

NO HAY TIEMPO QUE PERDER

Retos para la salud de adolescentes en América Latina y el Caribe



© UNICEF / UN0699389 / Mussapp





TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

NO HAY TIEMPO QUE PERDER
Retos para la salud de adolescentes en América Latina y el Caribe

NO HAY TIEMPO QUE PERDER

Retos para la salud de adolescentes en
América Latina y el Caribe



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS
POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPoderADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Women's,
Children's and
Adolescents'
Health

Washington, D.C., 2023



No hay tiempo que perder. Retos para la salud de adolescentes en América Latina y el Caribe

ISBN: 978-92-75-32621-3 (OPS)

ISBN: 978-92-806-5412-7 (UNICEF)

© Organización Panamericana de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) respaldan una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS ni de la UNICEF.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS o de UNICEF".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ni del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La OPS y el UNICEF no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: No hay tiempo que perder. Retos para la salud de adolescentes en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326213>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>, en <https://www.unicef.org/lac/publicaciones>, y en <https://www.everywomaneverychild-lac.org/>.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS y/o el UNICEF, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS y/o el UNICEF los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS y el UNICEF han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS y/o el UNICEF podrán ser consideradas responsables de daño alguno causado por su utilización.



Índice

Agradecimientos	VI
Abreviaturas y siglas	VI
Resumen	VII
Introducción	1
1 Contexto de la población adolescente en América Latina y el Caribe antes de la pandemia de COVID-19	4
2 La COVID-19 y su impacto en América Latina y el Caribe	6
2.1 Efectos de la pandemia de COVID-19 en adolescentes y jóvenes: deterioros en su nutrición, ... actividad física y salud mental	7
2.2 Efectos de la pandemia de COVID-19 en la prestación de servicios de salud	10
3 Principales causas de muerte y enfermedad en adolescentes de América Latina y el Caribe	15
3.1 La violencia, las lesiones y el suicidio son las principales causas de muerte en adolescentes .	15
3.2 Las enfermedades no transmisibles están acortando la vida saludable de la población adolescente	18
4 La violencia interpersonal: un problema apremiante en la población adolescente	20
5 La salud mental: una preocupación creciente	22
6 El embarazo en la adolescencia es un reflejo de las grandes desigualdades en América Latina y el Caribe	26
7 El camino a seguir para una vida más saludable de la población adolescente de América Latina y el Caribe	33
Referencias	36



Agradecimientos

El trabajo para esta publicación fue dirigido por Liliana Carvajal (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF), Antonio Sanhueza (Organización Panamericana de la Salud, OPS) y Sonja Caffè (OPS) con la colaboración de Daniel Cueva (consultor) en representación de la iniciativa Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC, por su sigla en inglés).

Entre los principales colaboradores se encontraron (en orden alfabético): Francisco Javier Arellano Ayala (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA), Maaïke Arts (UNICEF), Aluisio Barros (Centro Internacional para la Equidad Sanitaria, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil), Alejandra Corao (ONUSIDA), Theresa Díaz (OMS), Amparo Gordillo (Banco Mundial), Carolina Hommes (OPS), Jeff Hoover (consultor), Deborah Horowitz (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID), Vivian López (UNICEF), Walter Mendoza (UNFPA), Oscar Mujica (OPS), Jennifer Requejo (UNICEF) y Petra ten Hoope-Bender (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA).

Un agradecimiento especial a Claudio Castillo (Universidad de Santiago, Chile), Lauren Francis (UNICEF), Lois Park (UNICEF) y Chelsea Maria Taylor (OMS) por suministrar datos pertinentes para este informe.

Un sincero agradecimiento a los miembros del Comité Ejecutivo de la iniciativa EWEC-LAC por su apoyo en el proceso: Maaïke Arts (UNICEF), Alejandra Corao (ONUSIDA), Amparo Gordillo (Banco Mundial), Deborah Horowitz (USAID), Emma Iriarte (Banco Interamericano de Desarrollo) y Enrique Vega (OPS), así como Carolina Hommes (Secretaría Técnica de EWEC-LAC) y María Alejandra Berroterán (coordinadora de comunicaciones y promoción de EWEC-LAC).

La elaboración de este documento fue promovida por la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. USAID proporcionó el apoyo financiero. Las opiniones expresadas por los autores no reflejan los puntos de vista de ninguna de estas dos entidades.

Abreviaturas y siglas

AA-HA!	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes
Agenda 2030	Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
ALC	América Latina y el Caribe
AVD	años vividos con discapacidad
EWEC-LAC	Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe (sigla en inglés)
ISLAC	COVID-19 en América Latina y el Caribe: Impacto en los Servicios de Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Resumen

En América Latina y el Caribe (ALC), la población adolescente se debe hacer frente a múltiples dimensiones de vulnerabilidad que amenazan con tener consecuencias duraderas a nivel individual y comunitario y que, si no se abordan con urgencia, amenazan sus perspectivas de supervivencia y de vida saludable.

Recientemente, la pandemia de COVID-19 ha afectado la salud de la población adolescente en la región al aumentar sus niveles de estrés y ansiedad, disminuir su actividad física y el acceso a alimentos saludables, y limitar su acceso a los servicios de salud. La violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y el suicidio son las principales causas de muerte en este grupo etario. Se estima que la violencia interpersonal causa el 41% de las muertes en los varones de 15 a 19 años, y el 11% en las mujeres de 15 a 19 años. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de violencia sexual y violencia psicológica que los varones, lo que se ha relacionado con ideas de suicidio entre las víctimas de violencia. Más de uno de cada siete adolescentes tiene un problema de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos los más comunes. ALC tiene una de las tasas de fecundidad en adolescentes más altas de todo el mundo, con tasas más elevadas entre las adolescentes con menores niveles de instrucción en comparación con las adolescentes con mayor nivel de instrucción. En comparación con las mujeres de mayor edad, una menor proporción de las adolescentes ve satisfecha su demanda de planificación familiar. Se ha encontrado que la maternidad en la adolescencia tiene un impacto negativo sobre la salud de las madres y sus hijos, así como sobre el nivel de instrucción y las perspectivas económicas de las madres. La evidencia que se presenta en este informe nos recuerda que no hay tiempo que perder para lograr una vida más saludable en la población adolescente de América Latina y el Caribe: es un llamado urgente que requiere una acción inmediata y concertada.

Por lo tanto, las medidas de cara al futuro propuestas en este informe apuntan a un enfoque polifacético que incluye el fortalecimiento de estrategias y planes intersectoriales basados en la evidencia y con un enfoque de equidad; la promoción de reformas de las políticas para crear un entorno propicio para que la población adolescente pueda prosperar; la garantía del acceso a los servicios esenciales, incluida la prestación de servicios a las comunidades más desfavorecidas; la promoción de la generación de datos para fundamentar mejor la formulación de políticas y promover la rendición de cuentas; el establecimiento de programas de prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes; y el empoderamiento de la población adolescente mediante una mayor consideración de sus opiniones y su inclusión en el diseño, la ejecución y el seguimiento de las intervenciones que los tienen como destinatarios. En el ámbito de la salud mental, un elemento fundamental para progresar es invertir en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales mediante el aumento del acceso a programas de salud mental de buena calidad adaptados a la población adolescente en diferentes entornos, incluidas las escuelas y las comunidades, así como la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria de salud.



Introducción

En el 2020, había alrededor de 106 millones de adolescentes de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe (ALC), lo que representa alrededor del 16% de la población de ALC, y se registraron unas 65 000 muertes de adolescentes (1, 2). Este grupo etario constituye una población en transición: el tiempo es un factor clave en cualquier intervención dirigida a la adolescencia, pues tendrá que realizarse antes de la edad adulta. Las decisiones que toman, los desafíos que enfrentan y las oportunidades que tienen durante esta etapa con respecto a su salud y educación repercuten en la trayectoria del resto de su vida, en especial debido a que la adolescencia es un período sensible para el desarrollo en términos de identidad, autonomía y vulnerabilidad. En lo relacionado con la trayectoria vital, la salud y el bienestar en la adolescencia reflejan el cúmulo de riesgos y factores protectores neonatales e infantiles, que posteriormente podrían determinar la trayectoria de salud y bienestar en la edad adulta. Por lo tanto, la búsqueda de resultados óptimos y una alta cobertura en materia de salud, así como el uso de servicios de alta calidad apropiados y adaptados a la población adolescente, así como su distribución equitativa con independencia de las condiciones socioeconómicas individuales, debe ser una prioridad nacional y regional.

En la respuesta en materia de salud de la población adolescente en ALC hay algunos ejemplos de avances (recuadro 1), pero persisten las amenazas

legales y sociales así como las relativas a las políticas y a los sistemas de salud. Las inversiones en la salud adolescente siguen siendo limitadas: en los últimos 20 años no ha habido ninguna disminución importante en las principales causas de mortalidad, a saber, el suicidio, la violencia interpersonal y los traumatismos causados por el tránsito en adolescentes. Además, las altas tasas de embarazo en adolescentes y el impacto en su bienestar actual y futuro causan gran preocupación en ALC. El acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad sigue siendo limitado. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) (3), aprobada en el 2015, se establecen los principios rectores para construir un futuro mejor y más sostenible para todos. No dejar a nadie atrás es un compromiso fundamental de la Agenda 2030, que pone de relieve la importancia de la acción inmediata para abordar los retos en cuanto a la salud de la población adolescente de ALC. Este grupo etario no solo se está quedando rezagado respecto a otros grupos de edad, sino que además existen importantes desigualdades en la distribución de los resultados de salud no deseados dentro de este grupo de edad, resultados que están determinados por características socioeconómicas como los ingresos, la educación y el origen étnico (4, 5).



Recuadro 1. Ejemplos de avances en la respuesta de salud de la población adolescente en América Latina y el Caribe

En mayo del 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con otros asociados de las Naciones Unidas, hizo la presentación de la guía Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. La Guía AA-HA! apoya la puesta en práctica de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) mediante argumentos a favor de la inversión en la población adolescente y el suministro de información a las partes interesadas, como los responsables de elaborar políticas, los profesionales, los investigadores, los educadores, los donantes y la sociedad civil, necesarias para decidir qué hacer por la salud en la adolescencia y cómo hacerlo. Esta iniciativa adopta un enfoque diferente a los programas tradicionales de salud en la adolescencia, consistente en un planteamiento más integral e intersectorial y enfocado en el desarrollo positivo. La Guía AA-HA! propone considerar a la población adolescente desde otra perspectiva: como un elemento muy valioso para la sociedad cuya contribución puede ser cultivada y potenciada mediante una participación y un compromiso significativos. En el período 2017-2019, mediante una iniciativa interinstitucional, se capacitó sobre la Guía AA-HA! a equipos multisectoriales de 25 países de América Latina y el Caribe; 20 de estos países procedieron a elaborar o actualizar una nueva generación de planes y estrategias de salud integrales, multisectoriales y basados en la evidencia para adolescentes.

Sobre la base del marco de la Guía AA-HA! y el marco de bienestar en la adolescencia puesto en marcha recientemente, los socios regionales han estado promoviendo un enfoque integral del bienestar, trabajando con personas, familias, comunidades y sistemas de salud. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reforzado e impulsado la puesta en marcha del programa Familias Fuertes: Amor y Límites. El programa, dirigido a adolescentes de 10 a 14 años y sus progenitores, es una intervención —basada en la evidencia— en la que se abordan competencias para la vida familiar. Está diseñado para fomentar las relaciones positivas entre adolescentes y progenitores, promover las aptitudes para la crianza y una mejor comunicación en las familias, así como mejorar las competencias sociales en la adolescencia. Anualmente, el programa llega a más de 20 000 familias, en su mayoría de entornos de bajos ingresos.

Fuentes:

Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018) Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545>.

Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Washington D.C.: OPS; 2018. Disponible en : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>.

Este informe presenta, en primer lugar, el impacto de la pandemia de COVID-19 en ALC, prestando particular atención a la interrupción de los servicios de salud para mujeres, niñas, niños y adolescentes, así como a los niveles de nutrición y actividad física en la población adolescente.

Además, profundiza en temas prioritarios relacionados con la salud para los adolescentes de ambos sexos, incluido un análisis de las causas de muerte, la salud sexual y reproductiva, la violencia interpersonal y la salud mental.





