

Situación de salud de adolescentes y jóvenes en Argentina.

Edición 2023



Dirección de Adolescencias
y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

Autoridades

Presidente de la Nación
Alberto Fernández

Vicepresidenta de la Nación

Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Bellone

Director de Adolescencias y Juventudes

Juan Carlos Escobar

FUSA Asociación Civil

Directora Ejecutiva

Sandra Vázquez

Coordinación de proyecto

Mailén Pérez Tort

Consultores para elaboración de contenidos

Alejandro Sonis
María del Valle Juárez

Diseño y desarrollo de visualizaciones interactivas en Tableau

Yanina Ronconi

Diseño gráfico

Guadalupe Iglesias

Coordinación general

Romina Pighin, Miriam Duarte y Agustina Sulleiro
Dirección de Adolescencias y Juventudes

Elaboración de contenidos

Romina Pighin, Miriam Duarte, Agustina Sulleiro, Clara Mariano y Jelichich, Alexia Nowotny, María Pía Elissetche, Johanna Soledad Asis, Eugenia Soubies, Mariana Vazquez, Daniela Oliveri, José González, María Elisa Padrones, Matías Muñoz, Fátima Monti, María Inés Pérez, Ofelia Musacchio, Anahí Mora, Agostina Chiodi, Belén Picoy, Ariel Antar Lerner, Lucas Grimson, Máximo Martínez, Camila Dmitruk, Magalí Dubin, Marina Bilesio, Belén Grosso.

Revisión

Juan Carlos Escobar, Soledad Cartasso (DIAJU),
Victoria Keller y Fernando Zingman (UNICEF)

Agradecimientos y colaboraciones

Mariana Ceriotto y Juan Carlos Bossio
Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales
y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación

Carlos Guevel
Dirección de Estadísticas e Información de la Salud,
Ministerio de Salud de la Nación

Goyo Giovacchini, Federico Santoro, Antonella Vallone
y Tamara Wainziger
Dirección Nacional de Epidemiología e Información
Estratégica, Ministerio de Salud de la Nación

Valeria Isla
Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,
Ministerio de Salud de la Nación

Marina Cavilla
Monitoreo y Evaluación ENIA-ASIE, Plan Nacional de
Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia,
Dirección de Adolescencias y Juventudes, Ministerio de
Salud de la Nación

Diego Ruiz
Observatorio Argentino de Drogas, Secretaría de Políticas
Integrales sobre Drogas de la Nación

Mariana Moreno y Carolina Interlandi
Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y
Consumos Problemáticos, Ministerio de Salud de la Nación

Bárbara Magalí Fanego y Julia Herrera
Departamento de Estadística e Investigación,
Agencia Nacional de Discapacidad

Martin Menafra, Manuela Barco, Romina Pons,
Mariana Rolla y Erika Lucena
Programa Sumar, Dirección Nacional de Fortalecimiento de
los Sistemas Provinciales, Ministerio de Salud de la Nación

Ana Campelo, Luz Caffa, Andrea Luchansky
Área de Convivencia Escolar, Dirección de Educación para
los Derechos Humanos, Género y Educación Sexual Integral,
Ministerio de Educación de Nación

El presente proyecto se desarrolló con el apoyo técnico del
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Glosario

ASIE: Asesorías de salud integral en escuelas secundarias y otros espacios socioeducativos

APS: Atención Primaria de la Salud

CE: Causas externas

CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales

CONSAJU: Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil

CORREPI: Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional

CUD: Certificado Único de Discapacidad

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas

CNV: Calendario Nacional de Vacunación

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de la Salud

DIAJU: Dirección Nacional de Adolescencias y Juventudes

DRVIHVyT: Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

ENIA: Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia

EPH: Encuesta Permanente de Hogares

EPV: Enfermedades prevenibles por vacunación

ESI: Educación Sexual Integral

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

LGBTIQ+: siglas del colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, intersexuales, Queer y otras identidades de género diversas.

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación

NNyA: Niñas, niños y adolescentes

OVyDRG: Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género

PENSIA: Plan Estratégico de Salud Integral en la Adolescencia

PSS: Plan de Servicios de Salud

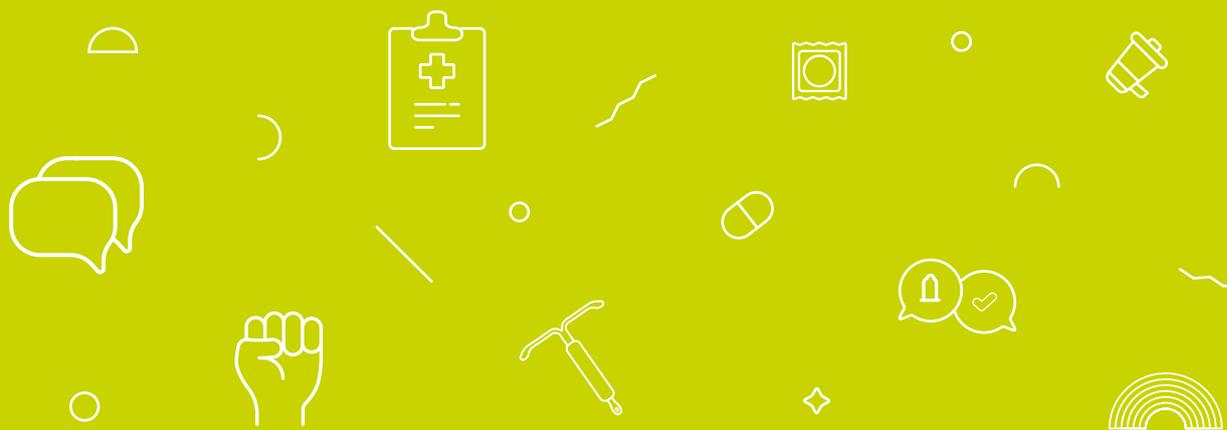
SNIC: Sistema Nacional de Información Criminal

SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia de Salud

TBC: Tuberculosis

Índice

Introducción	6
Fundamentación	7
Propósito	8
Aspectos metodológicos	9
Conceptos clave	11
Capítulo 1. Caracterización de las adolescencias y juventudes	25
Adolescencias y juventudes en la población general	26
Sexo, género, discapacidad	27
Ingresos y pobreza	28
Vivienda	29
Adolescencias y juventudes migrantes	32
Educación y trabajo	34
Salud nutricional y actividad física	44
Capítulo 2. Salud sexual y (no) reproductiva	54
Iniciación sexual	56
Uso de métodos de barrera	60
Infecciones de transmisión sexual	62
Embarazos en la adolescencia y juventud	71
Embarazo y escolaridad	80
IVE/ILE	84
Mortalidad por causas obstétricas	86
Capítulo 3. Violencias y lesiones	95
Análisis de mortalidad en adolescentes y jóvenes	98
Violencia institucional	121
Violencias basadas en género	123
Violencia entre pares	130
Violencias digitales	131
Capítulo 4. Salud mental	143
Estrategias para mejorar el acceso al derecho a la salud mental	146
Consumos de sustancias psicoactivas	153
Capítulo 5. Sistema de salud, acceso y participación de adolescentes y jóvenes	164
Cobertura de salud	169
Acceso al sistema de salud	175
Acceso y participación de adolescentes y jóvenes	188
Cobertura y acceso a la vacunación	195
Tuberculosis, notificación y abordajes	198
Anexo	204



Introducción

La Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] del Ministerio de Salud de la Nación trabaja, desde el año 2007 y de manera interdisciplinaria, desde el enfoque de derechos y en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que garantiza el derecho a su salud integral (Artículo 14).¹

En Argentina existe un amplio marco normativo² que propicia el respeto del derecho a la salud integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, con autonomía para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo y la protección de la privacidad y la confidencialidad (PNSIA, 2018a).



Entendiendo a la salud como un derecho humano y social, el objetivo de la DiAJu es garantizar el acceso a la salud integral oportuno y sostenido de adolescentes y jóvenes, reduciendo su morbi-mortalidad.

Se propone abordar la complejidad de las adolescencias y juventudes mediante la transversalización del enfoque de derechos y las perspectivas de género y diversidad, diversidad corporal, modelo social de discapacidad y participación adolescente y juvenil; incluyendo

componentes de salud física, mental, sexual y (no) reproductiva, y el abordaje de las violencias; y la adecuación de espacios de salud y socioeducativos para facilitar el acceso a la salud integral.

Fundamentación

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (actual DiAJu), en asocio con UNICEF, publicó en el año 2016 el documento Situación de Salud de las y los adolescentes en

la Argentina (PNSIA y UNICEF, 2016). Desde ese momento, las estadísticas vitales y sistemas de información han mostrado importantes cambios en las variables que tradicionalmente

1. Se puede consultar la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/110778/texto>.

2. Se puede consultar el Anexo: Marco normativo del presente documento.

se analizan sobre salud adolescente, además de que nuevas dimensiones han comenzado a ser tomadas en consideración por parte de las agendas de salud. Dado este antecedente, y con el objetivo de apoyar el desarrollo de sistemas de información de salud adolescente para identificar brechas y desigualdades en los indicadores disponibles, en 2023 se generó un nuevo asocio con UNICEF y FUSA en el marco del Programa País 2022-2025. En esta sinergia se consensuó la necesidad de realizar un nuevo documento con datos actualizados y, a su vez, ampliar la información, contemplando el rango etario de 10 a 24 años, para incorporar de este modo el ciclo de vida extendido de

las juventudes. El presente informe incluye la evolución de indicadores presentados en la línea de base (PNSIA y UNICEF, 2016), a la vez que incorpora nuevos indicadores y ejes temáticos, acordes a las discusiones actuales.

Contar con datos específicos, detallados y de calidad sobre las poblaciones adolescente y joven es un aspecto ineludible para diseñar políticas públicas y llevar a cabo estrategias de trabajo que sean viables y logren un impacto positivo en la mejora del acceso y la atención de su salud y en su calidad de vida. Estos datos también colaboran en la descripción de las distintas vivencias adolescentes y juveniles.

Propósito



El propósito de este trabajo es proveer información actualizada sobre indicadores de salud adolescente y juvenil y servicios de salud integral destinados a esta población, con la intención de difundirla entre actores interesados y promover su uso para la gestión y toma de decisiones en el marco de las políticas públicas en salud.

Se espera que este documento sea de utilidad como actualización de la línea de base de salud de las adolescencias (PNSIA y UNICEF, 2016) y de las juventudes; para los actores que piensan,

diseñan y ejecutan políticas orientadas a estas poblaciones; y para la evaluación de las acciones de la Dirección de Adolescencias y Juventudes y de las áreas provinciales.

Aspectos metodológicos



Este documento se inscribe en el marco de los derechos humanos y busca dar cuenta de la complejidad de temas y dimensiones que involucran el abordaje de la salud integral de las adolescencias y juventudes, entre las que se incluyen las condiciones de vida, educación y trabajo, salud sexual y (no) reproductiva, violencias y lesiones, salud mental y consumos de sustancias, cobertura y oferta de servicios de salud integral.

Para la elaboración de este documento se consultaron diversas fuentes de datos secundarios,³ es decir, aquellos que originalmente se recopilaban con otros propósitos y/o fueron obtenidos de fuentes ya existentes. Aunque estas fuentes no se crearon con esta finalidad, facilitaron la elaboración de indicadores de salud integral adolescente y juvenil.

Si bien se presentan algunas fuentes de datos primarios⁴ a través de relevamientos específicos (registro de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias,⁵ espacios de atención de salud y de participación juvenil), es importante destacar que la DiAJu no genera datos de alcance nacional, sino que se nutre de fuentes del propio ministerio, así como de distintos organismos del Estado, de encuestas

nacionales realizadas por ministerios o instituciones académicas o de investigación, entre otros. El trabajo de articulación e intercambio con estos sectores ha sido indispensable.

Los indicadores de salud se definen como mediciones resumidas, capaces de cuantificar la información relevante sobre distintos atributos y dimensiones de la situación de salud, tanto de la población adolescente y juvenil como del sistema de salud (OPS/OMS, 2018).

Los criterios de selección de las fuentes estuvieron marcados por la disponibilidad de datos al momento del relevamiento. Se priorizaron fuentes con datos informados para los rangos de edad adolescente y/o juvenil en el último período de tiempo disponible y de alcance

3. Ver Anexo: Fuentes relevadas.

4. Ídem.

5. Las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias (ASIE) constituyen un dispositivo específico de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y problemas cotidianos de los y las adolescentes vinculados a la salud integral (PNSIA, 2018b).

nacional; fuentes de organismos oficiales, de sistemas de registros internos e investigaciones de organizaciones no gubernamentales.



En relación con los temas y dimensiones abordados en este documento se priorizaron cuatro perspectivas transversales: géneros y diversidad, diversidad corporal, modelo social de la discapacidad, y participación juvenil.

La transversalización de estos ejes en relación a la descripción de la situación de salud de adolescentes y jóvenes implicó relevar fuentes e indicadores y analizarlos considerando las desigualdades y vulnerabilidades visibilizadas por estas perspectivas.

Sin embargo, aún cuando la perspectiva de género es un eje transversal en el análisis de la situación de salud de adolescentes y jóvenes, las estadísticas vitales continúan registrando actualmente identidades de género cis,

utilizando la categoría “sexo” en el registro y análisis de la información. Otras fuentes consultadas han incorporado recientemente la variable género para dar cuenta de otras identidades, que fueron referidas, según sus variaciones, en los diferentes capítulos de este documento.

El reconocimiento de las identidades de género, el uso de un lenguaje que no discrimine, que no reproduzca estereotipos sexistas y que permita visibilizar todos los géneros es una ocupación tanto del Ministerio de Salud⁶ como de UNICEF, FUSA y de quienes trabajaron en este documento. A fin de hacer un uso justo del lenguaje y también de facilitar la lectura, se consideraron aquí tres criterios:

1. evitar expresiones discriminatorias,
2. visibilizar el género cuando la situación comunicativa y el mensaje lo requieren para una comprensión correcta, y
3. no visibilizarlo cuando no resulta necesario.

Así, no se incluyen recursos como la @, la x, la e, o las barras “os/as”. En aquellos casos en que se ha optado por pluralizar en masculino, se debe únicamente al objetivo de agilizar la lectura.

Por último, este trabajo es un recorte y una aproximación al estado de situación de salud de las adolescencias y juventudes de la Argentina, aunque de ningún modo definitiva. Se han podido abarcar algunos temas y dimensiones mientras que otros, ya sea por falta de tiempo, conocimiento o fuentes disponibles de alcance nacional, han quedado pendientes, sobre todo en temas vinculados a interculturalidad, salud mental y diversidades.

6. Se puede consultar la Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/262154/20220510>.

El documento se estructura de la siguiente manera. A continuación, y a modo de cierre de esta Introducción, se presentan los principales conceptos y herramientas teóricas que orien-

taron el desarrollo del presente trabajo. En los capítulos se describen diferentes dimensiones de la salud integral de adolescentes y jóvenes del país:

- ◆ En el primero, se caracteriza a las poblaciones, en las dimensiones sociodemográfica y económica;
- ◆ En el segundo, se analiza la salud sexual y (no) reproductiva;
- ◆ En el tercero, se abordan las violencias y lesiones;
- ◆ En el cuarto, se trabaja la salud mental comunitaria y los consumos de sustancias;
- ◆ En el quinto capítulo se describen la cobertura y oferta de servicios de salud;
- ◆ Por último se encuentran tres anexos: Marco normativo, Fuentes consultadas, Glosario de siglas y abreviaturas.

Conceptos clave

Adolescencias, juventudes, marco de derechos

Adolescencia y juventud son categorías que describen construcciones sociales delimitadas por factores culturales, históricos, económicos y políticos, identificados para cada sociedad y sector social en un período determinado. Muchos de los problemas prioritarios de salud de adolescentes y jóvenes están interrelacionados y requieren de acciones integradas. Los conceptos de adolescencia y juventud no pueden reducirse a los aspectos biológicos de un grupo etario, dado que son etapas del ciclo vital que presentan una alta interacción entre tendencias individuales, adquisiciones psicosociales, metas socialmente disponibles y características del entorno.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende la franja

etaria de los 10 a los 19 años, y puede dividirse en adolescencia temprana –de los 10 a los 14 años– y tardía –de los 15 a los 19 años–; mientras que la juventud comprende la franja etaria de los 15 a los 24 o 29 años –según los criterios considerados en las distintas clasificaciones–, presentándose una intersección entre ambos grupos en el rango de 15 a 19 años.⁷

7. “Se considera como adolescencia temprana el periodo que va entre los 10 y 14 años y tardía la que se extiende entre los 15 y 19 años. En ese mismo marco, se aplica el concepto de “joven” o “juventudes” a las personas de 15 a 24 años. El marco normativo argentino reconoce como adolescencia a la etapa comprendida entre los 13 y los 18 años.” (Resolución 1352/2023 del Ministerio de Salud de la Nación: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/289318/20230703>).

La definición más difundida del concepto de adolescencia refiere a la fase del curso de vida en la que tienen lugar el crecimiento puberal, y el desarrollo de las características sexuales secundarias, y la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (Pasqualini y Llorens, 2010). Se fortalece la autoestima, la autonomía, los valores y la identidad, apoyándose en los recursos psicológicos y sociales adquiridos en el crecimiento

previo (Krauskopf, 2015). La adolescencia se caracteriza entonces por múltiples cambios producidos a un ritmo acelerado, incluyendo la madurez sexual y reproductiva, y la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones adultas, lo que implica nuevas obligaciones y exige nuevos conocimientos teóricos y prácticos (Comité de los Derechos del Niño, 2003).



Sin embargo, la adolescencia no es un fenómeno homogéneo y universal, que ocurre del mismo modo en todas las personas y contextos. Se propone aquí hablar de “adolescencias”, en plural, teniendo en cuenta la multiplicidad de realidades de las adolescencias a lo largo del país, las distintas condiciones de vida (situación familiar, económica y habitacional, discapacidades, posibilidad de acompañamiento, vínculos con otras personas) y el carácter único de cada persona.

El concepto de juventud, por su parte, refiere a una categoría sociológica ligada a procesos objetivos de interacción social vinculados al mundo educativo y laboral, en cuanto ámbitos centrales que marcan el pasaje a la vida adulta. Desde esta perspectiva, la juventud constituye una fase de preparación y la adultez configura una fase de realización y manejo de conocimientos. En las trayectorias sociales, se destacan la edad de término de la escolaridad, la emancipación del hogar y el ingreso al trabajo.

Las trayectorias juveniles actuales están atravesadas por la globalización, los recorridos laborales son más inciertos y se hace indispensable la adquisición permanente de nuevos conocimientos para jóvenes y adultos. Además, en cada contexto se presentan diversos grados de multiculturalidad, con relaciones de género e intergeneracionales en transición, y estructuras de oportunidades enraizadas en las condiciones históricas, económicas y políticas de las sociedades (Krauskopf, 2015).

Actualmente, la etapa juvenil se extiende en el tiempo y la incorporación al mundo adulto no es homogénea, en la medida en que las trayectorias laborales y la emancipación de la familia de origen no ocurren en un orden predeterminado ni se desarrollan de la misma manera en los distintos sectores. El posicionamiento de las juventudes en la sociedad se ha visto impactado por los cambios de época, el modelo económico social imperante, la evolución de los paradigmas de las políticas y los cambios en los enfoques de juventud (Krauskopf, 2005). Por estos motivos, al igual que en el caso de las adolescencias, se adopta la definición de “juventudes”, dando cuenta de las diversas formas de transitar este momento vital.

En las políticas públicas –incluyendo las políticas sanitarias y educativas– continúan vigentes abordajes tradicionales sostenidos en el enfoque adultocéntrico, que establece la jerarquización de una etapa de la vida (la

adultez) por sobre otras. Este enfoque destaca a la adultez como el momento en el que el individuo alcanza la plenitud para comprender, tomar decisiones, integrarse socialmente y ser respetado. En esta línea, la percepción de adolescentes y jóvenes como personas incapaces, inmaduras y/o incompletas supone que las personas adultas cumplan una función tutelar, controlando que no se aparten del deber ser, configurando e imponiendo lo que es “normal”, y señalando aquello que no se ajuste al canon como un desvío a corregir (Kantor, 2008). Este enfoque asocia adolescencia y juventud con situaciones de riesgo vinculadas al ejercicio de la sexualidad, al consumo de sustancias o a hechos delictivos. Se propicia así la instalación de una imagen social negativa que estigmatiza a adolescentes y jóvenes, sostenida a través de un discurso de peligrosidad social que recae particularmente sobre los sectores más relegados, justificando un mayor control punitivo y reforzando de esta forma su vulnerabilidad.



Frente a la perspectiva adultocéntrica y tutelar, el marco de derechos vigente reconoce a adolescentes y jóvenes como ciudadanos, sujetos plenos de derechos, con autonomía para tomar decisiones, promoviendo su visibilización como actores estratégicos de la sociedad. Además, el enfoque de derechos permite reconocer las múltiples vivencias y trayectorias en contextos caracterizados por la incertidumbre, la innovación, la flexibilidad y los cambios de corto plazo.

A modo de síntesis, adolescencia y juventud no son fenómenos uniformes y universales, sino que constituyen momentos del curso de vida⁸ transitados de formas diversas y

atravesados por múltiples factores. De allí que afirmar la existencia de una naturaleza adolescente o joven sería una simplificación o un reduccionismo.



Resulta más adecuado hablar de adolescencias y juventudes, dando cuenta de la pluralidad y heterogeneidad de trayectorias y experiencias vitales. Estas definiciones aluden a construcciones sociales complejas y en constante revisión, e implican heterogeneidad en cuanto a sexos, géneros, edades, sectores socioeconómicos, inclusión educativo-laboral, diversidad cultural, entre otros factores.

Es necesario observar los efectos que generan las representaciones hasta aquí mencionadas en el trabajo cotidiano, y tenerlas en cuenta a la hora de desarrollar prácticas más respe-

tuosas y que efectivicen la participación activa de adolescentes en el diseño de las acciones que busquen garantizar el acceso pleno a su salud integral.

Salud integral

La salud integral, entendida como proceso dinámico y multidimensional, no refiere a la ausencia de enfermedad ni a una relación unicausal entre fenómenos biológicos y res-

ponsabilidades individuales. Es una realidad social y cultural, un campo en tensión donde se interrelacionan diversas dimensiones que la atraviesan y la construyen constantemente.

8. La perspectiva de curso de vida permite entender a los individuos y comunidades como un todo, y a su vida y salud como un trayecto continuo, indivisible en etapas, donde lo que sucede en un momento se ve afectado por lo que sucedió antes y al mismo tiempo dejará huellas para el futuro.



El reconocimiento de la salud como derecho humano pone de manifiesto la estrecha relación entre esta y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida individuales. Considerar los determinantes sociales de la salud⁹ implica incorporar las condiciones de vida de las poblaciones incluyendo la dimensión de equidad.

Por esta razón se prioriza la perspectiva de la vulnerabilidad. En contraposición a la definición de riesgo, esta no se explica únicamente por las características y comportamientos de las personas o grupos de pertenencia. Al incluir dimensiones colectivas y contextuales, la perspectiva de vulnerabilidad permite analizar los problemas de salud desde una mirada compleja y multicausal,¹⁰ facilitando el trabajo ante escenarios donde interactúan múltiples dimensiones de manera dinámica y variable. Las vulnerabilidades son múltiples y se intensifican recíprocamente, por lo que condiciones de riesgo específicas ponen en tensión vulnerabilidades previas y las retroalimentan (Dirección de Sida y ETS, 2017).

Las adolescencias y juventudes tienen demandas y necesidades específicas de salud. El sistema sanitario debe considerarlas y ofrecer un plan de servicios adaptado que pueda darles respuesta, considerando que la manera en que se brinde la atención influirá en el aprovechamiento de los recursos puestos a disposición, y que la calidad de las intervenciones determinará que las mismas tengan un impacto positivo en su salud (PNSIA, 2018b).

9. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”, como sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, y sistemas políticos. Estas condiciones pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud (OPS/OMS, s.f).

10. “Las situaciones de vulnerabilidad social constituyen el resultado del debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales, de la fragilidad institucional y de la precarización e inestabilidad laboral. Podemos concluir que cualquier situación que atente contra derechos humanos fundamentales configura una situación de vulnerabilidad y por ende de riesgo para personas, grupos y comunidades” (DNSMA, 2014:18).

Interseccionalidad y perspectivas transversales

El reconocimiento de la salud integral en las adolescencias y juventudes como un fenómeno complejo lleva a incorporar el concepto de interseccionalidad para comprender el entramado de múltiples dimensiones, como la etapa del curso de vida, la identidad de género, la orientación sexual, el nivel educativo, la estratificación socioeconómica, la etnia y la corporalidad, entre otras.

Estas identidades se superponen en varias capas derivadas de las relaciones sociales, la historia y las estructuras del poder, afectando a distintas personas de manera diferente. La interseccionalidad, entonces, es una herramienta analítica que permite dilucidar las maneras en que se entrecruzan y yuxtaponen identidades diversas, y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de privilegio, o bien de opresión, discriminación y exclusión (AWID, 2004).



En otras palabras, al explorar la dinámica entre las identidades coexistentes y los sistemas conectados de opresión, el concepto de interseccionalidad permite identificar la superposición de distintas identidades vivenciadas por las personas y cómo influyen en el acceso al ejercicio de derechos, agregando como nivel de análisis la identificación de vulnerabilidades diferenciales.

A fin de poner a funcionar esta herramienta en la elaboración del presente documento, se priorizaron cuatro perspectivas transversales: géneros y diversidad, diversidad corporal, modelo social de la discapacidad, y participación juvenil.

En la constitución y consolidación de las ciencias médicas, la diversidad de la sexualidad humana fue leída desde un parámetro biologicista y binario que solo entendía la existencia de dos

sexos opuestos. Bajo esta perspectiva, ciertos cánones sobre la sexualidad y el género fueron caracterizados como “normalidad” e impuestos culturalmente bajo la ficción de ser “naturales”. Además, se consideró toda diversidad corporal y toda discapacidad como patología (DiAJu, 2023b). Al mismo tiempo, en los paradigmas tradicionales subyacen perspectivas adulto-céntricas y tutelares que invisibilizan y/o estigmatizan a las adolescencias y juventudes.

Teniendo esto en consideración, la transversalización de las cuatro perspectivas mencionadas anteriormente implicó el relevamiento de fuentes e indicadores y su análisis en relación a las desigualdades y vulnerabilidades visi-

bilizadas por estos ejes, dando cuenta de la complejidad de dimensiones que involucra el abordaje de la salud integral de las adolescencias y juventudes.

Perspectiva de género y diversidad

El concepto de género destaca que las diversas prácticas, roles y capacidades promovidas y esperadas de forma diferencial a partir del sexo asignado al nacer no son atributos naturales e individuales, sino productos de relaciones sociales de poder construidas históricamente y, por ende, posibles de ser transformadas.



Las diferencias de género normativizan y ordenan los vínculos sociales a partir de las nociones de masculinidad y feminidad, que impactan tanto en la percepción que las personas tienen de sí mismas (y de las otras) como en la organización social y cultural en general, en aspectos tales como el trabajo, la economía, la política, el parentesco y la sexualidad (DiAJu, 2021).

A pesar del gran avance en materia de garantía de derechos a nivel jurídico, y de los cambios culturales motorizados por los activismos, aún persisten mandatos culturales y modos de funcionamiento institucional basados en un sistema binario (hombre-mujer, masculinidad-femineidad) a partir de los cuales las diversidades se toman como transgresiones y suelen ser condenadas. Junto a discursos y prácticas hegemónicas y conservadoras respecto de la sexualidad y los roles de género coexisten enfoques propuestos por los movimientos feministas y LGBTIQ+ que proponen entender la sexualidad desde el derecho a la libre elección, el placer, el disfrute y el consentimiento (DiAJu, 2023c).

Es fundamental cuestionar los roles impuestos de género, el amor romántico, las reglas de seducción, y otros cánones de la heteronormatividad.¹¹ Para los varones cis¹² específicamente,

11. “La heteronormatividad es una construcción histórica y cultural en la cual la heterosexualidad se convierte en una norma, se instaura en el imaginario de nuestras sociedades como destino inexorable en las vidas de las personas y conlleva experiencias desiguales y situaciones de discriminación y sufrimiento” (DiAJu, 2023c:14).

12. “El concepto “cis” comprende a aquellas personas que se identifican con el género asignado al nacer” (DiAJu, 2023c:13).

este trabajo implica desandar la masculinidad enraizada en el orden jerárquico patriarcal y reconocerse en determinada posición de poder. También es importante distinguir que dentro de la población LGBTIQ+ existen diversas experiencias y prácticas vinculadas a la diversidad sexual y a las expresiones de género, con particularidades ligadas a la clase social, etnia,

idioma, religión, opinión política o ideológica, nacionalidad, diversidad corporal, etcétera (DiAJu, 2023c). Es fundamental contemplar la pluralidad de contextos sociales, reconocer las vulnerabilidades específicas de las adolescencias y juventudes LGTBIQ+, y las particularidades de cada persona y de su situación.

Perspectiva de diversidad corporal

El cuerpo es “una construcción social que no solo es singular y única para cada una de las personas, sino que siempre se da en una relación necesaria con otras personas. Es en ese conjunto de interacciones que se van inscribiendo una serie de mandatos, expectativas, prejuicios sobre aquello que se considera saludable, bello, correcto, normal, y hasta útil

o productivo (...) Es decir, estereotipos o modelos corporales que encarnan las ‘normas hegemónicas’. Estos estándares aparecen como modos ideales a los que se debe tender necesariamente para ser valorados socialmente” (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires, 2022:7).



Frente a las formas estandarizadas de pensar los cuerpos y las personas, la perspectiva de la diversidad corporal problematiza los parámetros de normalización de los cuerpos en relación a distintas dimensiones, como el tamaño, las identidades y expresiones de género, las características sexuales, etc.

En este sentido, el término de diversidad corporal refiere “al conjunto de las corporalidades en sus múltiples diferencias y similitudes que no pueden ser asociadas a un modelo único de

cuerpo” (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires, 2022:8).

En *¿Es gordofobia? Herramientas para el reconocimiento, la prevención y erradicación de la discriminación gordofóbica*, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo explica: “La negación de la diversidad corporal forma parte de ideologías dominantes como el racismo, el heterocispa-

triariado y el clasismo que, junto a las distintas dinámicas y discursos de ordenamiento social, como la meritocracia, el pesocentrismo y el ideal hegemónico de belleza, se presentan en forma de mandatos, opresiones y vulneración de derechos” (INADI, 2022:10).

Modelo social de discapacidad

La Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Según el Artículo 1 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD):¹³ “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas

barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006).

La CDPD toma como paradigma el modelo social de la discapacidad, de acuerdo al cual esta “resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (ONU, 2006:Anexo 1, e).



En este sentido, se comprende que “uno de los presupuestos fundamentales del modelo social radica en que las causas que originan la discapacidad no son individuales –como se afirma desde el modelo rehabilitador–, sino que son preponderantemente sociales (...) no son las limitaciones individuales las raíces del fenómeno, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios, 2007:19).

13. Se puede consultar la Ley Nacional 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>.

Las personas con discapacidad son titulares plenas de derechos y deben ejercerlos con total respeto a su intimidad, privacidad y dignidad. El derecho a la vida, salud, integridad corporal, dignidad, imagen, entre otros (Código Civil y Comercial de la Nación, Artículos 51 a 71),¹⁴ son derechos personalísimos, inherentes a las personas, y no pueden ser ejercidos por otros. Adolescentes y jóvenes con discapacidad tienen derecho a que se les reconozca su capacidad y a que se les proporcionen los apoyos apropiados a su edad y a su discapacidad, garantizando que la participación de las personas con responsabilidades de cuidado no sustituya su voluntad, sino que los apoye para tomar una decisión y poder llevarla adelante. La cobertura y garantía de los derechos de las adolescencias con discapacidad en el marco de la atención sanitaria se debe regir por los mismos principios: interés superior del niño, autonomía progresiva, participación directa e igualdad, y no discriminación.

En *Jóvenes con discapacidad: Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y lograr la salud y derechos sexuales y reproductivos*, el Fondo de Población de las Naciones Unidas señala: “Los jóvenes con discapacidad representan una multitud de categorías sociales y contextos, que pueden entrecruzarse con actitudes negativas acerca de la discapacidad y el estigma social exacerbando y agravando la denegación de derechos. Los jóvenes pueden tener más dificultades para ejercer sus derechos y se les puede negar la capacidad de tomar decisiones por sí mismos a causa de su edad. Las actitudes discriminatorias hacia las mujeres y las niñas, los miembros de la comunidad LGBTQI, y las minorías raciales y étnicas pueden también plantear barreras legales, físicas, de comunicación y de otro tipo a las que los jóvenes con discapacidad deberán enfrentarse a menudo en su vida diaria y eso los haría más vulnerables a la violencia” (UNFPA, 2018:14-15).

Perspectiva de participación juvenil

La participación juvenil es un eje clave en el acceso de adolescentes y jóvenes al ejercicio de su salud. Son quienes tienen la mejor comprensión acerca de sus propias realidades, necesidades y deseos, y tienen derecho a comprometerse activamente en las decisiones que los afectan, por lo que sus opiniones deben ser escuchadas y tenidas en cuenta. Su participación permite que las intervenciones

respondan a sus necesidades reales y los empoderen para la exigibilidad de sus derechos (DiAJu, 2023d).

Es fundamental acompañar las acciones tendientes a ampliar el acceso a través del desarrollo de diferentes modelos participativos. No existe una única forma de participación.

14. Se puede consultar el Código Civil y Comercial de la Nación en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm#6>.



Se entiende por participación significativa al involucramiento de adolescentes y jóvenes en las decisiones que afectan su vida y la de su comunidad. No hay ciudadanía sin participación, y el propósito principal de la participación es la construcción de ciudadanía (UNICEF, 2017).

Se comprende a la ciudadanía como el derecho a tener derechos (Arendt, 1951). En este sentido, el rol activo de adolescentes y jóvenes es indispensable para la construcción de una ciudadanía democrática plena y efectiva basada en la autonomía, la igualdad, el ejercicio y la exigibilidad de derechos. El acceso a la salud implica un ejercicio colectivo que requiere ser

abordado en interrelación con otros derechos. El concepto de ciudadanía debe entonces ser repensado para que incluya a las adolescencias y juventudes, no sólo como colectivo con derechos específicos, sino también como sujetos con incidencia real en los procesos políticos y sociales (Roche, 1999 en Morales y Magistris, 2019).

Bibliografía

Arendt, H. (1951). *Los orígenes del totalitarismo*. Taurus: Madrid.

Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo [AWID] (2004). "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica". *Revista Derechos de las mujeres y cambio económico*, N° 9. https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/interseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf

Comité de los Derechos del Niño (2003). *Observación General N°4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. CRC/GC/2003/4. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/427/27/PDF/G0342727.pdf?OpenElement>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2021). *Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/SaludLGBTI_6-2021.pdf

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023a). "Fascículo 1. Salud integral". *En Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-5>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023b) "Fascículo 3. Salud sexual". *En Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-3>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023c). "Fascículo 4. Género y diversidades". *En Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-2>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023d). "Fascículo 7. Participación Juvenil". *En Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-0>

Dirección de Sida y ETS (2017). *Jóvenes con diagnóstico reciente de VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Caracterización, itinerarios, experiencias y vida cotidiana*. Grisel Adissi, Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/jovenes-con-diagnostico-reciente-de-vih-en-el-area-metropolitana-de-buenos-aires>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMA] (2014). *Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio*. Ministerio de Salud de la Nación.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2017). *Para cada adolescente una oportunidad. Posicionamiento sobre Adolescencia*. <https://www.unicef.org/argentina/media/1396/file/Posicionamiento%20adolescentes.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2018). *Jóvenes con discapacidad: Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y lograr la salud y derechos sexuales y reproductivos*. <https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Global%20Stydy%20on%20Disability%20-%20Summary%20SP%20-%20web.pdf>

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [INADI] (2022). *¿Es gordofobia? Herramientas para el reconocimiento, la prevención y erradicación de la discriminación gordofóbica*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/14_12_22_guia_gordofobia.pdf

Kantor, D. (2008). "Capítulo 1. Rasgos de las nuevas adolescencias y juventudes". En *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*, 24-32. http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4273/1/variaciones_kantor.pdf

Krauskopf, D. (2005). "Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en América Latina". *Revista Nueva Sociedad*, N° 200, Noviembre - Diciembre. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/3303_1.pdf

Krauskopf, D. (2015). "Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades". *Revista Última Década*, N° 42 Proyecto Juventudes, Junio, 115-128. <https://www.scielo.cl/pdf/udecada/v23n42/art06.pdf>

Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires (2022). *Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda*. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/CUADERNILLO%202º%20público%20general.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Base de datos de la 3º Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) con resultados nacionales, Argentina*. <https://datos.gob.ar/dataset/salud-base-datos-3deg-encuesta-mundial-salud-escolar-emse-con-resultados-nacionales-argentina>

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [PNSIA] (2018a). *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [PNSIA] (2018b). *Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/asesorias_en_salud_integral_para_escuela_secundaria.pdf

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2016). *Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS/OMS] (2018). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS/OMS] (s.f.). *“Determinantes sociales de la salud”*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Palacios, A. (2007). *“1.3. El modelo social”*. En *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Grupo Editorial Cinca: Madrid. https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/19L_ladiscapacidad.pdf

Pasqualini, D. y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/nacion/SaludBienestarAdolescente.pdf>

Roche, J. (1999). Children: Rights, participation and citizenship. En Morales, S. y Magistris, G. (comp.), *Niñez en movimiento: del adultocentrismo a la emancipación*. Editorial Chirimbote. <https://enclavedeevaluacion.com/pronatsesp/wp-content/uploads/2020/11/Niñez-en-movimiento-2019.pdf>



Caracterización de las adolescencias y juventudes



Los indicadores sociodemográficos y económicos —como nivel educativo, situación laboral o de vivienda, entre otros— y su análisis permiten conocer la población de jóvenes y adolescentes en Argentina e identificar desigualdades y disparidades entre diferentes subgrupos.

Por lo tanto, es importante que las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de vida de estos grupos consideren las inequidades evidenciadas por estos indicadores.

Adolescencias y juventudes en la población general

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2023) la población mundial de 10 a 24 años es de 1.900 millones de personas (equivalente a un 25 % de la población total) y está creciendo a un ritmo del 1,3 % anual, lo que es inferior al crecimiento de la población mundial en general. De esta cifra, 200 millones viven en América Latina y el Caribe, mientras que en la Argentina, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2023), son 10.739.891, representando el 23,4 % de la población total del país.

Los datos sugieren un crecimiento sostenido en los grupos de 10 a 24 años, aunque a un ritmo más lento en comparación con el crecimiento total de la población del país. Esto podría explicarse, entre otros factores, por la disminución de la tasa de fecundidad, que presenta un descenso sostenido en las últimas décadas, pasando de 2,8 en 1980 a 1,5 en 2023. Además, esto se complementa con el aumento de la esperanza de vida al nacer que era de 70,2 años en 1980 y se elevó a 77,8 años en 2023.

La proporción de adolescentes (personas de 10 a 19 años) sobre el resto de la población varía en cada provincia: mientras que en la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires (CABA) equivale a un 11,3 %, representa hasta un 17,9 % en Misiones. Si bien las jurisdicciones más pobladas —como CABA, Córdoba y Santa Fe— muestran una menor proporción de adolescentes, estas jurisdicciones albergan en términos absolutos una gran parte de la población joven del país. Es importante reconocer esta diversidad en la distribución a la hora de, por ejemplo, planificar servicios de salud orientados a la población adolescente.

En el grupo de 20 a 24 años también se observa variabilidad en la proporción de población en las distintas provincias. Santiago Del Estero, La Rioja y Corrientes presentan las mayores proporciones con 8,8 %, 8,7 % y 8,6 % respectivamente; por otro lado, La Pampa, CABA y Tierra del Fuego exhiben las menores proporciones con 6,7 %, 6,8 % y 7 % respectivamente. Similar a lo observado en las adolescencias, las provincias del norte tienden a tener una proporción más alta de jóvenes, y las del centro y sur muestran proporciones relativamente menores.

Sexo, género, discapacidad

Respecto a la distribución de adolescentes y jóvenes según género autopercebido y sexo asignado al nacer, aún no se dispone de los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (en adelante, Censo Nacional 2022) que toma estas variables. La información estadística anterior consignaba la variable “sexo” y suponía una correlación sexo-género. Así se cuenta con el dato de que, en Argentina, cada 100 adolescentes, 51 son varones y 49 son mujeres.

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (en adelante, Censo Nacional 2010), las personas con algún tipo de discapacidad representan el 12,9 % del total de la población del país. De ellas, el 44 % son varones y el 56 % son mujeres. Este censo también informa que existe un total de 7.045.513 personas en la franja etaria de 10 a 19 años, de las cuales 334.775 (un 4,7 %) tienen discapacidad (206.002 mujeres y 206.927 varones).

En el análisis de la prevalencia de dificultades o limitaciones permanentes¹ por grupo de edad y sexo, el Censo Nacional 2010 muestra que en el rango de 10-14 años, los varones tienen una

ligera mayor prevalencia (6,1 %) en comparación con las mujeres (5,9 %). Esta tendencia se invierte en los grupos de edad posteriores. En los adolescentes de 15-19 años, las mujeres muestran una mayor prevalencia (6 %) frente a los varones (5,6 %), y esta diferencia se acentúa aún más en el grupo de 20-24 años, donde la prevalencia en mujeres asciende a 6,4 %, comparada con el 5,7 % en varones.

Si se realiza un análisis por dificultad, las visuales, auditivas y motoras superiores muestran una prevalencia similar en todos los grupos de edad, variando entre el 3 % y el 4 %, mientras que la motora inferior presenta una ligera variación, disminuyendo del 3 % en el grupo de 10-14 años al 2 % en los grupos de 15-19 y 20-24 años. Las dificultades cognitivas son más prevalentes en el grupo de 10-14 años (10 %) y disminuyen progresivamente en los grupos de 15-19 años (8 %) y 20-24 años (6 %).

En relación a la distribución geográfica de la población con discapacidad en el país, la región con mayor prevalencia es la del noroeste argentino (NOA) (Plan ENIA y REDI, 2019).

1. “La captación de la limitación o dificultad de las personas para el censo incluye a aquellas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender” (INDEC, 2012:331).

Ingresos y pobreza

La pobreza en adolescentes y jóvenes es un fenómeno multidimensional que excede de la carencia económica, y que repercute profundamente en el desarrollo individual y colectivo de las sociedades. Adolescentes y jóvenes que enfrentan persistentes situaciones de bajos ingresos y falta de acceso a bienes y servicios no solo ven afectada su calidad de vida presente, en tanto se les limita la consecución de sus derechos, sino también las posibilidades de alcanzar niveles de bienestar adecuados a futuro (UNICEF, 2021a).

Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2022 (EPH) muestran que la pobreza² impacta en los tres grupos etarios estudiados, con una mayor prevalencia en los adolescentes de 10 a 14 años. De las 24 jurisdicciones, 15 tienen una población en condición de pobreza según ingresos de más del 50 %. A su vez, se observa una gran disparidad entre provincias, con tasas significativamente mayores en el noroeste argentino (NOA) y el noreste argentino (NEA), llegando a superar el 70 % en Chaco y Formosa. Esta heterogeneidad pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias diferenciadas que reconozcan y aborden las desigualdades interregionales. Las tasas más bajas de pobreza se observan en el grupo de 20 a 24 años, probablemente reflejando una consolidación de la inserción laboral y/o la finalización de estudios superiores.

El Ministerio de Economía, en colaboración con UNICEF, presentó en el año 2023 una primera aproximación al Gasto Público Social dirigido a la población adolescente de entre 12 a 17 años para el período 2019-2021. El análisis de los datos del Gasto Público Social dirigido a la Adolescencia (GPSdA) —como porcentaje del Gasto Público Consolidado (GPC)— se mantuvo relativamente estable en torno al 6,6 %. Su participación en el PIB alcanzó un pico de 3,1 % en 2020 debido a las políticas sociales implementadas durante la pandemia de COVID-19, para luego disminuir ligeramente a 2,7 % en 2021. Si se desagrega esta información, se observa que la categoría educación es la más significativa, con una participación promedio del 56 %. Le siguen ayuda directa (14,4 %), obras sociales (10,7 %) y salud (8,7 %). El resto de las categorías alcanza una participación promedio inferior al 4 %. Asimismo, se expuso que las provincias ejecutan el 71 % de la inversión social en adolescencia del sector público consolidado y la nación el 29 % restante, en promedio, para el período observado (DAPFI y UNICEF, 2023).

2. Pobreza: hogares cuyos ingresos totales no superan el valor de la canasta básica total (CBT), que además de los alimentos comprende un conjunto de bienes y servicios necesarios para la vida cotidiana (salud, vestimenta, educación, transporte, etc.) (INDEC). Se puede el documento "Derecho a la salud - definiciones y conceptos", del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/sisena-ds-definiciones.pdf>.

Vivienda

Hacinamiento crítico

El hacinamiento crítico identifica hogares con más de tres personas por cuarto. No solo refleja desafíos en la infraestructura habitacional, sino que también es un indicador de vulnerabilidad sociosanitaria. Según la EPH de 2022, más de 1,2 millones de personas en aglomerados urbanos en Argentina viven en condiciones de hacinamiento, representando el 4,1 % de la población.

Se observa una disminución progresiva en el indicador a medida que aumenta la edad, con un 6,22 % para el grupo de 10 a 14 años, un 4,15 % en los de 14 a 19 años y 3,59 % en los de 20 a 24 años, lo que podría asociarse con una mayor independencia y movilidad de las y los jóvenes.

Vivienda y género

A pesar de la limitada información existente, el documento *Con nombre propio: A diez años de la Ley de Identidad de Género*, publicado en 2023 por el Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,³ aporta datos sobre las personas LGBTIQ+.

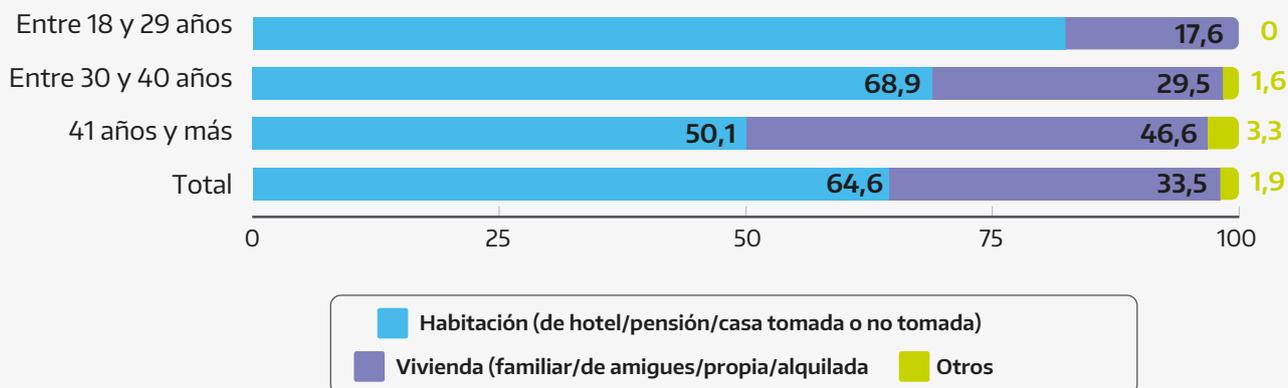
El estancamiento de la situación habitacional de las mujeres trans y travestis se evidencia en las encuestas realizadas en 2005, 2016 y 2022, revelando que un 64,6 % aún reside en condiciones precarias como hoteles, pensiones o vi-

viendas ocupadas, legal o ilegalmente. Apenas un 18,1 % accede al alquiler de una vivienda y un escaso 15,4 % habita en vivienda familiar, de amigos o propia.

Si se observan las condiciones de vivienda de las mujeres trans y travestis según el rango etario, las más jóvenes (entre 18 y 29 años) viven en mayor proporción en habitaciones de hotel, pensión, casa o edificio tomado o no tomado (el 82,4 %), por lo que es el grupo etario que peores condiciones presenta.

3. El estudio abordó aspectos como: trabajo, salud, educación, vivienda, participación sociopolítica, violencia e incidencia de la Ley de Identidad de Género. La muestra estuvo compuesta por 212 personas: 155 se autoperceben como mujeres trans, travestis, 32 como varones trans y 25 como personas no binarias. El 3,2 % de la muestra son mujeres trans y travestis en el rango etario de entre 18 y 21 años.

Gráfico 1.1. Situación habitacional según la edad. Mujeres trans y travestis. Año 2022.



Fuente: Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023:110.

Entre quienes en 2022 expresaron vivir en una vivienda alquilada, el 57,1 % manifestó tener el contrato a su nombre y solo el 28,6 % dijo tener un contrato a nombre de otra persona. Esta última cifra muestra un importante cambio con respecto a 2016, cuando el 50 % de las mujeres trans y travestis tenía el contrato de alquiler a nombre de otra persona.

Se observa que una alta proporción de varones trans vive en casa o departamento alquilado (el 46,9 %) y un menor porcentaje (el 31,3 %) vive en casa o en un departamento familiar, de ami-

gos o propio. Entre quienes expresaron vivir en una vivienda alquilada, el 60 % manifestó tener el contrato a su nombre.

Por último, entre las personas no binarias, las opciones de vivir en casa o departamento alquilado y vivir en vivienda familiar, de amigos o propia presentan iguales porcentajes (el 40 %). Un 12 % expresó vivir en habitación de hotel, pensión, casa o edificio tomado. Entre quienes dijeron vivir en vivienda alquilada, el 40 % expresó tener el contrato a su nombre.

Agua potable

El acceso a la red de agua corriente es un determinante social crítico que impacta de manera significativa en la salud integral de la población. Según la Organización Mundial de la Salud, el acceso al agua potable segura es fundamental para la prevención de una amplia gama de enfermedades transmisibles y para

garantizar prácticas de higiene adecuadas (OMS, 2023).

La Encuesta Permanente de Hogares reveló en 2022 que el 88,5 % de los habitantes de los 31 principales aglomerados urbanos en Argentina cuentan con acceso a agua potable a través

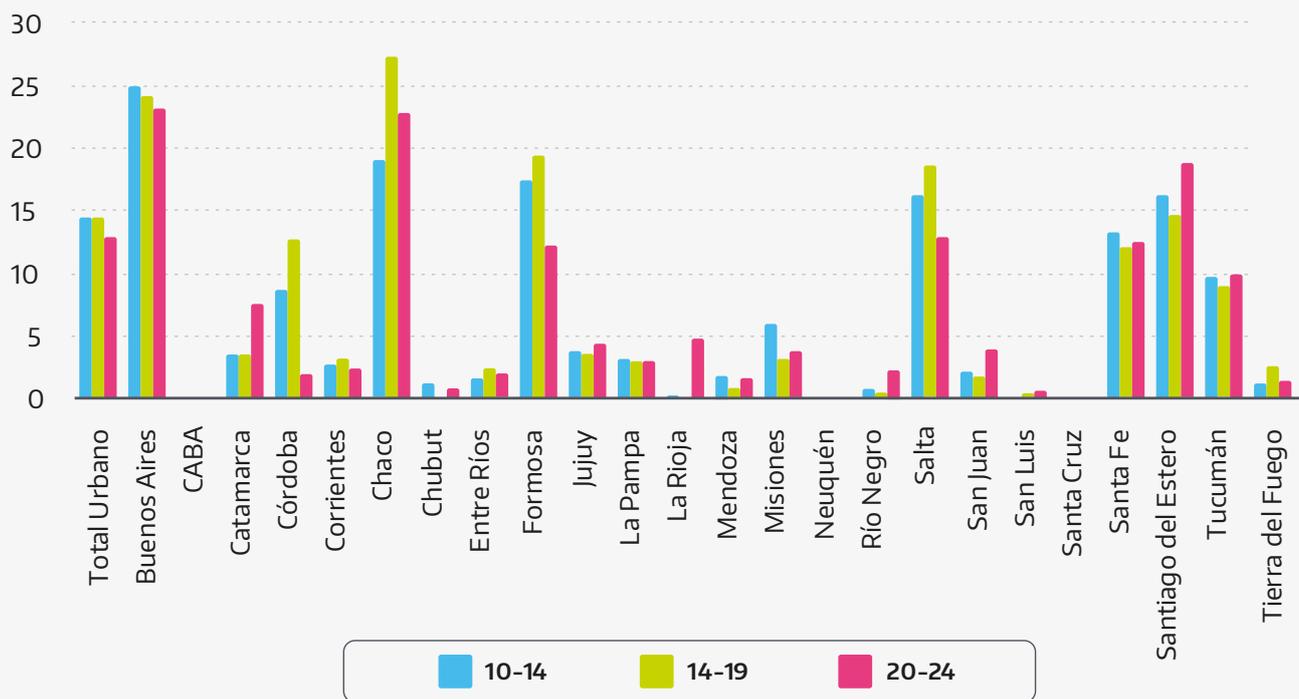
de la red pública. Sin embargo, un 11,5 % aún depende de fuentes alternativas para obtener agua, tales como perforaciones y bombas manuales, hasta la recolección de agua de lluvia.

Al analizar por edad se observa que la tasa promedio sin acceso a la red de agua corriente en áreas urbanas es similar para los grupos etarios de 10 a 14 y 14 a 19, con un promedio de 14,48 % y 14,54 % respectivamente. Sin embargo, en el grupo de 20 a 24 años, la tasa promedio desciende a 12,91 % sugiriendo una mejora en

el acceso al agua corriente para los jóvenes, lo que podría estar relacionado con la transición a la vida laboral y residencial independiente.

Al igual que los otros indicadores, las cifras provinciales del acceso a la red de agua corriente muestran heterogeneidad. A continuación se presentan los porcentajes de población en hogares sin acceso a agua de red dentro de la vivienda en las provincias de Argentina, distribuidos por los tres grupos etarios: 10-14 años, 14-19 años y 20-24 años.

Gráfico 1.2. Porcentajes de población en hogares sin acceso a agua de red, por jurisdicción y por rango de edad. Argentina, tercer trimestre 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Permanente de Hogares (EPH) total urbano, tercer trimestre 2022.

Adolescencias y juventudes migrantes

Conforme a datos del Registro Nacional de las Personas (RENAPER), la cantidad de personas nacidas en el exterior con DNI con proceso digital y residiendo en Argentina al mes de agosto del 2022 es de 3.033.786, con una predominancia de los países de América del Sur (el 87 % del total de la población extranjera). En

cuanto a la distribución por género, 1.568.350 son mujeres y 1.465.430 varones (solo 6 personas tienen su DNI con género no binario).

A continuación se presenta la pirámide poblacional de inmigrantes en Argentina.

◆ **Gráfico 1.3. Pirámide poblacional de personas nacidas en el exterior residiendo en la Argentina con DNI con proceso digital, por sexo. Total país.**

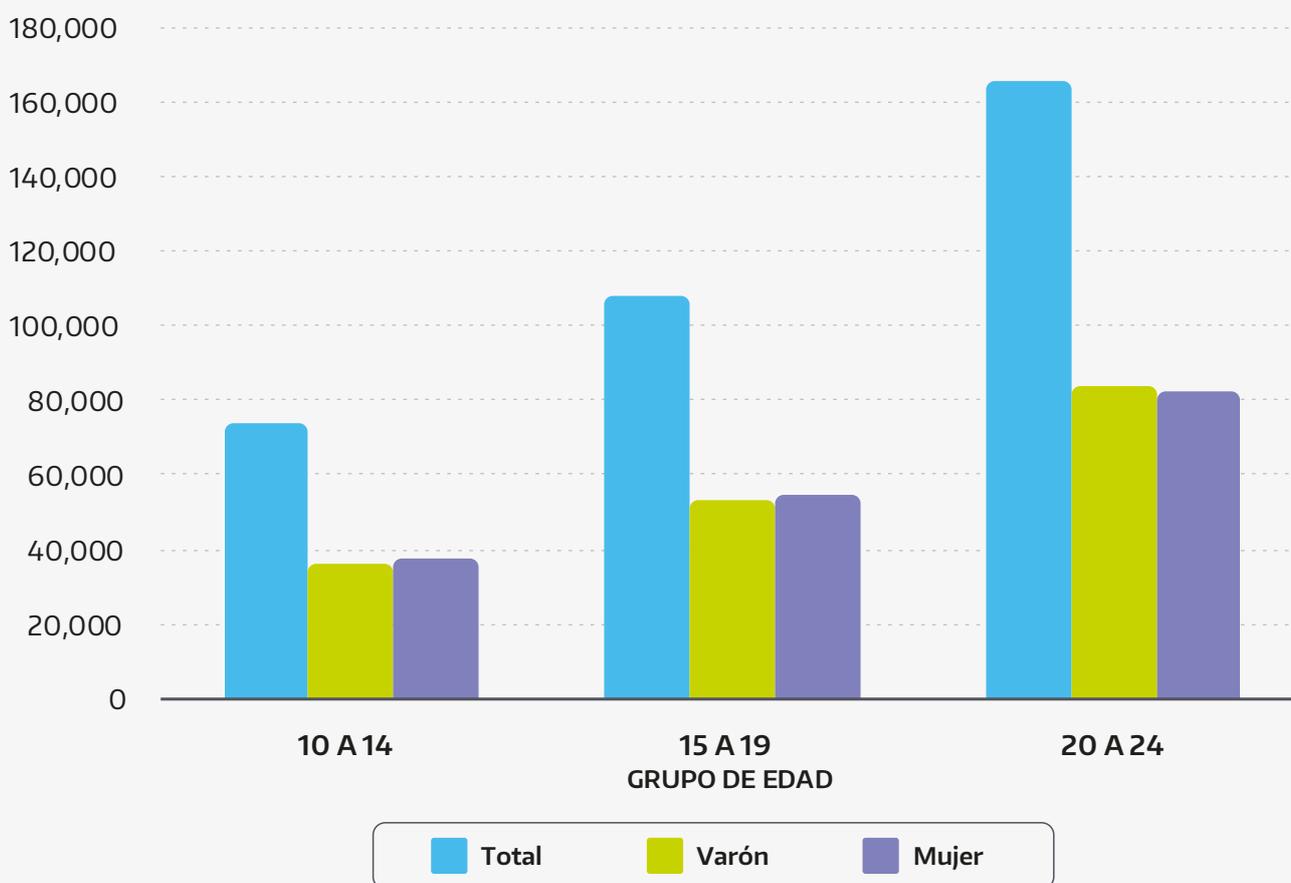


Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Población a partir de las personas vivas con DNI con proceso digital (Decreto N°1501/2009), libreta celeste o tarjeta, residentes en Argentina (OIM y CNCPS, 2019) y nacidas en el exterior al mes de agosto del 2022 de la Base de Datos del RENAPER.

Del gráfico se observa que en los rangos etarios de 10 a 24 años, la distribución por sexo es equilibrada. Además, se destaca que el 54 % de este segmento etario proviene de Paraguay o Bolivia, y más del 70 % reside en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

A continuación se presenta la cantidad de inmigrantes entre 10 y 24 años por sexo.

❖ **Gráfico 1.4. Cantidad de adolescentes y jóvenes inmigrantes, por sexo y por rango de edad. Argentina, agosto 2022.**



Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Población a partir de las personas vivas con DNI con proceso digital (Decreto N°1501/2009), libreta celeste o tarjeta, residentes en Argentina y nacidas en el exterior al mes de agosto del 2022 de la Base de Datos del RENAPER.

Según un estudio realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Consejo de Políticas Sociales en 2019, los niños, niñas y adolescente (NNyA) migrantes (me-

nores de 19 años) son el segmento etario con mayores tasas de pobreza y pobreza extrema, con un 50,3 % catalogado como pobre y un 16,4 % como indigente. Estas cifras superan

a las de NNYA nativos, que mostraban tasas de pobreza e indigencia de 44,3 % y 9,4 %, respectivamente. La incidencia de pobreza en NNYA que viven con dos adultos migrantes es casi 14 puntos porcentuales más alta que para quienes viven con al menos una persona adulta no migrante. Esta vulnerabilidad se agudiza en hogares monoparentales liderados principalmente por mujeres migrantes, donde la tasa de pobreza asciende al 90,4 % (OIM y CNCPS, 2019).

Por otro lado, hasta noviembre de 2023, Argentina registraba un total de 4.129 personas con estatus de refugiadas. Del total, el 12 % está comprendido por el rango de edad de 12 a 17 años y, dentro de este grupo, el 59 % son mujeres (ACNUR, 2023). Si se analiza la cantidad de casos iniciados (474) para solicitar el reconocimiento de la condición de refugiado, solo el 5 % pertenece a ese rango de edad, y el 56 % de estos solicitantes son varones (CoNaRe, 2023).

Educación y trabajo

La educación y el trabajo son dimensiones centrales en los procesos de salud de las adolescencias y juventudes. La escuela representa un espacio social fundamental de construcción identitaria y de pertenencia, que pone la mirada en la diversidad de trayectorias educativas. Sin embargo, aparecen tensiones

entre educación y trabajo, en especial ante situaciones de trabajo infantil y adolescente no protegido, que configuran violaciones a los derechos de las niñas y adolescencias y afectan los derechos a la educación, salud integral, juego y sociabilidad, entre otros.

Educación

En Argentina, la educación secundaria es obligatoria desde 2006 (Ley Nacional 26.206 de Educación)⁴. En doce provincias el nivel secundario tiene una duración de seis años, mientras que en las restantes es de cinco. Durante el 2022 asistieron al nivel secundario

4.056.769 adolescentes (71,7 % en el sector de gestión estatal) y concurrieron a establecimientos de educación integral para adolescentes y jóvenes / educación especial, 39.950 adolescentes (67 % de gestión estatal).

4. Se puede consultar la Ley Nacional 26.206 de Educación en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/120000-124999/123542/norma.htm>.



De 2011 a 2022, Argentina ha experimentado un crecimiento sostenido en la tasa neta de escolarización⁵ en el nivel secundario, evidenciado por el aumento nacional de 81,2 % a 94,1 %. El aumento en la tasa neta de escolarización en el nivel secundario se atribuye a múltiples factores que han impactado en la mejora del sistema educativo, como políticas educativas específicas y programas especializados que brindan apoyo garantizando la permanencia y conclusión del ciclo secundario (Ministerio de Educación de la Nación, 2011-2022).

Otro indicador clave es la tasa de sobreedad, que mide el porcentaje de estudiantes que tienen una edad superior a la esperada para el grado que están cursando. La sobreedad suele ser resultado de repitencia o abandono temporal. El pico se encuentra en el 10º año.⁶

Los indicadores de eficiencia interna en la educación –como la promoción efectiva⁷, la repitencia⁸ y el abandono⁹– son herramientas cruciales para evaluar la calidad y efectividad del sistema educativo.

La promoción efectiva en el secundario inicia en un 95,4 %, indicando un alto nivel de éxito en la promoción de los estudiantes al siguiente año. Sin embargo, esta cifra sufre una caída a 90,9 % en el 8º año y se desploma aún más, al 85,6 % en el 9º año. A medida que los estudiantes avanzan hacia el final de su educación secundaria, la tasa de promoción sigue disminuyendo, llegando al 80,2 % en el 12º año.

5. Porcentaje de alumnos y alumnas de 12 a 17 años de edad para una estructura educativa de seis años, o de 13 a 17 años para una estructura educativa de cinco años, matriculados en el Nivel Secundario de la Educación Común, Especial y de Jóvenes y Adultos, sobre la población de ese mismo grupo etario.

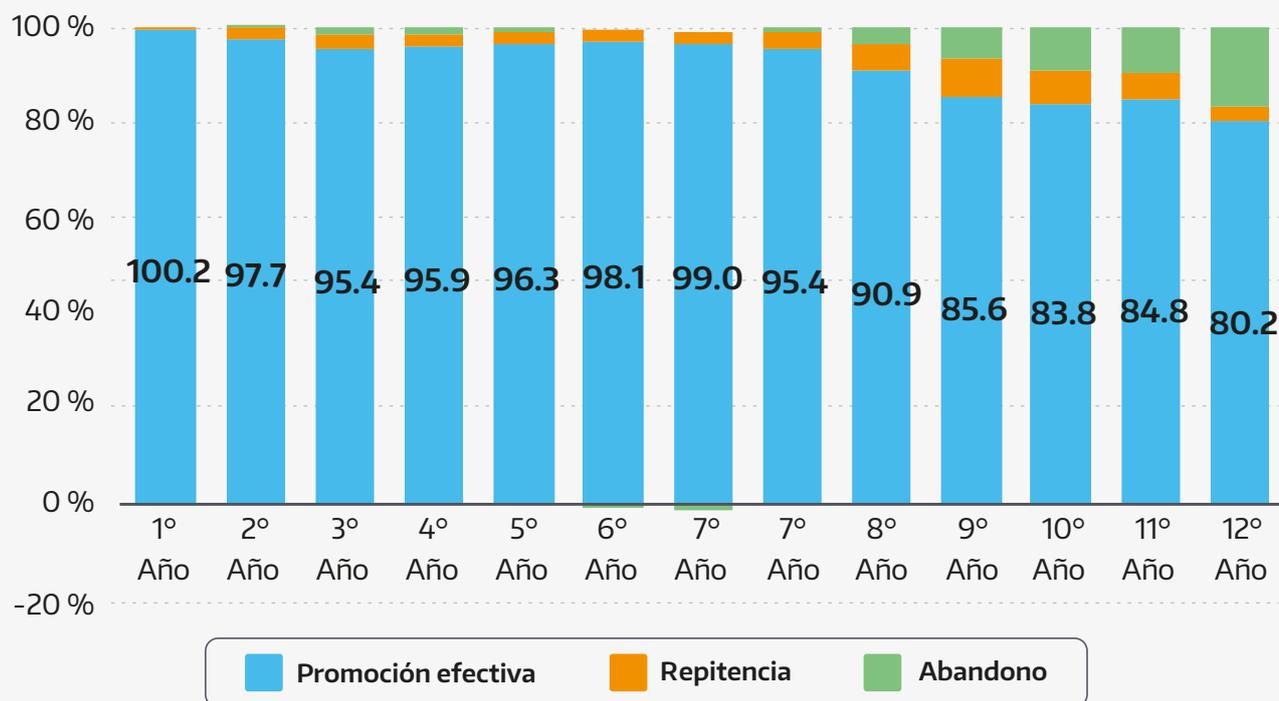
6. Siendo el 1º año aquel en el que comienza la escuela primaria (es decir, 1º grado).

