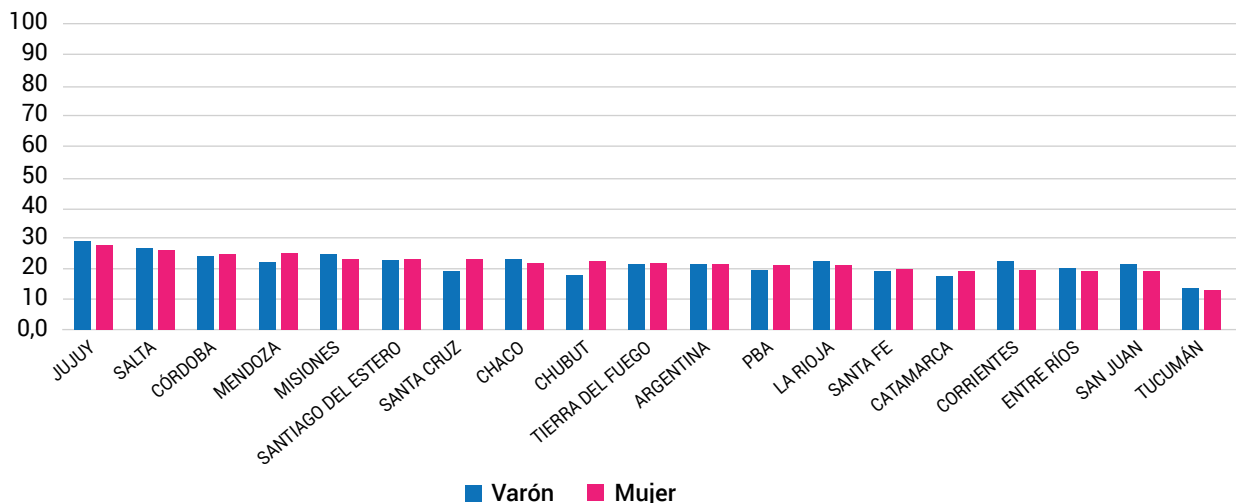
Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

El consumo de marihuana es especialmente preocupante en varones ya que resultó mayor que el de las mujeres, a diferencia de lo sucedido con el consumo de tabaco y alcohol, según se observó en esta misma encuesta.

4.5 Alimentación

En consonancia con otras encuestas nacionales, como la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2019 y la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, se observó un bajo consumo de frutas y verduras en los adolescentes en general.

GRÁFICO 28. Porcentaje de estudiantes que consumieron frutas 2 o más veces al día durante los últimos 7 días



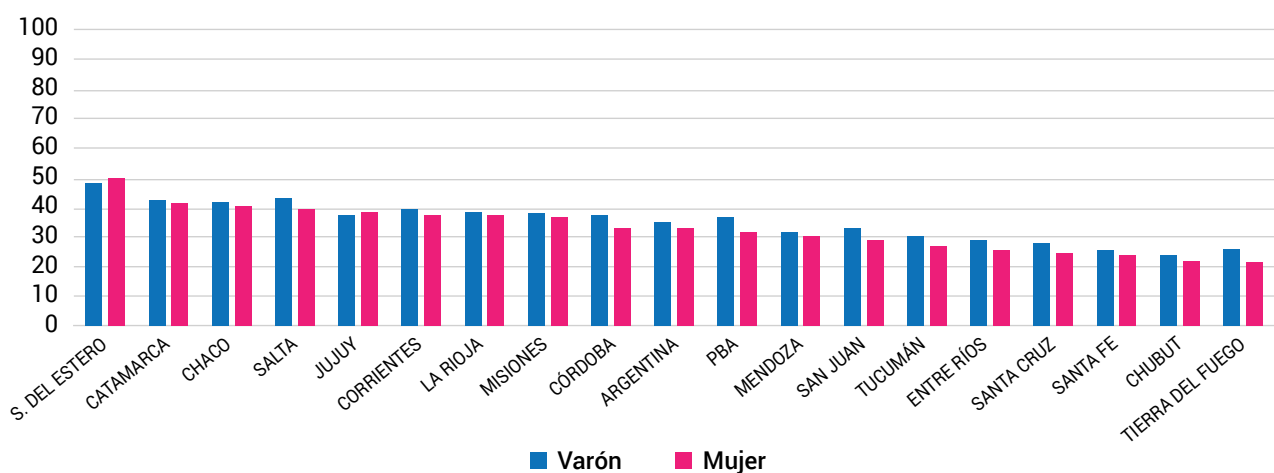
Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)



Según datos de la EMSE 2018, solo 2 de cada 10 estudiantes consume frutas dos o más veces al día. El perfil es homogéneo en todas las regiones y entre varones y mujeres.