1 Contexto de la población adolescente en América Latina y el Caribe antes de la pandemia de COVID-19

Antes de la pandemia de COVID-19, los adolescentes de ambos sexos ya vivían en una región con desigualdades generalizadas en cuanto a ingresos, riqueza, educación, resultados de salud y acceso a los servicios de salud (6). Por ejemplo, el 1% más rico de la población percibía el 21% de los ingresos totales de toda la economía; menos del 20% de los jóvenes de 18 a 24 años de los hogares más pobres estaban matriculados en la educación terciaria, en comparación con más del 60% de los jóvenes de los hogares más ricos; y las tasas de fecundidad en adolescentes eran más de siete veces superiores en los hogares más pobres respecto a los más ricos (5, 6). En comparación con otras regiones, en el período 1990-2019 América Latina y el Caribe tuvo la menor tasa anual de reducción de la probabilidad de morir en la población adolescente de 15 a 19

años (2). En las últimas dos décadas, los suicidios, los homicidios y los traumatismos causados por el tránsito han sido responsables de una alta proporción de las muertes en adolescentes de ALC: 60% o más en promedio, como se puede ver en la sección 3 (7). Como se muestra en las secciones 4 y 5, la violencia interpersonal y los trastornos mentales ya afectaban a una alta proporción de adolescentes en ALC. Además, ALC se mantiene como la región con la segunda mayor tasa de fecundidad en adolescentes después del África subsahariana, como se muestra en la sección 6 (8). Es en este contexto que comenzó la pandemia de COVID-19, presentando así una amenaza que podría exacerbar aún más las brechas de desigualdad existentes en ALC y perjudicar la salud de la población adolescente.





2 La COVID-19 y su impacto en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe es una región que se ha visto muy afectada por la pandemia de COVID-19, con más de 7,1 millones de casos y 1,7 millones de muertes hasta junio del 2022 (9). A pesar de contar con menos del 8% de la población mundial, ALC —donde se encuentran ocho de los 10 países con la mayor tasa de mortalidad del mundo— ha acumulado más del 25% de las personas infectadas en todo el mundo (1, 10). Los efectos secundarios de la pandemia han tenido un gran impacto en la vida de la población infantil y adolescente, a pesar de que se consideran poblaciones de bajo riesgo de tener resultados desfavorables de salud por esta enfermedad (11). Por ejemplo, se estima que la pandemia probablemente podría aumentar la deserción escolar y reducir las tasas de finalización de la escuela secundaria en la población adolescente proveniente de familias con

bajo nivel educativo (12). Además, la pandemia ha alterado los procesos de desarrollo biopsicosocial y la prestación de servicios esenciales de salud, así como también ha cambiado los hábitos de nutrición y ejercicio de la población adolescente de ALC, como se describe a continuación. Durante el período de la pandemia correspondiente al 2021 y al 2022, el grupo de trabajo sobre juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS y el proyecto COVID-19 en América Latina y el Caribe: Impacto en los Servicios de Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia (ISLAC) 2020 realizaron encuestas clave para comprender el impacto de la pandemia en la prestación de servicios clave en todos los países. A continuación, se presentan resultados específicos para ALC.



2.1 Efectos de la pandemia de COVID-19 en adolescentes y jóvenes: deterioros en su nutrición, actividad física y salud mental

El grupo de trabajo sobre juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe llevó a cabo dos rondas de encuestas – entre mayo y junio del 2020 (13) y entre agosto y octubre del 2021 (14)– a adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años en ALC. La primera ronda tuvo más de 7700 respuestas de 39 países, mientras que la segunda encuesta tuvo más de 46 600 respuestas de 42 países. De acuerdo con los resultados de la encuesta, la mitad de la población joven encuestada en ALC manifestó mayores niveles de estrés y ansiedad en el 2020; las mujeres (54%) se vieron más afectadas que los varones (45%), mientras que el porcentaje de jóvenes que refirieron tener estos problemas de salud mental disminuyó a alrededor de 25% en el 2021. Más de la mitad de la población joven encuestada en ALC en el 2020 declaró que le gustaría recibir más apoyo psicológico; esto fue seguido de la necesidad de servicios que brinden información sobre atención de la COVID-19 (44,2%), apoyo nutricional (43,4%) y administración de medicamentos en el domicilio (42,6%) (13). Durante el 2020 el acceso a los antirretrovirales fue limitado: casi el 50% de la población adolescente con VIH encuestada en ALC indicó que carecía de medicamentos antirretrovirales para tres meses; este porcentaje disminuyó a 18% en el 2021 (13, 14). Además, 57% de la población adolescente y joven de ALC

percibió un aumento de la violencia de género en el 2020. Hubo una mayor percepción de aumento de este tipo de violencia entre quienes se identifican como parte del movimiento lésbico, gay, bisexual, transgénero o queer (70%) (13).

Entre el 2020 y el 2021, UNICEF llevó a cabo dos rondas de encuestas sobre régimen alimenticio y actividad física en adolescentes y jóvenes (de 13 a 29 años) de ambos sexos en ALC mediante su plataforma U Report (15). En la primera ronda, realizada entre julio y agosto del 2020, se obtuvieron 10 752 respuestas de ocho países; mientras que en la segunda ronda, realizada entre abril y mayo del 2021 con la participación de 17 países, se obtuvieron 2850 respuestas¹. En ambas, más de la mitad de la población adolescente y joven de ALC manifestaron una mayor dificultad para acceder a alimentos saludables durante la pandemia, principalmente debido a la disminución en los ingresos de los hogares (figura 1). Además, la encuesta realizada en U-Report mostró grandes desigualdades en el acceso a alimentos saludables en función del sexo: las adolescentes y jóvenes mujeres manifestaron ser más propensas que los adolescentes y jóvenes varones a informar sobre dificultades para acceder a ellos (una diferencia de 12 puntos porcentuales) (15).

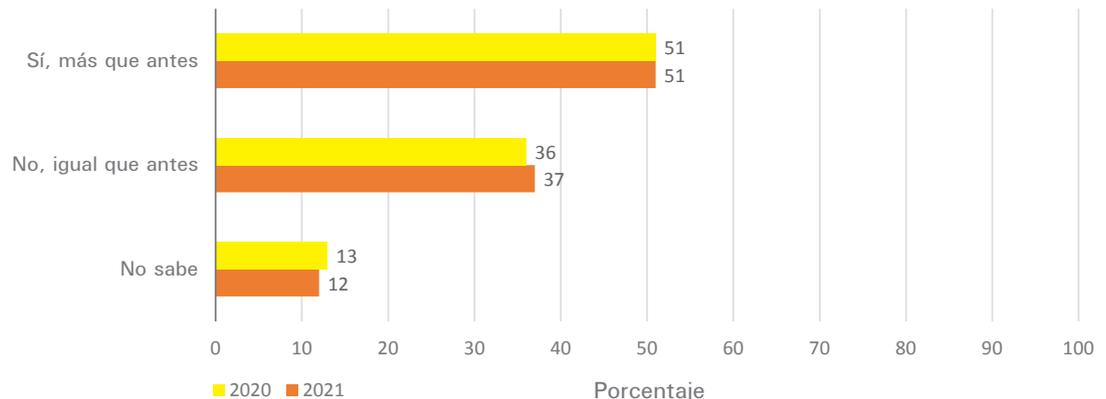
¹ Los países representados en las encuestas del 2020 son Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México y Trinidad y Tobago, mientras que los de las encuestas del 2021 son Argentina, Barbados, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana y Trinidad y Tobago, y uno de la Organización de Estados del Caribe Oriental



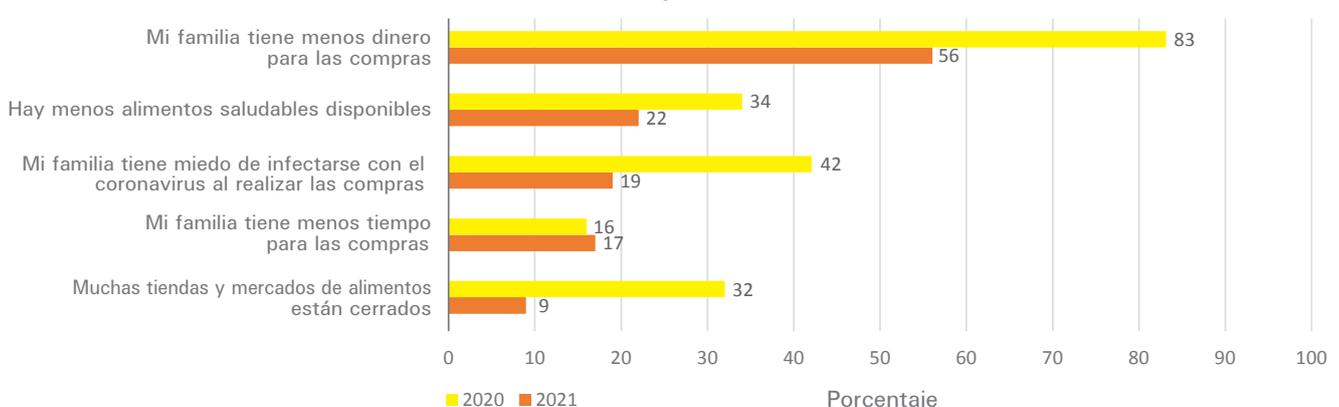
Para la población joven y adolescente de América Latina y el Caribe, la disminución de los ingresos de los hogares durante la pandemia de COVID-19 es el principal obstáculo para acceder a los alimentos saludables

Figura 1. Impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a una nutrición saludable en adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años

Porcentaje de respuestas sobre las dificultades para comer alimentos saludables debido a la crisis ocasionada por la COVID-19



Porcentaje de adolescentes y jóvenes que informaron de mayores dificultades para consumir alimentos saludables debido a la crisis de la COVID-19, desglosado por las causas de estas dificultades



Fuente:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Sondeo regional U-Report sobre nutrición y actividad física durante la pandemia por la COVID-19: resumen de resultados. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2021.



La pandemia también ha afectado al régimen alimentario de la población adolescente y joven. Ocasionó un aumento del consumo de alimentos ricos en carbohidratos en el 43% y el 47% de los encuestados en el 2020 y 2021, respectivamente, en tanto redujo el consumo de frutas y verduras en el 23% y el 31% de los encuestados en el 2020 y el 2021, respectivamente (15). Las personas de estas franjas de edades encuestadas mediante la plataforma U-Report reconocieron la importancia de una buena nutrición para su salud, e instaron a los dirigentes nacionales y regionales a adoptar medidas para regular la oferta y los precios tanto de los alimentos saludables como de los no saludables, y a promover la disponibilidad de información fiable y de fácil acceso sobre nutrición saludable (15).

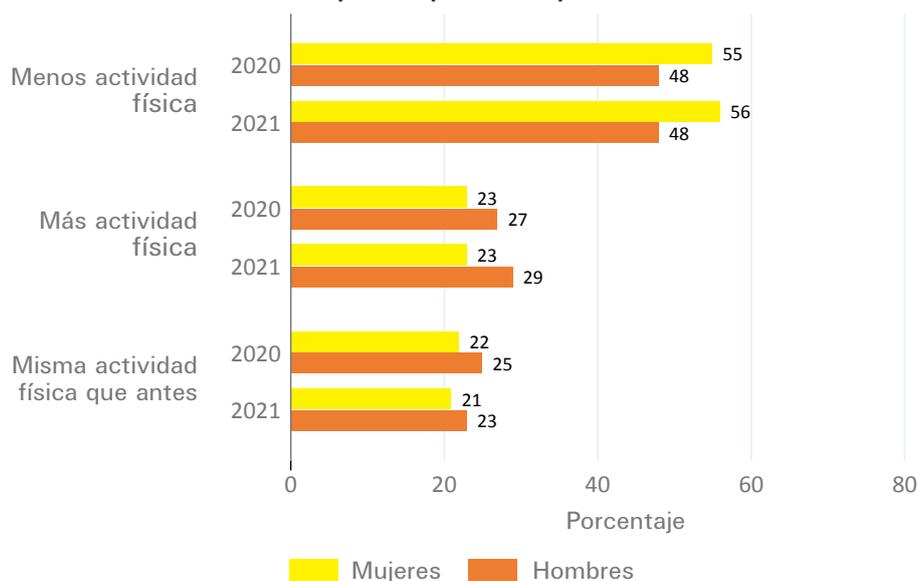
Según los resultados de esta encuesta, la actividad física de la población adolescente y joven también disminuyó en los años 2020 y 2021.

Más de la mitad de las personas encuestadas indicaron una disminución de la actividad física durante este período de la pandemia (figura 2), así como niveles de actividad física por debajo de los recomendados por la OMS (16). Las mujeres parecerían ser las más afectadas en lo que se refiere a la actividad física. Por ejemplo, el porcentaje de las adolescentes y jóvenes mujeres que declararon una disminución o la ausencia de actividad física durante la pandemia fue unos ocho puntos porcentuales mayor respecto de los adolescentes y jóvenes varones. En consecuencia, la población adolescente y joven exige más acciones por parte de las partes interesadas a nivel regional y nacional a fin de promover y suministrar entornos propicios para la práctica de la actividad física, el ejercicio y el deporte en ALC.

La población joven y adolescente de América Latina y el Caribe realizó menos actividad física durante la pandemia de COVID-19

Figura 2. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la actividad física en adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años

Porcentaje de respuestas sobre los cambios en la actividad física en comparación con el período previo a la pandemia



Fuente:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Sondeo regional U-Report sobre nutrición y actividad física durante la pandemia por la COVID-19: resumen de resultados Ciudad de Panamá: UNICEF; 2021.



