



# 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)

### INFORME RESUMIDO



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

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). Informe resumido  
OPS/FPL/18-050

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en ([www.paho.org](http://www.paho.org)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Forma de cita propuesta.** 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). Informe resumido. Washington, D.C.: OPS; 2018.

**Catalogación en la Fuente:** Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, 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.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, 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 Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

Prefacio .....	II
Agradecimientos.....	IV
I. Introducción.....	1
II. Estado actual de la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en la Región de las Américas .....	3
III. Aplicación de la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes (2010–2018).....	12
IV. La Evolución del Panorama Mundial y Regional .....	16
V. Avanzar con la Agenda Regional de Salud de los Adolescentes y los Jóvenes.....	20
Conclusión .....	25
Referencias bibliográficas .....	27

# Prefacio

La Región de las Américas mantiene un compromiso de larga data con la protección y mejora de la salud y el bienestar de la población joven, como se expresa en la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* y el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (2010-2018)*. Desde la adopción de la Estrategia Regional en el 2008 y del Plan de Acción en el 2009, se han producido diversos acontecimientos de importancia a escala mundial y regional, entre otros, la inauguración de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el lanzamiento de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*, con nuevos compromisos y mandatos que afectan de manera directa el posicionamiento de la población joven en la agenda regional y mundial de salud y desarrollo.

Estos nuevos acontecimientos generan una exigencia y oportunidad para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Región de evaluar el estado actual de la salud de la población joven y la respuesta regional, con el fin de llevar a cabo las modificaciones necesarias para garantizar que toda la población joven de la Región no solo sobreviva, sino que prospere y tenga la oportunidad de disfrutar de su derecho a la salud y el bienestar físico y mental. En vista de que el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* se acerca a su fin, también resulta oportuno esperar con interés la formulación de una agenda nueva de salud de los adolescentes y los jóvenes, más integrada al curso de vida y a factores para promover y mejorar su salud y desarrollo.

Tenemos actualmente la mayor cohorte de adolescentes y jóvenes de la historia de la Región de las Américas. Esto ofrece la “oportunidad” demográfica para un crecimiento económico rápido si se hacen las inversiones sociales y económicas adecuadas en salud, educación y economía. Invertir en la población joven es esencial para aprovechar los beneficios del dividendo demográfico que están experimentando varios países de la Región. Sin embargo, también tomamos en consideración las dificultades que afronta la población joven de la Región, sin olvidar las bajas tasas de escolarización y de finalización de la enseñanza secundaria, la pobreza y el desempleo.

En este informe, se describe el estado actual de salud de la población joven, con ejemplos de los escasos logros para la salud de los adolescentes y jóvenes en los últimos años. Cada año mueren en la Región de las Américas más de 80 000 adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 19 años, muchos de ellos

debido a causas evitables como homicidios, suicidios y muertes por accidentes de transporte terrestre. Muchos otros no gozan de buena salud debido a problemas de salud mental y lesiones no mortales, entre otras causas. Los embarazos en adolescentes, los abortos no seguros, las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen siendo una amenaza para la salud y el bienestar de la población joven en la Región.

El informe destaca también el enorme progreso logrado mediante la elaboración y realización de acciones regionales y nacionales, como el establecimiento de programas de salud para los adolescentes en la mayoría de los países, el fortalecimiento de la disponibilidad y uso de información estratégica, la ampliación de los servicios de salud a los adolescentes, el fortalecimiento de las capacidades de los interesados directos en una serie de temas de salud de los adolescentes y la introducción de intervenciones basadas en la familia y la escuela.

Lamentablemente, nos vemos obligados a concluir que estos adelantos no se han traducido todavía en grandes beneficios para la salud de la población joven de la Región. Se necesita una acción rápida y específica para actualizar y adaptar las respuestas regionales y nacionales que aceleren el progreso hacia el mejoramiento de la salud y el bienestar de la población joven en la Región de las Américas.

Con base en las enseñanzas extraídas de la respuesta a escala regional, el informe propone prioridades clave de acción para acelerar el progreso hacia el mejoramiento de la salud y el desarrollo de jóvenes en la Región. Las recomendaciones coinciden con el espíritu de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las líneas de acción propuestas por la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*: los programas y las intervenciones deben estar basados en evidencia y dar prioridad a los grupos que viven en situación de vulnerabilidad. Las acciones deben ser intersectoriales y abordar los determinantes sociales de la salud de los adolescentes y los jóvenes. Además, la población joven debe participar en calidad de asociados en el diseño, la aplicación y el seguimiento de las intervenciones que están dirigidas a ellos mismos.

La población joven constituye la esencia de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la inversión estratégica en su salud y desarrollo es fundamental para el logro de estos objetivos. La Organización Panamericana de la Salud mantiene el compromiso de apoyar a la Región para alcanzar dichos objetivos.

Andrés de Francisco Serpa  
Director

Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida



# Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) agradece a todos aquellos que han contribuido a la elaboración de este documento:

**Autores:** Sonja Caffè (OPS/OMS), Bruce Dick (consultor), María del Carmen Calle (consultora) y Katia Díaz (consultora).

**Colaboradores de la OPS:** Zohra Abaakouk, Luis Alfonso, Luciana Almeida, Amalia Ayala, Carlos Ayala, María Edith Baca, Marcela Barrios, María Victoria Bertolino, Betzabé Butrón, Claudina Cayetano, Duniesky Cintra, Mario Cruz-Penate, Catharina Cuellar, Miguel Dávila, Adrián Díaz, Pablo Duran, Ana Cecilia Escobar, Isabel Espinosa, Andrés de Francisco Serpa, Izola García, Rodolfo Gómez, Emmanuel González, Evelyn Degraff, Rubén Grajeda, Rosalinda Hernández, Carolina Hommes, Brigitte de Hulsters, Sandra Jones, Tomo Kanda, Elwine van Kanten, Ariel Karolinski, Devora Kestel, Marcelo Korc, Patrice Lawrence-Williams, Hernán Luque, Mark McClure, Martha Mejía, Maristela Monteiro, Sara Moraga, David Novillo, Haydée Padilla, Víctor Pavarino, Sandra del Pino, Eugênia Rodrigues, Sandra Rodríguez, Maritza Romero, Cuauhtemoc Ruiz-Matus, Luz Salazar, Antonio Sanhueza, Luis Sarmiento, Clair Schaub, Ivy Talavera, Darlene Omeir Taylor, Armando Vasquez, Enrique Vega, Lauren Vulcanovic, Janice Woolford, Anneke Wilson.

**Otros colaboradores:** Sheila Samiel (consultora), Sheoran Bhupendra (YTH), Hernán Rosenberg (consultor), William Heisel (IHME), Katherine Leach-Kemon (IHME), Michelle Subart (IHME), Kevin O'Rourke (IHME), Danique Gigger (pasante) y Terrilia Ravalieri (pasante).

# I. Introducción

En la actualidad, la población joven (de 10 a 24 años) de la Región de las Américas es la más numerosa en la historia del continente: llega a unos 237 millones. Varios países de la Región están experimentando ahora la transición demográfica, es decir, el cambio de unas tasas de natalidad y de mortalidad elevadas a unas de fecundidad y mortalidad bajas y una esperanza de vida más larga. La transición demográfica está ligada a una disminución del cociente entre el número de personas dependientes (niños y adultos mayores) y el número de personas que constituye la fuerza laboral productiva, lo que genera un potencial para el dividendo demográfico (1,2). Cuando un país tiene que sustentar a menos personas, se le abre la “oportunidad” de lograr un crecimiento económico rápido si se formulan políticas sociales y económicas estratégicas y se hacen las inversiones necesarias (1, 2).