Resulta alarmante que uno de cada 3 estudiantes de 13 a 17 años consumió bebidas azucaradas 1 o más veces al día en la última semana, sin diferencias por grupos de edad. Se destacan las regiones del NOA y NEA por su consumo superior a la media nacional.

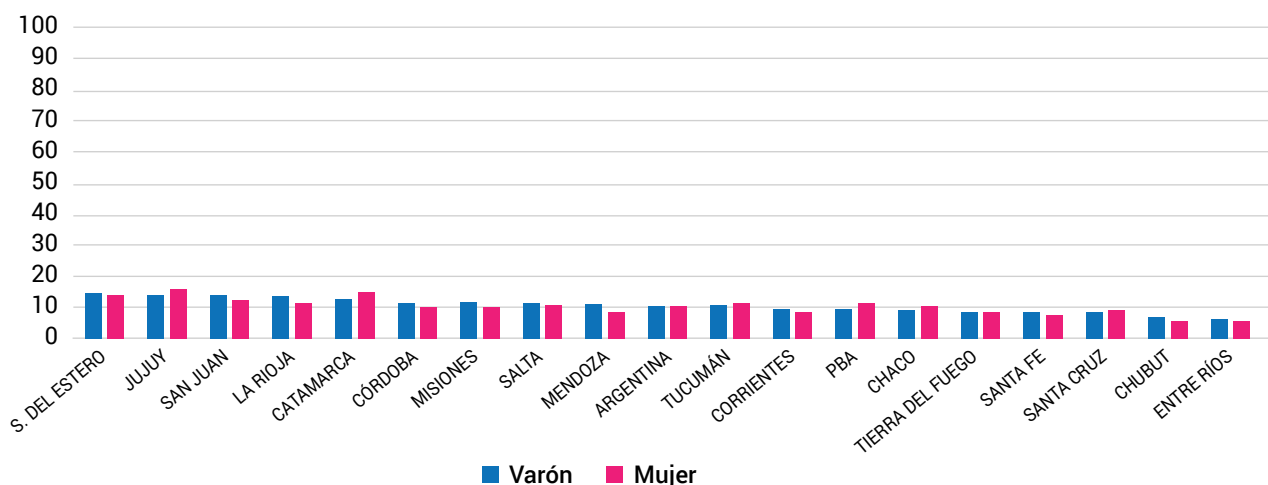
GRÁFICO 29. Porcentaje de estudiantes que consumieron bebidas azucaradas 1 o más veces al día en los últimos 7 días



Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)

Uno de cada 10 estudiantes consumió alimentos en cadenas de comida rápida 3 o más días en los últimos 7 días, siendo mayor en los chicos de 13 a 15 años respecto de los de 16 a 17.

GRÁFICO 30. Porcentaje de estudiantes que consumieron en lugares de comida rápida 3 o más días en los últimos 7 días.



Fuente: 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018 (EMSE 2018)



- ➔ **Sedentarismo:** el porcentaje de jóvenes físicamente inactivos y sedentarios es muy elevado, más en mujeres. En la EMSE 2018, sólo el 16,5% de los estudiantes de 13 a 17 años fueron físicamente activos.
- ➔ La mitad de los estudiantes de 13 a 17 refiere haber pasado más de 3 horas sentados fuera del horario escolar, que resultó mayor en las mujeres que en los varones (57,7% vs 52,8% respectivamente).
- ➔ El **consumo de alcohol** aumentó con la edad siendo mayor en los adolescentes de 16 a 17 respecto de los de 13 a 15 años. Según la EMSE 2018, la mitad de los estudiantes de 13-17 años bebieron alcohol en los últimos 30 días.
- ➔ Las zonas Centro y NEA están por encima del promedio nacional.
- ➔ Las estudiantes mujeres refieren beber alcohol en mayor frecuencia que los varones, especialmente en el grupo de 13-15 años (50,3% vs 44,9%), lo que representa un cambio con respecto a la edición anterior en la cual no había diferencias por sexo.
- ➔ **Consumo de tabaco:** mostró una tendencia descendente entre los estudiantes de 13 a 15 años, en consonancia con lo observado en otras encuestas. Aun así, es altamente preocupante el mayor consumo de tabaco en mujeres respecto de los varones, entre los estudiantes de 13 a 15 años; esta diferencia desaparece en los jóvenes de 16 y 17 años, donde no se observan diferencias según sexo.
- ➔ En la EMSE 2018, el 20,4% de los estudiantes de 13 a 17 años consumió algún producto de tabaco durante los últimos 30 días, siendo más frecuente en mujeres que en varones (21,8% vs 18,8%). Este indicador resultó aproximadamente el doble entre los estudiantes de 16 a 17 años respecto de los de 13 a 15 (28,3% vs. 14,6%).
- ➔ **Consumo de sustancias psicoactivas:** En promedio, uno de cada 10 estudiantes consumió marihuana alguna vez en su vida.
- ➔ Se destaca una amplia brecha entre jurisdicciones: en la Patagonia se consume casi el triple que en el resto del país. El consumo de marihuana resultó aproximadamente el triple en el grupo de 16 a 17 años respecto de los de 13 a 15 años (24,3% vs. 8,2% y 15,4% vs. 6,2% respectivamente).
- ➔ Resulta alarmante que casi 4 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años probó alguna droga ilegal antes de los 14 años, siendo el consumo más temprano en las provincias del NOA y NEA. Casi la mitad de los varones lo hace antes de los 14 años.