© UNICEF / UN0615514 / Mussapp

2.2 Efectos de la pandemia de COVID-19 en la prestación de servicios de salud

La pandemia de COVID-19 ha afectado el acceso a los servicios de salud para todos. En el 2021, la OMS realizó tres rondas de una encuesta rápida sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia. Participaron en la encuesta un total de 29 países de ALC (17, 18). La encuesta evaluó más de 60 servicios de salud, incluidos los de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, así como los servicios de nutrición.

En la encuesta, los puntos focales de los países informaron sobre el nivel percibido de interrupción de los servicios de salud debido a la pandemia de COVID 19, indicando el porcentaje de usuarios que no fueron atendidos como de costumbre en comparación con la situación previa a la pandemia. Según los resultados de la encuesta, ALC fue la región con el mayor porcentaje promedio de servicios de salud interrumpidos en el 2021. En el primer trimestre del 2021, la mediana regional del porcentaje de servicios interrumpidos superó el 50%, frente al 30% de Europa; esta brecha se amplió en 7 puntos porcentuales en el cuarto trimestre del 2021. Además, ALC tuvo el mayor

porcentaje de países con más del 50% de los servicios interrumpidos durante la pandemia (17).

Según los resultados de esta encuesta, ALC fue la región con las mayores interrupciones en los servicios de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente y en los servicios de nutrición, inmunización, enfermedades transmisibles, y trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en el primer trimestre del 2021. En particular, 41% de los países de ALC informaron sobre interrupciones en los servicios de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente y en los servicios de nutrición: el doble de la tasa de 20% para estos servicios en Europa (17) (figura 3). Además, la mitad de los países de ALC notificaron interrupciones en los servicios de enfermedades transmisibles en el primer trimestre del 2021, casi el doble de la proporción en los países europeos (17). Asimismo, más del 60% de los países de ALC notificaron interrupciones en los servicios de atención primaria en el cuarto trimestre del 2021, lo que lo convierte en el porcentaje más alto de todas las regiones (18).

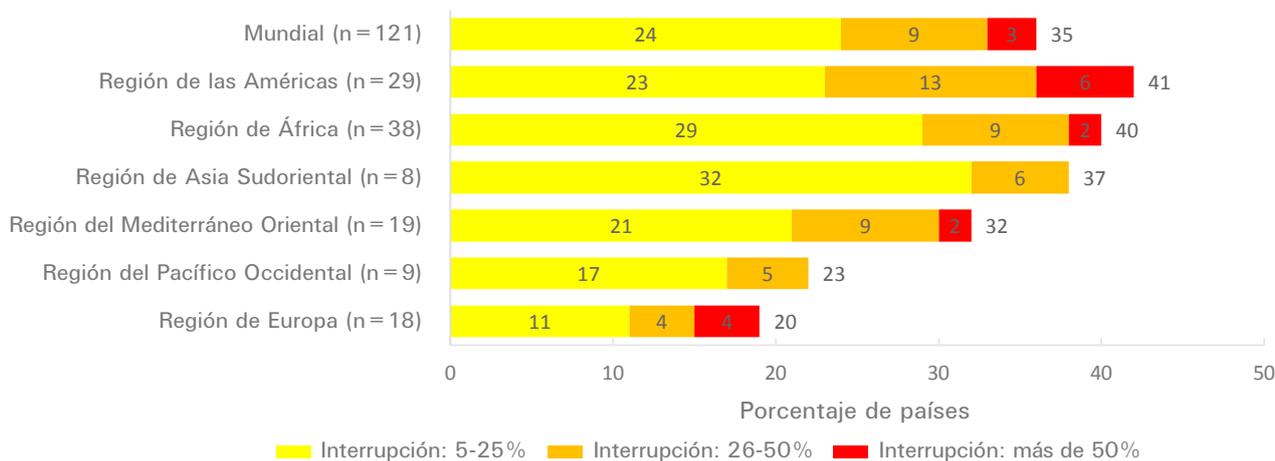
2 Los países y territorios encuestados en el tercer trimestre del 2021 son: Argentina, Bahamas, Belice, Bermudas, Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de), Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Uruguay. Los países y territorios encuestados en el cuarto trimestre del 2021 son: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).



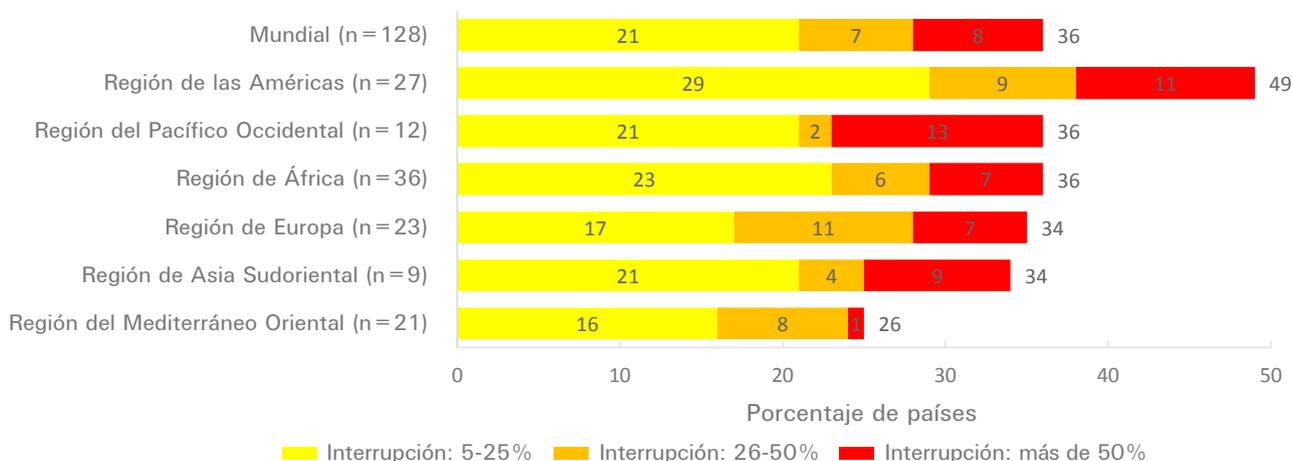
La prestación de algunos servicios de salud en América Latina y el Caribe se ha visto muy afectada por la pandemia de COVID-19 en relación con otras regiones

Figura 3. Porcentaje promedio, por región de la OMS, de países que notificaron interrupciones en los servicios de nutrición y salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, así como en los servicios de enfermedades transmisibles, durante la pandemia de COVID-19 (primer trimestre del 2021)

Porcentaje promedio de países, por región de la OMS, que notificaron interrupciones en los servicios de nutrición y salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente



Porcentaje promedio de países que notificaron interrupciones de los servicios de enfermedades transmisibles por Región de la OMS



Notas: n = número de países encuestados por región. Debido al redondeo, los porcentajes pueden no coincidir con la suma exacta. Todos los países encuestados de la Región de las Américas son de América Latina y el Caribe.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report. Ginebra, OMS; 2021.



A nivel mundial, la insuficiencia de recursos humanos, el miedo y la desconfianza a la hora de buscar atención de salud³, junto con la cancelación o inasistencia de los pacientes a las consultas programadas, fueron las causas principales de interrupciones de los servicios en más de la mitad de los países en el primer trimestre del 2021 (17). Si bien estos factores siguieron ocasionando interrupciones de los servicios en el cuarto trimestre del 2021, la causa más frecuente de interrupción en ese período fueron las modificaciones intencionales en la prestación de servicios⁴ (18). Además, ALC fue la región más afectada por las interrupciones de los sistemas de la cadena de suministro: en el cuarto trimestre del 2021 se vieron afectados un 67% de los países, un aumento de 27 puntos porcentuales en comparación con el primer trimestre del 2021 (17, 18).

Otra encuesta de importancia llevada a cabo en la región fue la realizada en 19 países de América Latina y el Caribe⁵ entre julio y septiembre del 2020 por el proyecto ISLAC 2020. Fue un trabajo conjunto entre Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC, por su sigla en inglés), la Universidad de Tulane, la Universidad de Santiago de Chile y otras instituciones para estudiar el efecto de la pandemia en la cobertura y calidad de los servicios de salud (19). La encuesta tuvo 691 respuestas en total. Los resultados de la encuesta mostraron que:

- En general, la cobertura y la calidad de los servicios de salud anteriores a la pandemia para las mujeres y adolescentes no embarazadas se percibió como menor con respecto a los servicios para embarazadas, neonatos y niños.

- Los programas de inmunización, junto con el acceso a la atención obstétrica institucional y los servicios de atención prenatal y posnatal, fueron los servicios de salud con relativamente menos interrupciones durante la pandemia⁶. Por otro lado, se percibió que las interrupciones y los recortes afectaron particularmente el acceso a los servicios de anticoncepción, salud mental, vigilancia de la salud maternoinfantil y control del desarrollo (figura 4).
- A pesar de las interrupciones en el acceso a los servicios de salud mental en ALC durante la pandemia, se informó que en ese período hubo mayor innovación en estos servicios gracias al aumento de los servicios de telemedicina.
- La encuesta también puso de manifiesto las grandes desigualdades existentes entre los países de ALC. Por ejemplo, en Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador y Uruguay, en menos de 50% de las respuestas se indicó que hubo una interrupción total o parcial en el acceso a los servicios de anticoncepción durante la pandemia, en comparación con 80% en el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela (19).
- Se consideró que lograr el acceso universal y equitativo a los servicios de salud constituía el mayor desafío y la prioridad principal de ALC, y que la necesidad de asegurar el financiamiento para los programas que promueven la salud de mujeres, niños, niñas y adolescentes era la segunda prioridad.

3 La población joven y adolescente de ALC ha informado que no accede a los servicios de salud por miedo a la discriminación (13).

4 Esto incluye los cierres temporales y el aplazamiento de servicios.

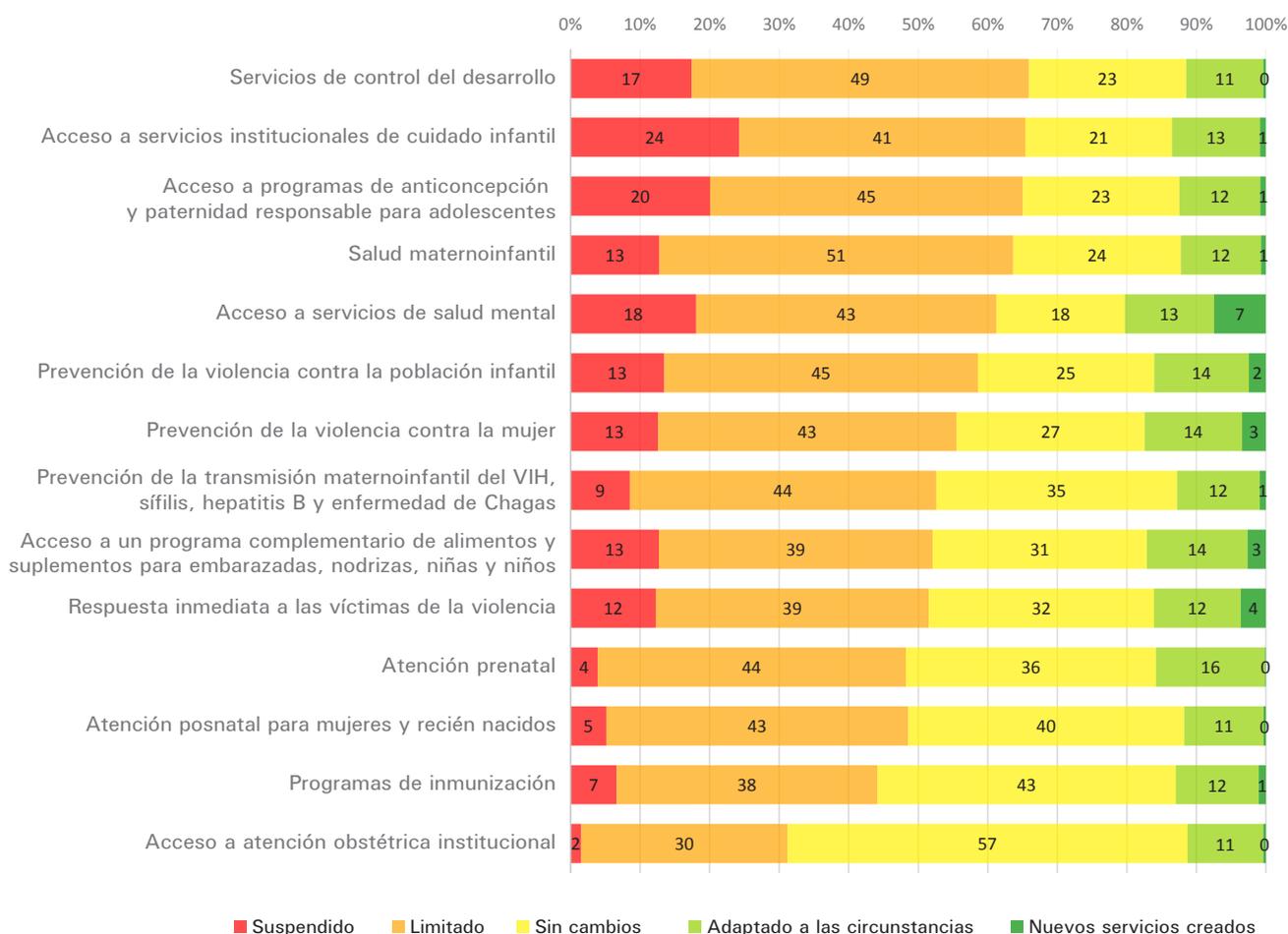
5 Los países incluidos en el análisis fueron: Argentina, Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

6 No obstante, ALC sigue presentando los niveles más altos de interrupción en los servicios de inmunización. En el primer trimestre del 2021, 55% de los países de ALC notificaron interrupciones en los servicios de inmunización, más de 4 veces el porcentaje del sudeste asiático (17).