La inversión en la salud de la población joven ofrece un triple rendimiento: 1) la población joven sana hoy; 2) adultos sanos mañana; y 3) generaciones sanas en el futuro. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (3) y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* (4) destacan la importancia estratégica de la población joven en el éxito de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Además, un informe reciente de la Comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar adolescente señala que esta generación de adolescentes y adultos jóvenes puede transformar todo nuestro futuro si les garantizamos que tengan los recursos para hacerlo (5).

En el 2008, los Estados Miembros de la OPS adoptaron la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* y, en el 2009, el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes*, lo que proporcionó un enfoque integral para las actividades regionales colectivas encaminado a proteger y mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes de la Región de las Américas durante el período 2010–2018 (6). En la Estrategia Regional y el Plan de Acción se propusieron metas y objetivos regionales a favor de la salud de los adolescentes y jóvenes, así como una actuación estratégica que habrá de adoptarse a escala regional y de país para alcanzar dichas metas.

Desde la adopción de la Estrategia regional y el Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y jóvenes, se han producido acontecimientos importantes relacionados con la salud de estos grupos: dos de los más importantes son los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la *Estrategia mundial para la salud de la*

*mujer, el niño y el adolescente*, que esbozan un programa de salud y desarrollo más ambicioso, coordinado, multisectorial y en favor de la equidad. A medida que el período de aplicación del plan de acción regional se acerca a su fin, será conveniente evaluar el estado actual de la salud de la población joven en la Región así como la respuesta regional, para elaborar una nueva agenda regional de salud de los adolescentes y los jóvenes en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia mundial y fundamentarla en los logros alcanzados y las lecciones aprendidas.

Este documento es un resumen del informe regional sobre la salud de los adolescentes y jóvenes y la aplicación de la Estrategia Regional y el Plan de Acción. Además, el informe proporciona una perspectiva orientada al futuro sobre cómo los interesados directos regionales y nacionales pueden actualizar y galvanizar acciones para mejorar la salud y el bienestar de la población joven en la Región, teniendo en cuenta los recientes compromisos regionales y mundiales, las estrategias y las metas. Estos incluyen la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14) adoptada por los Estados Miembros de la OPS en 2014 (7), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (3), y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (4).



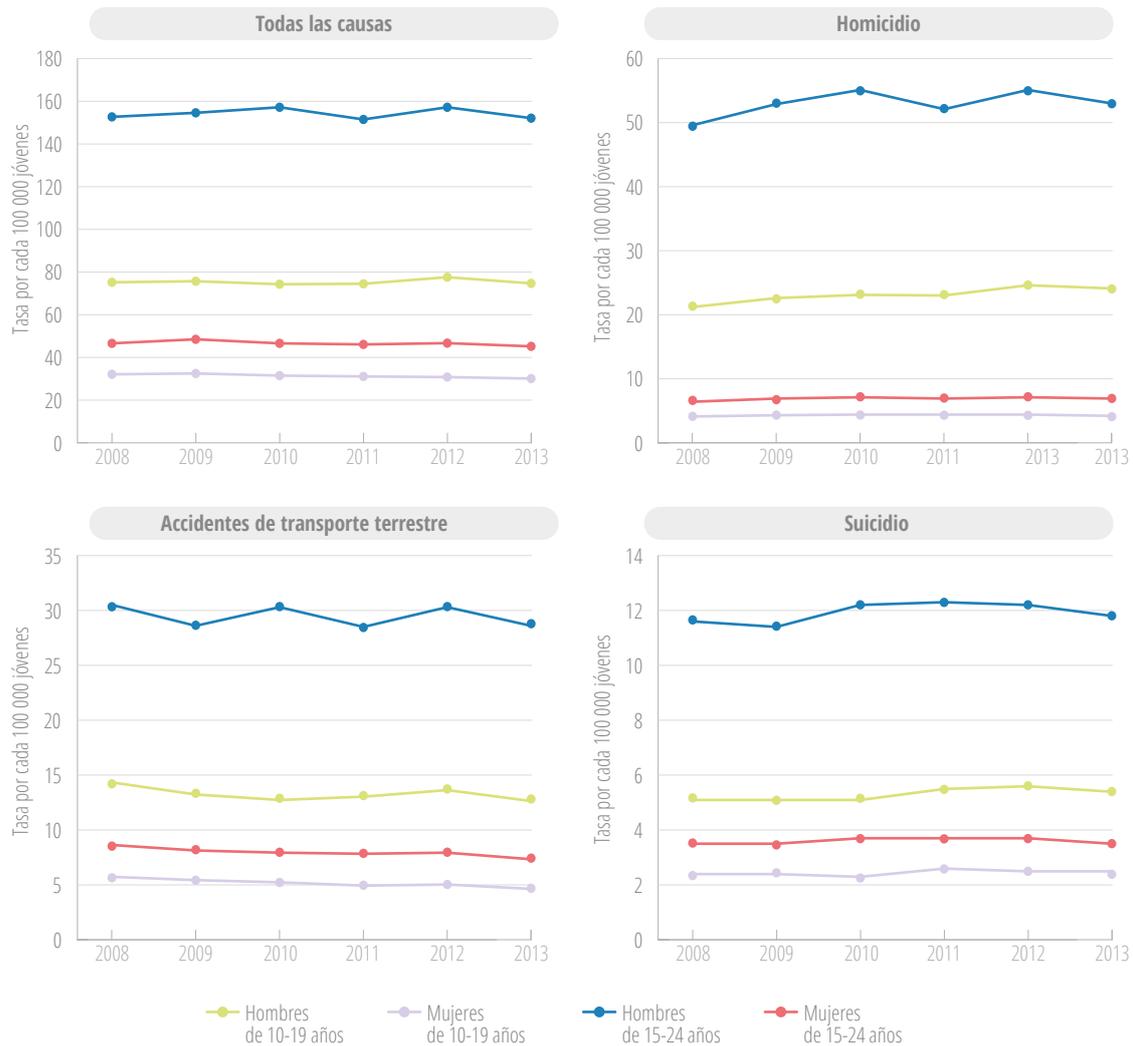
## II. Estado actual de la salud de los adolescentes y los jóvenes en la Región de las Américas

El objetivo primordial de la *Estrategia regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes* y el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* es contribuir a la salud de la población joven en la Región de las Américas (6). Esto se alcanzará mediante el desarrollo y el fortalecimiento de una respuesta integrada del sector de la salud y la puesta en práctica de programas eficaces de atención, prevención y fomento de la salud de los adolescentes y jóvenes. El Plan de Acción propone un conjunto de ocho objetivos de salud, con 19 metas, que se relacionan con la mortalidad, las lesiones involuntarias, la violencia, el consumo de sustancias psicotrópicas y salud mental, la salud sexual y reproductiva (SSR), la nutrición y la actividad física, las enfermedades crónicas y los factores protectores. Los próximos párrafos presentan, con base en estos objetivos de salud, una información actualizada sobre la salud de los adolescentes y jóvenes en la Región.

### Mortalidad y morbilidad de adolescentes y jóvenes

Cada año mueren en la Región de las Américas alrededor de 80 000 adolescentes (10-19 años) y 150 000 jóvenes (15-24 años), la mayoría por causas externas y prevenibles (8). Las principales causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes de la Región son homicidio, suicidio y accidentes de transporte terrestre. Los datos muestran que hubo poca variación en la mortalidad adolescente y juvenil durante el período 2008-2013 (véase la figura 1). Las tasas de mortalidad son sistemáticamente más elevadas en los hombres, y las más altas corresponden a los que tienen entre 15 y 24 años. El análisis de las variaciones en el porcentaje de mortalidad en el período 2008-2012 pone de manifiesto las diferencias entre los países, entre los grupos etarios y entre los dos sexos, que contrastan con los promedios regionales. Mientras que algunos países muestran un progreso en alguno o en todos los grupos, otros se enfrentan a una mayor mortalidad (8).