7. Porcentaje de estudiantes que se matriculan en el año de estudio siguiente al año lectivo siguiente.

8. Porcentaje de alumnos y alumnas que se matriculan como repitientes en el año lectivo siguiente.

9. Porcentaje de alumnos y alumnas que no se matriculan en el año lectivo siguiente.

◆ **Gráfico 1.5. Tasa de promoción efectiva, repitencia y abandono. Argentina, 2022.**



Fuente: Elaboración propia en base al Relevamiento Anual 2022 del Ministerio de Educación de la Nación.

El documento “Síntesis de Información Estadísticas Universitarias 2021-2022” (DIU, 2022) muestra que el sistema universitario argentino contaba para el año 2021 con una población de 2.730.754 estudiantes, 758.115 nuevos ins-

criptos y 159.368 egresados en los niveles de pregrado, grado y posgrado. El 30,5 % de los nuevos inscriptos de ese año tenían entre 17 y 19 años.

◆ **Tabla 1.1. Cantidad de estudiantes, nuevos/as inscriptos/as y egresados/as en total niveles pregrado y grado, por sector de gestión. Argentina, 2021.**

Jurisdicción	Estudiantes	Nuevas/os inscriptas/os	Egresadas/os
Pregrado y grado Total	2549789	710699	142826
Estatales	2065115	556628	93917
Privadas	484674	154071	48909

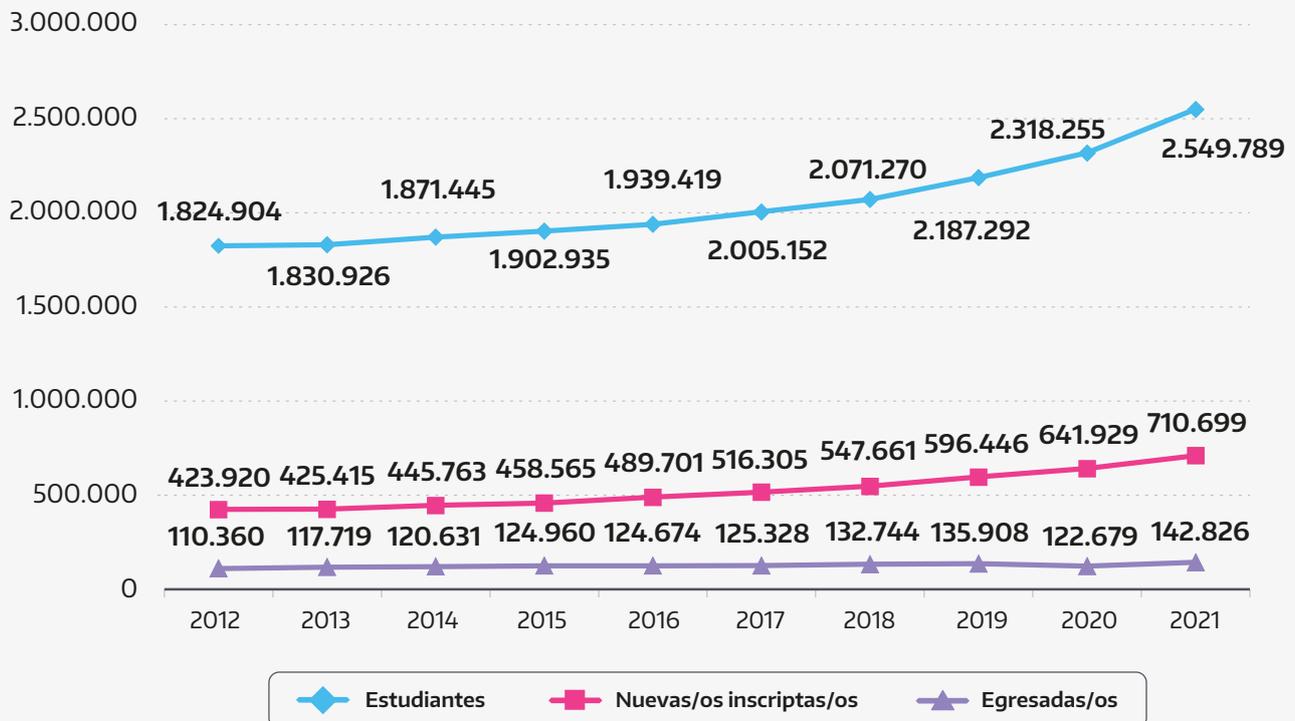
Fuente: Síntesis de Información Estadísticas Universitarias 2021-2022. Ministerio de Educación de la Nación, 2022.



En todas las provincias existe al menos una institución universitaria de gestión estatal, mientras que las instituciones de gestión privada se concentran en las zonas de mayor densidad poblacional.

Entre 2012 y 2021, el sistema universitario argentino registró un crecimiento del 39,7 % en la matrícula de estudiantes de pregrado y grado, un incremento del 67,6 % de nuevos inscriptos y del 29,4 % en sus egresados. El 81 % de las y los estudiantes universitarios se encuentran en instituciones de gestión estatal.

◆ **Gráfico 1.6. Evolución de la cantidad de estudiantes, nuevas/os inscriptas/os y egresadas/os de pregrado y grado. Argentina, años 2012-2021.**



Fuente: Síntesis de Información Estadísticas Universitarias 2021-2022. Departamento de Información Universitaria, 2022:26.

Educación, discapacidad

Según la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el Estado argentino se compromete a garantizar una educación inclusiva, a todos los niveles, en igualdad de condiciones.

La Resolución 311/16 del Consejo Federal de Educación¹⁰ representa un avance hacia la educación inclusiva, ya que propicia condiciones para la inclusión escolar y el acompañamiento de los estudiantes con discapacidad. A su vez, declara que todos los niños con discapacidad en el comienzo de la trayectoria escolar tienen derecho a ser inscriptos en educación inicial común, al igual que el resto de la población escolar; reconoce la responsabilidad educativa de la escuela común y la modalidad especial; propicia instancias de diálogo del estudiante con discapacidad y su familia a lo largo de la trayectoria educativa; e indica que los estudiantes con discapacidad deben recibir los apoyos y ajustes razonables que requieran, mientras se identifican las barreras institucionales para el aprendizaje.

En este sentido, el *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad* (INDEC, 2018) muestra que el 79,3 % de la población con discapacidad de 10 a 14 años y el 83,4 % del grupo de 15 a 39 años sabe leer y escribir. Al

momento del estudio, el 93,3 % de la población de 6 a 14 años y el 27,6 % de la población de 15 a 39 años asistía a establecimientos de educación formal. De ellos, el 72,3 % lo hacía en la modalidad de educación común, el 21,7 % en modalidad especial, y el 6,1 % en ambas modalidades. Entre la población de 6 a 14 años, el 75,1 % cursaba en el nivel primario y, entre los 15 a 29 años, el 63,7 % lo hacía en el nivel secundario.

El *Informe Nacional de Indicadores Educativos* elaborado por la Dirección Nacional de Evaluación, Información y Estadística Educativa (Ministerio de Educación de la Nación, 2022) muestra que, para el período 2011-2019, la educación especial se dicta en 3.274 unidades de servicio a 107.470 alumnos y alumnas (un 16 % menos de estudiantes que los que incluía esta modalidad 8 años antes). Este descenso de cerca de 20 mil estudiantes no puede disociarse de la tendencia creciente a incorporar a niñas, niños y adolescentes con discapacidades dentro de la educación común, que se duplican en el lapso de 8 años llegando a 138.436 estudiantes en 2019. La preeminencia de la matrícula estatal (el 73 % de la matrícula de modalidad especial) se intensifica en el nivel inicial donde 9 de cada 10 estudiantes asisten a instituciones educativas estatales y desciende progresivamente en los dos niveles de enseñanza siguientes.

10. Se puede consultar la Resolución 311/16 del Consejo Federal de Educación en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res-311-cfe-58add7585fbc4.pdf>.

11. El Registro Nacional de Personas con Discapacidad es un registro administrativo continuo de personas que gestionaron el Certificado Único de Discapacidad (CUD) en alguna de las jurisdicciones del país. A septiembre de 2023, la Agencia Nacional de Discapacidad contabilizaba 1.641.435 personas con CUD, de las cuales 302.322 (un 18,5 %) tenía entre 10 y 24 años (Fuente: datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS para el presente documento, a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu) del Ministerio de Salud de la Nación. Actualización al 1/09/2023). Más información en el Capítulo 5.

De acuerdo a los datos del Registro Nacional de Personas con Discapacidad,¹¹ la tasa de alfabetización muestra una tendencia ascendente con la edad, incrementándose de un 70,5 % en el rango de 10-14 años a un 73,5 % en el rango de 20-24 años. Sin embargo, aún existe una proporción significativa, alrededor del 28,1 % en el

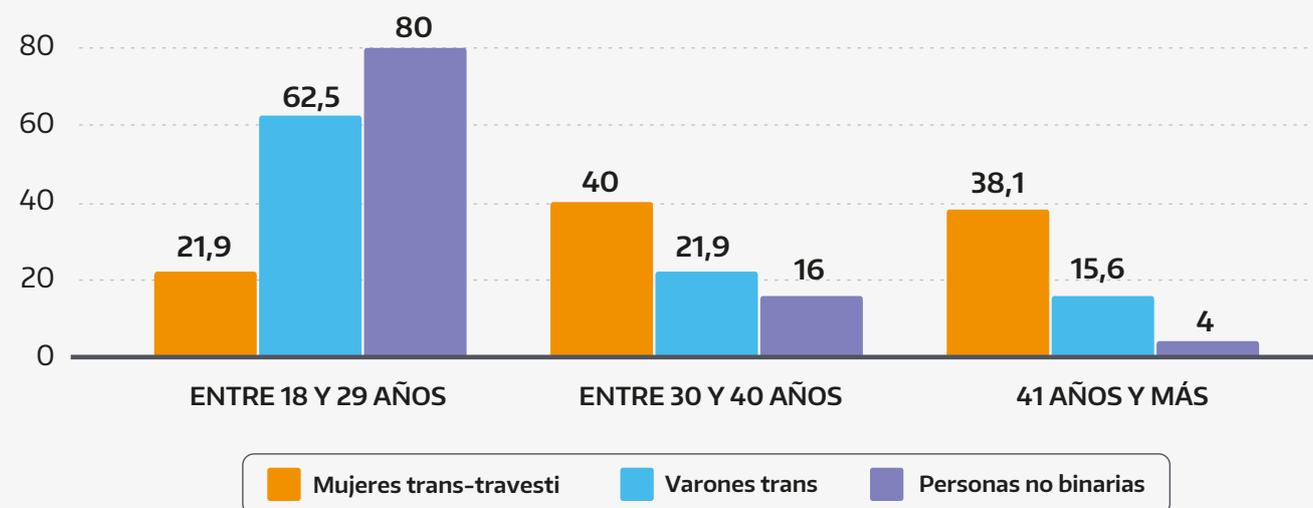
total general, que no tiene acceso a la alfabetización. Estos números reflejan la necesidad de políticas y programas educativos inclusivos para abordar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a la educación y la alfabetización.

Educación, diversidad

Como ya se mencionó, a pesar de la limitada información existente, la publicación *Con nombre propio: A diez años de la Ley de Identidad de Género* (Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023), brinda una aproximación en este tema. Para realizar dicha publicación, se realizó una encuesta a 212 personas de edades diferentes, niveles educativos diversos y residentes en distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires.

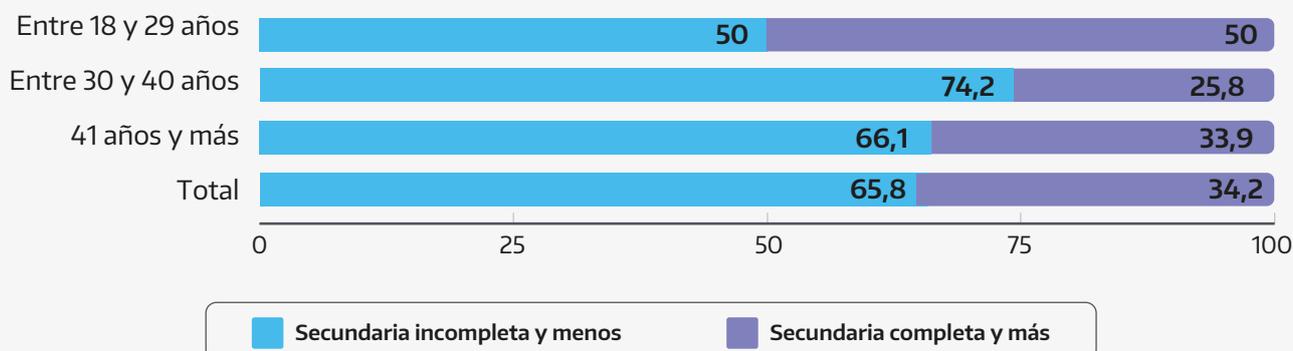
En el gráfico 1.7. se compara la composición etaria según identidad de género autopercibida, resultando que las personas no binarias y los varones trans están concentrados en el rango etario más joven, mientras que las mujeres trans y travestis son mayoría en la franja etaria superior a los 30 años.

◆ **Gráfico 1.7. Cuadro comparativo composición etaria de la muestra según género autopercibido. Año 2022.**



Fuente: Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023:17.

Gráfico 1.8. Máximo nivel educativo alcanzado de mujeres trans y travestis según edad. Año 2022.



Fuente: Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023:71.

En el caso de las personas no binarias, el 56 % cuenta con el nivel secundario completo y más. El 64 % se encuentra estudiando en la actualidad, la mayoría de este grupo (56,3 %) se encuentra cursando el nivel secundario. Cabe señalar que quienes no están estudiando (88,9 %) manifestaron querer continuar con la formación.

El *Estudio sobre estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina* (ESTHAR), realizado entre mayo y septiembre de 2019 por Funda-

ción Huésped en colaboración con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA), tuvo como objetivo analizar la salud integral y los derechos de las masculinidades trans y las personas no binarias en Buenos Aires. Participaron 415 masculinidades, revelando que 3 de cada 10 había abandonado su educación en la adolescencia. Este abandono escolar estuvo significativamente relacionado con incidentes de discriminación por identidad de género, lo que refleja los desafíos particulares que enfrentan dentro del sistema educativo (Fundación Huésped y ATTTA, 2021).

Trabajo

Si bien la inclusión educativa en la franja etaria de 5 a 15 años se aproxima a la universalidad en la Argentina, la participación en el mercado laboral puede poner en riesgo la efectiva garantía de derechos como la salud, la educación o el desarrollo personal (Bertranou, 2015; D’Alessandre et al., 2016). El impacto sobre las trayectorias educativas es un proceso com-

plejo, determinado por una amplia variedad de factores que operan de manera secuencial e interconectada a lo largo del tiempo. Esta complejidad a menudo obstaculiza la posibilidad de establecer relaciones causales claras y directas entre el trabajo y el rendimiento educativo (Duncan y Magnuson, 2012).

La Ley Nacional 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente¹² prohíbe el trabajo de niñas, niños y adolescentes hasta los 16 años y establece límites para el trabajo de adolescentes de 16 y 17 años.

Según datos de la Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes 2016-2017 (EAN-NA) las y los adolescentes entre 16 y 17 años registran menores porcentajes de concurrencia y mayores niveles de repitencia educativa, lo que se intensifica entre quienes realizan una actividad productiva.¹³ El 87,4 % de las y los adolescentes urbanos de este rango etario asisten a un establecimiento escolar, mientras que en las áreas rurales lo hace el 75,1 %. En el medio rural, los impactos negativos del trabajo se profundizan: el 45,5 % de los varones y el 23 % de las mujeres que realizan actividades productivas no concurren a un establecimiento educativo (UNICEF, 2021b). Además, esta encuesta revela que las condiciones suelen ser perjudiciales para su salud.

El estudio de D'Alessandre, Hernández y Sánchez (2016) destaca que la tasa de actividad laboral se intensifica considerablemente entre adolescentes que han interrumpido sus trayectorias educativas. Esta tendencia es más

pronunciada en varones, sobre todo en áreas rurales y aquellos inmersos en contextos familiares con acumulación de desventajas sociales. De manera significativa, la probabilidad de participación económica se cuadruplica para los adolescentes fuera del sistema educativo, y estos jóvenes además dedican más tiempo al trabajo que sus pares que estudian y trabajan simultáneamente (D'Alessandre et al., 2016).

Si bien la incidencia es mayor en las zonas rurales, la mayoría de niñas, niños y adolescentes que trabajan (73 %) lo hacen en zonas urbanas, ya que la mayor parte de la población reside en grandes centros urbanos. En comparación con el trabajo infantil y en la adolescencia temprana, en el trabajo de adolescentes de 16 y 17 años se profundizan las diferencias por sexo y tipo de trabajo. Mientras que entre los de 5 a 15 años, el 57 % de los que trabajan en labores domésticas intensas son mujeres, en las edades de 16 y 17 años ese valor aumenta al 66 %. Asimismo, se incrementa la proporción de adolescentes que desarrollan actividades productivas para el mercado (38 % y 57 %, respectivamente). En cuanto a la distinción urbana-rural, la incidencia del trabajo en esta última es mayor, registrándose tasas de participación adolescente del 44 % en contraposición con el 30 % de las áreas urbanas (INDEC, 2018a).

12. Se puede consultar la Ley Nacional 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141792/norma.htm>.

13. El Registro Nacional de Personas con Discapacidad es un registro administrativo continuo de personas que gestionaron el Certificado Único de Discapacidad (CUD) en alguna de las jurisdicciones del país. A septiembre de 2023, la Agencia Nacional de Discapacidad contabilizaba 1.641.435 personas con CUD, de las cuales 302.322 (un 18,5 %) tenía entre 10 y 24 años (Fuente: datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS para el presente documento, a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu) del Ministerio de Salud de la Nación. Actualización al 1/09/2023). Más información en el Capítulo 5.



En todas las regiones del país se observan diferencias que abonan a la brecha de género tanto en la participación en actividades productivas como en la remuneración. Los varones se encuentran más vinculados con el desarrollo de actividades mercantiles y de autoconsumo (trabajo en negocios, talleres u oficinas, construcción y reparación de viviendas) y las mujeres participan en mayor medida de actividades domésticas intensivas (cuidado de niñas, niños y personas mayores o que requieren cuidados específicos, limpieza de casas y elaboración de comidas o productos para vender), ocupándose mayoritariamente de tareas no remuneradas.¹⁴

En el grupo de 15 a 19 años, los varones tienen una tasa de ingreso al mercado de trabajo (41 %) superior a la de las mujeres (28,4 %) (INDEC, 2014). Este patrón se mantiene, aunque en menor medida, en el grupo de 20 a 24 años. En cuanto a la desigualdad en trabajos remunerados, el salario medio de una adolescente urbana es un 40 % inferior al de los varones, y en áreas rurales esta brecha se amplía hasta un 58 %. La amplia mayoría no tiene un trabajo decente,¹⁵ no tienen ningún tipo de beneficio social derivado de su trabajo (vacaciones pagas, obra social, días pagos por enfermedad, etc.) (DiAju, 2023).

Los datos registrados por el INDEC (2018b), a partir del *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad*, muestran que el grupo de 14 a 29 años son inactivos en un 65,4 % y tienen la mayor tasa de desocupación con un 16,5 %; es decir, se trata de la mayor proporción de población activa con discapacidad que demanda trabajo y no lo consigue.

14. Estos datos encuentran un paralelismo en los referidos por la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. Se puede consultar en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf.

15. Según la EPH, se considera trabajo decente cuando se tiene acceso a obra social, días pagos por enfermedad, aguinaldo y descuentos jubilatorios, un ingreso laboral superior al salario mínimo, una jornada laboral adecuada (es decir, de 35 a 48 horas semanales o menos de 35 horas en forma voluntaria) y un empleo con contrato indeterminado (sin período de finalización).

Ley de cupo laboral travesti trans

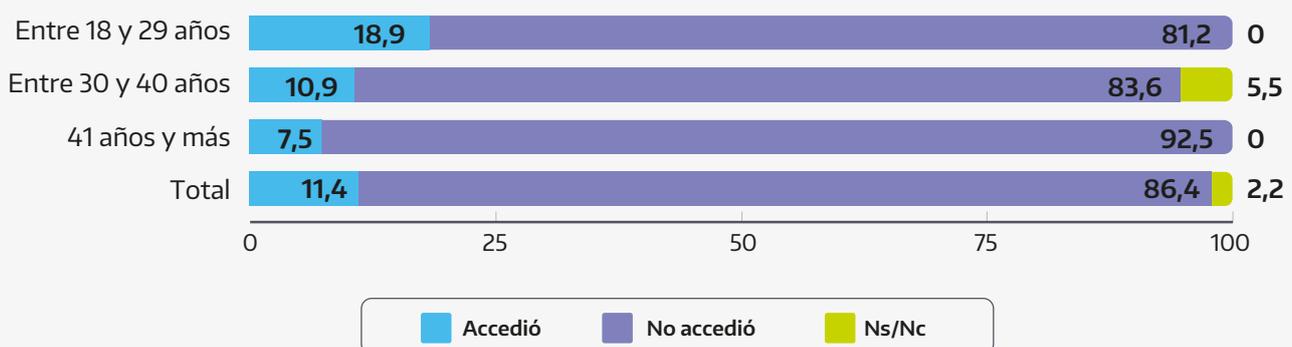
La publicación del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2023) realizada en 2022 indicó que, bajo la Ley Nacional 27.636 de Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgéneros “Diana Sacayán-Lohana Berkins”,¹⁶ son principalmente las mujeres trans y travestis jóvenes y con mayor nivel educativo las que han accedido a trabajos formales en mayor proporción (Gráficos 1.9. y 1.10.). En

contraste, entre los varones trans con empleo formal, un 46,6 % consiguió su puesto a través de la ley mencionada, con un 85,71 % haciéndolo en entidades nacionales y un 14,29 % en el sector privado. No se registraron ingresos en dependencias del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Por otro lado, el 16 % de las personas no binarias en empleo formal también accedieron a través de esta ley.



Estos datos muestran la importancia y la vigencia de la Ley de Cupo Laboral Travesti Trans para avanzar en el cumplimiento de los derechos de esta población.

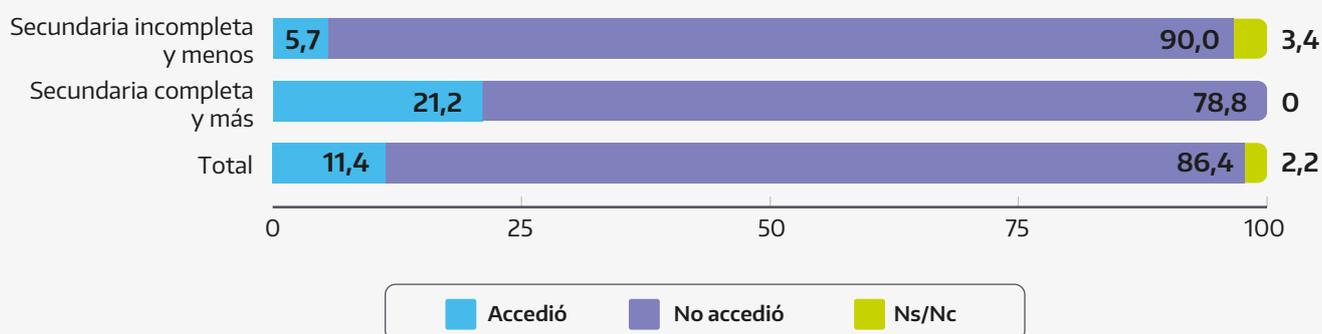
◆ **Gráfico 1.9. Acceso de mujeres trans y travestis a un trabajo a través de la Ley de Cupo Laboral Travesti Trans, según edad. Año 2022.**



Fuente: Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023:28.

16. La Ley Nacional 27.636 de Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgéneros “Diana Sacayán-Lohana Berkins” prevé la creación de un Registro Único de Aspirantes, gestionado por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades, con el objeto de proveer a las distintas reparticiones del Estado que lo soliciten, listados de candidaturas que se correspondan con la descripción del puesto a cubrir. Asimismo, otras dependencias del Estado nacional y local, además de algunas organizaciones sociales, implementaron registros de aspirantes. Se puede consultar esta ley en: <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/351815/norma.htm>.

◆ **Gráfico 1.10. Acceso de mujeres trans y travestis a un trabajo a través de la Ley de Cupo Laboral Travesti Trans, según nivel educativo. Año 2022.**



Fuente: Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023:29.

Salud nutricional y actividad física

Salud nutricional

Los procesos involucrados en el acto de comer van más allá de lo biológico y lo individual, y de la mera función de incorporar nutrientes para saciar el hambre.



Lo que comemos está influenciado por experiencias, aprendizajes y sensaciones, y relacionado con aspectos colectivos, sociales y culturales, que incluyen vínculos, publicidades y factores económicos. Estos factores interactúan de manera compleja, haciendo que no exista una única forma correcta de alimentarse y determinando los modelos dietarios personales.

La alimentación, el ejercicio y el disfrute del tiempo libre dependen de cada adolescente y joven, y de circunstancias como la disponibilidad de alimentos saludables, la accesibilidad a espacios de recreación y a servicios de salud, entre otros aspectos.

La alimentación integral aporta los nutrientes y la energía necesaria para que cada persona pueda llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sana, respetando sus gustos, hábitos y cultura, sin contener sustancias nocivas y contemplando la sostenibilidad del acceso a los alimentos de las generaciones presentes y futuras (ONU, 1999).

Con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), en Argentina se utilizan los estándares de la OMS adoptados por la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación. Si bien es el método más difundido para evaluar condiciones de salud de bajo

peso, sobrepeso y obesidad, presenta ciertas limitaciones, ya que no distingue entre masa magra y masa grasa, ni brinda información sobre las características de la alimentación. Su uso se justifica en estudios epidemiológicos; sin embargo, en la práctica clínica debe interpretarse en contexto, no realizarse de manera autoadministrada, ni utilizarse de manera aislada o como parámetro único para establecer un diagnóstico.¹⁷

La diversidad en el consumo de alimentos – en especial el de frutas y verduras– ha sido evaluada a lo largo de las tres ediciones de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE).¹⁸



Los datos analizados reflejan una disminución notable en la proporción de adolescentes que incorporan cinco o más porciones de frutas y verduras en su dieta diaria, con un 14,4 % en el año 2007, elevándose al 17,6 % en 2012 y cayendo marcadamente al 10,1 % en 2018.

La EMSE en 2018 muestra cierta uniformidad en los patrones de consumo de frutas y verduras entre ambos sexos. Este dato no es un caso aislado y encuentra eco en los resultados de otras encuestas nacionales de relevancia, como la

Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en 2019 y la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. En ambas, también se constató un consumo insuficiente de frutas y verduras entre la población adolescente.

17. Esto es especialmente importante a la hora de deconstruir el paradigma del “pesocentrismo”, que entre otras cosas clasifica los cuerpos en “sanos” o “enfermos” según el peso corporal.

18. La Encuesta Mundial de Salud Escolar 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 encuesta fue realizada en 2007, en 2012 y 2018, abarcando a estudiantes de 13 a 17 años.

Aunque no puede compararse el consumo de bebidas azucaradas respecto de ediciones anteriores de la encuesta, dado que en la EMSE 2012 se analizó el consumo mensual y en la actual edición se analizó el consumo semanal, resulta muy alarmante el hecho de que un tercio de los adolescentes toma bebidas con azúcar diariamente.

Entre 2007 y 2018, los datos sobre el IMC de la EMSE reflejan una tendencia en ascenso entre las y los estudiantes de 13 a 15 años con un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad según este índice. El sobrepeso en varones, ha experimentado un aumento de un 20,7 %, pasando de un 32,4 % en 2007 a 39,1 % en 2018. De forma similar, en las mujeres, este aumento ha sido del 57,9 %, pasando del 17,6 % en 2007 al 27,8 % en 2018. En cuanto a la obesidad, el aumento ha sido aún más marcado.

Actividad Física

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar 60 minutos por día de actividad física moderada a vigorosa por lo menos 3 veces por semana.

En los varones se ha observado un incremento del 63,1 % desde 2007 (6,5 %) a 2018 (10,6 %). Las mujeres, por su parte, han experimentado un alza del 103,8 %, al pasar de un 2,6 % en 2007 a un 5,3 % en 2018. Por otro lado, los porcentajes de estudiantes con bajo peso se han mantenido estables.

Otra de las fuentes consultadas ha sido el Programa Sumar.¹⁹ Del total de las prestaciones registradas por el Programa durante 2022 para la población adolescente y juvenil (10 a 24 años),²⁰ el 4 % corresponde a consultas de atención o seguimiento de sobrepeso u obesidad. Resulta significativo mencionar que más de la mitad de dichas consultas (52,4 %) se registran en el rango de edad de 10 a 14 años. Asimismo, el 62,7 % de las consultas registradas durante 2022 en relación con obesidad/sobrepeso se registran en mujeres.²¹



Es importante señalar la importancia de que la actividad física sea un modo de expresión placentera, no sesgada por género ni por parámetros estéticos dominantes.

19. Los datos aquí consignados fueron obtenidos del Programa Sumar. El Programa Sumar es una política pública que promueve el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para la población que no posee cobertura formal en salud (obra social o prepaga), es decir, que dispone de cobertura pública exclusiva. Se puede obtener más información sobre el Programa Sumar en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>.

20. La distribución general de las prestaciones se encuentra en el Capítulo 5.

21. Fuente: Elaboración propia en base a paquete de datos elaborado por el Programa Sumar para el presente documento a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu) del Ministerio de Salud de la Nación. Más información en el Anexo: Fuentes relevadas del presente documento

❖ **Tabla 1.2. Indicadores de actividad física entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007, 2012, 2018.**

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Porcentaje de estudiantes que fueron físicamente activos al menos 60 minutos por día en 7 o más días (durante los últimos 7 días).	12,7	18,2	7,9	16,7	21,2	12,4	16,9	20,5	13,5
Porcentaje de estudiantes que pasaron tres horas o más por día sentado durante un día típico.	49,2	44	53,9	50,3	47,1	53,4	53,8	51,2	56,3
Porcentaje de estudiantes que fueron a clases de educación física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar.	18,8	20,4	17,4	25,9	28,6	23,3	37,9	40,8	35,2

Fuente: elaboración propia en base a EMSE 2018.

Según datos de la EMSE, entre 2007 y 2018 se observa una constancia en el porcentaje de estudiantes que practican al menos 60 minutos de actividad física diaria.

La EMSE también muestra una constancia en la participación en clases de educación física de 3 o más días a la semana en el intervalo de 11 años. Por último, la proporción de estudiantes que permanecen sentados durante 3

o más horas en un día típico ha mostrado un incremento del 2,8 % entre 2007 y 2018.

Según datos de la EMSE, entre 2007 y 2012, el porcentaje de estudiantes físicamente activos se incrementó en un 4% de 2007 a 2012 y se mantuvo constante en 2018. Asimismo, en todos los años analizados, se reporta una mayor actividad física diaria en los varones en comparación con las mujeres.

Entre 2007 y 2018, el porcentaje de estudiantes que pasaron tres horas o más por día sentados aumentó en 4.6% en total, con un aumento más pronunciado entre las mujeres. En contraste con los otros indicadores, la asistencia a clases de educación física ha mostrado una mejora significativa, aumentando en un 19.1% entre 2007 y 2018.

Si bien la educación física en escuelas es un indicador relevante de cómo las instituciones educativas priorizan la actividad física en la currícula, es solo uno de los muchos modos en que adolescentes y jóvenes pueden mantenerse activos.

Bibliografía

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR] (2023). *Fact Sheet: Argentina*. <https://www.acnur.org/media/68839>

Banco Mundial. *Fertility rate, total (births per woman) - Argentina*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=AR>

Bertranou, F. (2015). *Trabajo infantil en Argentina: principales hallazgos del estudio de la OIT*. Buenos Aires: OIT.

Comisión Nacional para los Refugiados [CoNaRe] (2023). *Estadísticas 2018-2022*. Ministerio del Interior de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estadisticas_conare-2018-2022-rectificado_07-07.pdf

D'Alessandre, V., Hernández, X. y Sanchez, Y. (2016). *El trabajo de mercado como obstáculo a la escolarización de los adolescentes*. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina, IIPE UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000371029>

Departamento de Información Universitaria [DIU] (2023). *Síntesis de Información Estadísticas Universitarias 2021-2022*. Ministerio de Educación de la Nación, Secretaría de Políticas Universitarias. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sintesis_2021-2022_sistema_universitario_argentino_1.pdf

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAju] (2023). *Fascículo 6. Educación, trabajo y salud integral*. En *Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de>

Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos [DAPFI] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2023). "5. Gasto Público Social dirigido a la Adolescencia del sector público consolidado Nación-Provincias 2019-2021". En *Inversión Social en primera infancia, niñez y adolescencia en Argentina 2001-2021*, 46-59. Ministerio de Economía de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpsdn_2001-2021.pdf

Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). *Indicadores Básicos - Argentina, 2022*. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores_basicos_2022_final.pdf

Duncan, G. y Magnuson, K. (2012). *Socioeconomic status and cognitive functioning: Moving from correlation to causation*. Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2021a). *Análisis de Situación de la Niñez y Adolescencia en Argentina 2020*. [https://www.unicef.org/argentina/media/11671/file/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Ni%C3%B1ez%20y%20la%20Adolescencia%20en%20Argentina%20\(SITAN\).pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/11671/file/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Ni%C3%B1ez%20y%20la%20Adolescencia%20en%20Argentina%20(SITAN).pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2021b). *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Cuarta ronda*. <https://www.unicef.org/argentina/media/11316/file/Encuesta%20de%20percepci%C3%B3n%20y%20actitudes%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.%20El%20impacto%20de%20la%20pandemia%20COVID-19%20en%20las%20familias%20con%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2023). *Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2023*. <https://www.unfpa.org/es/swp2023>

Fundación Huésped y Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina [ATTTA] (2021). *Estudio sobre estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina*. <https://huesped.org.ar/descarga/?id=23975>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario: Resultados definitivos, Serie B N° 2*. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2014). *Encuesta Nacional de Jóvenes 2014. Principales resultados*. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/resultados_enj_2014.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2018a). *Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017*. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/eanna_2018.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2018b). *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. Resultados definitivos 2018*. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2022). *Encuesta Nacional de Uso del tiempo 2021. Resultados definitivos*. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf

Ministerio de Educación de la Nación (2011-2022). Relevamientos Anuales. Red-FIE. <https://www.argentina.gob.ar/educacion/evaluacion-e-informacion-educativa/relevamiento-anual-ra>

Ministerio de Educación de la Nación (2022). *Informe Nacional de Indicadores Educativos: situación y evolución del derecho a la educación en Argentina*. Secretaría de Evaluación e Información Educativa, Dirección Nacional de Evaluación, Información y Estadística Educativa. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_nacional_indicadores_educativos_2021_2_1.pdf

Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia [Plan ENIA] y Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad [REDI] (2019). *El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad*. Documento técnico N° 3. Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_plan_enia_y_la_perspectiva_de_la_discapacidad._documento_tecnico_no_3_-_marzo_2019.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Base de datos de la 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) con resultados nacionales, Argentina*. <https://datos.gob.ar/dataset/salud-base-datos-3deg-encuesta-mundial-salud-escolar-emse-con-resultados-nacionales-argentina>

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2023). *Con nombre propio: A diez años de la Ley de Identidad de Género*. <https://www.mpdefensa.gob.ar/publicaciones/nombre-propio-a-diez-anos-la-ley-identidad-genero>

Organización Internacional para las Migraciones [OIM] y Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales [CNCPS] (2019). *Condiciones de Vida de Migrantes en la República Argentina. Caracterización de la población migrante para el seguimiento del Objetivo del Desarrollo Sostenible N° 1, 16; 31; 50*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/caracterizacion_de_los_migrantes_ods1_0.pdf

Organización de las Naciones Unidas [ONU], Comité de derechos económicos, sociales y culturales. (1999). Observación general N°12. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G99/420/15/PDF/G9942015.pdf?OpenElement>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). Drinking-water. 13 de septiembre. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

Registro Nacional de las Personas [RENAPER], Dirección Nacional de Población (2022). *Caracterización de la migración internacional en Argentina a partir de los registros administrativos del RENAPER*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/08_-_caracterizacion_de_la_migracion_internacional.pdf

Adolescentes y jóvenes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos: la educación,

el acceso a la información, la toma de decisiones, la participación, la igualdad de género y el respeto de la diversidad corporal y sexual, entre otros.



La salud sexual y (no) reproductiva es una dimensión esencial de la salud integral, directamente relacionada con la autonomía y la autodeterminación.

La autonomía se desarrolla en forma gradual: las y los adolescentes pueden progresivamente tomar sus propias decisiones, tanto en lo vinculado al cuidado de su cuerpo y al ejercicio de su sexualidad, como en lo relativo a su salud (no) reproductiva.

En la Argentina contamos con un amplio marco legal que protege los derechos de las y los adolescentes en general, y los derechos sexuales y reproductivos en particular. La Educación Sexual Integral (ESI) tiene un rol fundamental en la transmisión de información precisa, confiable, científica y actualizada, así como también en el abordaje de aquellos obstáculos de orden simbólico que puedan dificultar el cumplimiento de los derechos. Desde un enfoque de salud integral podremos aportar al fortalecimiento de prácticas de cuidado que favorezcan la autonomía en la toma de decisiones y una sexualidad libre de discriminación y violencias (Dirección de DDHH, Género y ESI, 2022).

En la *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*, la Dirección de Adolescencias y Juventudes señala: “Es clave comprender que el límite de edad no puede ser una barrera para que las y los adolescentes reciban información y asesoramiento, respetando su privacidad y fortaleciendo su capacidad para tomar decisiones, ya que así se favorece la construcción de espacios y vínculos de confianza al momento de la atención de la salud.” (DiAJu, 2021b).



Adolescentes mayores de 13 años –incluyendo a adolescentes con discapacidad– pueden acceder en forma autónoma a métodos anticonceptivos (MAC) reversibles y a tests de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que estas prácticas lejos de poner en riesgo la salud, la protegen. También pueden consentir en general en forma autónoma la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a brindar su consentimiento para las prácticas de salud sexual y (no) reproductiva por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás. El ejercicio de este derecho no depende del tipo de discapacidad de la persona.

Sin embargo, el pleno ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos se encuentra condicionado por la intersección de diversas desigualdades sociales que ponen en situaciones de desventaja y vulnerabilidad a distintos grupos sociales por su género, orientación sexual, edad, pertenencia étnica, corporalidad, condición de discapacidad, etcétera.

En este sentido, en el primer Diagnóstico Federal del CONSAJU (2021) fueron identificados diferentes aspectos que dificultan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos para este grupo poblacional. Entre los principales emergentes podemos mencionar las dificultades en el acceso al sistema de salud, a métodos anticonceptivos y a tratamientos de hormonización, y la persistente discriminación hacia personas con discapacidad negándoles el libre ejercicio de sus derechos en materia de salud sexual. También se identifica como problemática la falta de información confiable y las dificultades para acceder a consultas informadas

con profesionales que sean respetuosos (especialmente cuando se trata de personas LGBTQ+), y la falta de implementación de la ESI en escuelas y en espacios de formación docente. Por último, el acceso es obstaculizado por la persistencia de posturas tradicionalistas y religiosas, con una mirada con prejuicios cis-hetero-patriarcales, adultocéntricos y biologicistas que no habilitan espacios donde se fomente el libre diálogo sobre la sexualidad y derechos sexuales.

Los embarazos en la adolescencia, especialmente antes de los 15 años, son una expresión de situaciones de vulnerabilidad y al mismo tiempo una causa de la profundización de esta. Los embarazos a edades tempranas representan un complejo problema de salud, no solo por los riesgos aumentados para la salud física y mental sino también por su impacto negativo en la escolaridad, sociabilidad y futura trayectoria laboral, y por ser el emergente de situaciones de violencia.

La posibilidad de brindar consentimiento libre en las relaciones sexuales y decidir sobre el uso de preservativos y otros MAC está atravesada por desigualdades de poder. Desde una mirada sobre la sexualidad orientada a la autonomía (vinculada con el placer y no meramente a la prevención) es importante tener en cuenta la existencia de estereotipos de género, mitos del amor romántico y también mandatos e ideas disciplinadoras diferenciales para varones y para mujeres en esta sociedad. Adolescentes LGBTIQ+ no escapan a estos condicionamientos que se suman a vulnerabilidades específicas vinculadas a la discriminación y la violencia hacia estos grupos.



En un sentido de avance en el ejercicio de los derechos podemos mencionar la continuidad del descenso del embarazo no intencional en la adolescencia, la posibilidad de interrumpir en forma voluntaria y legal el embarazo y la posibilidad de acceso a la inhibición e inducción puberal para adolescentes trans, travestis y no binarios que lo decidan.

Se considera en este análisis también a las juventudes que, según la Organización Mundial de la Salud, están comprendidas en el rango de edad entre los 15 y los 24 años (OMS, 2009) y es la etapa posterior a la adolescencia. Como categoría sociológica está ligada a procesos objetivos de interacción social vinculados a la incorporación al trabajo, la continuidad de los estudios y la emancipación de la familia de origen, entre otros.

En el plano de la sexualidad, la juventud es un tiempo de experimentar, conocer, buscar y profundizar en la propia expresión sexual. Sin embargo, esta etapa está atravesada por una multiplicidad de factores sociales, económicos, políticos y culturales (“determinantes de la salud”) que agudizan la exposición a situaciones de violencias y problemas vinculados a la salud sexual y (no) reproductiva, como embarazos no intencionales, abortos, VIH/Sida, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (Vázquez y Sulleiro, 2020).

Contamos con escasa información estadística para acercarnos al conocimiento de las prácticas sexuales de las y los adolescentes. En la tabla 2.1 se describen los indicadores que utilizaremos para abordar la temática.

📌 **Tabla 2.1. Indicadores de iniciación sexual y uso de métodos de barrera.**

Tema	Indicador
Iniciación sexual	Porcentaje de estudiantes entre 13 y 15 años que tuvieron relaciones sexuales alguna vez
Uso de métodos de barrera	Porcentaje de estudiantes que usaron preservativo al tener relaciones sexuales (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)

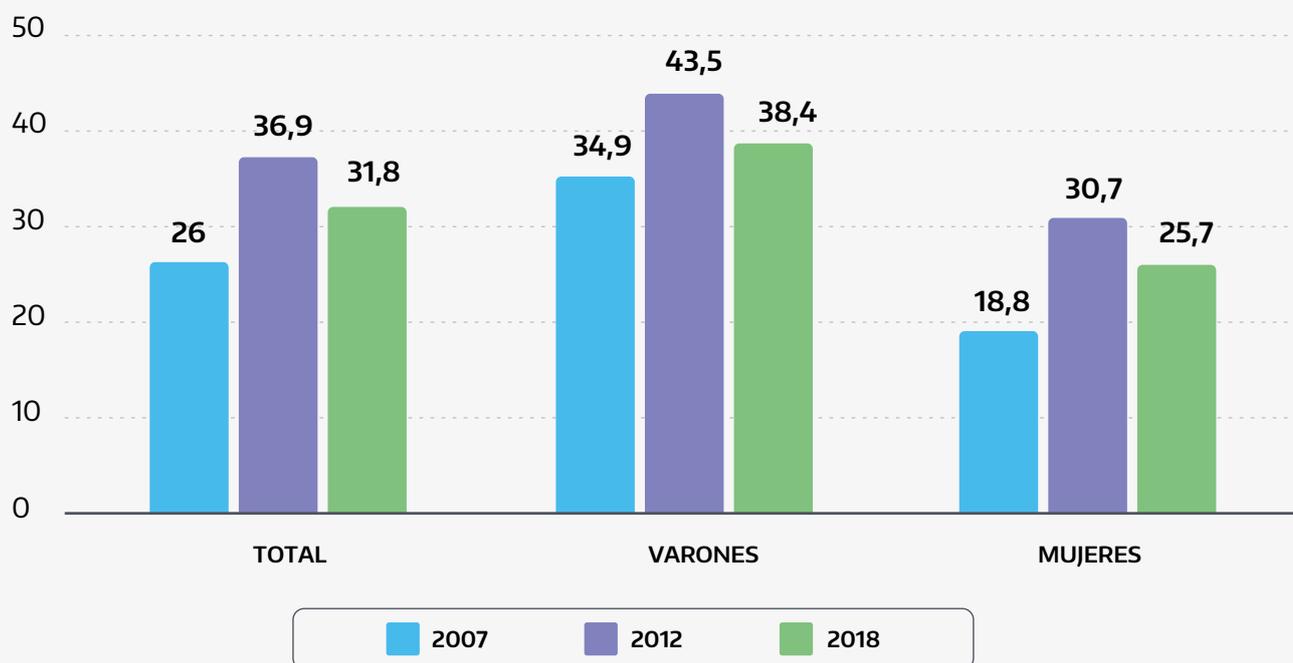
Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar. Año 2007, 2012, 2018. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Iniciación sexual

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (Secretaría de Gobierno de Salud, 2018) reveló que el 31,8 % de las y los estudiantes entre 13 y 15 años tuvieron relaciones sexuales alguna vez y el 63,7 % lo hizo entre los 16-17 años. Entre los 13-15 años fue más frecuente en los varones que en las mujeres (38,4 % y 25,7 % respectivamente) y la tendencia es menor en comparación con el año 2012 (Gráfico 2.1). La mayor proporción observada en varones podría ser entendida por los mandatos de género diferenciales hacia ambos grupos. Entre los mandatos tradicionales de la masculinidad se encuentra

la exigencia de ser procreador que, entre otras, incluye la motivación de una iniciación sexual temprana, la presión de tener múltiples conquistas amorosas, la obligación de estar siempre dispuesto a tener relaciones sexuales, más allá del propio deseo erótico, etcétera (Instituto MaCS y UNFPA, 2019). Vale aclarar que los datos mencionados en esta encuesta, se refieren solo a mujeres y varones cis (y no incluyen otras identidades de género) y no consideran el consentimiento en esas relaciones sexuales, por lo cual no son suficientes para caracterizar en forma completa esta etapa.

📊 **Gráfico 2.1. Porcentaje de estudiantes entre 13 y 15 años que tuvieron relaciones sexuales alguna vez.**



Fuente: EMSE 2007, 2012, 2018. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Según los registros del Programa Sumar, el 14,2 % de las prestaciones registradas durante 2022 para la población de 10 a 24 años se asocia a consultas de salud sexual y (no) reproductiva.¹

Del total, el 73,4 % se registraron en mujeres. A su vez, el 65,9 % de las consejerías de salud sexual a adolescentes y jóvenes registradas durante el mismo período corresponden al rango de edad de 15 a 19 años.²

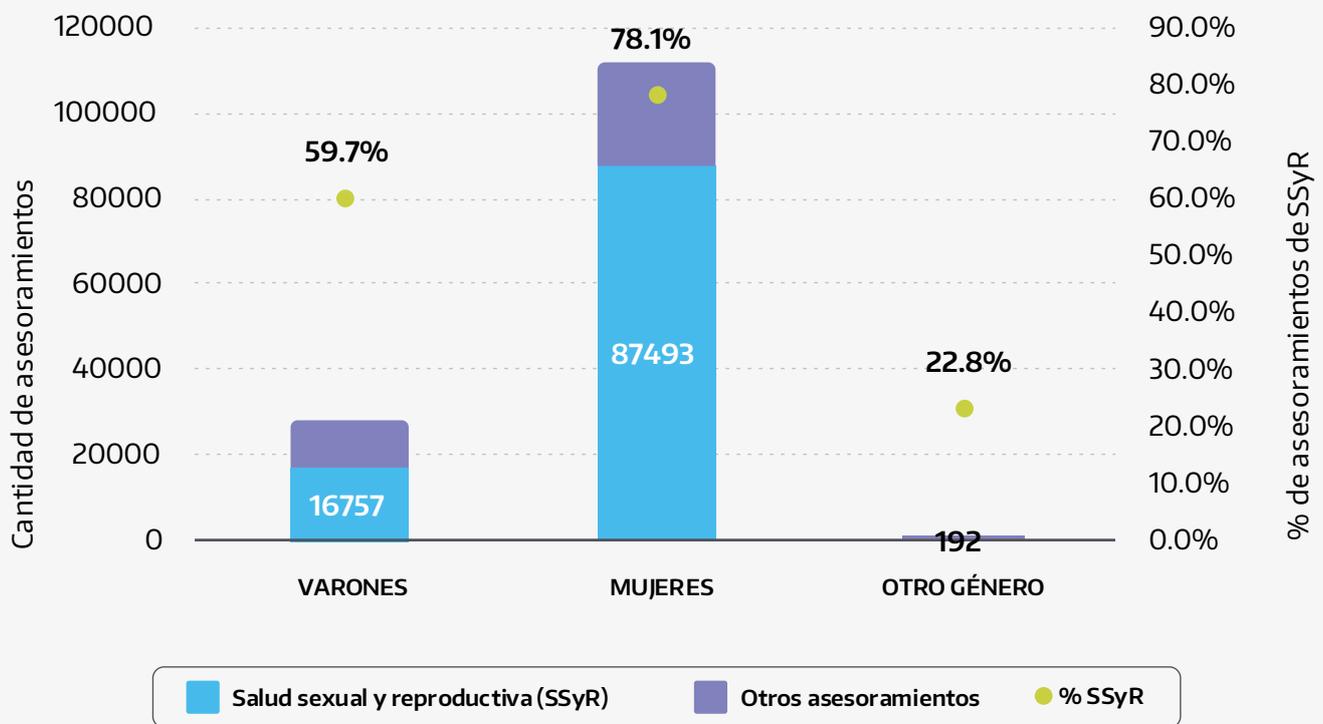
1. Dentro de la categoría “salud sexual y (no) reproductiva” se han considerado para el análisis: colocación de implante subdérmico para anticoncepción hormonal (13 a 24 años), consejería de salud sexual y reproductiva en efector, consejería en domicilio post-aborto, consejería en salud sexual en terreno, teleconsejería en salud sexual y reproductiva, teleconsejería post-aborto, consulta de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE - ILE), consejería post-aborto.

2. Anexo: Fuentes relevadas. Paquete de datos elaborado por el Programa Sumar para el presente documento a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU) del Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo, el análisis de la información relevada en los espacios de Asesorías en Salud Integral en Establecimientos Educativos y otros Espacios Socioeducativos (ASIE)³ arroja que del total de asesoramientos realizados entre 2020 y 2022, la mayoría tienen al menos un motivo referente a Salud Sexual y Reproductiva, con

diferencias entre adolescentes que se autoperciben varones (60 %), mujeres (78 %) o de otro género (23 %). Esto demuestra la relevancia que tienen estos temas para la población adolescente. También se destaca la mayor prevalencia de consulta de quienes se autoperciben mujeres (Gráfico 2.2).

◆ **Gráfico 2.2. Cantidad y proporción de asesoramiento en escuelas secundarias con motivo referente a Salud Sexual y Reproductiva según género autopercebido. Argentina. Años 2020-2022.**



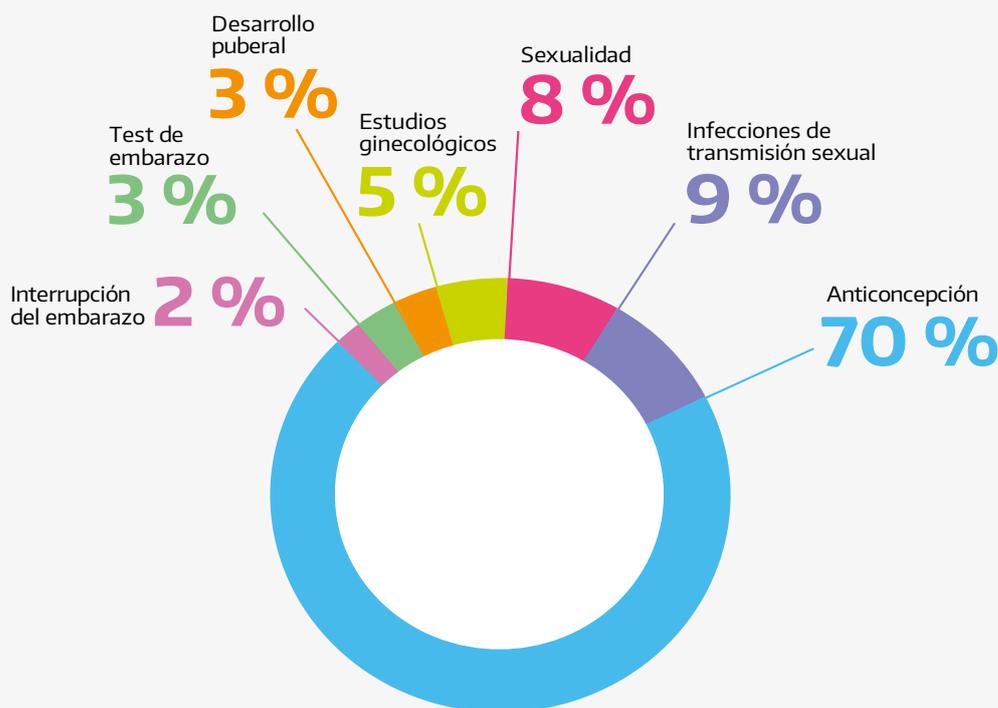
Nota. La categoría "Salud Sexual y Reproductiva" incluye los motivos: desarrollo puberal, sexualidad, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, IVE/ILE, estudios ginecológicos y test de embarazo. Se agrupan en la categoría "Otro género": varón trans, mujer trans, travesti y otros géneros.

Fuente: elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2020-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Si se desagrupan los motivos incluidos en la categoría “Salud Sexual y Reproductiva” se observa que las consultas con motivo Sexualidad (iniciación, masturbación, disfrute, orien-

tación sexual) representan sólo el 8 % del total de asesoramientos (Gráfico 2.3) mientras que el 70 % se refiere a anticoncepción.

Gráfico 2.3. Distribución de asesoramientos en escuelas secundarias con motivo referente a Salud Sexual y Reproductiva desagregados. Argentina. Años 2020-2022.



Fuente: elaboración propia en base a sistema de monitoreo ASIE-ENIA 2020-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.



Aquello que se consulta está estrechamente vinculado a lo que las personas consideran que están habilitadas a demandar.

“Se debe pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, e implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos” (Comes et al., 2007, p. 201). Por esto, si lo que se busca es garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las adolescencias es fundamental promover espacios efectivamente amplios e integrales de abordaje de la salud sexual y (no) reproductiva, con una mirada compleja e interseccional.

La importancia de fortalecer la accesibilidad de adolescentes y jóvenes a espacios de asesoramiento en salud sexual integral con perspectiva de género y diversidad es aún mayor para el caso de las niñas y adolescencias trans y travestis. En este punto es importante resaltar algunos datos que arroja un informe sobre la situación actual y las experiencias de esta población (Asociación Civil Infancias Libres, 2021).

La identificación con un género diferente al asignado al nacer puede darse en edades muy tempranas, aunque algunas personas no lo expresan hasta iniciada la pubertad, la adolescencia, o incluso la adultez (Ministerio de Salud de la Nación, 2023). En el estudio “La revolución de las mariposas” se detectó que el 92,2 % de

las mujeres trans y travestis encuestadas dijo haberse autopercebido con una identidad de género distinta de la asignada en el nacimiento desde los 13 años o antes; sin embargo, la mayoría asumió socialmente dicha identidad entre los 14 y los 18 años (Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017). Los varones trans manifestaron haber percibido su género a una edad similar, pero lograron expresarlo a una edad más tardía, entre los 18 y 35 años. En este mismo sentido, el informe realizado por la Asociación Civil Infancias Libres (2021) revela que las primeras expresiones de una identidad distinta al género asignado al nacer se dan principalmente antes de los 4 años de edad (42 %), y en segunda instancia entre los 5 y 8 años (36 %).

Uso de métodos de barrera

Respecto al uso de métodos de barrera, la EMSE muestra que 2 de cada 10 estudiantes refirió no usar preservativos, con diferencias entre las distintas jurisdicciones. Este dato se mantiene estable si se lo compara con la encuesta de 2012 (Gráfico 2.4).

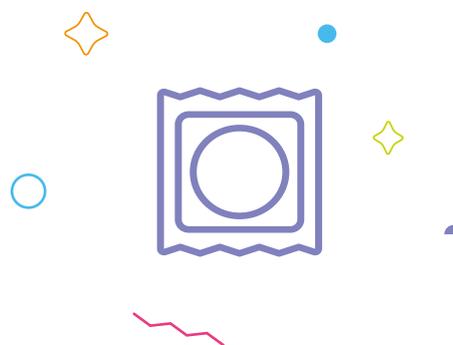
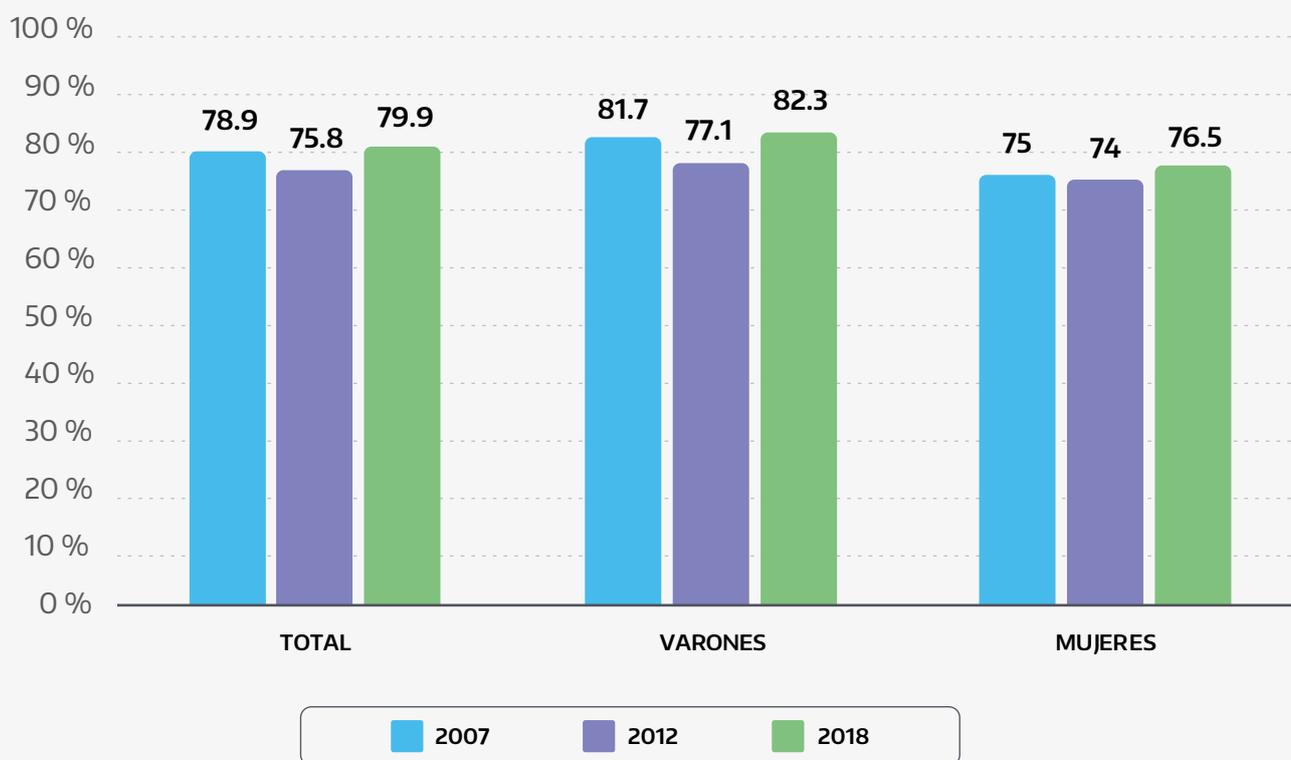


Gráfico 2.4. Porcentaje de estudiantes que usaron preservativo al tener relaciones sexuales (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez).



Fuente: EMSE 2007, 2012, 2018. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Argentina.

Sobre el uso de preservativo en masculinidades trans e identidades no binarias, el informe de la Fundación Huésped y ATTTA (2021) sobre el estado de la salud integral de este segmento resalta que 6 de cada 10 no usó ningún método de protección de VIH/ITS en su última relación sexual, y 7 de cada 10 masculinidades trans e identidades no binarias evitaron realizar consultas sobre salud sexual y reproductiva por temor a experimentar discriminación, rechazo o estigma por su identidad de género.

Asimismo, en un estudio cualitativo realizado por la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu) y la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) sobre la salud sexual de varones adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años que tienen sexo con otros varones, uno de los principales motivos referidos por los entrevistados como factor que condiciona el uso de preservativos es la confianza, en tanto idea de que la pareja sexual no tiene el virus o es alguien cercano y/o conocido (DiAJu y DRVIHVyT, 2021).

Otros factores se refieren a no querer anteponer el uso del preservativo a una relación sexual que se presenta en forma vertiginosa; o bien, la dificultad de solicitarle o exigirle al compañero sexual que lo utilice. Finalmente,

la falta de uso de preservativos en ocasiones obedece simplemente a no contar con ellos, dado que muchos adolescentes y jóvenes mencionan no tener el hábito de llevarlos siempre consigo.

Infecciones de transmisión sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se transmiten principalmente a través de las prácticas sexuales sin protección y son producidas por distintos tipos de virus, bacterias y parásitos. Lo correcto es utilizar el término infecciones de transmisión sexual (ITS) y no enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La prevención combinada de VIH e ITS refiere a la combinación de diferentes estrategias basadas en evidencia científica y en derechos, planeadas según las características epidemiológicas locales y que cuentan con la participa-

ción de la comunidad para su desarrollo. Esta sumatoria de intervenciones abarcan áreas comportamentales, biomédicas y estructurales, y tienen un impacto sostenido en el tiempo.

De acuerdo a lo planteado por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y TBC, los grupos etarios más jóvenes (entre 15 y 24 años) presentan los valores más altos y los mayores crecimientos tanto en notificación como en positividad para ITS, excepto en el caso del VIH, donde las edades son más elevadas (DR-VIHVyT, 2022).

❖ **Tabla 2.2. Indicadores sobre infecciones de transmisión sexual.**

Tema	Indicador
Infecciones de transmisión sexual	Casos notificados de sífilis temprana y sin especificar según grupo de edad y sexo. Argentina, 2021.
	Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis de personas gestantes según grupo etario y total. Argentina, 2021.
	Positividad en pruebas de tamizaje de VIH según grupo etario y total. Argentina, 2021.
	Evolución de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según grupo de edad y sexo asignado al nacer. Argentina, 2011-2021.
	Evolución trienal de los diagnósticos de VIH según género y razón varones cis y mujeres cis. Argentina, 2013-2021.

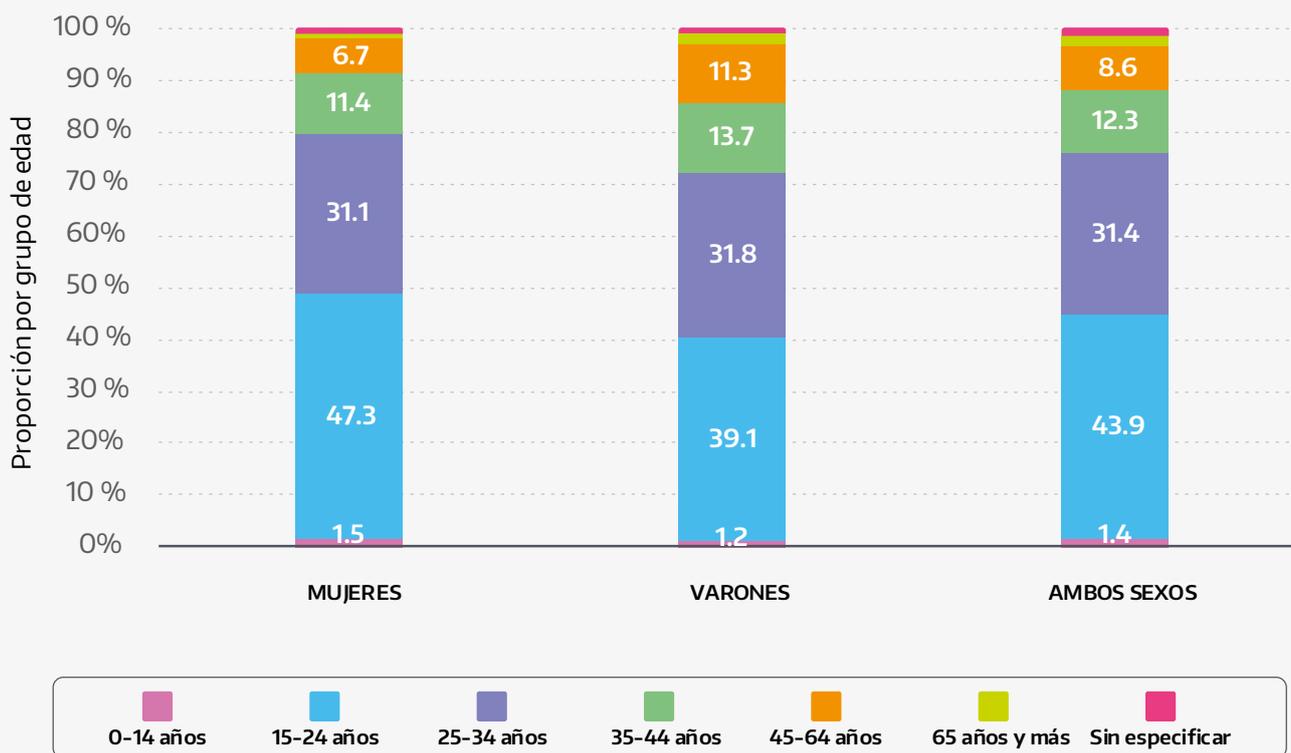
Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar. Año 2007, 2012, 2018. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.