Los servicios críticos para mujeres, niños, niñas y adolescentes se vieron especialmente afectados por la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe

Figura 4. Efecto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de salud, por tipo, en América Latina y el Caribe



Notas: Los porcentajes se basan en el número total de respuestas para las cinco alternativas; no se incluyen las respuestas N/D. Debido al redondeo, pueden no coincidir con la suma exacta.

Fuente: Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e140. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.140>.



Energía Potencial y Cinética
21/10/13

Calcular la energía potencial que posee un libro de 500 g de masa que está colgando sobre una mesa de 80 cm de altura.

Respuesta:
 $E_p = m \cdot g \cdot h$
 $E_p = 0,5 \text{ kg} \cdot 9,8 \text{ m/s}^2 \cdot 0,8 \text{ m}$
 $E_p = 3,92 \text{ J}$

Calcular la energía cinética que posee un libro de 500 g de masa que se mueve a 80 cm/s.

Respuesta:
 $E_c = \frac{1}{2} m \cdot v^2$
 $E_c = \frac{1}{2} \cdot 0,5 \text{ kg} \cdot (0,8 \text{ m/s})^2$
 $E_c = 0,16 \text{ J}$

Un coche de 800 kg se mueve a 100 km/h. Calcular su energía cinética.

Respuesta:
 $E_c = \frac{1}{2} m \cdot v^2$
 $E_c = \frac{1}{2} \cdot 800 \text{ kg} \cdot (27,78 \text{ m/s})^2$
 $E_c = 305,184 \text{ J}$

Un coche de 800 kg se mueve a 100 km/h. Calcular su energía potencial.

Respuesta:
 $E_p = m \cdot g \cdot h$
 $E_p = 800 \text{ kg} \cdot 9,8 \text{ m/s}^2 \cdot 1,5 \text{ m}$
 $E_p = 11,76 \text{ kJ}$

Un coche de 800 kg se mueve a 100 km/h. Calcular su energía mecánica.

Respuesta:
 $E_m = E_c + E_p$
 $E_m = 305,184 \text{ J} + 11,76 \text{ kJ}$
 $E_m = 12,065 \text{ kJ}$



3

Principales causas de muerte y enfermedad en adolescentes de América Latina y el Caribe

3.1 La violencia, las lesiones y el suicidio son las principales causas de muerte en adolescentes

América Latina y el Caribe es una de las regiones con mayor mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años (6 muertes por 1000 niños de 10 años en el 2020); estos valores han disminuido en un 33% desde 1990 (2). Como se muestra en la figura 5, la gran mayoría de las muertes de adolescentes en ALC se deben a causas prevenibles. Las principales causas de muerte en la región son la violencia interpersonal, las lesiones y traumatismos, y el suicidio. La violencia causa el 41% de las muertes en los adolescentes varones de 15 a 19 años, en comparación con el 11% de las muertes en las adolescentes de 15 a 19 años. Los traumatismos causados por el tránsito causan el 16% y el 13% de las muertes en los adolescentes varones y mujeres de 15 a 19 años, respectivamente. Además, el suicidio causa el 6% y el 10% de las muertes entre los adolescentes varones y mujeres de 15 a 19 años, respectivamente. Otras causas de mortalidad adolescente en ALC son el

ahogamiento, que es una de las principales causas de muerte en los adolescentes varones, y los problemas de salud materna, una de las principales causas de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años, que se correlacionan con las altas tasas de fecundidad en adolescentes de la región. La figura 5 también muestra la evolución de las causas de muerte a lo largo de la vida. Por ejemplo, si bien las anomalías congénitas y las infecciones de las vías respiratorias bajas son responsables de una proporción importante de las muertes en la población infantil menor de 10 años, ya no son las principales causas de muerte en adolescentes. Por otro lado, la violencia y el suicidio son causas de muerte exclusivas de la población adolescente de 15 a 19 años, mientras que la proporción de muertes causadas por traumatismos debidos al tráfico aumenta en la población de 15 a 19 años en comparación con las edades de 5 a 9 y de 10 a 14 años.

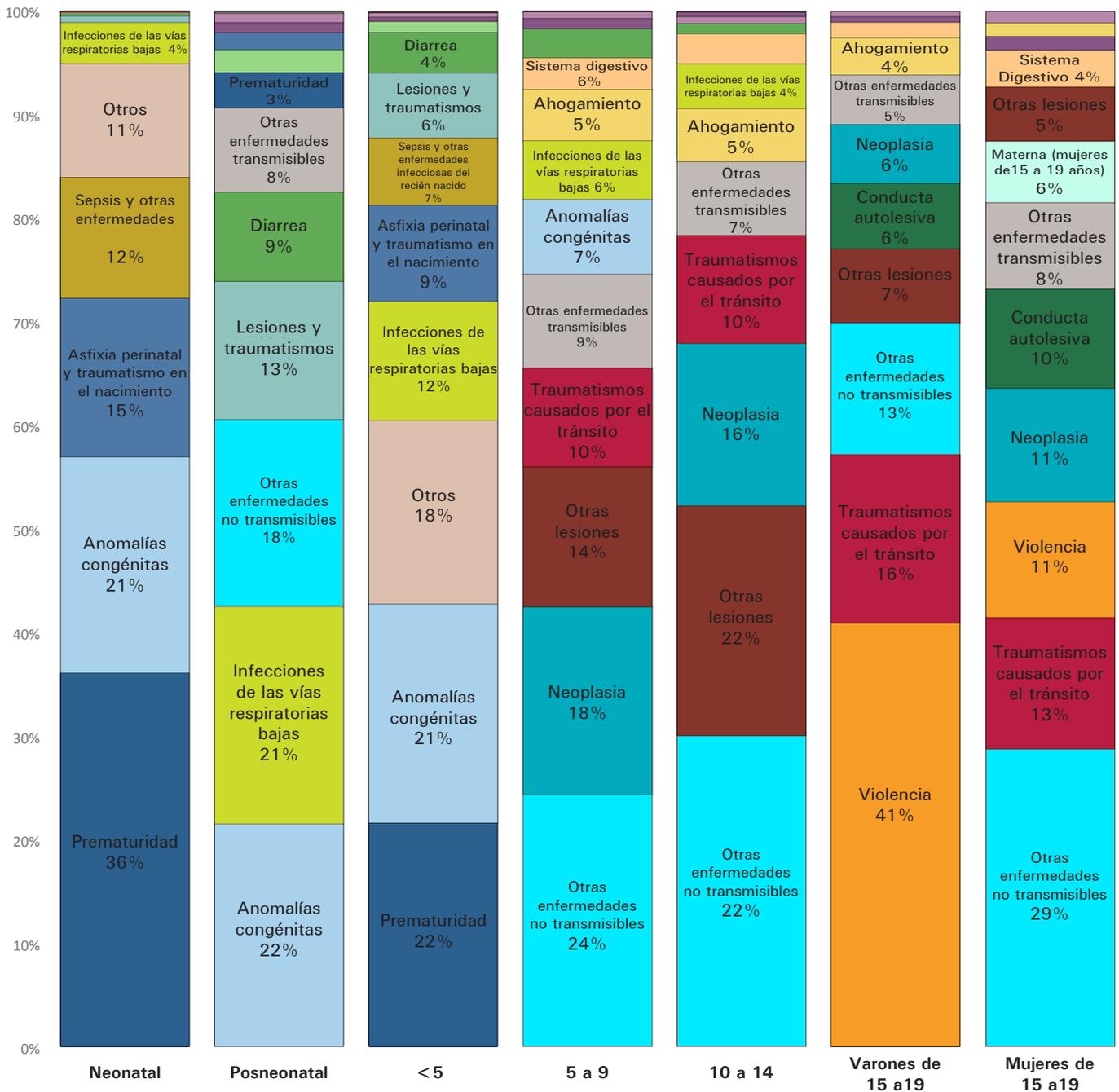




Las causas prevenibles de muerte, como la violencia y los traumatismos causados por el tránsito, están matando a muchos adolescentes en América Latina y el Caribe

Figura 5.

Causas de muerte en la población de 0 a 19 años en América Latina y el Caribe, 2019



- Asfixia perinatal y traumatismo en el nacimiento
- Anomalías congénitas
- Diarrea
- Sistema digestivo
- Ahogamiento
- VIH/SIDA
- Lesiones y traumatismos
- Infecciones de las vías respiratorias bajas
- Malaria
- Materna (mujeres de 5 a 19)
- Sarampión
- Meningitis o encefalitis
- Neoplasias
- Otra
- Otras enfermedades transmisibles
- Otras lesiones
- Otras enfermedades no transmisibles
- Prematuridad
- Traumatismos causados por el tránsito
- Conducta autolesiva
- Sepsis y enfermedades infecciosas del recién nacido
- Tétanos
- Tuberculosis
- Violencia

Fuentes: Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, Prieto-Merino D, Cousens S, Black RE, Liu L. *Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals*. Lancet Child Adolesc Health. 2022 Feb;6(2):106-115 for neonatal and children 1 to 59 months and Liu L, Villavicencio F, Yeung D, Perin J, Lopez G, Strong KL, Black RE. *National, regional, and global causes of mortality in 5- 19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis*. Lancet Glob Health. 2022 Mar;10(3):e337-e347 for ages 5-19, based on data visualization in the Countdown to 2030 profiles. Disponible en: <https://data.unicef.org/countdown-2030/>.



3.2 Las enfermedades no transmisibles están acortando la vida saludable de la población adolescente

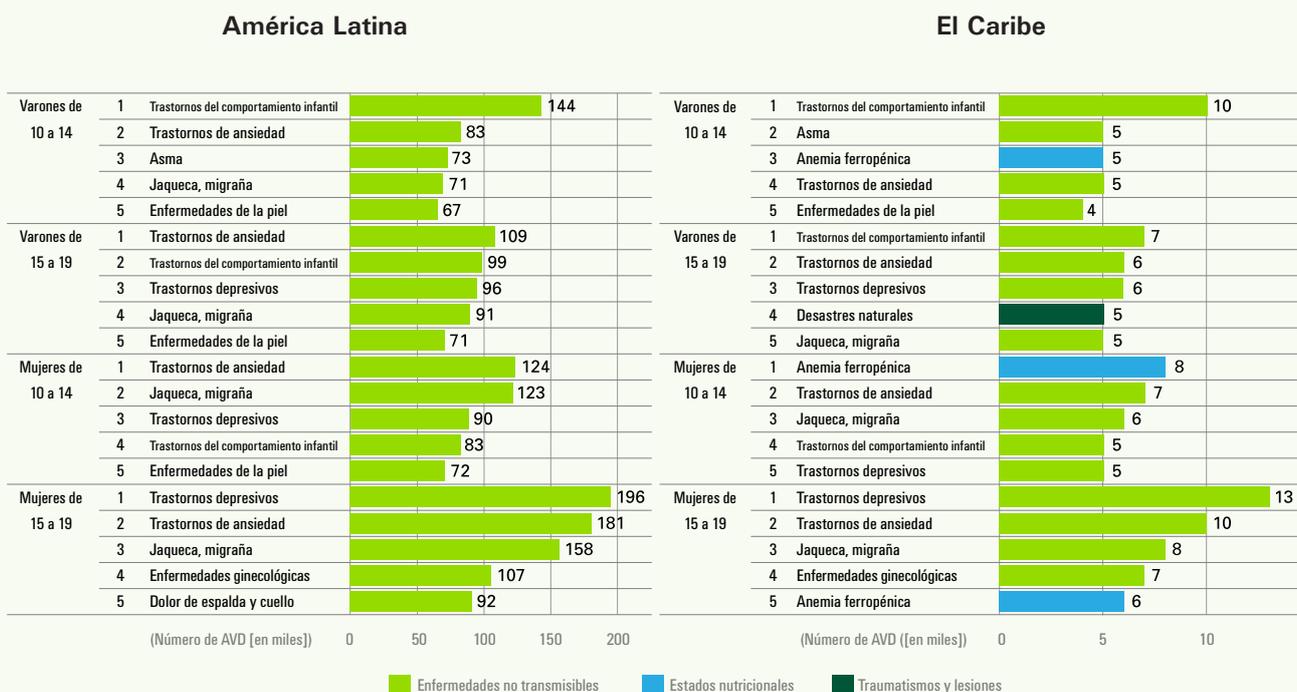
Los años vividos con discapacidad (AVD) es una medida que cuantifica la carga de la enfermedad y permite una comparación directa entre enfermedades y discapacidades. Los AVD se centran en la morbilidad y cuantifican los años de vida saludable perdidos por discapacidades y enfermedades. La figura 6 muestra las principales causas de AVD en adolescentes de ALC por subregión, siendo la mayoría de las causas relacionadas a enfermedades no transmisibles (principalmente de salud mental). La población adolescente de ALC presenta una alta prevalencia de problemas de salud mental, como puede apreciarse en el número de AVD

debido a trastornos de ansiedad y depresivos. La prevalencia de estos problemas de salud mental es especialmente preocupante en las adolescentes de 15 a 19 años por el elevado número de AVD que provocan. Los trastornos del comportamiento infantil también son una de las principales causas de AVD en la población adolescente, sobre todo en los varones. Si bien todas las principales causas de AVD en América Latina son las enfermedades no transmisibles (en especial la salud mental), las afecciones nutricionales (anemia ferropénica) y los traumatismos y lesiones por desastres naturales son algunas de las principales causas de AVD en el Caribe.