Figura I: Tendencias de las tasas de mortalidad en la población joven (10-24 años) de la Región de las Américas, ajustadas por edad, por todas las causas, homicidio, accidentes de transporte terrestre y suicidio, 2008-2013



Fuente: (8).

Las principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en adolescentes de 10 a 14 años en las Américas son la anemia ferropénica y las enfermedades cutáneas, como el acné, y en los grupos etarios de 15 a 19 años y de 20 a 24 años son los actos de violencia entre las personas y los accidentes de transporte terrestre (véase el cuadro 1).

En el grupo de 10 a 14 años de edad, las infecciones por nematodos intestinales, las infecciones respiratorias de vías bajas, los ahogamientos y las enfermedades diarreicas descendieron de manera considerable en la lista de los AVAD entre 1990 y 2015; sin embargo, los accidentes de tránsito, los trastornos disociales y el asma ascendieron. La anemia ferropénica se mantuvo como la causa principal de AVAD en el grupo de 10 a 14 años de edad, tanto en 1990 como en 2015.

Cuadro 1: Principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos en América Latina y el Caribe, por grupo de edad y sexo (tasas por 100.000 habitantes), 2015

Orden	10-14 años			15-19 años			20-24 años		
	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
1	Anemia ferropénica (1 354)	Anemia ferropénica (1 046)	Anemia ferropénica (1 203)	Violencia interpersonal (3 626)	Enfermedades cutáneas (967)	Violencia interpersonal (2 055)	Violencia interpersonal (5 685)	Trastornos depresivos (1 363)	Violencia interpersonal (3 123)
2	Enfermedades cutáneas (772)	Enfermedades cutáneas (922)	Enfermedades cutáneas (846)	Accidentes de tránsito (1 724)	Trastornos depresivos (965)	Accidentes de tránsito (1 114)	Accidentes de tránsito (2 748)	Trastornos de ansiedad (910)	Accidentes de tránsito (1 646)
3	Asma (661)	Asma (603)	Asma (633)	Enfermedades cutáneas (830)	Trastornos de ansiedad (792)	Enfermedades cutáneas (897)	Autoagresión (1 001)	Migraña (768)	Trastornos depresivos (1 130)
4	Accidentes de tránsito (571)	Trastornos de ansiedad (568)	Trastorno disocial (471)	Depresión (645)	Migraña (713)	Trastornos depresivos (802)	Trastornos depresivos (902)	Enfermedades cutáneas (740)	Lumbalgia y dolor cervical (709)
5	Trastorno disocial (562)	Migraña (567)	Accidentes de tránsito (443)	Autoagresión (628)	Lumbalgia y dolor cervical (575)	Trastornos de ansiedad (597)	Lumbalgia y dolor cervical (691)	Lumbalgia y dolor cervical (729)	Enfermedades cutáneas (683)

Fuente: Análisis de los datos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2015, realizado para la OPS por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME).

En América Latina y el Caribe, los principales factores de riesgo de AVAD en adolescentes jóvenes (10-14 años) durante el 2015 fueron: la malnutrición, el consumo de alcohol y drogas ilícitas, una función renal deficiente y la falta de agua potable, de saneamiento básico y de lavado de las manos. Los factores de riesgo más destacados en jóvenes de 15 a 24 años eran el consumo de alcohol y de drogas, los riesgos ocupacionales, las relaciones sexuales sin protección, el abuso sexual y la violencia y la malnutrición (véase el cuadro 2). El tabaquismo ocupó la posición 11 en el orden de los factores de riesgo en jóvenes de 15 a 24 años.

Cuadro 2: Principales factores de riesgo de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos en América Latina y el Caribe por grupo de edad y sexo, 2015

Orden	10-14 años		15-19 años		20-24 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1	Malnutrición	Malnutrición	Consumo de alcohol y drogas ilícitas	Malnutrición	Consumo de alcohol y drogas ilícitas	Riesgo ocupacional
2	Consumo de alcohol y drogas ilícitas	Filtración glomerular baja	Riesgo ocupacional	Riesgo ocupacional	Riesgo ocupacional	Malnutrición
3	Falta de agua potable, saneamiento y lavado de las manos	Falta de agua potable, saneamiento y lavado de las manos	Malnutrición	Consumo de alcohol y drogas ilícitas	Relaciones sexuales sin protección	Consumo de alcohol y drogas ilícitas
4	Filtración glomerular baja	Relaciones sexuales sin protección	Filtración glomerular baja	Abuso sexual y violencia	Glucemia alta en ayunas	Abuso sexual y violencia

Orden	10-14 años		15-19 años		20-24 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
5	Relaciones sexuales sin protección	Glucemia alta en ayunas	Glucemia alta en ayunas	Glucemia alta en ayunas	Filtración glomerular baja	Relaciones sexuales sin protección
6	Glucemia alta en ayunas	Consumo de alcohol y drogas ilícitas	Relaciones sexuales sin protección	Filtración glomerular baja	Malnutrición	Glucemia alta en ayunas
7	Contaminación del aire	Abuso sexual y violencia	Falta de agua potable, saneamiento y lavado de las manos	Relaciones sexuales sin protección	Hipertensión	Filtración glomerular baja
8	Hipertensión	Contaminación del aire	Hipertensión	Falta de agua potable, saneamiento y lavado de las manos	Abuso sexual y violencia	Hipertensión
9	Tabaquismo	Hipertensión	Abuso sexual y violencia	Hipertensión	Falta de agua potable, saneamiento y lavado de las manos	Falta de agua potable, saneamiento y lavado de las manos
10	Otros	Tabaquismo	Contaminación del aire	Contaminación del aire	Contaminación del aire	Contaminación del aire

Fuente: Análisis de los datos del estudio Carga Mundial de Morbilidad de 2015 realizado para la OPS por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria.

## Salud mental

Además de las muertes por suicidio, los comportamientos suicidas (ideas de suicidio, planificación e intento real de suicidio) son indicadores importantes del estado de salud mental de la población joven. Un análisis de los datos más actuales obtenidos mediante la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) realizada en 28 países de América Latina y el Caribe entre el 2007 y el 2013 arroja alguna luz sobre los comportamientos suicidas en distintas subregiones de la Región de las Américas (9). El porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que consideraron seriamente el suicidio (ideación) osciló entre 14,8% en América Central y 20,7% en el Caribe de habla inglesa, el porcentaje de estudiantes que tuvo intento real de suicidio osciló entre 13,2% en América Central y 18,0% en el Caribe. El consumo de alcohol y la percepción de carecer prácticamente de apoyo social aumentó en gran medida la prevalencia de los comportamientos suicidas tanto en hombres como en mujeres de ese grupo etario. En cambio, tener fuertes relaciones parento-filiales constituía un factor protector frente a los comportamientos suicidas en ambos sexos (9).

## Consumo de sustancias psicoactivas

Los datos de la EMSE muestran variaciones entre los países en lo que se refiere al consumo actual de alcohol. Los países con los porcentajes más altos de consumo actual de alcohol son Dominica (54%), Santa Lucía (54%), Jamaica (52%), San Vicente y las Granadinas (51%) y Argentina (50%). Aunque en la mayoría de los países hay

más hombres consumidores actuales de alcohol que mujeres, la disparidad entre ambos sexos es pequeña, y hay varios países con mayor porcentaje de mujeres consumidoras actuales de alcohol, a saber: Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Curaçao, Honduras, y San Vicente y las Granadinas. Entre los estudiantes que consumieron alcohol alguna vez en su vida, el porcentaje que informaron haber estado “*realmente borrachos*” por lo menos una vez osciló entre 10% y más de 30%. Aunque en la mayoría de los países hay más hombres que mujeres dentro de esta categoría, en varios países, como Anguila, Chile, Islas Caimán, Islas Vírgenes y Uruguay, había más mujeres dentro de esta categoría (10).