Alimentación

- ➔ Se observó un bajo consumo de frutas y verduras en los adolescentes en general. Según datos de la EMSE 2018, solo 2 de cada 10 estudiantes consume frutas dos o más veces al día. El perfil es homogéneo en todas las regiones y entre varones y mujeres.
- ➔ Resulta alarmante que uno de cada 3 estudiantes de 13 a 17 años consumió bebidas azucaradas 1 o más veces al día en la última semana, sin diferencias por grupos de edad. Se destacan las regiones del NOA y NEA por su consumo superior a la media nacional.
- ➔ Uno de cada 10 estudiantes consumió alimentos en cadenas de comida rápida 3 o más días en los últimos 7 días, siendo mayor en los chicos de 13 a 15 años respecto de los de 16 a 17.

Comparemos estos datos con los de la 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS 2.²³ La ENNyS es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna. También indaga sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y sobre otros temas relevantes de salud como actividad física, enfermedad celíaca y vacunas. Asimismo, la encuesta aporta información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población, la ingesta de sodio y la función renal.

La primera ENNyS fue realizada entre los años 2004 y 2005 exclusivamente en los niños mayores de 6 meses a 5 años, embarazadas y mujeres en edad fértil, mientras que la ENNyS 2 realizada en 2018-2019 fue realizada en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más.

La ENNyS 2 constituye una herramienta fundamental para realizar un diagnóstico de la situación epidemiológica sobre el estado nutricional, los patrones alimentarios y hábitos de consumo en la población de NNyA y adultos que viven en la República Argentina, información indispensable para formular políticas públicas que den respuesta a esta problemática prioritaria en la agenda sanitaria, así como para monitorear el impacto de las políticas implementadas.

23. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS 2. Resumen ejecutivo. 2019, Argentina. (Adolescentes entre 13 y 17 años: Adolescentes desde el día que cumplen 13 años y hasta el día anterior a cumplir 18 años). <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>



En relación a la frecuencia de consumo por grupo de alimentos el grupo de 13 a 17 años refirió un bajo consumo de frutas frescas 21,4%, verduras del 32,4%, lácteos 40%, carne roja, carne de ave y/o huevo 50% al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. Además entre los NNyA se observó un porcentaje de consumo mayor de bebidas artificiales con azúcar (46%), mientras que entre los adultos fue de 32,9%. En los dos quintiles más bajos (46,9% y 45,5% respectivamente) los valores superaron al total nacional y fueron más de 2 veces mayores que el registrado en el quintil más alto (20,9%). Es preocupante que 5 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años consumieron golosinas dos veces por semana o más. Los NNyA consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería o productos de copetín y el triple de golosinas respecto de los adultos. Este peor patrón alimentario entre los NNyA obedece probablemente a múltiples causas descritas en la literatura, como un marketing dirigido a los niños, y entornos escolares obesogénicos, entre otros. Es, sin duda, un determinante que puede contribuir a explicar el crecimiento más acelerado de la epidemia de obesidad en los niños.

En Argentina los cambios en los patrones de consumo de alimentos siguen la tendencia mundial, y atraviesan a todo el entramado social afectando especialmente a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad. La proporción de población que refiere haber consumido diariamente los alimentos recomendados como frutas frescas y verduras, carnes, leche, yogur o quesos, se encuentra por debajo de las recomendaciones de consumo, siendo más marcado en algunos casos como frutas y verduras. Por el contrario, la proporción de la población que refiere consumir diaria o frecuentemente alimentos no recomendados como bebidas azucaradas, productos de pastelería, productos de copetín y golosinas, que poseen alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional, es alarmante.