Los problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento infantil, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos están acortando vidas saludables en la población adolescente de América Latina y el Caribe

Figura 6. Las cinco principales causas de años vividos con discapacidad en adolescentes de América Latina y el Caribe, 2019

Las cinco causas principales de AVD (2019)







4 La violencia interpersonal: un problema apremiante en la población adolescente

La violencia interpersonal afecta a un tercio de las personas de 15 a 17 años en América Latina y el Caribe y, como se muestra en la figura 5, causó 41% y 11% de las muertes de varones y mujeres de 15 a 19 años en el 2019, respectivamente (7, 20). Los afrodescendientes se ven afectados de manera desigual por los homicidios. Por ejemplo, mientras que la mitad de la población en Brasil es afrodescendiente, tres cuartas partes de los homicidios de adolescentes se producen en esta población (21). Las tendencias actuales en ALC muestran aumentos recientes de los homicidios en adolescentes y en la prevalencia de la violencia de género contra las niñas (22). Existen grandes desigualdades en los diferentes tipos de violencia (física, sexual y psicológica)⁷ experimentada por la población adolescente de 13 a 17 años en cuatro países de ALC en los últimos 12 meses⁸, como queda de manifiesto en las encuestas de violencia contra la población infantil y joven. Por ejemplo, en todos los países la prevalencia de la violencia sexual es mayor en las adolescentes que entre los adolescentes. En particular, la prevalencia de la violencia sexual es aproximadamente dos a tres veces mayor, y hasta nueve puntos porcentuales más alta, en las adolescentes que en los adolescentes (22). En todos los países, excepto Colombia, la prevalencia de la violencia psicológica por parte de alguno de los progenitores, cuidador o pariente es mayor entre las adolescentes que

entre los adolescentes, con tasas hasta tres veces más altas y hasta 11 puntos porcentuales más altas para las adolescentes en El Salvador y Haití, respectivamente (22). Además, los cuatro países de ALC presentan variaciones importantes en las encuestas de violencia contra la población infantil y joven con respecto a la prevalencia de la violencia física en la población adolescente. Por ejemplo, la prevalencia de la violencia física en los últimos 12 meses en la población de 13 a 17 años en Haití, en comparación con El Salvador, es mayor por un factor de tres y por 25 puntos porcentuales (22).

Los altos niveles de violencia física, psicológica y sexual que enfrenta la población adolescente de ALC tienen consecuencias preocupantes para su salud física y mental. Por ejemplo, en los 26 países y territorios⁹ de ALC para los que se dispone de datos, la prevalencia de las ideas de suicidio fue mayor entre los estudiantes que han sido víctimas de acoso escolar que entre los que no lo habían sido (22). Como expresó una adolescente en Jamaica durante debates de grupos focales sobre cómo la población adolescente experimenta y percibe la salud mental en todo el mundo: “Me violaron. Actualmente soy madre adolescente, y todas esas cosas me han llevado al suicidio, a la autolesión... Soy una bomba andante. Puedo explotar en cualquier momento”. (24).

7 La violencia física se refiere al “el uso deliberado de la fuerza física o el poder”, la violencia sexual a “actos no consentidos de naturaleza sexual” y la violencia psicológica “puede consistir en restringir los movimientos de un niño o niña, o en denigrar, ridiculizar, amenazar o intimidar, discriminar, rechazar o proceder a otras formas no físicas de trato hostil a un niño o una niña” (23).

8 Colombia, El Salvador, Haití y Honduras.

9 Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Montserrat, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago y Uruguay.





5 La salud mental: una preocupación creciente

En América Latina y el Caribe, la salud mental en la adolescencia sigue siendo una preocupación cada vez mayor, especialmente a la luz de la pandemia de COVID-19, cuando una proporción importante de la población adolescente, mayor que la proporción entre los jóvenes, informaron no haber cuidado su salud mental durante este período (25).

En el 2019, el suicidio causó 6% y 10% de las muertes entre varones y mujeres de 15 a 19 años, respectivamente, como se pudo apreciar en la figura 5 (7). No obstante, se han producido grandes avances en la salud mental de la población adolescente en ALC. En el recuadro 2 se proporciona un ejemplo de Perú.

Recuadro 2. Logrando resultados mediante la prestación de servicios de salud mental para adolescentes en Perú

En ALC, un ejemplo destacado de acción concertada para mejorar el bienestar en la adolescencia es la prestación de servicios de salud mental comunitarios para adolescentes en Perú. Este enfoque innovador integra los servicios de profesionales de las áreas de psiquiatría, psicología, enfermería, asistencia social y farmacia en el ámbito de atención primaria de la salud. El enfoque de prestar los servicios a nivel comunitario facilita a las personas que necesitan tratamiento el acceso cerca de las redes de apoyo; también facilita las intervenciones preventivas y promocionales. Este enfoque supera las barreras que suelen limitar el acceso de la población adolescente a los servicios de salud mental, como el costo de los servicios y el tiempo de transporte y desplazamiento. Las reformas recientes en Perú han ampliado el modelo de atención médica comunitaria y han añadido la cobertura de salud mental como parte del programa nacional del seguro de salud. Además, se ha adoptado el financiamiento basado en resultados, lo que ha incentivado la inversión en salud mental, y en el 2019 se aprobó una nueva ley nacional de salud mental que establece el marco legal para garantizar el acceso a los servicios de salud mental. Este modelo ha tenido un impacto considerable. El número de centros comunitarios de salud mental aumentó de 23 en el 2015 a 206 en el 2021 (26, 27), y el programa se ha adaptado a las necesidades de la población y los retos de la pandemia de COVID-19 al ofrecer servicios de salud mental en espacios abiertos, a domicilio y haciendo uso de las tecnologías de la telemedicina (26). En el 2020-2021, el programa aumentó el número de consultas de salud mental, y el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que utilizaron estos servicios aumentó de 15% a 21% (27). Además, el programa ha demostrado ser más costo-efectivo y eficiente que los servicios prestados en hospitales psiquiátricos (28).

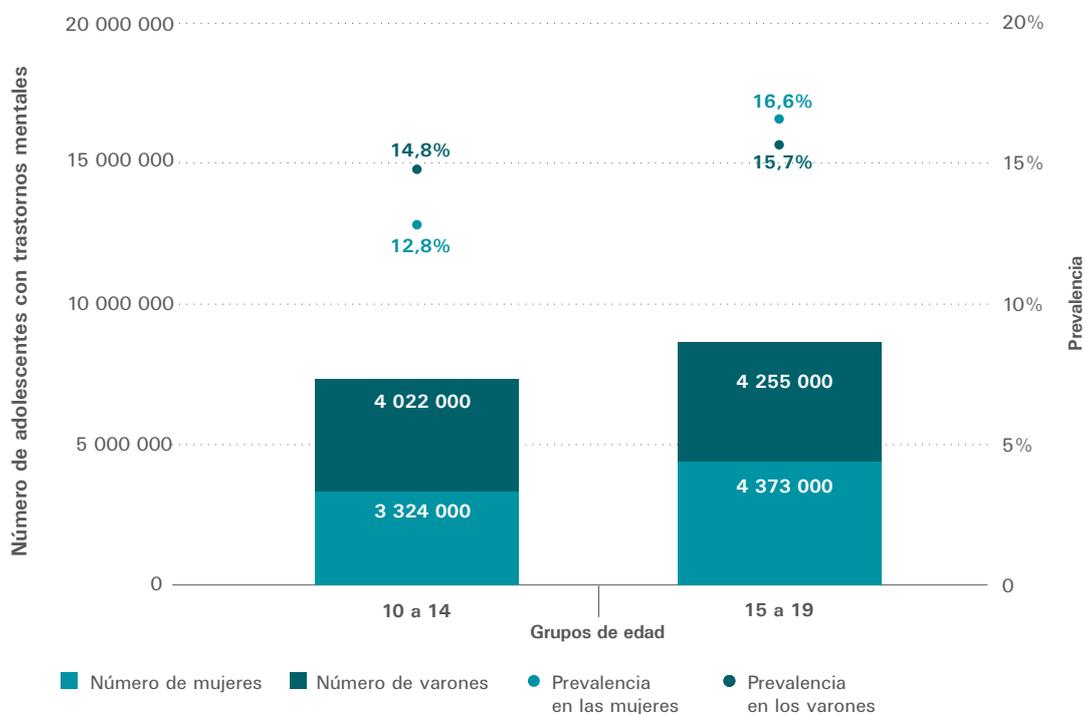


Según estimaciones recientes sobre la prevalencia de los trastornos mentales en adolescentes de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe¹⁰, casi 16 millones de adolescentes de ALC —es decir, más de uno de cada siete— tienen algún trastorno mental (29) (figura 7). Las mujeres y los varones se ven igualmente afectados durante la adolescencia temprana (de 10 a 14 años), mientras que la prevalencia de estos problemas de salud mental es mayor entre los 15 y 19 años, en particular en las mujeres (29) (figura 7). Entre la población adolescente que tiene un trastorno mental, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más prevalentes, ya que afectan a casi la mitad (47,7%); seguidos por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que afecta a más de una cuarta parte (26,8%) (29) (figura 8). El tercer y cuarto trastorno de salud mental más prevalente en la población adolescente con

problemas de salud mental son los trastornos de conducta y bipolares, que afectan a uno de cada cinco (18,2%) y uno de cada 20 (5,3%) adolescentes, respectivamente (29) (figura 8). La prevalencia de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos es mayor entre las adolescentes, ya que afecta a casi dos tercios (62,6%) de las que tienen algún trastorno mental, en comparación con un tercio de los adolescentes varones (33,8%) (29) (figura 8). Por otro lado, la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es mayor entre los varones, ya que afecta a más de un tercio (36,2%) de los que tienen algún trastorno mental, en comparación con una de cada seis mujeres (16,8%) (figura 8). Los trastornos de conducta son más comunes entre los adolescentes varones, mientras que el trastorno bipolar afecta a los adolescentes de ambos sexos por igual (figura 8).

Casi 16 millones de adolescentes en América Latina y el Caribe tienen un trastorno mental

Figura 7. Prevalencia y número de adolescentes en América Latina y el Caribe que tienen trastornos mentales



Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover proteger y cuidar la salud mental de la infancia Resumen regional: América Latina y el Caribe. UNICEF; 2021.

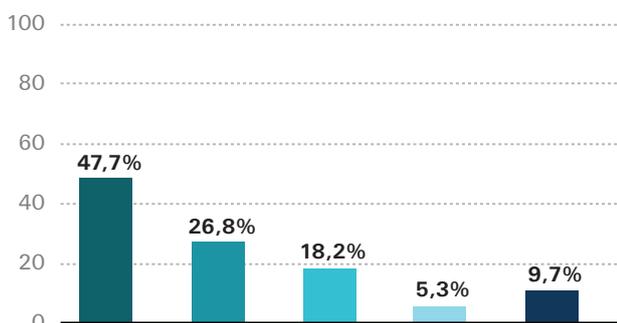
10 Países y territorios: Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos y Uruguay.