En Argentina, desde 2010, la tasa de incidencia de sífilis en la población global creció de modo sostenido, y muy marcadamente en los últimos cinco años, hasta su pico de 56,1 casos por cada cien mil habitantes para ambos sexos en 2019 (DRVIHVyT, 2022). En 2020 se produjo una caída pronunciada, con una tasa de 23,3 por cien mil habitantes, y en 2021 comenzó a marcarse un ascenso, que llegó a 26,5 personas cada cien mil habitantes. La caída observada en 2020 podría deberse al impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 sobre la vigilancia epidemiológica

del resto de las enfermedades, no pudiendo descartarse que se tratara por un descenso de la detección.

Se destaca la alta incidencia de la sífilis en la población adolescente. Si bien el grupo etario de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años representa el 15 % de la población, concentra el 44% de los casos de sífilis de los reportes, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 31,4 % (Gráfico 2.5).⁴

◆ **Gráfico 2.5. Distribución de la notificación clínica de sífilis temprana y sífilis sin especificar según grupo de edad y sexo. Argentina, 2021.**



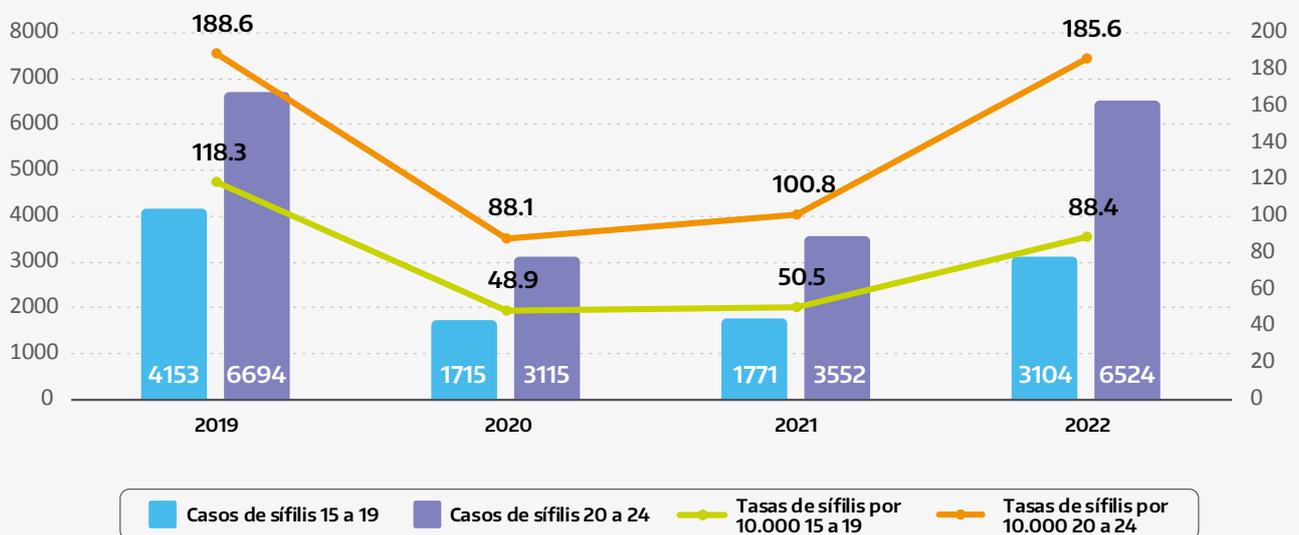
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación. Nota: n=12128

4. Algo similar ocurre con la infección por gonorrea, el 41 % de los casos notificados son de jóvenes de 15 y 24 años, seguidos por el 29 % del grupo de 25 a 34 años (DRVIHVyT, 2022).

Cuando observamos lo ocurrido en adolescentes y jóvenes en los últimos años se puede ver que las tasas en jóvenes de 20 a 24 años representan el doble en comparación con la población adolescente tardía (Gráfico 2.6). Otro dato destacado es que las mujeres representan en promedio del 60 al 66 % de los casos notificados, aunque esto es desigual entre las jurisdicciones.

En Santiago del Estero y La Pampa el 87 % de los diagnósticos entre 15-19 años y el 75 % entre 20-24 años se realizan en mujeres. Esto podría estar asociado a un mayor acceso de la población de mujeres al sistema de salud en comparación con la población de varones, ya que las mujeres acceden en particular a controles ginecológicos y/u obstétricos.

◆ **Gráfico 2.6. Casos y tasas de sífilis por 100.000 en adolescentes y jóvenes de Argentina. Años 2019-2022.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación.

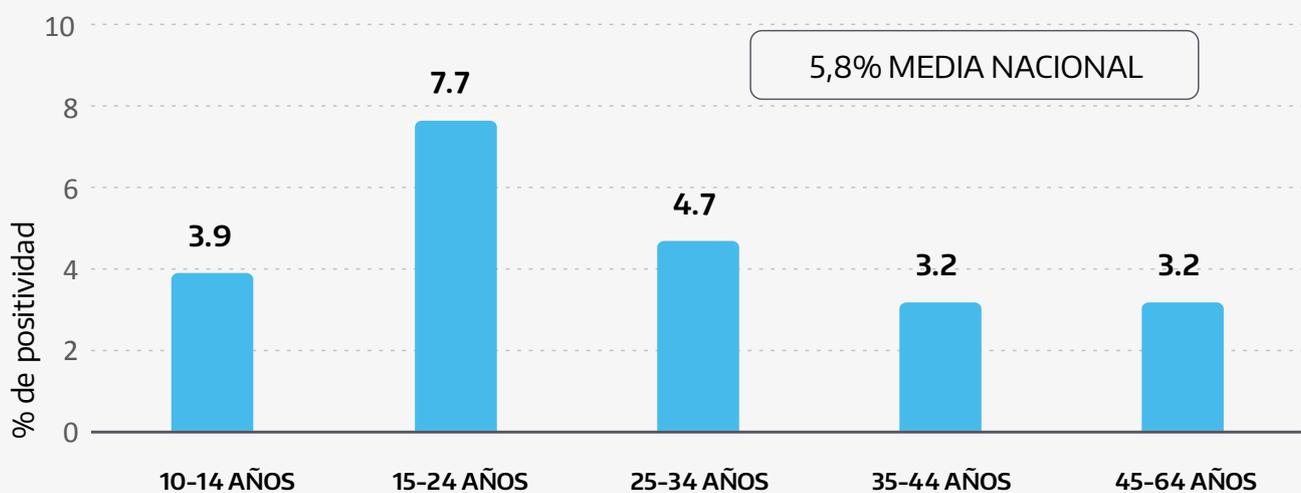
Se destaca la positividad en pruebas de tamizaje de sífilis de personas gestantes perteneciente al grupo de 15-24 años (Gráfico 2.7). El porcentaje de positividad en este grupo fue de 5,8 % en 2021, con una tendencia en alza que

se venía reportando desde años anteriores, aumentando en un 18 % respecto al 2019. Esta detección es fundamental a fin de prevenir la sífilis congénita y sus consecuencias (DRVIH-VyT, 2022).



Es de suma importancia destacar que un 3,9 % de positividad en el tamizaje de sífilis de personas gestantes en el grupo de 10 a 14 años (Gráfico 2.7) es un indicador directo de violencia sexual.

❖ **Gráfico 2.7. Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis de personas gestantes según grupo etario y total. Argentina, 2021.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación. Nota: (n=283.690)

También se observan valores particularmente elevados de sífilis temprana (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019) y sin especificar⁵ en algunas jurisdicciones en particular: en La Pampa, especialmente entre el grupo de mujeres, con una tasa de 304,1 por cien mil;

en San Luis, cuyo grupo de varones presenta una tasa de 86,6 por cien mil. Tomando en cuenta ambos sexos, las provincias con tasas más altas son La Pampa (162,7 por cien mil), San Luis (88,4 por cien mil) y Río Negro (46,9 por cien mil).

5. Sífilis sin especificar: persona asintomática que presenta pruebas no treponémicas reactivas (VDRL/USR/RPR) (Dirección de Sida y ETS, 2014).

Asimismo, del total de prestaciones vinculadas a ITS de adolescentes y jóvenes registradas en el Programa Sumar (0,4 %), la sífilis es la de mayor registro durante 2022 en el rango de edad adolescente y juvenil (56,4 %). A su vez, la mayor proporción de prestaciones vinculadas al tratamiento de sífilis, se registra en mujeres (74,6 %) y en el rango de 20 a 24 años (70,9 %), probablemente vinculado al mayor acceso a la atención de este grupo, especialmente por la atención del embarazo.⁶

Respecto a la información sobre VIH, la positividad de las pruebas de tamizaje para VIH en población general en el año 2021 fue de 1,3 %, muy por debajo de la de sífilis (6,5 %). La distribución por grupo de edad fue mucho más homogénea que en la sífilis, siendo semejantes en los grupos etarios que van de los 25 a los 64 años. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años presentan una positividad muy por debajo de la media (0,7 %), dato relevante ya que son el segundo grupo que más testeos se hace (18 %), detrás del grupo de 25 a 34 años, que concentra el 21,6 % de las muestras estudiadas. Al igual que para las otras ITS, en una alta cantidad de registros (27 %) no se consigna la edad, por lo que la proporción de jóvenes testeados podría ser mayor.

En relación con los diagnósticos de VIH, en los últimos cinco años se realizaron un promedio de 5.300 nuevos diagnósticos de infección por año. En 2022, la tasa de VIH se ubicó en 12,2 por cien mil habitantes, con una mayor tasa en varones (17,2) en comparación con mujeres (7,3).

Al comparar el promedio de tasas por trienios se observa un descenso de 35 % de la tasa de VIH. En el año 2022 la tendencia retomó los niveles prepandémicos (Gráfico 2.8).

En el trienio 2019-2021, el 28,6 % de los diagnósticos reportados corresponden a residentes del AMBA, el 22,5 % del resto de la región central del país y en tercer lugar se ubicó el NOA, con el 20,9 % de los casos.

6. Anexo: Fuentes relevadas. Paquete de datos elaborado por el Programa Sumar para el presente documento a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU) del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2.8. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según grupo de edad y sexo asignado al nacer. Argentina, 2011-2021.

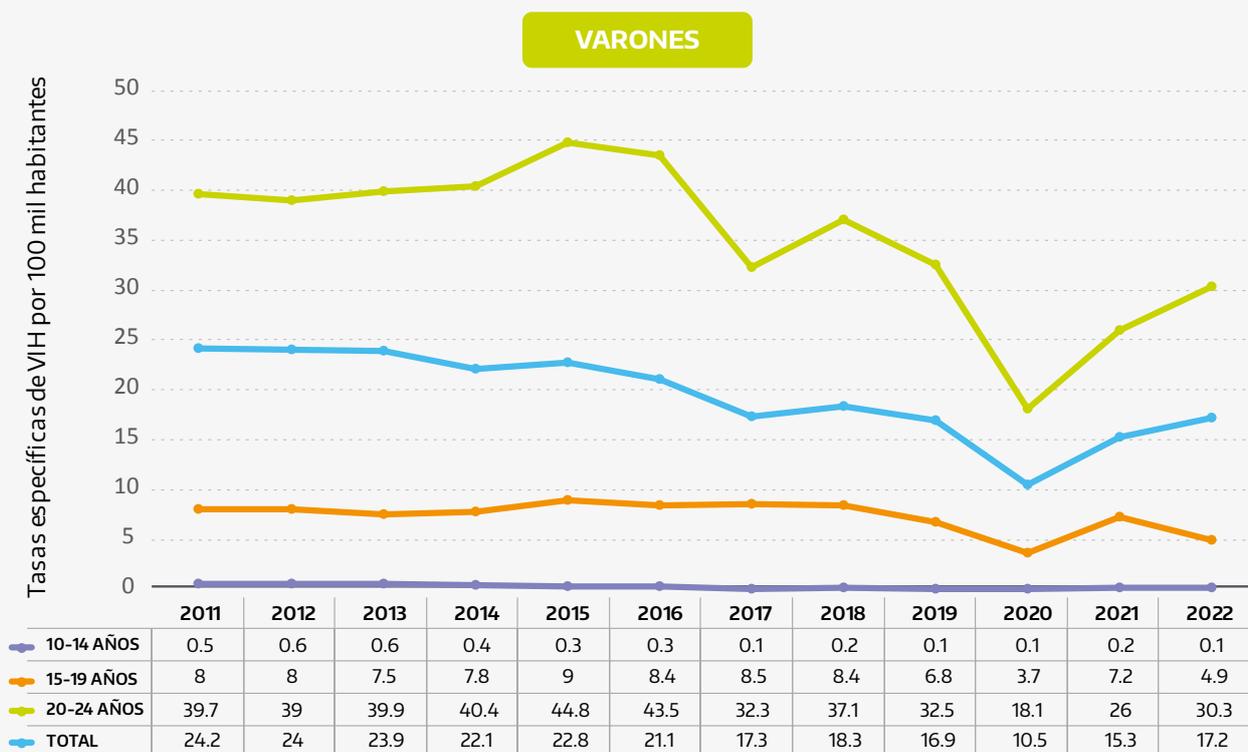
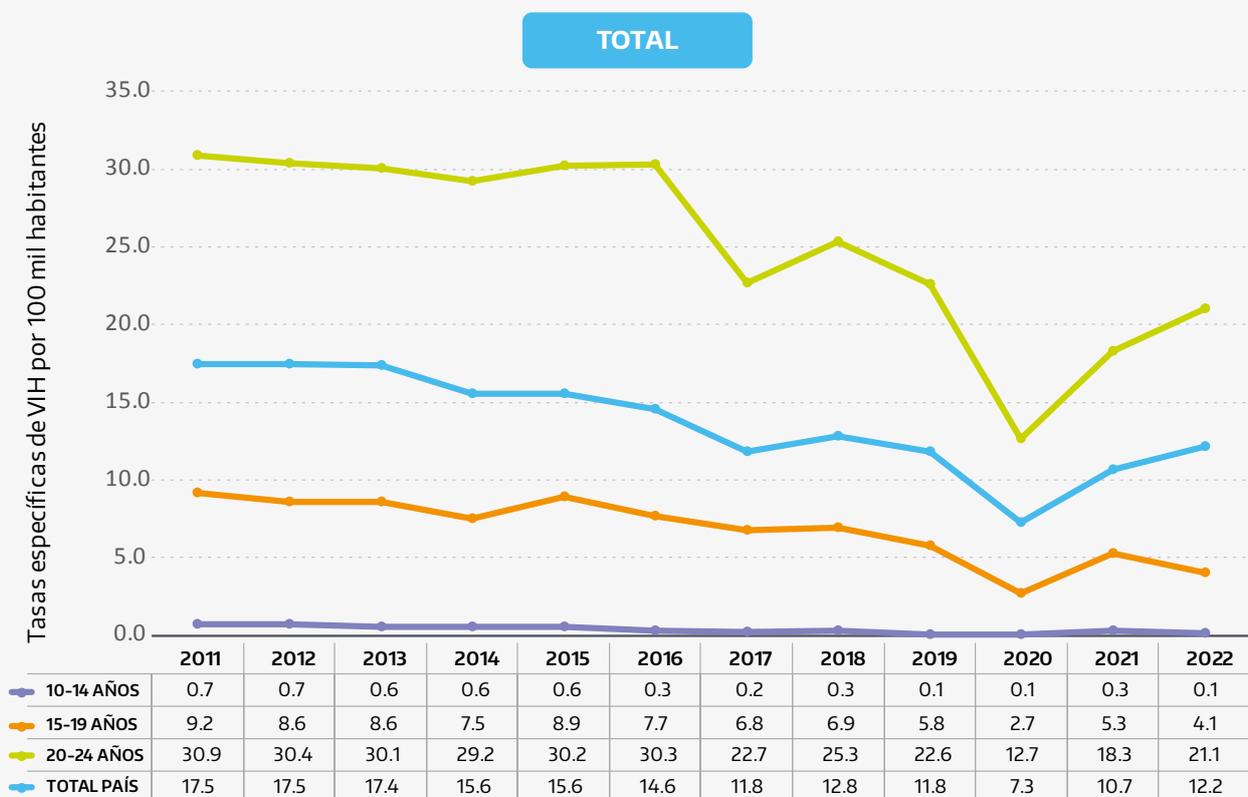
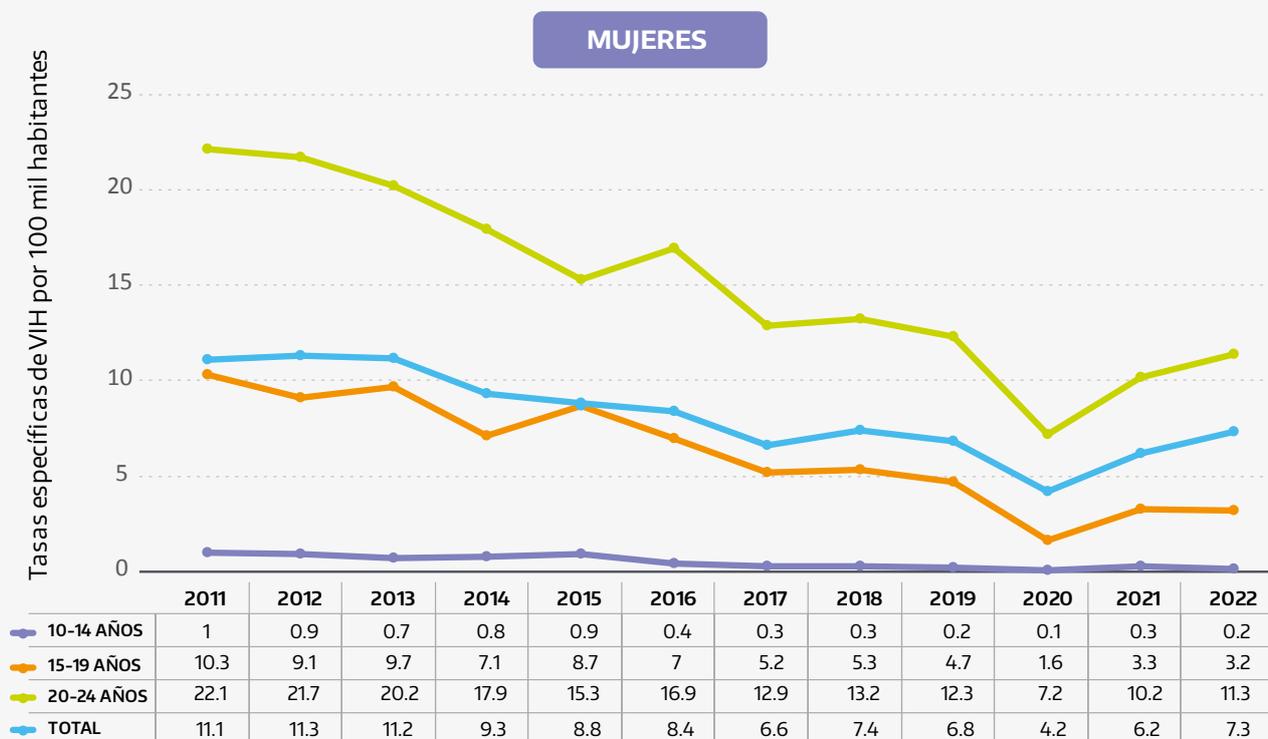


Gráfico 2.8 (continuación). Evolución de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según grupo de edad y sexo asignado al nacer. Argentina, 2011-2021.

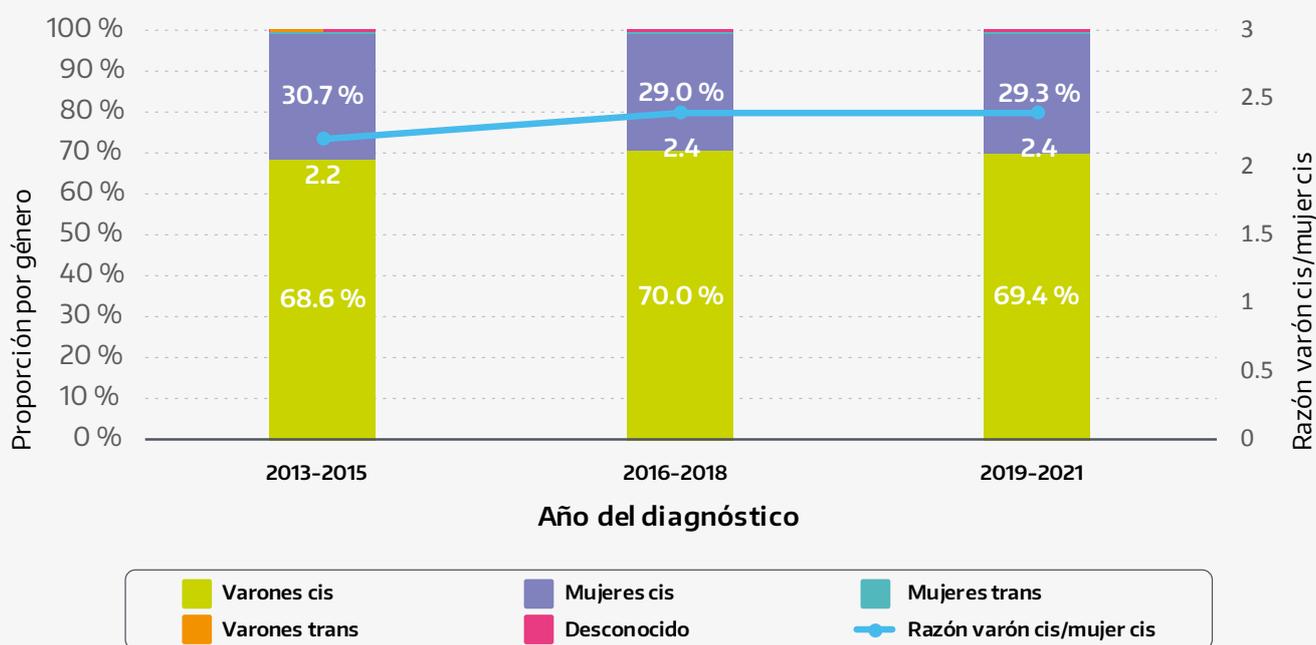


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación.

En 2019-2021 se produjeron 2,4 diagnósticos en varones cis por cada mujer cis, valor que repite el del trienio anterior (Gráfico 2.9). Es importante destacar que la principal vía de transmisión del VIH entre varones cis de 15 a 24 años son las relaciones sexuales sin protección con otros

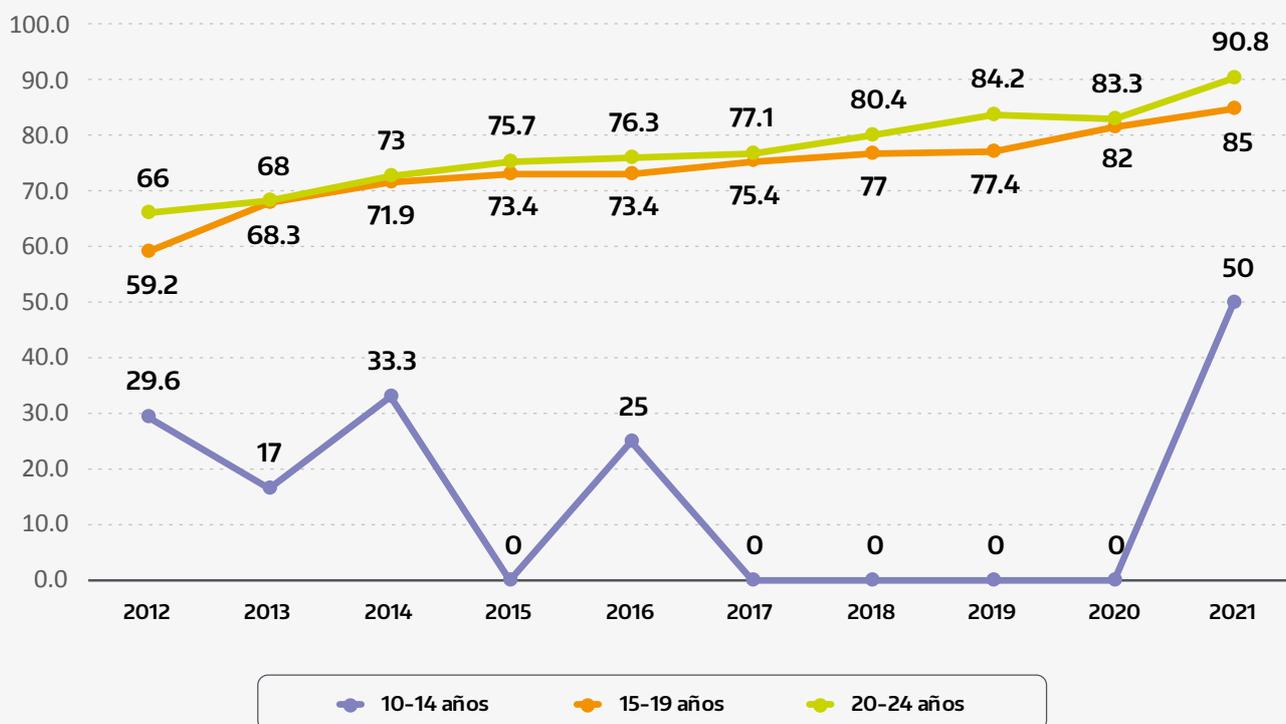
varones. Esta vía de transmisión ha mantenido un crecimiento sostenido en los últimos años, y representó en 2021 el 90,8 % de las infecciones en el grupo de 15 a 19 años y el 85 % en el grupo de 20 a 24 años (Gráfico 2.10).

Gráfico 2.9. Evolución trienal de los diagnósticos de VIH según género y razón varón cis/mujer cis. Argentina, 2013-2021.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ministerio de Salud de la Nación. Nota: n=51.516.

Gráfico 2.10. Evolución de la vía de transmisión del VIH por relaciones sexuales con hombres entre varones cis de 10 a 24 años por grupo de edad, en porcentaje. Argentina, 2012-2021.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación.

Comparando los períodos 2016-2018 y 2019-2021, la evolución de la razón de género entre personas cis por grupo de edad muestra un aumento en la franja de 15 a 19 años y valores estables en los grupos de 10 a 14 y 20 a 24. El valor más alto se observa en la franja de 25

a 34 años (3,0) seguido por el de 20-24 años (2,6) (Tabla 2.3). Durante los últimos tres años, la mediana de edad de diagnóstico de VIH se ubicó en 35 años para las mujeres cis, en 34 para los varones trans, 32 para los varones cis y 30 para las mujeres trans.

◆ **Tabla 2.3. Evolución trienal de los diagnósticos de VIH según grupo de edad y razón en varones cis y mujeres cis. Argentina, 2013-2021.**

	2013-2015	2016-2018	2019-2021
0-9 años	0,9	0,6	0,9
10-14 años	0,6	0,6	0,6
15-19 años	1	1,5	1,9
20-24 años	2,4	2,7	2,6
25-34 años	2,6	2,9	3
35-44 años	2,3	2,2	2,1
45-54 años	2,2	2,1	1,8
55-64 años	2,6	2,4	2,3
65 años y más	2,2	4	2,4
Total	2,2	2,4	2,4

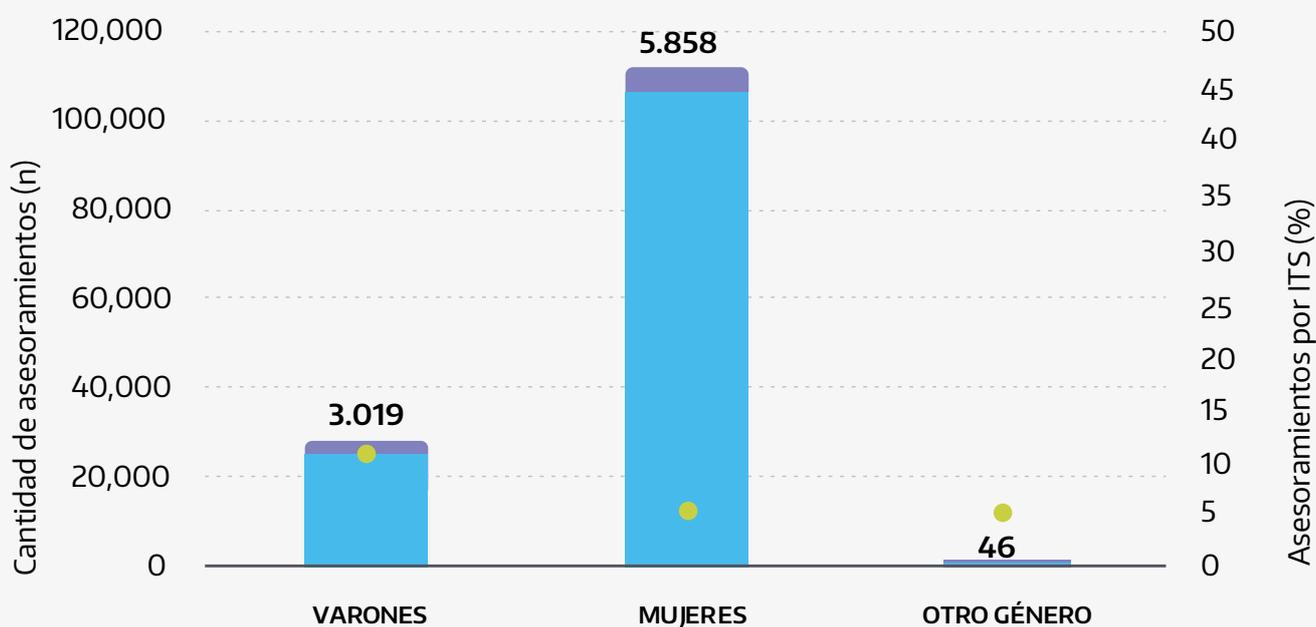
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ministerio de Salud de la Nación. Nota: n=51.028.

Los datos relevados en los espacios de Asesorías Integrales en Escuelas Secundarias dan cuenta de la baja proporción de asesoramientos que tienen al menos como un motivo “infecciones de transmisión sexual” (6,3 % para el período 2020-2022).

Si se analiza por género, se observa que la proporción de este motivo entre los adolescentes que se autoperciben varones es prácticamente el doble que entre quienes se autoperciben mujeres y otros géneros (11 %, 5 % y 5 % respecti-

vamente). Es importante destacar que el total de asesoramientos a quienes se autoperciben mujeres cuadruplica al total de asesoramientos a quienes se autoperciben varones (Gráfico 2.11).

◆ **Gráfico 2.11. Asesoramientos en escuelas secundarias con motivo referente a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Argentina. Años 2020-2022.**



Fuente: elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2020-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Embarazos en la adolescencia y juventud



Los embarazos en la adolescencia representan un problema de salud pública, puesto que implican riesgos para la salud integral.

Desde la perspectiva sociosanitaria, se reconocen diferencias que separan a los y las adolescentes según el rango etario. Resulta adecuado considerar esta etapa de la vida en dos períodos: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Esta diferencia cobra particular relevancia al considerar los determinantes del embarazo: entre las niñas y adolescentes (NyA) de 10 a 14 años se debe considerar más frecuentemente la presencia de situaciones de violencia y coerción sexuales, y de embarazos y maternidades forzadas.



El embarazo en este grupo se inscribe entre los más complejos, ya que expresa y conjuga aspectos psicosociales, de género, de justicia y de derechos humanos. Se constituye como un indicador crítico de las situaciones de vulnerabilidad en las que las niñas y adolescentes crecen y se desarrollan.

Asimismo, los riesgos biomédicos relacionados al embarazo y al parto en este grupo en particular son mayores, ya que se han descrito peores resultados materno-neonatales que cuando se trata de mujeres de mayor edad. Las complicaciones maternas debidas al embarazo en la adolescencia incluyen, entre otras, anemia, preeclampsia/eclampsia, infecciones de transmisión sexual y parto prematuro.

Además de estos riesgos biomédicos y psicológicos, el embarazo como producto de violencia sexual y la maternidad como consecuencia de

un embarazo no planificado, constituyen un daño a la salud integral de NyA. Son circunstancias que se agravan por la edad y madurez psicosocial, y comprometen las etapas posteriores del ciclo vital de estas NyA. Asimismo, al verse obligadas a ejercer la maternidad en una situación de privación material y simbólica, aumenta su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia (DiAJu, 2021a). En la tabla 2.4 se describen los indicadores correspondientes a fecundidad y embarazo en la adolescencia.

◆ **Tabla 2.4. Indicadores de embarazo y fecundidad durante la adolescencia y juventud.**

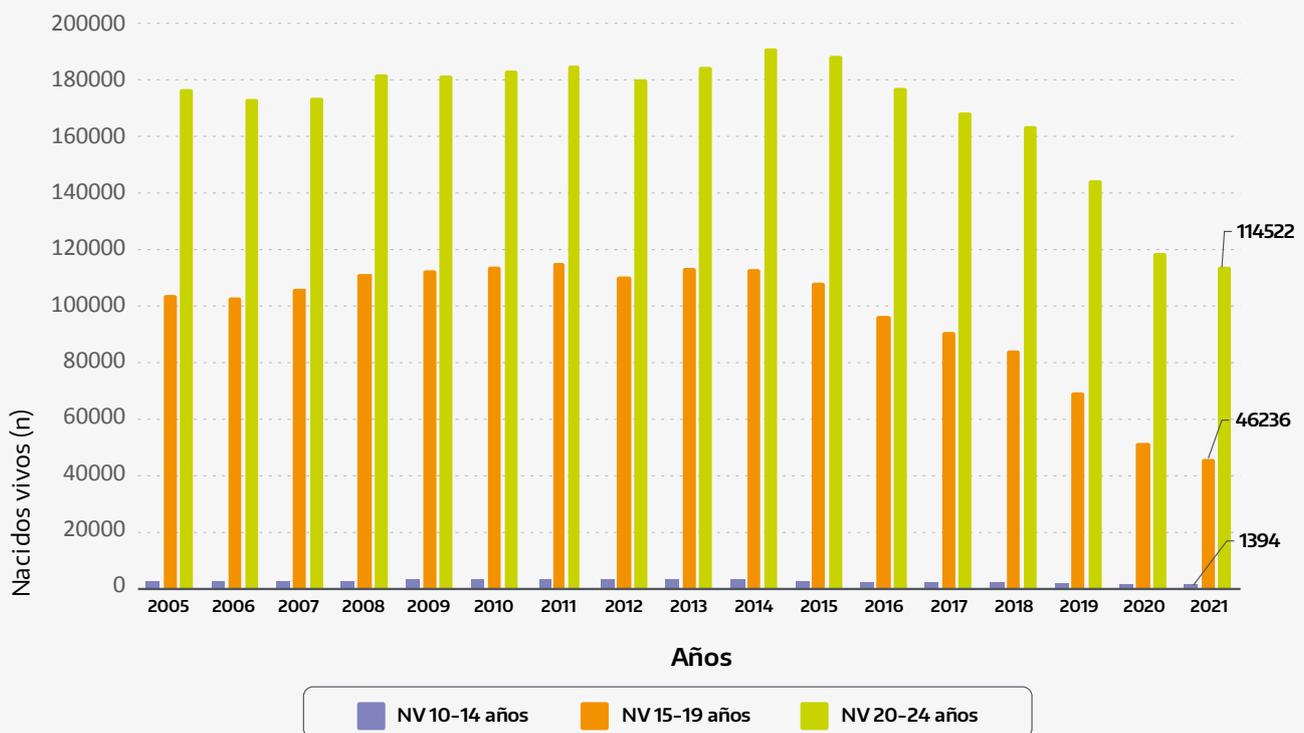
Tema	Indicador
Fecundidad y embarazo	Nacidos vivos según edad materna. Tendencia de 2010-2021 totales y por jurisdicción.
	Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes: cociente entre el número de nacidos vivos de gestantes adolescentes y el número total de nacidos vivos registrados, multiplicado por cien. Tendencia de 2010-2021 totales y por jurisdicción.
	Tasa de fecundidad total y por grupos etarios: cociente entre los nacidos vivos de gestantes en un año dado, y el total de mujeres, por mil. Tendencia de 2005-2021 totales y por jurisdicción.
	Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes que han tenido hijos nacidos vivos de embarazos previos, por año. Tendencia de 2005-2021 totales y por jurisdicción.
	Proporción de gestantes según máximo nivel de escolaridad alcanzado por grupos etarios. Tendencia de 2005-2021 totales y por jurisdicción.
	Porcentaje de madres adolescentes que no se encuentran asociadas a un sistema de salud privado ni de obra social por grupo etario (de 10-14 años, 15-19 años y 20-24 años) según jurisdicción y total país, 2013-2021.

Fuente: Estadísticas Vitales. DEIS 2005-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

La tasa de fecundidad como indicador clásico mide la frecuencia de nacimientos vivos en relación con las personas en edad reproductiva, definiendo el período fértil como el intervalo comprendido entre los 15 y los 49 años. Se conoce como fecundidad adolescente temprana a los nacimientos ocurridos en personas gestantes menores de 15 años, mientras que la fecundidad adolescente tardía engloba aquellos que tienen lugar entre los 15 y los 19 años de edad.

En el transcurso del año 2021 se documentaron un total de 162.152 nacimientos en la población menor de 25 años, lo que representa el 30,6 % del número total de nacimientos en el país: 0,3 % (1.394) en la adolescencia temprana, 8,7 % (46.236) en la adolescencia tardía y 21,6 % (114.522) en la juventud (Gráfico 2.12).

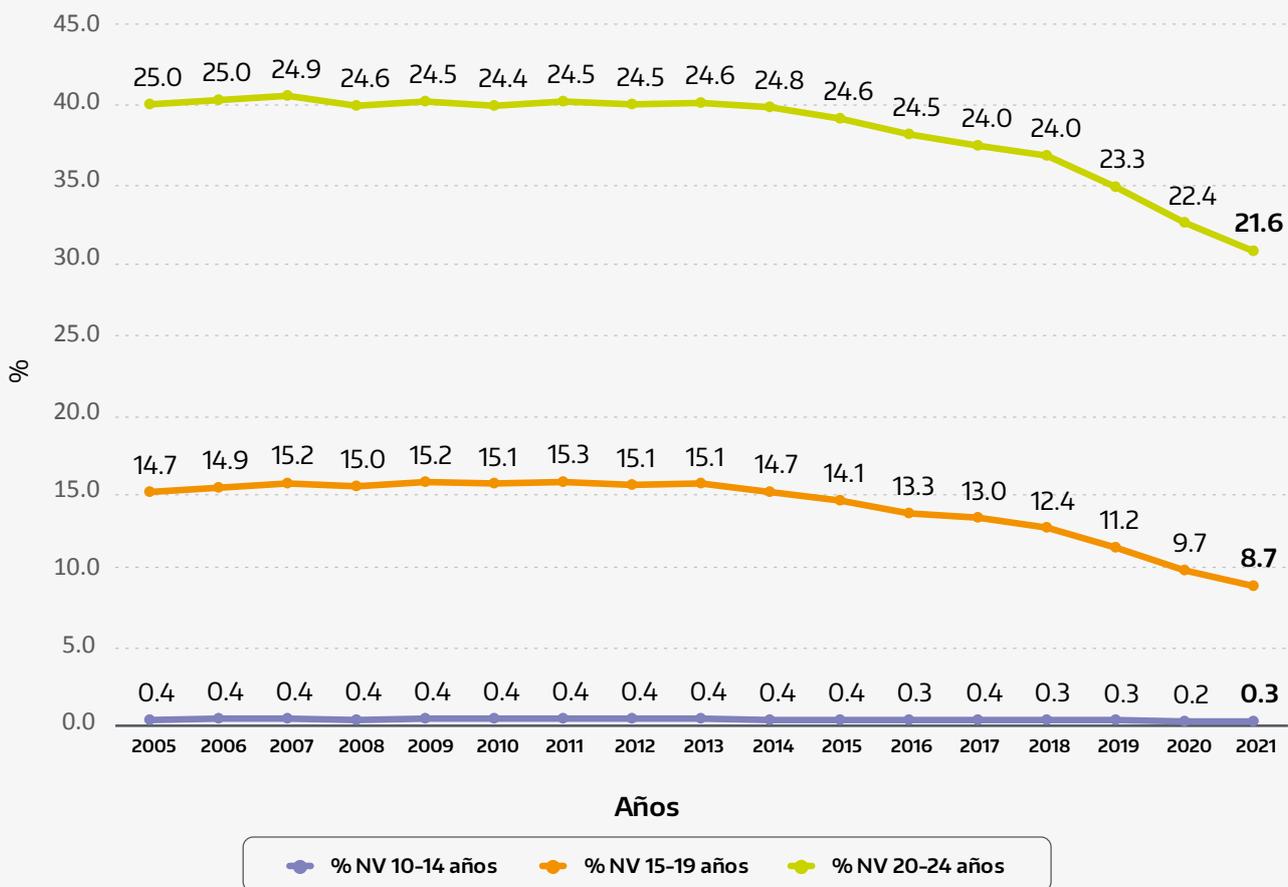
Gráfico 2.12. Nacidos vivos en población adolescente y joven. Argentina. 2005-2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2005-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

La tendencia histórica desde 2005 muestra un pico máximo en el año 2014, seguido de un descenso constante a partir de ese punto, alcanzando su punto más bajo en el año 2021 (Gráfico 2.13).

Gráfico 2.13. Porcentaje de nacidos vivos en población adolescente y joven. Argentina. 2005-2021.



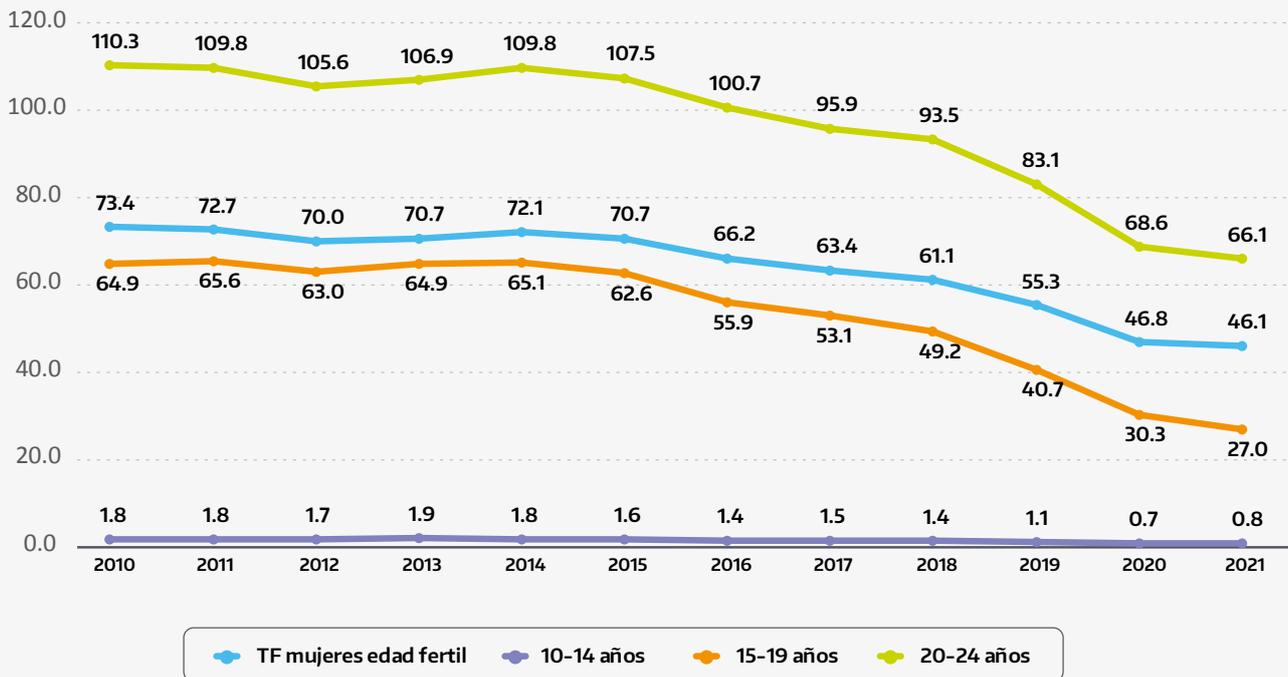
Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2005-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Las tasas de fecundidad nos permiten evaluar de manera más adecuada la evolución y las diferencias en la fecundidad en los diferentes grupos de edad a lo largo del tiempo y en comparación con otros años.

En Argentina, la tasa global de fecundidad ha experimentado una disminución del 37 % en comparación con el año 2010. Esta tendencia descendente es más acentuada en el grupo de

adolescentes, donde se registró una reducción del 59 %. En el caso de las personas jóvenes (20-24 años), la disminución alcanzó un 40 % (Gráfico 2.14).

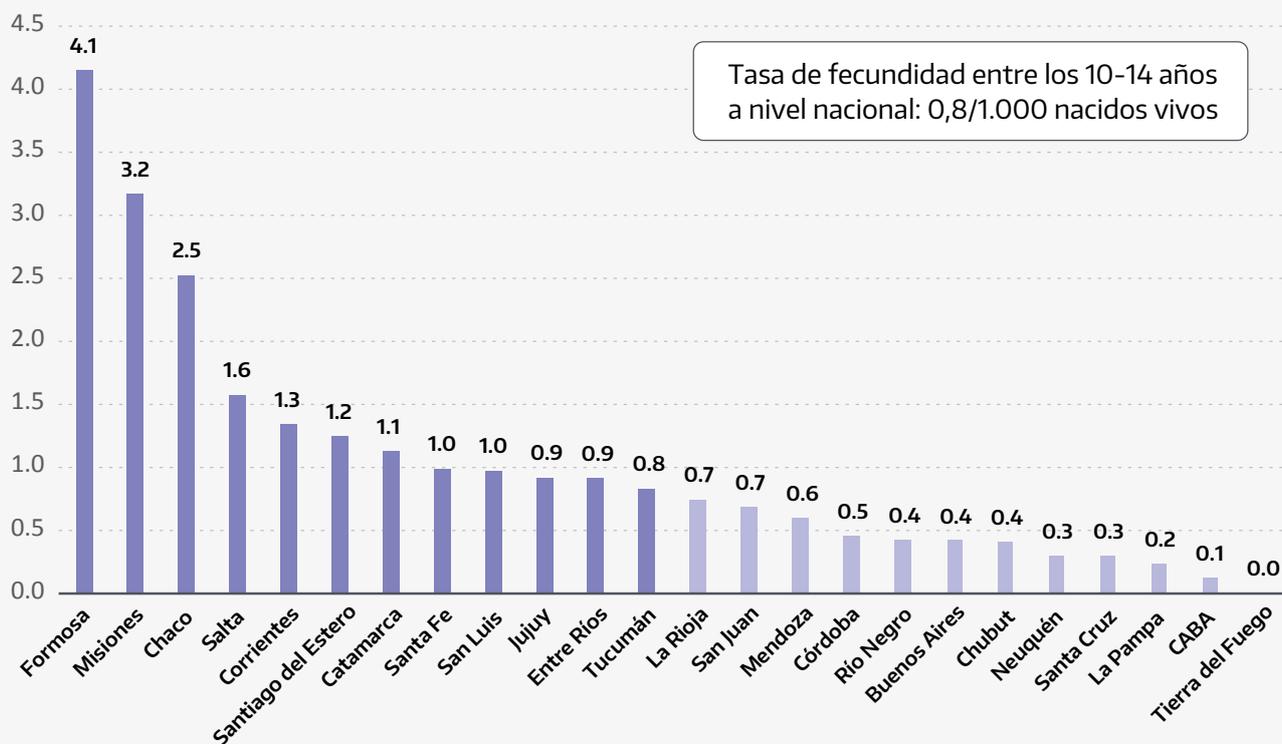
Gráfico 2.14. Tasas de fecundidad por 1.000 nacidos vivos por grupos etarios. Argentina. 2010-2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2010-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

En relación a las tasas de fecundidad en adolescentes, se observan brechas entre las distintas jurisdicciones, que expresan las desigualdades sociales que se traducen en vulnerabilidades diferenciales. Por ejemplo, en el grupo de 10-14 años, la tasa de fecundidad es casi cuarenta veces mayor en Formosa en relación con Tierra del Fuego y cuatro veces mayor a la media nacional (Gráfico 2.15).

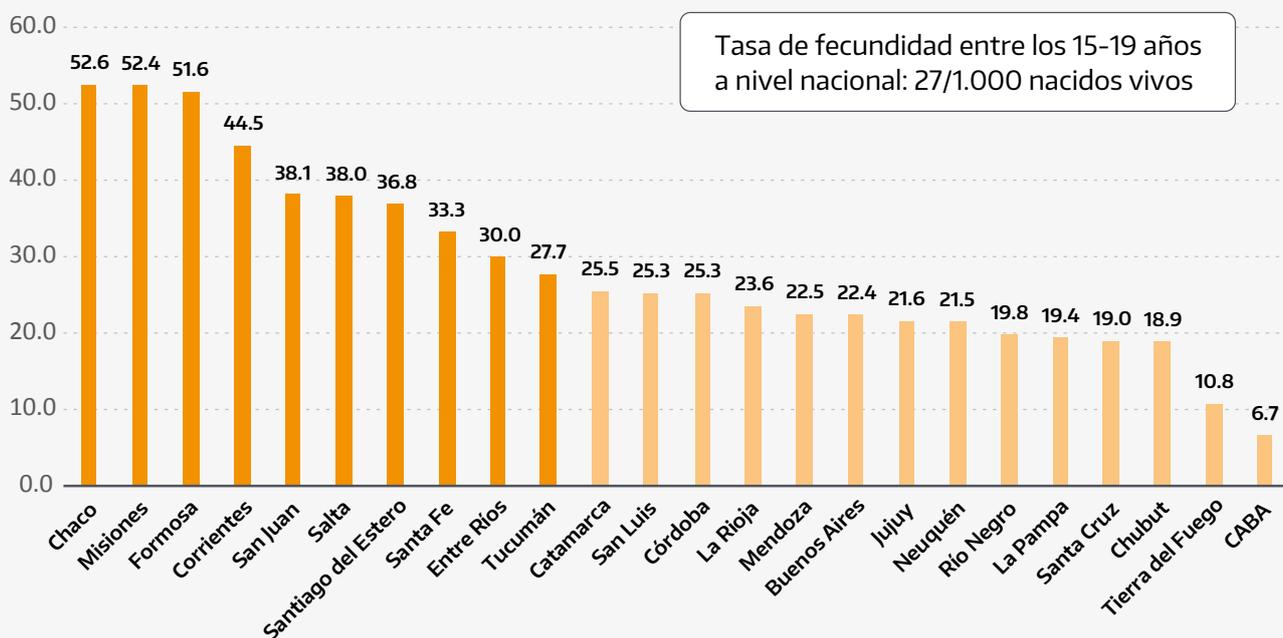
📊 **Gráfico 2.15. Tasas de fecundidad por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de 10-14 años por jurisdicciones. 2021.**



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

En el grupo de 15 a 19 años, las brechas también son amplias, siendo casi diez veces superior en Chaco con respecto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Gráfico 2.16).

📍 **Gráfico 2.16. Tasas de fecundidad por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de 15-19 años por jurisdicciones. 2021.**

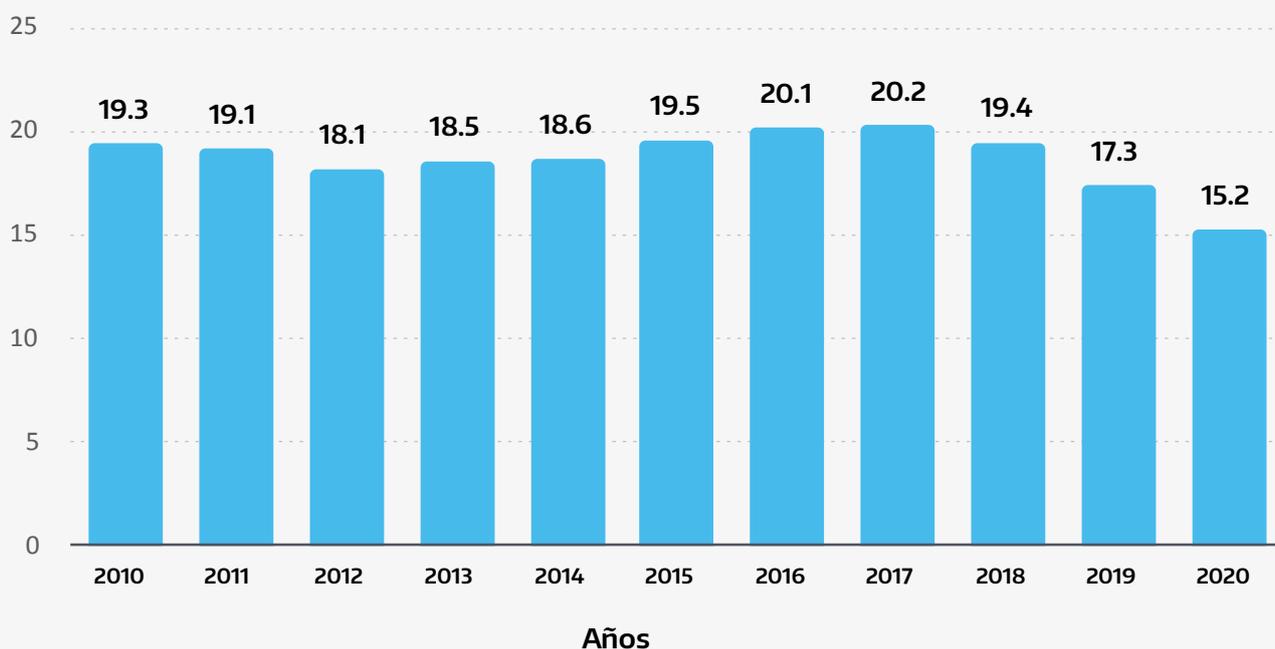


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Otro dato destacado es el porcentaje de repetencia de embarazo en la población adolescente, porque esta suele responder a la falla de la anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO). El 15,2 % de las adolescentes de 10 a 19 años que parieron durante el 2020 ya habían tenido uno o más hijos con anterioridad (Gráfico 2.17).

En el año 2020 este indicador fue de 1,5 % para nacimientos de madres de hasta 14 años, 7,3 % en madres de 15 a 17 años y 20,5 % en madres de 18 a 19 años. En este último grupo, el 2,3 % de los nacimientos fue de orden 3 o más. Como dato positivo se observa una disminución del 15 % en la repetencia de embarazos en adolescentes a partir del año 2019.

◆ **Gráfico 2.17. Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes que han tenido hijos nacidos vivos de embarazos previos, por año. Argentina, 2010-2020.**



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS. 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

En este orden, también se observan amplias diferencias entre las distintas jurisdicciones, que replican el perfil observado en relación con las tablas de fecundidad.

El análisis por género de las consultas agrupadas de salud sexual y reproductiva en el marco de la ASIE arroja una clara desigualdad en la proporción de asesoramientos correspondiente a anticoncepción. Mientras este motivo representa el 57 % para adolescentes que se autoperciben varones, para quienes se autoperciben mujeres es un 73 %. Estos datos dan cuenta de la falta de corresponsabilidad de los varones en los cuidados anticonceptivos, que recaen mayormente en las mujeres (Tabla 2.5).

❖ **Tabla 2.5. Distribución de los asesoramientos por Salud Sexual y Reproductiva en escuelas secundarias según motivo desagregado de consulta y sexo asignado al nacer.**

	Varones	Mujeres
Anticoncepción	57,0 %	73,0 %
ITS	18,0 %	6,7 %
Estudios ginecológicos	0,3 %	6,2 %
Sexualidad	17,1 %	6,1 %
Test de embarazo	0,9 %	2,8 %
Desarrollo puberal	6,2 %	2,7 %
IVE/ILE	0,5 %	2,5 %

Fuente: elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2020-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Respecto de los motivos de no uso de métodos anticonceptivos en población de 14 a 24 años, solo contamos con datos de la Provincia de Buenos Aires⁷ que son elocuentes cuando se comparan las respuestas de varones y mujeres. En la categoría “no querías/no querés” el porcentaje de varones que responden positivamente cuadruplica al de mujeres en la franja de adolescentes de 14 a 19 años. En el caso de jóvenes entre 20 y 24 años se sostiene la diferencia entre varones y mujeres, aunque en menor proporción (50,3 % y 20,5 % respectivamente).

Además de la falta de corresponsabilidad en el cuidado, las desigualdades de género atraviesan la posibilidad de brindar consentimiento, en particular en las decisiones en torno al uso

de métodos anticonceptivos. De hecho, en la respuesta afirmativa de las mujeres del grupo de 14 a 19 años la categoría “tu pareja no quería/no quiere” duplica a la de los varones.

7. El gobierno de la Provincia de Buenos Aires provee los datos en el Sistema de Indicadores con Perspectiva de Género, que puede ser consultado en: <https://sipg.ec.gba.gov.ar/dimensiones-2/fisica/>.

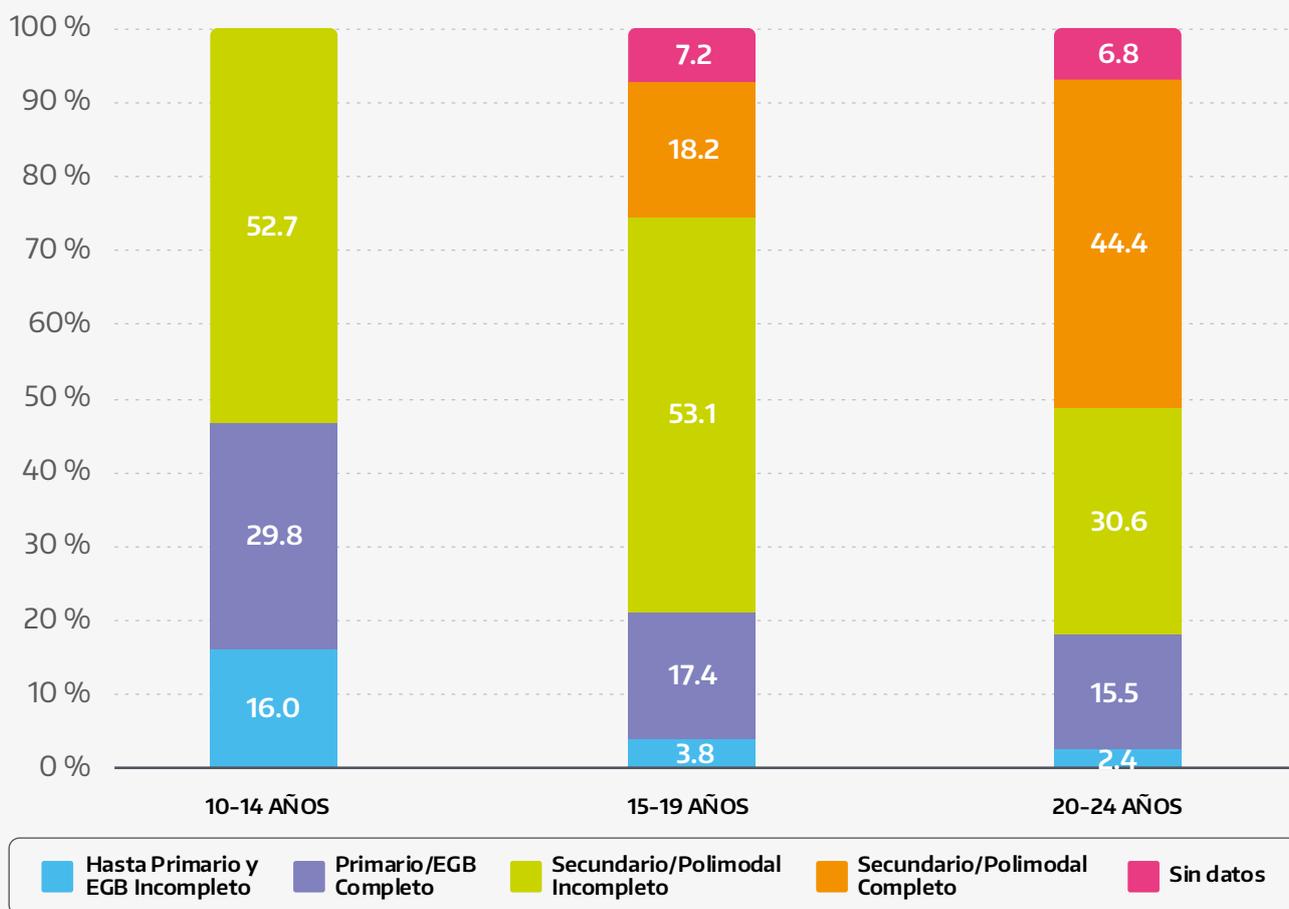
Embarazo y escolaridad

El embarazo en edades tempranas genera un impacto sobre las trayectorias educativas. Los motivos que llevan a las jóvenes a abandonar la escuela o a rezagarse en sus estudios son varios y de articulación compleja. Muchos de los jóvenes alcanzados por esa circunstancia se encuentran con responsabilidades que requieren un tiempo considerable de su parte para el cuidado de sus hijos, que coincide con el tiempo que necesitan para asistir y estudiar en la escuela (UNICEF, 2017).

Datos de la Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes de 2017 muestran que el abandono escolar por embarazo representa el 8 % de las causas de abandono escolar.

El 16 % de las personas gestantes que parieron entre los 10-14 años, el 3,8 % entre los 15-19 años y el 2,4 % entre los 20-24 años no lograron completar la escuela primaria. El alto porcentaje del primer grupo también es debido a que son niñas que aún están en edad de asistir a la escuela primaria (Gráfico 2.18).

❖ **Gráfico 2.18. Proporción de gestantes entre 10-24 años según máximo nivel de escolaridad alcanzado por grupos etarios en Argentina durante 2021.**

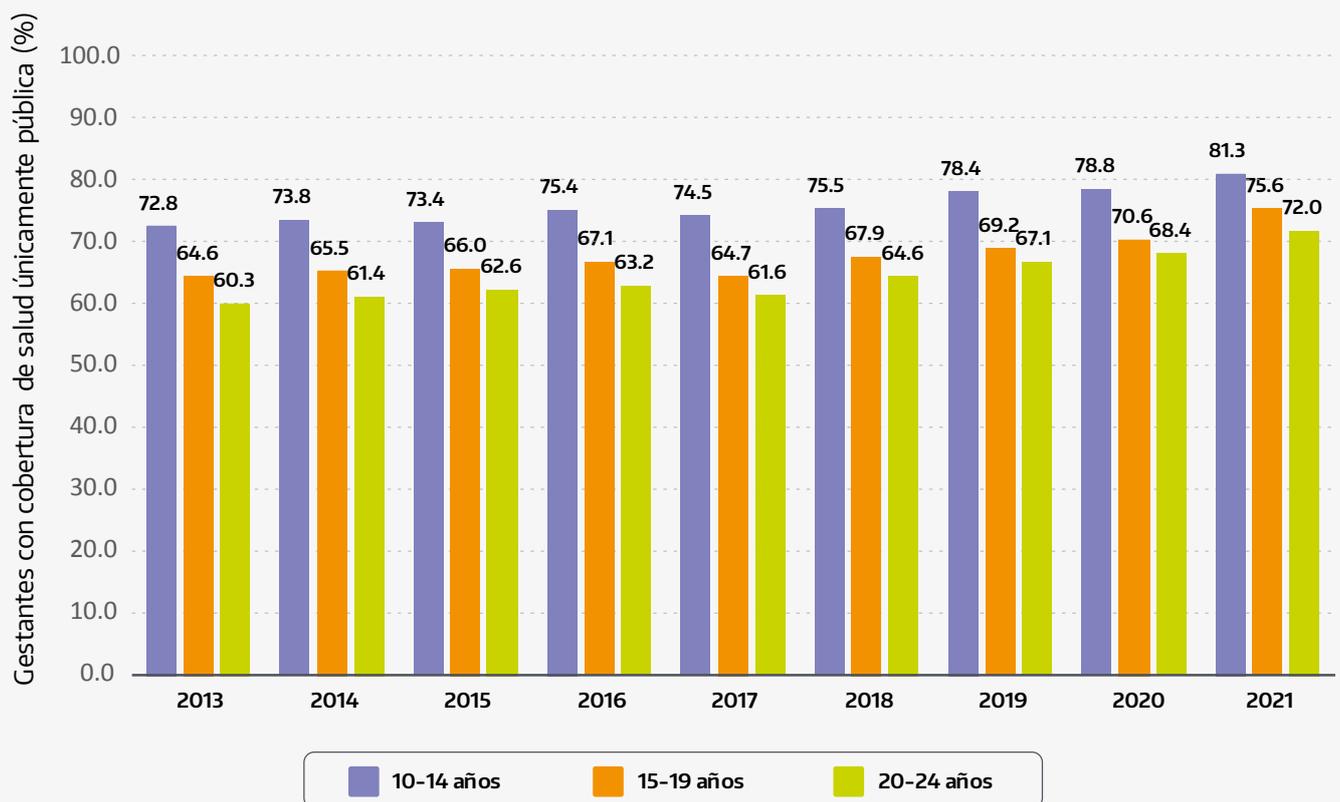


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

El porcentaje de personas gestantes adolescentes o jóvenes con escuela primaria incompleta descendió casi a la mitad en comparación con el año 2013. Sin embargo, este descenso es desigual entre las distintas jurisdicciones destacándose las mayores proporciones de escolaridad primaria incompleta en las provincias de la región del noreste argentino (NEA), que también tiene las mayores tasas de fecundidad adolescente.

Otra característica importante es el acceso diferencial al sistema de salud que tiene la población adolescente y joven. La existencia de tres subsistemas que dan cobertura o protección a sectores bien diferenciados de la población es indicativo de la presencia de inequidades. A menor edad se observa mayor población con cobertura pública exclusiva de salud en relación con la media nacional que es de 42,2 % (DNISS et al., 2022) (Gráfico 2.19).

◆ **Gráfico 2.19. Porcentaje de madres adolescentes y jóvenes que no se encuentran asociadas a un sistema de salud privado ni de obra social por grupo etario, según jurisdicción y total país, 2013-2021.**

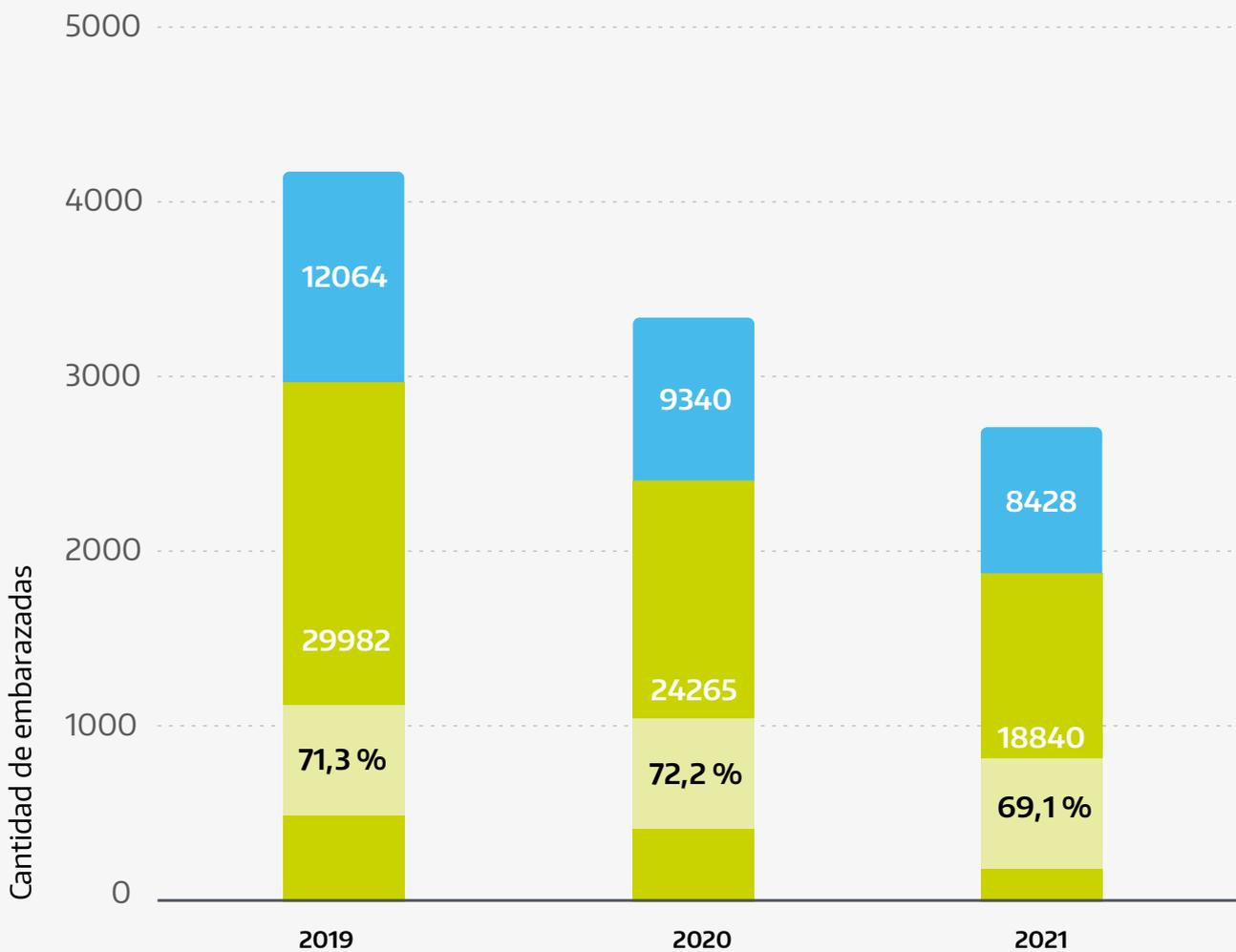


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS 2013-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Mientras en la población general el 56,5 % de los embarazos son no planificados, en la adolescencia la mayor parte de los embarazos (7 de cada 10 embarazos) son no planificados (68,5 %) Este número asciende a 8 de cada 10

en niñas y adolescentes menores de 15 años (84,3 %). (Gráfico 2.20). Se destaca que en los últimos tres años se observa un leve descenso de los embarazos no planificados.

📊 **Gráfico 2.20. Embarazos según planificación en población de 10 a 19 años. Argentina. 2019-2021.**



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Información Perinatal(SIP), Dirección de Salud Perinatal y Niñez, SAS, Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

También es preciso destacar que la falta de planificación es desigual en el territorio nacional. (Tabla 2.6).

◆ **Tabla 2.6. Distribución de los asesoramientos por Salud Sexual y Reproductiva en escuelas secundarias según motivo desagregado de consulta y sexo asignado al nacer.**

Porcentaje de embarazos no intencionales	2019		2020		2021	
	<15 años	15-19 años	<15 años	15-19 años	<15 años	15-19 años
Buenos Aires	91,1	70,5	89,4	72,6	86,8	71,1
CABA	82,6	74,4	94,4	73,5	100,0	68,9
Catamarca	80,2	68,0	86,0	68,5	78,6	57,5
Chaco	100,0	43,1	80,0	69,2	83,3	69,1
Chubut	88,1	72,1	92,6	75,9	91,7	74,7
Córdoba	86,2	74,4	90,8	79,2	90,0	72,8
Corrientes	81,8	64,3	92,0	67,9	82,4	64,0
Entre Ríos	85,2	62,5	72,5	60,9	93,3	61,1
Formosa	75,7	65,7	66,7	54,9	72,4	60,1
Jujuy	94,6	83,3	96,6	85,9	100,0	84,7
La Pampa	62,5	66,8	88,9	64,5	100,0	68,3
La Rioja	100,0	98,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Mendoza	88,2	67,0	81,8	63,9	92,3	80,2
Misiones	79,3	71,8	78,0	70,3	80,8	63,1
Neuquén	83,3	67,5	88,2	69,4	80,0	69,3
Rio Negro	95,0	69,4	80,0	70,1	80,0	58,5
Salta	87,4	79,4	93,6	83,4	90,7	81,9
San Juan	90,0	68,8	88,9	70,0	100,0	69,7
San Luis	70,0	70,8	70,0	70,6	77,8	66,0
Santa Cruz	83,3	72,4	75,0	78,6	75,0	54,4
Santa Fe	99,3	73,9	69,1	59,6	72,1	79,3
Santiago Del Estero	77,7	59,3	91,3	80,2	50,0	75,0
Tierra del Fuego	100,0	73,5	100,0	73,7	0,0	57,1
Tucumán	87,5	75,8	80,6	73,7	84,6	74,5
Argentina	85,2	70,8	85,3	71,8	84,3	68,5

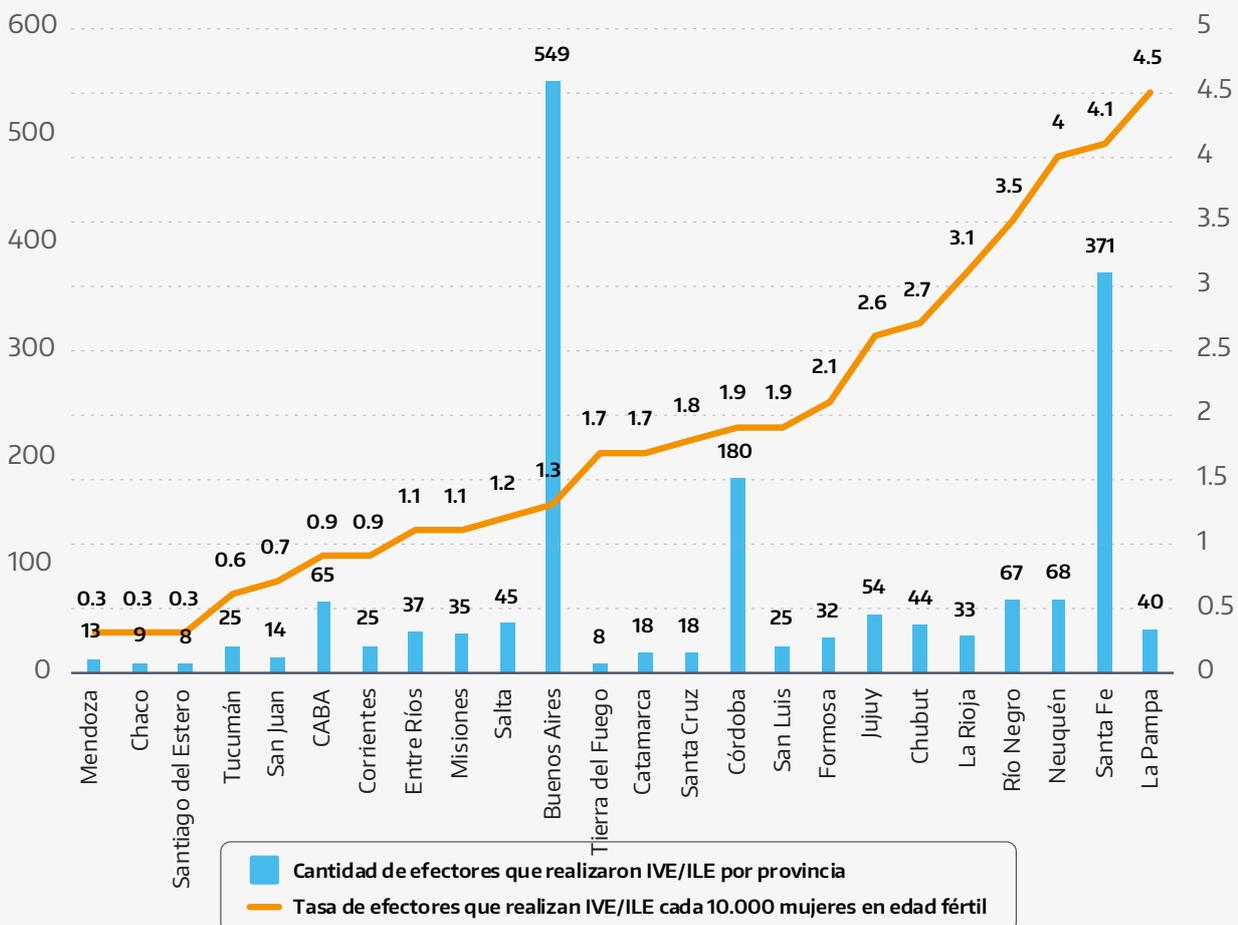
Fuente: Sistema de Información Perinatal, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, SAS, Ministerio de Salud de la Nación.

IVE/ILE

El 14 de enero de 2021 se promulgó la Ley 27.610 que regula la interrupción del embarazo reconociendo el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a interrumpir su embarazo hasta la semana 14 inclusive del proceso gestacional. Esta práctica se denomina interrupción voluntaria del embarazo (IVE), para la cual no se requiere la expresión de un motivo por parte de la persona solicitante. En 2022, dos años después de la sanción de la ley, fueron 1.793 los centros de salud que garantizaron IVE e ILE en todo el país (cuando en 2020 eran 907).

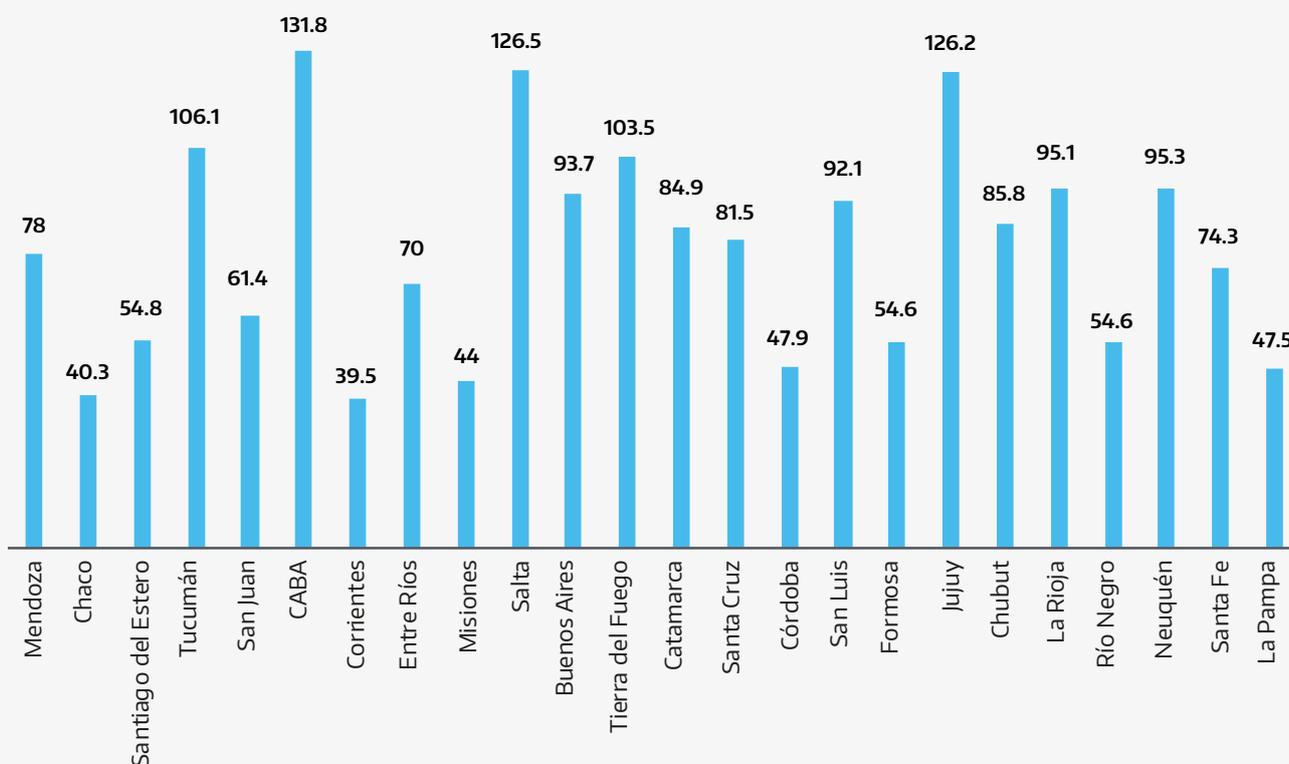
Los datos totales por jurisdicción permiten observar diferencias en relación con la cantidad de efectores disponibles para realizar las prácticas. Las provincias de Mendoza, Chaco y Santiago del Estero tienen la menor tasa de efectores que realizan IVE/ILE en relación con la población de mujeres en edad fértil (Gráfico 2.21), mientras que Ciudad de Buenos Aires, Salta y Jujuy registraron la mayor tasa de prácticas (Gráfico 2.22) (DNSSR, 2023; Proyecto Mirar, 2023).

Gráfico 2.21. Cantidad de Efectores que realizaron IVE/ILE y tasa de efectores que realizan IVE/ILE cada 10.000 mujeres en edad fértil, según jurisdicción. Argentina. 2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ImplementAR IVE-ILE. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). 2022. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Gráfico 2.22. Tasa de ILE/IVE cada 10.000 mujeres en edad fértil según jurisdicción. Argentina. 2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ImplementAR IVE-ILE. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). 2022. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Si bien en este informe no se encuentran datos desagregados por grupos etarios a nivel nacional, a partir de informes de jurisdicciones como Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires, podemos observar que el 27 % de IVE/ILE registradas durante 2022 en la provincia de Buenos Aires corresponde a jóvenes de 20 a 24 años, el 10 % a adolescentes de 15 a 19 años y el 2,5 % a niñas y adolescentes de 10 a 14 años.⁸ A su vez, las personas que accedieron a una IVE/

ILE en 2022 en la Ciudad de Buenos Aires tenían entre 13 y 49 años; el 28 % de los casos fue en el grupo de 20 a 24 años y el 11,9 % de las situaciones ocurrieron en adolescentes (10 a 19 años). De estas, el 0,5 % correspondió a adolescentes que tenían entre 13 y 14 años y el 11,5 %, entre 15 y 19 años⁹.

Por último, el total de asesoramientos con motivo IVE/ILE en las ASIE aumentaron de 474 en 2020 a 962 en 2022¹⁰.

8. Sistema de indicadores con perspectiva de género (SIPG) Provincia de Buenos Aires: <https://sipg.ec.gba.gov.ar/dimensiones-2/fisica/>

9. Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (2023). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta*. Actualización 2022. https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-09/Situaci%C3%B3n%20y%20respuesta%20-%20Actualizaci%C3%B3n%202022_0.pdf

10. Sistema de monitoreo ASIE - ENIA. 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Mortalidad por causas obstétricas

La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. La muerte materna puede ser causada directamente por hemorragia posparto, preeclampsia y trastornos hipertensivos, infecciones relacionadas con el embarazo y complicaciones de abortos inseguros, así como indirectamente por afecciones médicas preexistentes agravadas por el embarazo.

Hay muchos factores sociales, económicos y ambientales que influyen en el riesgo de mortalidad materna. Esto incluye determinantes sociales de la salud, como ingresos, educación y exposición ambiental; acceso a atención médica; desigualdades de género que limitan el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva, entre otros. Estos factores requieren colaboración intersectorial para mejorar la salud y el bienestar de las personas gestantes (UNICEF, 2023). En la tabla 2.7 se describen los indicadores correspondientes al análisis de la mortalidad materna.

◆ **Tabla 2.7. Indicadores de mortalidad por causas obstétricas.**

Tema	Indicador
Mortalidad por causas obstétricas	Tasa de mortalidad materna: es el número de defunciones de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales por 1.000 nacidos vivos.
	Mortalidad por causas directas: muertes que ocurren como resultado de complicaciones obstétricas durante el embarazo, trabajo de parto o posparto, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los antes mencionados.
	Mortalidad por causas indirectas: muertes derivadas de enfermedades preexistentes o que se presentaron durante el embarazo y que no fueron debidas a causas obstétricas directas, pero que se agravaron por efectos fisiológicos propios del embarazo.
	Mortalidad por aborto: un aborto es la terminación de un embarazo, es decir, la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo.

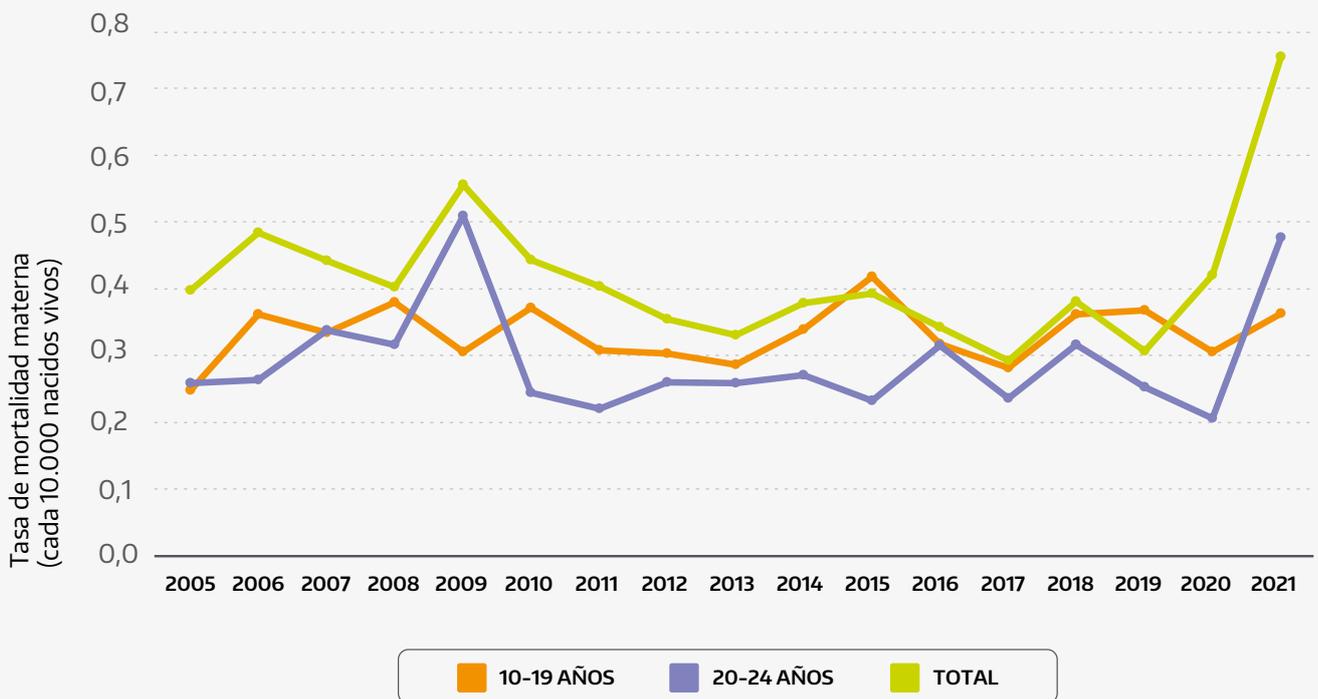
Fuente: Estadísticas Vitales. DEIS 2005-2021.



La tasa de mortalidad materna es un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país.

En Argentina, la tasa de mortalidad materna muestra una tendencia global en descenso con dos picos, en 2009 y en 2021. En 2021 se evidenció el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la mortalidad materna, registrando una tasa de mortalidad de 7,4 cada 10.000 nacidos vivos, un 80 % superior a la registrada en 2020 (4,1 cada 10.000 nacidos vivos). Este ascenso fue mayor en la población de 20-24 años. (Gráfico 2.23).

Gráfico 2.23. Tasa de mortalidad materna por cada 10.000 nacidos vivos por grupos etarios. Argentina. 2005-2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. DEIS, 2005-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Las defunciones de acuerdo con las causas muestran el predominio de las directas (resultantes de complicaciones obstétricas del embarazo, trabajo de parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los antes mencionados) por sobre las indirectas (que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo).

Cuando se desagregan los datos, se observa que el incremento de la tasa de mortalidad materna se explica principalmente por el COVID-19 dentro de las llamadas causas obstétricas indirectas. De las 393 muertes maternas registradas en ese año, 220 corresponden a personas gestantes que fallecieron debido a COVID-19 durante el embarazo, parto o puerperio.

Aproximadamente 3,7 millones de abortos inseguros ocurren en la región y se estima que el 17 % de las muertes maternas son por esa causa (OPS, 2010). En Argentina, previo a la sanción de la ley de IVE/ILE, 1 de cada 3 muertes maternas ocurrían por aborto. Actualmente los abortos representan solo el 3 % de las muertes maternas (Gráfico 2.24).



El aborto inseguro constituye una de las principales causas de mortalidad materna en Latinoamérica.

Gráfico 2.24. Proporción de muertes maternas por grupo de causas en las gestantes de Argentina según edad. Años 2005-2021.

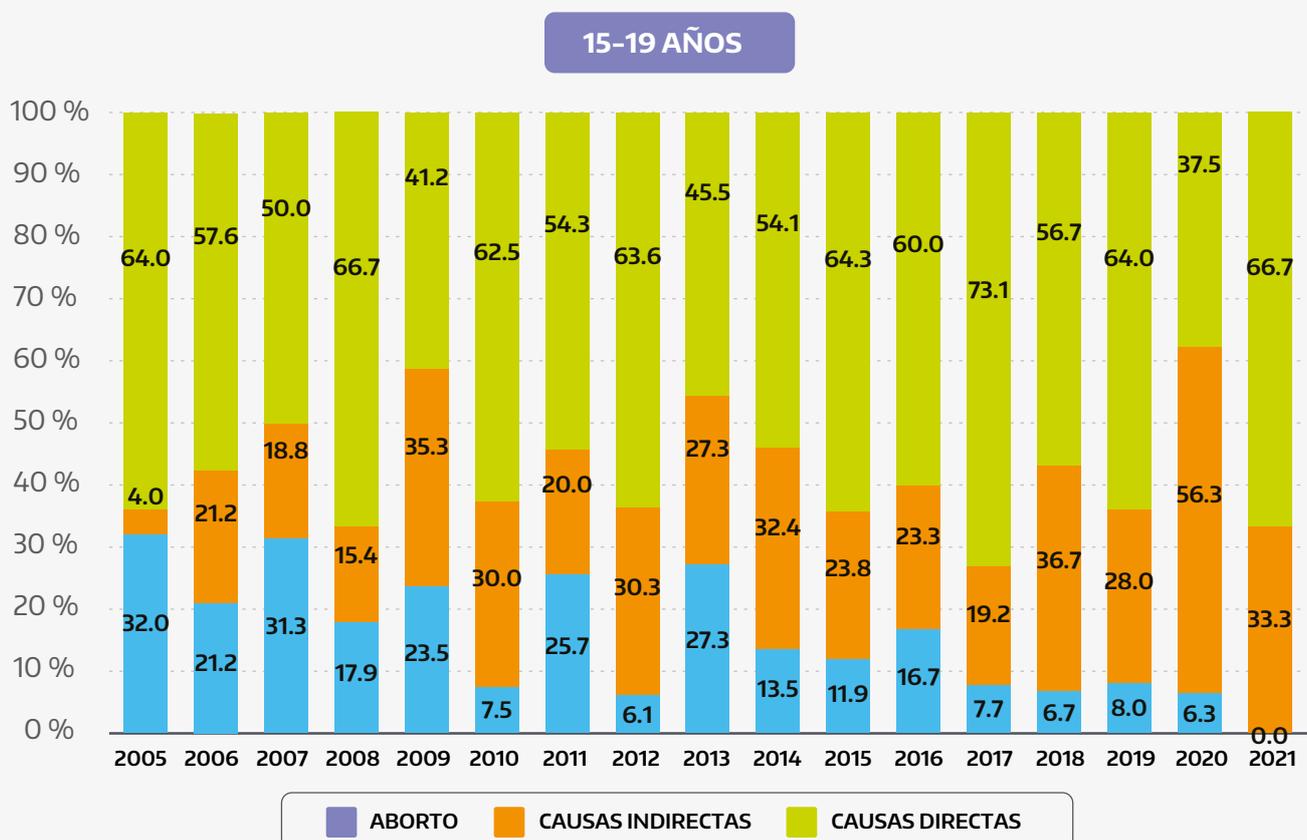
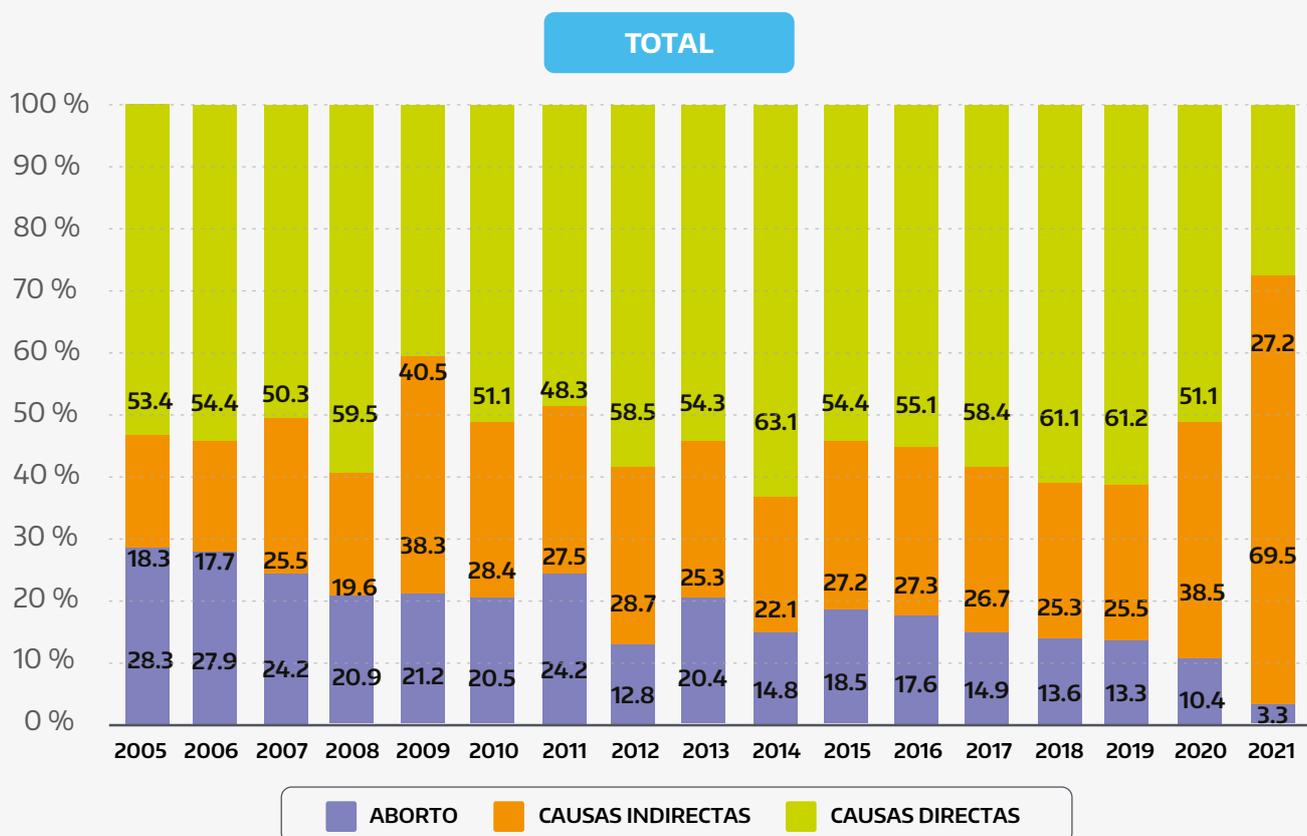
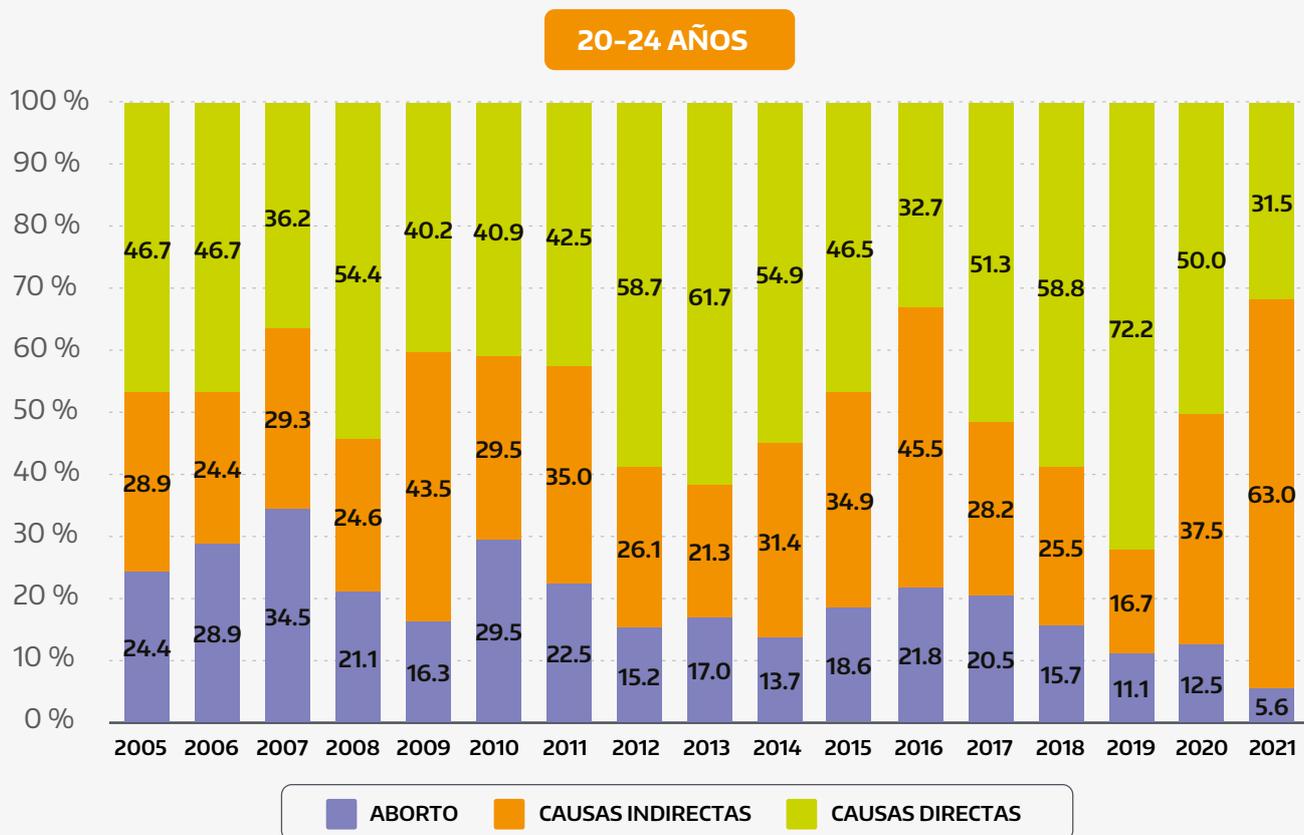


Gráfico 2.24 (continuación). Proporción de muertes maternas por grupo de causas en las gestantes de Argentina según edad. Años 2005-2021.

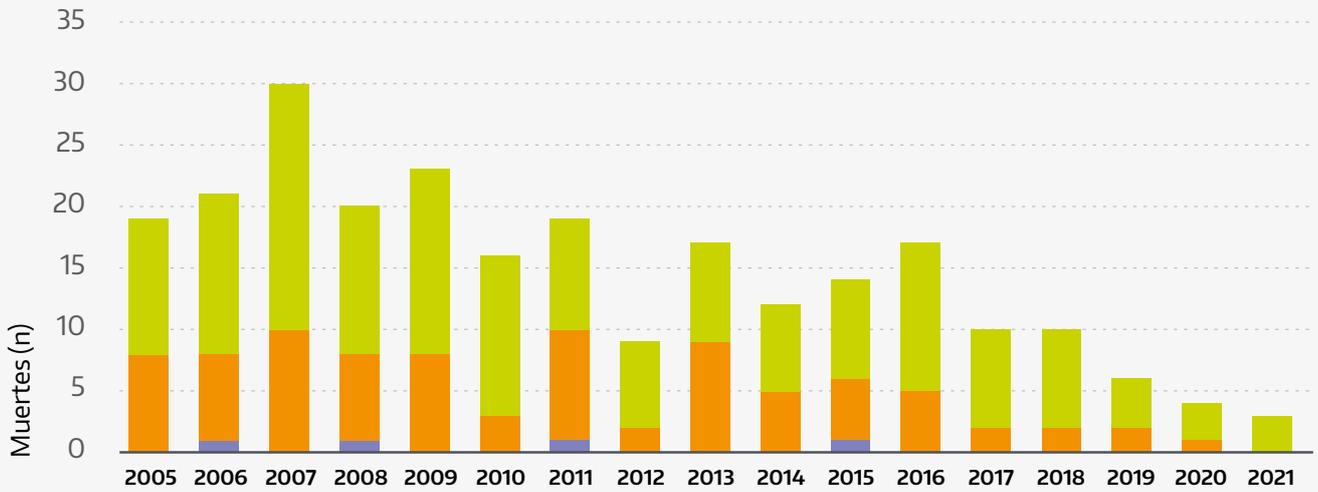


Fuente: Elaboración propia en base a estadística vitales, DEIS. 2005-2021. Ministerio de Salud de la Nación.



En 2021, por primera vez desde 2005, no se detectaron muertes maternas en menores de 20 años y solo tres entre los 20-24 años (Gráfico 2.25).

◆ **Gráfico 2.25. Muertes por aborto en personas gestantes según grupos etarios. Años 2005-2021. Argentina.**



Fuente: Elaboración propia en base a estadística vitales, DEIS. 2005-2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Bibliografía

Asociación Civil Infancias Libres (2021). *Informe sobre la situación actual de las experiencias de niñas y adolescencias trans y travestis*. <https://recreo.gob.ar/wp-content/uploads/2022/10/Informe-Infancias-Libres-Agosto-2021-v1509.pdf>

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de investigaciones, 14, 00. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019

Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (2023). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta. Actualización 2022*. https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-09/Situaci%C3%B3n%20y%20respuesta%20-%20Actualizaci%C3%B3n%202022_0.pdf

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiA] (2021a). *Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/atencion-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-embarazadas-hoja-de-ruta>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiA] (2021b). *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. 3era Edición. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-sobre-derechos-de-adolescentes-para-el-acceso-al-sistema-de-salud>

Dirección de Educación para los Derechos Humanos, Género y Educación Sexual Integral [Dirección DDHH, Género y ESI] (2022). *Referentes Escolares de ESI Educación Secundaria. Parte 1. Propuesta para abordar los NAP*. 1era Edición. Ministerio de Educación de la Nación. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL007797.pdf>

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [DPSCENT] (2007). *Primera Encuesta Mundial de Salud Escolar EMSE*. Ministerio de Salud de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000004cnt-encuesta-mundial-salud-escolar_2007.pdf

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [DPSCENT] (2013). *Segunda Encuesta Mundial de Salud Escolar EMSE*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-mundial-de-salud-escolar-2012>

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis [DRVIHVyT] (2022). *Boletín N° 39. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina*. Año XXV - Diciembre de 2022. Ministerio de Salud de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Boletin_N_39_Respuesta_al_VIH_y_las_ITS_en_Argentina_2.pdf

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis [DRVIHVyT] y Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiA]u] (2021). *Adolescentes y jóvenes varones que tienen sexo con otros varones. Estudio sobre su salud sexual en AMBA, Santa Fe y Mendoza*. Ministerio de Salud de la Nación, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/adolescentes-y-jovenes-varones-que-tienen-sexo-con-otros-varones-estudio-sobre-su-salud>

Dirección de Sida y ETS (2014). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS)*. Ministerio de Salud de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000683cnt-2015-01_guia-its.pdf

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (2019). *Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-11/2019-08-30_guia-sifilis.pdf

Dirección Nacional de Integración del Sistema de Salud [DNISS], Dirección de Estrategias de Integración del Sistema de Salud [DEISS] y Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales [DNFSP] (2022). *Cobertura de Salud en Argentina año 2022*. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Equidad en Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2023). *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022*. Actualización abril 2023. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Acceso a la Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2022>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2017). *Maternidad y paternidad adolescentes. El derecho a la educación secundaria. Estudio sobre una experiencia educativa de la Provincia de Buenos Aires*. <https://www.unicef.org/argentina/media/526/file>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2023). *Maternal mortality*. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/#:~:text=Maternal%20mortality%20refers%20to%20deaths%20due%20to%20complications%20from%20pregnancy%20or%20childbirth.>

Fundación Huésped y Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina [ATTTA] (2021). *Informe sobre el estado de la salud integral de masculinidades trans e identidades no binarias*. <https://huesped.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/informe-sobre-el-estado-de-la-salud-integral-de-masculinidades-trans-e-identidades-no-binaries.pdf>

Instituto de Masculinidades y Cambio Social [MaCS] y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2019) Varones y masculinidad(es). *Herramientas pedagógicas para facilitar talleres con adolescentes y jóvenes*. <https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Varones%20y%20Masculinidades.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Inhibición e inducción en niñeces y adolescencias trans, travestis y no binarias: documento de consenso, 1era Edición*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Inhibicion_e_induccion_puberal_Documento_de_consenso_3032023.pdf

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017). *La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. <https://www.mpdefensa.gob.ar/publicaciones/la-revolucion-las-mariposas-a-diez-anos-la-gesta-del-nombre-propio>

Organización Mundial de la Salud [OMS], Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente (2009). *Programa de Orientación en Salud Adolescente para Proveedores de Salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/oms-programa-orientacion-salud-adolescente-para-proveedores-salud>

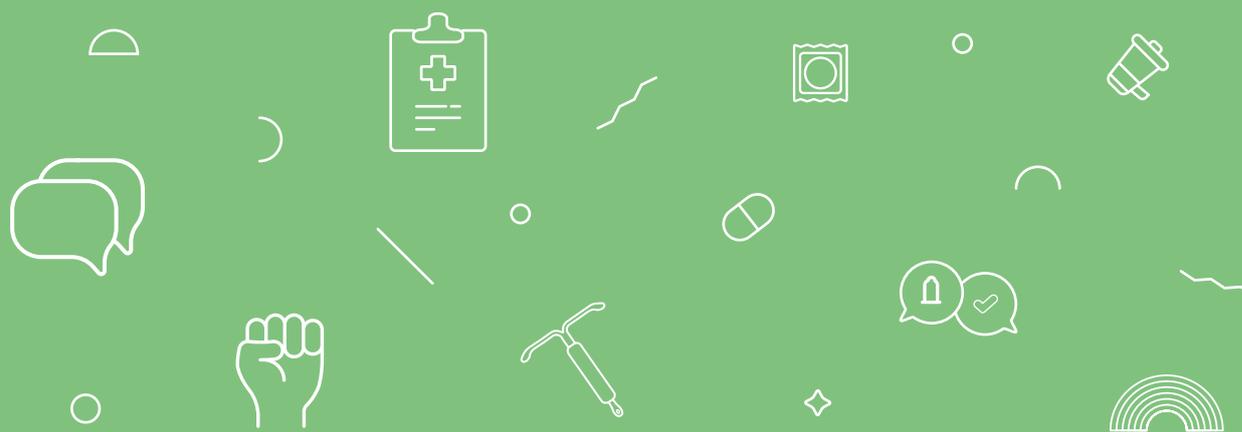
Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solution>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2010). *Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua. Impacto en salud*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52760/AbortoTerapeuticoNIC_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Proyecto Mirar (2023). *Aborto en números*. <https://proyectomirar.org.ar/aborto-en-numeros/>

Secretaría de Gobierno de Salud (2018). *Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar EMSE. Ministerio de Salud y Desarrollo Social*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/encuesta-mundial-salud-escolar-2018.pdf>

Vazquez, M. y Sulleiro, A. (2020). *Morbi-mortalidad juvenil en América Latina: principales acciones de intervención y prevención*. FLACSO Virtual, Diploma Superior en Estudios y Políticas de Juventud en América Latina. Clase 13.



Violencias y lesiones

3

Para estudiar la salud de una población es necesario considerar de manera situacional los eventos que afectan el desarrollo de su vida. Al analizar a la población de adolescentes y jóvenes, las violencias y lesiones cobran especial relevancia en tanto configuran las principales causas de morbimortalidad que afectan a estos grupos. Para eso es necesario poder demarcar conceptualmente estos fenómenos.

Las violencias abarcan representaciones simbólicas y condiciones materiales que se manifiestan en formas variadas y comprenden múltiples situaciones, desde la violencia interpersonal, institucional o sexual, hasta las violencias autoinfligidas, como autolesiones o intentos de suicidio. Abarcan una amplia gama de eventos que van más allá del acto físico, incluyendo acosos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, descalificaciones, manipulaciones, presión y control. Por eso resulta conveniente hablar de “violencias”, dando cuenta así de la heterogeneidad del fenómeno (Martínez Pacheco, 2016). Son construcciones sociales e históricas: no son hechos naturales, sino una forma aprendida de relacionarse y, por lo tanto, se trata de comportamientos modificables e incluso evitables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” (OPS/OMS, 2003).

Esta definición vincula la intención con la comisión del acto, incluyendo una amplia gama de consecuencias posibles y estableciendo una clasificación según el autor del acto violento:

- ❖ **Violencia autoinfligida:** infligida por una persona a sí misma;
- ❖ **Violencia interpersonal:** infligida por otro individuo o un número pequeño de individuos;
- ❖ **Violencia colectiva:** infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas.

Las violencias se entienden como fenómenos multicausales en los que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario. Esta multicausalidad determina la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordarlo de manera integral, considerando las interacciones entre la dimensión macrosocial o contexto estructural, con el medio microsocial en el que se desenvuelve un individuo, y con sus propias características personales y actitudinales (OPS, 2016).

Por otro lado se hace necesario incorporar en este análisis a las lesiones no intencionales las cuales no son estrictamente provocadas por acciones violentas, es decir por acciones con la intención de producir un daño, pero cuentan con un peso en la mortalidad (y podemos inferir, la morbilidad) de adolescentes.

Dentro de este tipo de lesiones, la mayor cantidad se relaciona con el tránsito. Habitualmente

estas lesiones se identifican como “accidentes”, aunque el término no es adecuado porque no permite comprender el fenómeno, y favorece la aceptación de su ocurrencia como un fatalismo, un acontecimiento fortuito producto del azar, o bien un riesgo natural al que un individuo se expone por el solo hecho de vivir y trabajar. Sin embargo, estos eventos no son casuales sino causales, ya que intervienen diversos factores, y en muchos casos se vinculan a situaciones de negligencia o imprudencia por lo que podrían considerarse expresiones indirectas de violencias (De Souza Minayo, 1997).

En este marco, es necesario incorporar la perspectiva de vulnerabilidad para el análisis de escenarios complejos, en los que interactúan múltiples dimensiones de manera dinámica y variable, determinando un fenómeno con distinto grado de causalidad. La vulnerabilidad no se explica únicamente por el comportamiento de la persona o del grupo de pertenencia, sino que incluye dimensiones colectivas y contextuales relacionadas con la aparición y el desarrollo de un determinado problema de salud.

A modo de ejemplo, se identifican variaciones en la socialización de mujeres y varones. Estas variaciones se expresan de manera diferente frente a las muertes violentas. Las situaciones de violencia para las mujeres se dan especialmente dentro del ámbito familiar, laboral y de relaciones sexoafectivas. Los varones en cambio, siguiendo los mandatos propios de la masculinidad hegemónica, se exponen a

un proceso continuo de prueba donde deben demostrar estos atributos¹ socialmente impuestos, aún a riesgo de la propia integridad física y mental (Connell, 1997; Kaufman, 97). A su vez, y en relación con esto último, los varones consultan al sistema de salud menos y más tarde (Bell et al., 2013), y tienen dificultad para registrar signos de alarma corporal (Escobar et al., 2018).

En el Primer Diagnóstico Federal del Consejo de Salud Adolescente y Juvenil [CONSAJU] se destacan como principales problemáticas las violencias dirigidas a mujeres y población LGBTQ+, que abarcan la discriminación, la violencia física y sexual, y los abusos a niños, niñas y adolescentes (NNyA) (CONSAJU, 2021). En dicho documento también se focaliza sobre las violencias institucionales y aquellas que ocurren en ámbitos educativos, sanitarios y digitales. Estos fenómenos se encuentran atravesados por la falta de personal formado en la temática para un adecuado acompañamiento y abordaje, y por las barreras en el acceso a la justicia y al sistema de salud. Se menciona también que la falta de relevamiento de datos cuantitativos y cualitativos vinculados a las violencias impide una mejor contextualización de este fenómeno.

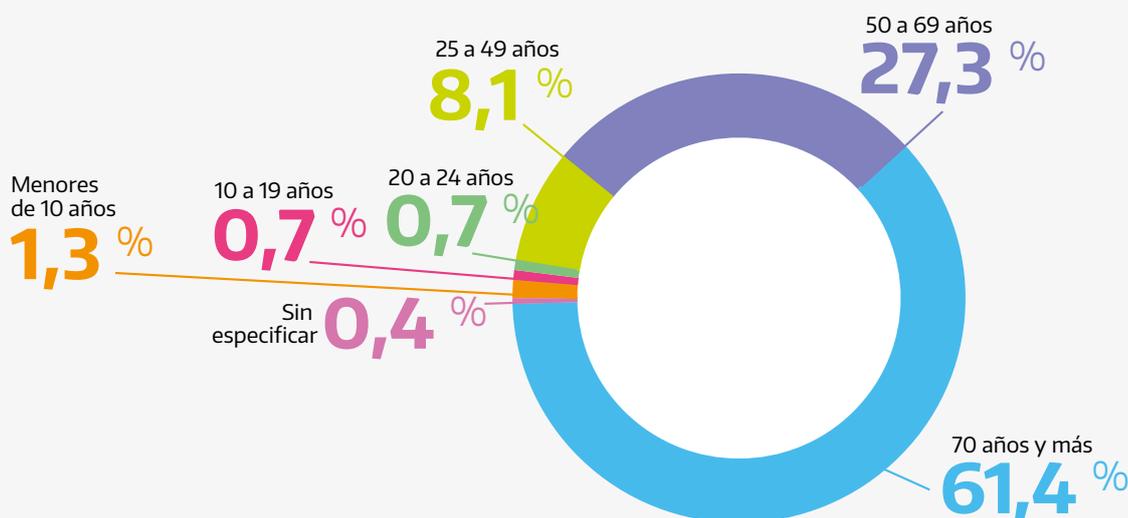
1. Los mandatos de la masculinidad hegemónica se ven reflejados en imaginarios de invulnerabilidad, resistencia corporal al dolor, subestimación del malestar, violencia como modo de socialización y justificación biológica de las desigualdades. (Construcción de Masculinidades y su relación con la salud integral en adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina, 2021).

Análisis de mortalidad en adolescentes y jóvenes

En el año 2021 fallecieron a nivel mundial más de 1,5 millones de adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años, es decir, casi 4.500 al día.

En Argentina en el mismo año fallecieron 6.159 personas en el mismo grupo etario, representando el 1,4 % de las muertes ocurridas en el país (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1. Proporción de muertes según grupos etarios. Argentina, 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.
Nota: n=436.799.

A lo largo del análisis de la mortalidad en adolescentes y jóvenes de Argentina se utilizarán tres grupos etarios por su perfil epidemiológico diferencial: 10 a 14 años (adolescencia temprana), 15 a 19 (adolescencia tardía) y 20 a 24 (juventud). En los datos de mortalidad de 2021,

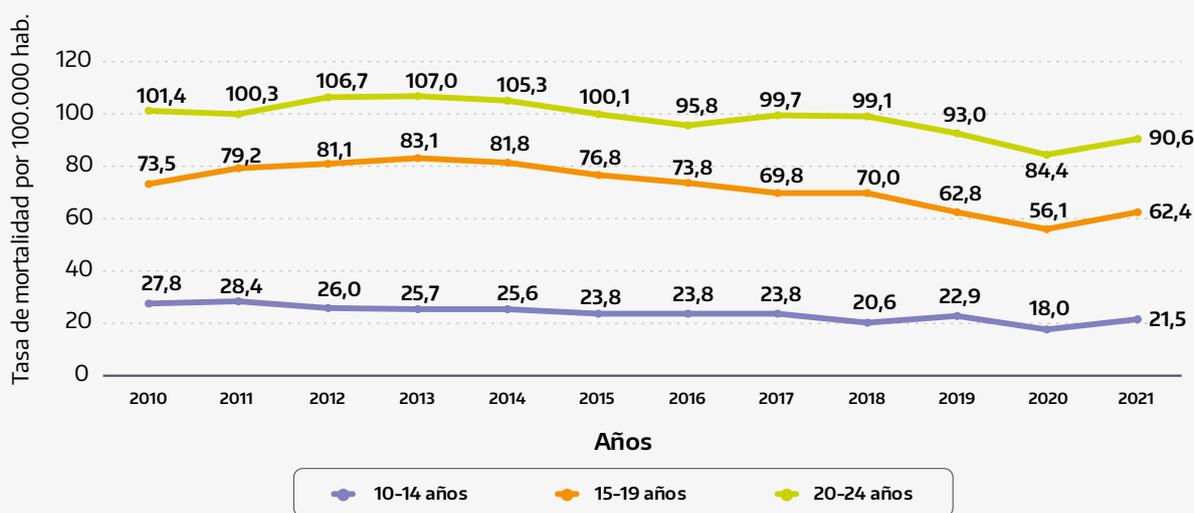
los adolescentes entre 15-19 años mueren tres veces más en comparación con el grupo de 10 a 14 años, con tasas del 62,4 cada 100.000 y 21,5 cada 100.000 respectivamente.

La brecha aumenta si se compara con la franja de 20 a 24 años, que registró una tasa de 90,6 cada 100.000 (Gráfico 3.2)

Las tendencias en los últimos doce años muestran un descenso de la mortalidad entre 2010 y 2021 de 10,6 % en el grupo de 20-24 años, 15

% en el de 15-19 años y 22,8 % en el de 10-14 años (Gráfico 3.2). Se destaca que el descenso verificado en 2020 probablemente esté impactado por la pandemia de COVID-19 y la menor movilidad que generó el aislamiento, teniendo en cuenta el peso de las causas externas en este grupo etario.

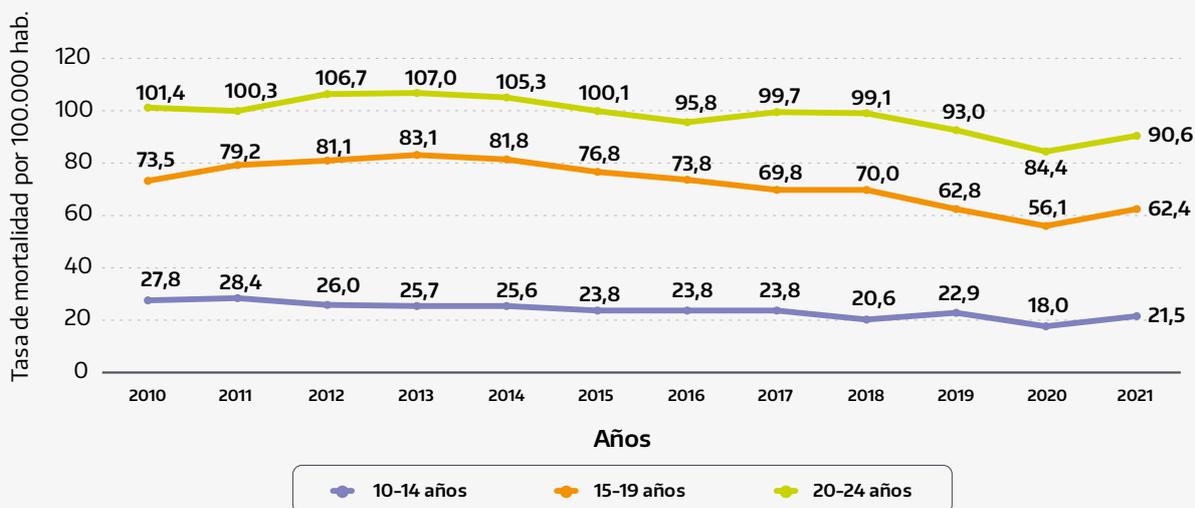
Gráfico 3.2. Evolución de la tasa de mortalidad por 100.000 en adolescentes y jóvenes por grupos etarios. Argentina, 2010-2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Vale la pena destacar que los indicadores de mortalidad disponibles utilizan la variable sexo asignado al nacer, lo que resulta limitante a la hora de evaluar diferencias en relación al género. Aclarado este punto, se puede mencionar que la razón de tasas entre varones y mujeres muestra que por cada mujer mueren dos varones. Esta brecha se redujo en comparación con el año 2010 en el que morían tres varones por cada mujer (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3. Tendencia de la tasa de mortalidad por 100.000 en adolescentes y jóvenes según sexo asignado al nacer. Argentina, 2010-2021.



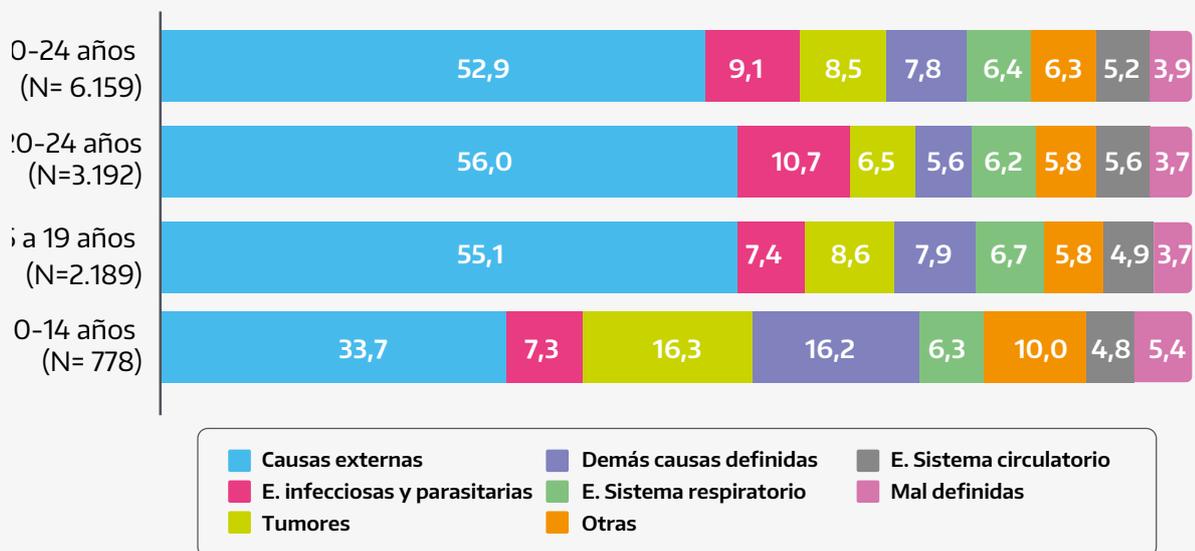
Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Mortalidad por causas externas

Así como la magnitud de la mortalidad es diferencial en relación con la edad, el perfil de causas de mortalidad también difiere. En Argentina en el año 2021 fueron reportadas a la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) 436.799 muertes en todas las edades (tasa de mortalidad ajustada por edad de 8,5 cada 1.000 habitantes). Las mayores tasas de mortalidad en el total de la población se registraron por la enfermedad COVID-19 (184,9 cada 100.000), seguidas por las enfermedades del sistema cardiovascular (175,6 cada 100.000), los tumores malignos (130,4 cada 100.000), neumonía/influenza (73,8 cada 100.000) y las enfermedades cerebrovasculares (40,6 cada 100.000).

En adolescentes y jóvenes, la principal causa de muerte fueron las lesiones por causas externas (Gráfico 3.4). Según la OMS, las causas externas (CE) son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de la lesión. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Lesiones se conoce como lesión aquella que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas) ocasionando morbilidad, mortalidad y gasto de recursos (PNSIA, 2017:8).

Gráfico 3.4. Distribución de la mortalidad por grupos de causas en la adolescencia y juventud. Argentina, 2021.



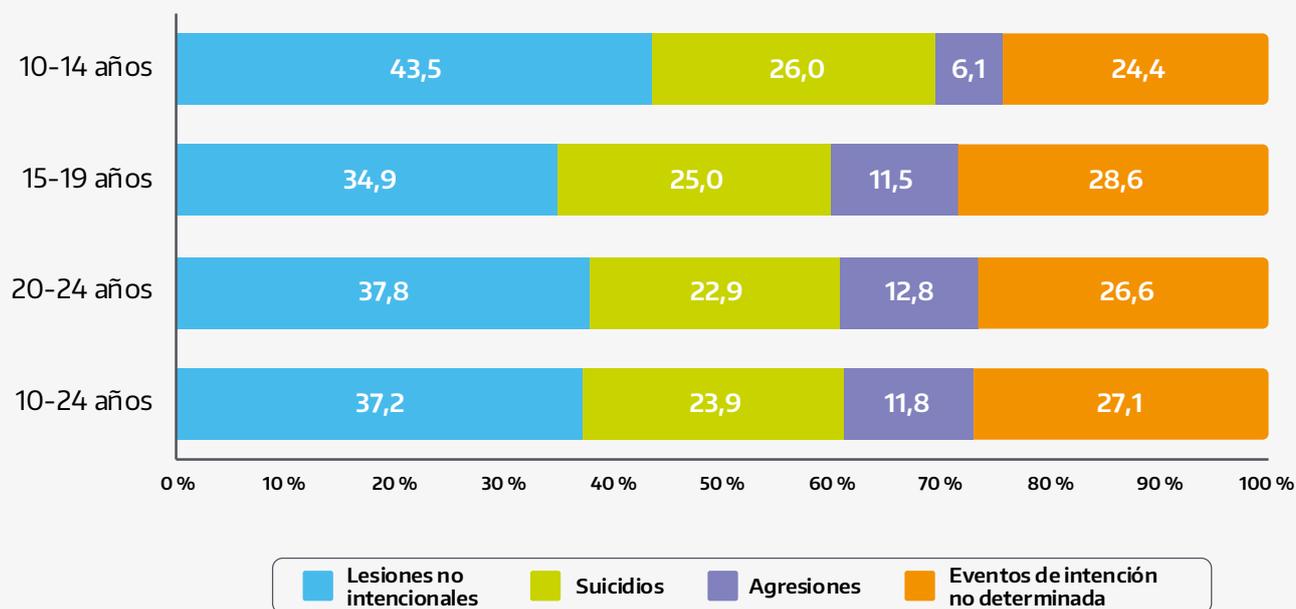
Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Teniendo en cuenta que las causas externas explican cinco de cada diez defunciones que ocurren entre 15-24 años y tres de cada diez en los adolescentes entre 10-14 años, se analizará en profundidad el perfil de las mismas en relación con las edades, sexo, intencionalidad y jurisdicciones de residencia.

La mortalidad por causas externas se clasifica según la intencionalidad en: lesiones no intencionales (siniestros viales y otros incidentes considerados accidentales), violencias intencionales autoinfligidas (suicidios) o infligidas por terceros (agresiones u homicidios), y las lesiones por causas no determinadas (en las que al momento del registro no se puede establecer la causalidad de la muerte). En primer lugar se ubican, en todos los grupos de edad,

las muertes de causa no intencional, que representan alrededor del 40 % de las muertes por causas externas, seguidas de los eventos de intención no determinada, y los suicidio. (Gráfico 3.5)

◆ **Gráfico 3.5. Distribución porcentual de las defunciones por causas externas en adolescentes y jóvenes. Argentina, 2021.**



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

No se puede dejar de mencionar que el peso relativo de las causas de intención no determinada son un indicador de calidad de la información estadística. Si bien estas deficiencias de registro se vinculan a múltiples factores –incluyendo las dificultades de coordinación entre los circuitos de registro estadístico y los sistemas de información del registro civil y de la administración de justicia–, varios autores han evidenciado un mayor ocultamiento de defunciones intencionales (suicidios y homicidios) en relación a las no intencionales (OPS, 2017). El crecimiento de las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada es preocupante por el sesgo que representa en otras muertes violentas (Tabla 3.1)

◆ **Tabla 3.1. Tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada en adolescentes y jóvenes. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.**

Tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada (por 100.000 habitantes)	15-19 años			20-24 años		
	2010	2015	2021	2010	2015	2021
Buenos Aires	7,0	10,2	15,4	11,6	12,0	22,9
Catamarca	0,0	2,6	0,0	3,2	0,0	0,0
Chaco	3,5	20,6	12,6	6,4	14,5	10,8
Chubut	2,2	0,0	6,1	2,3	4,4	2,1
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12,9	10,1	11,3	9,6	12,1	14,1
Cordoba	7,3	10,8	9,8	8,3	14,8	15,4
Corrientes	10,4	12,3	2,2	7,9	10,7	1,0
Entre Rios	0,0	2,6	8,2	0,0	1,8	8,9
Formosa	0,0	4,9	3,7	0,0	14,4	14,2
Jujuy	1,4	2,8	0,0	3,5	3,0	1,5
La Pampa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
La Rioja	11,3	14,6	0,0	9,8	19,5	0,0
Mendoza	1,9	0,7	2,0	1,3	6,3	1,3
Misiones	1,7	0,0	1,7	0,0	1,8	0,0
Neuquen	1,9	0,0	1,9	2,1	0,0	4,0
Rio Negro	10,2	5,1	13,6	3,8	1,7	8,7
Salta	5,5	1,5	0,8	4,8	0,8	0,8
San Juan	0,0	4,6	0,0	1,8	0,0	4,6
San Luis	0,0	2,3	2,4	0,0	0,0	21,0
Santa Cruz	8,3	26,6	6,3	8,4	19,7	3,5
Santa Fe	21,8	6,8	12,8	25,8	8,7	13,4
Santiago del Estero	18,9	8,3	1,1	29,2	8,1	7,6
Tierra del Fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tucuman	0,0	4,1	5,7	0,8	7,7	3,4
Argentina	7,3	8,0	9,8	9,7	9,7	13,5

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2015, 2021. Ministerio de Salud de la Nación

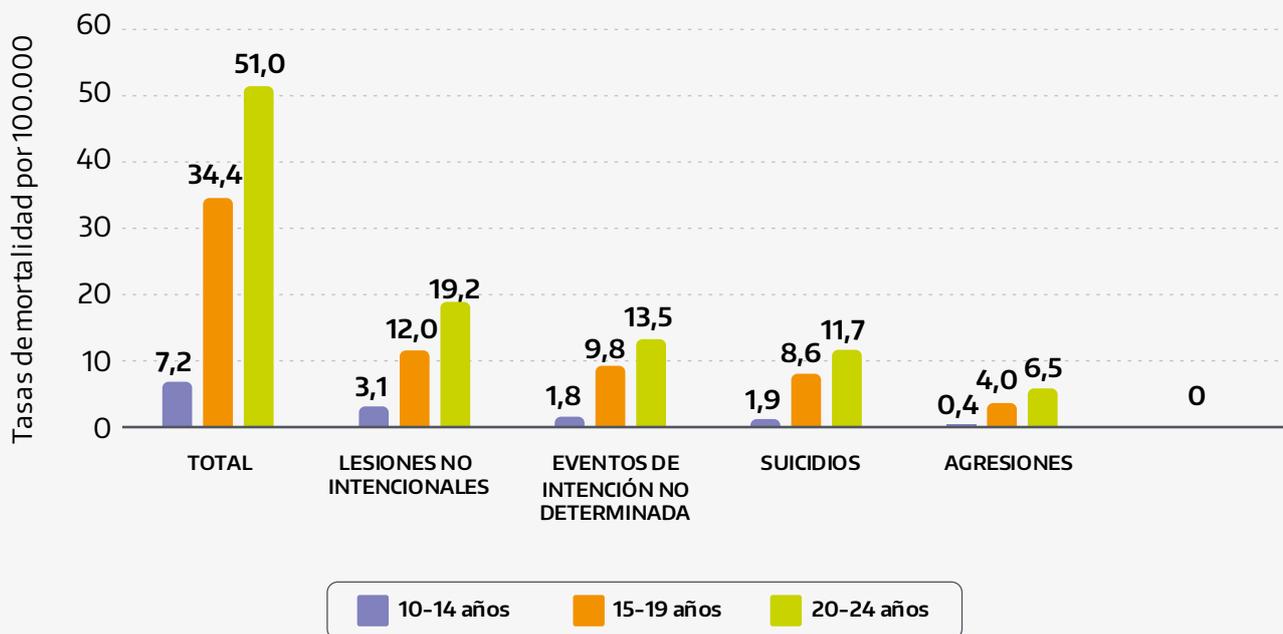
Nota: La mediana está representada por el color amarillo, las mayores tasas tienden al rojo, y las menores al verde.

Mortalidad por causas externas según edad

Las tasas de mortalidad por causas externas se incrementan en relación directa con la edad, por cada adolescente temprano que se muere,

fallecen 4 adolescentes tardíos y 7 jóvenes. (Gráfico 3.6)

◆ **Gráfico 3.6. Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por causas externas en la adolescencia y juventud, según intencionalidad. Argentina, 2021.**

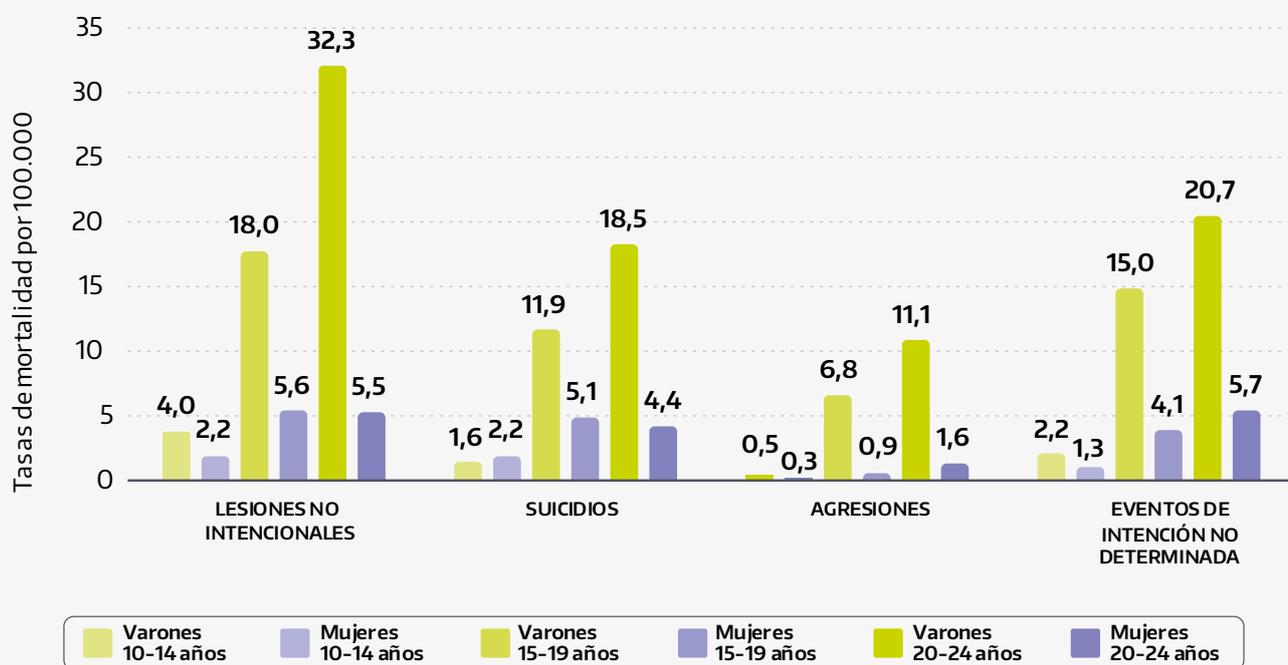


Fuente: Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Mortalidad por causas externas según sexo

Las tasas de mortalidad por causas externas se incrementan en relación directa con la edad, por cada adolescente temprano que se muere, fallecen 4 adolescentes tardíos y 7 jóvenes. (Gráfico 3.6)

◆ **Gráfico 3.7. Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por causas externas en la adolescencia y juventud según intencionalidad y sexo. Argentina, 2021.**



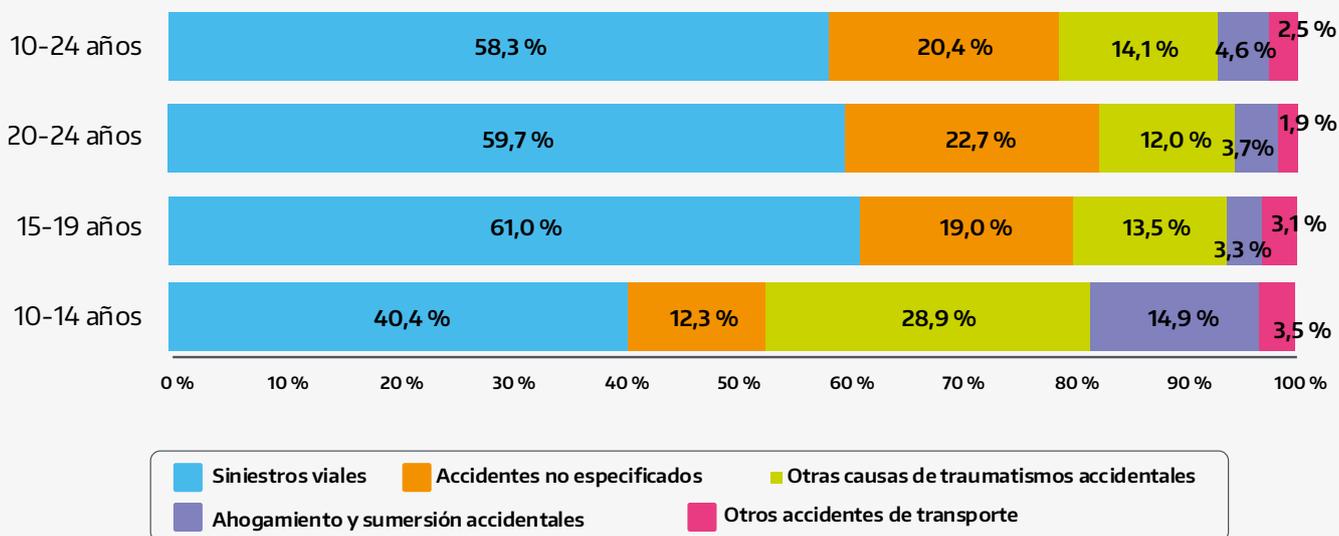
Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Lesiones no intencionales

Las lesiones no intencionales incluyen como primera causa a las lesiones ocurridas en siniestros viales, y en menor medida otras lesiones ocurridas en los hogares, en lugares de trabajo, etc.

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), en Argentina los siniestros viales representan el 61,0 % de las muertes no intencionales en el grupo de 15-19 años y 59,7 % en jóvenes de 20-24 años. En ambos grupos les siguen en frecuencia los accidentes no especificados, que son aquellos en los que se registró la intencionalidad pero no el mecanismo (Gráfico 3.8).

Gráfico 3.8. Distribución porcentual de las muertes por causas externas no intencionales por grupos etarios en Argentina, 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 50 millones de personas sufren anualmente lesiones por siniestros viales. Las consecuencias de los traumatismos se reflejan en discapacidades temporales o permanentes (DNOV y DIA, 2023).

Datos del Ministerio de Seguridad de Argentina muestran que entre 2017-2019 las muertes en eventos viales constituyeron la principal causa de muerte violenta en el país. Durante el año 2020, el año con mayores restricciones de circulación por la emergencia sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2, la tasa de muertes por siniestros viales en todas las edades disminuyó². En 2021 las muertes viales volvieron a ser la principal causa de muerte violenta del país y en 2022 se mantuvo esta tendencia (DNEC, 2023b; DNEC, 2023d).



Las tasas de mortalidad por siniestros viales son fluctuantes tanto entre jurisdicciones como entre años y grupos etarios, afectando en forma global más a las jurisdicciones del norte del país, a los varones y a los grupos de mayor edad.

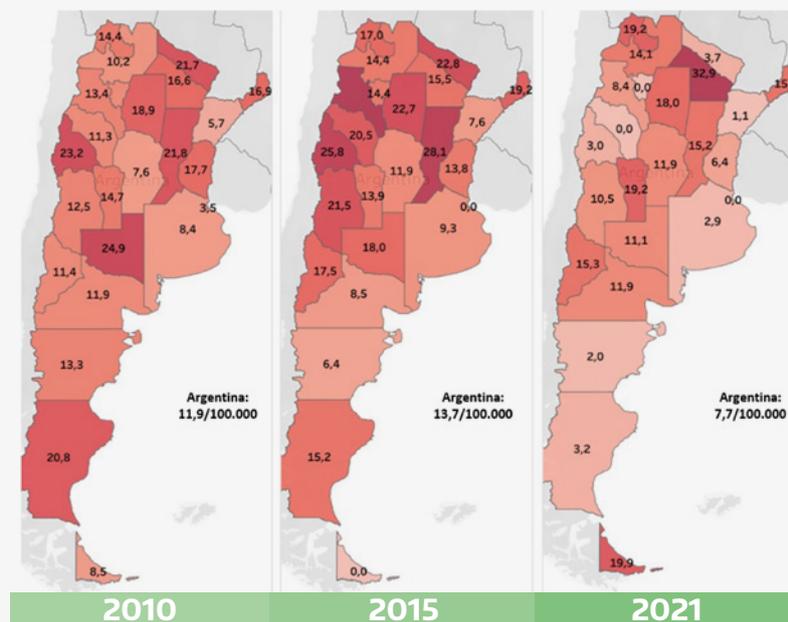
2. En 2020 la tasa de muertes por siniestros viales disminuyó en mayor medida que la de suicidios –29,6 % y 12,1 % respectivamente–, por lo que el suicidio se constituyó como la principal causa de muerte violenta.

En adolescentes entre 15 y 19 años las mayores tasas de mortalidad por siniestros viales durante los tres años analizados (2010, 2015 y 2021) se observan en términos generales en NOA y NEA (Mapa 3. 1). Sin embargo, son tasas muy fluctuantes y 2021 es un año que mantiene el impacto de la pandemia por COVID. También vemos tasas crecientes en pro-

vincias como Santa Fe, Mendoza o Neuquén que muestran también un alza y luego un descenso en 2021.

En este análisis se excluye a la adolescencia temprana debido a la variabilidad de las tasas específicas en ese grupo por el bajo número de casos.

◆ **Mapa 3.1. Tasa de mortalidad por siniestros viales en adolescentes de 15-19 años. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.**

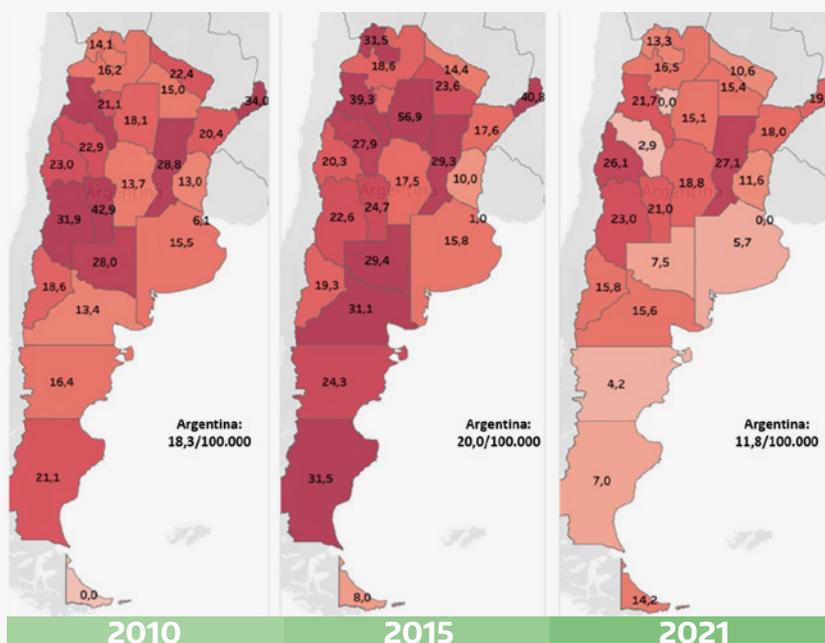


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

En la población joven (20 a 24 años) se observan mayores tasas de mortalidad por siniestros viales que en la adolescencia tardía. Sin embargo, globalmente se registra un descenso de las tasas en el tiempo. Se destacan las altas tasas de Mendoza, San Juan, Catamarca, San Luis y Córdoba (Mapa 3.2).

Como ya fue mencionado, las restricciones a la movilidad como parte de las medidas indicadas durante la pandemia pudieron incidir en el descenso de las tasas de mortalidad por siniestros viales. Es preciso monitorear la evolución de los indicadores.

Mapa 3.2. Tasa de mortalidad por siniestros viales en jóvenes de 20-24 años. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2015, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Datos del Observatorio Vial muestran que la mortalidad por siniestros afectan cuatro veces más a los varones en relación con las mujeres, el 42 % de los casos ocurren entre los 15-34 años (21 % 15-24 y 21 % 25-34 años), y el vehículo más frecuentemente involucrado son las motos (46 % de los casos) (DEV y DNOV, 2022a; DEV y DNOV 2022b).

Estas cifras de mortalidad diferencial por género expresan de qué manera la socialización de género opera en la vinculación que los varones tienen con su propio cuidado: la

exposición a riesgos —como manejar a altas velocidades, no utilizar medidas de seguridad (casco y cinturón de seguridad) y/o conducir luego de haber consumido alguna sustancia— los ubica como una población vulnerable en términos de salud integral.

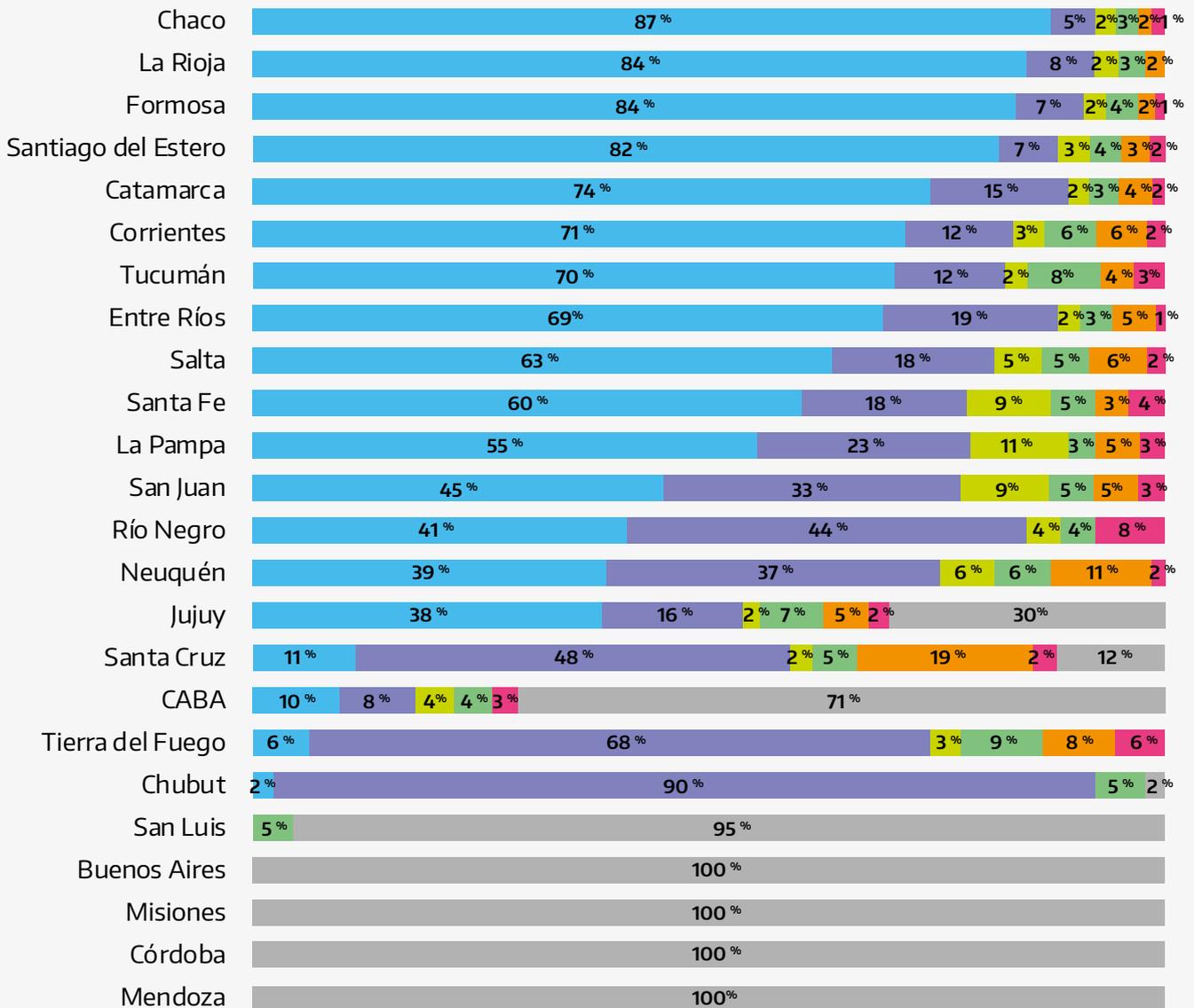
En el Gráfico 3.9. se observa que las provincias del norte con las mayores tasas de siniestros viales también son las que tienen una mayor participación de motos en el parque vehicular registrado³. Con respecto a esto, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Secretaría de

3. Ministerio de transporte de la Nación (2019) Anuario estadístico de seguridad vial. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/ansv_ov_anuario_estadistico_2019_final.pdf

Gobierno de Salud, 2019) revela que únicamente el 65 % de la población utiliza casco en la moto siempre y sólo el 11 % usa casco en bicicleta. Sumado a esto, el 74 % usa cinturón de

seguridad siempre, al manejar o viajar en auto. Esta información brinda una tendencia que muestra la importancia de la educación vial en este grupo y el uso de métodos de protección.

◆ **Gráfico 3.9. Composición de los heridos por siniestros viales según tipo de usuario de las vías y jurisdicción. Argentina. 2019.**



Fuente: Anuario Estadístico de Seguridad Vial. Actualización al 2022. Ministerio de Transporte de la Nación.

Si bien la mayoría de las muertes por siniestralidad vial ocurren en contextos urbanos, crece la fatalidad en zonas rurales con respecto al total de siniestros con víctimas. Esto significa que la zona rural tiene bajo peso de siniestralidad, pero alto en cuanto a la fatalidad, con mayor peso en la región patagónica. Del total de víctimas fatales para todas las edades, cerca de la mitad ocurrieron en siniestros en rutas, y en mayor medida en rutas nacionales. Se observa mayor peso del horario nocturno entre los fallecidos, alcanzando los valores máximos en el noroeste argentino (NOA) y la Patagonia (DEV y DNOV, 2022a).

Cabe destacar que las políticas de reducción de mortalidad por seguridad vial deben incluir una mirada integral más allá de lo meramente conductual. La OMS retoma el estudio de Leblud quien realizó una revisión de investigaciones que evalúan el efecto de las medidas orientadas a reducir los límites máximos de velocidad. Los estudios considerados en su trabajo incluyen iniciativas como cambios normativos generales, regionales, locales y estacionales, uso de cámaras, controles policiales y cambios en la infraestructura para pacificar el tránsito. Las políticas más eficaces fueron las que se apoyaron en una visión integral del problema, se sostuvieron en el tiempo y contemplaron aspectos normativos, de fiscalización, de infraestructura y de sensibilización. Los beneficios fueron mayores en rutas que en ciudades y menores en las intersecciones que en otras secciones de las vías. En ninguno de los estudios incluidos la reducción de velocidad generó resultados negativos. A partir

de esto se concluyó que reducir los límites de velocidad permite lograr una disminución de los siniestros mortales y de las lesiones, especialmente las de mayor gravedad.

Es importante mencionar que la mortalidad es la punta del iceberg del impacto de los siniestros viales. En Argentina se registra para todas las edades más de 100 mil personas lesionadas al año como consecuencia de siniestros viales. Según datos del Observatorio Vial de la Agencia Nacional de Seguridad Vial, el 14 % de las personas lesionadas padecen lesiones graves, mientras que el restante 86 % presenta heridas leves. Seis de cada diez personas heridas tienen entre 15 y 44 años (ANSV, 2023).

Si bien el riesgo de que se produzcan traumatismos en las personas involucradas en un siniestro vial es de difícil erradicación en su totalidad, los avances en los aspectos de seguridad pasiva⁴ permitirán reducir cada vez más la posibilidad de que los siniestros sean de gravedad o fatales para las personas implicadas.

Al analizar la problemática según género, se destaca que en Argentina el uso de cinturón de seguridad en la conducción de automóviles es mayor en las mujeres (62,5 %) que en los varones. Con relación a las víctimas de la siniestralidad vial, 3 de cada 4 víctimas fatales son varones. Los ocupantes de motos continúan siendo la principal víctima fatal y con mayor presencia entre los varones. Entre las mujeres, las ocupantes de automóviles son la principal víctima fatal, y 4 de cada 10 se trasladan en este tipo de vehículos. Las víctimas

4. La seguridad pasiva remite a los elementos vehiculares destinados a disminuir los daños de los ocupantes en caso de un siniestro vial.

fatales en mayor medida se encuentran en el rol de la conducción (64 %), principalmente entre los varones (74 %). Entre las mujeres, en cambio, disminuye este rol, trasladándose en mayor medida como acompañantes (50 %) (ANSV, 2023).

En Argentina, el 4,5 % de los adolescentes entre 10-14 años, 8,4 % entre 10-19 años y 16,2 % de los jóvenes entre 20-24 años que poseen Certificado Único de Discapacidad tienen como causa de la deficiencia adquirida un “accidente” (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc.) (Tabla 3.2).

◆ **Tabla 3.1. Tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada en adolescentes y jóvenes. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.**

Causas de deficiencia adquirida	10-14 años		15-19 años		20-24 años		10-24 años	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Enfermedades o síndromes	7.279	67,6	6440	69,6	6.680	67,9	20.399	68,3
Problemas en el parto	2.455	22,8	1.604	17,3	1.065	10,8	5.124	17,2
Accidentes (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc)	489	4,5	781	8,4	1.597	16,2	2.867	9,6
Inundaciones, contaminación, hechos violentos, guerras	22	0,2	41	0,4	61	0,6	124	0,4
Otras	520	4,8	386	4,2	438	4,5	1344	4,5
Total	10.765	100,0	9.252	100,0	9841	100,0	29.858	100,0

Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad- ANDIS. Actualización al 01-09-2023.

Violencias autoinfligidas: autolesiones, suicidios e intentos de suicidio

Dentro del concepto de violencia autoinfligida —es decir, violencia que una persona se inflige a sí misma—, se pueden distinguir dos grandes campos de fenómenos:

❖ **Violencia autoinfligida con intención suicida:** está asociada a una ideación suicida franca e incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidios consumados;

❖ **Violencia autoinfligida sin intención suicida o automutilación:** “destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente” (OPS/OMS, 2003:201).

Violencia autoinfligida con intención suicida

El suicidio es el evento mediante el cual una persona de manera deliberada se quita la vida. Se constituye como el acto de máxima expresión de violencia de un sujeto contra sí mismo que da por resultado su propia muerte.

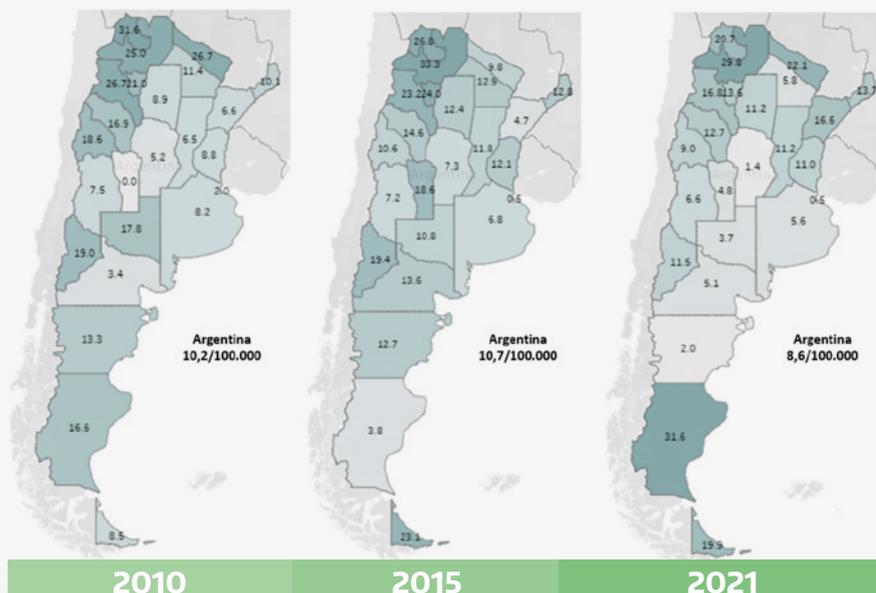
La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo se suicidan cerca de 700.000 personas por año. Se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo, con más muertes por suicidio que por malaria, VIH/SIDA, cáncer de mama o guerras u homicidios (WHO, 2023).

Datos del Ministerio de Seguridad de la Nación muestran que en el año 2022 se registraron 3.955 suicidios. El 46 % de las víctimas tenían entre 15 y 34 años, y el 77,4 % eran varones. La modalidad con mayor frecuencia fue el ahorcamiento (67,5 % de los suicidios en los últimos seis años), y en segundo lugar, los hechos producidos con armas de fuego, categoría que evidenció un descenso con respecto al año 2021, tanto en cantidad como en participación (DNEC, 2023d).

Datos de la DEIS muestran que Argentina tiene gran heterogeneidad en relación con las tasas de suicidio en las distintas jurisdicciones, con fluctuaciones en el tiempo. Las provincias del noroeste (NOA) y noreste (NEA) registran las mayores tasas del país en el periodo evaluado (2010, 2015 y 2021).

Para la población de 15 a 19 años se observa un descenso de las tasas en el NOA y NEA; sin embargo, se mantienen como las de mayor incidencia (Mapa 3.3). Respecto a la fluctuación de tasas en la región sur podemos atribuir la alta variabilidad a los pequeños números.

Mapa 3.3. Tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes de 15-19 años. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.

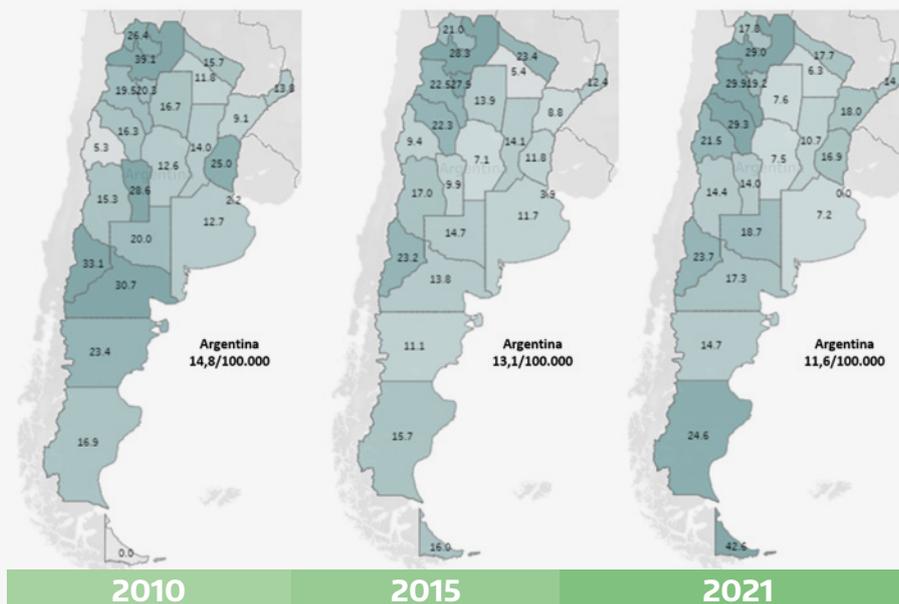


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2015, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

En el grupo de 20-24 años se observan tasas más altas respecto a adolescentes y se reitera la predominancia de las regiones del NOA aunque destacando la alta prevalencia de la mortalidad por suicidio también en la Patagonia (Mapa 3.4).

El mecanismo más frecuentemente utilizado para todas las edades fue el ahorcamiento (90 %), seguido por el uso de arma de fuego (7,5 %).

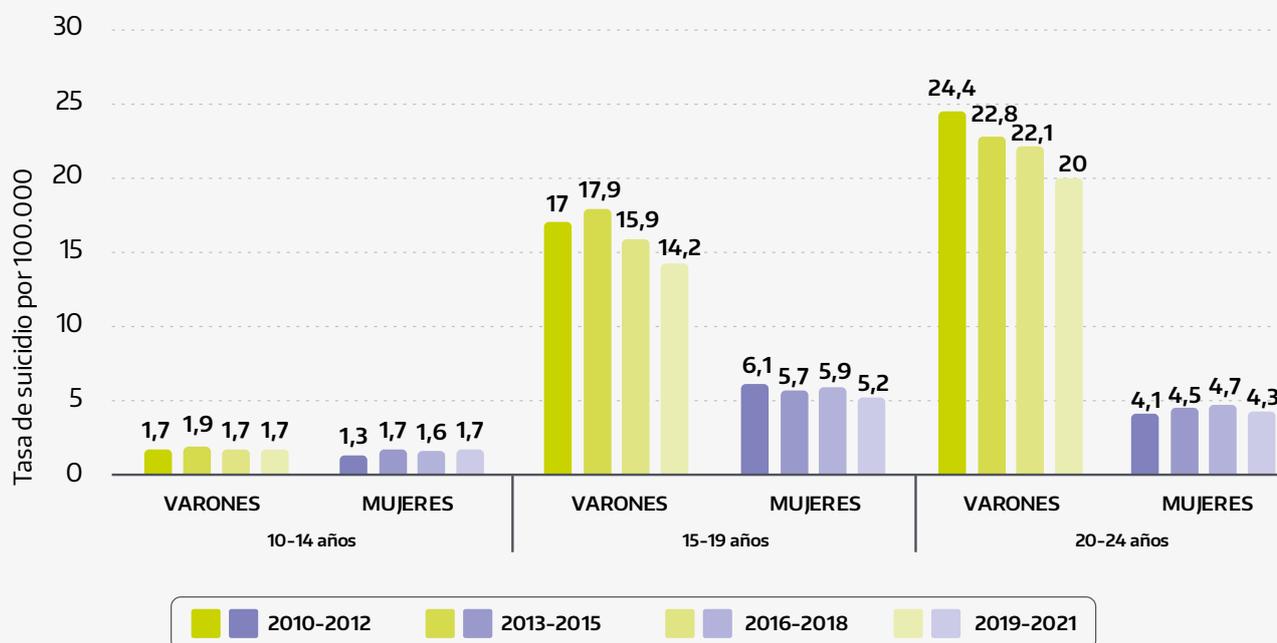
Mapa 3.4. Tasa de mortalidad por suicidios en jóvenes de 20-24 años. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2015, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Las tasas de mortalidad por suicidio según sexo muestran en los tres grupos etarios un predominio de los varones, con tendencias en descenso en los últimos trienios (Gráfico 3.10).

Gráfico 3.10. Tasas de mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años por 100.000 diferenciada por sexo y grupo de edad. Comparación por trienios. Argentina, 2010-2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), en Argentina el 21,5 % de los estudiantes de 13 a 17 años entrevistados consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en el último año, siendo más del doble las respuestas afirmativas en mujeres que en varones (28,6 % y 13,7 % respectivamente) (Secretaría de Gobierno de Salud, 2018).

En el grupo de 13-15 años se observó un aumento de la ideación suicida (quienes conside-

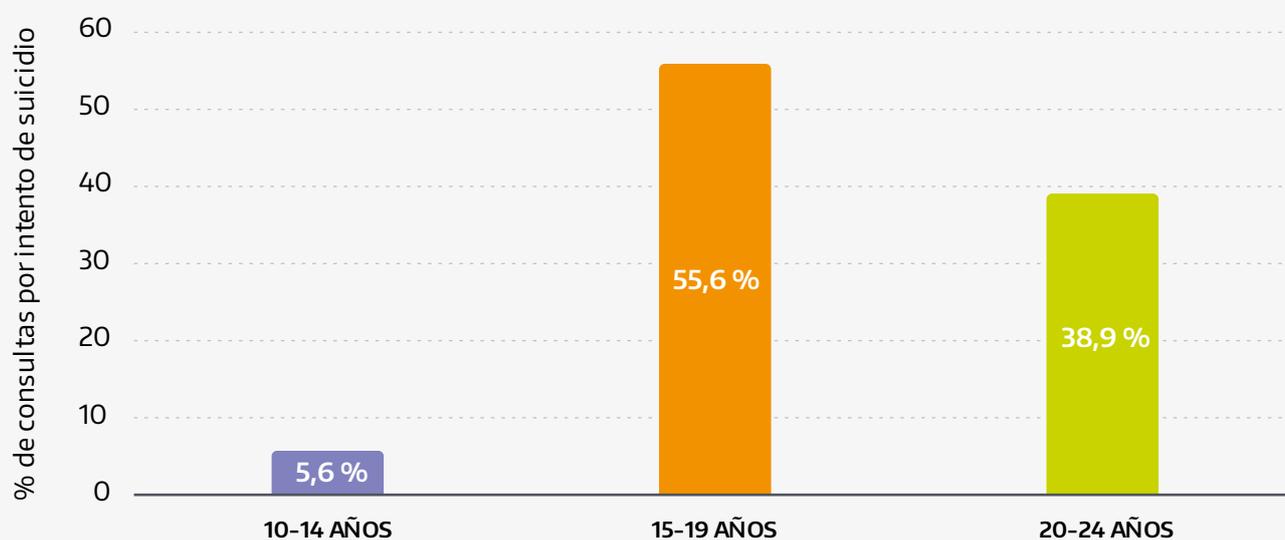
raron seriamente la posibilidad de suicidarse), respecto de la edición anterior de la EMSE en 2012 (21,6 % y 16,9 % respectivamente). Este crecimiento resulta alarmante, especialmente entre las mujeres. Por otra parte, el 15,2 % de los jóvenes de 13 a 17 años entrevistados en 2018 informó que tuvo al menos un intento de suicidio en los últimos doce meses, proporción similar a la registrada en 2012, sin diferencias entre los grupos de edad, con mayor prevalencia en las mujeres.

Aunque los intentos de suicidio no aumentaron, esto resulta un grave problema si se tiene en cuenta que casi 1 de cada 6 adolescentes hizo un intento en el último año.

Al analizar las prestaciones registradas en el Programa Sumar⁵ relacionadas con consultas

por intento de suicidio⁶ durante 2022 (3.981 casos registrados), y considerando el rango de edad ampliado de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años), se observa que más de la mitad de los casos (55,6%) se ubican en el rango de edad intermedio de 15 a 19 años . (Gráfico 3.11)

◆ **Gráfico 3.11. Prestaciones registradas en el Programa Sumar relacionadas con consultas por intento de suicidio. Argentina, 2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a Registros del Programa Sumar, 2022. Ministerio de Salud de la Nación.

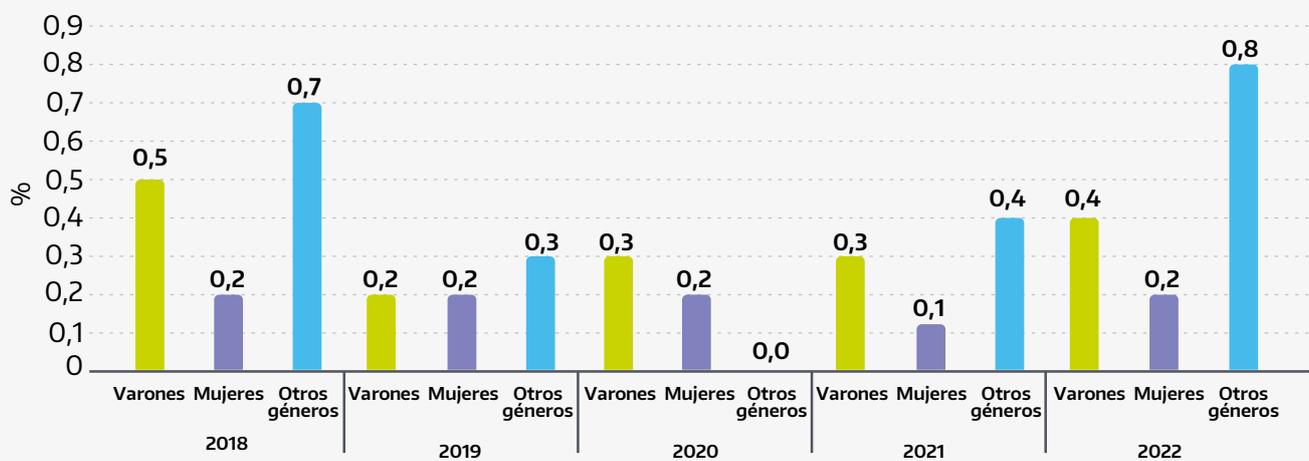
5. El Programa Sumar es una política pública que promueve el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para la población que no posee cobertura formal en salud (obra social o prepaga), es decir, que dispone de cobertura pública exclusiva. Más información del Programa en el Capítulo 5 del presente documento.

6. Se analizan de manera agrupada las siguientes prestaciones del Programa SUMAR: "Consulta de seguimiento en domicilio por intento de suicidio", "Consulta de seguimiento por intento de suicidio", "Consulta de urgencia en domicilio por intento de suicidio", "Consulta de urgencia por intento de suicidio" y "Teleconsulta de seguimiento por intento de suicidio".

Respecto a esta problemática, la información relevada en las Asesorías de Salud Integral en Espacios Educativos y otros espacios socioeducativos (ASIE)⁷ muestra que la proporción del motivo “intento de suicidio” entre quienes se autoperciben mujeres se mantiene estable a lo largo del período 2018-2022 (Gráfico 3.12).

Por su parte, entre quienes se autoperciben varones y de otros géneros esta proporción varía: luego de un descenso en 2019 se observa un nuevo aumento a partir de 2021.

❖ **Gráfico 3.12. Porcentaje de asesoramientos con al menos un motivo “intento de suicidio”.**



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Cabe destacar que si bien las mujeres registran más intentos de suicidio, los varones registran más suicidios consumados, y la utilización de métodos más eficaces –ahorcamiento y armas de fuego– (DiAju et al., 2021). Esto se

articula tanto con el mandato de autosuficiencia que en muchas situaciones les impide buscar ayuda preventivamente, como con el de infalibilidad (“si voy a cometer un acto que socialmente está asociado a la cobardía como

7. Las ASIE, en tanto estrategia impulsada desde la Dirección de Adolescencias y Juventudes del Ministerio de Salud de la Nación, constituyen un dispositivo orientado a garantizar la accesibilidad a la salud integral de la población adolescente. Si bien las ASIE funcionan en todo el país desde el año 2015, a partir del 2018 se enmarcan además como estrategia sanitaria dentro del Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA), implementándose en once provincias priorizadas según magnitud del problema y capacidad de impacto. Los datos analizados en el presente documento corresponden a las ASIE-ENIA, en tanto cuentan con un sistema de registro en territorio y un área de monitoreo central que recoge la información registrada y elabora indicadores. Para profundizar sobre este dispositivo remitirse al Capítulo 5.

quitarse la vida frente al malestar o sufriendo, debo hacerlo bien y de manera efectiva”). Los mandatos de la masculinidad impiden a los varones mostrarse vulnerables, expresar

sus dolores y angustias y pedir ayuda, ya que esto los ubicaría en una posición de debilidad y de pérdida de poder.

Violencia autoinfligida sin intención suicida

Las autolesiones sin intención suicida se refieren con frecuencia a lesiones de baja letalidad (cortes, golpes, quemaduras) en las que, muchas veces, se canalizan sobre el cuerpo diferentes procesos subjetivos que suponen un dolor psíquico o emocional, dentro de un contexto social determinado.

En el mundo hay pocos sistemas de vigilancia de autolesiones⁸, particularmente en los países de bajos y medianos ingresos. Los datos sobre autolesiones en adolescentes y jóvenes provienen principalmente de las investigaciones realizadas en países de altos ingresos.

Alrededor del 10 % de los y las adolescentes se autolesionan en algún momento (Aggarwal et al., 2017). Pese a esto, se estima que la mayor parte de las personas entre los 12-17 años no consultan al sistema de salud (ni consulta médica ni psicológica) luego de autolesionarse (Knipe et al., 2022). Los cortes autoinflingidos son más comunes de hallar en el contexto de la atención primaria y la consulta ambulatoria,

mientras que el envenenamiento con sustancias tóxicas o medicamentos es más frecuente en el contexto hospitalario (Knipe et al., 2022).

Se presume que la edad de inicio de las autolesiones ocurre entre los 12 y los 16 años. No se conocen datos de incidencia en menores de 12 años, pero entre un 5 % y un 24 % de las personas que se autolesionan reportan haber comenzado antes de los 11 años (Ferreiro et al., 2023).

Entre 2014 y 2016, el servicio de adolescencia de un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizó dos estudios sobre autolesiones en adolescentes. Los hallazgos indicaron que los cortes en la piel representaron el método más frecuente, y que se produjeron mayormente en momentos avanzados de la pubertad. Además, las autolesiones no estaban asociadas al uso de sustancias psicoactivas. Las motivaciones más recurrentes fueron la regulación emocional, el autocastigo y la función comunicativa o relacional, como

8. A través de la Resolución Ministerial 2827/2022, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó la actualización de la nómina de Eventos de Notificación Obligatoria (Art.1º) y el “Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria” (Art.2º), y estableció el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0 como el medio oficial de información para su registro (Art.3º). La nueva nómina y el manual de normas incluyen Intento de suicidio como un evento de notificación obligatoria. El objetivo de este proceso es contar con datos precisos y confiables que permitan tomar acciones basadas en evidencia. La notificación del caso y la incorporación de la información no deben exceder los 7 días, a lo largo del proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se puede consultar aquí el instructivo para la notificación de intentos de suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/instructivo-para-la-notificacion-de-intentos-de-suicidio-al-sistema-nacional-de-vigilancia>. Y aquí la Resolución Ministerial 2827/2022: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primer/275961/20221116>

buscar atención, responsabilizar a otras personas o modificar sus conductas (Agüero et al., 2017; Agüero et al., 2018).

Por otra parte, una investigación realizada en 18 hospitales públicos de 9 provincias argen-

tinas sobre las consultas de urgencia por salud mental muestra que 26,2 % de quienes concurren a la guardia refieren autolesiones en algún momento de su vida, pero solo el 9,7 % consultó por este motivo (Triveño et al., 2020).

Agresiones y homicidios: las armas de fuego como problema de salud pública

Se estima que en el mundo suceden más de 176.000 homicidios cada año entre jóvenes de entre 15 y 29 años, lo que los convierte en la tercera causa de muerte más común de las

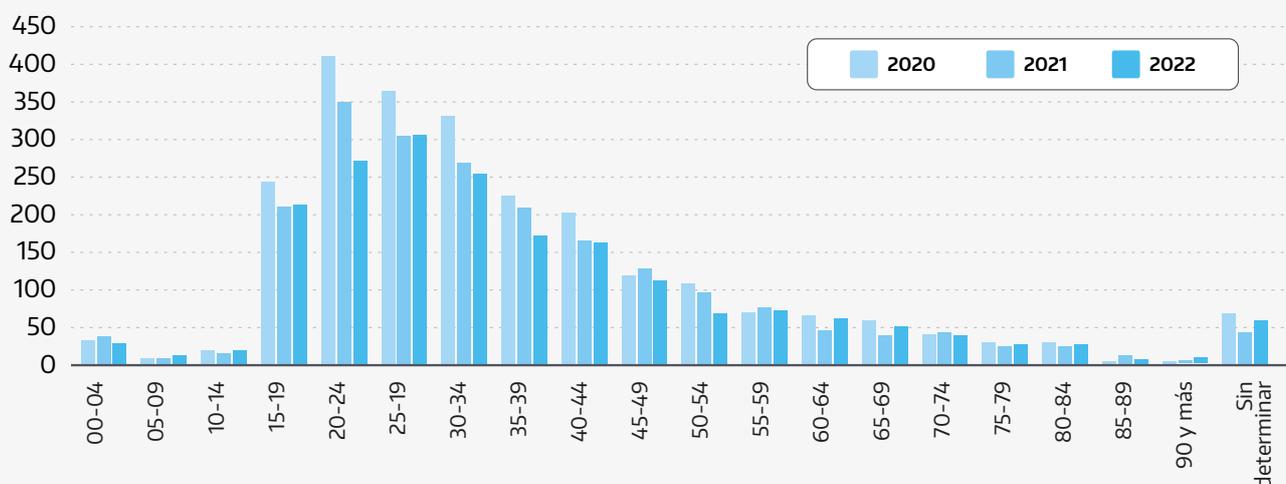
personas en este grupo de edad. La mayoría de las víctimas de homicidio juvenil son hombres, al igual que la mayoría de los perpetradores (OMS, 2023).



De acuerdo a datos del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), en 2022 la tasa global de homicidios dolosos⁹ fue de 4,2 cada 100.000 habitantes y el 82 % de las muertes ocurrieron en varones, en la mayoría de casos con víctimas masculinas de entre 15 y 34 años (Gráfico 3.13) (SNIC y SAT, 2023). La mayoría de los perpetradores, en el caso de homicidios de varones, no tienen relación con la víctima o les es desconocida. Por el contrario, en el caso de las mujeres, la relación más frecuente es de parejas o ex parejas.

9. Homicidios cometidos con la intención de causar la muerte.

❖ **Gráfico 3.13. Víctimas de homicidios dolosos según franja etaria por año. Valores absolutos. República Argentina. Argentina, 2020-2022.**

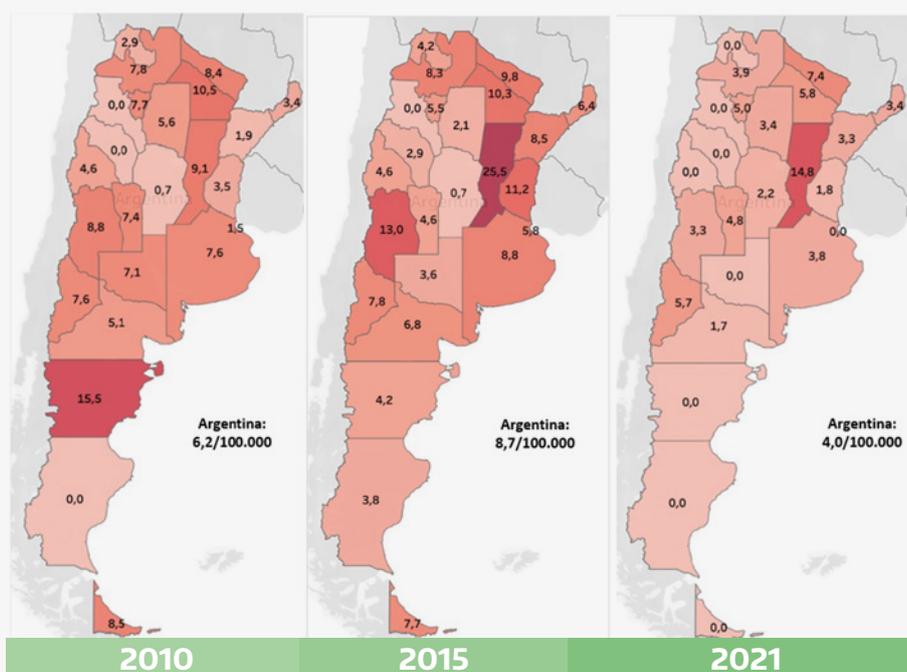


Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal -Sistema Alerta Temprana (SNIC -SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Con respecto a las tasas de agresiones informadas por la DEIS, en el grupo de 15-19 años se observa una tendencia en descenso entre

2015 y 2021, y las tasas más altas corresponden a la provincia de Santa Fe en esos periodos (Mapa 3.5).

❖ **Mapa 3.5. Tasa de mortalidad por agresiones en adolescentes de 15-19 años. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.**

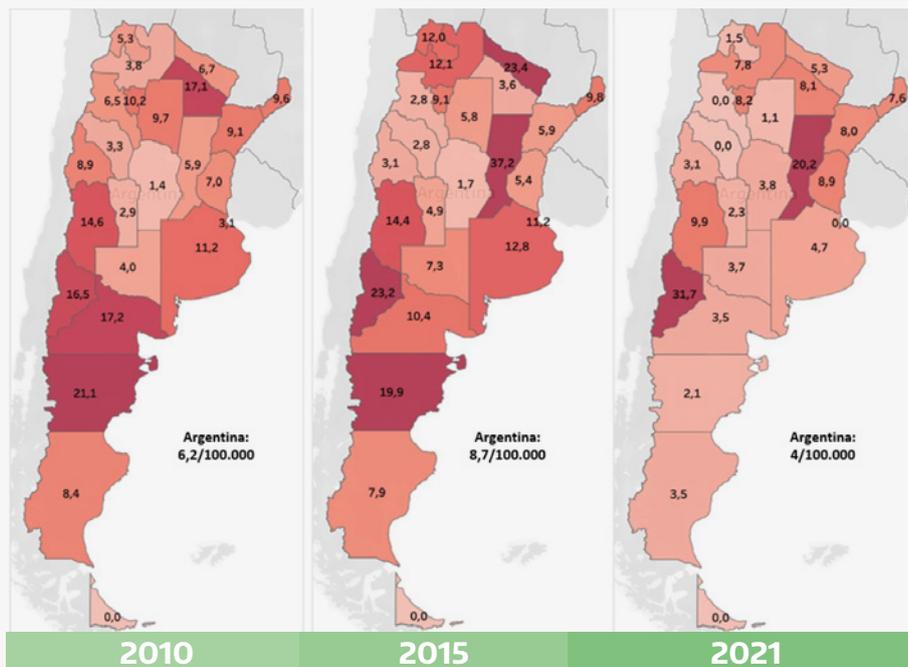


Fuente: Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2015, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

En el grupo de 20-24 años también la tendencia es descendente para el período 2010-2021. Se destacan en el año 2021 las mayores tasas en Santa Fe y Neuquén (Mapa 3.6). En cuanto

al mecanismo, en ambos grupos se destaca el uso de arma de fuego (71 %) seguido por los cortes o perforaciones (24 %).

Mapa 3.6. Tasa de mortalidad por agresiones en adolescentes de 20-24 años. Argentina y jurisdicciones; 2010, 2015, 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales. DEIS 2010, 2015, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Violencia institucional

La violencia institucional en el ámbito de seguridad se refiere a toda práctica violatoria de los derechos humanos cometida por funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, cuerpos policiales, servicios penitenciarios y fuerzas armadas, en el desempeño de su función de hacer cumplir la ley.

De acuerdo a información del Ministerio de Seguridad de la Nación, en el año 2022 fueron

heridos 52 civiles y 21 fallecieron en hechos con armas de fuego donde intervinieron fuerzas de seguridad nacionales (Policía Federal, Gendarmería Nacional, Policía Seguridad Aeroportuaria, Prefectura Naval) (DNEC, 2023a). Este registro muestra solo una modalidad de violencia institucional, y está restringido solo a la participación de cuatro fuerzas. Por otra parte, aún cuando la información no está desagregada por género y/o edad, el Registro de

Casos de Violencia Institucional del Ministerio de Seguridad de la Nación plantea que el grupo más afectado por este tipo de prácticas son los varones jóvenes pobres, quienes finalmente pueblan cárceles y comisarías. Así, la violencia institucional visibiliza la reproducción de estereotipos clasistas y racializantes hacia la población por parte de las fuerzas de seguridad, al momento de llevar adelante su intervención en la ejecución de una determinada política criminal que también, la mayoría de las veces, se encuentra atravesada por esos mismos estereotipos (D'Alessandro y Bianchi, 2020).

La violencia institucional provoca un impacto negativo sobre la salud de las víctimas y sus familias, cuyo máximo exponente son los casos de homicidio. Toda situación que origine lesiones, malos tratos y torturas produce daños físicos y psicológicos: estas secuelas traumáticas se cronifican si no son atendidas a tiempo.

La Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional (CORREPI)¹⁰ registró en 2022 un total de 436 muertes, de las cuales 319 ocurrieron bajo custodia y 80 fueron fusilamientos de gatillo fácil. El 39 % de las muertes se registraron en personas de menos de 25 años. La franja de 15 a 25 años ocupa el 37 %, los menores de 14 años el 2 % (CORREPI, 2023).

De acuerdo a un relevamiento realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en 2022, el perfil demográfico de quienes murieron por acción de funcionarios policiales y de seguridad en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) muestra que los varones jóvenes son el grupo más afectado por la letalidad policial. De los 87 casos registrados para este período, únicamente en 62 casos se identificó la edad. Dentro de este grupo, el 58 % eran varones de 15 a 27 años. Entre las mujeres, un 75 % tenían menos de 28 años. El 68 % de los varones murieron en presuntos enfrentamientos armados (CELS, 2022).

Por otra parte, el Informe de Violencia Institucional realizado por el Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (OVyDRG) muestra que desde inicios de 2019 hasta el primer trimestre de 2022 se recibieron 1530 comunicaciones a la línea 144 referidas a violencia institucional por motivos de género¹¹. Sobre este total de llamadas el 18 % se refirió a personas entre 15 y 24 años y el 0,8 % a menores de 14 años. En el 97,4 % de los casos quienes se comunicaron fueron mujeres. El tipo de violencia psicológica es la más frecuente (94,1 %), seguida de la física (69,5 %), la simbólica (48,4 %) y la económica (39,5 %). Las personas identificadas como agresoras son principalmente miembros de policía (34 %) y funcionarios públicos

10. El relevamiento de CORREPI incluye todo caso en que los responsables sean miembros de cualquier fuerza de las agencias represivas del Estado (policía federal, policías provinciales, policía de la Ciudad, gendarmería, prefectura, servicio penitenciario, seguridad privada, grupos de choque tercerizados y fuerzas armadas) y bajo cualquier modalidad que implique la aplicación de una política represiva estatal, así como la utilización de los recursos del aparato estatal, cuyo resultado sea la muerte de la víctima.

11. La violencia institucional por motivos de género es una de las modalidades a través de la cual se expresa la violencia contra mujeres y LGBTI+. De acuerdo con la Ley N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, la violencia institucional es aquella ejercida por funcionarixs, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que mujeres y LGBTI+ tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/fichasobs-violenciainstitucional.pdf>

(19,4 %). Los lugares donde más ocurren las mencionadas situaciones de violencia institucional son establecimientos policiales (38,6 %) y de salud (19,7 %). El 65,4 % de las comunicaciones

por este motivo corresponden a la Provincia de Buenos Aires (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2022).

Violencias basadas en género

Las violencias basadas en género son las vulneraciones de los derechos humanos por causa de relaciones desiguales mantenidas y reforzadas a través del patriarcado y la heteronormatividad. Muchas adolescentes mujeres y del colectivo LGBTIQ+ sufren violencia psicológica, física y sexual (EsConESI, 2021).

El modelo de masculinidad imperante educa a los varones cis en la creencia o convicción de que los cuerpos, tiempos, sexualidades y capacidades de las mujeres e identidades feminizadas deberían estar a su disposición (Fabbri, 2021). Es así que se ubica esta población como perpetradora de múltiples violencias contra mujeres y feminidades, siendo la cara más extrema de estas expresiones los femi-

cidios y transfemicidios. Muchas veces estos actos son seguidos de suicidios por parte de los perpetradores¹².

En relación a las violencias basadas en género, no se cuenta con registros unificados ni exhaustivos para dar cuenta de la magnitud del fenómeno, pero se puede recurrir a algunos datos para una aproximación. Los femicidios y los travesticidios son las expresiones más extremas y de los que existen registros más exhaustivos. De las agresiones que no terminan en muertes podemos recurrir a datos muy parciales de la Línea 137. Entre enero y agosto de 2023 se recibieron 3.886 llamados sobre violencia familiar.

Femicidios y travesticidios

El registro de estadísticas vitales de la DEIS no distingue los femicidios de las muertes por otras agresiones, con lo cual no queda claro qué proporción de estas muertes representan los asesinatos por motivos de género (DEIS, 2021).

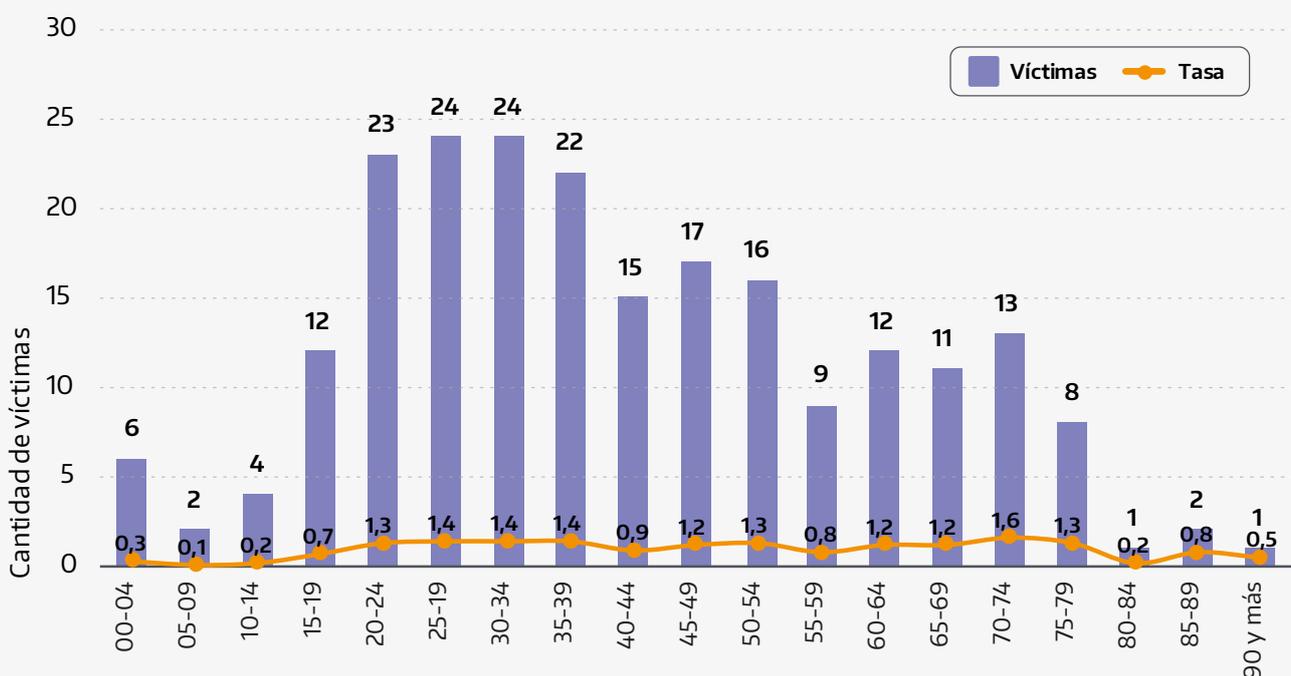
Según información del Ministerio de Seguridad de la Nación, en 2022 se registraron 351 muertes de mujeres por homicidios dolosos (tasa de 1,5 cada 100.000 habitantes) y se pudo determinar que al menos 224 fueron

12. Otamendi, A. (2020). Suicidios, femicidios-suicidios y armas de fuego en Argentina. La masculinidad hegemónica en debate. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100107

víctimas de femicidio directo (tasa 1 cada 100.000), dentro de las que se contabilizan 6 víctimas de travesticidio/transfemicidio. El 17,5 % de las víctimas tenían entre 10-24 años (Gráfico 3.14). Además, se identificaron otros 19 homicidios dolosos como posibles femicidios. El 72,4 % de los presuntos victimarios

de homicidios dolosos de víctimas mujeres fueron varones. En relación al tipo de arma o mecanismo utilizado, la categoría que registró mayor cantidad de víctimas en 2022 fue arma de fuego (29,0 %), seguido por arma blanca (28,1 %), ahorcamiento (10,7 %) y objeto contundente (8,9 %) (DNEC, 2023c).

◆ **Gráfico 3.14. Víctimas de femicidio según franja etaria. Valores absolutos y tasas cada 100.000 mujeres. Argentina, 2022.**

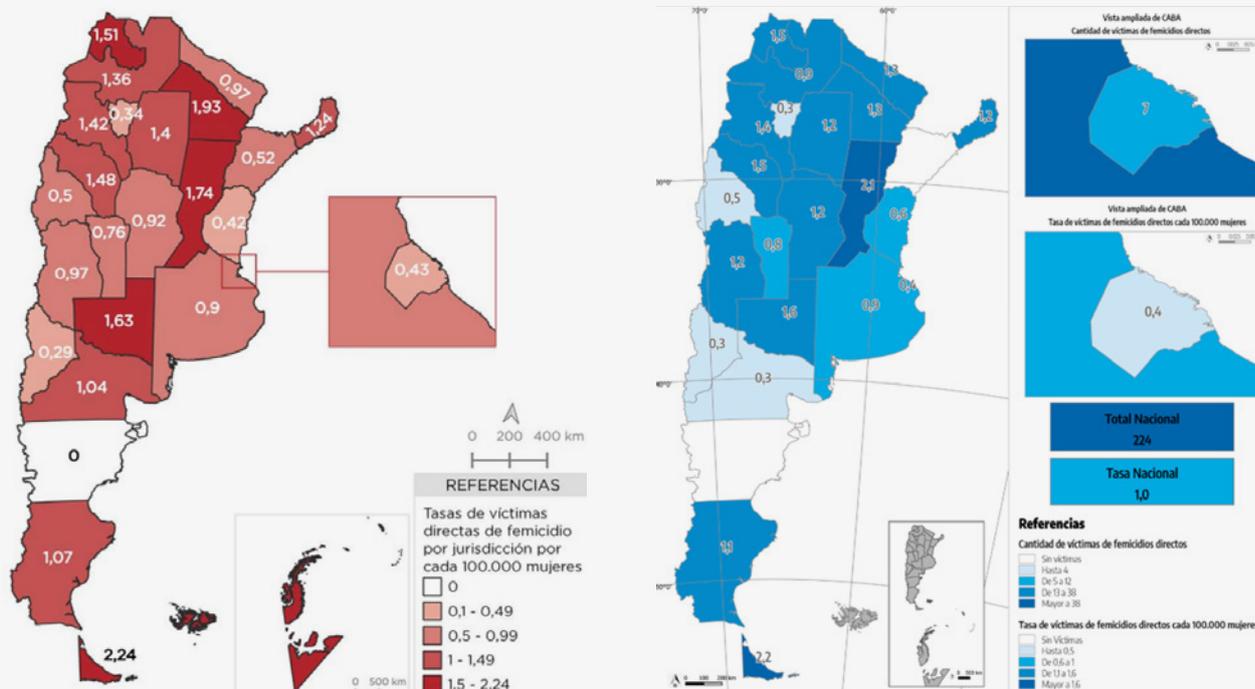


Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal. Sistema de Alerta Temprana (SNIC-SAT). 2022. Ministerio de Seguridad de la Nación.

En forma complementaria, se dispone del Registro Nacional de Femicidios que realiza la Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, 2022). Este organismo en 2022 identificó 226 femicidios directos (219 mujeres cis y 7 mujeres trans/travestis). El 6 % de las víctimas eran menores de 18 años y el 13 % tenían entre 18 y 24 años. El 66 % del total de femicidios fue a manos de la pareja o ex pareja.

Asimismo, el registro señala que al menos 103 víctimas directas de femicidio se encontraban a cargo del cuidado de 227 NNyA menores de 18 años (CSJN 2022 p.77). Los datos de la Corte Suprema de la Nación, al igual que los brindados por el Ministerio de Seguridad de la Nación, permiten observar que la distribución es desigual en el país, concentrándose las mayores tasas en Chaco, Santa Fe, La Pampa y Jujuy (Mapa 3.7).