Según los datos de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (EMTJ) más reciente, el porcentaje de consumidores actuales de tabaco entre los adolescentes de 13 a 15 años de edad en la Región de las Américas osciló entre 1,9% en Canadá y 28,7% en Jamaica. A excepción de Argentina, Colombia y Ecuador, hubo más estudiantes de sexo masculino que indicaron consumir tabaco recientemente que estudiantes de sexo femenino (11).

El consumo de otras sustancias psicoactivas como la marihuana, las sustancias inhalables y la cocaína sigue siendo relativamente bajo entre los jóvenes en la Región de las Américas. Sin embargo, los datos señalan un inicio precoz en el consumo de estas sustancias psicoactivas, con la marihuana como la que más se consume, y con diferencias notables entre los países. El consumo de marihuana alguna vez en la vida en los adolescentes de 13 a 15 años oscilaban entre 3% en Bolivia y 16% en Anguila (12). El consumo de cocaína alguna vez en la vida en el grupo de población de secundaria osciló entre 0,6% en Venezuela y 6,0% en Chile, la mayoría de los países se encontraban en el intervalo de 1% a 3% (12).

## Salud sexual y reproductiva

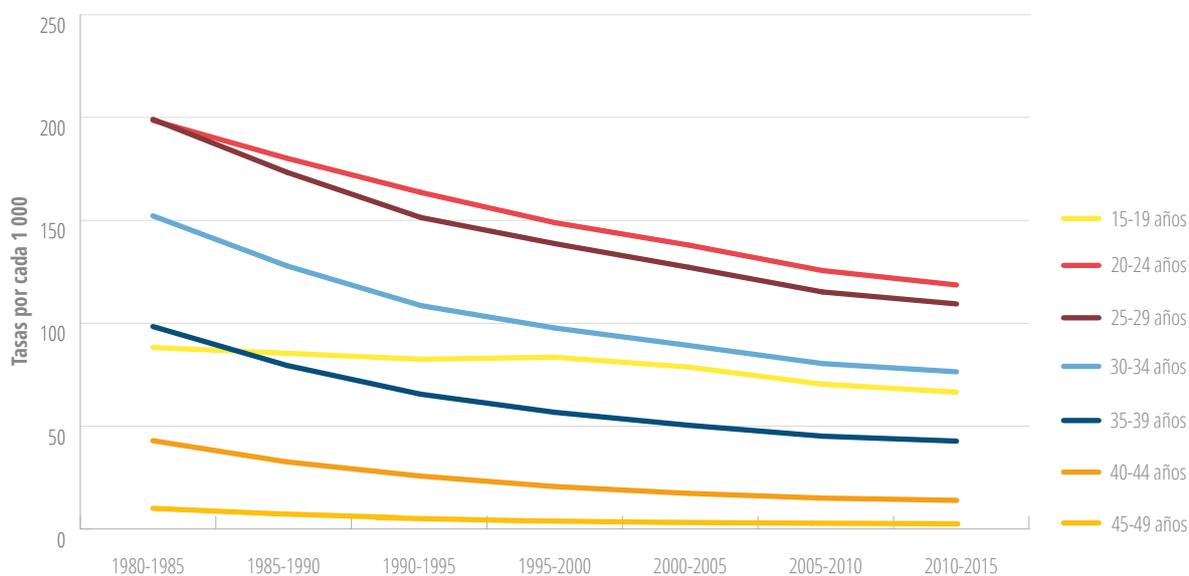
La adolescencia es una etapa fundamental de la vida en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR) debido a los rápidos cambios físicos, hormonales y afectivos que se producen durante la pubertad, como la menarquia en las niñas y la nueva capacidad biológica de reproducirse. La promoción y protección de la salud sexual y reproductiva del adolescente implica garantizar un acceso óptimo a la información y educación y a los servicios de salud adecuados que incluyan una anticoncepción segura, eficaz, asequible y aceptable, así como la protección frente a relaciones sexuales coercitivas o forzadas.

La tasa de iniciación sexual en los adolescentes varía en forma notoria entre los sexos y de un país a otro. En los datos del período 2010-2016 para 14 países de América Latina y el Caribe, se observa que el porcentaje de estudiantes de 13 a

15 años que alguna vez había tenido relaciones sexuales iba desde 18,9% en El Salvador hasta 33,5% en Barbados (10), también con porcentajes sistemáticamente más altos de hombres que inician las relaciones sexuales pronto, en varios países hasta dos veces más altos (10). Las mujeres con niveles de educación más bajos y las de quintiles de menor riqueza tuvieron una edad mediana menor de iniciación sexual, en comparación con sus homólogos con más educación o ingresos más altos.

América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa de fecundidad en adolescentes más alta del mundo, se calcula que entre 2010 y 2015 se produjeron 66,5 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años, en comparación con 46 nacimientos por cada 1 000 adolescentes en el mismo grupo etario en el resto del mundo (13). Las tendencias a lo largo del tiempo indican que la tasa de fecundidad en adolescentes se mantuvo estable en América Latina y el Caribe desde 1990 hasta el 2000, seguido de una tendencia descendente lenta durante los siguientes 15 años. Por el contrario, se ha producido una disminución mucho más marcada en la tasa de fecundidad total en mujeres de grupos de mayor edad en ALC (véase la figura 2) (13). En la actualidad, cerca del 15% de los embarazos en ALC corresponden a chicas menores de 20 años (13).

Figura 2: Tendencias de las tasas de fecundidad por grupo de edad en América Latina y el Caribe, 1980-2015



Fuente: (13).

En la Región de las Américas hay diferencias importantes en la tasa de fecundidad en adolescentes entre las subregiones, los países y los subgrupos de países. En América Central tiene la tasa de fecundidad en adolescentes más alta, seguido

de América del Sur (13). Las chicas adolescentes sin ningún tipo de estudios o con solo los de enseñanza primaria tienen una probabilidad hasta cuatro veces más alta de empezar a procrear (iniciar el rol reproductivo) que aquellas que han cursado estudios de enseñanza secundaria o superior. De manera análoga, las niñas de los hogares que se encuentran en el quintil más bajo del índice de riqueza tienen una probabilidad tres o cuatro veces mayor de empezar a procrear que las del quintil más alto de riqueza (14,15).

Sin embargo, en Canadá y Estados Unidos las tasas de fecundidad en adolescentes están por debajo del promedio mundial y han descendido de forma constante a lo largo del último decenio. Los Estados Unidos ha notificado recientemente una disminución récord de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos étnicos, disminuyó un 8% entre el 2014 y el 2015. Se ha llegado así a un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años. En este mismo grupo etario, se notificaron disminuciones similares o mayores para las mujeres latinas (8%) y no latinas de ascendencia afroamericana (9%) (16).

En general, la recopilación de datos y las labores de notificación relacionadas con el embarazo en adolescentes se han centrado en el grupo de 15 a 19 años de edad, que es el grupo del indicador internacional de fecundidad en adolescentes. Recientemente, los indicadores propuestos para los ODS ampliaron el seguimiento internacional del embarazo en adolescentes al grupo etario de 10 a 19 años, desglosado en otros dos grupos: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años (17). Se espera que esto redunde en mayores logros para generar datos sobre los embarazos en las menores de 15 años. Según las estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el 2% de las mujeres en edad de procrear en América Latina y el Caribe tenían el primer parto antes de los 15 años. Esta región es la única en el mundo con una tendencia de más embarazos en las menores de 15 años (18).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida (ONUSIDA), aproximadamente 76 000 adolescentes de 10 a 19 años y 223 000 jóvenes de 15 a 24 años estaban infectados por el VIH en América Latina y el Caribe en el 2016 (19), más mujeres que hombres en el Caribe y más hombres que mujeres en América Latina. En el 2016, se produjeron unas 19 300 nuevas infecciones por el VIH (infecciones recientes) en el grupo de 15 a 19 años de edad y 39 600 en el grupo de 15 a 24 años (19). Entre el 2000 y el 2015, el número de nuevas infecciones por el VIH en el grupo de 0 a 14 años de edad disminuyó más del 60% en América Latina y el Caribe gracias a los avances logrados en la Región con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Por el contrario, la disminución en el número de nuevas infecciones en el grupo de 15 a 24 años de edad ha sido mucho más lenta (19).