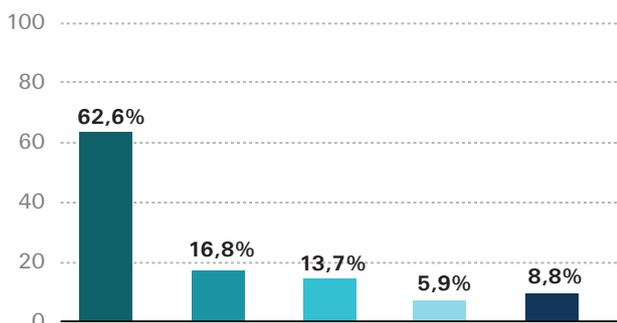
Casi la mitad de la población adolescente con algún trastorno mental sufre de ansiedad y depresión

Figura 8. Estimaciones de trastornos mentales en adolescentes en América Latina y el Caribe, por tipo

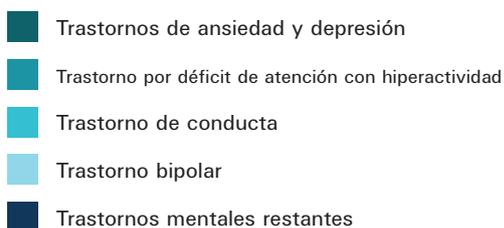
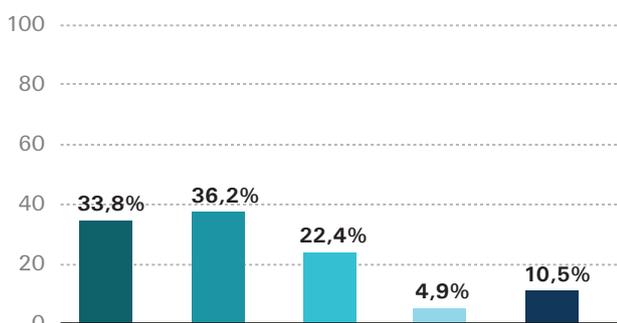
Varones y mujeres de 10 a 19 años



Mujeres de 10 a 19 años



Varones de 10 a 19 años



En ALC, la preocupante mala salud mental en la adolescencia queda corroborada por las elevadas tasas de suicidio, que han llegado a un nivel alarmante. Cada día, más de 11 adolescentes en ALC pierden la vida debido al suicidio (29). Los adolescentes varones de 15 a 19 años son un grupo especialmente vulnerable, ya que representan más de seis de las 11 vidas que a diario se pierden por suicidio en ALC (29).

Los estudios realizados en ALC indican que los adolescentes que han experimentado formas de violencia física, psicológica y sexual son más propensos a padecer ansiedad (30, 31), depresión (30, 31), trastorno de estrés postraumático (30, 32, 33), trastornos de la conducta disruptiva (34) y trastornos del estado de ánimo (34). Como resultado, la exposición a la violencia durante la adolescencia también se ha relacionado con las autolesiones (31), los altos niveles de ideas de suicidio (35) y los intentos de suicidio (36) en la adolescencia y la edad adulta.





6

El embarazo en la adolescencia es un reflejo de las grandes desigualdades en América Latina y el Caribe

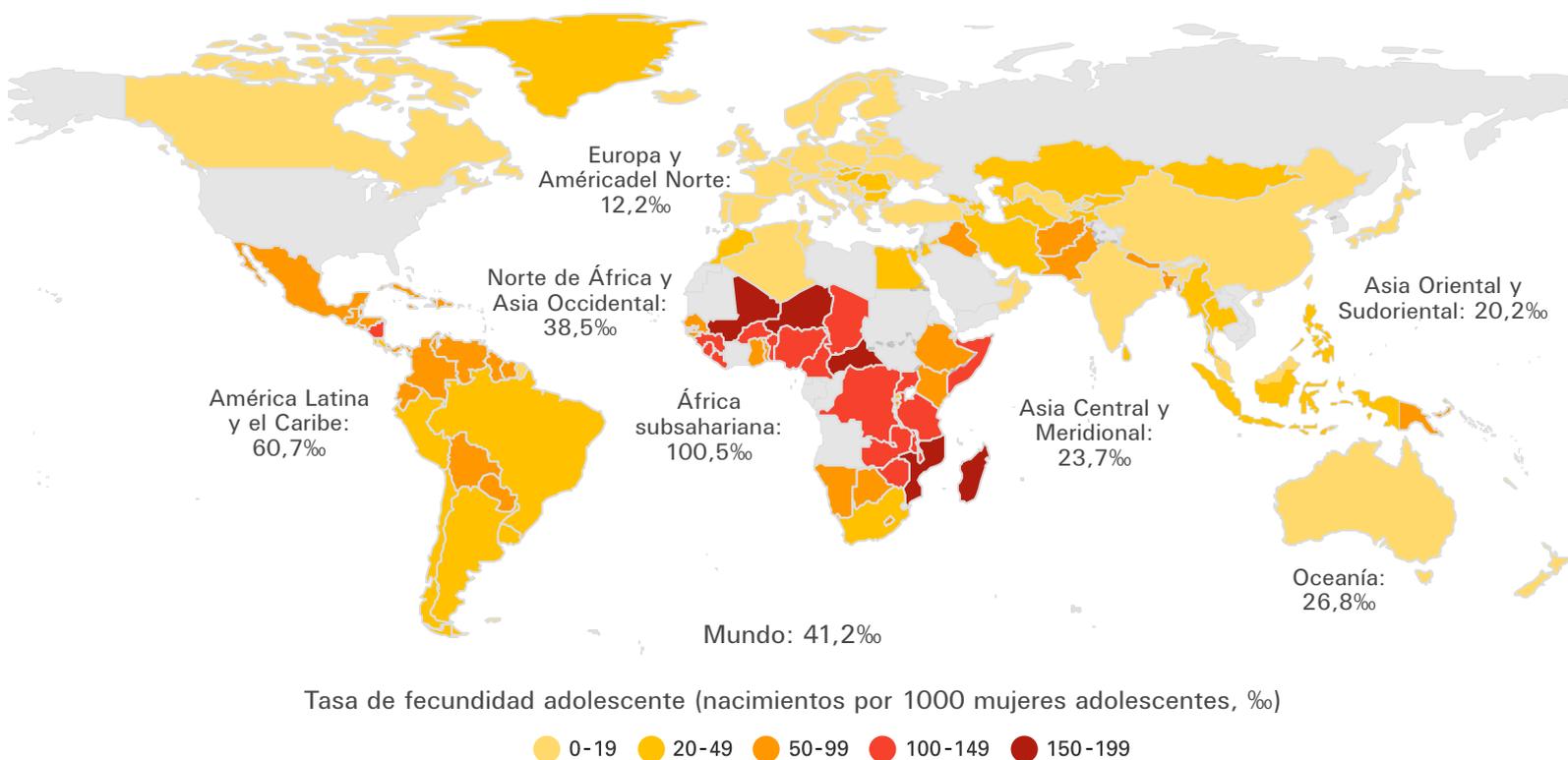
Se estima que, en el período 2015-2020, nacieron 62 millones de bebés de madres adolescentes en todo el mundo. De estos, aproximadamente 14% nacieron en América Latina y el Caribe (37). Esta es la segunda región con mayor tasa de fecundidad adolescente, después del África subsahariana (8) (figura 9), por lo que la mayor parte de los gobiernos de los países de ALC consideran que la fecundidad adolescente es un tema de gran preocupación (38). Durante la última década, ALC ha experimentado una disminución lenta pero constante de la tasa de fecundidad en adolescentes, que pasó de 70,9 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el 2010, a 60,7 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el 2020, lo que representa una disminución de 14,39% (8). Varios países, como Chile, Costa Rica y Uruguay, han registrado fuertes disminuciones en las tasas de fecundidad en adolescentes en los últimos años, y, Jamaica ha proporcionado educación, capacitación en competencias para la vida y para la crianza de los hijos, asesoramiento, anticonceptivos y servicios

de reintegración escolar mediante un programa a gran escala para adolescentes embarazadas que ha mantenido a lo largo del tiempo, lo que ha dado como resultado una importante disminución en el número de adolescentes con un segundo embarazo (39). Sin embargo, persisten grandes diferencias entre las subregiones y los países, así como dentro de los países, y las adolescentes indígenas, de bajos ingresos y con bajo nivel educativo se ven afectadas de manera desproporcionada por los embarazos tempranos no planificados. Sobre la base de los datos más recientes de cada país para el período 2015-2021, los países con las menores tasas de fecundidad en adolescentes son Chile y dos islas del Caribe, Montserrat e Islas Turcas y Caicos, que tienen tasas en torno a 21-23 por cada 1000 adolescentes, mientras que las mayores tasas de fecundidad de adolescentes se dan en Nicaragua y Guatemala, con tasas entre 77 y 103 por cada 1000 adolescentes, respectivamente (40).



América Latina y el Caribe es la segunda región con la mayor tasa de fecundidad en adolescentes

Figura 9. Tasas de fecundidad en adolescentes, por país



Notas: Según los datos más recientes para cada país en el período 2015-2021 y los valores regionales para el 2020.

Fuente: Base de datos mundial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para datos de países y anexo estadístico del Informe del Secretario General: Progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (E/2022/55) para datos regionales.

Declaración de exención de responsabilidad: Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS y UNICEF, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.



Las proyecciones han mostrado que hacia el 2030 las tasas de fecundidad en adolescentes en ALC podrían superar las tasas proyectadas para África (41). Además, la relación entre la fecundidad en adolescentes y la fecundidad total es más alta en ALC que en otras regiones, ya que la fecundidad adolescente en la actualidad contribuye a alrededor de 14% de la fecundidad total. Este valor es aproximadamente un 30% más alto que el del África subsahariana (42).

La alta proporción de adolescentes de ALC que se convierten en madres tiene consecuencias a corto, mediano y largo plazo para ellas, sus hijos, la sociedad y el Estado. Se ha observado que la maternidad temprana está asociada con la depresión perinatal (43, 44) y la conducta suicida (45). Además, las madres adolescentes tienen más probabilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto (46, 47) y deben hacer frente a mayores tasas de mortalidad materna (48). Además, los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir, ser prematuros y tener bajo peso al nacer que los de madres veinteañeras (49, 50).

La maternidad temprana también se ha relacionado con el aumento de la violencia. En los 12 países de América Latina y el Caribe para los que se dispone de datos¹¹, las mujeres que dieron a luz en la adolescencia tenían más probabilidades de sufrir violencia de pareja, con tasas de prevalencia de la violencia física o sexual hasta tres veces mayores, en comparación con las mujeres que dan a luz por primera vez en la edad adulta (22).

Un informe reciente de Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe (5) evaluó las desigualdades sociales en la salud en ALC (51) por medio de seis indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 22 países de ALC¹² durante el decenio 2010-2019. El análisis indica que

las condiciones socioeconómicas de las personas en ALC determinan en gran medida sus resultados de salud y el acceso a los servicios de salud. En este análisis, los indicadores que presentaron las brechas de equidad más amplias entre adolescentes estaban relacionados con la salud reproductiva: la demanda de planificación familiar satisfecha y la tasa de fecundidad adolescente.

Las adolescentes sin nivel de instrucción o con educación primaria tienen tasas de natalidad más altas que las que tienen al menos estudios secundarios (figura 10) (5). Esto puede reflejar el hecho de que las adolescentes sin estudios tienen más probabilidades de quedar embarazadas, así como que las que quedan embarazadas en la adolescencia ven interrumpida su educación. El país con las mayores desigualdades absolutas es Haití, que presenta la mayor diferencia de nacimientos en adolescentes por cada 1000 adolescentes entre las adolescentes que carecen de educación con respecto a las que tienen al menos educación secundaria (204,7 frente a 33,2) (figura 10). En Colombia, Haití, Paraguay y República Dominicana, la tasa de fecundidad en las adolescentes con educación primaria o sin educación es superior a 200 (figura 10). La desigualdad relativa es alta, ya que las tasas de fecundidad en adolescentes suelen ser tres veces más altas para las que no tienen educación secundaria respecto a las que sí la tienen, y hasta 14,8 veces más altas en Guyana (5). En el caso de Paraguay, el país tiene las tasas de fecundidad más altas entre las adolescentes sin educación, además de altos niveles de desigualdad (figura 10). Además, se han constatado importantes desigualdades en la tasa de fecundidad en adolescentes por origen étnico, con tasas superiores a 55 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre las afrodescendientes, en comparación con las no afrodescendientes en los países con datos disponibles (52).

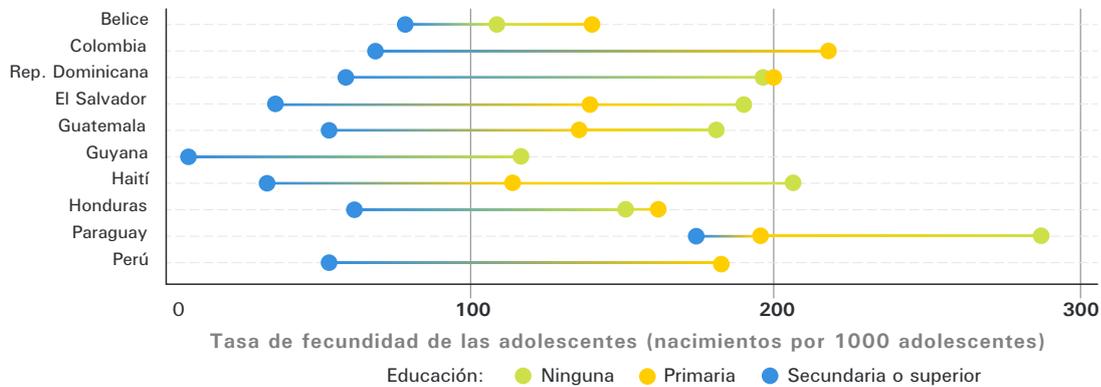
11 Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.

12 Lista de los 22 países incluidos en el análisis de desigualdad en materia de salud: Argentina, Barbados, Belice, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Uruguay.



Las adolescentes con menor nivel de instrucción en América Latina y el Caribe tienen tasas de natalidad más altas en promedio

Figura 10. Desigualdades en la tasa de fecundidad en adolescentes por nivel de instrucción



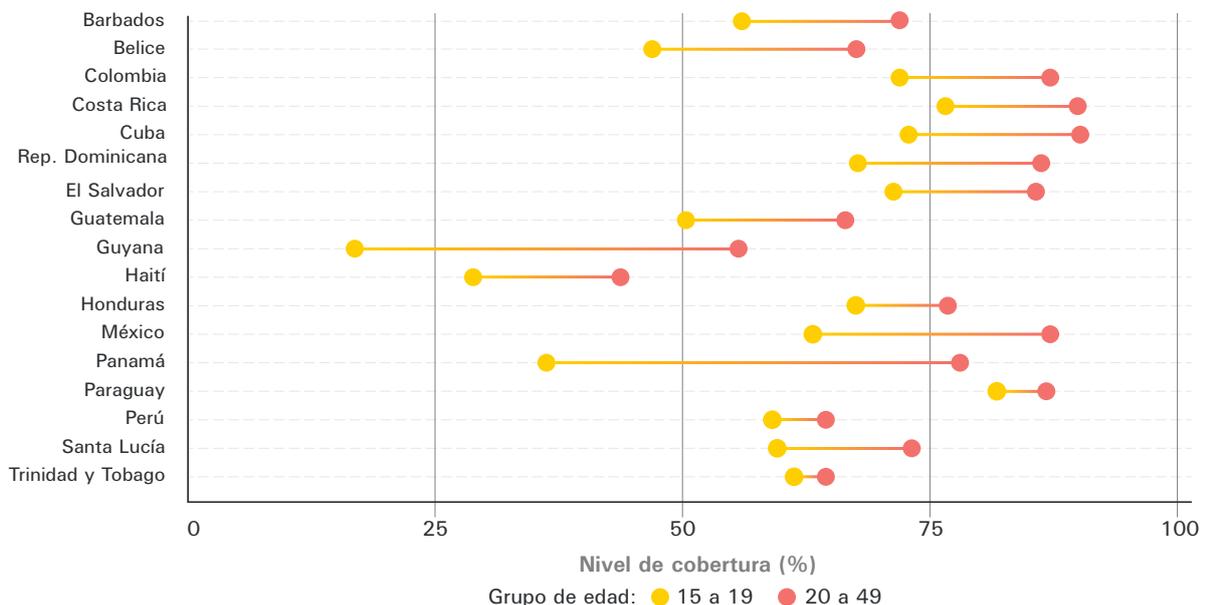
Fuente: Organización Panamericana de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe: Una línea de base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes Washington, D. C.: OPS y UNICEF; 2022, sobre la base de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.

En todos los países de América Latina y el Caribe, la población adolescente tiene menores niveles de cobertura de demanda de planificación familiar que los adultos (figura 11) (5). Las desigualdades por

edad son mayores en Panamá y Guyana, donde los adolescentes tienen niveles de cobertura aproximadamente 40 puntos porcentuales más bajos que los de los adultos (figura 11).

En comparación con los adultos, la población adolescente de América Latina y el Caribe tiene una cobertura baja y dispar de planificación familiar con métodos modernos (satisfacción)

Figura 11. Desigualdades en la demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos por grupo de edad en mujeres



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe: Una línea de base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes Washington, D. C.: OPS y UNICEF; 2022 Sobre la base de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.

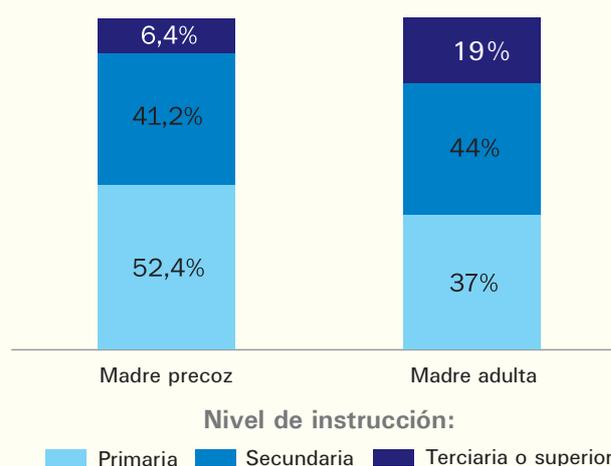


El Fondo de Población de las Naciones Unidas evaluó las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe¹³ comparando los resultados desde los 20 años hasta la jubilación de las mujeres que quedaron embarazadas entre los 15 y los 19 años (madres precoces) con los de las mujeres que quedaron embarazadas entre los 20 y los 29 años (madres adultas) (53). De acuerdo con estos resultados, menos de la mitad de las madres precoces tienen al menos educación secundaria, en comparación con más del 60% de las madres adultas (figura 12). Además, las madres precoces tienen entre dos y cuatro veces menos probabilidades de acceder a la educación terciaria. Asimismo, existen grandes desigualdades dentro de los países y entre ellos (figura 13). Si bien en la mayoría de los países la proporción de madres adultas con al menos educación secundaria es

mayor que la de las madres precoces, esto no es cierto en todos los países para los que se dispone de datos. Además, las mujeres en Ecuador ven su educación seriamente afectada por la maternidad temprana, ya que solo 13% de las madres precoces acceden al menos a la educación secundaria, en comparación con más de 98% de las madres adultas (figura 13). Como resultado del efecto que tiene el embarazo en la adolescencia sobre el nivel de instrucción, se estima que las madres precoces ganan USD 573 (2018) menos por año de lo que ganarían si no se hubieran convertido en madres durante la adolescencia (53). Los efectos de la maternidad temprana sobre la educación y los ingresos de las adolescentes, que son importantes determinantes socioeconómicos de la salud (54), tienen una repercusión duradera sobre su salud a lo largo de su vida.

Las mujeres que se hacen madres durante la adolescencia en América Latina y el Caribe tienen menos probabilidades de alcanzar un mayor nivel de instrucción

Figura 12. Nivel de instrucción promedio de madres precoces y adultas para los países analizados

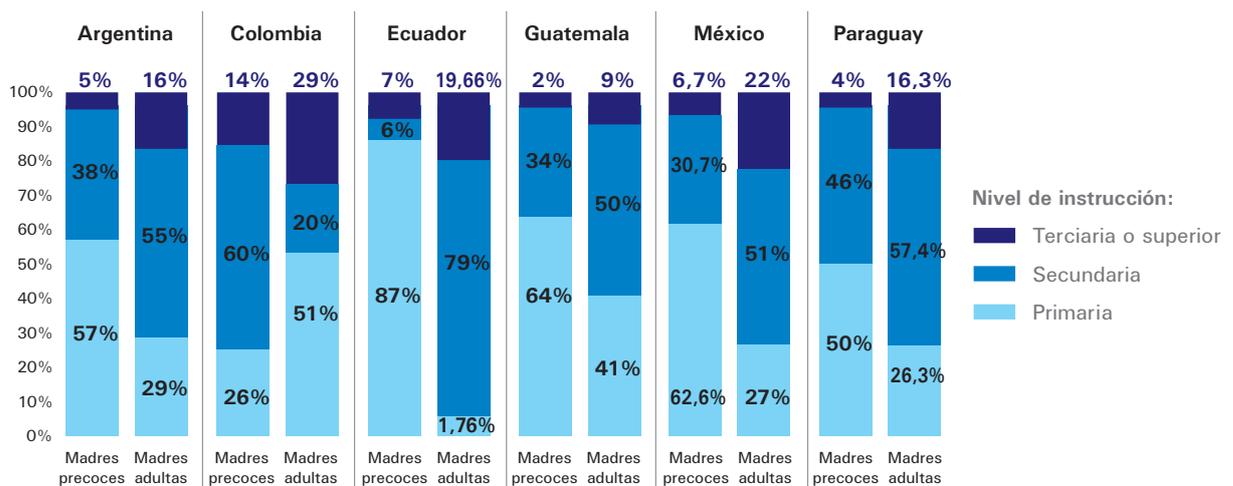


Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Socioeconomic consequences of adolescent pregnancy in six Latin American countries. Implementation of the MILENA methodology in Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Paraguay. Ciudad de Panamá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020.



El embarazo en la adolescencia afecta de manera desigual el nivel educativo de las adolescentes en los países de América Latina y el Caribe

Figura 13. Nivel de instrucción de las madres precoces y adultas por país



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas Socioeconomic consequences of adolescent pregnancy in six Latin American countries. Implementation of the MILENA methodology in Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Paraguay. Ciudad de Panamá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020

El acceso desigual a los servicios básicos de salud por parte de las adolescentes, la puesta en práctica de la educación sexual integral de acuerdo con los patrones internacionales y la violencia sexual se traducen en altos niveles de embarazo en la adolescencia. Por ejemplo, las adolescentes de ALC tienen un acceso limitado a los anticonceptivos (5) y, como resultado, muchas de ellas, que no tienen los medios para retrasar o prevenir un embarazo, se encuentran con que no tienen otra alternativa que ser madres a una edad temprana (53). La falta de información sobre los servicios reproductivos y anticonceptivos, la educación sexual deficiente, los matrimonios infantiles y las uniones tempranas, así como la violencia sexual y de género, también agravan esta tendencia (53).

Los servicios de salud sexual y reproductiva en ALC generalmente no están adaptados a las adolescentes y no atienden sus necesidades (55). El miedo a la estigmatización social, la vergüenza, el juicio negativo, las situaciones embarazosas y las normas sociales y de género perjudiciales y

discriminatorias son limitaciones adicionales que desalientan a las adolescentes de ALC a utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva (55, 56). Los movimientos conservadores de algunos países en los que las actitudes a menudo están impulsadas por creencias religiosas han desempeñado un papel dominante no solo en el entorno cultural, que ha restringido el acceso a los servicios anticonceptivos, sino también en las políticas que limitan los derechos sexuales y reproductivos (57). A menudo, las adolescentes que buscan servicios de planificación familiar sufren discriminación y maltrato (55, 56). Los proveedores de servicios médicos pueden incluso proporcionar una atención insuficiente, no estar familiarizados con las prácticas adecuadas, las normas legales, el consentimiento de los padres y las preocupaciones morales, y pueden estigmatizar a las adolescentes por ser sexualmente activas (55, 56). Además, algunos grupos sociales, como los indígenas jóvenes (58), los que tienen un menor nivel de instrucción (4, 5, 55) y los pobres (4, 5, 55) tienen una menor cobertura de estos servicios.





7 El camino a seguir para una vida más saludable de la población adolescente de América Latina y el Caribe

En este informe se ponen de relieve las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad de la población adolescente de América Latina y el Caribe, que amenazan con tener consecuencias duraderas a nivel personal y a nivel de la comunidad. Por definición, la población adolescente es un grupo en transición entre la infancia y la edad adulta y depende de que quienes tienen el poder (gobiernos, organizaciones internacionales, el sector privado, la comunidad académica y la sociedad civil) den prioridad a sus necesidades. La pandemia de COVID-19 no ha hecho más que agravar las brechas existentes en el acceso y la calidad, y ha aumentado la urgencia de reconstruir los sistemas con la mira puesta en la equidad. Los recursos de Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe apoyan el avance hacia un futuro mejor y equitativo para la población adolescente de la región, pero es necesario emprender otras medidas prioritarias, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1 Fortalecer la formulación y puesta en práctica de **estrategias y planes de salud para adolescentes que estén orientados por la evidencia, sean multisectoriales y estén basados en la equidad**, con una perspectiva enfocada en el desarrollo positivo y el bienestar en la adolescencia, y un aumento de las inversiones para poner en práctica de estas estrategias y planes.
- 2 Promover la reforma de las políticas para **crear un entorno propicio** para que los adolescentes de ambos sexos puedan desarrollar su potencial en sus hogares, escuelas y comunidades.
- 3 Poner en práctica estrategias adecuadas para **restablecer la prestación de servicios de salud esenciales para las mujeres, la población infantil y la población adolescente, y garantizar el acceso de la población adolescente a estos servicios de salud**. Esto debe incluir lo siguiente: optimizar los entornos y las plataformas de prestación de servicios y el uso de estrategias innovadoras, incluidas las redes sociales y otras tecnologías digitales, para interactuar con la población joven y las comunidades, y llegar a los grupos vulnerables; determinar cuáles son las necesidades prioritarias mediante su clasificación; contratar a personal adicional y aplicar mecanismos de capacitación rápida; establecer sitios de atención alternativos; y poner en marcha servicios de salud domiciliaria y comunitaria, y de telemedicina.



- 4 Ampliar los **servicios de salud que tengan en cuenta a la población adolescente y estén adaptados a las necesidades de las comunidades privadas de sus derechos**. Instituir mecanismos para la creación de capacidad en los trabajadores de salud a fin de prestar de manera eficaz servicios de salud a la población adolescente e introducir enfoques innovadores, como la distribución descentralizada de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes, a fin de eliminar las barreras y aumentar su acceso a los servicios y productos esenciales.
- 5 Priorizar y **fortalecer los sistemas nacionales y locales para la recopilación, el análisis y el uso de datos relacionados con la salud** estratificados por edad y otros determinantes sociales con el fin de promover mejoras en la formulación de políticas basadas en la evidencia y en la rendición de cuentas.
- 6 Poner en práctica **programas para la prevención de la violencia contra la población infantil y adolescente** en la escuela, el hogar y la comunidad con un enfoque multisectorial que tenga en cuenta cuestiones de salud, sociales, educativas, de género y de justicia. En este sentido, el marco INSPIRE (23) de la OMS proporciona estrategias específicas clave para poner fin a la violencia.
- 7 **Amplificar las voces de la población adolescente y empoderarla**, de manera que participe en el diseño, la puesta en práctica y el seguimiento de las intervenciones.
- 8 Invertir en la promoción de la salud mental y la **prevención de los trastornos mentales, aumentar el acceso a programas de salud mental de buena calidad adaptados a la población adolescente y actuar para poner fin a la estigmatización asociada** con la búsqueda de servicios de salud mental. El Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar (59) presenta otras acciones para promover y proteger la salud mental de la población adolescente.
- 9 **Integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de salud**, asegurar y respetar los derechos humanos al acceder a los servicios de salud mental y abordar las desigualdades socioeconómicas.





Referencias

1. Naciones Unidas. World Population Prospects 2019, edición en línea. Rev. 1. [consultado el 22 de junio del 2022]. Nueva York: Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Levels and trends in child mortality: report 2021. [consultado el 15 de agosto del 2022]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>.
3. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York Naciones Unidas; 2015 Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
4. Sanhueza A, Carvajal-Vélez L, Mujica OJ, Vidaletti LP, Victora CG, Barros AJ. SDG3-related inequalities in women's, children's and adolescents' health: an SDG monitoring baseline for Latin America and the Caribbean using national cross-sectional surveys. *BMJ Open*. 2021 Aug 1;11(8):e047779.
5. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe: Una línea de base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56483>.
6. Busso M, Messina J (editors). The inequality crisis: Latin America and the Caribbean at the crossroads. Banco Interamericano de Desarrollo; 2020 [consultado el 22 de junio del 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/node/28743>.
7. Liu L, Villavicencio F, Yeung D, Perin J, Lopez G, Strong KL, et al. National, regional, and global causes of mortality in 5–19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2022 Mar 1;10(3):e337–47.
8. Naciones Unidas. Report of the Secretary-General: Progress towards the Sustainable Development Goals—Supplementary Information. Nueva York. Naciones Unidas; 2022. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2022/E_2022_55_Statistical Annex I and II.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard. [consultado el 23 de junio del 2022] Ginebra OMS; 2022. Disponible en: <https://covid19.who.int>.
10. Editorial. COVID-19 in Latin America—emergency and opportunity. *Lancet*. 2021;398(10295):93.
11. Bhopal SS, Bagaria J, Olabi B, Bhopal R. Children and young people remain at low risk of COVID-19 mortality. *Lancet Child Adolesc Health*. Mayo del 2021; 5(5):e12–3.
12. Neidhöfer G, Lustig N, Tommasi M. Intergenerational transmission of lockdown consequences: prognosis of the longer-run persistence of COVID-19 in Latin America. *J Econ Inequal*. 1 de septiembre del 2021;19(3):571–98.
13. Naciones Unidas. Grupo de trabajo sobre juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe. Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del COVID-19. Nueva York: Naciones Unidas; 2021 [consultado el 26 de agosto del 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46990/S2100285_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
14. Naciones Unidas. Grupo de trabajo sobre juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del COVID-19. Nueva York: Naciones Unidas; 2022.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Sondeo regional U-Report sobre nutrición y actividad física durante la pandemia por la COVID-19: Resumen de resultados. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2021.
16. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 22 de junio del 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886>.
17. Organización Mundial de la Salud. Second round of the national pulse survey on continuity of



- essential health services during the COVID-19 pandemic. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 22 de junio del 2022] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>.
18. Organización Mundial de la Salud. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 22 de junio del 2022] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2022.1>.
 19. Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 Nov 3;45:e140.
 20. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A Systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016 Mar;137(3):e20154079.
 21. Visão Mundial. Os Homicídios na infância e adolescência no Brasil entre os anos de 2009 e 2019. 2021 [consultado el 9 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://visaomundial.org.br/publicacoes/os-homicidios-na-infancia-e-adolescencia-no-brasil-entre-os-anos-de-2009-e-2019>.
 22. Fry D, Padilla K, Germanio A, Lu M, Ivatury S, Stefania V. Violencia contra niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe 2015-2021: una revisión sistemática. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2021 [consultado el 22 de junio del 2022] Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/violencia-contra-ninos-ninas-y-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe>.
 23. Organización Mundial de la Salud. Manual INSPIRE: medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Ginebra: OMS; 2018: 301 [consultado el 3 de agosto del 2022] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311034>.
 24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. On my mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world. Baltimore y Nueva York: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and UNICEF; 2022 [consultado el 22 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/119751/file>.
 25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Encuesta de salud mental: Análisis cualitativo. 2022 [consultado el 25 de agosto del 2022] Nueva York: UNICEF; 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/encuesta-de-salud-mental-analisis-cualitativo>.
 26. Ministerio de Salud de Perú. Hitos del quinquenio 2016-2021. 2021 [consultado el 25 de julio del 2022] p. 98–98. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5474.pdf>.
 27. Gobierno de Perú. Ministerio de Salud proyecta atender más de 1 200 000 casos por problemas de salud mental durante el 2021 [consultado el 25 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/543572-ministerio-de-salud-proyecta-atender-mas-de-1-200-000-casos-por-problemas-de-salud-mental-durante-el-2021>.
 28. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2019 Jun;36(2):326–33.
 29. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Nueva York: UNICEF; 2022 [consultado el 22 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>.
 30. Martínez LER, Pérez MÁG, González MH, Sosa JJS. A preliminary study of the prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and anxiety symptoms in female adolescents maltreatment victims in Mexico. *Salud Mental*. 2018 Jun 24;41(3):139–44.



31. Loch AP, Astolfi RC, Leite MA, Papa CHG, Ryngelblum M, Eisner M, et al. Victims, bullies and bully-victims: prevalence and association with negative health outcomes from a cross-sectional study in São Paulo, Brazil. *Int J Public Health*. 2020 Nov 1;65(8):1485–95.
32. Guerra C, Farkas C. Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*. 28 de diciembre del 2015 [consultado el 20 de junio del 2022];24(2). Disponible en: <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/38013>.
33. Guerra C, Farkas C, Moncada L. Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child Abuse Negl*. 1 de febrero del 2018; 76:310–20.
34. Riquelme Pereira N, Bustos Navarrete C, Parada BV, Riquelme Pereira N, Bustos Navarrete C, Parada BV. Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2020 [consultado el 22 de junio del 2022]; 26. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717-95532020000100215>.
35. Ceballos-Ospino G, Suárez-Colorado YP, Campo-Arias A. Asociación entre matoneo escolar, síntomas depresivos e ideación suicida. *CES Psicología*. 9 de agosto del 2019; 12(3):91–104.
36. Daray FM, Rojas SM, Bridges AJ, Badour CL, Grendas L, Rodante D, et al. The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients. *Child Abuse Negl*. 1 de Agosto del 2016; 58:91–8.
37. Naciones Unidas. *World Population Prospects 2019: Data Booklet*. Nueva York: Naciones Unidas; 2019 [consultado el 22 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210042475>.
38. Naciones Unidas. *World Population Policies 2021*. Nueva York: Naciones Unidas; 2021.
39. Organización Panamericana de la Salud. *El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica*. Washington, D.C.: OPS; 2020.
40. Naciones Unidas. *Global SDG indicators data platform*. [Consultado el 8 de agosto del 2022]. Nueva York: Naciones Unidas; 2022. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal>.
41. Rodríguez J. High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America. Nueva York: UNDESA; 2013. (Expert Paper Series). Report No.: 2013/14.
42. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales *World Population Prospects 2022: Summary of results*. Nueva York: UNDESA; 2022.
43. García-Blanco A, Monferrer A, Grimaldos J, Hervás D, Balanzá-Martínez V, Diago V, et al. A preliminary study to assess the impact of maternal age on stress-related variables in healthy nulliparous women. *Psychoneuroendocrinology*. 1 de abril del 2017; 78:97–104.
44. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*. 1 de noviembre del 2014; 4(11):e004883.
45. Levey EJ, Rondon MB, Sanchez S, Zhong QY, Williams MA, Gelaye B. Suicide risk assessment: examining transitions in suicidal behaviors among pregnant women in Perú. *Arch Womens Ment Health*. Febrero 2019; 22(1):65–73.
46. Blanc AK, Winfrey W, Ross J. New findings for maternal mortality age patterns: Aggregated results for 38 countries. *PLOS ONE*. 16 de abril del 2013; 8(4):e59864.
47. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. Marzo 2014; 121 Suppl 1:40–8.



48. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Sexual health and development of adolescents and youth in the Americas: Program and policy implications. Washington, D.C.: OP; 2003.
49. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. Abril del 2007; 36(2):368–73.
50. Restrepo-Méndez MC, Barros AJ, Santos IS, Menezes AM, Matijasevich A, Barros FC, et al. Childbearing during adolescence and offspring mortality: findings from three population-based cohorts in southern Brazil. *BMC Public Health*. 10 de octubre del 2011; 11(1):781.
51. Organización Mundial de la Salud. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. OMS; 2013 [consultado el 19 de octubre del 2021]. p 105. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85345>.
52. Costa JC, Mujica OJ, Gatica-Domínguez G, del Pino S, Carvajal L, Sanhueza A, et al. Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children: A cross-sectional analysis of ten Latin American and Caribbean countries. *Lancet Reg Health Americas*. 1 de noviembre del 2022; 15:100345.
53. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Socioeconomic consequences of adolescent pregnancy in six Latin American countries. Implementation of the MILENA methodology in Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Paraguay. Ciudad de Panamá: UNFPA; 2020.
54. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Ginebra: OMS; 2008.
55. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Health Equity Report 2016: Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policy-making. Nueva York UNICEF, 2016.
56. Córdova Pozo K, Chandra-Mouli V, Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress. *Reproductive Health*. 24 de enero del 2015; 12(1):11.
57. Gianella C, Machado MR de A, Defago AP. What causes Latin America's high incidence of adolescent pregnancy? *CMI Brief*. 2017 [consultado el 5 de agosto del 2022]; 9. Disponible en: <https://www.cmi.no/publications/6380-what-causes-latin-americas-high-incidence-of>.
58. Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
59. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar Estrategias para promover y proteger la salud mental de los adolescentes y reducir conductas autolesivas y comportamientos de riesgo Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 5 de junio del 2022] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341346>.

En América Latina y el Caribe hay más de 100 millones de adolescentes, lo que representa alrededor del 16% de la población. La adolescencia es un período sensible para el desarrollo en términos de identidad, autonomía y vulnerabilidad. Las decisiones que se toman, los desafíos que se enfrentan y las oportunidades que se tienen durante esta etapa con respecto a la salud y la educación tienen un efecto en la trayectoria del resto de su vida, lo que pone de relieve la necesidad de tener acceso a apoyo de manera oportuna. En esta publicación se presenta un panorama de los principales desafíos que enfrenta la población adolescente de América Latina y el Caribe en materia de salud, con el objetivo de dar un impulso a las acciones prioritarias para que este grupo de la población avance hacia un futuro mejor y más equitativo.



**TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS**

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Women's,
Children's and
Adolescents'
Health