Mapa 3.7. Tasas de víctimas directas de femicidio cada 100.000 mujeres por jurisdicción. Corte Suprema de la Nación (rojo) y Ministerio de Seguridad de la Nación (azul). Argentina, 2022.



Fuente: Registro Nacional de Femicidios. Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia. 2022 (Mapa rojo). Sistema Nacional de Información Criminal. Sistema de Alerta Temprana (SNIC-SAT). Ministerio de Seguridad de la Nación. 2022 (Mapa azul)

Por su parte, el Observatorio de crímenes de odio LGBT+ en su informe anual del 2022 registró que el 84 % de los casos (108) correspondían a mujeres trans (travestis, transexuales y transgéneros), seguidas por varones gays cis

(12 %), y en tercer lugar con el 2 % respectivamente varones trans y lesbianas. El 21,2 % de las víctimas tenían entre 20-29 años y 2,5 % entre 10-19 años (FALGBT, 2022).

Violencia sexual

Respecto de la violencia sexual contra infancias y adolescencias a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 varones declararon haber

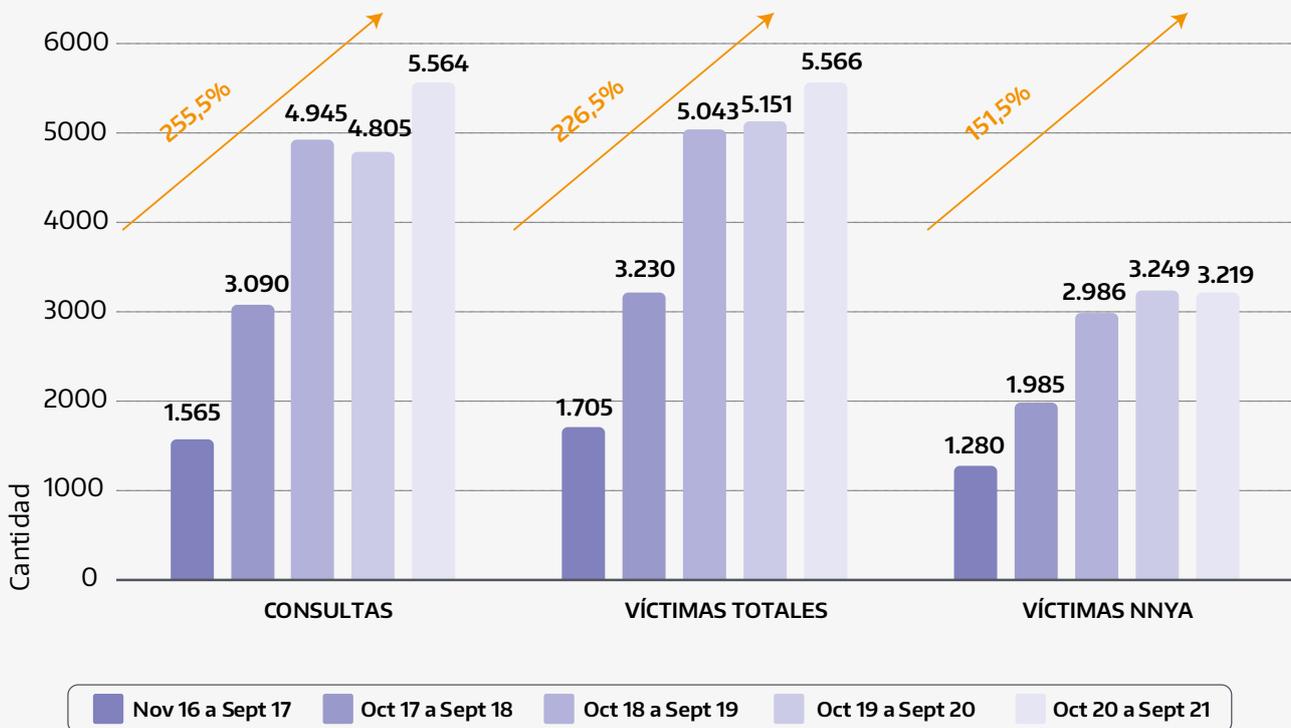
sufrido abusos sexuales durante su infancia. En el mismo sentido, la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes, MICS por sus siglas en inglés (UNICEF 2019- 2020¹³) estima que un

13. Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS, 2019- 2020) UNICEF. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/12071/file/MICS%202019-2020.pdf>

10,5% de mujeres hasta 24 años refieren haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia. Se debe tener en cuenta que se trata de un tipo de violencia invisibilizada socialmente y con poco nivel de denuncia, estos datos son una estimación. Si bien no se cuenta con registros unificados, para acercarnos a ciertas características de este fenómeno, en Argentina se cuenta con los datos del programa “Las víctimas contra las violencias” que incluye tanto

los llamados recibidos a la línea 137 como los realizados a la línea contra el abuso sexual, grooming y explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, número 0800-222-1717 (Programa Las Víctimas Contra Las Violencias, 2021). Se observa en primer lugar un aumento de la tendencia de llamados recibidos con un incremento de víctimas totales y del grupo de NNyA incluidas en las denuncias (Gráfico 3.15).

◆ **Gráfico 3.15. Evolución interanual de consultas, víctimas totales y víctimas NNyA de violencia sexual. Argentina, noviembre 2016–septiembre 2021.**

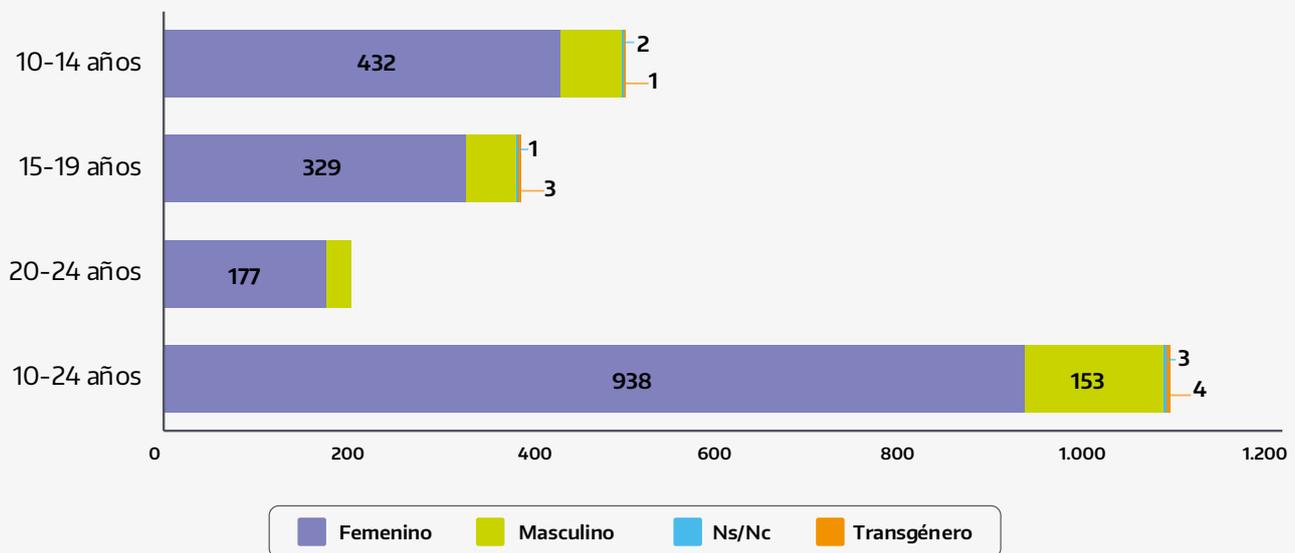


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa “Las víctimas contra las violencias”. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. 2021.

En cuanto a la línea 137, se observa que entre enero y agosto del año 2023 se recibieron 5996 llamados, de los cuales 2.156 fueron denuncias por violencia sexual. Del total de víctimas, 1.098 (51 %) tenían entre 10-24 años (502 entre 10-14 años, 392 víctimas tenían entre 15-19 años y 204 entre 20-24 años). El 85,4 % eran de género femenino, el 13,9 %

masculino, el 0,4 % transgénero y el 0,3 % Ns/Nc (Gráfico 3.16). La mayoría de los hechos denunciados (en los que constaba el lugar del hecho) ocurrieron en el domicilio de la víctima (32 %), a través de las redes sociales (22 %) o en el domicilio del agresor (20 %) (Programa Las Víctimas Contra Las Violencias, 2023).

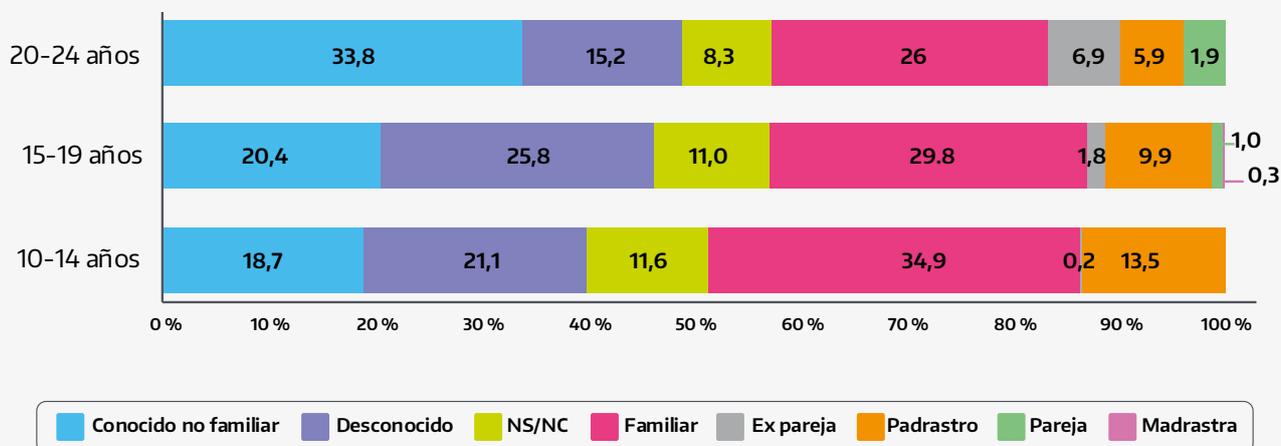
◆ **Gráfico 3.16. Víctimas de violencia sexual denunciadas a través de la línea 137 según género y edad. Argentina, 2023 (hasta el 31 de agosto).**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa “Las Víctimas Contra Las Violencias”. 2023. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Subsecretaría de Acceso a la Justicia.

Es importante resaltar que el perfil del vínculo con el agresor fue diferencial en los distintos grupos etarios. En el grupo de 10-14 años la mitad de los agresores fueron familiares o padrastros. En el grupo de 15-19 años uno de cada tres agresores fueron familiares. En el grupo de 20-24 años, en cambio, uno de cada tres resultó ser conocido pero no familiar, seguido por familiares y parejas. (Gráfico 3.17).

Gráfico 3.17. Víctimas de violencia sexual denunciadas a través de la línea 137 según edad y vínculo con el agresor. Argentina, 2023 (hasta el 31 de agosto).

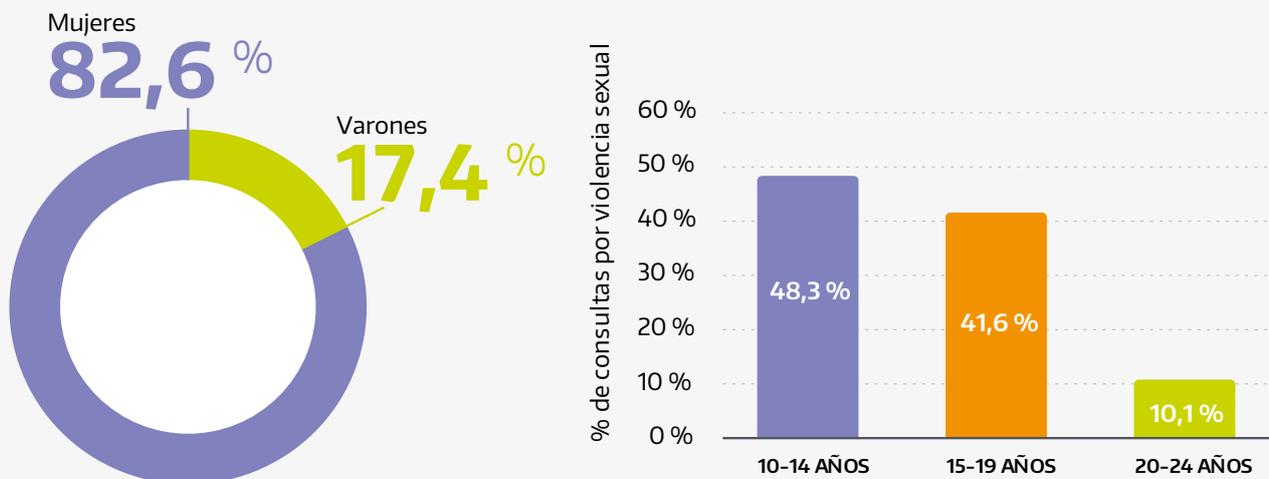


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa “Las Víctimas Contra Las Violencias”. 2023. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Subsecretaría de Acceso a la Justicia.

Según los datos que aporta el Programa SUMAR, durante 2022 se registraron 2.407 “consultas de urgencia por violencia sexual”. Los registros confirman que la problemática afecta en mayor medida a las mujeres (82,4 %) y en

edades más tempranas, registrándose casi la mitad de los casos en el rango de 10 a 14 años (48,3 %). (Gráfico 3.18).

Gráfico 3.18. Consultas de urgencia por violencia sexual según sexo y rango de edad. Argentina, 2022.

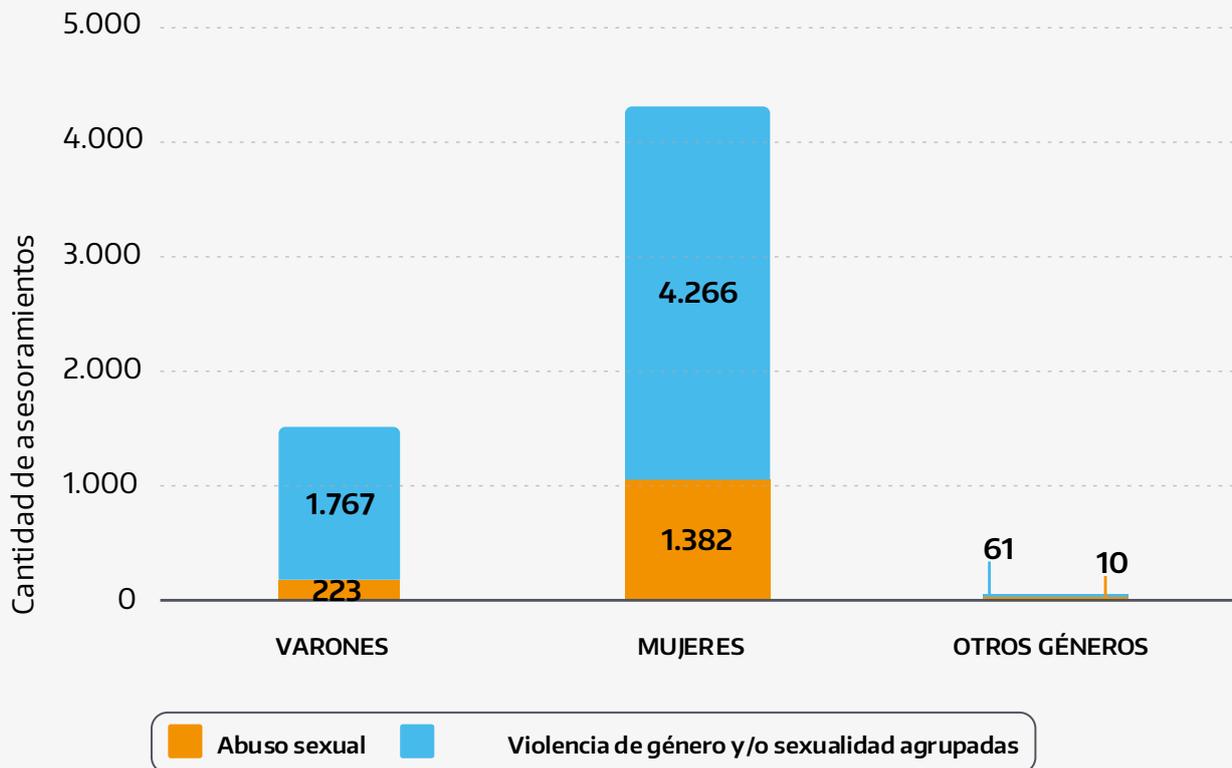


Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa SUMAR, 2022. Ministerio de Salud de la Nación.

Por último, los datos sobre asesoramientos en el marco de las ASIE indican que entre 2018 y 2022 se realizaron 6.094 asesoramientos con

motivo “violencia de género y/o sexualidad agrupadas¹⁴”, y 1.615 con motivo “Abuso sexual” (Gráfico 3.19).

Gráfico 3.19. Total de asesoramientos con motivo “Violencias de género y/o sexualidad agrupadas” y “abuso sexual”, según género. Argentina, 2018-2022.



Fuente: Elaboración propia en base a sistema de monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

14. Incluye “Violencia de género y/o sexualidad en las relaciones familiares”; “Violencia de género y/o sexualidad entre pares” y “Violencia de género y/o sexualidad en relaciones sexo-afectivas”

Violencias entre pares

Existen distintas manifestaciones de violencia entre pares. En función de su frecuencia, algunas son violencias episódicas –agresiones circunstanciales o rotativas entre adolescentes, como burlas o apodosos hirientes–; otras son sistemáticas, como el bullying. Respecto

a las relaciones de poder, en algunas situaciones la fuerza es simétrica –como sucede entre jóvenes que rivalizan entre sí–; pero en otras, como en el bullying, existe una relación desigual de fuerzas.

Bullying

El acoso escolar o bullying consiste en una forma de violencia escolar ejercida entre estudiantes a través de una relación asimétrica, ya sea por fuerza física, social o etaria. El bullying está compuesto por un cúmulo de agresiones sostenidas en el tiempo, repetitivas y con la intención de humillar o dañar a un individuo o grupo (Olweus, 1993; Olweus, 1999; Zysman, 2014).

Aunque el bullying no es un fenómeno nuevo, actualmente es una de las modalidades de violencia con mayor visibilidad en las escuelas. La discriminación, amenazas y agresiones verbales o físicas son algunas de las tantas formas de expresión que puede asumir la violencia entre pares.

El concepto de discriminación refiere a prácticas arbitrarias que impiden, restringen o excluyen las diferencias. La mayoría de las veces se basan en algún rasgo particular –propio o supuesto– sobre la identidad del otro u otra. La discriminación supone distintos ejercicios, que pueden ser de exclusión, de violencia.

Es una problemática que amerita abordarse desde la escuela (Ministerio de Educación de la Nación, 2019).

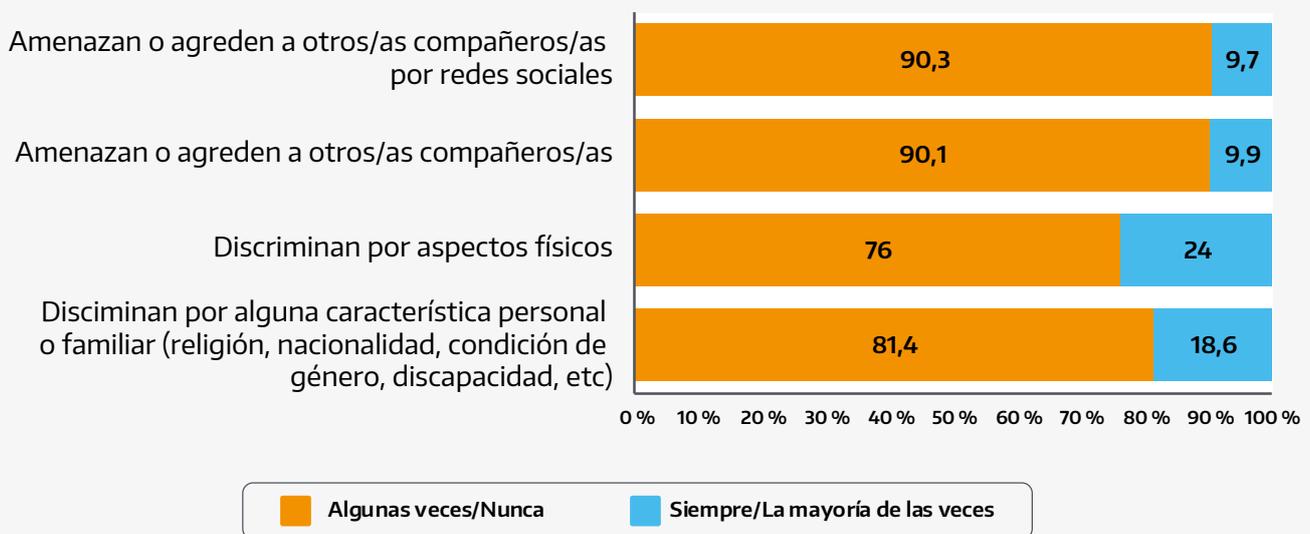
El bullying es un fenómeno grupal en el que participan no sólo quienes ejercen la agresión y quienes la padecen, sino también aquellas personas que son testigos o espectadores y que en ocasiones pueden unirse a las agresiones, alentarlas o incluso celebrarlas, convirtiéndose en cómplices. Es importante tener en cuenta que la mera presencia de espectadores convalida la agresión (DiAJu, 2023).

Según UNICEF, la mitad de los estudiantes de entre 13 y 15 años de todo el mundo –alrededor de 150 millones– declaran haber experimentado violencia entre pares en las escuelas y en sus inmediaciones. En Argentina los casos de bullying se duplicaron y pasaron de ser 6.200 antes de la pandemia a contabilizarse 12.300 casos entre noviembre de 2020 y 2021 (CESBA, 2022).

Los resultados de la Encuesta Aprender¹⁵ muestran que, en lo que respecta a la existencia de situaciones de discriminación y violencia en las escuelas, los estudiantes perciben “siempre/la mayoría de las veces” situaciones de discriminación por aspectos físicos (24 %),

por características personales o familiares como religión, nacionalidad, condición de género o discapacidad (19 %), amenazas o agresiones entre estudiantes o por redes sociales (10 %) (Gráfico 3.20). Los espacios digitales

◆ **Gráfico 3.20. Situaciones de discriminación y violencia en la escuela. Evaluación Aprender 2019, Argentina.**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Evaluación de la Educación Secundaria en Argentina. 2019. Ministerio de Educación de la Nación.

Violencias digitales

posibilitan múltiples maneras de relación con otras personas pero al mismo tiempo pueden convertirse en ámbitos donde se expresen distintas manifestaciones de violencia, con una

escalada exponencial respecto de lo que sucede en los ámbitos presenciales, dado que su proyección trasciende ampliamente las fronteras físicas y perdura en el tiempo. Algunos de los

15. Aprender es el dispositivo nacional de evaluación de los aprendizajes de los estudiantes y de sistematización de información acerca de algunas condiciones en las que se desarrollan. Releva el grado de dominio que las y los estudiantes de nivel primario y secundario tienen sobre un recorte específico de contenidos y capacidades cognitivas durante su trayectoria escolar, los factores sociodemográficos y condiciones en que se enseña y se aprende. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/evaluacion-informacion-educativa/aprender>

tipos de violencias digitales más habituales son cyberbullying, la difusión de contenidos íntimos sin consentimiento y el grooming, con la salvedad que este último no constituye una violencia entre pares, sino que involucra a personas adultas como perpetradoras de la violencia (DiAju, 2023).

El Centro Internacional para la Promoción de Derechos Humanos de la UNESCO (CIPDH) desarrolló un estudio¹⁶ en el año 2021 que concluyó que, luego de la pandemia, “en la Argentina se incrementaron los casos de ciberacoso infantil en un 50%. Hacia fines de 2019, uno de cada cuatro casos de acoso escolar o bullying se manifestaba a través de las plataformas digitales, sin embargo, a partir de este estudio se detectó que dos de cada cuatro casos suceden en las redes o servicios

de mensajería. Entre las diferentes formas de acoso virtual, también se registraron casos de bullying escolar. Los números también se incrementaron a la par de la edad, fenómeno ligado de manera estricta al acercamiento más periódico y duradero de las niñas/os niñas/os y/o adolescentes a los dispositivos electrónicos: a partir de los 12 años, el 54,5% de los casos de bullying son por vía digital. A raíz de estas investigaciones, la UNESCO concluyó que el aislamiento obligado por la pandemia provocó un desarrollo de los estudios y la vida social mucho más cerca de los servicios en línea. Esto generó un acceso a mayor variedad de información ante sus inquietudes, pero también los expuso de un modo mucho mayor a las amenazas en las redes.” (Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, 2023:9)

Difusión de imágenes íntimas sin permiso

Muchas personas usuarias de internet viven y exploran sus sexualidades en espacios digitales, incluso con desconocidos o en soledad. Fotos, videos, foros, aplicaciones y demás plataformas invitan a nuevas formas de conocerse y relacionarse. Es clave comprender que en un contexto en que los celulares están presentes en la vida cotidiana al punto de volverse una extensión del cuerpo, cumplen un rol importante en el descubrimiento, exploración

y desarrollo de la sexualidad. Estas prácticas se extienden tanto entre adolescentes, como entre jóvenes y adultos.

El sexting es una práctica de exploración sexual. Consiste en compartir imágenes y/o mensajes con contenido erótico y/o sexual con una o más personas a través de plataformas de mensajería online. Si bien se trata de una práctica consensuada, puede derivar en situa-

16. El trabajo se realizó en septiembre y octubre de 2021. Incluyó el relevamiento de estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos sobre delitos informáticos en el país, y se entrecruzaron datos con organismos internacionales de lucha contra el acoso virtual. Se realizó también una encuesta telefónica con un total de 2.654 casos tomados sobre familias con hijos/as de entre 5 y 15 años, junto a docentes de nivel primario y secundario (Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, 2023:8-9).

ciones de violencia si no se toman los recaudos necesarios. Es clave tener en cuenta el objetivo con el que esas imágenes fueron tomadas: si el contexto era privado y cambia a público, el daño es enorme. Una vez que una imagen se comparte en internet, es imposible borrarla por completo o rastrear su camino. Comienza entonces un recorrido incierto donde no se puede prever cuántos usuarios la descargarán, compartirán o editarán.

De acuerdo a un estudio realizado por la ONG Faro Digital con personas de entre 16 y 25 años, el 41 % de las personas encuestadas percibió al sexting como una práctica peligrosa.

Ciberacoso

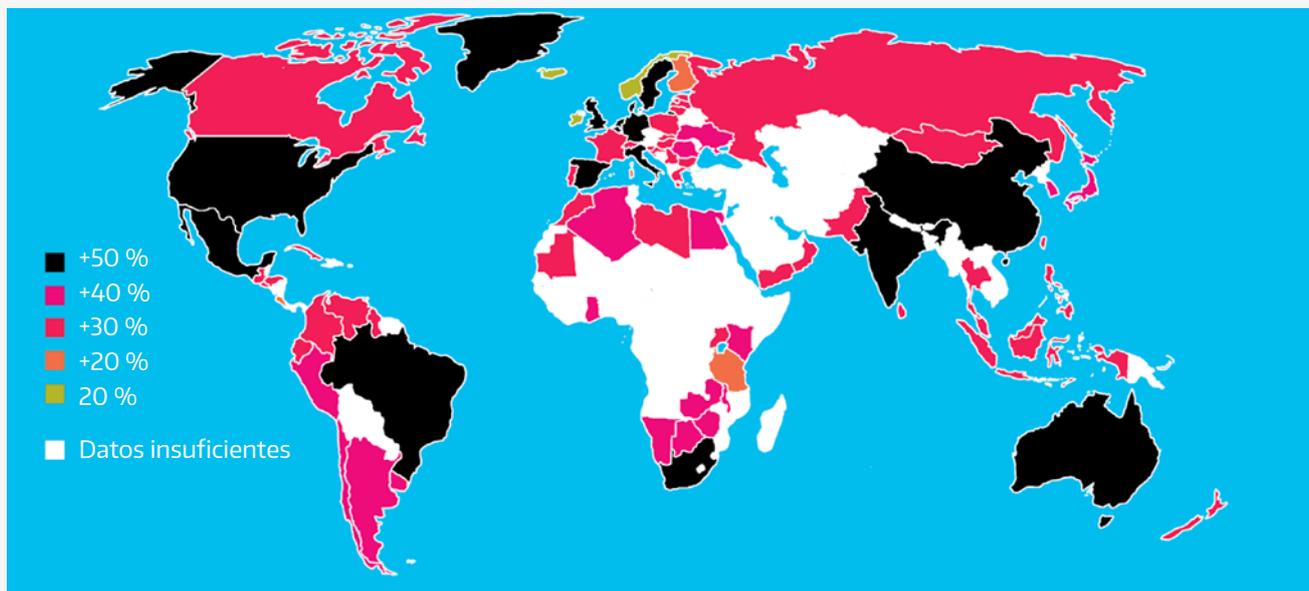
El ciberbullying o acoso online se refiere al traslado de las prácticas propias del bullying al ecosistema digital. Los conflictos que se inician en un espacio físico determinado pueden continuar en las redes y viceversa, con la escalada exponencial que ello supone. Mantiene las mismas características ya descritas, agregándole las propias del entorno digital: difusión de información, de datos difamatorios y/o discriminatorios, etc., a través de dispositivos digitales.

Según una encuesta a docentes realizada por la ONG Argentina Cibersegura, el 64 % afirmó haber vivido un caso de ciberbullying en su escuela, mientras que el 17 % desconoce si hubo casos (Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, 2023).

Se evidenció una mayor preocupación entre las mujeres e identidades no binarias que entre varones (54 % y 29 % respectivamente). Para el 92% la mayor preocupación que se percibe está vinculada a la posterior difusión de imágenes íntimas sin consentimiento. De hecho, del total de personas encuestadas, un 15% respondió que les había pasado, otro 15% que les había sucedido a mujeres que conocían y un 5% a personas conocidas con identidades no binarias. Se constata una percepción de la difusión de imágenes íntimas sin consentimiento como una forma de violencia de género digital entre las juventudes (Fainboim y Schroder, 2023).

Por otra parte, de acuerdo a los datos relevados por la ONG Bullying Sin Fronteras, Argentina se encuentra en el cuarto lugar a nivel mundial de casos de cyberbullying, contabilizando 1.850.000 casos (agrupando adultos, jóvenes, adolescentes e infancias) en el período 2022-2023 (Joven Seguro, 2023).

Mapa 3.8. Estadísticas mundiales de ciberbullying. Años 2022 y 2023.



Fuente: Joven Seguro. ONG Internacional Bullying Sin Fronteras. 2022, 2023.

Grooming

El grooming es el acoso sexual por parte de personas adultas a niños, niñas y adolescentes, a través de medios digitales, consistente en acciones desplegadas para establecer contacto con fines sexuales y, en el peor de los casos, también introducirlos en ambientes de prostitución y/o explotación sexual.

Las personas adultas que llevan adelante esta práctica suelen generar uno o varios perfiles – en redes sociales o en línea– haciéndose pasar por un niño, niña o adolescente, para generar una relación de amistad con quien quieren acosar. Una vez ganada la confianza, buscan conseguir que los NNYA se desinhiban y así

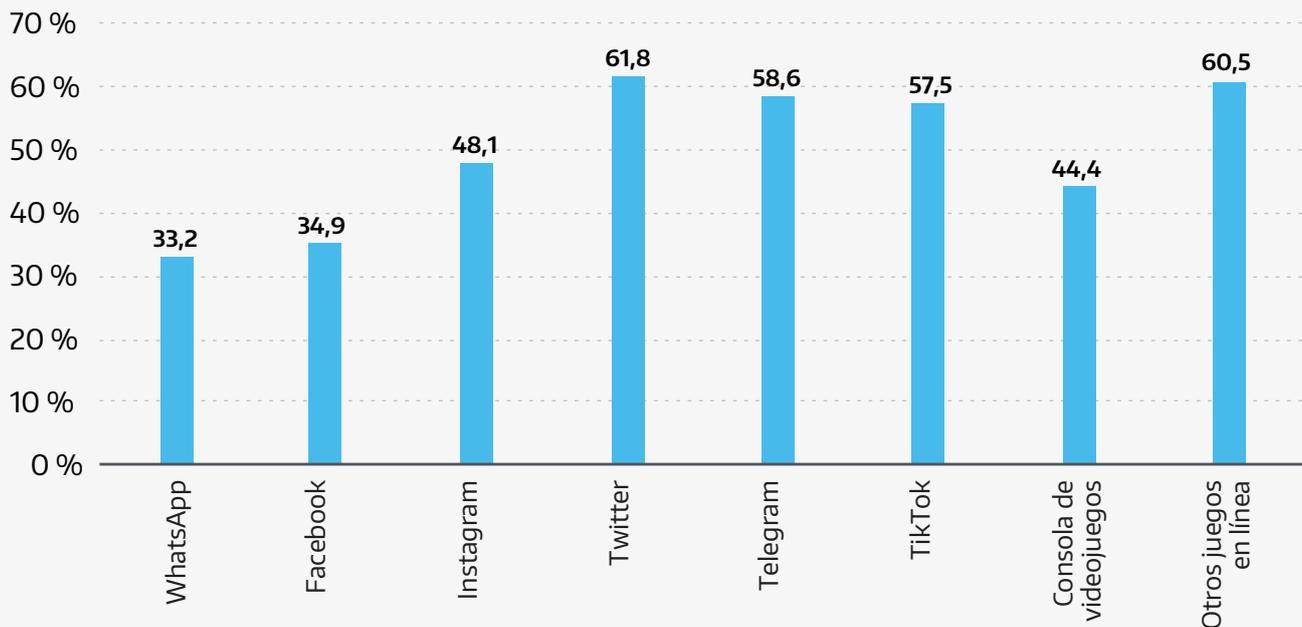
pedirles el envío de fotos o contenido audiovisual o coordinar un encuentro presencial para concretar el abuso sexual. Los “groomers” pueden ser hombres y mujeres de cualquier edad y de cualquier nivel socioeconómico. Suelen invertir un tiempo de preparación para “ganarse” esa confianza simulando, ofreciendo comprensión y consejos, prometiendo regalos, brindándoles una “especial atención” (Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, 2023).

Según el Estudio nacional sobre conocimiento y experiencias sobre acoso sexual a niñas, niños y adolescentes mediante tecnologías de la

información y comunicación¹⁷, el porcentaje de contactos con desconocidos/as aumenta principalmente en aquellas plataformas como Tik

Tok, Twitter, Instagram y Telegram (Gráfico 3.21) (Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, 2023:30).

Gráfico 3.21. Contacto con personas que no conoce personalmente según utilización de plataformas. Argentina, 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Estudio nacional sobre conocimiento y experiencias sobre acoso sexual a niñas, niños y adolescentes mediante tecnologías de la información y comunicación. 2021. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Otro dato a destacar del mismo estudio indica que en el 4,4 % de hogares en los cuales se usa Internet y en los que viven NNyA, hay algún niño, niña o adolescente víctima de grooming. Las plataformas con mayores menciones de ocurrencia fueron Facebook (52,8 %); Instagram (33,1 %) y Whatsapp (30,7 %).

Entre las víctimas de grooming se observa que un 29,3 % fueron acosadas una vez y un 43,5 % más de una vez. Con respecto a las edades, un 14,5 % fueron niños y niñas de entre 6 y 11 años; un 72,3 % de entre 12 y 14 años; y un 14,5 % de 15 a 17 años. En cuanto al género, un 66,3 % de las víctimas fueron de género femenino

17. El Estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y las distintas experiencias personales vinculadas con el delito de grooming. Universo: población general de mayores de 16 años residentes en hogares en la Argentina. Cuestionario semiestructurado y precodificado; muestra probabilística. Cantidad de casos totales: 1009.

y un 33,7 % de género masculino (Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, 2023).

En el año 2020 fue aprobada en Argentina la Ley Nacional 27.590 "Mica Ortega",¹⁸ por la cual se creó el Programa Nacional de Prevención y Concientización del Grooming o Ciberacoso contra NNyA. Su objetivo es prevenir, sensibilizar y generar conciencia en la población sobre la problemática del grooming o ciberacoso a través del uso responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) y de la capacitación de la comunidad educativa en su conjunto.

18. Ley Nacional 27.590 de Creación del Programa Nacional de Prevención y Concientización del Grooming o Ciberacoso contra Niñas, Niños y Adolescentes (Ley "Mica Ortega"). Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/345000-349999/345231/norma.htm>.

Bibliografía

Agencia Nacional de Discapacidad [ANDIS] (2023). *Registro Nacional de Personas con Discapacidad*. [Actualización al 01/09/2023.] <https://www.argentina.gob.ar/andis>

Agencia Nacional de Seguridad Vial [ANSV] (2023). *Principales indicadores de la Seguridad Vial con perspectiva de género en Argentina*. Ministerio de Transporte de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/ansv_informe-con-perspectiva-de-genero-en-argentina-marzo-2023.pdf

Aggarwal, S., Patton, G., Reavley, N., Sreenivasan, S. y Berk, M. (2017). *Youth self-harm in low- and middle-income countries: Systematic review of the risk and protective factors*. *The International journal of social psychiatry*, 63(4), 359-375. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28351292/>

Agüero, G., Arrate, M. y Berner, E. (2017). *Adolescentes con autolesiones: serie de casos clínicos*. *Intramed J*, 6(2), 1-8.

Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G. y Berner E. (2018). *Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos*. *Arch Argent Pediatr*, 116(6), 394-401. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n6a06.pdf>

Bell, D., Beland, D. y Ott, M. (2013). *Adolescent and Young Adult Male Health: A Review*. *Pediatrics*, 132(3), 535-546. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-3414

Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] (2022). *Violencia Policial Informe 2022*. <https://violenciapolicial.org.ar/violencia-policial>

Connel, R. W. (1997). *La organización social de la masculinidad*. En Valdés, T. y Olavarria, J. (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres N°24. <https://joseolavarria.cl/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Masculinidad-poder-y-crisis-Valdes-y-Olavarria.pdf>

Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil [CONSAJU] (2021). *Primer Diagnóstico Federal*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/diagnostico-consaju>

Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires [CESBA] (2022). *Bullying y Acoso Escolar*. <http://www.bdigital.cesba.gob.ar/bitstream/handle/123456789/481/Bullyng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional [CORREPI] (2023). *A 40 años de democracia, es urgente una agenda contra la represión*. Archivo 2022. <http://www.correpi.org/2023/archivo-2022-a-40-anos-de-democracia-es-urgente-una-agenda-contra-la-represion/>

Corte Suprema de Justicia de la Nación [CSJN] (2022). *Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina*. Edición 2022. Oficina de la Mujer. <https://om.csjn.gob.ar/consultaTalleresWeb/public/documentoConsulta/verDocumentoById?idDocumento=170>

D'Alessandro, N. y Bianchi, S. (2020). *Violencia institucional en las fuerzas de seguridad*. Documento. Ministerio de Seguridad de la Nación.

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023). Fascículo 5. *Violencias y lesiones*. En *Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-1>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023). *Autolesiones en adolescentes y jóvenes - Lineamientos para un abordaje integral*. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023). *Masculinidades y Salud. Herramientas para el trabajo con adolescentes y jóvenes*. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023). *Vínculos libres de violencias. Herramientas para el abordaje con adolescencias y juventudes*. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu], Sociedad Argentina de Pediatría [SAP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>

Dirección de Estadísticas e Información en Salud [DEIS] (2021). *Estadísticas vitales. Información Básica Argentina 2021*. Serie 5, N°65. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf

Dirección de Estadística Vial [DEV] y Dirección Nacional de Observatorio Vial [DNOV] (2022a). *Anuario Estadístico de Seguridad Vial Año 2019. Actualización mayo 2022*. Ministerio de Transporte de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/ansv_ov_anuario_estadistico_2019_actualizado_mayo_2022.pdf

Dirección de Estadística Vial [DEV] y Dirección Nacional de Observatorio Vial [DNOV] (2022b). *Informe de Siniestralidad Vial Fatal Año 2021 Datos parciales y preliminares* Revisión Junio 2022. Ministerio de Transporte de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/ansv_informe_siniestralidad-vial_fatal_2021_datos_preliminares.pdf

Dirección Nacional de Observatorio Vial [DNOV] y Dirección de Investigación Accidentológica [DIA] (2023). *Impacto de los siniestros viales sobre la salud: lesiones y mecanismos de prevención*. Dossier N°10, marzo. Ministerio de Transporte de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/seguridadvial/observatoriovialnacional/impacto-de-los-siniestros-viales-sobre-la-salud-lesiones-y>

Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal (2023). *Estudio nacional sobre conocimiento y experiencias sobre acoso sexual a niñas, niños y adolescentes mediante tecnologías de la información y comunicación*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/encuesta_nacionalsobre_grooming.pdf

Dirección Nacional de Estadística Criminal [DNEC] (2023a). *Informe del Programa sobre el Uso de la Fuerza y Empleo de Armas de Fuego (año 2022)*. Ministerio de Seguridad de la Nación, Secretaría de Seguridad y Política Criminal. https://datos.gob.ar/dataset/seguridad-estadisticas-sobre-uso-racional-fuerza-empleo-armas-fuego-fuerzas-federales/archivo/seguridad_9.7

Dirección Nacional de Estadística Criminal [DNEC] (2023b). *Sistema de Alerta Temprana. Muertes viales (2017-2022)*. Informes de Estadísticas Criminales. Ministerio de Seguridad de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/seguridad/estadisticasriminales/informes>

Dirección Nacional de Estadística Criminal [DNEC] (2023c). *Muertes violentas y otras violencias contra las mujeres (2017-2022)*. Informes de Estadísticas Criminales. Ministerio de Seguridad de la Nación. https://minsegar-my.sharepoint.com/personal/dnec_minseg_gob_ar/Documents/Argentina.gob.ar/Informes/Informes%20Especiales/Informes%20de%20Muertes%20Violentas/Informe_Muertes_violentas_y_otras_violencias_contra_mujeres_2022.pdf?ga=1

Dirección Nacional de Estadística Criminal [DNEC] (2023d). *Sistema de Alerta Temprana. Suicidios (2017-2022)*. Informes de Estadísticas Criminales. Ministerio de Seguridad de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/seguridad/estadisticasriminales/informes>

Escobar, J. C., Chiodi, A. y Vazquez M. (2018). *Masculinidades y Salud Integral. Repensando abordajes durante la adolescencia desde una perspectiva de género*. Revista Estudios De Políticas Públicas, 4(2), 99–109. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2018.51739>

Fabbri, L. (2021). *La masculinidad como proyecto político extractivista. Una propuesta de reconceptualización*. En Fabbri, L. (comp.), *La masculinidad incomodada*. Rosario: UNR Editora y Homo Sapiens.

Fainboim, L. y Schroder, M. (2023). *Impacto en mujeres e identidades no binarias de la difusión no consentida de imágenes íntimas en redes sociales*. Informe final. Faro Digital. https://farodigital.org/wp-content/uploads/2023/11/Documento_Final.pdf

Federación Argentina LGBT [FALGBT] (2022). *Observatorio de Crímenes de Odio LGBT motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género*. Informe 2022. <https://falgbt.org/ultimo-informe/>

Ferreiro, D., López, K., Núñez, V., González, N. y Boix, A. I. (2023). *Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel de salud y sector educativo*. Arch Pediatr Urug, 94(1), 404-411. <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/463>

Joven Seguro (2023). *Estadísticas Mundiales de CIBERBULLYING 2022/2023*. Bullying Sin Fronteras. <https://jovenseguro.com/sin-categoria/estadisticas-mundiales-de-ciberbullying-2022-2023/>

Kaufmann, M. (1997). *Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*. En Valdés, T. y Olavarría, J. (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres N°24. <https://joseolavarria.cl/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Masculinidad-poder-y-crisis-Valdes-y-Olavarria.pdf>

Knipe, D., Padmanathan, P., Newton-Howes, G., Fong Chan, L. y Kapur, N. (2022). *Suicide and self-harm*. Lancet (London, England), 399(10338), 1903-1916. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8)

Martínez Pacheco, A. (2016). *La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio*. Revista Política y Cultura, (46), 7-31. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200007

Ministerio de Educación de la Nación (2019). *Evaluación de la educación secundaria en Argentina Aprender 2019*. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/evaluacion_educacion_secundaria_argentina_2019.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2022) *Violencia institucional*. Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género [OVyDRG]. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/fichasobs-violenciainstitucional.pdf>

MINTERSUI (2022). *Abordaje Intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones*. Mesa de Trabajo Intersectorial 2022. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Seguridad de la Nación.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-intersectorial-del-suicidio-y-de-las-autolesiones>

Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers.

Olweus, D. (1999). Norway. In: Smith, P. K, Morita, Y., Junger-Tas, J., Catalano, R., Olweus, D. y Slee, P. (Eds.), *The nature of school bullying: a cross-national perspective*. London/New York: Routledge.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). *Violencia juvenil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2016). *La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28248?locale-attribute=es>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34492>

Otamendi, A. (2020). *Suicidios, femicidios-suicidios y armas de fuego en Argentina. La masculinidad hegemónica en debate*. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100107

Programa Las Víctimas Contra Las Violencias (2021). *Un análisis de los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias 2020-2021*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Subsecretaría de Acceso a la Justicia. <https://www.unicef.org/argentina/media/12506/file/Factsheet%20Nro.9%20-%20Serie%20Violencia%20contra%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes.pdf>

Programa Las Víctimas Contra Las Violencias (2023). *Línea 137 - víctimas de violencia sexual - llamados e intervenciones domiciliarias*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Subsecretaría de Acceso a la Justicia. <http://datos.jus.gob.ar/dataset/linea-137-victimas-de-violencia-sexual>

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [PNSIA] y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017). *Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externas (MMACE)*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-de-la-morbimortalidad-adolescente-por-causas-externas-mmace>

Secretaría de Gobierno de Salud (2018). *Encuesta Mundial de Salud Escolar EMSE. Resumen Ejecutivo Total Nacional*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/encuesta-mundial-salud-escolar-2018.pdf>

Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales Resultados*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf

Sistema Nacional de Información Criminal [SNIC] y Sistema de Alerta Temprana [SAT] (2023). *Estadísticas criminales de la República Argentina*. Ministerio de Seguridad de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/seguridad/estadisticascriminales>

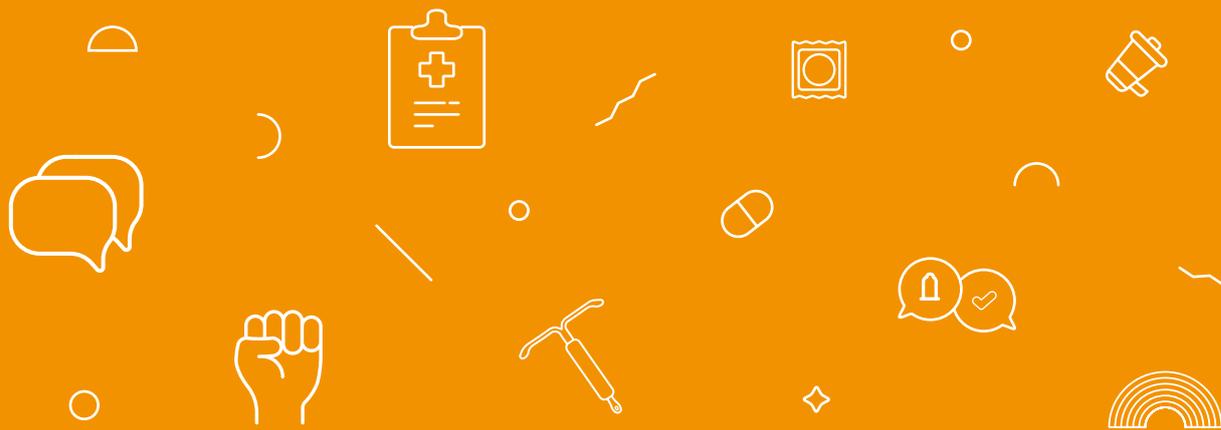
Triveño, G., Surraco, M., Amor, M. E., Regojo, D., Santimaria, L. y Acosta Cordoba, S. (2020). *Autolesiones en la consulta de urgencia de adolescentes en el hospital público en Argentina*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-007/580.pdf>

UNICEF (2021). *Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020*. <https://www.unicef.org/argentina/media/12071/file/MICS%202019-2020.pdf>

World Health Organization [WHO] (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision. <http://www.who.int/classifications/icd/en>

World Health Organization [WHO] (2023). *WHO policy brief on the health aspects of decriminalization of suicide and suicide attempts*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078796>

Zysman, M. (2014). *Bullying. Cómo prevenir e intervenir en situaciones de acoso escolar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.



Salud mental

4

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vincula-

da a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Artículo 3). Esta definición ubica los fenómenos de salud en una perspectiva histórica, rompiendo la disociación entre lo individual y lo social; y vincula la salud mental con la garantía de derechos.¹



La Ley, además, introduce el concepto de padecimiento mental², dando cuenta de las problemáticas de salud mental ya no como enfermedades o estados inmodificables (Artículo 7, Inciso n), sino como situacionales, transitorias y multidimensionales. Esto implica que los padecimientos mentales no definen al ser sino que describen un estado en el que intervienen múltiples dimensiones en un momento determinado.

En este marco, la finalidad de diagnosticar o nombrar padecimientos es visibilizar situaciones complejas y favorecer abordajes pertinentes que posibiliten una mejor salud y mayor inclusión social. Los diagnósticos realizados en base a en una única dimensión (por ejemplo, indicadores del comportamiento), descontext-

tualizada de las situaciones de la vida de las personas, son reduccionistas y pueden generar intervenciones que vulneren derechos.

El Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU)³ realizó, en el año 2021, el *Primer Diagnóstico Federal*, en el que se

1. Sancionada y promulgada en 2010, Ley Nacional 26.657 de Salud Mental establece que las personas con padecimiento mental son sujetos de derechos; insta al Estado a generar políticas públicas centradas en las personas y en sus contextos; y promueve el desarrollo de un sistema de atención en salud mental con base comunitaria a partir del trabajo intersectorial y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>

2. Según el Decreto 603/13, que reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental, se entiende por padecimiento mental a: “Todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis (previsibles o imprevistas), así como a situaciones más prolongadas de padecimientos (trastornos y/o enfermedades), proceso complejo determinado por múltiples componentes” (art. 1). Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/215000-219999/215485/norma.htm>

3. El Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU), creado en el año 2020 por resolución ministerial, es un espacio de participación con el objetivo de asesorar a la DiAJu y al Ministerio en las políticas públicas destinadas a adolescencias y juventudes. Está conformado por adolescentes y jóvenes representantes de organizaciones de la sociedad civil de todo el país, asociaciones de profesionales, sociedades científicas y agencias del sistema de Naciones Unidas. Más información sobre el CONSAJU en el Capítulo 5 del presente documento. Resolución 1527/2020 del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235217/20200922>

identificaron necesidades, obstáculos y problemáticas específicas relativas a líneas temáticas priorizadas.



Allí se destaca el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes, tanto por la pérdida de espacios de socialización, desarrollo y esparcimiento con pares, como por la necesidad de incorporarse al mercado laboral, pasando a ser en muchos casos el sostén económico de sus hogares.

Sobre este último punto se resalta, además, que la intensificación de la precarización en los puestos de trabajo –sin cobertura médica ni seguridad social– acrecienta la incertidumbre y sus efectos en la salud mental. (CONSAJU, 2021).

Por otro lado, en el diagnóstico se señala a los medios de comunicación como reproductores tanto de mensajes estigmatizantes de las adolescencias y juventudes como de estándares corporales hegemónicos que exigen un ideal de belleza física basada en la delgadez, instalando la insatisfacción corporal y repercutiendo en la autoestima (CONSAJU, 2021).

En cuanto a los efectores de salud, en el diagnóstico se remarca la falta de abordajes específicos para la población juvenil y la desigualdad en el acceso, llevando a que muchas personas no consulten a un servicio hasta no estar en una situación de crisis. Esto se produce porque no se trabaja desde la idea de salud-cuidado, sino casi exclusivamente desde la de enfermedad-atención. También se identifica como problemática la falta de formación en torno al modelo social de la discapacidad, lo que produce una mirada patologizante y paternalista sobre las adolescencias y juventudes con discapacidad, generando una brecha mayor de desigualdad. Además, se menciona que la población adolescente y joven LGBTIQ+ tiene mayor desventaja al acercarse a un servicio de salud mental debido a las representaciones sociales estigmatizantes que aumentan la brecha de distanciamiento con el sistema de salud (CONSAJU, 2021).

Fortalecer la salud integral en las adolescencias y juventudes implica, entonces, abordar la salud mental desde el paradigma de derechos y la perspectiva comunitaria; reconociendo a la comunidad como parte del proceso de determinación de la salud mental y, al mismo tiempo, como ámbito de abordaje de los padecimientos a partir del fortalecimiento de las redes de cuidados.⁴

4. “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Artículo 9, Ley Nacional 26.657 de Salud Mental).

Estrategias para mejorar el acceso al derecho a la salud mental

Asesorías en Salud Integral en Establecimientos Educativos y otros espacios socioeducativos: asesoramientos por salud mental

En el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), las Asesorías en Salud Integral en Establecimientos Educativos y otros Espacios Socioeducativos (ASIE) constituyen una de las principales estrategias para promover el acceso de adolescentes y jóvenes al cuidado de su salud. Las ASIE son un dispositivo de consulta, orientación y referencia con el sistema de salud situado en escuelas u otros espacios socioeducativos. En ellas se brinda asesoramiento sobre temas de salud integral a adolescentes y jóvenes, con una perspectiva de derechos, géneros y diversidad. A través de la figura de asesores, estos espacios funcionan como nexo entre los sectores de salud y educación con el objetivo de favorecer el acceso de adolescentes y jóvenes al sistema de salud, promoviendo la equidad y el cuidado de la salud, y fortaleciendo sus trayectorias educativas.⁵

Si bien las ASIE funcionan en todo el país desde el año 2015, a partir del 2018 en el marco del Plan de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA) se integran departamentos priorizados en 11 provincias en las cuales se registró para el periodo 2018-2019 la instalación de 1.115 dispositivos en escuelas y 481 en servicios de salud.

Las ASIE-ENIA cuentan con un sistema de registro en territorio y un área de monitoreo central que recoge la información registrada y elabora indicadores. Para cada consulta que se recibe de un o una adolescente, en el dispositivo se consigna al menos un motivo de asesoramiento.⁶ La categoría “Salud mental” agrupa los siguientes siete motivos de asesoramiento: “Consumo de sustancias”⁷, “Proyectos y futuro”, “Lesión autoinfligida”⁸, “Estados de ánimo, malestar psicológico y autoestima”, “Recreación y tiempo libre”, “Alimentación y nutrición” y “Relaciones afectivas, familiares y con pares”^{9,10}

5. Más información sobre las ASIE en el Capítulo 5 del presente documento.

6. El motivo consignado puede indicar solicitud de información y/o un turno protegido, ya sea para sí o para otra persona. Ninguno de los motivos de asesoramiento son prácticas sanitarias (clínicas o de salud mental) ni deben tomarse como diagnósticos médicos.

7. Incluye asesoramientos por consumo problemático y no problemático, y sustancias legales e ilegalizadas.

8. La información registrada con el motivo de consulta por lesión autoinfligida es presentada y analizada en el Capítulo 3 del presente documento.

9. Excluye asesoramientos por violencias y abuso sexual.

10. Fuente: Instrumento de registro Planilla B. Monitoreo ENIA, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Entre 2018 y 2022 la cantidad de asesoramientos bajo la categoría agrupada “Salud mental” ha variado acompañando el momento de implementación del Plan ENIA y la pandemia de COVID-19. En el año 2018, con el comienzo de la etapa de ejecución del Plan, se contabilizaron 2.453 asesoramientos, mientras que en el 2019 –y con una implementación ya en marcha– las consultas por este motivo ascendieron a 14.196. En el año 2020 se reconfiguró la organización y dinámica de todos los establecimientos de salud y se implementó un plan de

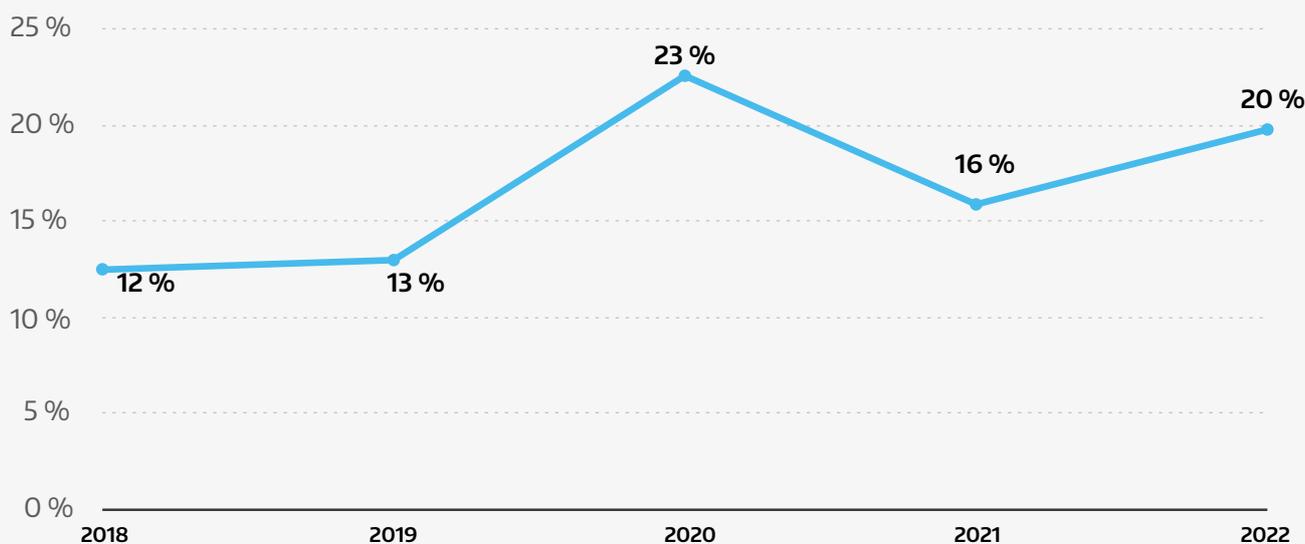
contingencia para las asesorías que implicó el pase a la virtualidad de todas las consultas. En este marco, el número total de asesoramientos por “Salud mental” para ese año fue 7.061. A partir de 2021 se observa un aumento en la cantidad (7.532), tendencia que continúa en el 2022 con un total de 11.655 consultas por los motivos agrupados en “Salud mental”.

Sin embargo, al poner estos datos en relación con la totalidad de asesoramientos por todos los motivos, la tendencia cambia.



Así, el 2020 es el año con mayor cantidad de asesoramientos con motivo “Salud mental” respecto del total general de consultas (23 %) (Gráfico 4.1) (Monitoreo Plan ENIA, 2018-2022).

◆ **Gráfico 4.1. Evolución en la proporción de asesoramientos por motivo “Salud mental”. ASIE-ENIA, 2018-2022.**

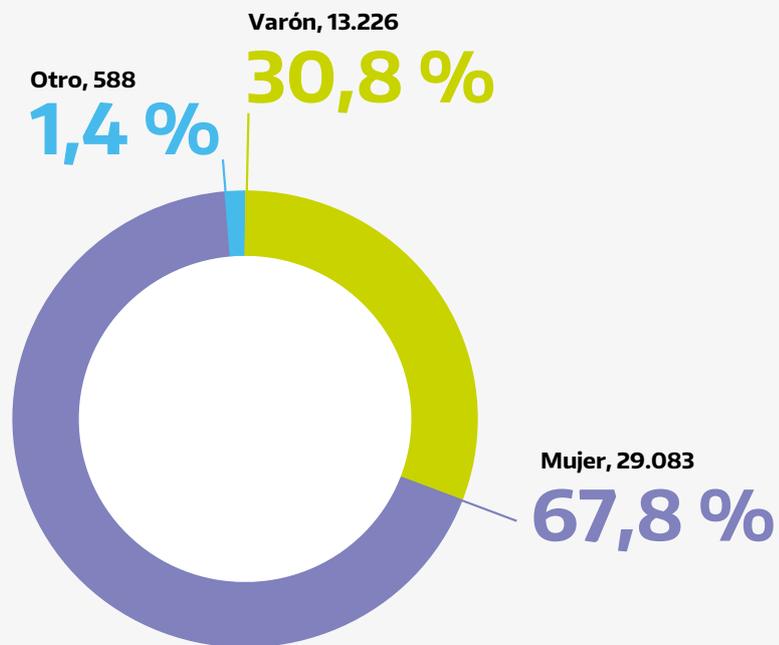


Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.



Al analizar la cantidad total de asesoramientos agrupados en “Salud mental” se observa que la mayor proporción de consultas corresponde a quienes se autoperceben mujeres (67,8 %), seguida por quienes se autoperceben varones (30,8 %), y por último quienes se autoperceben como otros géneros (1,4 %) (Gráfico 4.2.) (Monitoreo Plan ENIA 2018-2022).

◆ **Gráfico 4.2. Proporción de asesoramientos con motivo agrupado “Salud mental”, según género. ASIE-ENIA, 2018-2022.**

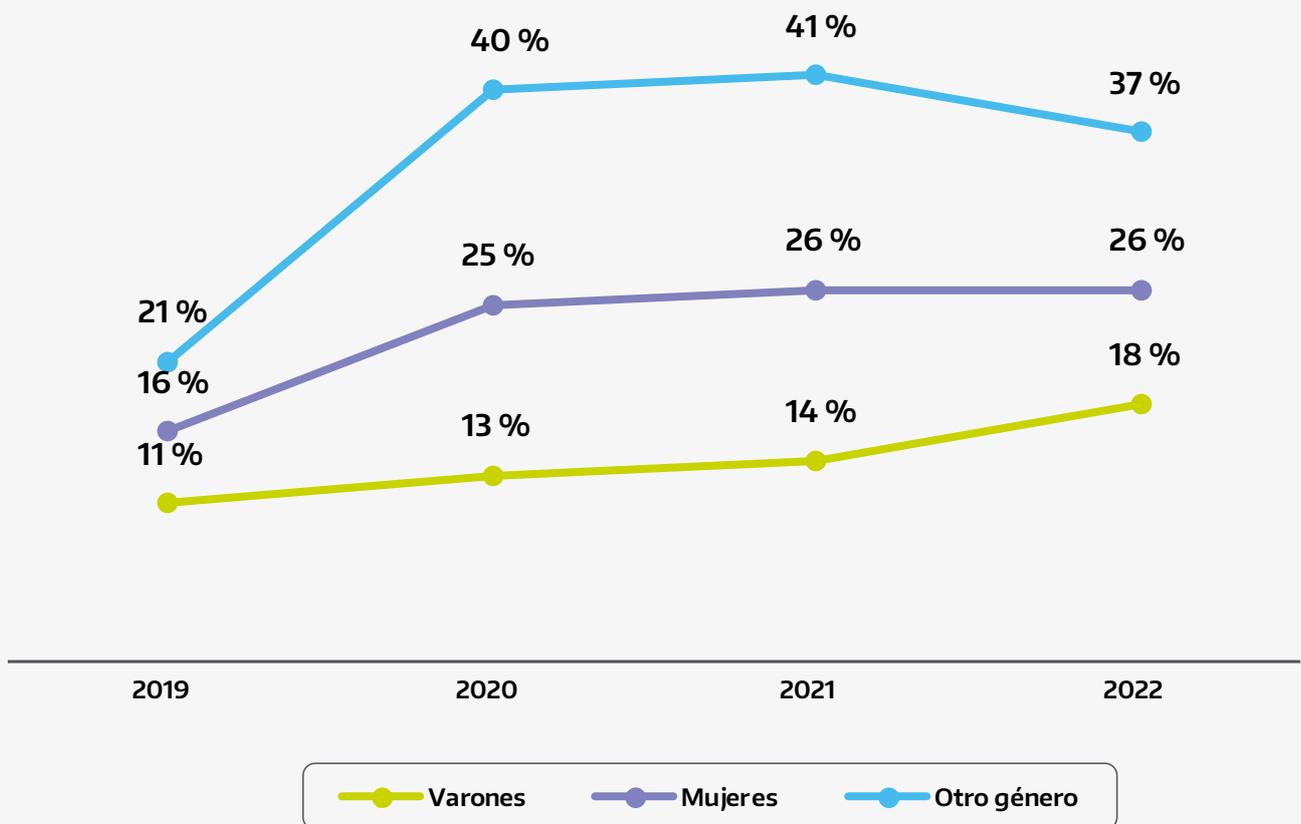


Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Cuando se analiza para cada género cómo evolucionó la proporción de asesoramientos con motivo “Salud mental” respecto al resto de motivos, se observa que el mayor incremento ocurrió entre quienes se autoperciben de otros

géneros, seguido por quienes se autoperciben varones, y en menor medida por quienes se autoperciben mujeres (Gráfico 4.3.) (Monitoreo Plan ENIA, 2019-2022).

◆ **Gráfico 4.3. Evolución del porcentaje de asesoramientos por motivo “Salud mental” según género autopercebido. ASIE-ENIA, 2019-2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Al analizar el desagregado de motivos incluidos en la categoría “Salud mental”¹¹ se observa que el motivo “Estados de ánimo, malestar

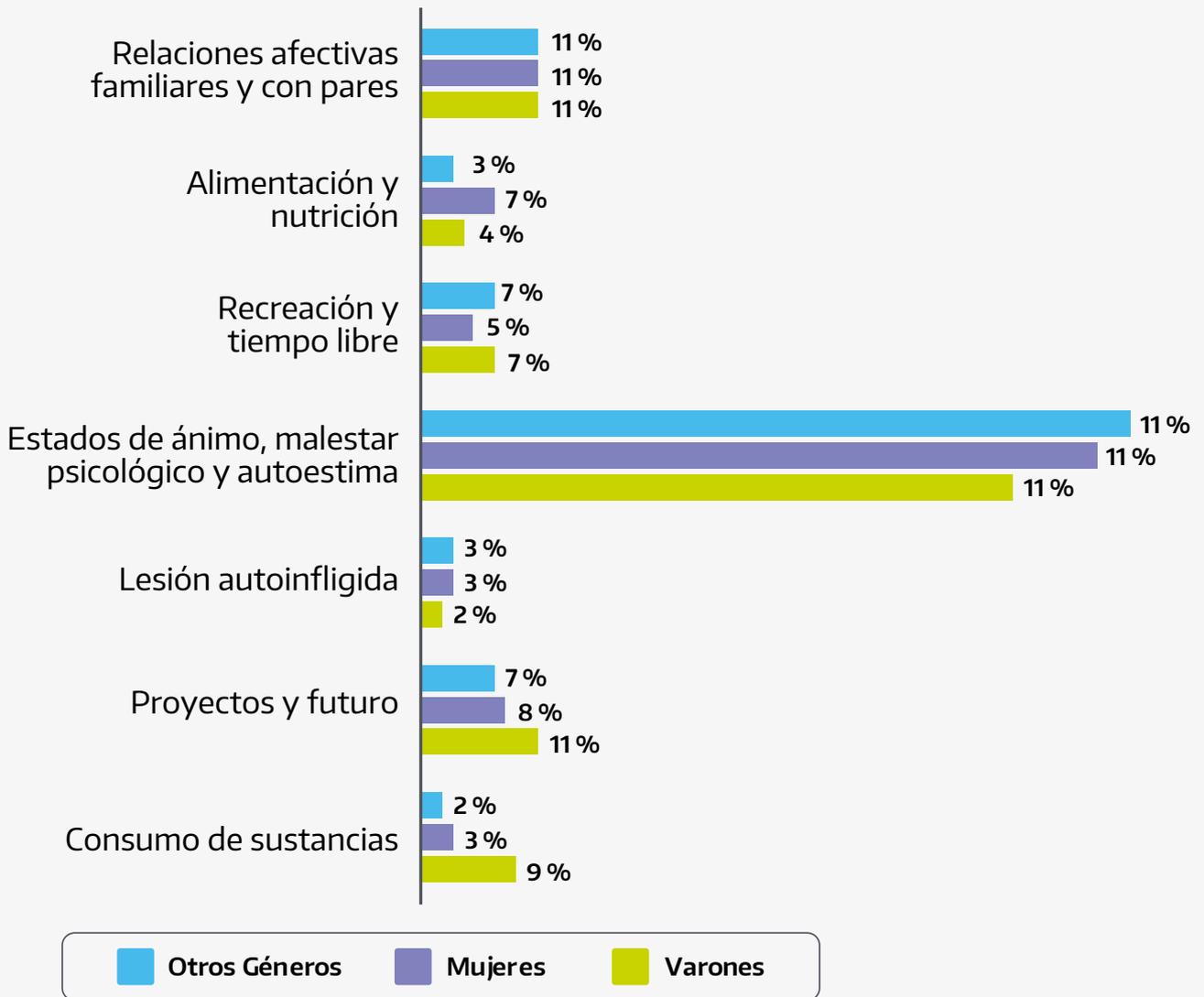
psicológico y autoestima” registra la mayor proporción de asesoramientos respecto del total “Salud mental”, tendencia que se observa

11. “Consumo de sustancias”; “Proyectos y futuro”; “Lesión autoinfligida”; “Estados de ánimo, malestar psicológico y autoestima”; “Recreación y tiempo libre”; “Alimentación y nutrición”; y “Relaciones afectivas, familiares y con pares”.

para todos los géneros (56 % varones, 64 % mujeres, 67 % otros géneros). El segundo motivo de consulta más frecuente para todos los géneros es “Relaciones afectivas, familiares

y con pares” (11 % varones, 11 % mujeres, 11 % otros géneros) (Gráfico 4.4.) (Monitoreo Plan ENIA 2018-2022).

Gráfico 4.4. Evolución del porcentaje de asesoramientos por motivo “Salud mental” según género autopercebido. ASIE-ENIA, 2019-2022.



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de asesoramientos acumulados incluidos en la categoría “Salud mental”, el motivo “Consumo de sustancias” es el único que registra mayor cantidad total de asesoramientos

entre quienes se autoperciben varones (1.242) respecto de quienes se autoperciben mujeres (756) y de otros géneros (13) (Tabla 4.1) (Monitoreo Plan ENIA, 2018-2022).

◆ **Tabla 4.1. Cantidad total de asesoramientos con motivo “Salud mental”, desagrupado según género. ASIE-ENIA, 2018-2022.**

	Consumo de sustancias	Proyectos y futuro	Lesión autoinfligida	Estados de ánimo, malestar psicológico y autoestima	Recreación y tiempo libre	Alimentación y nutrición	Relaciones afectivas familiares y con pares
Varón	1.242	1.461	231	7.456	962	471	1.403
Mujer	756	2.325	808	18.484	1.456	1.916	3.338
Otro	13	39	15	396	42	19	64

Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Sumar: prestaciones asociadas a salud mental

El Programa Sumar es una política pública del Ministerio de Salud de la Nación que promueve el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para la población que no posee cobertura formal en salud (obra social o prepaga), es decir, que dispone de cobertura pública exclusivamente.¹²

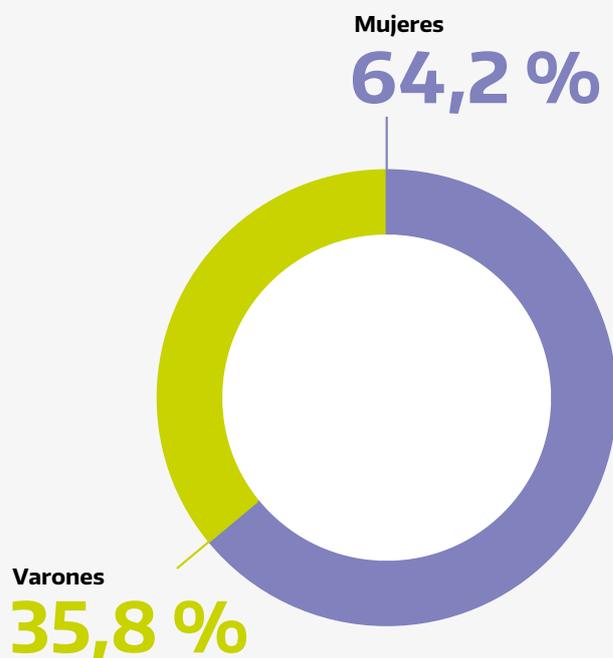
Las consultas por “Salud mental” registradas en el Programa Sumar y analizadas en este documento incluyen las siguientes prestaciones: “Consulta en salud mental”, “Consulta en domicilio por salud mental”, “Teleconsulta de salud mental” y “Tratamiento psicológico a víctima de maltrato” (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).



Al analizar las tres primeras prestaciones de manera agrupada para el rango de edad de 10 a 24 años durante año 2022 (11 % del total) según sexo, se observa que el 64,2 % corresponde a mujeres (Gráfico 4.5), proporción que es aún mayor para la prestación “Tratamiento psicológico a víctima de maltrato”, que registra 69,1 % de mujeres.

12. Más información sobre el Programa Sumar en el Capítulo 5 del presente documento.

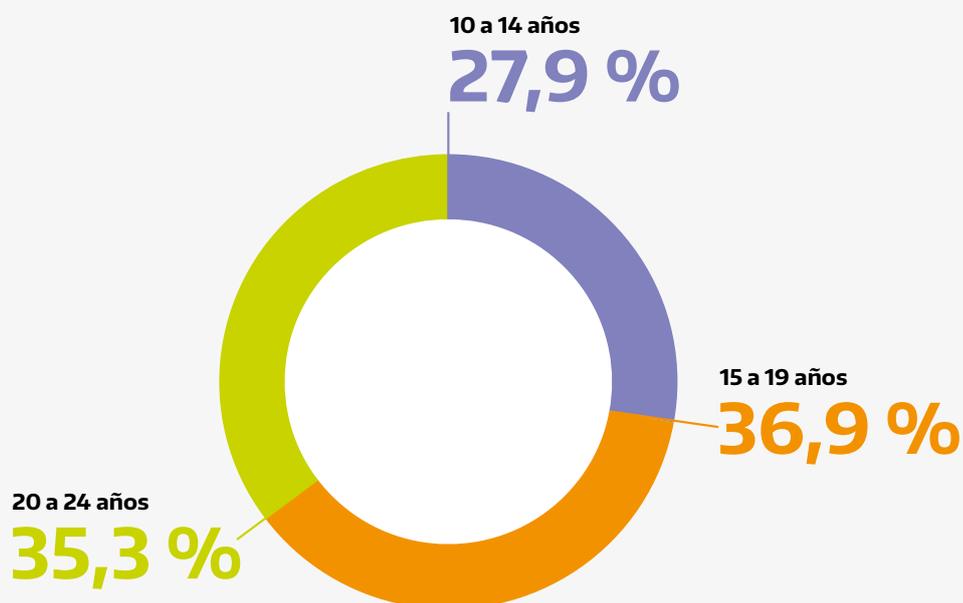
◆ **Gráfico 4.5. Consultas de salud mental según sexo para el rango de edad 10 a 24 años. Programa Sumar. Argentina, 2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa Sumar, 2022. Ministerio de Salud de la Nación.

Al observar la distribución de las consultas de salud mental según rango de edad, se puede observar que el 72 % se concentra en la población de entre 15 y 24 años, siendo similares las proporciones entre los rangos de 15 a 19 y 20 a 24 años (Gráfico 4.6). Inversamente, al analizar los registros de “Tratamiento psicológico a víctima de maltrato” según rango de edad, se encuentra que de un total de 2.018 casos, el 56,2 % corresponde a adolescentes de entre 10 y 14 años.

Gráfico 4.6. Distribución de consultas de salud mental según rango de edad. Programa Sumar. Argentina, 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa Sumar, 2022. Ministerio de Salud de la Nación.

Consumos de sustancias psicoactivas

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental incluye dentro del campo de la salud mental el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas legales e ilegalizadas.¹³ De esta manera, asegura a las personas con consumo problemático todos los derechos y las garantías establecidos en la ley en su relación con los servicios de salud (Artículo 4).



Esto implica un cambio de paradigma: dejar de concebir a los consumos de sustancias como una cuestión penal para considerarlos dentro del campo de la salud.

13. Se entiende por sustancias psicoactivas a aquellas que, ya sean legales o ilegalizadas, producen efectos sobre el sistema nervioso central, con la capacidad de modificar el estado de ánimo y la percepción.

Las adolescencias y juventudes son parte de una sociedad que promueve el consumo masivo y permanente como un modo de resolver malestares, de ratificar pertenencias y de afirmar realizaciones personales. En este contexto, las sustancias forman parte de prácticas sociales que suceden en diversos escenarios y con diferentes sentidos: sociales, grupales e individuales.

Las relaciones que las personas mantienen con las sustancias no son todas iguales. Existen diferentes formas de vincularse con ellas, que están determinadas por la interrelación entre el sujeto, la sustancia y el contexto. Para atender la complejidad de los consumos de sustancias es preciso considerar quién, qué, cómo, cuándo y dónde se consume (Goltzman, 2018:42). Esta mirada multidimensional es fundamental para no caer en enfoques reduccionistas que ponen el énfasis en el qué (la sustancia).¹⁴

Desde esta perspectiva, se comprende que “los consumos problemáticos de sustancias remiten a situaciones donde las formas de relación con las sustancias producen consecuencias negativas para la persona o su entorno, que pueden manifestarse como complicaciones físicas o psíquicas, afectar sus relaciones sociales, afectivas, el trabajo, el estudio y/o las relaciones con la ley. Esta situación puede ser transitoria o sostenerse en el tiempo” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2023:17).

En este sentido, lo problemático es una categoría situacional, determinada por la relación entre las dimensiones antes mencionadas (quién, qué, cómo, cuándo y dónde): “Lo problemático está en el modo subjetivo y social de vincularse con la sustancia, en el modo en que se configura la situación de consumo en general y en el potencial daño para sí mismo o para otras personas” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2023:17).



En el *Primer Diagnóstico Federal del CONSAJU* se destaca la prevalencia de una postura punitivista, estigmatizante y criminalizadora hacia las personas que consumen sustancias, especialmente cuando son jóvenes y pobres. En esta línea, se identifica la falta de una mirada interseccional para repensar los consumos y sus abordajes, además de políticas públicas y dispositivos que alojen y acompañen sin juzgar a adolescentes y jóvenes con problemas vinculados al consumo de sustancias (CONSAJU, 2021).

14. Las muertes relacionadas con el consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2019 se estimaron en 13.182 casos, representando el 16,3 % del total de las muertes registradas en este grupo etario. De estas muertes asociadas al consumo de drogas, un 70,4 % correspondió a varones. Es importante destacar que, del total de las muertes vinculadas al consumo de drogas, solo el 6,2 % puede atribuirse directamente a esta causa, mientras que el 93,8 % corresponde a muertes sólo parcialmente relacionadas con el consumo. En el total de estas muertes, ya sean directa o indirectamente atribuibles al consumo, la sustancia asociada a la mayor proporción de casos es el tabaco (80,8 % de las defunciones), seguida por el alcohol (17,9 %), mientras que los estupefacientes y las sustancias de uso indebido presentan frecuencias menores: 1,1 % y 0,2 % (SEDRONAR, 2021:8).

Asimismo, se señala que el acceso de adolescentes y jóvenes a dispositivos de salud para tratar consumos problemáticos está determinado por las posibilidades económicas. Se observa un vacío respecto a la atención de situaciones de crisis o urgencias vinculadas al consumo problemático, como también una articulación insuficiente entre diferentes dependencias del Estado para abordar la problemática de manera integral. También se resalta la falta de espacios de difusión, promoción de la salud y prevención de los consumos problemáticos, lo que dificulta el acceso a fuentes de información confiables (CONSAJU, 2021).

En las juventudes en situación de vulnerabilidad social se observan mayores barreras de acceso a espacios de salud y mayor exposición a situaciones de riesgo asociado al consumo, como por ejemplo consumir en situación de calle o consumir sustancias más dañinas de bajo costo. Además, si bien no es exclusivo de quienes están en situación de mayor vulnerabilidad, el abuso policial y otras formas de violencias ejercidas hacia jóvenes que usan drogas se expresan mayormente en quienes son más pobres (CONSAJU, 2021).



Por último, se visibilizan las desigualdades referidas a accesibilidad según géneros: casi la totalidad de quienes demandan, acceden y sostienen espacios de acompañamiento son varones cis. En adolescentes y jóvenes mujeres hay muchas dificultades para la enunciación de la problemática, para el acompañamiento y para la posibilidad de mantener espacios propios de cuidado que no estén vinculados a tareas domésticas ni al de cuidado de otras personas. La estigmatización que recae es doble: el estigma de consumidora de drogas asociado al ser mujer las ubica en situación de mayor vulnerabilidad que a los varones cis, y aumenta más si tienen hijos a cargo. Por su parte, el acceso a tratamiento de adolescentes y jóvenes LGBTIQ+ es casi nulo, y el estigma y la discriminación son aún mayores (CONSAJU, 2021).

ASIE-ENIA y Programa Sumar: asesoramientos y prestaciones asociadas a consumos

Según los datos de monitoreo ASIE-ENIA, entre 2018 y 2022 se duplicaron los casos cuyo motivo de asesoramiento es “Consumo de sustancias”, pasando de 139 a 316 respectivamente (Tabla 4.2).

A su vez, tal como se mencionó previamente, el motivo de asesoramiento “Consumo de sustancias” es el único en que las personas autopercibidas varones registran un mayor número de asesoramientos en relación a las mujeres, por lo que se considera que el abordaje de la

temática en el marco de las ASIE promueve el acceso de varones al cuidado de la salud.

Durante los años 2018 y 2019, cada dos varones que asistían a las asesorías por temas vinculados a consumos de sustancias, solo una mujer se acercaba por este motivo. A diferencia de esta tendencia, cada tres mujeres que asistían a asesorías a nivel general, solo un varón lo hacía. Durante los años de pandemia este comportamiento se modificó, volviendo a sus valores anteriores en 2022.

❖ **Tabla 4.2. Distribución de los asesoramientos por Salud Sexual y Reproductiva en escuelas secundarias según motivo desagregado de consulta y sexo asignado al nacer.**

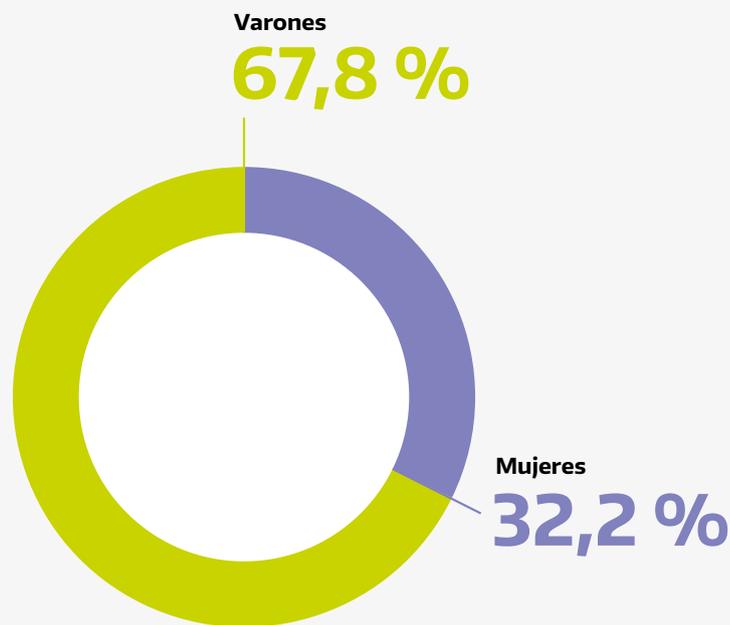
Año	Género	Motivo de consulta Consumo de Sustancias	Total de Motivos de consulta según género	% de Motivo de consulta Consumo de sustancias/ Total de Motivos de consulta según género
2018	Mujeres	46	12.958	0,35
2018	Varones	91	4.718	1,93
2018	Otro	2	248	0,81
2019	Mujeres	270	73.991	0,36
2019	Varones	530	26.694	1,99
2019	Otro	5	598	0,84
2020	Mujeres	79	26.367	0,30
2020	Varones	98	5.461	1,79
2020	Otro	0	224	0,00
2021	Mujeres	58	38.907	0,15
2021	Varones	79	8.319	0,95
2021	Otro	3	266	1,13
2022	Mujeres	118	45.055	0,26
2022	Varones	197	13.483	1,46
2022	Otro	1	313	0,32

Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ENIA, Tabulados de 2018 a 2022.

Por otro lado, al considerar el total de prestaciones registradas en el Programa Sumar durante 2022 según sexo para el rango de edad de 10 a 24 años, se encuentra que el 61,1 % remite a mujeres.

Sin embargo, cuando se analizan las prestaciones asociadas a consultas de urgencias y seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas¹⁵, se observa que esta relación se invierte, registrando los varones el 67,8 % del total (Gráfico 4.7).

◆ **Gráfico 4.7. Consultas asociadas a consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia y seguimiento) para el rango de 10 a 24 años según sexo. Argentina, 2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa Sumar, 2022.



A su vez, se registra una mayor proporción de prestaciones vinculadas a consumos a medida que avanza la edad.

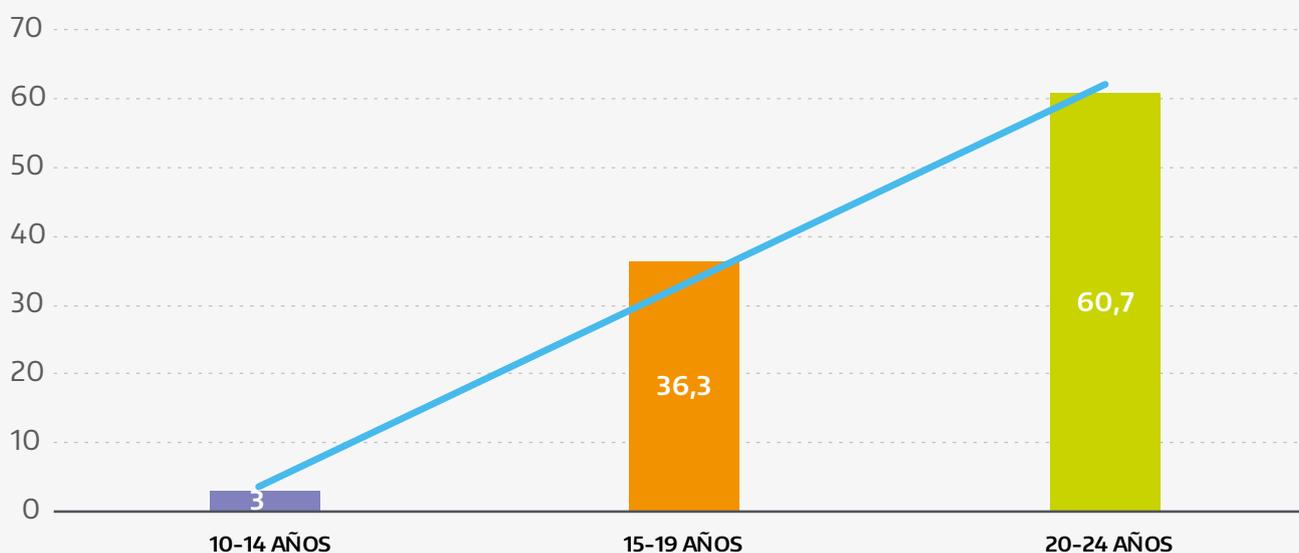
15. El análisis de las prestaciones asociadas a consumos del Programa Sumar incluye de manera agrupada: "Consulta de urgencia por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas", "Consulta de urgencia en domicilio por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas", "Consulta de seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas", "Consulta de seguimiento en domicilio por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas" y "Teleconsulta de seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas".

Encuesta Mundial de Salud Escolar

En este sentido, del total de consultas (urgencia y seguimiento) por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas, el 60,7 % corresponden al rango de edad de 20 a 24 años, el 36,3 % al rango de 15 a

19 años, mientras que el 3 % se asocia al rango de 10 a 14 años (Gráfico 4.8). De este modo, el abordaje de los consumos dentro de las políticas de salud integral resulta relevante desde la adolescencia temprana hasta la juventud.

◆ **Gráfico 4.8. Consultas asociadas a consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia y seguimiento) según rango de edad. Argentina, 2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa Sumar, 2022.

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) tiene como objetivo proporcionar datos sobre aspectos sociodemográficos y diversos temas relativos a la salud de estudiantes de nivel secundario. Realizada en los años 2007, 2012 y 2018, la EMSE utiliza un protocolo estándar para los distintos países, incluyendo Argentina.¹⁶

Al analizar los datos de la EMSE en sus tres ediciones, se observa una leve variabilidad en

el consumo general de drogas. En 2007, el 9% de los estudiantes reportó haber consumido drogas alguna vez en su vida, aumentando ligeramente a 10% en 2012, y manteniéndose estable en 2018. En cuanto al consumo específico de marihuana, éxtasis y anfetaminas o metanfetaminas, incorporados en el estudio de la EMSE a partir del 2012, los porcentajes se mantienen relativamente estables o muestran un ligero descenso entre 2012 y 2018.

16. Más información en el Anexo: Fuentes relevadas del presente documento.



En ambas ediciones, más de la mitad de los estudiantes que dijeron consumir drogas lo hicieron antes de los 14 años, aunque este porcentaje descendió de 62 % en 2012 a 54,6 % en 2018.

Se observa, además, una diferencia en los patrones de consumo de drogas entre varones y mujeres, siendo mayor la cantidad de varones que consumen que la de mujeres. Sin embargo, mientras que en 2007 y 2012 se observan mayores diferencias en los niveles de consumo entre estudiantes varones y mujeres que consumieron drogas alguna vez en su vida, los datos de 2018 indican una mayor aproximación registrando el porcentaje total de estudiantes un 9,8%, que se distribuye entre varones un 10,2% y en mujeres 9,2%. El consumo de ma-

rihuana entre varones disminuyó de 10,6 % en 2012 a 8,4 % en 2018 mientras que, inversamente, aumentó entre mujeres de 6,5 % a 7,9 % en el mismo periodo. En relación al consumo de éxtasis y anfetaminas o metanfetaminas, también es mayor la proporción de varones que consumen a la de las mujeres. No obstante, los varones disminuyeron su consumo entre los años 2012 y 2018 y los porcentajes de población que consumió estas drogas en 2018 se acercaron entre ambos sexos.



Estos datos reflejan una tendencia hacia la convergencia en los patrones de consumo de drogas entre varones y mujeres en el rango de entre 13 a 15 años (Tabla 4.3)

❖ **Tabla 4.3. Indicadores de consumo de drogas entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE. Argentina; 2007, 2012, 2018.**

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Porcentaje de estudiantes que consumieron drogas alguna vez en su vida	9	11,6	6,7	10	12,1	8	9,8	10,2	9,2
Porcentaje de estudiantes que usaron drogas antes de los 14 años (por primera vez entre quienes consumieron drogas)	-	-	-	62	61,8	61,7	54,6	56,7	52,2

◊ **Tabla 4.3 (continuación). Indicadores de consumo de drogas entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE. Argentina; 2007, 2012, 2018.**

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana (una o más veces en su vida)	-	-	-	8,4	10,6	6,5	8,2	8,4	7,9
Porcentaje de estudiantes que consumieron éxtasis (una o más veces durante su vida)	-	-	-	2,7	3,5	1,9	2,4	2,7	2,1
Porcentaje de estudiantes que consumieron anfetaminas o metanfetaminas (una o más veces en su vida)	-	-	-	2,4	3,1	1,6	2	2,1	1,8

Fuente: Elaboración propia en base a EMSE 2018.

Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) desarrollaron en conjunto la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPraC). El objetivo general del estudio fue obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en

la población urbana de 16 a 75 años, los diferentes patrones de uso y el perfil sociodemográfico de las personas consumidoras.¹⁷

17. La Encuesta de Consumos y Prácticas de Cuidado se realizó entre julio y octubre de 2022 a personas de entre 16 y 75 años de edad residentes de las localidades urbanas de 2.000 y más habitantes. El estudio se aplicó sobre la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del tercer trimestre de 2022 (INDEC y SEDRONAR, 2023).

Esta encuesta presenta, por un lado, datos sobre la prevalencia,¹⁸ la incidencia y la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas¹⁹; por otra parte, información sobre los factores del contexto en el que se produce el consumo: el lugar o la situación, con quién y cuáles son los motivos por los que se consume, la percepción de riesgo de las personas consumidoras, y la información que la población en general tiene sobre el consumo de drogas (INDEC y SEDRONAR, 2023).

En relación al consumo de alcohol,²⁰ la ENCoPraC muestra que la edad media de inicio en la población de 16 a 75 años fue a los 18 años. En el caso de los varones la edad promedio desciende a 17 años. (INDEC y SEDRONAR, 2023:13).

La encuesta indica además que tres de cada cuatro adolescentes de 16 a 19 años consumieron alcohol al menos una vez en su vida, mientras que entre jóvenes de 20 a 24 años nueve de cada diez lo hicieron.



Al consultar por los últimos 30 días, el consumo desciende al 45% en el primer grupo (adolescentes) y a 60 % en el caso del segundo grupo (jóvenes). En ambos casos las situaciones o lugares más frecuentes son los bares, boliches o casas de amigos o parejas²¹. Es decir que el consumo de alcohol en estos grupos poblacionales se produce principalmente a nivel social (Gráfico 4.9). Ambos grupos identifican el placer o la curiosidad como principal motivo de consumo de alcohol (Gráfico 4.10).

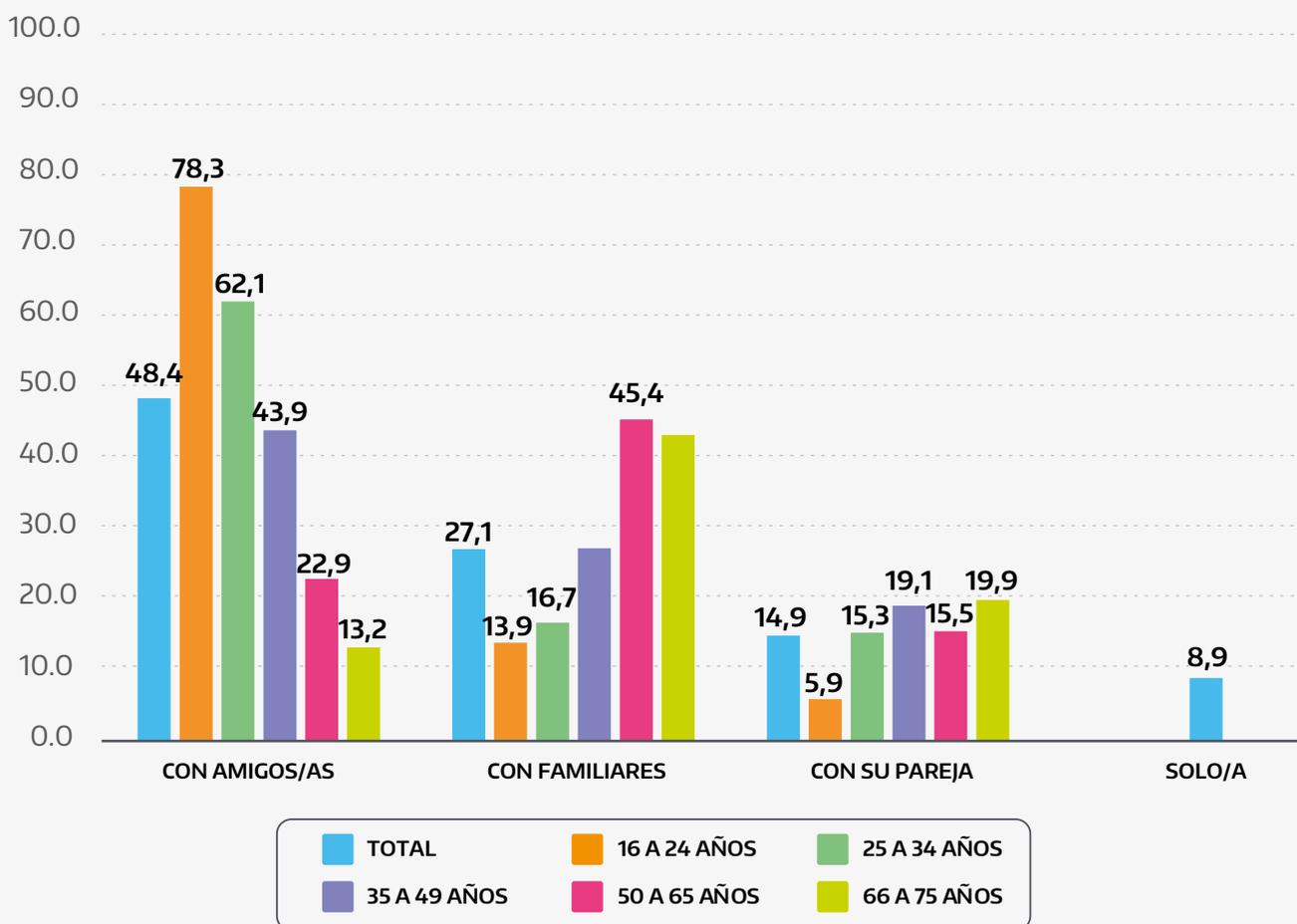
18. “Prevalencia de vida (o global): porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia al menos una vez en su vida. Incluye a todas las personas usuarias, sin distinción de quienes consumieron para experimentar, quienes son dependientes, o quienes lo fueron, pero ya no consumen. Prevalencia anual: porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia en el último año (o en los últimos 12 meses). Prevalencia mensual: porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia en el último mes (o en los últimos 30 días). Tanto la prevalencia anual como la prevalencia mensual pueden asociarse al consumo reciente o frecuente.” (INDEC y SEDRONAR, 2021:11).

19. “La edad del primer consumo (o edad de inicio) se expresa en los años que tenía la persona cuando consumió una determinada sustancia por primera vez.” (INDEC y SEDRONAR, 2021:11)

20. Incluye bebidas tales como vino, cerveza, whisky, ron, vodka, tequila, gin, fernet, vermut, licor y otras que contengan alguna sustancia con graduación alcohólica en su composición.

21. Fuente: Paquete de datos de la ENCoPraC elaborado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD-SEDRONAR) para el presente documento a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu).

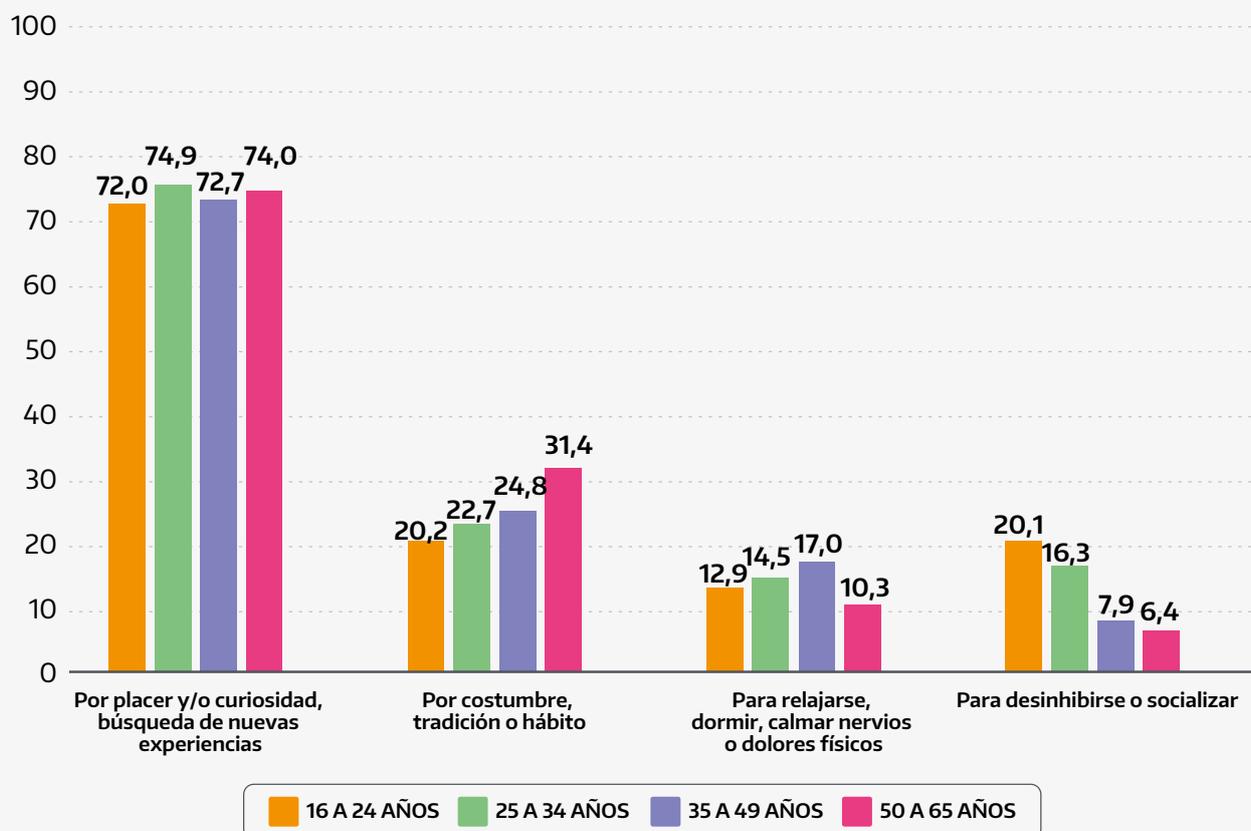
Gráfico 4.9. Porcentaje de personas que consumen alcohol, según la compañía más frecuente, por tramos de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos, 2022.



Nota: refiere a la población que consumió alcohol en el último mes. Se presentan sólo las categorías que registran el mayor número de respuestas. Los valores correspondientes a las siguientes categorías deben ser considerados con precaución: "con amigos/as" (tramo etario de 66 a 75 años); "con familiares" (tramo etario de 16 a 24 años); "con su pareja" (tramos etarios de 16 a 24 años y de 66 a 75 años) (ver Anexo I. Metodología de la ENCoPrac 2022).

Fuente: INDEC y SEDRONAR, 2023:19

Gráfico 4.10. Porcentaje de personas que consumen alcohol, según motivos para hacerlo, por tramos de edad. Población de 16 a 65 años. Total 31 aglomerados urbanos, 2022.



Nota: refiere a la población que consumió alcohol en el último mes. Se presentan sólo las categorías que registran el mayor número de respuestas. Cada persona puede responder más de un motivo. Los valores correspondientes a las siguientes categorías deben ser considerados con precaución: "para relajarse, dormir, calmar nervios o dolores físicos" (tramos etarios de 16 a 24 años y 50 a 65 años); "para desinhibirse o socializar" (tramo etario de 50 a 65 años) (ver Anexo I. Metodología de la ENCoPraC 2022). Fuente: INDEC y SEDRONAR, 2023:21.

Con relación al consumo de tabaco, la encuesta muestra que la edad media de inicio en la población de 16 a 75 años se registró a los 17 años, sin encontrarse diferencias significativas según sexo. (INDEC y SEDRONAR, 2023:24).

Si bien el 22 % de adolescentes entre 15 y 19 años y el 36 % de jóvenes de 20 a 24 refieren haber consumido tabaco alguna vez en su vida, estas proporciones disminuyen al consultar

sobre consumo anual y mensual, dando cuenta de una baja proporción de consumo habitual de tabaco entre la población adolescente y joven.²²

Por último, con relación al consumo de marihuana, la encuesta muestra que la edad media de inicio en la población de 16 a 75 años se registró a los 20 años. En el caso de los varones la edad media de inicio fue de 19 y en las mujeres, 21 años (INDEC y SEDRONAR, 2023:13).

22. Fuente: Paquete de datos de la ENCoPraC elaborado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD-SEDRONAR) para el presente documento a instancias de la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu).

Bibliografía

Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil [CONSAJU] (2021). *Primer Diagnóstico Federal*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/diagnostico-consaju>

Goltzman, P. (2018). *Ideas poderosas: producción de salud y cuidado en el uso de drogas con adolescentes*. Intercambios Asociación Civil. <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Ideas-poderosas.pdf>

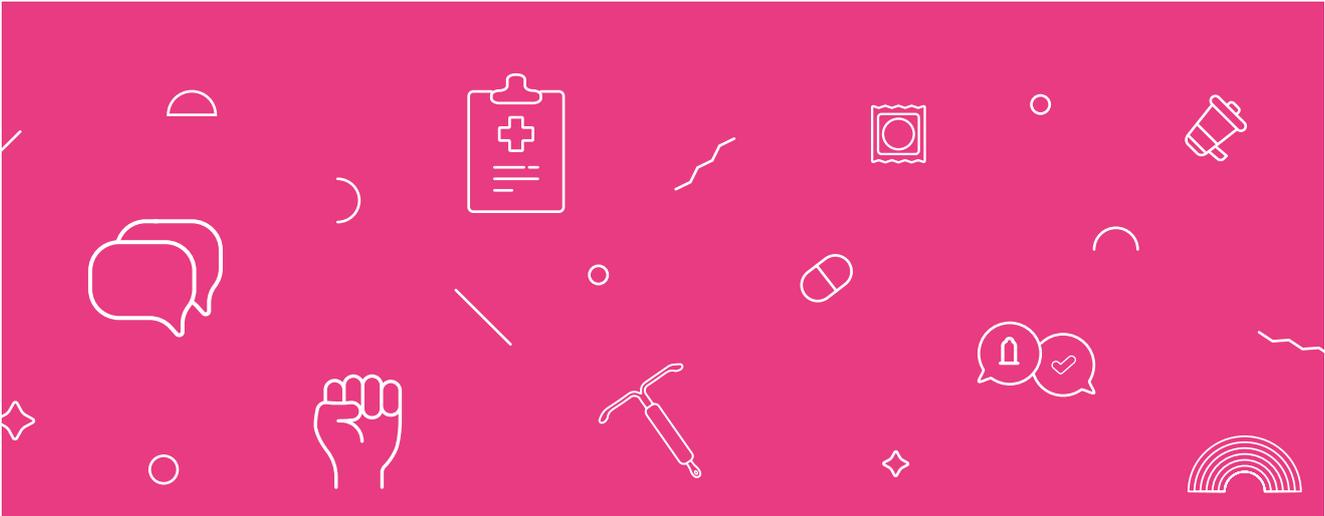
Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] y Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR] (2023). *Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPraC)*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/informeoad2019final_1.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Plan de servicios de salud. Programa Sumar*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-de-servicios-de-salud-del-programa-sumar>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023). *Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires*. Intercambios Asociación Civil, Consejo Federal de Inversiones. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/09/Guía-para-un-Abordaje-Integral-de-los-Consumos-Problemáticos-en-el-Sistema-de-Salud-de-la-Provincia-de-Buenos-Aires-digital.pdf>

Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia ENIA [Plan ENIA] (2023). *Informe Anual de Monitoreo 2022*. Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Ministerio de Desarrollo Social. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Informe_MonitoreoEnia_ANUAL_2022_1172023.pdf

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR] (2021). *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2019*. Observatorio Argentino de Drogas. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/informeoad2019final_1.pdf



Sistema de salud, acceso y participación de adolescentes y jóvenes

5

Abordar la situación de salud de adolescentes y jóvenes en Argentina implica atender la cobertura y oferta de servicios de salud, y analizar las estrategias para promover el acceso y la participación¹ de adolescentes y jóvenes.

Se entiende a la salud como un proceso dinámico, que no implica la ausencia de enfermedad ni tampoco una relación unicausal entre los fenómenos biológicos y las responsabilidades individuales por la “falta” de cuidado personal.



La salud es un campo en tensión donde se juegan diversas dimensiones que la atraviesan y construyen constantemente. La incorporación de la dimensión procesual y relacional y la priorización de la dimensión de los cuidados en la construcción de la salud y la enfermedad son claves para correrse de prácticas centradas exclusivamente en la enfermedad (Stolkiner y Ardila-Gómez, 2012).

En ese sentido, “el cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es intersectorial y, en cambio, la atención deviene no sólo fácilmente en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos” (Michalewicz et al., 2014:220).

Por otra parte, el enfoque de curso de vida entiende a las comunidades y sus integrantes como un todo, y a sus vidas y su salud como un trayecto continuo, indivisible en etapas, donde lo que sucede en un momento se ve afectado

por lo que sucedió antes y que a su vez, dejando a su vez huellas para el futuro (DiNACuV, 2022). Al mismo tiempo, los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales determinan las vidas individuales y de los grupos. Por eso, las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan impactan sobre su salud (DiAJu, 2023a).

Desde estas perspectivas se aborda la cobertura de salud, la oferta de servicios y el acceso al derecho a la salud integral de adolescentes y jóvenes.

1. Se entiende como participación al involucramiento de adolescentes y jóvenes, así como también de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), en el diseño e implementación de políticas públicas de salud adolescente y juvenil. Esta perspectiva se desarrolla en el apartado “Acceso y participación de adolescentes y jóvenes” del presente capítulo. Para más información ver DiAJu, 2023e.



La cobertura universal de salud refiere a que todas las personas y comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras (OPS, s/f). El acceso equitativo a los servicios de salud significa que deben alcanzar a aquellas personas que por razones económicas, sociales o por otras causas de vulnerabilidad no han tenido acceso a un cuidado integral y de calidad de su salud.

Algunas causas de la profundización en las desigualdades en el acceso a la salud de adolescentes y jóvenes son la fragmentación del sistema de salud —con poca o nula interrelación entre los subsistemas—, la heterogeneidad en la oferta de servicios y la inequidad en la cobertura.(DiAJu, 2023a).

Entre los factores que pueden obstaculizar el acceso a la salud se destacan aquellos vinculados al sistema: geográficos (accidentes geográficos, barreras construidas por las personas), económicos (falta de dinero para transporte o compra de medicamentos), administrativos (horarios no apropiados y/o insuficientes, falta de turnos), la capacitación inadecuada del equipo de salud (falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad, prejuicios o falta de información sobre las adolescencias

y juventudes), y la existencia de ámbitos no diferenciados para adolescentes. Además, se imponen obstáculos adicionales sobre el acceso a la salud de la población adolescente en particular: la desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, sobre la existencia de espacios para la atención integral de adolescentes, o sobre sus derechos; el temor a ser vistos por alguna persona conocida; el temor al estigma y la discriminación; la imposición de los valores morales o a la falta de privacidad y de confidencialidad.



Al definir accesibilidad habitualmente se la considera como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Pero analizarla desde el marco de la oferta invisibiliza a la población adolescente y juvenil como constructora de accesibilidad. La accesibilidad puede ser pensada como una relación que se produce entre sujetos y servicios de salud. Durante este proceso de encuentros y desencuentros es clave la participación para lograr incluir las experiencias de adolescentes y jóvenes en cada estrategia y mejorar el acceso (Comes et al., 2007).

La provisión de servicios para las adolescencias y juventudes exige escuchar las demandas que estos grupos poblacionales tienen en relación con la oferta de servicios y el modelo de atención. El acceso a una salud integral y de calidad se efectiviza en la medida en que las prácticas

conocen y garantizan derechos concretos, recuperando la diversidad de voces y miradas. En este sentido, las representaciones, discursos y prácticas (cómo entienden y viven “la enfermedad”, “el riesgo”, “la salud”) deben ser necesariamente consideradas.



Poder acompañar a adolescentes y jóvenes requiere un proceso de atención longitudinal, contemplar las diversidades y desigualdades de clase social, étnica, funcional, cognitiva, idiomática, religiosa, ideológica, sexual y de expresión e identidad de género, desde un enfoque de derechos, de participación, e incluyendo el modelo social de la discapacidad.

El gran desafío es lograr espacios de salud inclusivos y respetuosos de las diferentes realidades y diversidades.

Cobertura de salud

La estructura del sistema de salud en Argentina se propone brindar acceso y cobertura universal, pero enfrenta desafíos significativos en términos de equidad. Aunque la protección financiera es universal, se aplica de manera desigual. La organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional (Cetrángolo y Goldschmit, 2011). Existe, por lo tanto, un grupo de la población que tiene coberturas múltiples y de diferentes calidades por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada.

El sistema está conformado por una provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. La población cubierta por el sector público comprende al 100 % de la población argentina que, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (INDEC), asciende a casi 46 millones de habitantes.

De acuerdo con los datos del Censo Nacional 2022, respecto al tipo de cobertura de salud, se observa que el 54,6 %, de la población entre los 10 y 19 años, que comprende a 3.925.182 personas, cuenta con obra social o prepaga. Esta proporción disminuye en el grupo de edad de 20 a 24 años, alcanzando el 44 %. Esta disminución puede atribuirse a una combinación de factores, tales como la mayoría de edad, donde muchos pueden perder la cobertura asociada a grupo familiar de origen. Además, el empleo precario y/o informal o de medio tiempo, a me-

nudo no ofrece cobertura de salud. Asimismo, la percepción de menor riesgo de enfermedad, el desconocimiento sobre cómo obtener cobertura y las barreras de acceso, también pueden explicar dicha reducción de cobertura formal.

A nivel provincial se reflejan las diferencias territoriales que traen aparejadas las desigualdades en el desarrollo económico, las cuales se reflejan en los sistemas sanitarios de cada jurisdicción, acentuando aún más las brechas en la equidad. Las dificultades en la integración de las redes de atención, los sistemas de información y los esquemas de financiamientos a nivel horizontal y vertical ejercen un diferencial negativo sobre el desempeño de los sistemas provinciales (MSAL 2022). En la tabla 5.1, se observa que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Tierra del Fuego y Santa Cruz, provincias con alto nivel de ingresos, exhiben también altos porcentajes de cobertura formal, mientras que Santiago del Estero, Formosa y Chaco poseen desafíos económicos más amplios, como altas tasas de empleo informal y un menor desarrollo relativo (Cetrángolo-Goldschmit 2018). CABA se destaca en cuanto a la cobertura de prepaga, lo que se asocia a un mayor ingreso per cápita, a un mayor nivel de empleo formal y a una mayor oferta de servicios de salud por habitante (Cetrángolo-Goldschmit 2018; ENAPROSS 2015, REFES).

Por último, Formosa, Santiago del Estero y Chaco muestran una mayor dependencia del sistema público de salud, lo que podría indicar la necesidad de fortalecer los mecanismos de coordinación y redistribución para reducir las ineficiencias y desigualdades del sistema (Tabla 5.1).

❖ **Tabla 5.1. Distribución provincial de cobertura de salud según rango etario entre 10 y 24 años. Jurisdicciones. Argentina, 2022.**

	Tipo de cobertura de salud			No tiene obra social, prepaga ni plan estatal
		Obra social o prepaga (incluye PAMI)	Programas o planes estatales de salud ²	
Total	10-14	55 %	4 %	41 %
	15-19	54 %	3 %	42 %
	20-24	44 %	3 %	54 %
Buenos Aires	10-14	56 %	3 %	41 %
	15-19	56 %	3 %	41 %
	20-24	45 %	2 %	52 %
CABA	10-14	77 %	3 %	20 %
	15-19	77 %	3 %	21 %
	20-24	70 %	2 %	28 %
Catamarca	10-14	56 %	3 %	41 %
	15-19	55 %	3 %	42 %
	20-24	30 %	2 %	69 %
Chaco	10-14	36 %	4 %	60 %
	15-19	34 %	4 %	62 %
	20-24	25 %	3 %	72 %
Chubut	10-14	70 %	3 %	27 %
	15-19	68 %	3 %	29 %
	20-24	48 %	2 %	49 %
Córdoba	10-14	56 %	3 %	41 %
	15-19	56 %	2 %	41 %
	20-24	51 %	2 %	47 %
Corrientes	10-14	41 %	12 %	47 %
	15-19	39 %	9 %	52 %
	20-24	28 %	7 %	65 %

2. El INDEC decidió que para asegurar el criterio de comparabilidad de los datos censales 2001, 2010 y 2022, la categoría planes estatales de salud se suma a la tenencia de obra social y prepaga. Asimismo se definió a "Programas o planes de salud estatales nacionales" –como el Incluir Salud o el programa SUMAR–, provinciales, municipales entre otros, que otorga derecho a atención médica mediante la inscripción en un padrón.

❖ **Tabla 5.1 (continuación). Distribución provincial de cobertura de salud según rango etario entre 10 y 24 años. Jurisdicciones. Argentina, 2022.**

	Tipo de cobertura de salud			No tiene obra social, prepaga ni plan estatal
		Obra social o prepaga (incluye PAMI)	Programas o planes estatales de salud ²	
Entre Ríos	10-14	56 %	3 %	40 %
	15-19	56 %	2 %	42 %
	20-24	41 %	2 %	56 %
Entre Ríos	10-14	56 %	3 %	40 %
	15-19	56 %	2 %	42 %
	20-24	41 %	2 %	56 %
Formosa	10-14	32 %	4 %	64 %
	15-19	30 %	4 %	66 %
	20-24	20 %	3 %	77 %
Jujuy	10-14	50 %	4 %	46 %
	15-19	48 %	4 %	48 %
	20-24	29 %	3 %	69 %
La Pampa	10-14	54 %	7 %	39 %
	15-19	55 %	6 %	39 %
	20-24	43 %	6 %	51 %
La Rioja	10-14	53 %	4 %	43 %
	15-19	53 %	4 %	44 %
	20-24	37 %	3 %	60 %
Mendoza	10-14	53 %	3 %	44 %
	15-19	54 %	3 %	44 %
	20-24	41 %	2 %	56 %
Misiones	10-14	41 %	7 %	52 %
	15-19	40 %	6 %	54 %
	20-24	31 %	5 %	64 %
Neuquén	10-14	65 %	3 %	31 %
	15-19	63 %	3 %	34 %
	20-24	47 %	3 %	50 %
Rio Negro	10-14	61 %	4 %	36 %
	15-19	59 %	3 %	38 %
	20-24	40 %	3 %	57 %

📌 **Tabla 5.1 (continuación). Distribución provincial de cobertura de salud según rango etario entre 10 y 24 años. Jurisdicciones. Argentina, 2022.**

	Tipo de cobertura de salud			No tiene obra social, prepaga ni plan estatal
		Obra social o prepaga (incluye PAMI)	Programas o planes estatales de salud ²	
Salta	10-14	44 %	5 %	51 %
	15-19	43 %	4 %	52 %
	20-24	31 %	3 %	65 %
San Juan	10-14	48 %	3 %	49 %
	15-19	46 %	3 %	51 %
	20-24	32 %	2 %	66 %
San Luis	10-14	56 %	5 %	39 %
	15-19	52 %	4 %	44 %
	20-24	37 %	3 %	60 %
Santa Cruz	10-14	78 %	9 %	12 %
	15-19	75 %	9 %	16 %
	20-24	49 %	11 %	39 %
Santa Fe	10-14	59 %	3 %	38 %
	15-19	58 %	3 %	39 %
	20-24	51 %	3 %	47 %
Santiago del Estero	10-14	33 %	3 %	64 %
	15-19	30 %	3 %	67 %
	20-24	20 %	3 %	77 %
Tierra del Fuego	10-14	77 %	13 %	10 %
	15-19	73 %	12 %	15 %
	20-24	54 %	13 %	33 %
Tucumán	10-14	59 %	5 %	36 %
	15-19	58 %	5 %	37 %
	20-24	47 %	4 %	49 %

Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2022, INDEC.

Inversión social en salud adolescente

Según el estudio sobre inversión social orientada a niñez y adolescencia en Argentina, para el rango de edad adolescente de entre 12 y 17 años, y para el período 2019-2021, es posible identificar y cuantificar la inversión estatal orientada a este segmento poblacional. (Secretaría de Política Económica y UNICEF, 2023). El análisis de los datos del Gasto Público Social dirigido a la Adolescencia (GPSdA) desde 2019 hasta 2021 revela una tendencia ascendente en la inversión nominal, pasando de 556.699 millones de pesos en 2019 a 1.267.123 millones en 2021. En términos per cápita para

la población de 12 a 17 años, la inversión para el 2021 fue de 298.644 pesos. Al desagregar la información, se observa que en los diferentes años la categoría educación es la de mayor inversión, correspondiendo al 60 % en 2019 y disminuyendo hasta el 53,6 % en 2021. Considerando este último año, le siguen en proporción del gasto público: ayuda directa, que representa el 14 %, obras sociales con el 10 % y salud con el 9,6 %, mientras que el resto de las categorías representan una proporción inferior al 5 % (Tabla 5.2).

❖ **Tabla 5.2. Gasto público social dirigido a la adolescencia del sector público nacional y provincial según categoría de gasto. En millones de pesos y estructura porcentual. Argentina, 2019-2021.**

Categoría	2019		2020		2021	
	Mill. de \$	%	Mill. de \$	%	Mill. de \$	%
Ayuda directa	67.406,1	12,1	140.834,6	17,0	177.834,0	14,0
Condiciones de vida	17.573,3	3,2	17.324,9	2,1	61.668,2	4,9
Deporte, recreación y cultura	4.987,3	0,9	4.839,5	0,6	11.064,4	0,9
Desarrollo e integración	5.918,2	1,1	7.908,6	1,0	12.614,9	1,0
Educación	333.939,8	60,0	448.780,3	54,1	678.668,1	53,6
Nutrición y alimentación	9.997,9	1,8	30.735,1	3,7	49.705,5	3,9
Protección del adolescente	6.623,3	1,2	8.524,2	1,0	13.572,8	1,1

❖ **Tabla 5.2 (continuación). Gasto público social dirigido a la adolescencia del sector público nacional y provincial según categoría de gasto. En millones de pesos y estructura porcentual. Argentina, 2019-2021.**

Categoría	2019		2020		2021	
	Mill. de \$	%	Mill. de \$	%	Mill. de \$	%
Salud	41.909,5	7,5	73.321,7	8,8	121.831,8	9,6
Obras Sociales	62.691,1	11,3	89.738,4	10,8	126.954,6	10,0
Ciencia y técnica	4.019,4	0,7	5.206,8	0,6	9.153,0	0,7
Servicios Urbanos	1.632,8	0,3	2.274,4	0,3	4.055,9	0,3
Total general	556.698,7	100	829.488,8	100	1.267.123,3	100

Fuente: Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos, Ministerio de Economía de la Nación.

Oferta de servicios de salud y condiciones de salud prioritarias

El Programa Médico Obligatorio (PMO)³ y algunas de las leyes ampliatorias de cobertura no hacen mención específica a la población adolescente, sin embargo en Argentina existe un amplio marco normativo que garantiza el derecho a la salud de esta población (ver Anexo: marco normativo).

El Programa Sumar es una política pública creada en 2012 destinada a la población que

no posee cobertura formal en salud, para ampliar progresivamente las edades de cobertura del Plan Nacer (orientado a la población materno-infantil desde 2004). Inicialmente incorporó al grupo poblacional de 10 a 19 años y mujeres de 20 a 64 años; luego, en el 2015, a varones de 20 a 64 años y finalmente a personas mayores en el año 2020.

3. El PMO contiene un conjunto de prestaciones que constituyen el piso mínimo de cobertura en salud que deben ofrecer los agentes del seguro nacional (obras sociales nacionales) y empresas de medicina prepaga. Creado en 1995, sufrió numerosas modificaciones y, actualmente, está regulado por la resolución 1991/2005 y sus normas modificatorias.

Este programa se caracteriza por la incorporación de herramientas innovadoras en la gestión pública de salud al contar con su población inscrita, nominalizada y con un paquete de prestaciones denominado Plan de Servicios de Salud (PSS). El PSS incluye un conjunto de prestaciones organizadas por línea de cuidado que intentan dar respuesta a las principales condiciones de salud en cada grupo poblacional, y al mismo tiempo fortalecer las estrategias del Ministerio de Salud de la Nación en cuanto al abordaje de las condiciones de salud consideradas prioritarias (Ministerio de Salud de la Nación, 2020; DiAJu y UNICEF, 2023).

El documento “Paquetes prestacionales de salud para adolescentes. Directrices de diseño e implementación”, aprobado por Resolución

ministerial N° 1352/2023⁴, establece lineamientos y prestaciones priorizadas. Estas directrices permiten a decisores, gestores y equipos de salud pertenecientes a los tres subsistemas (público, privado y obras sociales) promover, actualizar y reformular la oferta prestacional destinada a esta población, con el propósito de garantizar accesibilidad y calidad en la atención (DiAJu y UNICEF, 2023).

Las condiciones de salud prioritarias en la inclusión de paquetes prestacionales remiten a prestaciones asociadas a evaluación integral en salud, salud sexual y (no) reproductiva, salud mental, abordaje integral de las violencias, violencia sexual, violencia autoinfligida y promoción de salud (ver Anexo).

Acceso al sistema de salud

La información disponible muestra que adolescentes y jóvenes acuden en menor medida a los servicios de salud (DiAJu y UNICEF, 2023). A su vez, este grupo poblacional tiene demandas y necesidades específicas, por lo que se vuelve fundamental facilitar el acceso a la salud mediante el desarrollo de estrategias acordes. Sin embargo, a partir de los modelos de atención y organización instituidos, se continúan generando barreras frente a estas demandas y necesidades. Por un lado, porque la oferta está centrada en la enfermedad; por otro lado, por-

que el sistema de salud no es percibido como un recurso accesible ante determinadas problemáticas o necesidades específicas. De este modo, se dificulta el contacto con espacios que fomenten hábitos saludables y prácticas de cuidado de la salud integral, y las demandas de salud permanecen insatisfechas, provocando consecuencias indeseadas.

Retomando las condiciones de salud prioritarias, durante 2022 se registraron 1.751.949 prestaciones en el Programa Sumar brindadas

4. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/289318/20230703>.

a adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años (ver Tabla 5.3). En relación con la cobertura según sexo⁵, la distribución confirma la feminización en el acceso a los servicios de salud,

registrando 61,4 % de mujeres y 38,6 % de varones del total de prestaciones registradas (Gráfico 5.1).

◆ **Gráfico 5.1. Distribución de prestaciones registradas para el rango de edad de 10 a 24 años según sexo. Programa Sumar. Argentina, 2022 .**



Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa Sumar, 2022. Ministerio de Salud de la Nación.

Estas cifras reflejan que existe menor relación entre los varones y los sistemas de salud. Desde el punto de vista de su subjetividad, para que los varones puedan cumplir las expectativas relativas a su rol social, su socialización primaria les inhibe la capacidad de registro de sus propios malestares. Esto genera efectos en la detección primaria de enfermedad: los

varones llegan en últimas instancias a los servicios de salud, con cuadros más avanzados, lo cual complejiza su tratamiento y pronóstico (Tajer, 2009). Cuidarse no es parte de los mandatos de ser varón, sino que supone prácticas asociadas a las mujeres; este es uno de los motivos por los que se habla de feminización en el cuidado de la salud (PNUD y ONUSIDA, 2023).

5. En los registros del Programa Sumar contamos con la variable sexo, por lo que la distribución corresponde a mujeres y varones cisgénero.

◆ **Tabla 5.3. Distribución de prestaciones seleccionadas para el rango de edad de 10 a 24 años. Programa Sumar. Argentina, 2022.**

Prestaciones agrupadas según tema	N	%
Examen periódico de salud	118.7857	67,80
Salud sexual y (no) reproductiva	259.789	14,83
Salud Mental	194.456	11,10
Sobrepeso/ obesidad	63.873	3,65
Consumo de sustancias	21.536	1,23
Asesoría en salud integral (ASIE)	7.526	0,43
ITS (Sífilis, VIH y otras)	7.279	0,42
Intento de suicidio	3.981	0,23
Tuberculosis	3.245	0,19
Violencia sexual	2.407	0,14
Total	175.1949	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a registros del Programa Sumar, 2022. Ministerio de Salud de la Nación.

A partir de la tabla 5.3, se puede observar que, del total de prestaciones seleccionadas y agrupadas según tema para el rango de edad de 10 a 24 años, el 67,8 % corresponde a “Examen periódico de salud”⁶. En segundo lugar, se ubican las prestaciones asociadas a salud sexual

y (no) reproductiva (14,8 %) y, en tercer lugar, las referidas a salud mental (11,1 %). En este sentido, las prestaciones con mayor nivel de registro se relacionan con condiciones de salud prioritarias para la oferta prestacional destinada a la población adolescente (ver Anexo).

Estrategias para ampliar el acceso a la Salud

Desde la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAju), en conjunto con las áreas y programas provinciales de adolescencia, se

diseñan y llevan adelante políticas públicas cuyo propósito es garantizar el derecho de adolescentes y jóvenes al cuidado de su salud

6. Se incluyen de manera agrupada las prestaciones “Examen periódico de salud” (99,7 %) y “Examen periódico de salud en terreno para persona indígena” (0,3 %) registradas durante 2022.

integral. Entre ellas se destacan el Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU) y las Asesorías en Salud Integral en

Establecimientos Educativos y otros Espacios Socioeducativos (ASIE).

Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU)

El Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU) se crea por resolución ministerial 1527/2020, y se compone por la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DiAJu), que ejerce la coordinación; agencias del Sistema de Naciones Unidas que trabajan en la temática; asociaciones científicas y de profesionales; y organizaciones de la sociedad civil, con expresa y amplia representación federal de adolescentes y jóvenes, quienes desarrollan sus funciones en carácter ad honorem.

El CONSAJU⁷ elaboró durante 2021 el *Primer Diagnóstico Federal*, en base a las líneas de trabajo establecidas como prioritarias: salud sexual y (no) reproductiva, salud mental, salud y educación, violencias, consumos y promoción de la salud comunitaria (CONSAJU, 2021).

Este diagnóstico permitió identificar problemáticas específicas con relación al acceso a servicios de salud de calidad, entre las que se destacan: la escasez de profesionales formados con perspectiva de géneros, diversidades, adolescencias y juventudes, discapacidad y derechos humanos; las dificultades para la implementación de la ESI, tanto en escuelas como en espacios de formación docente; la falta de red de acompañamiento, espacios de escucha, estructura edilicia y espacios de internación destinada a esta población; las dificultades para acceso a información confiable; y la hegemonía de una mirada adultocéntrica, biologicista y binaria en el sistema de salud, que se suma a una imagen de lo juvenil como criminal y peligroso.



De este modo, el diagnóstico permitió evidenciar, desde las perspectivas de adolescentes y jóvenes, las brechas que persisten para el cumplimiento efectivo de sus derechos; así como también sus necesidades, obstáculos y problemáticas específicas.

7. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235217/20200922>.

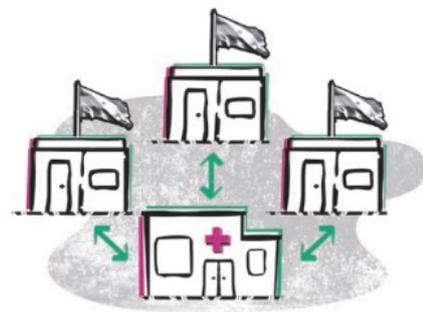
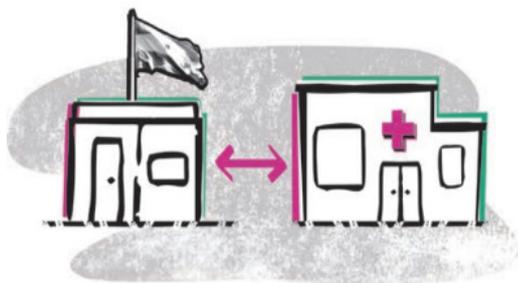
Asesorías en Salud Integral en Establecimientos Educativos y otros Espacios Socioeducativos (ASIE)

En el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), las Asesorías en Salud Integral en Establecimientos Educativos y otros Espacios Socioeducativos (ASIE) constituyen una de las principales estrategias para promover el acceso de adolescentes y jóvenes al cuidado de su salud.

El diseño de las ASIE contempla la articulación de un establecimiento educativo o socioeducativo con un centro de salud a través de la figura de asesores: profesionales o técnicos de la salud, de ciencias sociales y/o humanas con orientación en salud comunitaria, instalan los espacios de asesoría en dichos establecimientos con el objetivo de favorecer el acceso volun-

tario y espontáneo de adolescentes y jóvenes a recursos, insumos, información, prevención, asistencia y tratamiento.

Las ASIE proponen un modo de abordaje relacional, participativo e inclusivo que incorpora las voces y las miradas de las adolescencias, sus demandas y necesidades, desde una perspectiva de derechos, salud integral, género y diversidad. En este sentido, las ASIE buscan disminuir las desigualdades de acceso al sistema de salud trabajando principalmente sobre las barreras culturales y simbólicas, promoviendo la equidad, el cuidado de la salud y, al mismo tiempo, el fortalecimiento de sus trayectorias educativas (figura 1).



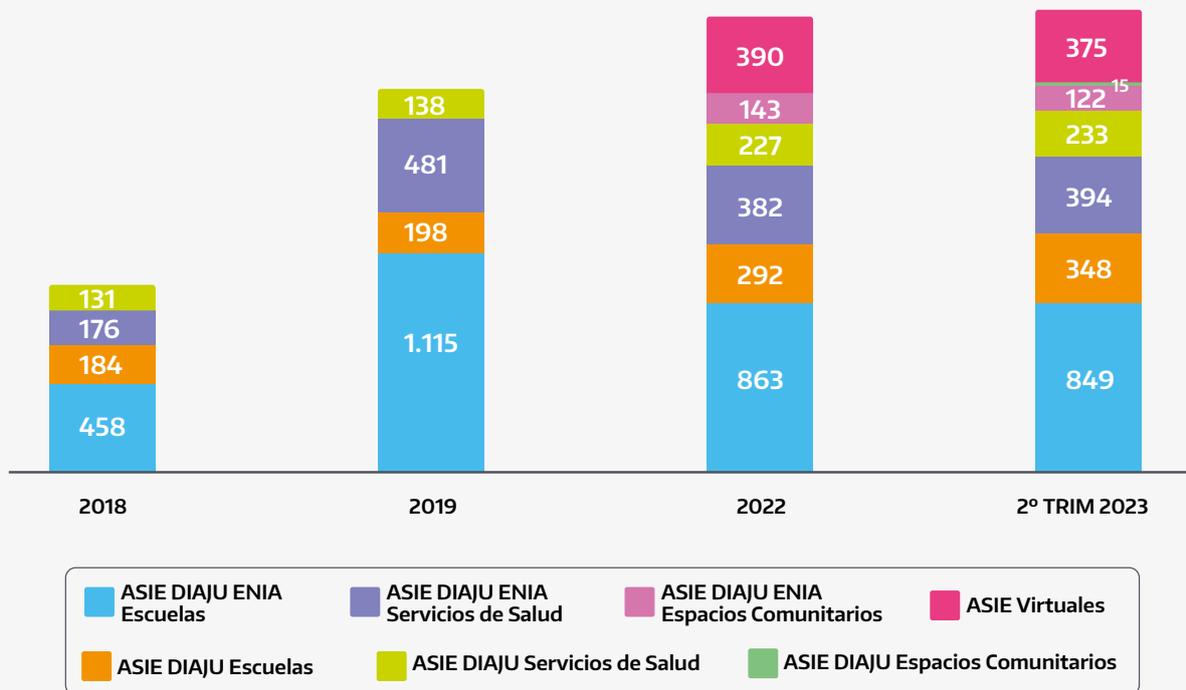
La estrategia constituye una política pública con amplia escala nacional. La sistematización realizada en el año 2018 expresa una etapa de implementación inicial del dispositivo en 184 escuelas, articuladas con 131 efectores de salud distribuidos en 13 provincias. En el marco del Plan de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA) se integran departamentos priorizados de 11 provincias en las cuales se registró para el periodo 2018-2019 la instalación de 1.115 dispositivos en escuelas y 481 en servicios de salud.

A partir del año 2020, el cambio de escenario acontecido a nivel mundial y particularmente en el territorio argentino por la pandemia de COVID-19 implicó una reorganización de los efectores de salud y los diferentes escenarios socioeducativos en función de las medidas sanitarias necesarias para proteger a la población en su conjunto. En este contexto inédito, la red de asesorías inició un complejo proceso destinado a adecuar el modo de realizar los asesoramientos y redefinir las acciones utilizadas para garantizar el acceso a la salud

de adolescentes y jóvenes. Las “asesorías virtuales” emergen en estas circunstancias como una modalidad que efectiviza el acceso a la salud, permite escuchar las demandas y las necesidades de adolescentes y jóvenes, y vehiculiza diversos abordajes promocionales y preventivos (DiAju, 2021).

A continuación se muestra la evolución de los espacios de asesorías según tipo de localización para el período entre el 2018 y el segundo trimestre del 2023. En la evolución se excluyen los años 2020 y 2021 por la discontinuidad que tuvieron los espacios de asesorías presenciales durante el contexto de la pandemia por COVID-19 (Gráfico 5.2)

Gráfico 5.2. Evolución de espacios de asesorías DiAju y DiAju ENIA, según tipo de localización. (2018 - segundo trimestre 2023).



Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de monitoreo ENIA-DiAju. Datos ASIE ENIA a junio 2023 y ASIE DiAju a octubre 2022.



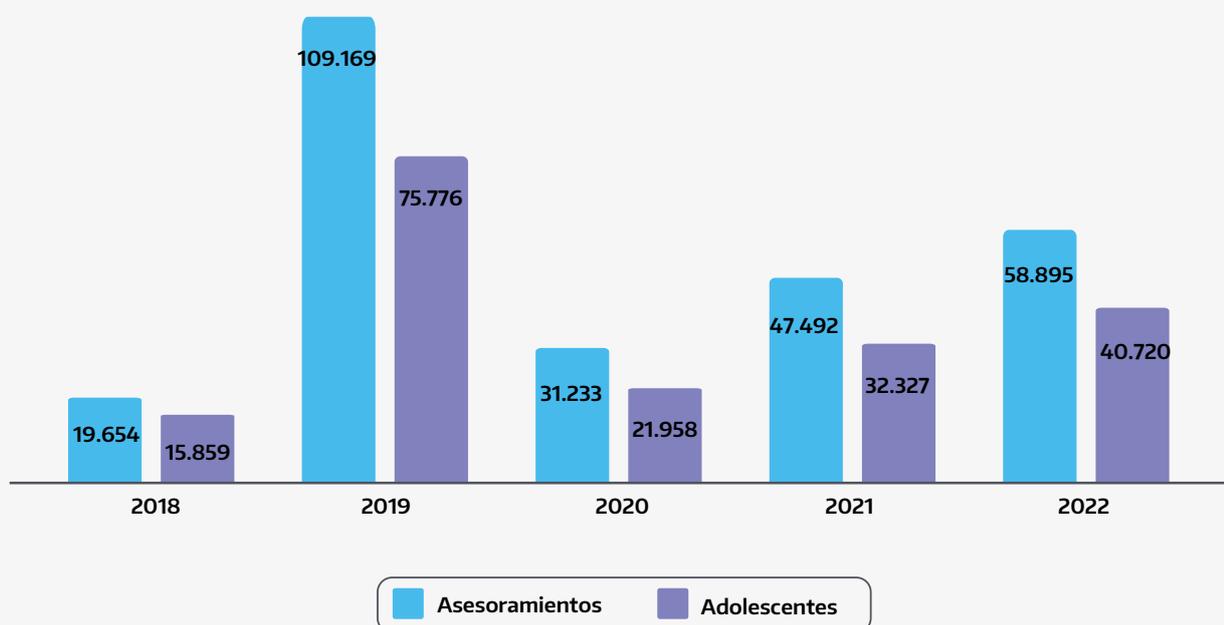
En junio de 2023 se encontraban en funcionamiento 2.336 asesorías; 1.197 en escuelas, 627 en servicios de salud, 137 en espacios comunitarios y 375 asesorías virtuales.

Evolución en los asesoramientos y adolescentes asesorados

En el Gráfico 5.3 se muestra la evolución de los asesoramientos realizados desde 2018 hasta 2022 y la cantidad de adolescentes que recibieron asesoramiento para el mismo período. En 2020 se produjo un notable descenso en estas cantidades debido al aislamiento y la re-

funcionalización de los equipos de salud por la pandemia de COVID-19. Sin embargo, a partir del 2021 se observa un incremento sostenido, tanto en la cantidad de adolescentes asesorados, como en la cantidad de asesoramientos realizados.

Gráfico 5.3. Evolución de cantidad de asesoramientos y adolescentes asesorados (2018 - 2022).

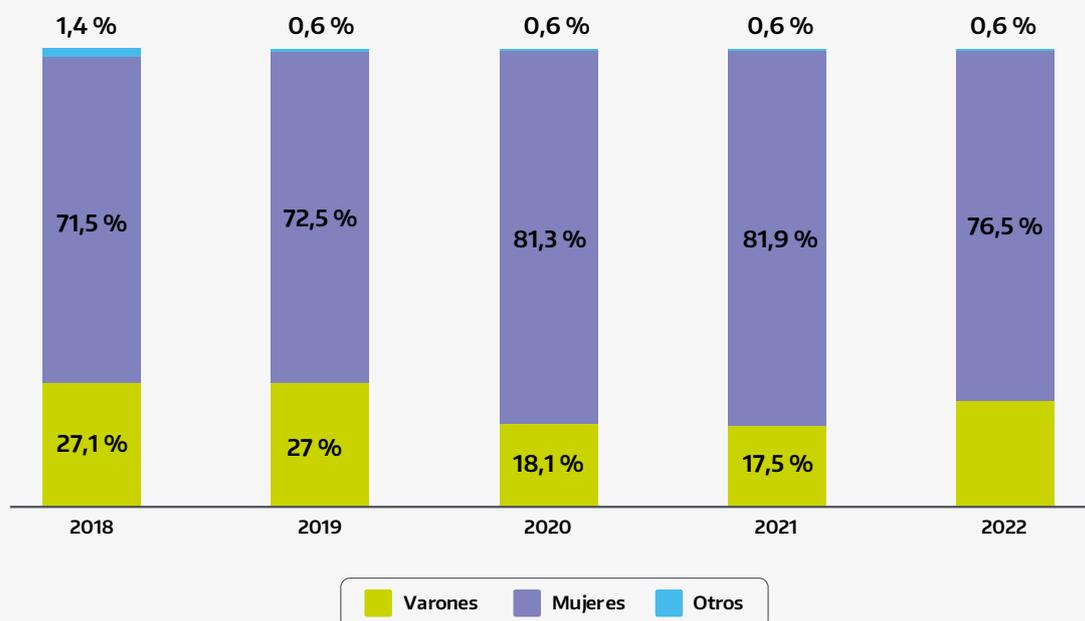


Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Si se analiza la distribución de los asesoramientos según el género autopercebido se observa que tres de cada cuatro se realizan a mujeres (Gráfico 5.4). Esta tendencia refleja que, al igual que los varones adultos, los adolescentes varones se acercan menos a los servicios de salud. En el marco de una socialización desigual según el género, donde los atributos de la masculinidad hegemónica

se asocian a la fortaleza, seguridad, poder, etc., este dato toma relevancia. A partir de estos datos se construyeron estrategias de sensibilización orientadas al acercamiento de adolescentes varones al espacio de asesorías. Entre 2021 y 2022 se observa un aumento del 5,4 % en su participación respecto al total de asesoramientos.

Gráfico 5.4. Evolución en la distribución de asesoramientos según género (2018-2022).



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.



Entre 2018 y 2022 se registraron 82.136 asesoramientos en los que adolescentes fueron referenciados con turno protegido a un servicio de salud. A estos se le suman 13.736 referencias sin turno protegido. Durante todo el período analizado se referenció con el sistema de salud el 35,9 % de los asesoramientos (Gráfico 5.5).

Las especialidades Ginecología y Obstetricia concentran la mitad (51 %) de las referencias, seguido por Clínica Médica (15,6 %) (Plan ENIA, 2018-2022).

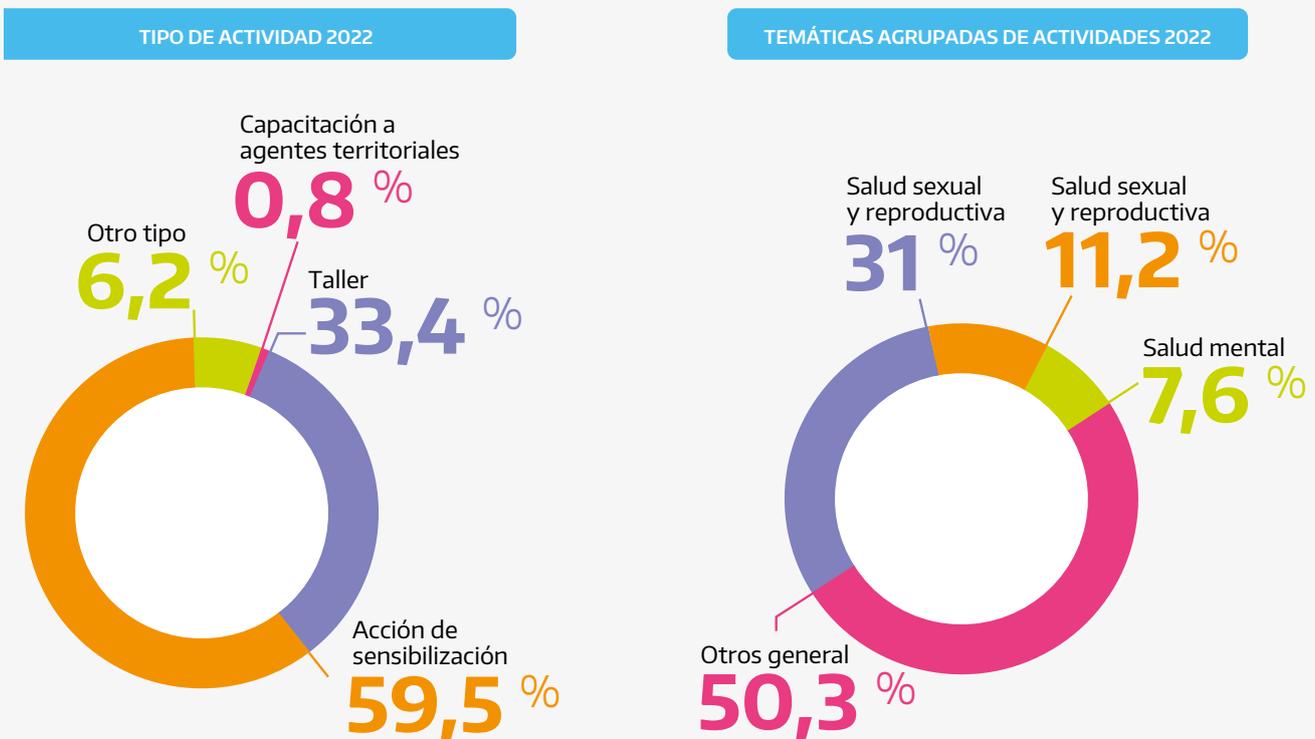
◆ **Gráfico 5.5. Distribución de asesoramientos según referencia al sistema de salud (2018-2022).**



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Además de los asesoramientos individuales y grupales, el dispositivo realiza actividades de sensibilización, talleres y otras intervenciones. En el año 2022 se realizaron 5.002 actividades, que corresponden a acciones de sensibilización (59,5 %), talleres (33,4 %) y otras intervenciones (6,2 %). Las temáticas abordadas en estas actividades corresponden a salud sexual y reproductiva (31,0 %), pronta intervención (11,2 %) y salud mental (7,6 %); el resto de las temáticas se agruparon en como "otros" (50,3 %) (Gráfico 5.6). De estas actividades participaron 114.795 adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y 7.401 docentes (Plan ENIA, 2023).

Gráfico 5.6. Distribución por tipo de actividad realizada y distribución según temáticas agrupadas abordadas en las actividades en el año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Monitoreo ASIE-ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

Otra estrategia para ampliar el acceso a la Salud dentro del Plan ENIA son las **asesorías de salud integral en la adolescencia del Dispositivo de Base Comunitaria (DBC)** que se desarrollan en espacios comunitarios con el objetivo de alcanzar a aquellos adolescentes y jóvenes no escolarizados. Además de las asesorías en salud integral y las estrategias de difusión de derechos de la niñez y adolescencia, busca el fortalecimiento del sistema de protección integral de estos derechos, a

través del trabajo con referentes adultos y espacios comunitarios. Procura la intervención en situaciones de vulneración de derechos y la prevención del abuso y la violencia sexual en el marco de protección integral derechos de niños, niñas y adolescentes.

Según el informe anual 2022 de monitoreo ENIA, el dispositivo contó con 55 asesores que prestaron asesoramientos durante ese año. Las asesorías en escuelas son eventuales, es

decir, no tienen horarios y días fijos de funcionamiento, sino que surgen en el marco de actividades de convocatoria. El 69,8 % de las

asesorías se encontraron en espacios comunitarios, 21,4 % fueron virtuales, 7 % en escuelas y 1,9 % en servicios de salud (Cuadro 5.1).⁸

Cuadro 5.1. Ubicación de las asesorías DBC-ENIA en el año 2022.



Fuente: Monitoreo Plan ENIA. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación.

El gráfico 5.7 muestra la evolución trimestral de adolescentes asesorados desde 2018 hasta 2022. Desde el inicio del plan hubo un total de 24.048 adolescentes asesorados registrando el año 2019 el máximo (3.725) y con una fuerte caída en 2020 debido al aislamiento y la refuncionalización de los equipos de salud por la pandemia de COVID-19. Los valores se mantuvieron así durante el 2021 también.

8. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-anual-de-monitoreo-ano-2022>.

◆ **Gráfico 5.7. Evolución trimestral de adolescentes asesorados/as (2018 - 2022).**

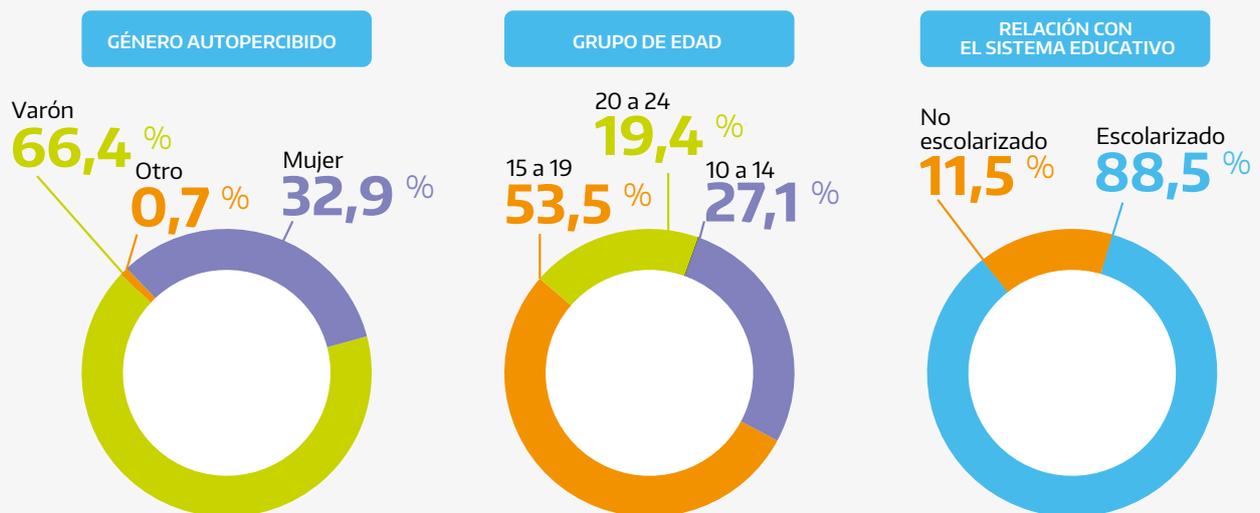


Fuente: Monitoreo Plan ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

En relación con las características de esos adolescentes asesorados/as durante el año 2022 se puede observar que en su mayoría fueron mujeres (66,4 %), jóvenes de entre 15 y 19 años (53,5 %) y el 15 % de este grupo no estaba es-

colarizado al momento del asesoramiento. Por otro lado, respecto del género autopercibido vemos que el porcentaje de otro género autopercibido (0,7 %) es muy bajo en relación con los géneros varón-mujer (Gráfico 5.8).

◆ **Gráfico 5.8. Características de adolescentes asesorado/as durante el año 2022.**

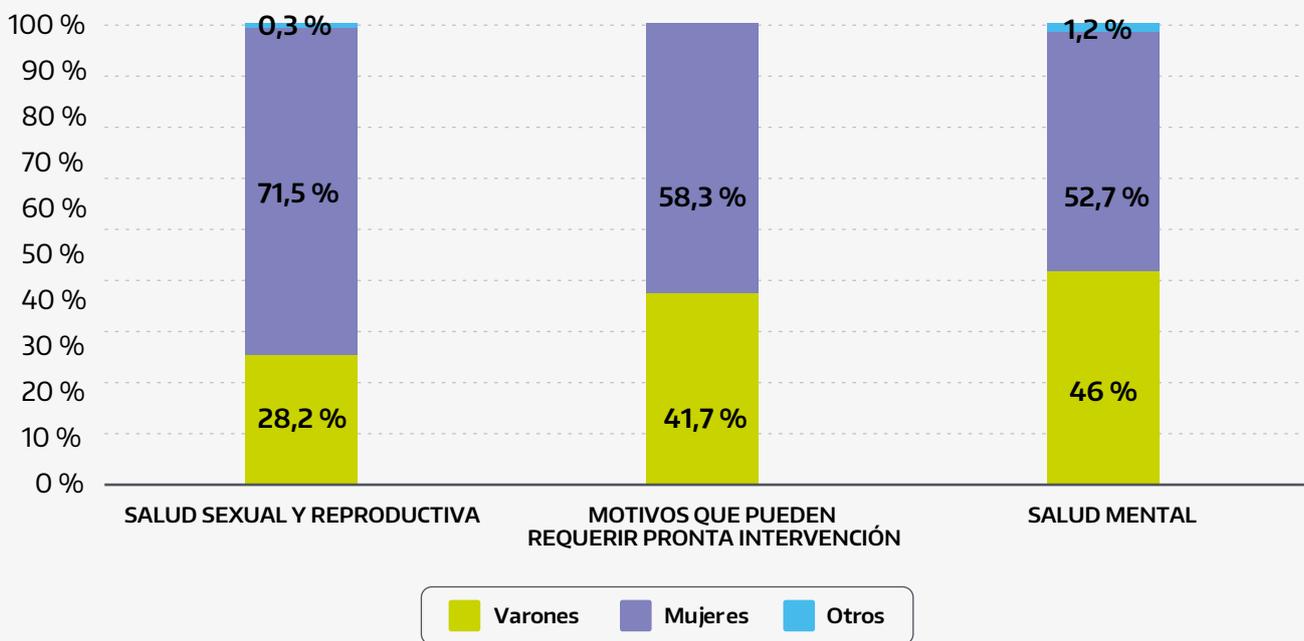


Fuente: Monitoreo Plan ENIA 2018-2022. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación.

El gráfico 5.9 muestra que en los tres principales motivos de asesoramiento agrupados (salud sexual y reproductiva, motivos que pueden requerir pronta intervención y salud mental)⁹ son las personas que se autoperciben mujeres quienes consultan en su mayoría y otro género autopercebido quienes menos consultan. Ahora bien en los temas agrupa-

dos dentro de salud sexual y reproductiva las personas autopercebidas mujeres representan un 71,5 % de los asesoramientos, en cambio en los motivos que pueden requerir pronta intervención y salud mental la diferencia entre personas que se autoperciben mujeres y las personas que se autoperciben varones es claramente menor.

Gráfico 5.9. Motivos de asesoramientos según género autopercebido durante el año 2022.



Fuente: Monitoreo Plan ENIA Enia 2022. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación.

9. Salud sexual y reproductiva incluye: desarrollo puberal, sexualidad, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, interrupción del embarazo, abuso sexual, estudios ginecológicos y test de embarazo. Motivos que pueden requerir pronta intervención incluye: intento de suicidio, violencia de género y/o sexualidad en las relaciones familiares, otros tipos de violencias en las relaciones familiares, violencia de género y/o sexualidad entre pares, otros tipos de violencias entre pares, violencia de género y/o sexualidad en relaciones sexo-afectivas, otros tipos de violencias en otras relaciones. Salud mental incluye: consumo de sustancias, proyectos y futuro, lesión autoinfligida, estados de ánimo, malestar psicológico y autoestima, recreación y tiempo libre, alimentación y nutrición, relaciones afectivas, familiares y con pares. Fuente: Informe Monitoreo Enia ANUAL 2022.

Acceso y participación de adolescentes y jóvenes

Entendiendo la accesibilidad en salud en términos relacionales, resulta importante incorporar la perspectiva de adolescentes y jóvenes a partir de sus experiencias de acercamiento a los servicios de salud. En este sentido, la participación se plantea como una herramienta clave a la hora de recuperar y visibilizar esas experiencias, propiciando el involucramiento directo y la mejora en el acceso. Se busca recuperar el rol activo de la población en la construcción de la accesibilidad, a través de su involucramiento en espacios de discusión e intercambio sobre las políticas públicas que les involucran.

A partir de esta perspectiva, en el año 2019 se creó el Plan Estratégico de Salud Integral en la Adolescencia (PENSIA) el cual dispuso la organización del trabajo en pilares estratégicos: entre ellos, el Pilar de Participación tiene como objetivo profundizar las acciones de diseño participativo de políticas públicas, el apoyo a la sociedad civil y la rendición de cuentas, en línea con las obligaciones del Estado Nacional en cumplimiento del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de NNyA. Si bien desde su creación el Programa de Adolescencia siempre fue un espacio de puertas abiertas a organizaciones sociales de adolescentes o que trabajan con estas poblaciones, fue a partir de la jerarquización del Programa Nacional en Dirección en diciembre de 2019, que se desarrollaron políticas concretas e instancias de participación directa durables en el tiempo.

En esta línea, en 2020, en el marco del Día Internacional de la Juventud, el Ministerio de Salud convocó a diversas organizaciones sociales que trabajan en materia de salud integral con la participación de adolescentes y jóvenes, a reunirse con la entonces Secretaria de Acceso a la Salud de la Nación, Carla Vizzotti. A partir de dicho encuentro se impulsó la creación del Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU) a través de la Resolución 1527/2020 en septiembre de ese año.

El CONSAJU nace con el objetivo de brindar al Ministerio de Salud de la Nación asesoramiento y recomendaciones sobre políticas públicas relacionadas con adolescentes y jóvenes. Ello propicia un espacio para trabajar colectiva e intergeneracionalmente sobre las barreras en el acceso a la salud y otras problemáticas, desde la perspectiva de los propios adolescentes y jóvenes. Según su reglamento, el CONSAJU está conformado por 32 instituciones asesoras, de las cuales 20 corresponden a organizaciones de la sociedad civil, como una forma de garantizar la mayor representación para la participación efectiva de adolescentes y jóvenes; mientras que el resto de las bancas se encuentran ocupadas por asociaciones de profesionales y científicos, y Agencias del Sistema de Naciones Unidas. El CONSAJU se compone de seis comisiones de trabajo: la comisión de Salud Sexual y No Reproductiva, la de Salud Mental, la de Consumos, la de Violencias, la de Promoción Comunitaria de la Salud y la de Salud y Educación. El Consejo debe reunirse por lo menos tres veces al año según su regla-

mento, y en las sesiones se tratan temáticas aportadas por las comisiones y por la DiAJu. Durante 2021, en estas seis comisiones trabajaron 99 organizaciones en la elaboración del Primer Diagnóstico Federal del CONSAJU, con el valor distintivo de ser construido comunitariamente por adolescentes y jóvenes de todo el país. Por otra parte, en ese mismo año, se establecieron las tres líneas prioritarias de trabajo del Consejo, entre las cuales se encuentra la reducción de las barreras en el acceso al sistema sanitario, como una forma de poner el foco en la necesidad de construir articuladamente la accesibilidad, a través de la participación directa.

A partir de la experiencia del CONSAJU y de los antecedentes de otras iniciativas de participación en distintas jurisdicciones, desde las provincias se elevaron pedidos de acompañamiento al ministerio para desarrollar sus propios espacios participativos. Se realizaron encuentros en varias localidades con la presencia del equipo de la DiAJu, Programas Provinciales de Adolescencias, organizaciones de la sociedad civil y centros de estudiantes, para comenzar a compartir diagnósticos y prioridades en la salud integral de adolescentes y jóvenes basados en las realidades locales. Este proceso comenzó desarrollándose en Mendoza, Misiones, Santiago del Estero y Catamarca, con la referencia de las organizaciones del CONSAJU de estas provincias, y con otras organizaciones que articulan con la DiAJu.

Para realizar el seguimiento y la evaluación de las acciones, se llevó a cabo un relevamiento de la situación en las provincias, recibiendo respuestas de 21 jurisdicciones en la primera edición de 2019, y de 23 jurisdicciones en la se-

gunda edición de 2023. La metodología se basó en la aplicación de un instrumento autoadministrado en modalidad virtual con preguntas de respuesta cerrada, con el objetivo de indagar sobre distintas aristas que dan cuenta de la participación comunitaria de adolescentes y jóvenes con relación a la salud integral. Mientras que en 2019 fueron 15 las provincias que refirieron trabajar en la línea de participación dentro de sus programas de adolescencia, en el 2023 20 provincias respondieron afirmativamente, señalando la existencia de consejos consultivos provinciales, desarrollo de foros y encuentros, organización de grupos de adolescentes y jóvenes promotores de salud, y participación de centros de estudiantes en armado de jornadas, entre otras experiencias.

En cuanto a la articulación con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan salud integral de adolescencias y juventudes, 21 provincias indicaron conocer instituciones de este tipo en 2023, frente a las 18 programas que conocían organizaciones en 2019. La cantidad de programas jurisdiccionales que indicaron haberse reunido por lo menos una vez con organizaciones pasó de 4 a 17; sin embargo, disminuyó de 11 a 8 la cantidad de programas que cuentan con un relevamiento de organizaciones, así como el apoyo técnico que se les brinda a las mismas, que pasó de 15 programas en 2019 a 9 en 2023, y el apoyo financiero, que pasó de 3 programas en 2019 a solo 1 en 2023. Por otro lado, se consultó a las provincias si contaban con algún órgano que oficie de Consejo Asesor o similar, pasando de 4 a 8 provincias que respondieron afirmativamente entre 2019 y 2023. De las 8 provincias con respuesta afirmativa, 5 poseen consejos que incluyen adolescentes.

Cabe destacar la experiencia de Mendoza, en la que la propuesta de consolidación de Consejos Asesores Provinciales fue el motor de la participación de adolescentes y jóvenes organizados y que participan en las escuelas. En esta provincia, la iniciativa surgió en el dispositivo territorial “Modo SI”, un centro de salud integral específico para adolescentes y jóvenes. El centro cuenta con un equipo de profesionales de la salud de diversas disci-

plinas y con espacios de talleres para la promoción y prevención de la salud coordinados por jóvenes, lo que propicia un encuentro más ameno y adecuado en las dinámicas entre pares. Asimismo, en este espacio se realizan las reuniones del Consejo Provincial, acercando a adolescentes y jóvenes de las organizaciones al sistema de salud y permitiendo una transformación directa de las políticas provinciales orientadas a este grupo poblacional.

Aportes desde el modelo social de discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) toma como paradigma el Modelo Social de la Discapacidad, de acuerdo al cual “la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (CDPD, Anexo Marco Normativo).¹⁰

Así, adolescentes y jóvenes con discapacidad tienen derecho a que se les reconozca su capacidad, en la misma medida que a otras personas, y a que se les proporcionen los apoyos apropiados a su edad y a su discapacidad. Se debe garantizar que la participación de las personas con responsabilidades de cuidado no sustituya la voluntad de las y los adolescentes con discapacidad, sino que constituya un apoyo para que puedan tomar una decisión y llevarla adelante.

La cobertura y garantía de los derechos de las adolescencias con discapacidad en el marco de la atención sanitaria, se debe regir por los mismos principios: interés superior del niño, autonomía progresiva, participación directa e igualdad y no discriminación (PNSIA, 2015).

En el *Primer Diagnóstico Federal del CONSAJU* se hace hincapié en la escasa formación en torno al modelo social de la discapacidad en los efectores de salud, lo que produce una mirada patologizante y paternalista sobre las adolescencias y juventudes con discapacidad (CONSAJU, 2021). En este marco, el diagnóstico plantea la necesidad de fortalecer la capacitación al personal de los efectores de salud desde una perspectiva de derechos y bajo el paradigma social para reducir las desigualdades que generan las barreras¹¹ de acceso a la salud, y poder brindar a adolescentes y jóvenes

10. Se puede consultar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

11. En relación a las barreras que generan desigualdades en el acceso a la salud se encuentran: Barreras físicas, relacionadas con los espacios físicos, dificultan el uso o apropiación de los espacios. Barreras comunicacionales, relacionadas con los mensajes escritos o audiovisuales, generan obstáculos en la interpretación, comprensión o acceso a la información. Barreras actitudinales, aquellas que imponen las personas partiendo de prejuicios y estereotipos instalados en la sociedad. Vinculadas al “modelo de protección” que aporta una mirada infantilizadora y/o condescendiente, que pone en duda la capacidad de las personas (por ejemplo, para trabajar, maternar, estar en pareja, etc.).

con discapacidad los apoyos razonables para poder hacer efectivo el derecho a la salud.

En el *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad* se menciona que el 38,9 % de las personas con discapacidad de 15 a 39 años no posee obra social, prepaga, ni plan estatal de salud (Incluir Salud, ex PROFE), es decir que su cobertura de salud depende de la atención del sistema público (INDEC, 2019). El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es una política pública que, desde 2009, unificó los criterios de certificación de la discapacidad en Argentina¹². Es un documento público, voluntario y gratuito, que tiene validez nacional y permite a las personas con discapacidad ejercer sus derechos y acceder a las prestaciones previstas en la Ley Nacional 22.431 del Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad¹³, y en la Ley Nacional 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.¹⁴

El 90,8 % de la población que tiene CUD vigente lo utiliza. Entre los principales usos del CUD se destacan el pase libre de transporte, la cobertura integral de medicación y salud y, en menor medida, la obtención de prestaciones de rehabilitación, de transporte, educativas, etc. (INDEC, 2019).

A septiembre de 2023, la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) contabilizaba 1.641.435 personas con CUD, de las cuales 302.322 (18,5 %) tienen entre 10 y 24 años (Tabla 5.4) (ANDIS, 2023).¹⁵

La información se categoriza en base a factores como sexo, identidad de género, provincia de residencia, tipo y origen de la discapacidad. Esta categorización permite análisis detallados y estratégicos para políticas públicas.

12. El protocolo de valoración y certificación de la discapacidad que realiza la ANDIS toma como marco conceptual dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

13. Se puede consultar la Ley Nacional 22.431 del Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/norma.htm>.

14. Se puede consultar la Ley Nacional 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>.

15. Registro Nacional de Discapacidad. Datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS. Actualización al 1/09/2023. Dentro del organismo existe el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPCD), es un registro administrativo continuo de personas que gestionaron el Certificado Único de Discapacidad (CUD) en alguna de las jurisdicciones del país.

❖ **Tabla 5.4. Cantidad de adolescentes y jóvenes con CUD por edad según sexo. Argentina, septiembre 2023.**

Sexo	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	Total
Masculino	83.465 (64,2 %)	56.352 (60,0 %)	45.339 (57,8 %)	185.156 (61,2 %)
Femenino	46.459 (35,8 %)	37.574 (40,0 %)	33.120 (42,2 %)	117.153 (38,8 %)
No binario	1 (0,0 %)	8 (0,0 %)	4 (0,0 %)	13 (0,0 %)
Total	129.925 (100 %)	93.934 (100 %)	78.463 (100 %)	302.322 (100 %)

Fuente: Registro Nacional de Discapacidad. Datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS, 2023.

Con el cambio de protocolo de certificación, desde 2018 la ANDIS incorporó la variable "Identidad de género". Esta inclusión permite una visión más inclusiva y detallada de la distribución de CUD en la población. Si bien las cifras absolutas son bajas, esta incorporación es

crucial para el desarrollo de políticas públicas y programas de apoyo que atiendan adecuadamente a la diversidad de necesidades dentro de la población con discapacidad, teniendo en cuenta diferencias de género e identidad.

❖ **Tabla 5.5. Cantidad de adolescentes y jóvenes con CUD por edad según identidad de género. Argentina, septiembre 2023.**

Identidad de género	Edad							
	De 10 a 14 años		De 15 a 19 años		De 20 a 24 años		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Masculino	64.643	65,2 %	37.562	60,7 %	27.440	58,1 %	129.645	62,3 %
Femenino	34.440	34,8 %	24.325	39,3 %	19.744	41,8 %	78.509	37,7 %
Transexual	4	0,0 %	11	0,0 %	5	0,0 %	20	0,0 %
No binario	2	0,0 %	7	0,0 %	4	0,0 %	13	0,0 %
Otro	2	0,0 %	7	0,0 %	10	0,0 %	19	0,0 %
Total	99.091	100,0 %	61.912	100,0 %	47.203	100,0 %	208.206	100,0 %

Fuente: Registro Nacional de Discapacidad. Datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS, 2023.

El análisis sobre la prevalencia del Certificado Único de Discapacidad (CUD) en las provincias argentinas indica que, en general, el mismo se encuentra en consonancia con el peso relativo de población de cada provincia. Si bien existen ligeras variaciones, como en Tucumán

y Córdoba, donde el porcentaje de CUD supera marginalmente a su población, y en Buenos Aires, que muestra una pequeña diferencia negativa, en términos generales se observa un equilibrio entre la población total de cada provincia y el acceso al CUD a nivel nacional.

❖ **Tabla 5.6. Cantidad de adolescentes y jóvenes con CUD por edad según identidad de género. Argentina, septiembre 2023.**

Provincia de residencia	Edad							
	De 10 a 14 años		De 15 a 19 años		De 20 a 24 años		Total	
	Canti- dad	%	Canti- dad	%	Canti- dad	%	Canti- dad	%
Buenos Aires	47.189	36,3 %	36.137	38,5 %	29.148	37,1 %	112.474	37,2 %
Córdoba	13.366	10,3 %	7.830	8,3 %	6.540	8,3 %	27.736	9,2 %
Santa Fe	8.665	6,7 %	6.299	6,7 %	6.426	8,2 %	21.390	7,1 %
CABA	7.968	6,1 %	5.339	5,7 %	4.173	5,3 %	17.480	5,8 %
Mendoza	6.654	5,1 %	4.727	5,0 %	3.857	4,9 %	15.238	5,0 %
Tucumán	6.460	5,0 %	4.182	4,5 %	3.467	4,4 %	14.109	4,7 %
Salta	5.183	4,0 %	3.657	3,9 %	3.154	4,0 %	11.994	4,0 %
Entre Ríos	3.744	2,9 %	3.091	3,3 %	2.718	3,5 %	9.553	3,2 %
Chaco	3.231	2,5 %	2.657	2,8 %	2.237	2,9 %	8.125	2,7 %
Corrientes	3.584	2,8 %	2.333	2,5 %	1.825	2,3 %	7.742	2,6 %
Misiones	3.010	2,3 %	2.241	2,4 %	1.846	2,4 %	7.097	2,3 %
Jujuy	2.916	2,2 %	2.068	2,2 %	1.788	2,3 %	6.772	2,2 %
Santiago Del Estero	2.562	2,0 %	1.780	1,9 %	1.377	1,8 %	5.719	1,9 %
Rio Negro	2.040	1,6 %	1.672	1,8 %	1.502	1,9 %	5.214	1,7 %
San Juan	2.120	1,6 %	1.610	1,7 %	1.343	1,7 %	5.073	1,7 %
Neuquén	2.099	1,6 %	1.261	1,3 %	1.199	1,5 %	4.559	1,5 %
Chubut	1.634	1,3 %	1.326	1,4 %	1.096	1,4 %	4.056	1,3 %

◆ **Tabla 5.6 (continuación). Cantidad de adolescentes y jóvenes con CUD por edad según identidad de género. Argentina, septiembre 2023.**

Provincia de residencia	Edad							
	De 10 a 14 años		De 15 a 19 años		De 20 a 24 años		Total	
	Canti- dad	%	Canti- dad	%	Canti- dad	%	Canti- dad	%
San Luis	1.587	1,2 %	1.196	1,3 %	898	1,1 %	3.681	1,2 %
Formosa	1.315	1,0 %	877	0,9 %	847	1,1 %	3.039	1,0 %
Sta. Cruz	1.338	1,0 %	852	0,9 %	678	0,9 %	2.868	0,9 %
Catamarca	986	0,8 %	915	1,0 %	750	1,0 %	2.651	0,9 %
La Rioja	1.115	0,9 %	797	0,8 %	677	0,9 %	2.589	0,9 %
La Pampa	714	0,5 %	681	0,7 %	560	0,7 %	1.955	0,6 %
Tierra Del Fuego	445	0,3 %	406	0,4 %	357	0,5 %	1.208	0,4 %
Total	129.925	100,0 %	93.934	100,0 %	78.463	100,0 %	302.322	100,0 %

Fuente: Registro Nacional de Discapacidad. Datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS, 2023.

Al analizar la distribución porcentual de personas con CUD, por deficiencias y por grupo de edad, se encuentra que el registro de personas con deficiencia mental se mantiene como el más prevalente para los tres grupos de edad, oscilando ligeramente desde un 29,3 % en el grupo de 10 a 14 años, a un 28,9 % en el grupo de 20 a 24 años. En contraste, la prevalencia de personas con CUD por deficiencias intelectuales muestra una disminución más marcada, decreciendo de un 28,9 % en los más jóvenes a un 19,6 % en el grupo de mayores (Gráfico 5.10).¹⁶

Otro hallazgo significativo es la proporción de personas con más de un tipo de deficiencia, que representa un cuarto de la población en cada grupo de edad. Este dato resalta la importancia de un enfoque integral en la prestación de servicios.

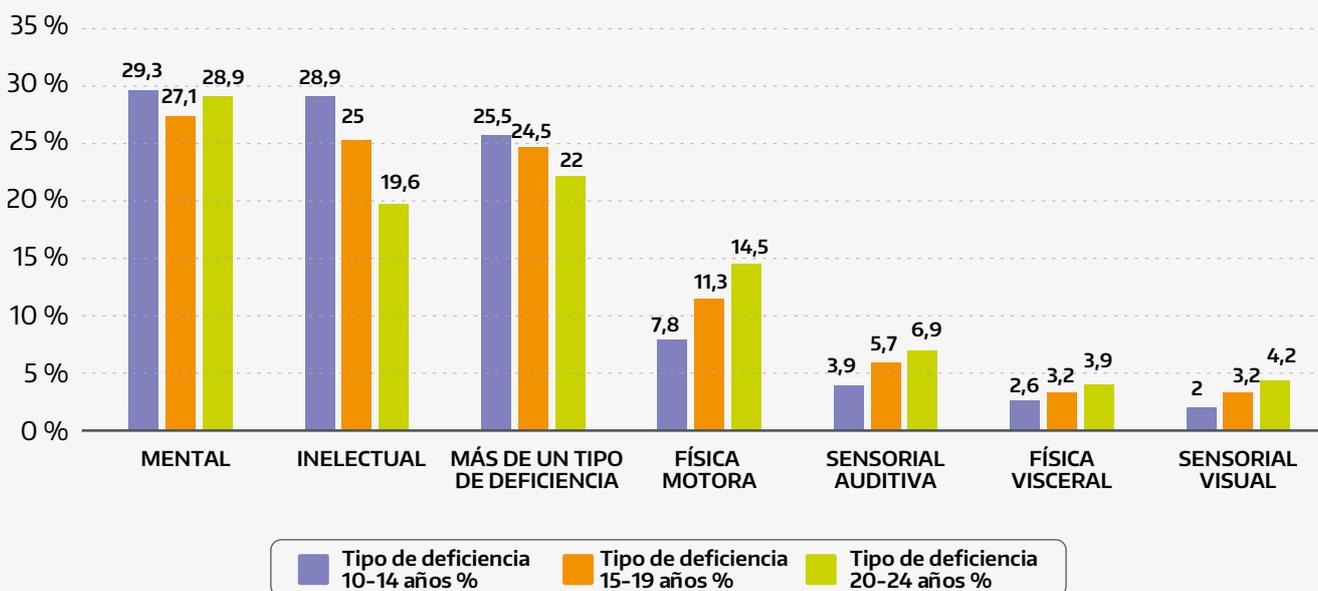
En términos de deficiencias físicas, es notable el incremento en la prevalencia de las personas con CUD por discapacidades motoras, que ascienden de un 7,8 % en adolescentes de 10 a 14 años, a un 14,5 % en jóvenes de 20 a 24

16. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_intelectual_y_mental_1.pdf

años, lo que representa un aumento cercano al 100 % en esta franja etaria. Del mismo modo, las personas con CUD por deficiencias sensoriales auditivas y visuales muestran incremen-

tos significativos: la deficiencia auditiva sube de un 3,9 % a un 6,9 % y la visual de un 2,0 % a un 4,2 % en los mismos grupos de edad respectivamente (Gráfico 5.10).

Gráfico 5.10. Cantidad de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con CUD por edad según tipo de deficiencia. Argentina, septiembre 2023.



Fuente: Elaboración propia en base al Registro Nacional de Discapacidad. Datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS, 2023.

Cobertura y acceso a la vacunación

Las inmunizaciones forman parte de las condiciones de salud prioritarias en la inclusión de paquetes prestacionales (DiAju y UNICEF, 2023). En este sentido, la vacunación es una de las estrategias de salud pública para la prevención de ciertas enfermedades. La Ley

Nacional 27.491 de Control de Enfermedades Prevenibles¹⁷ por Vacunación garantiza el acceso de forma gratuita de toda la población a las vacunas obligatorias, que están incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación (CNV).

16. Se puede consultar la Ley 27.491 de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación en: <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318455/norma.htm>.

En el *III Informe sobre coberturas nacionales de vacunación argentina 2023*, el análisis de las coberturas nacionales del período pre-pandemia (2009-2019) muestra un descenso gradual y progresivo de las mismas. Así, para el año 2019 se registraron porcentajes que no superaron el 90 % para ninguna de las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación. El 2019 fue el año en el que las coberturas nacionales de vacunación resultaron las más bajas de la última década previo a la pandemia (DiCEI, 2023b).

En el año 2020, el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre las coberturas nacionales de vacunación de todos los grupos etarios fue muy significativo. Se registró un descenso promedio de 10 puntos en las coberturas de todas las vacunas en 2020 (respecto de 2019), siendo especialmente afectada la vacunación de niños y niñas en edad escolar y adolescentes. Esto implicó que la disminución promedio en tan solo un año fuera similar a la que se había registrado previamente en el período de una década

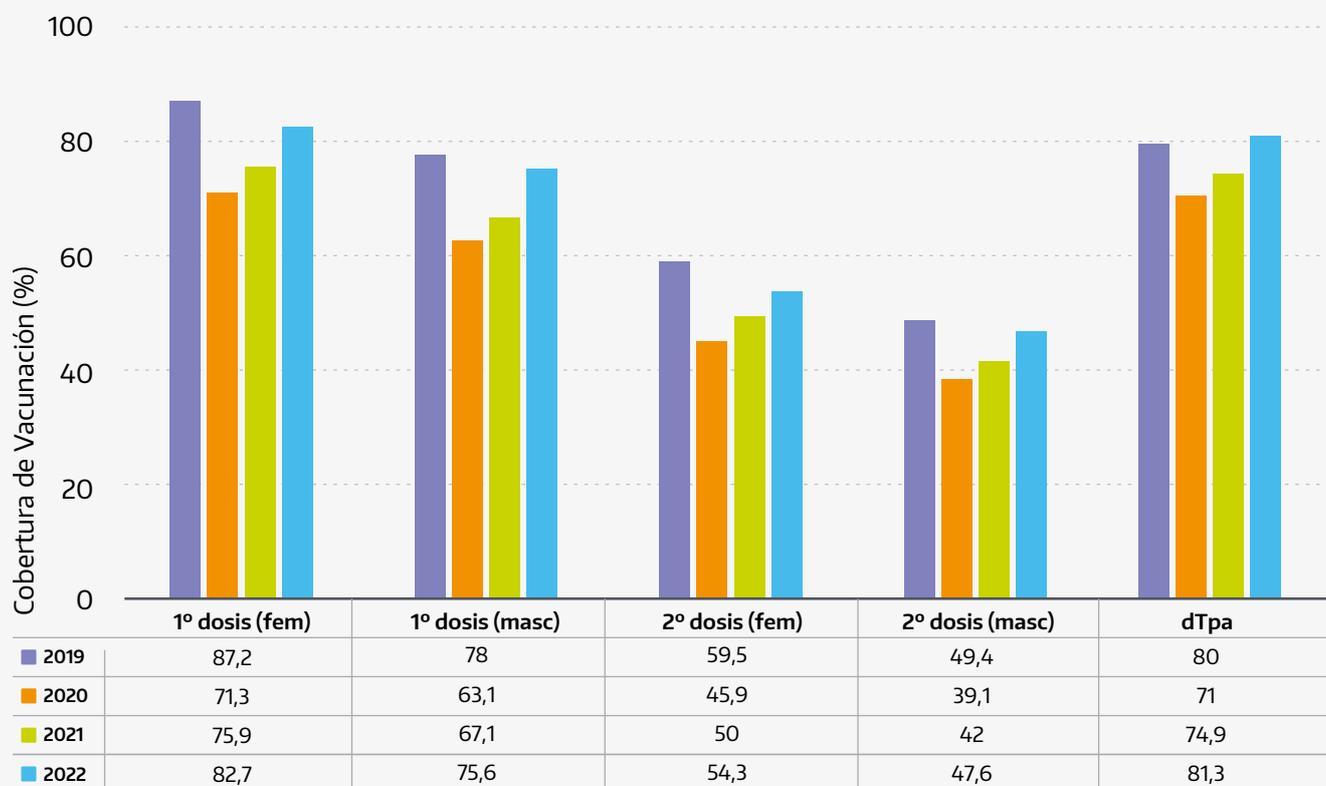
(2009-2019), profundizando la magnitud del problema. Para el año 2020 ninguna vacuna del CNV en ningún grupo etario superó un valor del 80 % de cobertura a nivel nacional, propiciando un escenario de alto riesgo para la reemergencia o reintroducción de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) ya controladas o eliminadas en nuestro país.

Si bien tuvieron una tendencia nacional que continuó por debajo de la meta esperada, las coberturas nacionales de vacunación comenzaron a presentar una leve recuperación en el año 2021. Sin embargo, ninguna vacuna superó ni alcanzó porcentajes de coberturas del 90 % a nivel nacional, aunque todas las vacunas analizadas (de todos los grupos etarios) registraron coberturas superiores a las de 2020. Las vacunas correspondientes al grupo de lactantes, ingreso escolar y adolescentes, a pesar de la mejoría documentada, no lograron recuperar los valores de coberturas existentes en los años previos a la pandemia.

Cobertura y acceso a la vacunación , Argentina 2019-2022

Para el análisis de coberturas de vacunación en adolescentes se consideraron las vacunas contra el virus papiloma humano (VPH) y triple bacteriana acelular (dTpa) (difteria/tétanos/pertussis acelular), ya que ambas se indican a partir de los 11 años.

◆ **Gráfico 5.11. Coberturas nacionales de vacunación en adolescentes. Argentina, 2019-2022.**



Fuente: Elaboración propia en base al Registro Nacional de Discapacidad. Datos elaborados por el equipo de Estadística e Investigación Social perteneciente a la Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios de la ANDIS, 2023.

Las coberturas de vacunación de adolescentes con vacuna VPH presentaron las caídas más significativas de todo el CNV en el año 2020. En los últimos tres años se observó una tendencia en recuperación de coberturas que avanza en forma lenta pero sostenida (Gráfico 5.11). A la fecha de presentación del *Informe sobre coberturas nacionales de vacunación 2023*, para ninguna de las dos dosis de ambos grupos (mujeres y varones), se logró recuperar las coberturas alcanzadas previo a la pandemia.

En relación con la tasa de deserción (TD) entre la primera y segunda dosis de vacuna VPH podemos mencionar que son significativamente altas en todos los años analizados y en ambos grupos; la de VPH es la vacuna con el mayor registro de deserción del CNV.

La vacuna triple bacteriana acelular fue la única trazadora analizada en este grupo etario que en el 2022 superó el valor registrado en

2019: 13 de las 24 jurisdicciones registraron coberturas de vacunación con dTpa por debajo del valor obtenido para la media nacional; 6 de las 24 provincias superaron coberturas del 90 % y 8 del 85 %. Solo una jurisdicción presentó coberturas menores al 70 %. La mayoría de las provincias presentó mejoría en las coberturas con respecto al 2021.

En el transcurso de 2022 más de 140.000 adolescentes no recibieron la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa. En el período 2020-2022, el número de adolescentes no alcanzados por esta estrategia asciende a más de 535.000.

El cumplimiento de los esquemas de vacunación vigentes en la adolescencia es un modo de contribuir a garantizar el derecho a la salud. A fin de lograr llegar a esta población es necesario repensar los enfoques tradicionales y las estrategias utilizadas para acercar información adecuada sobre enfermedades y su

prevención a través de las vacunas.

La Atención Primaria de la Salud (APS) concibe integralmente los procesos de salud-enfermedad-cuidados de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención, la promoción y la rehabilitación de la salud, con un elemento clave: la participación comunitaria. Además, la APS no se limita a los centros de salud, postas y hospitales, sino también a los lugares donde viven y en los espacios que transitan adolescentes y jóvenes: la escuela, el bachillerato popular, la biblioteca, el club, la plaza, el espacio de trabajo.

Algunas intervenciones sanitarias —como controles de salud, consultas odontológicas, estudio de la visión o promoción de actividad física— son, al igual que la articulación intersectorial con actividades escolares y recreativas, oportunidades para promover el acceso a la vacunación.

Tuberculosis, notificación y abordajes

La notificación de casos de tuberculosis (TBC) en población pediátrica y adolescente muestra que fue uno de los grupos más afectados por la emergencia de COVID-19 en 2020, con una recuperación parcial en 2021 entre los menores de 15 años y un aumento en la notificación de casos en adolescentes de 15 a 19 años en 2021 en relación con 2019. Esta situación puede ser indicador de una mayor transmisión comunitaria del bacilo, ya que la TBC en adolescentes puede desarrollarse entre uno y

tres años luego de la primoinfección o como una reactivación por distintos factores de una infección durante la infancia. Además, a diferencia de la TBC pediátrica, la presentación en adolescentes es similar a la TBC en adultos, con una mayor probabilidad de transmisión de la enfermedad que en la niñez.

En 2021 se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 12.569 casos de tuberculosis: 2.105 (16,7 %) correspondieron a

menores de 20 años. De estos casos, el 61 % se concentró en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, y el resto se distribuyó entre menores de 15, el grupo de 10 a 14 años explica el 17,9 %. (DRVIHVyT, 2023).

Según los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”, en 2022 se registraron, hasta el mes de septiembre, 269 casos correspondientes al grupo de 10 a 14 años, 779 de 15 a 19 años y 1.090 de 20 a 24 años.

Por otra parte, conforme a los datos del Programa Sumar, en 2022 se registraron 3.245 prestaciones de adolescentes y jóvenes relacionadas a tuberculosis¹⁸.

Durante 2023, se observa hasta el mes de septiembre un aumento en todos los grupos etarios, registrándose 346 casos en el grupo de 10 a 14 años, 867 de 15 a 19 años y 1.322 de 20 a 24 años.

Con respecto a los casos notificados por jurisdicción durante 2022 y 2023, se observa que –con variaciones anuales– las cinco jurisdicciones que presentan la mayor tasa de notificación de casos de 10 a 24 años son Buenos Aires, CABA, Salta, Santa Fe, y Chaco.

Se mantiene una desigual distribución del riesgo de morir por tuberculosis en la población según jurisdicción, y esta desigualdad es incluso mayor a nivel subjurisdiccional (departamentos, partidos o comunas). De acuerdo al *Boletín de Tuberculosis y Lepra en la Argentina de 2023*, en 2021 la tasa de mortalidad era mayor para mujeres en el grupo etario de 10 a 14 años, con una posterior inversión, siendo sensiblemente mayor para varones en los grupos etarios de 15 a 19 y 20 a 24 años. La mortalidad por TBC se asocia a los determinantes sociales y acceso a servicios de salud de calidad, entre otros. Las acciones dirigidas a mejorarlos pueden contribuir a una disminución de la tasa de mortalidad.

El conocimiento de las situaciones de salud de la comunidad y los recursos de la misma (tanto sanitarios como de otros sectores) permiten priorizar acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Esta necesidad se sostiene en el hecho de que los factores socioculturales y medioambientales son determinantes en los procesos de salud-enfermedad-cuidado, los cuales difícilmente puedan ser modificados sin acciones comunitarias.

18. El análisis de las consultas por Tuberculosis, incluye las siguientes prestaciones para el rango de edad de 10 a 24 años: “Teleconsulta inicial para estudio de contacto conviviente de persona con Tuberculosis”, “Teleconsulta para evaluación de adherencia a tratamiento de Tuberculosis”, “Teleconsulta para evaluación inicial de persona con síntomas de Tuberculosis”, “Notificación de fin de tratamiento de Tuberculosis”, “Consulta para quimioprofilaxis de tuberculosis con isoniazida”, “Consulta por síntomas respiratorios de tuberculosis”, “Dispensa domiciliaria de medicación para Tuberculosis”, Evaluación de contactos de paciente con tuberculosis y quimioprofilaxis de ser pertinente”, “Evaluación final de caso notificado de TBC (paciente ambulatorio)” (Programa Sumar, 2022).

La Ley Nacional 27.675 de respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y tuberculosis (TBC), sancionada en el año 2022, promueve una respuesta integral e intersectorial que garantiza la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria, y la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización. Además, la ley fomenta la participación activa de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y tuberculosis en la elaboración de los lineamientos para el diseño e implementación de las políticas públicas, así como la promoción de nuevos centros de testeos¹⁹.

Por otro lado, la ley establece la obligatoriedad de brindar asistencia universal y gratuita en los tres subsistemas de salud a las personas expuestas y/o afectadas por el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC. Se debe garantizar el acceso universal y gratuito a todas las pruebas de diagnóstico de la TBC y la detección sistemática de contactos y grupos en situación de vulnerabilidad, como a todas las pruebas de detección de otras infecciones de transmisión sexual²⁰.

Con respecto a los tratamientos, la ley enfatiza la importancia de la disponibilidad de los medicamentos en el lugar de residencia de la o el paciente, con el fin de facilitar su adherencia al tratamiento.

Las intervenciones comunitarias, el acceso rápido, el diagnóstico precoz, el inicio oportuno del tratamiento y el seguimiento de contactos continúan siendo de carácter prioritario para dar respuesta a la tuberculosis en adolescentes y jóvenes.

19. Se puede consultar la Ley Nacional 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC- en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27675-368130>.

20. Para ampliar información acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual: VIH y Sífilis, ver capítulo 2 sobre "Salud sexual y (no) reproductiva".

Bibliografía

Cetrángolo, O. (2012). *FINANCIAMIENTO FRAGMENTADO, COBERTURA DESIGUAL Y FALTA DE EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO*. Revista De Economía Política De Buenos Aires, (13), 38 Pág. Recuperado a partir de <https://ojs.econ.uba.ar/index.php/REPBA/article/view/785>

Cetrángolo, Oscar; Goldschmit, Ariela. (2018-02). *Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal el caso argentino*. (IIEP. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires.) Recuperado de http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_iiep_024.pdf

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de investigaciones, 14, 00. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&ln%20g=es&tlng=es

Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil [CONSAJU] (2021). *Primer Diagnóstico Federal. Ministerio de Salud de la Nación*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/diagnostico-consaju>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2021). *Implementación de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias durante la pandemia de Covid-19: sistematización de experiencias territoriales*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/asie-virtuales-remotas>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023a). Fascículo 1. Salud integral. En Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-5>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] (2023e). Fascículo 7. Participación Juvenil. En Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-de-la-salud-integral-de-adolescentes-en-el-primer-nivel-de-0>

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DiAJu] y Fondo de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2023). Paquetes Prestacionales de salud para adolescentes. Directrices de diseño e implementación. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/paquetes-prestacionales-de-salud-para-adolescentes-directrices-de-diseno-e-implementacion>

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles [DiCEI] (2023a). *Coberturas de Vacunación por Jurisdicción del Calendario Nacional de Vacunación 2022*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-11/cnv-2022.pdf>

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles [DiCEI] (2023b). *III Informe sobre Coberturas Nacionales de Vacunación*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-11/iii-informe-coberturas-vacunacion-argentina.pdf>

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis [DRVIHVyT] (2023). *Boletín N° 6 Tuberculosis y Lepra en la Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación, Coordinación de Tuberculosis y Lepra. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Boletin_Tuberculosis_y_Lepra_en_la_Argentina_2023.pdf

Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida [DiNACuV] (2022). *El enfoque por curso de vida. Repensar las intervenciones en salud*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/el-enfoque-por-curso-de-vida>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2019). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: síntesis de resultados definitivos 2018*. Ministerio de Hacienda, Presidencia de la Nación. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/estudio_discapacidad_2018_b1.pdf

Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de investigaciones, Vol. XXI, 217-224. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Plan de Servicios de Salud - Programa Sumar*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/plan-servicios-salud-sumar-2020.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Coberturas de Salud en Argentina en 2022*. Secretaría de Equidad. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>

Ministerio de Trabajo (2015). *Encuesta de Protección y Seguridad Social ENAPROSS II*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/enapross_ii_poblacion_principales_resultados.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s/f). *Cobertura Universal de Salud. Preguntas Frecuentes*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia ENIA [Plan ENIA] (2023). *Informe Anual de Monitoreo 2022*. Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Ministerio de Desarrollo Social. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Informe_MonitoreoEnia_ANUAL_2022_1172023.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] (2023). *Masculinidades, Salud Integral y VIH. Herramientas para la promoción de prácticas de cuidado de la salud en varones*. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-04/Modulos-Masculinidades%2C%20Salud%20Integral%20y%20VIH.pdf>

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [PNSIA] (2015). *Lineamientos sobre derechos y acceso de los adolescentes al sistema de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>

Secretaría de Política Económica y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2023). *La inversión social en primera infancia, niñez y adolescencia 2001-2021*. Ministerio de Economía de la Nación. <https://www.unicef.org/argentina/media/18491/file/Inversi%C3%B3n%20Social%20en%20primera%20infancia,%20ni%C3%B1ez%20y%20adolescencia%20en%20Argentina%202001-2021.pdf>

Stolkiner, A. y Ardila-Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana*. Revista Vertex.

Tajer, D. (2009). *Modos de subjetivación: modos de vivir, de enfermar y de morir*. En *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Anexo:

Condiciones de salud prioritarias en la inclusión de paquetes prestacionales

1. Evaluación integral en salud

- Examen periódico de salud.
 - Inmunizaciones.
 - Consulta odontológica.
 - Consulta oftalmológica.
 - Consulta por situaciones de salud prevalentes.
 - Consultas con especialistas.
-

2. Salud sexual y (no) reproductiva

- Consejería en salud sexual y (no) reproductiva.
 - Entrega de métodos anticonceptivos hormonales.
 - Colocación de métodos anticonceptivos de larga duración.
 - Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.
 - Atención de IVE/ILE.
 - Consulta por detección precoz y oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ITS y VIH.
-

3. Salud mental

- Consulta diagnóstica en salud mental.
 - Módulo de seguimiento interdisciplinario.
 - Módulo de atención grupal.
 - Consumos problemáticos de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas.
 - Consulta de urgencia por consumo episódico excesivo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas (CEEA).
 - Internación por consumo episódico excesivo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas.
 - Módulo de seguimiento interdisciplinario por consumo episódico excesivo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas.
 - Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).
-

4. Abordaje integral de las violencias

- Violencia sexual
 - Consulta de urgencia a víctima de violencia sexual.
 - Módulo interdisciplinario de seguimiento a víctimas de violencia sexual.
 - Violencia autoinfligida
 - Consulta de urgencia por violencia autoinfligida con ideación suicida.
 - Consulta de seguimiento por violencia autoinfligida con ideación suicida.
 - Consulta violencia autoinfligida sin ideación suicida.
-

5. Promoción de la salud

- Actividades de promoción de la salud.
- Actividades de prevención de la salud.
- Asesorías en salud integral en escuelas secundarias y espacios socioeducativos.

Fuente: Ministerio de Salud-UNICEF. 2023. Paquetes Prestaciones de salud para adolescentes. Directrices de diseño e implementación.

argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*