## La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

El cáncer cervicouterino es el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo. Una incorporación importante al esquema de vacunación adolescente es la vacuna contra el virus que causa el cáncer cervicouterino. A pesar de las dificultades que conlleva la introducción de una vacuna nueva y los numerosos mitos sobre la vacuna contra el VPH que crean barreras para su aceptación, la Región de las Américas ha realizado grandes progresos en la introducción y difusión de la vacuna contra el VPH en adolescentes. Hasta marzo del 2017, al menos 29 países de la Región habían introducido programas públicos de vacunación contra el VPH. La mayoría de estos programas están dirigidos a las chicas adolescentes. Los países que proporcionan esta vacuna tanto a los chicos como a las chicas incluyeron Antigua y Barbuda, Bahamas, Canadá, Estados Unidos, Panamá, Puerto Rico. Según se desprende de los informes de país presentados a la OPS, la cobertura con todas las vacunas contra el VPH de acuerdo con las directrices nacionales alcanzó un promedio de 55% en la Región de las Américas.

## Sobrepeso, actividad física, y nutrición

En la mayoría de los países con datos de EMSE, más de uno de cada cinco estudiantes tenía sobrepeso, tanto en hombres como en mujeres. El grado de actividad física entre los estudiantes de 13 a 15 años en los países de América Latina y el Caribe es muy variable pero, de manera sistemática, más hombres que mujeres informan sobre la práctica de una actividad física con regularidad (10). De acuerdo con la definición de la OMS, la anemia representa un problema grave de salud pública en los adolescentes en Haití, y un problema de salud pública moderado en Guyana (20).

## Factores protectores

Además de los resultados inmediatos en materia de salud, se ha incluido en la Estrategia regional y Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes la atención a los factores de protección que son determinantes importantes para salud en la adolescencia. Estos incluyen una atención especial a las relaciones con los padres y a la reglamentación que atañe a los adolescentes. El porcentaje de estudiantes que notifican que sus padres realmente saben siempre o casi siempre lo que están haciendo en su tiempo libre osciló entre poco más del 30% en Saint Kitts y Nevis a más del 70% en Uruguay. En la mayoría de los países, un porcentaje algo mayor de niñas notificaron que ese había sido el caso. Un porcentaje inferior de adolescentes (entre cerca del 25% y un poco más del 60%) opinaron que sus padres o tutores comprendían sus problemas y preocupaciones (10).



### *III. Aplicación de la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes (2010-2018)*

La visión de la Estrategia regional sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (4) es que los adolescentes y los jóvenes en la Región de las Américas lleven una vida saludable y productiva. El fin último es mejorar la salud de los jóvenes, mediante la formulación y el fortalecimiento de una respuesta integrada del sector sanitario y la puesta en práctica de programas para la promoción, prevención y atención eficaces de la salud de los adolescentes y jóvenes. Un año después, en el 2009, los Estados Miembros de la OPS aprobaron el Plan de Acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (resolución CD49.R14), con la intención de concretar la Estrategia regional durante el período 2010-2018 (6). el Plan de Acción propuso siete áreas estratégicas para la acción:

**1. Información estratégica e innovación:** La capacidad de los Estados Miembros de la OPS para generar información estratégica se ha fortalecido mediante la creación de diversas herramientas y mecanismos, incluyendo encuestas sobre la salud adolescente, el mantenimiento de la base de datos de mortalidad de la OPS y el portal de consulta libre en el cual consten las categorías: adolescente (10-19 años) y joven (15-24 años), la introducción del Sistema Informático del Adolescente (SIA), y mediante capacitación. Sin embargo, la disponibilidad de datos fidedignos obtenidos a tiempo sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes sigue siendo un reto, y es esencial continuar trabajando en este sentido. Para seguir avanzando, debe hacerse hincapié en fortalecer la capacidad del país para generar, de manera sistemática, datos de salud de los adolescentes y los jóvenes, a escala nacional y subnacional, que estén desglosados por edad (grupos quinquenales), sexo, etnicidad, escolaridad, quintil de riqueza, entorno (urbano o rural) y otras variables. El análisis de la falta de equidad es fundamental para descubrir a los grupos vulnerables y subatendidos, así como los factores que contribuyen a su situación de vulnerabilidad.

**2. Entornos favorables para la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes que se deben conseguir con políticas basadas en la evidencia:** Más de 90% de los países de la Región han elaborado documentos de gobernanza

relacionados con la salud de los adolescentes, en forma de legislación, políticas, estrategias y planes. Sin embargo, las políticas, los planes y las estrategias tienden a centrarse en el grupo de 15 a 19 años de edad, concediendo una atención mínima a los adolescentes de 10 a 14 años y jóvenes de 20 a 24 años, aunque este último grupo etario está también incluido en el intervalo de edades de la Estrategia regional. La falta de asignaciones presupuestarias en algunos países es motivo de inquietud en cuanto a la posibilidad de aplicar las estrategias y los planes. Además, aún persisten barreras legales importantes para los adolescentes que quieren acceder a servicios de salud integrales.

**3. Sistemas y servicios de salud integrados e integrales:** Con base en la orientación normativa de la OMS y el modelo de Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN), se brindó cooperación técnica a los países para definir un paquete integral de servicios de salud para adolescentes, desarrollar estándares para esos servicios y establecer mecanismos para el monitoreo continuo de estas estándares. En 2016, 18 países informaron tener un paquete integral de servicios claramente definido para adolescentes, y 19 informaron a la OMS que tenía estándares nacionales para servicios de salud para adolescentes (21).

**4. Desarrollo de la capacidad de recursos humanos:** Las actividades en esta área de acción incluyeron talleres regionales, subregionales y nacionales de capacitación sobre temas relacionados con la salud de los adolescentes. Estos se han dirigido a una multitud de interesados, incluidos los directores de programas de salud de los adolescentes, los proveedores de atención sanitaria, los jóvenes, los legisladores, los defensores de derechos humanos y otros interesados directos. Más de 600 becas fueron proporcionadas a los Estados Miembros para facilitar la capacitación de proveedores de los países en matriculación posgrado en salud adolescente. Sin embargo, la falta de inclusión sistemática del contenido de salud de los adolescentes en los currículos de matriculación pre- y posgrado y la frecuente circulación de gerentes de programas y proveedores de servicios dificultan el logro y el mantenimiento de una masa crítica de recursos humanos con conocimientos y competencias adecuados en materia de salud de los adolescentes.

**5. Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela:** La OPS ha introducido varios modelos e intervenciones destinadas a estimular la participación de la familia, la escuela y la comunidad en el fomento y la protección de la salud y el bienestar de los jóvenes. Entre estas actividades está incluida el programa *Familias Fuertes: Amor y Límites* (22), un programa que llega a más de 30 000 familias anualmente. Sin embargo, con algunas excepciones, estas intervenciones no se llevaron a la escala necesaria para lograr resultados significativos. La falta

de monitoreo y evaluación sistemática de las iniciativas también comprometió la capacidad a nivel regional y nacional para determinar qué funciona en el contexto de la Región.

**6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores:** La OPS hace participar cada vez más a un grupo multisectorial de interesados directos en la cooperación técnica y en las actividades regionales y subregionales relacionadas con la salud de los adolescentes y los jóvenes. La finalidad es proporcionar una plataforma para el intercambio y la articulación intersectorial. Este ha sido especialmente el caso en el sector de la educación, sociedad civil, y de los interesados directos que tienen la responsabilidad de integrar la perspectiva de género, los derechos humanos y la protección social.

Existen alianzas estratégicas entre la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (UNICEF por sus siglas en inglés), el UNFPA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés), el Banco Mundial, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) y otros interesados directos y asociados pertinentes para facilitar el diálogo, la acción conjunta y la armonización de los programas y las actividades. La OPS también colabora estrechamente con los Consejos de Ministros de Salud de América Central (COMISCA), el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU) y la Comunidad del Caribe (CARICOM) en la ejecución de los planes subregionales respectivos dirigidos a la prevención del embarazo en adolescentes y a otras áreas de salud adolescente.

La participación y el empoderamiento de la juventud ha sido y sigue siendo una labor transversal en la cooperación técnica de la OPS, con atención especial al empoderamiento de las adolescentes. Este labor ha consistido, entre otras cosas, en invitar a la población joven a participar y hacer aportaciones en las reuniones y actividades estratégicas dirigidas a la población joven, así como en procurar su contribución a temas específicos mediante encuestas, actividades en las redes sociales y otros medios.

**7. Comunicación social y participación de los medios de comunicación:** Actividades clave bajo esta área de acción incluyeron la promoción y el apoyo técnico para aumentar el uso de los medios digitales para la salud de los adolescentes; la conmemoración de días de abogacía, como el Día Internacional de la Juventud y el Día Internacional de la Niña; y la inclusión y presentación de imágenes positivas de los adolescentes y los jóvenes en las publicaciones de la OPS.



## IV. La evolución del panorama mundial y regional

Se han producido cambios importantes en el panorama mundial desde la adopción de la estrategia y el plan de acción regionales, como el vencimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con una agenda integral más ambiciosa. Por otro lado, la nueva *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* pone a los adolescentes y los jóvenes en el centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los considera esenciales para alcanzar dichos objetivos. Además, en los nuevos documentos científicos y programáticos, como la Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (la guía AA-HA! )(23) y en el informe de la Comisión de *The Lancet* (5), se argumenta de manera rotunda que la inversión en los adolescentes y los jóvenes constituye un requisito para el desarrollo.

Además, ha habido varios compromisos y acontecimientos regionales nuevos con repercusiones sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. Algunos de estos se mencionaron al principio de este informe, como el compromiso regional de acceso universal a la salud y de cobertura universal de salud (7), el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (24), el Compromiso para la acción de Santiago de Chile (25), y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (SHAA2030) (26).

**Objetivos de Desarrollo Sostenible:** La agenda 2030 de desarrollo sostenible tiene un alcance y ambición sin precedentes. Algunas prioridades, como la erradicación de la pobreza, la salud, la educación y la seguridad alimentaria y la nutrición se mantienen en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, los objetivos también incluyen una amplia gama de propósitos económicos, sociales y ambientales, que ofrecen la perspectiva de una sociedad más pacífica e inclusiva. Los 17 objetivos y 169 metas incluyen un objetivo específico para la salud: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.” Hay muchas interrelaciones entre el objetivo de salud y los otros objetivos y metas. Esto refleja el supuesto fundamental de que la salud es a la vez un contribuyente importante a las políticas de desarrollo sostenible y un resultado de ellas.

**Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente:** La *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (2016-2030) (2)

se basa en la anterior *Estrategia mundial para la salud de las mujeres y los niños* (27), pero por primera vez, y de forma explícita, presta atención a los adolescentes. La Estrategia se centra en tres objetivos integrales: 1) **sobrevivir**: poner fin a las muertes evitables, 2) **prosperar**: lograr la salud y el bienestar y 3) **transformar**: ampliar los entornos propicios. La Estrategia Mundial trata de lograr estos objetivos prestando atención al curso de la vida y al conjunto de intervenciones basadas en evidencia, así como a las nueve áreas de acción básicas: 1) liderazgo en los países, 2) financiación para la salud, 3) resiliencia de los sistemas de salud, 4) potencial de las personas, 5) participación de la comunidad, 6) acción multisectorial, 7) entornos humanitarios y frágiles, 8) investigación e innovación y 9) rendición de cuentas sobre los resultados, los recursos y los derechos.

### **Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (guía AA-HA!):**

Durante la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, Estados Miembros pidieron a la Secretaría de la OMS que elaborase orientación para aplicar medidas mundiales aceleradas para promover la salud de los adolescentes (la guía mundial AA-HA!), en consulta con representantes de los jóvenes, los Estados Miembros y los principales asociados. La guía AA-HA! ayudará a los países a planificar, ejecutar y supervisar una respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes, que permita “sobrevivir, prosperar y transformar” y sea compatible con la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente mediante:

- La participación de los adolescentes y la comunidad mundial de salud en la configuración de su contenido y en la fijación de una norma que les ayude a responsabilizar a los países.
- La comunicación de políticas “hay que” basadas en evidencia e intervenciones en el sector de la salud y otros para los objetivos “sobrevivir, prosperar y transformar”.
- La puesta de relieve de políticas e intervenciones que aborden los múltiples resultados, factores de riesgo y determinantes y, por consiguiente, sean más económicas.
- El establecimiento de prioridades de orientación en diversos contextos epidemiológicos y el planteamiento de opciones para la ejecución basadas en enfoques que se han aplicado con éxito en otros países.
- La propuesta de indicadores trazadores al sector de la salud y otros que sirvan para el seguimiento de sus resultados en relación con las necesidades de los adolescentes.

**Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo:** Dada la importancia de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (24) fue un compromiso regional fundamental contraído en la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en agosto del 2013. En este documento se acuerda invertir en la juventud, a través de políticas públicas específicas y se enuncia el compromiso regional de aplicar de manera eficaz programas de educación integral en sexualidad desde la primera infancia, prestar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad a los adolescentes y los jóvenes que respondan a sus necesidades, poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar el abandono escolar entre las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes y eliminar los abortos inseguros.

**Compromiso para la acción de Santiago de Chile:** En el 2016, la OPS y otros socios regionales, incluyendo UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial, ONUSIDA, la Agencia de Estados Unidos de Asistencia para el Desarrollo (USAID) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) iniciaron una serie de acciones para poner en marcha, en la Región de las Américas, la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*. Con este fin, se estableció un mecanismo coordinador interinstitucional, reconocido oficialmente por el movimiento mundial EWEC y denominado: Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC por sus siglas en inglés). La finalidad principal del mecanismo es servir de catalizador y movilizar a los países hacia el logro de las metas y los objetivos de la Estrategia Mundial y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, haciendo hincapié en reducir las desigualdades en materia de salud.

En este contexto, el grupo interinstitucional organizó varias reuniones técnicas y tres consultas subregionales de interesados directos multisectoriales (en el Caribe, América Central y América del Sur). El objetivo era difundir la Estrategia Mundial y tener debates en profundidad sobre las nueve áreas de acción. Las reflexiones y las recomendaciones generadas en este proceso consultivo regional alimentaron una reunión de alto nivel en Santiago, Chile. Los actos culminaron en el Compromiso para la Acción de Santiago (25), una promesa regional para conseguir que cada mujer, cada niño y cada adolescente no solo sobreviva, sino que prospere en un entorno transformador.

**Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (SHAA2030, por sus siglas en inglés):** En septiembre del 2017, los ministros y los secretarios de salud de los países de la Región de las Américas aprobaron por unanimidad la nueva agenda de salud para la Región con el título "Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un Llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en la

Región". Esta Agenda de Salud Sostenible es el instrumento estratégico de política que proveerá direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la Región hasta el 2030 (26). La Agenda establece 11 objetivos de salud basadas en los siguientes principios y valores: 1) el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, 2) la solidaridad panamericana, 3) la equidad en la salud, 4) la universalidad y 5) la inclusión social.



## V. Avanzar con la agenda regional de salud de los adolescentes y los jóvenes

A medida que la Estrategia regional y Plan de acción actuales sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes llegan a su fin, los acontecimientos mundiales y regionales recientes presentados en los apartados anteriores nos proporcionan una base firme para la reflexión y actualización de enfoques para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas. Ha habido logros y progreso en las respuestas regionales y de los países a la salud de los adolescentes y los jóvenes, pero todavía quedan obstáculos y retos importantes. Al tratar de aplicar el triple objetivo de “sobrevivir, prosperar, y transformar” de la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* nos encontramos con tres retos clave, como se indica a continuación.

**Sobrevivir:** Las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes se mantienen constantes o han empeorado. Determinantes sociales tales como el quintil de riqueza, el nivel de educación y la etnicidad influyen en qué grupos estarán más afectados por la mortalidad evitable. Hay factores de riesgo de mortalidad y morbilidad en la adolescencia, juventud y edad adulta, como el consumo de alcohol y drogas, la anemia, el sobrepeso y la obesidad, que son muy frecuentes.

**Prosperar:** La tasa de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe sigue estando entre las más altas del mundo. Las adolescentes indígenas, de medios rurales, pobres y con menor nivel educativo tienen la carga de embarazo precoz más elevada, lo que afecta a sus oportunidades de desarrollo y salud durante toda la vida e incluso a la generación siguiente. Sin embargo, los adolescentes siguen tropezándose con numerosos obstáculos de política, sociales, jurídicos y sanitarios que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva necesarios para controlar la fecundidad y ejercer sus derechos en materia sexual y de reproducción. La atención centrada en la salud de los adolescentes de 10 a 14 años sigue siendo escasa; por lo tanto, se pierde la oportunidad de intervención temprana y de promover normas positivas y protectoras, valores y comportamientos sanos. Además, el objetivo principal de muchos programas e intervenciones se limita a los factores de riesgo y las deficiencias, con poca atención a promover los estilos de vida saludables y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes.

**Transformar:** Muchos países tienen tasas de finalización de la educación secundaria bajas y los jóvenes de la Región siguen desproporcionadamente afectados por la pobreza, el desempleo y la falta de acceso adecuado a un empleo digno. La salud de los adolescentes y los jóvenes sigue en peligro por las diferentes formas de violencia, entre otras, los actos de agresividad, la violencia sexual, el abandono y el maltrato físico, como queda demostrado por el aumento de las tasas de homicidio y la tendencia creciente de los embarazos en niñas menores de 15 años. La participación juvenil significativa, es decir, la participación de los jóvenes en iniciativas para mejorar su propia salud y desarrollo aún es más bien escasa y esporádica, en lugar de ser estructural.

## Una agenda 2030 de salud para adolescentes y jóvenes en las Américas

Una respuesta regional orientada hacia el futuro de la salud de los adolescentes y los jóvenes deberá incluir las dos dimensiones básicas siguientes.

- 1. Reducción de la morbilidad y mortalidad evitables de los adolescentes y jóvenes, sus factores y determinantes de riesgo, y los factores de riesgo de la mortalidad prematura en adultos.**

Los datos de mortalidad y de la carga de morbimortalidad indican que deben priorizarse las siguientes áreas para reducir la morbilidad y la mortalidad de los adolescentes y jóvenes:

- a. Abordar la violencia juvenil y los factores que contribuyen a la agresión o a la exposición a la violencia juvenil.
- b. Reducir el consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes y jóvenes y también el inicio precoz del consumo de alcohol.
- c. Promover y brindar apoyo para la prevención, el diagnóstico a tiempo y el tratamiento eficaz de los problemas de salud mental y enfermedades en los adolescentes y jóvenes
- d. Promover una nutrición sana y medidas para prevenir la anemia (en particular en adolescentes jóvenes de 10 a 14 años) y para disminuir los alimentos con elevado contenido de azúcar y grasa.

## 2. Fomentar la salud y el desarrollo positivo de los adolescentes y jóvenes

Este segundo elemento hace referencia a alternativas a los enfoques tradicionales que suelen estar basados en las deficiencias o centrados en los factores de riesgo. En su lugar, debe haber un enfoque de desarrollo positivo de la salud de los adolescentes y los jóvenes que fomente la salud y el desarrollo constructivo nutriendo los activos de desarrollo afirmativo. Estos activos incluyen la creación de vínculos afectivos, la resiliencia, las competencias sociales, emocionales y cognitivas, la autodeterminación, la espiritualidad, la autoeficacia, la identidad positiva y la confianza en el futuro. Este enfoque procura aumentar la resiliencia y los factores de protección de los adolescentes y trata de empoderarlos de modo que participen de una manera positiva en su propia salud, en la salud de su familia y en la de su comunidad (6). Entre los elementos clave de estos enfoques de desarrollo positivo deben figurar:

- Mejorar la utilización de la plataforma escolar para la protección y la promoción de la salud y el bienestar de los niños y los adolescentes, de modo que se incluyan políticas de salud escolar que fomenten y protejan la salud y seguridad de los estudiantes y se favorezcan entornos de aprendizaje sanos y sin riesgos, así como la educación sanitaria dentro y fuera del plan de estudios y servicios de salud en la escuela.
- Colaborar con las familias para potenciar al máximo los beneficios para la salud de las relaciones solidarias y positivas entre padres e hijos.
- Colaborar con la comunidad para la creación conjunta de condiciones para que los jóvenes tengan seguridad y salud y participen en la sociedad.

Es importante señalar que estas dos dimensiones no son independientes, sino que deben verse interrelacionadas y formando parte de un enfoque integral para lograr los objetivos de la estrategia de salud de los adolescentes y los jóvenes “Sobrevivir-Prosperar-Transformar”.

## Líneas de acción propuestas

- **Asegurar el acceso de los adolescentes y los jóvenes a los servicios de salud integrales y de calidad** que sean adecuados desde los puntos de vista cultural, étnico y lingüístico, con un enfoque de género, y que fomenten la salud, eviten las enfermedades, presten atención sanitaria y ofrezcan la atención necesaria en el corto, medio y largo plazos (5). Esto conlleva eliminar las barreras habituales al acceso de los adolescentes, como las leyes y políticas restrictivas y la oposición fundada en razones culturales y religiosas.
- **Aplicar intervenciones basadas en evidencia en la escuela, la familia y la comunidad** para la promoción y la protección de la salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes de uno y otro sexo, centrándose en los grupos más marginados y vulnerables.
- Seguir creando capacidad regional y nacional para la **obtención y utilización de información estratégica** relativa a la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes, idealmente como parte integrante del sistema de información de salud nacional. Esto debe conllevar la generación de información sobre los niveles nacional y subnacional. Los datos deben desglosarse según una serie de criterios además de la edad y el sexo, a saber: la situación socioeconómica, la educación, la etnicidad, la residencia rural o urbana y el empleo.
- **Empoderamiento y participación de los adolescentes y los jóvenes como asociados y agentes de cambio.** Los adolescentes y los jóvenes pueden ser poderosos promotores y activistas, y desempeñar una función importante en el diseño, ejecución y seguimiento de los programas. Aunque esto seguirá, sin duda, siendo importante, hay una necesidad actual de poder demostrar cómo esta participación fortalece los programas de salud de los adolescentes y jóvenes y cómo estos pueden estar más eficazmente integrados en los sistemas nacionales de salud a medida que estos sistemas avanzan hacia el logro de la cobertura universal de salud.

## Temas transversales

**Aplicación del enfoque del curso de la vida:** los principales retos de salud a los que se enfrentan los adolescentes no están aislados, sino que, al contrario, están interrelacionados e influenciados por lo que ha sucedido durante el primer decenio de vida. Por lo tanto, los programas de adolescentes deben relacionarse con los programas de desarrollo infantil temprano y prevenir los riesgos y condiciones de salud en la adultez.

**Asegurar un enfoque basado en los derechos:** Es necesario usar mejor las convenciones, tratados y otros instrumentos jurídicos existentes para influir en el diálogo regional y nacional sobre el derecho a la salud del adolescente. Esto requerirá la promoción de la causa y el apoyo continuo a la reforma de las normativas y de las políticas basada en los instrumentos y obligaciones de derechos humanos, a fin de garantizar un acceso óptimo de los adolescentes a la información, los servicios y los productos de salud, sin olvidar los relacionados con la SSR.

**Abordar las inequidades en salud de los adolescentes y los jóvenes:** Es importante que los países evalúen los indicadores a nivel subnacional para asegurar que se logran avances en los diversos subgrupos de población joven. Toda una serie de factores, desde los desastres naturales a las políticas económicas, pueden afectar directamente o indirectamente a la salud de los adolescentes y los jóvenes. Al mismo tiempo, los subgrupos de jóvenes pueden volverse invisibles en los sistemas de recopilación de datos existentes y en la orientación de las intervenciones. Localizar los obstáculos y llegar a los adolescentes vulnerables y marginados exigirá más esfuerzos si se quiere lograr mayor equidad.

**Combatir las desigualdades en materia de género, con más atención a los hombres jóvenes:** Se han realizado importantes esfuerzos en la Región para dirigir los recursos hacia las chicas adolescentes, en particular en el contexto de los programas de salud sexual y reproductiva del adolescente, y estos deben fortalecerse y llevarse a escala. Hay, sin embargo, una creciente sensibilización sobre la necesidad de darles también a los chicos adolescentes la atención suficiente y de hacerlos participar de manera más eficaz.

**Colaboración intersectorial:** Las principales causas de mortalidad y de problemas de salud de los adolescentes y jóvenes requieren intervenciones fuera del sector sanitario; entre otras, las medidas y directrices para la seguridad vial, los reglamentos relacionados con el alcohol y el tabaco, las políticas de alimentación y nutrición y los protocolos para responder a la violencia perpetrada por las pandillas.

El establecimiento de alianzas intersectoriales y multidisciplinarias será esencial, como entre ministerios gubernamentales (el de educación y desarrollo humano, por ejemplo), el sector privado, las ONGs, las organizaciones comunitarias, los activistas, los padres y los propios jóvenes.

**Investigación y utilización de nuevas tecnologías:** La investigación operativa y la investigación de aplicación serán importantes para aportar sugerencias en tiempo real durante la ejecución de los programas de salud de los adolescentes. Dicha investigación nos ayudara a entender mejor cómo son de eficaces los programas que se han aplicado, cómo pueden repetirse en diferentes contextos y para diferentes grupos destinatarios y cómo pueden ser llevados a escala sin perder la calidad que se necesita para que sigan siendo eficaces. Un área importante de intervención que requerirá desarrollo y evaluación es la utilización de medios de comunicación interactivos y redes sociales.

## Conclusión

Los jóvenes están en el centro de la agenda de los ODS, y la inversión estratégica en la salud y el desarrollo de los jóvenes es clave para el logro de los ODS. La Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes, el SHAA2030, y las herramientas como el marco AA-HA! brindan la oportunidad para revisar y actualizar los programas de salud para adolescentes y jóvenes en la Región, hacia una respuesta más efectiva y equitativa que asegure que todos los jóvenes no solo sobrevivan, sino que prosperen y realicen su derecho a disfrutar del estándar más alto posible de salud y bienestar físico, mental y sexual/reproductivo.

Se puede acceder al informe completo de salud del adolescente a través del siguiente enlace: [www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018](http://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018)



# Referencias bibliográficas

1. División de Población de las Naciones Unidas. Perspectivas demográficas mundiales, revisión de 2015 [Internet]. [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
2. Gribble J, Bremner J. The challenge of attaining the demographic dividend [Internet]. Washington, D.C.: Population Reference Bureau; 2012 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.prb.org/pdf12/demographic-dividend.pdf>
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [citado el 12 de julio, 2017]. Disponible en: [http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1\\_es.pdf](http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf)
4. Every Woman Every Child (EWEC) Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. Nueva York; EWEC; 2015 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf)
5. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Nuestro futuro: una comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar adolescente. Lancet. 2016;387(10036):2423-78. Clave DOI:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.Epub. 9 de mayo, 2016.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes, 2010-2018 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53. R14) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.paho.org/uexchange/index.php/en/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Base de datos de mortalidad en la Región [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2016 [actualizada el 16 de junio, 2016; citada el 1 de julio, 2017]. Disponible en: <https://hiss.paho.org/pahosys/lcd.php>
9. Organización Panamericana de la Salud. Violencia juvenil autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa [Internet]. Washington, D.C.:

- OPS [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/10021>
10. Organización Mundial de la Salud. Global School-based Health Surveys [Internet]. [Citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/>
  11. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado el 20 de febrero, 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1)
  12. Organización de los Estados Americanos. Secretaría de Seguridad Multidimensional; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Observatorio Interamericano de Drogas. Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015 [Internet]. Washington, D.C.: OAS; 2015 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3209>
  13. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. Perspectivas demográficas mundiales, revisión de 2015. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950–2100 [“File FERT/7” [Internet]. Nueva York: UNDESA; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>
  14. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015. Resumen ejecutivo: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015. [Internet]. Bogotá: ENDS 2015; 2017 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR239/SR239.pdf>
  15. Caffé S, Plesons M, Camacho AV, Brumana L, Abdool S, Huaynoc S, et. Al. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reprod Health*. 14 de julio del 2017; 14(1): 83. Clave DOI 10.1186/s 12978-017-0345-y.
  16. Hamilton BE, Mathews TJ. Continued declines in teen births in the United States, 2015. Resumen de datos del NCHS. Septiembre, 2016;(259):1-8.
  17. Naciones Unidas. SDG indicators: revised list of global Sustainable Development Goal Indicators [Internet]. Nueva York: UN; 2015 [citado el 10 de julio, 2017]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>
  18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013: maternidad en la niñez. [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2013 [citado el 12 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013.pdf>

19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Aidsinfo [Internet]. [Citado el 5 de agosto, 2017]. Disponible en <http://aidsinfo.unaids.org/>
20. The DHS Program. Statcompiler [Internet]. [Citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.statcompiler.com/en/>
21. Organización Mundial de la Salud. Maternal & Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicators [Internet]. Ginebra: OMS. [Citado el 15 de julio, 2017]. Disponible en: <http://who.int/test/forms/mncah/>
22. Iowa State University. Extension and outreach. Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14 (SFP 10-14) [Internet]. [Citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: <https://www.extension.iastate.edu/sfp10-14/>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/)
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo [Internet]. Santiago de Chile: ECLAC; 2013 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21835>
25. Todas las mujeres, todos los niños: América Latina y el Caribe. Compromiso a la acción de Santiago [Internet]. Santiago: EWEC LAC; 2017 [citado el 26 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/wp-content/uploads/2017/07/Compromiso-con-la-Accion-de-Santiago-Presidente-Bachelet-.pdf>
26. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región de las Américas (resolución CSP29/6, Rev.3) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [citado el 1 de octubre, 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=42116&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42116&Itemid=270&lang=es)
27. Secretaría General de las Naciones Unidas. Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños (2010-2015) [Internet]. Nueva York; EWEC; 2010 [citado el 10 de abril, 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/fulldocument\\_globalstrategy/es/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/fulldocument_globalstrategy/es/)



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



APOYAMOS

**TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS**

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

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, DC 20037, EUA  
Tel: +1 (202) 974 -3000  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