Los datos confirman consistentemente que el consumo diario de alimentos saludables es significativamente menor en los grupos de niveles educativos bajos y en los de menores ingresos. Por el contrario, los alimentos no recomendados se consumen más frecuentemente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

Entornos escolares

A la mitad de los NNyA de entre 2 y 17 años, la guardería, jardín y/o escuela les proveyó algún alimento y/o bebida. En establecimientos de gestión estatal se evidenció mayor porcentaje de provisión de alimentos y/o bebidas (62,8%) respecto de las instituciones privadas (18,6%). El 2 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que su institución siempre les provee frutas frescas. Además, 6 de cada 10 estudiantes escolarizados reportaron que la institución educativa siempre les provee agua segura (sin el agregado de jugo, frutas, etc.). Este indicador se observó en una menor proporción en los establecimientos estatales (55,6%) respecto de los privados (70,6%). Al 26,6% a veces o siempre se les provee bebidas con azúcar. Se observó mayor frecuencia entre quienes asisten a un establecimiento de gestión privada (43,4%) respecto de quienes asisten a un establecimiento estatal (25,1%).



Se observó que el 60% de NNyA escolarizados de entre 6 y 17 años compraron golosinas en el kiosco o buffet de la escuela durante la última semana.

Como contrapartida, es alta la proporción de estudiantes (mayor al 70%) que menciona la provisión de alimentos no recomendados por su elevado contenido de nutrientes críticos (como facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y cereales con azúcar).

Incluso 1 de cada 4 estudiantes refirió que la escuela provee bebidas azucaradas. Por su parte, es elevada la proporción de los estudiantes (78,1%) que mencionan que la escuela posee kiosco o buffet. Los productos más comprados por los NNyA, tanto en la escuela pública como privada, son las golosinas y las bebidas azucaradas.

Los datos sobre los alimentos que se proveen y que se compran dentro de las escuelas confirman que los NNyA están expuestos a un entorno obesogénico que fomenta el consumo de alimentos y bebidas, que deberían consumirse muy esporádicamente. Asimismo, no se facilita de manera sistemática y mayoritaria la adopción de hábitos alimentarios saludables. Esta situación afecta tanto a escuelas de gestión estatal como privada y pone de manifiesto la necesidad de adecuar los marcos regulatorios nacionales y provinciales, para que los mismos se ajusten a los estándares internacionales.



RECOMENDACIONES QUE LOS EQUIPOS DE SALUD DEBEN TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES

- ⇒ Incluir en la consulta con los adolescentes el concepto de género y roles. Mostrar que los roles femeninos y masculinos son una construcción social que varía a través del tiempo y en las diferentes culturas. Ayudar a construir masculinidades en las que no se valore en exceso a la valentía, la fuerza y el coraje, y así evitar que los varones asuman conductas que los coloquen en mayor riesgo de muerte que las mujeres de igual rango etario.
- ⇒ Conocer los factores de riesgo y los factores protectores individuales y familiares de los adolescentes. Fomentar el desarrollo de los factores protectores.
- ⇒ Considerar el aumento de la depresión y las enfermedades mentales durante el periodo de pandemia y sus efectos a corto y largo plazo.
- ⇒ Tener en cuenta las “señales de alarma” que pueden alertar y prevenir un intento de suicidio: cambios de humor, enojo reiterado y sin sentido, irritabilidad, tristeza persistente, falta de concentración y/o dificultades graves en la escolarización, dificultades en el sueño y la alimentación, el aislamiento del grupo de pares y la escasa comunicación con convivientes, entre otros.
- ⇒ No se deben minimizar las conductas lesivas ya que ponen en juego angustias, tristezas y otras situaciones de vulnerabilidad como acoso, violencias, etc. que exponen al adolescente a situaciones de riesgo. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.
- ⇒ Generar intervenciones del equipo de salud que promuevan la autonomía dentro del marco de derechos vigente.
- ⇒ Brindar información adecuada y oportuna.
- ⇒ Favorecer el ejercicio de una sexualidad placentera, respetuosa del propio cuerpo y del ajeno.
- ⇒ Promover acciones preventivas en forma articulada entre los diferentes actores de la comunidad.
- ⇒ Propiciar redes que faciliten el acceso a los sistemas de salud.



unicef 
para cada infancia



**Sociedad Argentina
de Pediatría**

Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor