



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)



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)

Washington, DC
2018



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Se publica también en inglés
The Health of Adolescent and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of
Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018
ISBN: 978-92-75-11993-8

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)

ISBN: 978-92-75-31993-2

© **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). 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).

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). 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. Reservados todos los derechos.

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	VI
Agradecimientos.....	VIII
Siglas y Acrónimos.....	IX
Resumen Ejecutivo	XI
Introducción	1
Parte I: Perfil de los Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas	5
I.1: Perfil sociodemográfico de los adolescentes y los jóvenes de la Región de las Américas	6
I.1.1: Población adolescente y joven en la Región de las Américas.....	6
I.1.2: Pubertad.....	9
I.1.3: Determinantes sociales de la salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas.....	9
I.2: La población joven en la era digital	21
I.3: Adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad	24
Conclusiones	30
Parte II: Estado Actual de la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en la Región de las Américas.....	31
II.1: Introducción	32
II.2: Mortalidad y Morbilidad	32
II.3: Salud mental de los adolescentes y jóvenes y consumo de sustancias psicotrópicas	48
II.4: Salud sexual y reproductiva	60
II.5: Nutrición y actividad Física	78
II.6: Enfermedades crónicas.....	85
II.7: Factores protectores.....	88
Conclusiones	90
Parte III: Progresos y Retos para la Ejecución de la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes (2010-2018).....	91
III.1: Introducción	92
III.2: Información estratégica e innovación.....	94
III.3: Entornos favorables para la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes que se deben conseguir con políticas basadas en la evidencia	98
III.4: Sistemas y servicios de salud integrados e integrales.....	100
III.5: Desarrollo de la capacidad de recursos humanos.....	102
III.6: Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela.....	106
III.7: Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores	111
III.8: Comunicación social y participación de los medios de comunicación.....	112
Conclusiones	113

Parte IV: Sobrevivir, Prosperar, Transformar: Que ningún Joven se quede atrás en la Región de las Américas	115
IV1: Introducción.....	116
IV.2: Naturaleza evolutiva de la agenda de salud de los adolescentes y los jóvenes	116
IV.2.1: Panorama mundial	116
IV.2.2: Panorama regional	121
IV.3: Avanzar con la agenda regional de salud de los adolescentes y los jóvenes ...	127
Parte V: Perfiles de país.....	137
Referencias.....	236
Anexos.....	251
Anexo A: Etapas de la adolescencia (clasificación de la OPS).....	251
Anexo IA: Suscripciones a telefonía móvil celular por cada 100 habitantes en países de la Región de las Américas, 2000-2016.....	251
Anexo I.B: Número de usuarios de Facebook y penetración de Facebook (%) en la Región de las Américas, por país, hasta junio del 2016.....	252
Anexo II.A: Objetivos y metas regionales de salud para los adolescentes y los jóvenes establecidos en la estrategia y el plan de acción regionales (2010-2018)...	253
Anexo II.B: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en la Región de las Américas, período 2010-2014.....	254
Anexo II.C: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24) años en la Región de las Américas, 2010-2014.....	257
Anexo II.D Intervenciones basadas en la evidencia para promover la salud de los adolescentes	261
Anexo II.E: Comportamiento suicida entre estudiantes de 13 a 15 años en países del Caribe de habla inglesa, el Cono Sur, la Región Andina y América Central	269
Anexo II.F: Número de adolescentes de 10 a 19 años con infección por VIH en América Latina y el Caribe en el 2015.....	272
Anexo III.A: Políticas, estrategias y planes de los países de América Latina y el Caribe relacionados con la salud de los adolescentes y los jóvenes, hasta julio del 2017	273
Anexo III.B: Países de América Latina y el Caribe con una asignación presupuestaria para las actividades de salud de los adolescentes, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud entre 2010-2016	278
Anexo III.C: Temas en los que los adolescentes son un grupo específico de las políticas, las estrategias y los planes nacionales de los países de América Latina y el Caribe, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud, 2009-2016	279
Anexo III.D: Acceso legal y reglamentario de los adolescentes a determinados servicios de salud, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud, 2009-2016	280
Anexo III.E: Existencia de un paquete y normas de servicios de atención de salud definido destinados a los jóvenes, y sistemas de capacitación periódica en adolescencia para los proveedores de servicios de salud, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud, 2009-2016	281
Anexo IV.A: Objetivos de Desarrollo Sostenible	282
Anexo IV.B: El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 y sus metas.....	283

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.

Según se explica en la primera parte de este informe, 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 la segunda parte, 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.

En la tercera parte del informe, se 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, en la cuarta y última parte del informe se proponen 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 (asesora), Sheoran Bhupendra (YTH), Hernán Rosenberg (asesor), William Heisel (IHME), Katherine Leach-Kemon (IHME), Michelle Subart (IHME), Kevin O'Rourke (IHME), Danique Gigger (pasante) y Terrilia Ravaliere (pasante).

Siglas y Acrónimos

AA-HA!	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (por sus siglas en inglés)
ALC	América Latina y el Caribe
APR-LAC	Una Promesa Renovada para las Américas (por sus siglas en inglés)
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés)
CDN	Comité de los Derechos del Niño
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CLAP/ SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMM	Carga mundial de morbilidad
COMISCA	Consejos de Ministros de Salud de América Central
DCPO	(índice de) dientes cariados, perdidos y obturados
DPT	Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina
EDS	Encuestas de Demografía y Salud
EMSE	Encuesta Mundial de Salud Escolar
EMTJ	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes
ENT	Enfermedades no transmisibles
EWEC	Todas las mujeres, todos los niños (por sus siglas en inglés)
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IHME	Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (por sus siglas en inglés)
IMAN	Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades
IMC	Índice de masa corporal
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar (por sus siglas en inglés)
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGB	Personas lesbianas, homosexuales y bisexuales
LGBT	Personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales
MICS	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (por sus siglas en inglés)
NINI	La población joven que ni estudia ni trabaja y tampoco recibe capacitación



ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OID	Observatorio Interamericano sobre Drogas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS- CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
SIA	Sistema Informático del Adolescente
sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIP	Sistema de Información Perinatal
SSR	Salud sexual y reproductiva
SSRA	Salud sexual y reproductiva del adolescente
Td	Vacuna contra el tétanos y la difteria
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (por sus siglas en inglés)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

Resumen Ejecutivo



Este informe presenta los últimos datos disponibles de los países de la Región con el fin de: 1) analizar la situación de salud de los adolescentes y jóvenes de la Región; 2) resumir la situación actual de la aplicación de la Estrategia y el Plan de Acción regionales de la OPS; y 3) ofrecer una perspectiva sobre cómo las partes interesadas pueden actuar para mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes en las Américas, teniendo en cuenta los recientes compromisos, estrategias y objetivos regionales y mundiales.

El informe se divide en cinco partes:

- Parte I se proporciona un perfil de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas, haciendo hincapié en las características demográficas y socioeconómicas.
- Parte II se analiza el estado de salud de los adolescentes y jóvenes en la Región según las metas y los indicadores de salud del Plan de acción regional.
- Parte III se examinan las medidas clave adoptadas a escala regional y de país en las siete áreas estratégicas propuestas por el plan de acción; se destacan el progreso realizado y los obstáculos encontrados.
- Parte IV se describe el contexto mundial y regional en constante evolución de la salud y el desarrollo de la población joven y las consecuencias que tiene para la respuesta regional.
- Parte V se presentan perfiles de salud de los adolescentes y jóvenes, con los últimos datos disponibles de los países de la Región sobre una serie de indicadores de salud de adolescentes y jóvenes.

Estado actual de la salud de los adolescentes y jóvenes:

Este informe analiza las oportunidades y los desafíos para la salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. En la actualidad, tenemos la cohorte más grande de jóvenes en la historia de la Región, un estimado de 237 millones. En 2015, las personas de 10-24 años de edad constituyeron el 24% de la población total en las Américas y el 26% en América Latina y el Caribe (ALC). La demografía actual crea una ventana de oportunidades para un rápido crecimiento económico, si se realizan las inversiones sociales y económicas apropiadas en salud, educación y economía.

La adolescencia es una etapa de la vida en general con buena salud, cuya mortalidad y morbilidad son bajas en relación con otros grupos etarios. No obstante, cada año mueren en la Región 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. Además, las desigualdades en muchas partes de la Región plantean desafíos para los jóvenes. Estos incluyen la carga desmesurada de pobreza entre la población joven, el desempleo juvenil y el considerable número de población joven que no estudia ni trabaja.

En los últimos años, la Región ha logrado notables avances socioeconómicos. En el período 2004-2014, la pirámide de ingresos en América Latina y el Caribe experimentó una transformación histórica, en la que 72 millones de personas salieron de la pobreza y 94 millones entraron a formar parte de la clase media. Se han logrado avances significativos en 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.

Si bien estos esfuerzos han traído algunos beneficios para la salud para los adolescentes y los jóvenes, estos logros son limitados, y no todos los grupos se beneficiaron por igual de este progreso. Entre 25 y 30 millones de personas en la Región corren el riesgo de caer de nuevo en la pobreza, muchos de los cuales son jóvenes. Cerca de 150 000 personas de 15 a 24 años mueren cada año en la Región, de los cuales aproximadamente el 80% son hombres, lo que indica el riesgo mucho mayor de los hombres jóvenes de morir en forma prematura. 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 VIH y otras ITS siguen siendo una amenaza para la salud y el bienestar de nuestra población joven. La Región de ALC tiene 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. El informe también destaca grupos de población joven que viven en situaciones específicas de vulnerabilidad, como los que tienen discapacidades, los LGBT y los de minorías étnicas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente ponen de relieve a los jóvenes como un grupo crítico y reiteran el triple rendimiento generado por la inversión en los jóvenes: una población joven sana hoy, adultos sanos mañana y generaciones sanas en el futuro. El potencial para

cosechar los beneficios del dividendo demográfico y lograr los ODS sin dejar a ninguna persona joven atrás exigirá tomar medidas integrales, intersectoriales y en favor de la equidad encaminadas a la potenciación de la población joven, mediante el abordaje de los determinantes sociales de su salud y el aumento al máximo de los beneficios positivos de la familia, la escuela, la comunidad, las redes sociales y otras plataformas sociales para crear un entorno en el cual todos los jóvenes puedan prosperar

Enseñanzas extraídas y recomendaciones:

Las enseñanzas extraídas en este proyecto de investigación sugieren algunos cambios necesarios para acelerar el progreso hacia el mejoramiento de la salud y el bienestar de los jóvenes en la región. Estos incluyen:

1. Asegurar que los programas de salud de los adolescentes y los jóvenes reciban adecuada financiación, sean multisectoriales y abordan los determinantes sociales de la salud;
2. Fomentar un sistema de salud con capacidad de respuesta para los adolescentes y aplicar intervenciones basados en la escuela, la familia, y la comunidad para proteger y promover la salud de los niños y adolescentes desde una perspectiva del curso de vida;
3. Asegurar que los enfoques están basadas en datos, enfocados en los grupos en situaciones de vulnerabilidad desde una perspectiva de equidad, y se llevan a escala;
4. Implementar un riguroso seguimiento y evaluación para informar la planificación estratégica y adaptaciones oportunas para mejorar la eficiencia y efectividad de los programas y servicios;
5. Desarrollar nuevas modalidades para aumentar la capacidad que producirán resultados sostenibles; y
6. Empoderamiento y participación de los adolescentes y los jóvenes como agentes de cambio.

Mediante la aplicación de estas recomendaciones y el aprendizaje de experiencias pasadas, la Región puede mejorar la situación de salud de los jóvenes de hoy y de las generaciones venideras.

Introducción

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 (1) y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)* (2) 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 (3).

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 (4). 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 y el plan de acción regionales sobre la salud de 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.

El presente informe regional sobre la salud de los adolescentes y jóvenes trata de: 1) analizar el estado actual de salud de los adolescentes y los jóvenes de la Región, 2) resumir el estado actual de aplicación de la estrategia regional y el plan de acción y 3) proporcionar 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 (5), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (1), la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (2) y las *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes* (AA-HA!) (6).

Este informe se ha basado en varias fuentes, entre otras, una evaluación de la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales en favor de la salud de los adolescentes y jóvenes, los datos de las estadísticas de mortalidad y otros datos notificados a la OPS por los Estados Miembros, las bases de datos mundiales y una revisión de la bibliografía científica. También se incluye en el presente informe un análisis sobre este grupo de edad y la Región basado en los datos de la carga mundial de morbilidad (2015), preparados para la OPS por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME, por sus siglas en inglés).

El informe se divide en cinco partes:

- Parte I: se proporciona un perfil de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas, haciendo hincapié en las características demográficas y socioeconómicas.
- Parte II: se analiza el estado de salud de los adolescentes y jóvenes en la Región según las metas y los indicadores de salud del Plan de acción regional.
- Parte III: se examinan las medidas clave adoptadas a escala regional y de país en las siete áreas estratégicas propuestas por el plan de acción y se destacan el progreso realizado y los obstáculos encontrados.
- Parte IV: se describe el contexto mundial y regional en constante evolución de la salud y el desarrollo de la población joven y las consecuencias que tiene para la respuesta regional. En esta parte, también se considera cómo la Región puede transformar los entornos jurídicos, políticos y sociales para lograr que toda la población joven sobreviva y prospere y tenga la oportunidad de disfrutar del derecho a la salud, especialmente la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- Perfil de los países: la quinta parte presenta el perfil de salud de los adolescentes y jóvenes. En cada perfil se muestran los últimos datos disponibles sobre una serie de indicadores de salud de adolescentes y jóvenes extraídos del plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (4). El perfil de los países se elaboran con base en las estimaciones internacionales, los datos notificados a la OPS y los datos de encuestas publicados, que en algunos casos se adaptan para incorporar nuevos datos nacionales notificados por los países.

Terminología de los grupos etarios

De acuerdo con la estrategia regional y el plan de acción, este informe aborda la salud de la población joven, es decir, del grupo de 10 a 24 años de edad. En este intervalo hay grupos que se superponen y denominamos “adolescentes”, “jóvenes” y “población joven” (OMS) (cuadro 1) (7).

Cuadro 1: Terminología utilizada en este informe

Término	Grupo etario
Adolescentes	10-19 años
Jóvenes	15-24 años
Población Joven	10-24 años

Fuente: (7).

En una clasificación más detallada propuesta por la OPS en el 2005 (8, 9), se indican las etapas siguientes: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia media, adolescencia tardía, juventud y primeros años de la edad adulta (adultos jóvenes) y se especifica que en general la adolescencia comienza antes en las niñas (anexo A).

La terminología de los grupos etarios utilizada en este informe se ajusta a la de la OMS, como se presenta en el cuadro 1. Por otra parte, el informe hará referencia a los siguientes subgrupos simplificados e intervalos de edad:

Adolescencia temprana: de 10 a 14 años.

Adolescencia tardía: de 15 a 19 años.

Primeros años de la edad adulta: de 20 a 24 años.

En algunos casos excepcionales, se presentarán datos para otros grupos etarios distintos de los mencionados, esto dependerá de los grupos etarios utilizados para calcular determinados indicadores internacionales.



Four young women are standing in front of a dark wooden door with decorative metal studs. They are wearing traditional, colorful clothing. The woman on the far left wears a blue and floral patterned top and a dark blue skirt with white geometric patterns. The woman next to her wears a green and floral patterned top and a green and white striped skirt. The woman in the center wears a red top and a red and white patterned skirt. The woman on the far right wears a white top and a red and white patterned skirt. All four women are wearing multiple strands of colorful beads. The word 'Parte I' is overlaid in large white letters on the bottom left of the image.

Parte I

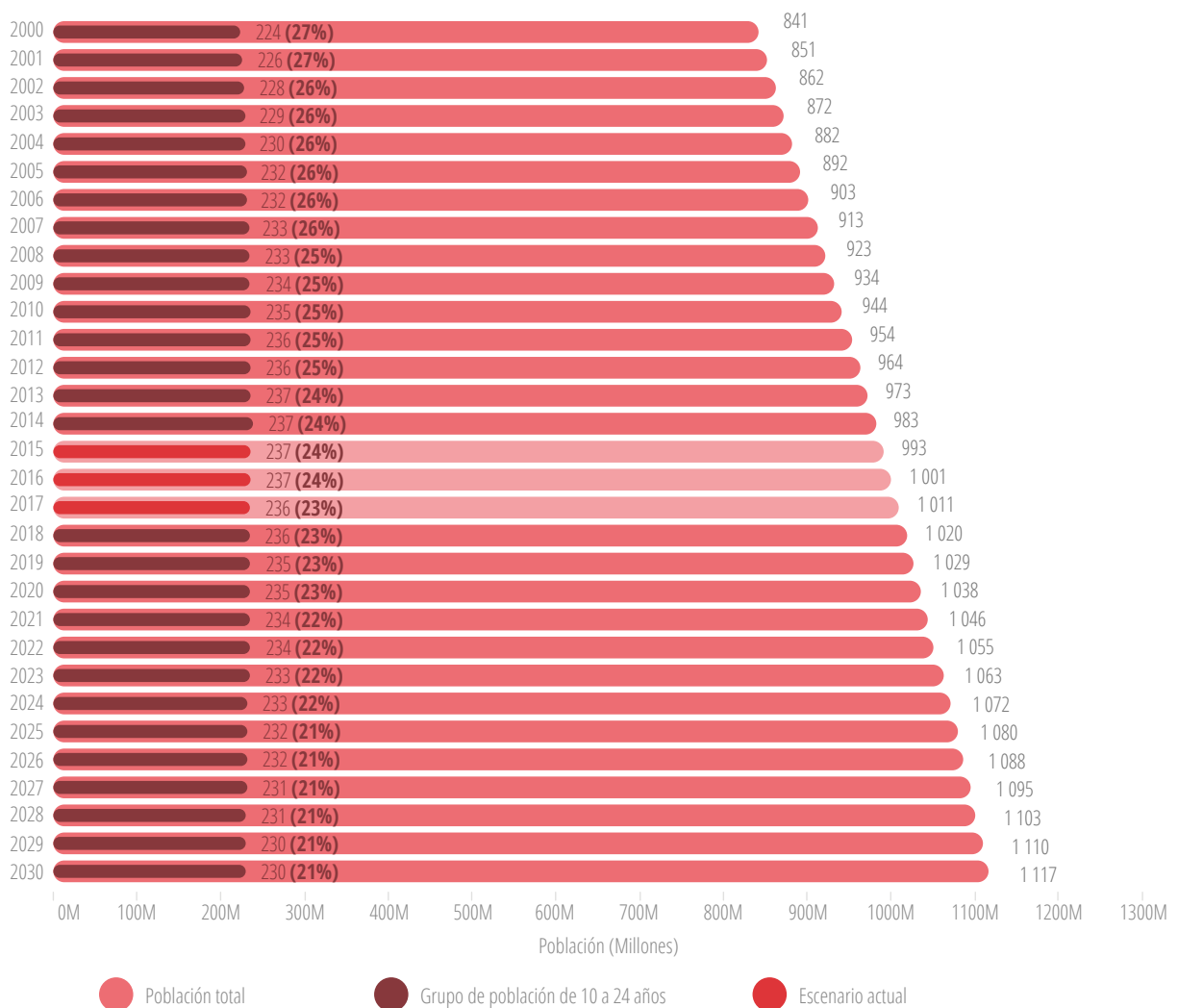
PERFIL DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

I.1: Perfil sociodemográfico de los adolescentes y los jóvenes de la Región de las Américas

I.1.1 Población adolescente y joven en la Región de las Américas

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 y se prevé que disminuirá hasta llegar a 230 millones en el 2030 (figura I.1).

Figura I.1: Población estimada de adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años) en la Región de las Américas y porcentaje de la población total, 2000-2030.



Fuente: (10).



Visualización de datos

Población estimada de adolescentes y jóvenes (10-24 años) en la Región de las Américas, 2000-2030

En el 2015, el grupo de 10 a 24 años de edad representaba el 24% de la población total de la Región y el 26% de la población de América Latina y el Caribe (cuadro I.1) (10).

Cuadro I.1: Población adolescente y joven en la Región de las Américas, 2015

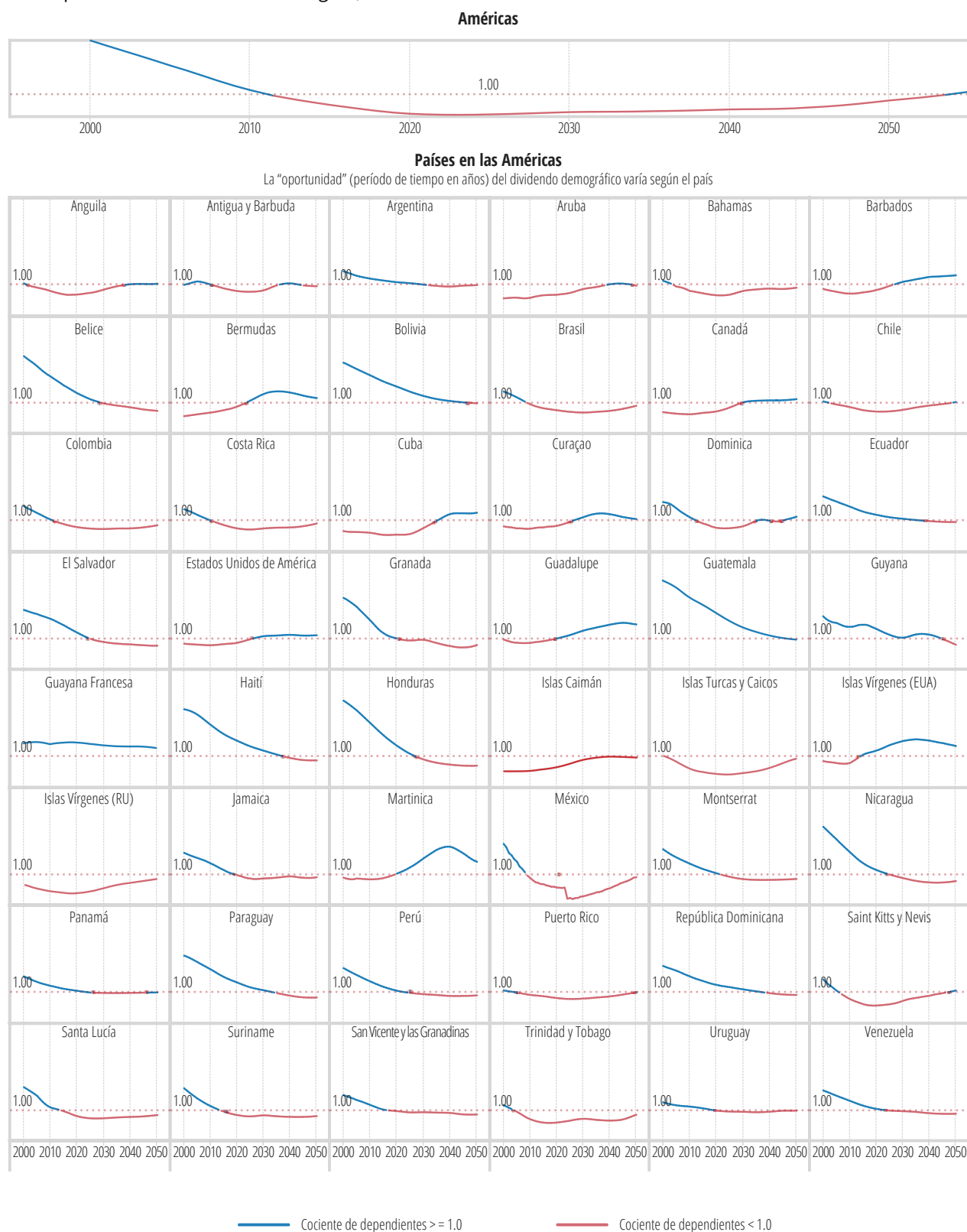
	Población total	Adolescentes 10-19 años		Jóvenes 15-24 años		Población joven 10-24 años	
		Número	%	Número	%	Número	%
Región completa	992.225.000	157.079.000	16	158.503.000	16	236.941.000	24
América del Norte	357.838.000	45.345.000	13	48.635.000	14	71.136.000	20
América Latina y el Caribe	634.387.000	111.734.000	18	109.868.000	17	165.805.000	26
América del Sur	418.447.000	71.265.000	17	70.304.000	17	106.027.000	25
América Central	172.740.000	33.229.000	19	32.390.000	19	48.984.000	28
Caribe	43.199.000	7.240.000	17	7.175.000	17	10.795.000	25

Fuente: (11).

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 (10, 11). 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 (10, 11). La oportunidad del dividendo demográfico varía según el país. La mayoría de los países de la Región están en plena transición demográfica, mientras que otros están en las primeras fases o todavía no la han iniciado (figura I.2).



Figura I.2: "Oportunidad" prevista^a del dividendo demográfico en la Región de las Américas y en países seleccionados de la Región, 2000-2050



^aLa "oportunidad" demográfica es el cociente de dependientes <1,0.

Fuente: (10)



Visualización de datos
Oportunidad prevista del dividendo demográfico. Región de las Américas, 2000-2050

I.1.2 Pubertad

El segundo decenio de la vida es un período de rápido y profundo cambio y desarrollo biológico, cognitivo, emocional y social. La adolescencia temprana (de 10 a 14 años) se caracteriza por rápidas transformaciones biológicas en niños y niñas, con cambios hormonales e inicio de la capacidad de reproducción. La adolescencia tardía (15-19 años) se caracteriza por la maduración puberal y la adopción progresiva de más papeles y funciones de adulto. Durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, los individuos, en general, adquieren o consolidan los recursos económicos, educativos, afectivos, culturales y sociales para mantener su salud y bienestar a lo largo del curso de la vida (3, 9).

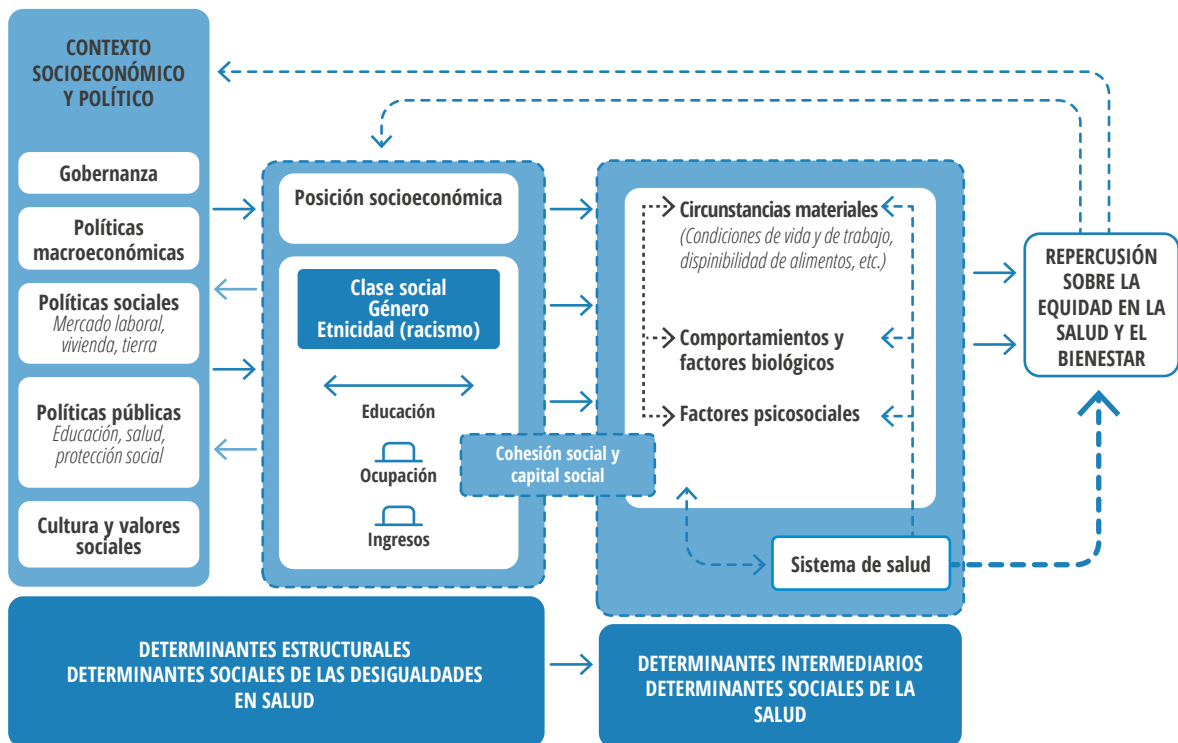
A lo largo del curso de la vida, el cerebro humano se desarrolla de manera continua mediante un proceso conocido como neuroplasticidad. Aunque antes se pensaba que la mayor parte del desarrollo cerebral se producía en los primeros años de la vida, los nuevos hallazgos y el conocimiento en el ámbito de las neurociencias sugieren que las funciones cerebrales siguen desarrollándose hasta bien entrada la edad adulta. Según las investigaciones, el desarrollo del cerebro en la adolescencia es marcadamente diferente del que se produce en la niñez. Durante la niñez, lo más importante es la arborización dendrítica y la sinaptogénesis o multiplicación de las conexiones sinápticas, de forma que el cerebro aumenta su peso y tamaño de manera considerable. Por el contrario, el desarrollo del cerebro durante el segundo decenio (que continúa en los primeros años de la edad adulta) se focaliza en la “poda sináptica”, el proceso de eliminación de las conexiones sinápticas débiles o superfluas con el fin de aumentar la eficiencia del cerebro. Se cree que la poda sináptica depende de la respuesta neuronal a factores ambientales y estímulos externos. Esta etapa evolutiva del cerebro caracterizada por una tasa elevada de poda sináptica se considera un período fundamental, en el que el individuo es desmesuradamente receptivo a los estímulos ambientales. Estos conocimientos recientes explican el aprendizaje adaptativo y la rápida adquisición de habilidades interpersonales y afectivas durante la adolescencia. También pone de relieve la importancia primordial de garantizar un entorno social seguro y estable para los adolescentes, a fin de favorecer un desarrollo óptimo de las funciones cerebrales necesarias para la longevidad y para el bienestar social y emocional en la edad adulta (3, 12, 13).

I.1.3 Determinantes sociales de la salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, se desarrollan, viven, trabajan y envejecen (3, 14, 15). Estos engloban los

determinantes estructurales (como el contexto socioeconómico y político, la situación socioeconómica, el género, la etnicidad, la educación, la ocupación y los ingresos) y también los determinantes intermediarios (como los factores biológicos y conductuales, los factores psicosociales y el sistema de salud) (figura I.3) (15, 16).

Figura I.3: Determinantes sociales de la salud



Fuente: (14)

En un análisis sobre los determinantes sociales de la salud y la adolescencia se encontró que la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación eran los determinantes que más afectaban a la salud de los adolescentes (16). Además, se destacó que un entorno protector y de apoyo en la familia y la escuela y unos compañeros positivos y solidarios eran cruciales para ayudar a la población joven a desarrollar todo su potencial y lograr el mejor estado de salud en la transición hacia la edad adulta (16).

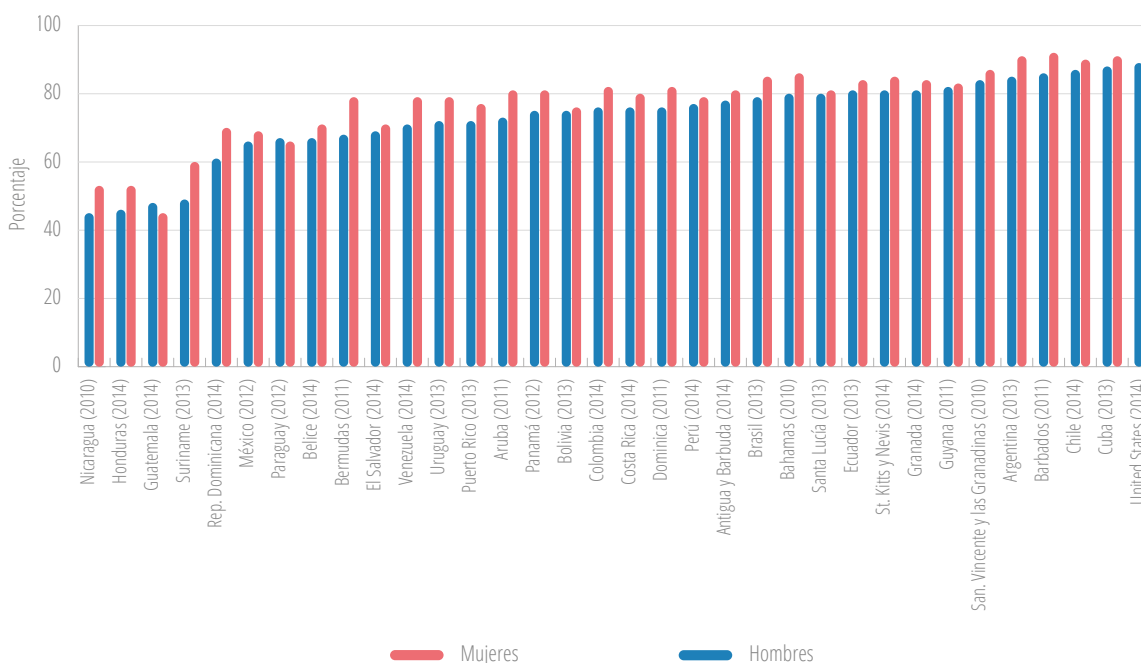
En los siguientes apartados se explica con mayor detalle algunos determinantes relacionados con la salud de los adolescentes y jóvenes: la educación, el empleo, la pobreza, la etnicidad, la familia, el género, los compañeros y los medios de difusión.

Educación

El nivel educativo es uno de los determinantes que más afectan a las oportunidades de empleo, los ingresos y la salud. Una educación más allá de la enseñanza primaria se ha relacionado con beneficios para la salud a lo largo del curso de la vida, como son la menor mortalidad masculina por lesiones, menor fecundidad femenina, mejor salud de los adultos y mayor supervivencia de los futuros niños (16).

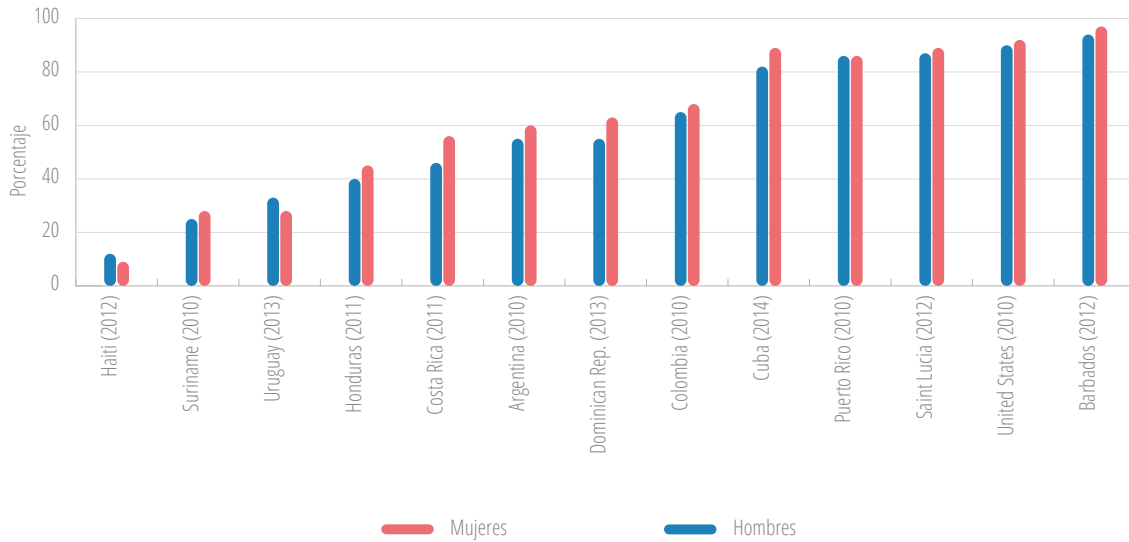
En la Región de las Américas, se calcula que la tasa de alfabetización de los jóvenes (de 15 a 24 años) es superior al 98%, con un índice de paridad de género cercano a 1 (17). Sin embargo, el porcentaje de adolescentes matriculados en la enseñanza secundaria es significativamente inferior, en la mayoría de los países entre 60% y 80%; sistemáticamente, el número de niñas matriculadas es más elevado en todos los países, a excepción de Guatemala y Paraguay. Algunos países de la Región, a saber, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Suriname tienen porcentajes de escolarización en secundaria bajos o próximos al 50% (figura I.4).

Figura I.4: Tasa neta de escolarización en secundaria en países seleccionados de las Américas, desglosada por sexo, según datos del último año disponible



Fuente: (17).

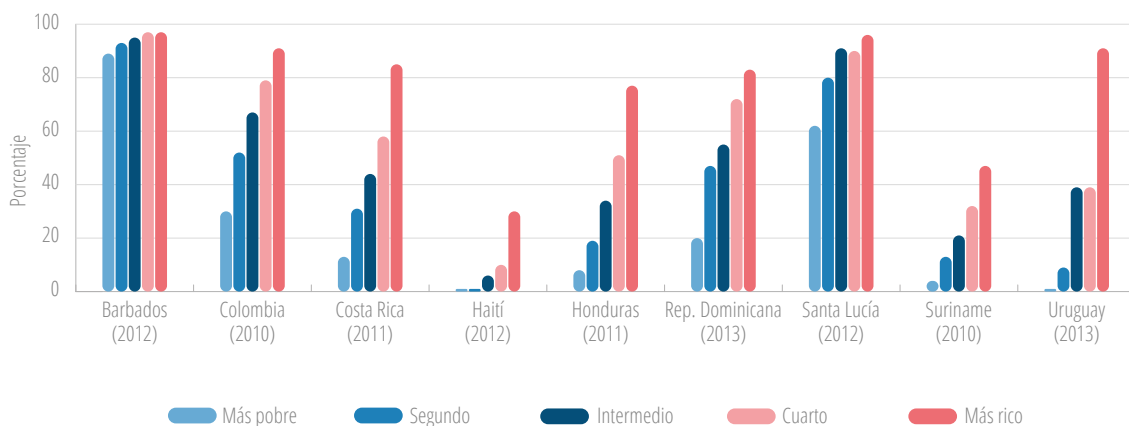
Figura I.5: Tasa de finalización del segundo ciclo de secundaria en países seleccionados de América Latina y el Caribe, por sexo, según datos del último año disponible



Fuente: (17).

Hay diferencias pronunciadas en el nivel de enseñanza alcanzado entre los países y dentro de ellos, así como entre los subgrupos. En la mayoría de los países, las mujeres apenas superan a los hombres en la tasa de finalización del segundo ciclo de secundaria (figura I.5) y la población joven de los quintiles superiores del índice de riqueza tiene ventajas claras con respecto a sus homólogos de los quintiles inferiores del índice de riqueza (figura I.6) (17).

Figura I.6: Tasa de finalización del segundo ciclo de secundaria en países seleccionados de América Latina y el Caribe, por quintil de riqueza, según datos del último año disponible



Fuente: (17).

La probabilidad de finalizar la enseñanza secundaria que tienen los jóvenes indígenas y los que residen en zonas rurales es también menor que la de los jóvenes no indígenas y los que viven en zonas urbanas (18).

Empleo

Muchas personas se incorporan al mundo laboral en la adolescencia, como trabajadores a tiempo parcial o a tiempo completo. Con la información obtenida de 18 países la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se estima que cerca de 76 millones de personas de edades comprendidas entre 15 y 29 años, lo que equivale al 50% de las personas en ese grupo etario, trabajan en América Latina. De ellas, el 10% estudian y trabajan a la vez (18).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no todas las formas de trabajo realizado por la población joven debe clasificarse como trabajo infantil que debe ser evitado. La participación de los adolescentes en el trabajo que no afecta a su salud y desarrollo personal ni dificulta su escolaridad tiene una influencia potencialmente positiva en su desarrollo y sus oportunidades futuras en el mercado laboral (18, 19). No obstante, hay riesgos y posibles consecuencias negativas relacionados con la entrada antes de tiempo en el mundo laboral, como la interrupción de la escolaridad, la dificultad para encontrar un trabajo digno, los jornales reducidos, la inseguridad laboral y la cobertura de la seguridad social. La población joven que se incorpora a la vida laboral pronto puede acabar en el sector informal, contrabajos mal remunerados, con escasas posibilidades de ascenso profesional o incluso desempeñando trabajos clasificados como peligrosos (18-20).

La OIT define el desempleo juvenil como la proporción de mano de obra de entre 15 y 24 años de edad que no tiene trabajo pero son jóvenes que están disponibles y buscan empleo (19). Según los datos del modelo de la OIT para el período que va desde el 2015 hasta el 2017, se esperaba que América Latina y el Caribe presentaran el mayor aumento de desempleo juvenil de todas las regiones y subregiones del mundo, y se preveía que América del Norte tuviera una ligera disminución durante ese período (cuadro I.2) (21). Además de las dificultades normales que tiene la población joven para encontrar un trabajo digno, hay también grupos específicos de población joven que se enfrentan a otros retos a la hora de encontrar un empleo decente. Esto es así para aquellos con alguna discapacidad y para los que se ven confrontados a otros tipos de exclusión, como es el caso de las minorías étnicas y los jóvenes con infección por el VIH.

Cuadro I.2: Estimación de la tasa de desempleo juvenil y número de desempleados en el mundo y en las la Región de las Américas, por subregión, 2015-2017

Región/subregión		Tasa de desempleo (porcentaje)			Jóvenes desempleados (millones)		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017
Mundo		12,9	13,1	13,1	70,5	71,0	71,0
Región de las Américas	América Latina y el Caribe	15,7	16,8	17,1	8,5	9,2	9,3
	América del Norte	11,8	11,5	11,7	3,0	2,9	2,9

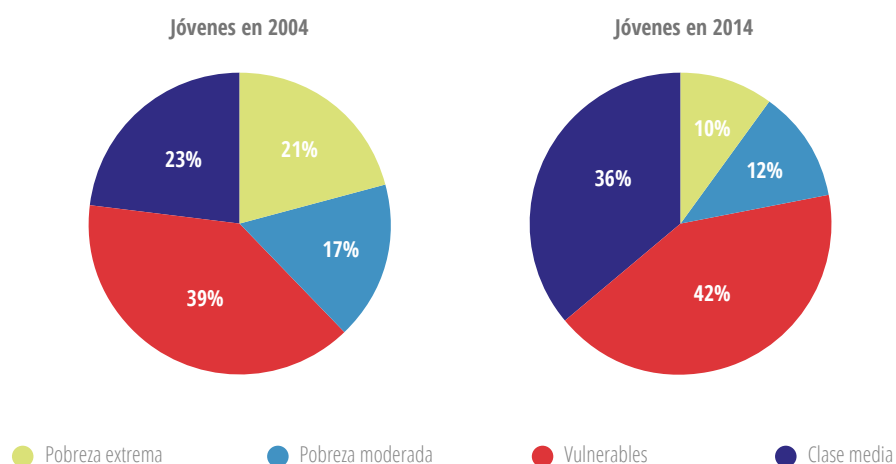
Fuente: (21).

Nini: El término “nini” hace referencia a la población joven que ni estudia ni trabaja y tampoco recibe capacitación. Se calcula que un 21% de la población joven del grupo de 15 a 29 años de edad de América Latina y el Caribe se encuentra en esta categoría, de ellos el 76% son de sexo femenino (22). En concreto, a pesar del mayor número de estudiantes matriculadas en secundaria y de que la tasa de finalización de la enseñanza es más alta en las mujeres, su representación en la categoría nini es desproporcionadamente superior. Lo preocupante de la situación nini es que aumenta de manera exponencial el riesgo de exclusión social y pobreza a lo largo del curso de la vida. La situación nini no significa forzosamente que esta población joven no contribuya a la sociedad, ya que muchos, en particular las mujeres, pueden estar realizando tareas domésticas como el cuidado de los niños y los quehaceres de la casa. Esta mayor participación de las mujeres en las tareas domésticas informales puede explicar, en parte, por qué hay más mujeres en la categoría nini, aunque las niñas superen a los niños en la tasa de escolarización y la tasa de finalización de la enseñanza secundaria.

No todos los jóvenes nini se quedan en esa situación. Al contrario, tal vez entren y salgan de esa situación, según la existencia de oportunidades laborales. Un componente importante de las iniciativas nacionales para hacer prosperar a la población joven es la puesta en práctica de programas que retengan a la población joven en la escuela tanto tiempo como sea posible y faciliten una transición óptima desde la escuela al trabajo, con posibilidad de encontrar un empleo decente.



Figura I.7: Cambios en la situación socioeconómica de los jóvenes (15-29 años), en América Latina, 2004-2014



Fuente: (22).

Nota: Las clases socioeconómicas se definen utilizando la clasificación del Banco Mundial: "Pobreza extrema" = jóvenes pertenecientes a hogares con ingresos per cápita diarios inferiores a 2,50 USD. "Pobreza moderada" = jóvenes pertenecientes a hogares con ingresos per cápita diarios de entre 2,50 y 4,00 USD. "Vulnerables" = individuos con ingresos per cápita diarios de entre 4,00 y 10,00 USD. "Clase media" = jóvenes pertenecientes a hogares con ingresos per cápita diarios superiores a 10,00 USD. Umbrales de pobreza e ingresos expresados en USD de 2005 PPA por día (PPA = paridad de poder adquisitivo).

Pobreza

En los últimos años, la Región ha logrado notables avances macroeconómicos. En el período 2004-2014, la pirámide de ingresos en América Latina y el Caribe experimentó una transformación histórica, en la que 72 millones de personas salieron de la pobreza y 94 millones entraron a formar parte de la clase media (23). No obstante, estos logros no son necesariamente estables y no todos los grupos se beneficiaron por igual de este progreso. Entre 25 y 30 millones de personas en la Región corren el riesgo de caer de nuevo en la pobreza, muchos de los cuales son jóvenes, mujeres o personas de ascendencia indígena o africana (23). Desde el 2004 al 2014, el porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años extremadamente y moderadamente pobres ha disminuido, pero el porcentaje de jóvenes vulnerables ha aumentado durante este mismo período (Figura I.7) (22).

Etnicidad

Este determinante es sumamente pertinente en el caso de la Región de las Américas, si tenemos en cuenta la diversidad étnica de esta Región. En su política sobre etnicidad y salud (24), la OPS reconoce a los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los romaníes como grupos étnicos que sufren discriminación estructural, exclusión, pobreza, falta de acceso a servicios básicos (como instalaciones de agua y saneamiento), bajo nivel educativo, tasas reducidas de participación y representación en los procesos de toma de decisiones y más empleo en trabajos mal pagados (25-30).

En la Región de las Américas se encuentran representados más de 400 grupos indígenas diferentes, que llegan a unos 45 a 48 millones de personas (31). Aproximadamente el 90% de los indígenas de la Región vive en solo cinco países: Bolivia, Guatemala, Perú, Ecuador y México (32). En Bolivia y Guatemala, la mayoría de la población es indígena, 62% y 60% respectivamente. Por el contrario, en Brasil, Paraguay y Venezuela la población indígena representa menos del 3% de la población total (31, 33). En el Caribe, Suriname y Guyana, también hay pequeñas poblaciones indígenas, 2% y 10% respectivamente (34).

Los grupos indígenas representan hoy en día aproximadamente el 17% de los que viven en situación de pobreza extrema en América Latina, aunque son menos del 8% de la población (28). La población joven indígena suele tener tasas de escolarización y de rendimiento escolar inferiores, en comparación con sus homólogos no indígenas (35). El análisis de los datos de 11 países latinoamericanos reveló una brecha de analfabetismo de más de 20 puntos entre las poblaciones indígena y no indígena (28). Como se expone en la segunda parte de este informe, la proporción de embarazos precoces de las adolescentes indígenas también es desproporcionadamente alta (36).

Todas las subregiones de las Américas tienen grandes grupos de población de ascendencia africana, cada uno de ellos con su dinámica poblacional específica desarrollada a lo largo de la historia. Un denominador común de todos estos grupos es el lugar subordinado que suelen ocupar en la sociedad (originado en la historia de la esclavitud), además de tener las mayores tasas de pobreza y exclusión social y política en la mayoría de las subregiones, tal vez a excepción del Caribe (37). Las personas de ascendencia africana quizá sean el grupo de población más invisible y marginado de América Latina, aun teniendo un tamaño de población de más de 100 millones. Brasil tiene el mayor número de habitantes de ascendencia africana, tanto en valores absolutos como relativos. Otros países latinoamericanos con importantes grupos de población de ascendencia africana son: Cuba, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, México y Venezuela (37). Los datos disponibles sobre estas personas indican que el rendimiento escolar es inferior y están más representadas en los quintiles de riqueza inferiores, en comparación con otros grupos étnicos (37, 38).

Los escasos datos existentes sobre el grupo de población romaní indican que en sus hogares viven a menudo en situación de extrema pobreza, carecen de electricidad, agua potable, instalaciones de saneamiento y de acceso a los servicios de salud pública (29).

Género

Algunos de los patrones clave de salud entre la población joven de 10 a 24 años de la Región de las Américas muestran la gran importancia de las dinámicas de género en este grupo etario. En los siguientes apartados se pone de relieve la mortalidad y la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población joven como ejemplo para ilustrar la importancia de las dinámicas de género en la salud de adolescentes y jóvenes.

Según se indica en la segunda parte de este informe, cerca de 150 000 personas de 15 a 24 años mueren cada año en la Región, de los cuales aproximadamente el 80% son hombres (39), lo que indica el riesgo considerablemente mayor de los hombres jóvenes de morir en forma prematura. En este grupo etario, nueve de cada diez muertes por homicidio y tres de cada cuatro muertes por suicidio se producen en hombres. Con objeto de reducir las muertes evitables entre los hombres jóvenes, en particular las debidas a la violencia, es esencial comprender los factores subyacentes que causan estas diferencias entre hombres y mujeres. Un estudio realizado en México, Estados Unidos de América y Reino Unido presenta algunos resultados y consideraciones clave con respecto a la masculinidad y al hecho de ser un hombre joven (recuadro I.1) (40).

Recuadro I.1: La “caja de la masculinidad”

Un estudio reciente (40) definió la “caja de la masculinidad” como un conjunto de normas socialmente reforzadas sobre lo que un “hombre de verdad” debe hacer y que tiene su base en siete pilares: 1) autosuficiencia, 2) fuerza, 3) atractivo físico, 4) roles masculinos rígidos, 5) heterosexualidad y homofobia, 6) hipersexualidad y 7) agresión y control.

Algunos de los principales resultados y conclusiones del estudio fueron:

- Las ideas que tienen los hombres jóvenes sobre la masculinidad muestran nexos fuertes y complejos con el modo en que se sienten consigo mismos. Algunos hombres logran rechazar las presiones sociales, negativas y restrictivas relacionadas con la masculinidad, pero muchos las aceptan y también se acogen a la noción de masculinidad que estas representan.
- Los hombres jóvenes que están dentro de la caja de la masculinidad se sienten hasta cierto punto recompensados por cumplir con las expectativas de la sociedad. Al mismo tiempo, la caja de la masculinidad supone altos costos en términos de salud mental, dado que dicta que los hombres deben actuar como machos en toda circunstancia. De igual manera, los obliga a usar la fuerza, incluso cuando se sienten inseguros. Su pretensión y su postura externa de que “todo está bien” oculta profundas inseguridades, depresión y frecuentes pensamientos suicidas. Quienes se encuentran dentro de la caja de la masculinidad están incluso menos dispuestos a recurrir a sus compañeros y amigos en busca de apoyo cuando lo necesitan.

- Los resultados del estudio muestran que los hombres jóvenes están aprendiendo a aceptar su vulnerabilidad emocional, aunque la mayoría de las veces lidian solos con sus emociones o acuden al apoyo de las mujeres presentes en su vida. En términos generales, los hombres jóvenes no buscan el apoyo emocional de sus padres. El temor a parecer vulnerables o gays todavía ejerce una poderosa influencia en el comportamiento de los jóvenes, sobre todo de los hombres que están dentro de la caja de la masculinidad.
- Los datos cuantitativos y cualitativos evidencian que la caja de la masculinidad es un lugar de comportamientos peligrosos en lo que se refiere a la salud, en particular el consumo excesivo de alcohol y la conducción riesgosa. En los tres países del estudio (México, Reino Unido y Estados Unidos de América), los hombres que están dentro de la caja de la masculinidad tienen mayor probabilidad que los que están fuera de ella de indicar un consumo compulsivo de alcohol (binge drinking) de manera regular y accidentes de tránsito recientes. .
- Aunque para los hombres jóvenes el atractivo físico tiene una importancia relativa, todavía se asocia fundamentalmente a la masa muscular y a la figura corporal y no a una convicción más íntima e individual de confianza en uno mismo.
- La caja de la masculinidad es un sitio de mucha violencia y tiene repercusiones negativas para los propios jóvenes, para las mujeres jóvenes y para quienes les rodean:
 - Los hombres que están dentro de la caja de la masculinidad se encuentran muchísimo más expuestos tanto a sufrir como a cometer las tres formas de acoso: verbal, virtual y físico.
 - Los hombres que están dentro de la caja de la masculinidad tienen también mayores probabilidades de haber perpetrado acoso sexual contra una mujer o niña durante el último mes.
- La conclusión general es que la caja de la masculinidad se encuentra más viva que nunca en estos tres países. Al mismo tiempo, la mayoría de los hombres encuestados apoya ideas relacionadas con la igualdad de género.
- Los efectos perjudiciales de la caja de la masculinidad son graves, reales y problemáticos. La mayoría de los que se adhieren a sus reglas tienen mayor probabilidad de arriesgar su salud y bienestar, romper con sus amistades más íntimas, resistirse a buscar ayuda cuando la necesitan, sufrir de depresión y a pensar a menudo en acabar con su propia vida. Asimismo, son más propensos a usar la violencia contra otros y a acosar sexualmente a las mujeres.
- • Liberarse de la caja de la masculinidad no es algo que los hombres jóvenes puedan hacer solos. Navegar por entre las recompensas y castigos de la virilidad constituye un verdadero dilema en muchos entornos. En realidad, chicos y chicas, padres, educadores, medios de difusión, maestros, parejas sentimentales y demás miembros de la sociedad tienen una función importante en reforzar ideas positivas, equitativas y no restrictivas sobre la masculinidad.

Fuente: (4).

En la segunda parte, también se explica con mayor detalle los continuos y elevados niveles de fecundidad en la adolescencia y la tendencia creciente de los embarazos en las niñas menores de 15 años en los países de América Latina y el Caribe. Entre las causas subyacentes de la desigualdad relacionadas con el género que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de embarazo precoz (“impulsores de género”) están la tolerancia y la aceptación de la violencia sexual y de género. Estos impulsores de género funcionan a nivel individual, de las relaciones y de la comunidad, y pueden mantenerse en respuestas institucionales o sistémicas, como los protocolos de prestación de servicios, la legislación y los marcos de política (41).

Se empieza a reconocer la importancia de implicar a los niños y los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva y derechos afines y en la igualdad de género, tanto para su propia salud como para la salud de las mujeres y niñas (42, 43). Algunos de los datos que apoyan esto proceden del Estudio Global sobre la Adolescencia Temprana (GEAS por sus siglas en inglés) que se está realizando en la actualidad. En este estudio sobre la naturaleza evolutiva de las normas de género y las relaciones sociales, participan adolescentes de 10 a 14 años de 15 países. Uno de los hallazgos del estudio es que los adolescentes jóvenes empiezan a aprobar e interiorizar normas y valores que perpetúan las desigualdades en materia de género, y que los padres y compañeros son especialmente importantes en la configuración de estas actitudes. Estos resultados sugieren que la inversión y la participación de los adolescentes jóvenes, en particular los niños, debe comenzar cuanto antes (44, 45).

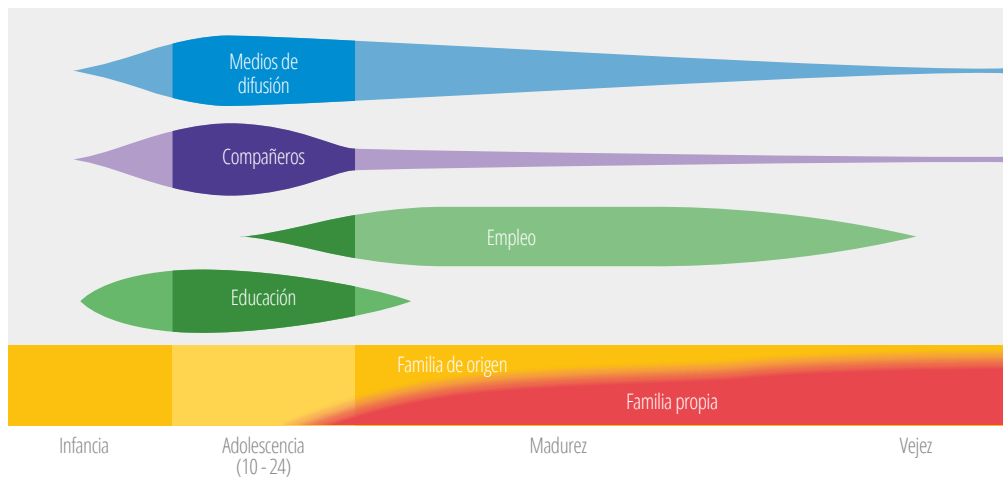


Familia, compañeros, escuela, comunidad y medios de difusión

Es bien sabido que la salud y el desarrollo de los adolescentes están profundamente afectados por las relaciones con los padres, los compañeros, así como por las relaciones en la escuela y en su propia comunidad (15, 16, 46). Se ha encontrado una importante relación entre el bajo grado de cohesión o vínculo afectivo con la familia, los compañeros, la escuela y la comunidad y el mayor riesgo de resultados negativos en materia de salud y comportamientos, como la ansiedad, la depresión, los pensamientos e intentos de suicidio, las relaciones sexuales sin protección, el embarazo inesperado y el consumo de sustancias adictivas (46). Por el contrario, las relaciones positivas y un elevado grado de cohesión fomentan el bienestar emocional y físico y protegen a los adolescentes de la participación en comportamientos que ponen en peligro su salud en el corto, medio y largo plazo.

Una perspectiva del curso de la vida sobre los determinantes sociales de la salud reconoce la importancia del tiempo y el momento para entender cómo actúan los determinantes sociales en las diversas etapas de la vida e influyen en la salud hasta el final la vida (3) (figura I.8).

Figura I.8: Influencia variable a lo largo del curso de la vida de algunos determinantes sociales de la salud



Fuente: (3).

Los lazos familiares constituyen uno de los factores más importantes de protección frente a los malos resultados de salud en los adolescentes. Según se ilustra en la figura 1.5, la familia es un factor constante a lo largo del curso de la vida, aunque con el transcurso del tiempo el énfasis se desplace de la familia de origen a la propia familia. Por el contrario, la influencia de la educación y la escuela, los compañeros y los medios de difusión cambia con el transcurso del tiempo y es más fuerte durante la adolescencia (3).

El entorno social puede tener efectos positivos protectores o perjudiciales. Por ejemplo, la población joven cuyos padres fuman o consumen alcohol tienen mayor probabilidad de adquirir estos comportamientos (16). De manera análoga, fuertes vínculos con compañeros prosociales refuerzan los estilos de vida saludables, de la misma manera que la participación con otros compañeros en comportamientos perjudiciales puede contribuir a adoptar esos comportamientos. Un ejemplo de la influencia extremadamente negativa de los compañeros es la integración en las pandillas o bandas de jóvenes. Los estudios indican que la población joven pueden sentirse atraída por la vida en pandilla porque buscan la pertenencia, la autoestima y la protección. La falta de supervisión y el acceso limitado a actividades posescolares o las escasas oportunidades para practicar sus aficiones o hacer deporte son otros de los factores de riesgo que llevan a entrar en una pandilla (47).

Según se indica en el siguiente apartado sobre los jóvenes digitales, la aparición de la nueva tecnología digital y de las redes sociales amplifica las conexiones con los compañeros y les influye de manera positiva así como negativa.

1.2 La población joven en la era digital

Hay una diferencia notable entre la cohorte actual de población joven y la de generaciones anteriores en cuanto a lo que significa y el lugar que ocupa la tecnología digital en su vida cotidiana. A menudo, la población joven recibe el apelativo de “nativos digitales” porque nacieron después de la introducción de las tecnologías digitales, como internet, los teléfonos móviles, las computadoras, Facebook, Twitter y otras redes sociales, o de su extensión gradual. En consecuencia, esta población joven nunca ha conocido un mundo sin estos medios, y la tecnología digital desempeña una función importante y cada vez mayor en su vida.

En cambio, a sus padres y a las generaciones más antiguas se les denomina “inmigrantes digitales”, ya que, en general, no tienen esa relación intuitiva con la tecnología digital y tienen que realizar un esfuerzo para adaptarse al nuevo mundo digital.

La adopción del teléfono móvil en todo el mundo se ha hecho a un ritmo que hace historia (anexo I.A). En la actualidad, todos los grupos etarios, incluidos los adolescentes, dependen de la tecnología móvil celular para hacer llamadas telefónicas y obtener acceso a otros servicios digitales y plataformas, como internet y las redes sociales. El acceso a internet y la utilización de la tecnología digital también están perfectamente integrados en la Región (cuadro I.3).

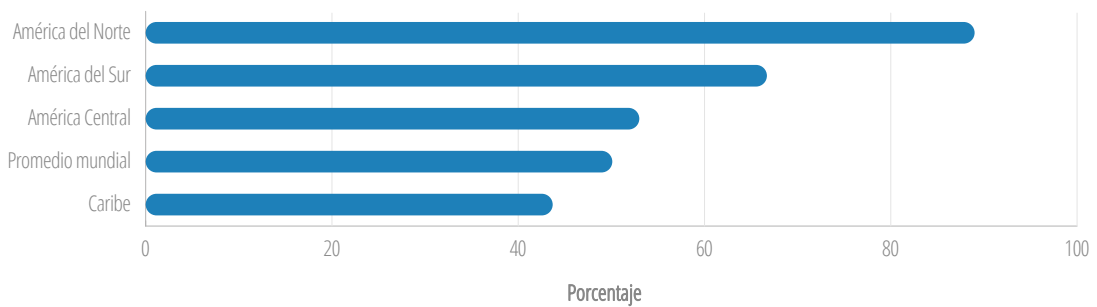
Cuadro I.3: Indicadores y cifras sobre medios digitales y comunicación en la Región de las Américas, 2017

Indicador	Valor
Proporción de individuos de todas las edades que usan Internet en la Región	65,9%
Proporción de individuos de 15 a 24 años que usan Internet en la Región	88,4%
Proporción de hogares con acceso a internet en la Región	65,3%
Porcentaje de hombres usuarios de internet en la Región	65,1%
Porcentaje de mujeres usuarias de internet en la Región	66,7%

Fuente: (48)

El porcentaje de usuarios de internet en América del Norte, América del Sur y América Central está por encima del promedio mundial, mientras que en el Caribe es levemente inferior al promedio (figura I.9).

Figura I.9: Usuarios de internet en el mundo y en las Américas, por subregión, 2017



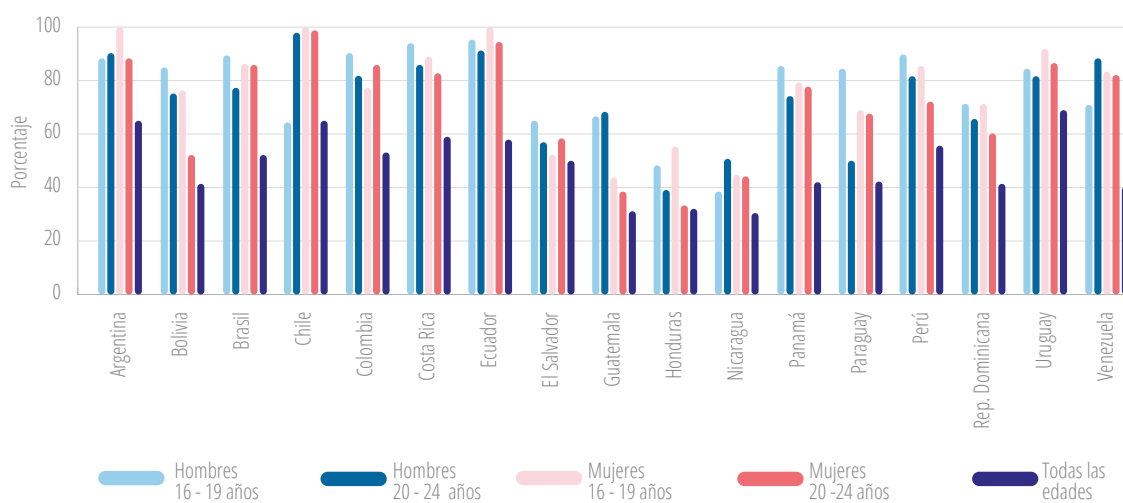
Fuente: (48).



A escala mundial, la proporción de mujeres que utiliza internet es un 12% inferior a la proporción de hombres (48). Las Américas es la única región donde la disparidad de uso entre ambos sexos se invierte, es decir, hay más mujeres que utilizan Internet que hombres (48).

Facebook se utiliza ampliamente en la Región (figura I.10 y anexo I.B). Los datos sobre la utilización de Facebook por grupo etario muestran claramente que la población joven lleva la delantera en el uso de las redes sociales.

Figura I.10: Utilización de Facebook en todas las edades y entre los de 16 a 24 años, por sexo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, marzo del 2017



Fuente: (48).

La población joven utiliza los medios digitales y las tecnologías de la comunicación de una manera multifuncional e integrada. Esto quiere decir que les sirve para hacer los deberes escolares, buscar información, permanecer conectados a sus intereses y comunicarse con los demás. Por otra parte, la tecnología digital también se utiliza con mayor frecuencia como una herramienta de salud pública, para suministrar información y servicios a la población joven. Sin embargo, los datos respecto a cuáles son las mejores prácticas de uso de la tecnología digital para mejorar la salud de la población joven siguen siendo escasos a fecha de hoy.

Además de los beneficios, hay también una serie de consecuencias potencialmente negativas del alto grado de uso y dependencia de la tecnología digital. Entre otras, el uso excesivo y compulsivo de las redes sociales, la dependencia e influencia de las relaciones virtuales y de los juegos de internet, la exposición a los depredadores en línea y al acoso cibernético. Las investigaciones en curso son necesarias para comprender mejor los riesgos

y las amenazas ligadas al uso que hace la población joven de la tecnología digital y para guiar las medidas destinadas a protegerlos de estos peligros.

La OPS realizó un examen de la bibliografía científica de revisiones sistemáticas sobre el uso de la tecnología digital en la salud de los adolescentes, que dio lugar a un análisis pormenorizado de 37 artículos. La tecnología digital usada en los artículos incluía dispositivos electrónicos de control de la televisión, intervenciones basadas en la web, intervenciones basadas en las redes sociales y los teléfonos móviles, y entre las conductas estudiadas estaba el control de peso, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la salud mental, la salud sexual y reproductiva y el manejo de las enfermedades crónicas. De estos artículos, hubo 26 que presentaron resultados positivos de la aplicación de las tecnologías y técnicas digitales a la salud de los adolescentes, tres presentaron resultados neutros, siete presentaron resultados mixtos y uno presentó resultados negativos.¹ El estudio que demostraba una repercusión negativa fue una intervención de salud con teléfono móvil dirigida a los adolescentes y cuyo fin era controlar su diabetes.

I.3 Adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad

Aunque la población joven, por definición, tiene oportunidades y dificultades, algunos grupos se ven confrontados a circunstancias particulares, a menudo ajenas a su voluntad, que crean factores adicionales de vulnerabilidad y, en consecuencia, requieren una atención específica. Los siguientes apartados destacan las dificultades a las que se enfrentan la población joven con discapacidad, los jóvenes inmigrantes, la población joven privada de la libertad, la juventud compuesta por personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGBT), y la población joven que padece enfermedades crónicas.

Personas jóvenes con discapacidad: estos jóvenes se encuentran con las mismas dificultades que sus compañeros durante la pubertad y el crecimiento pero, además afrontan, el estigma y la marginación derivada de tener una discapacidad. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores niveles de salud, peores resultados académicos, una menor participación económica y tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad (50).

Los datos sobre la prevalencia de la discapacidad en los adolescentes son escasos, tanto a escala mundial como de la Región. Los datos disponibles son muy diferentes según la definición, los grupos etarios y el método de recopilación utilizado en los estudios.

¹ Revisión de la OPS (2017) inédita sobre el impacto de la cibersalud en la salud de los adolescentes.

De acuerdo con los resultados de la ronda de censos 2010 en la Región y los resultados de las encuestas nacionales sobre la discapacidad, la prevalencia de la discapacidad en los adolescentes de los países seleccionados osciló entre cerca del 2,5% y más del 8% (cuadros I.4 y I.5).

Cuadro I.4: Prevalencia de la discapacidad en los adolescentes en algunos países de América Latina y el Caribe, según la ronda de censos 2010

País	Año del censo	Prevalencia (%)	
		10-14 años	15-19 años
Argentina	2010	6,0	5,8
Aruba	2010	2,8	3,7
Bahamas	2010	4,0	4,8
Barbados	2010	2,6	2,4
Costa Rica	2011	4,1	4,1
Cuba	2012	3,0	3,1
Panamá	2010	6,6	4,9
Suriname	2012	3,1	3,3

Fuente: Análisis de la OPS de los datos del censo de 2010 de algunos países.

La marginalización de los jóvenes con discapacidad se produce debido a la falta de acceso a una serie de elementos esenciales: educación adaptada a su tipo o grado de discapacidad; empleo digno cuando están preparados para la transición al mundo del trabajo; y servicios de salud adecuados y de calidad, incluidos los servicios de la salud sexual y reproductiva. La mayoría de los países carecen de legislación, estrategias y recursos específicos para facilitar el acceso total e igualitario a la educación, la capacitación, los servicios sociales, la rehabilitación y los servicios de salud para los jóvenes con discapacidad.

En el 2014, los Estados Miembros de la OPS adoptaron el *Plan de acción sobre las discapacidades y rehabilitación* (resolución CD53.R12) (51). Al dar este paso, los Estados Miembros reconocieron que la discapacidad es un asunto de salud pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo. Estos países se comprometieron con una serie de acciones para mejorar la vida y condiciones de salud de las personas con

discapacidades. Entre otras, incluirlas como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, fortalecer los marcos reglamentarios y legales así como su aplicación en los países para proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad, y mejorar la producción, análisis y uso de los datos sobre discapacidad en el marco de los sistemas nacionales de información.

Cuadro I.5: Prevalencia de la discapacidad en niños y jóvenes en países seleccionados de la Región de las Américas, según las encuestas nacionales, 2010-2015

País	Año de la encuesta	Grupo etario	Prevalencia
Chile	2015	2-17 años	5,8%
		18-29 años	7,1%
El Salvador	2015	0-12 años	8,4%
		13-18 años	8,0%
Estados Unidos de América	2015	5-15 años	5,3%
		16-20 años	5,9%
República Dominicana	2013	0-9 años	7,3%
		10-19 años	6,1%

Fuentes: (52-55).

Jóvenes Migrantes: : el término “migrante” engloba a una serie de categorías de personas que se van lejos de su lugar habitual de residencia, a través de fronteras internacionales o dentro de un Estado (56, 57). Las personas deciden emigrar para buscar mejores oportunidades en otro sitio o pueden verse obligadas a alejarse por circunstancias o razones ajenas a su voluntad. Independientemente de la razón para emigrar, los migrantes pueden enfrentarse a problemas de salud debido al acceso limitado a los recursos, la inseguridad, la separación familiar, la discriminación y otras dificultades. Las circunstancias de la migración forzada o irregular amplifican los problemas y los riesgos de los migrantes (57).

En la Región de las Américas, se ha observado un aumento del número de personas que emigran cruzando la frontera. Esa cifra alcanzó 63 700 000 personas en el 2015, de las cuales 808 000 se consideraron refugiados (58). La migración forzada dentro de las fronteras del país afecta a 7 100 000 personas, de las cuales la mayoría son de Colombia (58, 59).

La población joven puede emigrar en busca de mejores oportunidades de educación e ingresos. Por otro lado, se enfrentan a retos extraordinarios cuando se ven obligados a desplazarse con su familia o sin ella, o si los padres que emigran los dejan atrás para que se ocupen de los hermanos más pequeños. En su condición de refugiados, la población joven, en particular las niñas, corre un riesgo desproporcionado de sufrir daños y violencia como secuestros, violencia física, acoso sexual y violación, entre otros (60).

Debido a la importante función del entorno social, a saber, la familia, los compañeros y la escuela durante adolescencia, el separar a los jóvenes de estos entornos sociales a causa de la migración puede tener consecuencias irreparables para su desarrollo si no hay ningún programa ni servicios disponibles que llenen este vacío (46, 61).

En general, las políticas y las medidas relacionadas con la migración no incluyen disposiciones para afrontar los desafíos específicos a los que se enfrentan los jóvenes migrantes. Por ejemplo, sin las medidas necesarias para legalizar su situación, los adolescentes indocumentados que hayan ido con los padres a otro país, seguirán estando sin registrar. Sin una documentación válida, la población joven migrante tendrá un acceso limitado a los servicios sociales y de salud, la educación y el empleo digno o incluso estarán privados de todo esto.

Población joven privada de su libertad: el artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, por su sigla en inglés) nos recuerda que “ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan solo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda; [y] todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad” (62).

La detención administrativa y la detención judicial son algunas de las razones para el internamiento de la población joven. La detención administrativa se produce cuando como resultado de una decisión de un cuerpo ejecutivo o administrativo, se aloja a un niño en un centro público o privado del cual no puede salir a voluntad (63). De conformidad con lo definido en la legislación del país, los menores pueden ser detenidos administrativamente o internados por diversas razones, entre otras, para la atención, la protección, el tratamiento o por inmigración ilegal. La detención judicial de personas jóvenes tiene lugar cuando hay sospecha o están condenadas por delincuencia, en este caso se habla también de “niños en conflicto con la ley”.

Sin adentrarnos en los diferentes derechos humanos y las dimensiones legales relacionadas con la detención de menores, es importante señalar, en el contexto de este informe, que la privación de libertad afecta de manera negativa el desarrollo de las personas jóvenes. Las estructuras defectuosas de los juzgados de menores, las condiciones deficientes de los centros de internamiento y la falta de controles externos e internos exponen a estos jóvenes privados de libertad a un riesgo desmesurado de sufrir daños. Según de las condiciones y los servicios del lugar de internamiento, la población joven detenida tiene mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH, así como de sufrir violencia, violación y problemas de salud mental. Las acciones focalizadas en la juventud deben incluir la búsqueda de medidas alternativas para los jóvenes en conflicto con la ley, conseguir que no les falten los servicios de salud adecuados durante el período de internamiento y, a la salida, asegurar que tengan apoyo con vistas a la reintegración completa en la sociedad.

Jóvenes y adolescentes LGBT: en septiembre del 2013, los Estados Miembros de la OPS aprobaron una resolución sin precedentes que aborda las causas de las disparidades en el acceso y la utilización de los servicios de salud de las personas LGBT (64). Este documento reconoce la violencia y las barreras políticas, socioculturales e históricas a las que se enfrentan estas personas en la comunidad y al acceder a los servicios de salud. También instó a los Estados Miembros a trabajar para promover la prestación de servicios de salud a todas las personas, con un respeto absoluto de la dignidad humana y del derecho a la salud, teniendo en cuenta la diversidad de la expresión de género y la identidad de género.

Los escasos datos disponibles sobre los jóvenes y adolescentes LGBT confirman la vulnerabilidad y el riesgo desmesurado que corren (65-68). Según datos de la encuesta nacional realizada en el 2015 sobre comportamientos de riesgo en jóvenes, los estudiantes del grupo de lesbianas, gays y bisexuales (LGB) de los Estados Unidos tenían, en comparación con los estudiantes heterosexuales (12% frente a 5%) una probabilidad superior al 140% de no ir a la escuela al menos un día durante los 30 días anteriores a la encuesta debido a problemas de seguridad. Los jóvenes LGBT corrían también un riesgo mayor de depresión, suicidio, consumo de sustancias adictivas y comportamiento sexual arriesgado. Casi un tercio (29%) de los jóvenes LGB habían intentado suicidarse al menos una vez en el año anterior, comparado con el 6% de los jóvenes heterosexuales.

En una encuesta realizada a más de 10 000 adolescentes de 13 a 17 años procedentes de una amplia variedad de orígenes sociales, culturales y étnicos de los Estados Unidos, se encontró que muchos adolescentes LGBT están profundamente desconectados de su comunidad. Además, esos adolescentes LGBT creen, en mayor medida que los compañeros que no lo son, que pertenecer a esta comunidad no les permite cumplir

sus sueños y esperanzas. Cuando se les dio la oportunidad de describir el mayor problema o la única cosa de su vida que les gustaría cambiar, los adolescentes LGBT y sus compañeros no LGBT expresaron diferentes experiencias y prioridades. Los adolescentes que no eran LGBT citaron los exámenes o la graduación, la universidad o la carrera y los apuros financieros relacionados con la época universitaria y los empleos entre los problemas más importantes. Por el contrario, para los adolescentes LGBT los problemas más importantes estaban directamente relacionados con su identidad en tanto que LGBT como, por ejemplo, la falta de aceptación por parte de la familia, el acoso y el temor a abrirse o mostrar su identidad (69).

Población joven con enfermedades crónicas: esta población joven tienen los mismos problemas de desarrollo, complicaciones y necesidades que sus compañeros, además de tener que ocuparse de su afección crónica. Aunque hay poca información sobre la carga de las enfermedades crónicas entre la población joven en la Región, los datos disponibles indican una carga considerable, que va desde las enfermedades respiratorias como el asma, además de la diabetes, los cánceres, la epilepsia, las afecciones cutáneas o las osteomusculares y la infección por el VIH. Cada año, en la Región de las Américas, más de 600 adolescentes de 10 a 19 años mueren por epilepsia y más de 1 000 por diabetes y cardiopatías (39). En un análisis de los datos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) 2015 realizado por el IHME para la OPS, se encontró que las enfermedades cutáneas y el asma estaban entre los tres factores principales de riesgo medido en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe, para el grupo de 10 a 14 años de edad, y entre los diez principales para el grupo de 15 a 19 años de edad.

Las enfermedades crónicas constituyen un problema en cualquier etapa de la vida, pero las dimensiones fisiológicas y psicosociales de la adolescencia aumentan las complicaciones. Una enfermedad crónica durante la pubertad puede causar retrasos temporales o permanentes en el crecimiento y desarrollo, así como deterioro del desarrollo psicosocial de la persona joven (70, 71). Según se desprende de algunos estudios, la población joven con enfermedades crónicas tiene mayor riesgo de depresión y autoagresión, así como también de tener pensamientos o tentativas de suicidio (72).

Otro aspecto importante del manejo de las enfermedades crónicas en la adolescencia es la transferencia eficaz del adolescente desde la atención pediátrica a la de adultos. Esto puede tener lugar en la adolescencia temprana, dependiendo de la legislación y de las normas y prácticas del sistema de salud del país. Se debe examinar detenida y atentamente la cuestión para facilitar una transición sin obstáculos, que garantice el apoyo adecuado al adolescente (73).

Conclusiones

El perfil de la población joven en la Región de las Américas esboza una imagen de las oportunidades y los retos. La presencia de una cohorte de población joven en la Región, la más grande de toda la historia, brinda la oportunidad de un crecimiento socioeconómico rápido si se hacen las inversiones estratégicas en salud y desarrollo de esta población joven. Por otro lado, las tasas de finalización de la enseñanza secundaria entre la población joven de la Región son bajas, por debajo del 50% en muchos países, lo que disminuye la posibilidad de que tengan un trabajo digno cuando entren en la edad adulta. Otros de los problemas son la carga desmesurada de pobreza entre la población joven, el desempleo juvenil y el considerable número de población joven que no estudia ni trabaja. El perfil también destaca grupos de población joven que viven en situaciones específicas de vulnerabilidad, como los que tienen discapacidades, los LGBT y los de minorías étnicas. El potencial para cosechar los beneficios del dividendo demográfico y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible sin dejar a ninguna persona joven atrás, exigirá tomar medidas integrales, intersectoriales y en favor de la equidad encaminadas a la potenciación de la población joven, mediante el abordaje de los determinantes sociales de su salud y la optimización de los beneficios positivos de la familia, la escuela, la comunidad, las redes sociales y otras plataformas sociales para crear un entorno en el cual todos los jóvenes puedan prosperar.



Parte II

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

II.1: Introducción

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 (4). 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 (4) (anexo II.A). En esta segunda parte del informe se presenta, con base en estos objetivos de salud, una información actualizada sobre la salud de los adolescentes y jóvenes en la Región.

II.2: Mortalidad y morbilidad

La adolescencia es una etapa de la vida que suele transcurrir con buena salud, cuya mortalidad y morbilidad son bajas en relación con otros grupos etarios. El informe del 2016 de la Comisión sobre la salud y el bienestar adolescente de *The Lancet* (3) propuso clasificar a los países en tres categorías, según el patrón de la carga de morbilidad en la población adolescente y joven (de 10 a 24 años).

Recuadro II.1: Objetivos regionales de salud para los adolescentes y los jóvenes (1-3)

Objetivo 1. Reducir la mortalidad de los adolescente y jóvenes

- Reducir la tasa de mortalidad de los adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años)

Objetivo 2. Reducir los traumatismos no intencionadas

- Reducir la tasa de mortalidad causada por accidentes de transporte terrestre en los hombres (de 15 a 24 años)

Objetivo 3. Reducir la violencia

- Reducir la tasa de suicidio (de 10 a 24 años)
- Reducir la tasa de homicidios en los hombres (de 15 a 24 años)

Fuente: (4).

En la primera categoría están los “países con cargas múltiples”, caracterizados por 2 500 AVAD² o más por enfermedades infecciosas, desnutrición y mala SSR (como la infección por el VIH) por cada 100 000 jóvenes al año. Se trata de países sin pruebas fehacientes de haber pasado por una transición epidemiológica, con tendencia a tener cargas altas de enfermedades infecciosas y enfermedades evitables mediante vacunación, desnutrición y complicaciones en materia de salud sexual y reproductiva.

La segunda categoría es la de los “países con exceso de lesiones”, cuya carga de morbimortalidad muestra indicios de haber pasado por la primera etapa de la transición epidemiológica, pero las tasas de lesiones no intencionadas son elevadas. Hay países con 2 500 AVAD o más por lesiones no intencionadas y violencia por cada 100 000 jóvenes al año, y otros con menos de 2 500 por desnutrición y mala SSR (incluida la infección por el VIH) por cada 100 000 jóvenes al año.

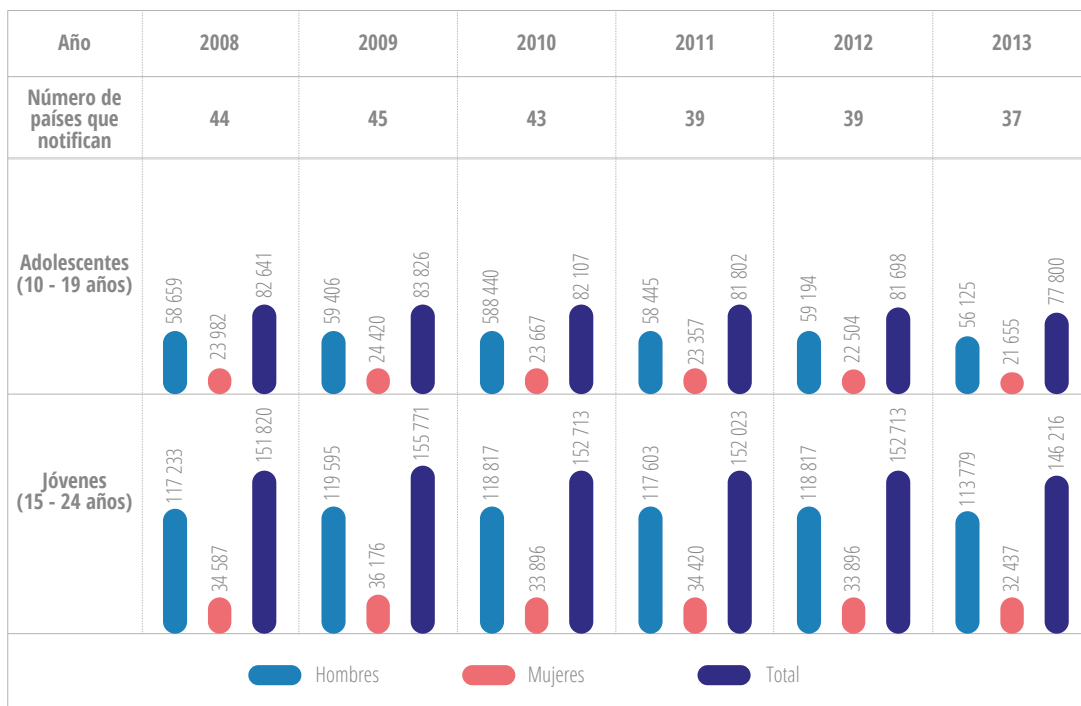
La tercera categoría es la de los “países con predominio de enfermedades no transmisibles”. Estas naciones con predominio de ENT tienen menos de 2 500 AVAD por enfermedades infecciosas, desnutrición y mala SSR/VIH, así como por lesiones no intencionadas y violencia por cada 100 000 jóvenes.

² La suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años de vida perdidos debido a una discapacidad.



El informe de la comisión de The Lancet sitúa a los países de América del Norte en la categoría de predominancia de ENT, así como y también a Argentina, Chile, Perú y Uruguay. La mayoría de los otros países sudamericanos, centroamericanos y del Caribe están en la categoría de exceso de lesiones. Unos pocos países, entre ellos Guatemala y Haití, están en la categoría de cargas múltiples. Cada año mueren en la Región de las Américas alrededor de 80 000 adolescentes (10-19 años) y 150 000 jóvenes (15-24 años) (figura II.1). Por término medio, entre el 70% y el 80% de estas muertes se producen entre los varones.

Figura II.1: Número de muertes de adolescentes y jóvenes en las Américas, por grupo de edad y sexo, 2008-2013



Fuente: (39).

Las principales causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes de la Región son: homicidio, suicidio y accidentes de transporte terrestre (figura II.2, anexo II.B y anexo II.C).

Figura II.2: Principales causas de mortalidad adolescente y juvenil en la Región de las Américas, por sexo y grupo de edad, 2009-2014 (tasa de mortalidad ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: (39).

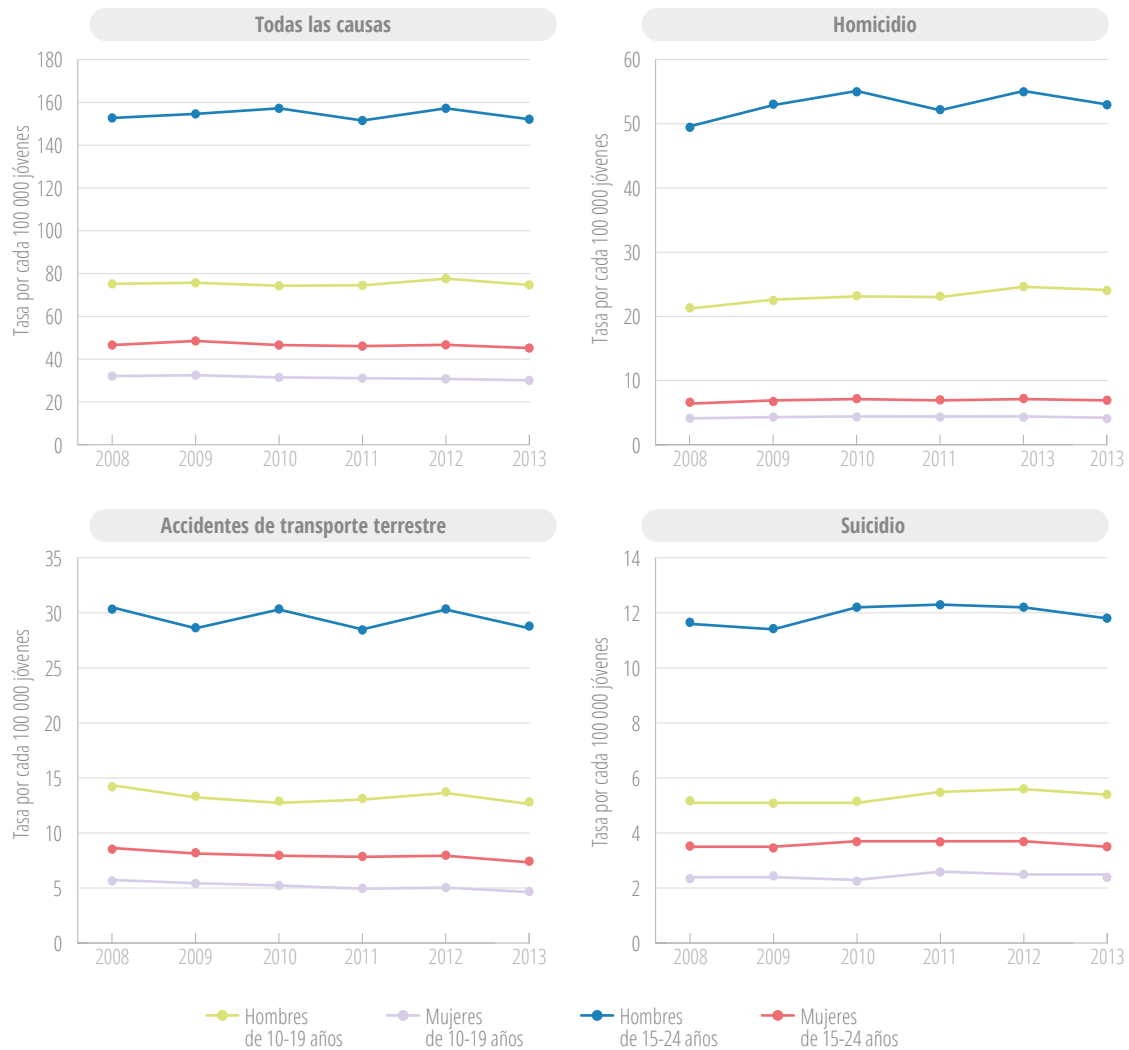


Visualización de datos

Principales causas de mortalidad en adolescentes y jóvenes, por sexo, grupo de edad y país. Región de las Américas; 2000-2014

Los datos muestran que hubo poca variación en la mortalidad adolescente y juvenil durante el período 2008-2013 (figura II.3). 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.

Figura II.3: 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: (39).

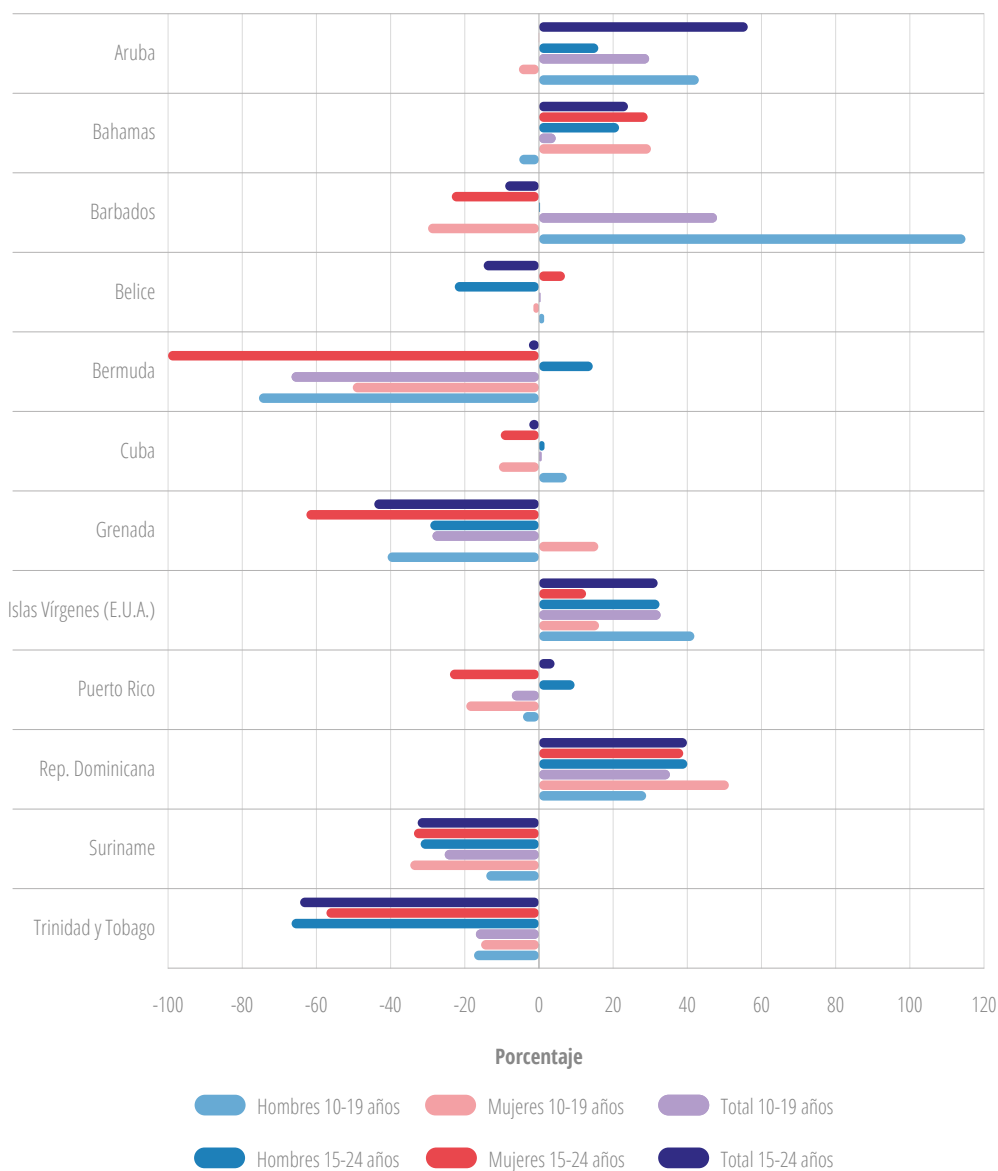


Visualización de datos

Mapeo de las principales causas de muerte y tasas de mortalidad en adolescentes y jóvenes. Región de las Américas, 2000 - 2014

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 (ver figuras II.4 a II.6). (Es importante señalar que, debido al pequeño tamaño de la población en algunos países del Caribe, variaciones relativamente pequeñas en el número de muertes pueden originar cambios importantes en las tendencias).

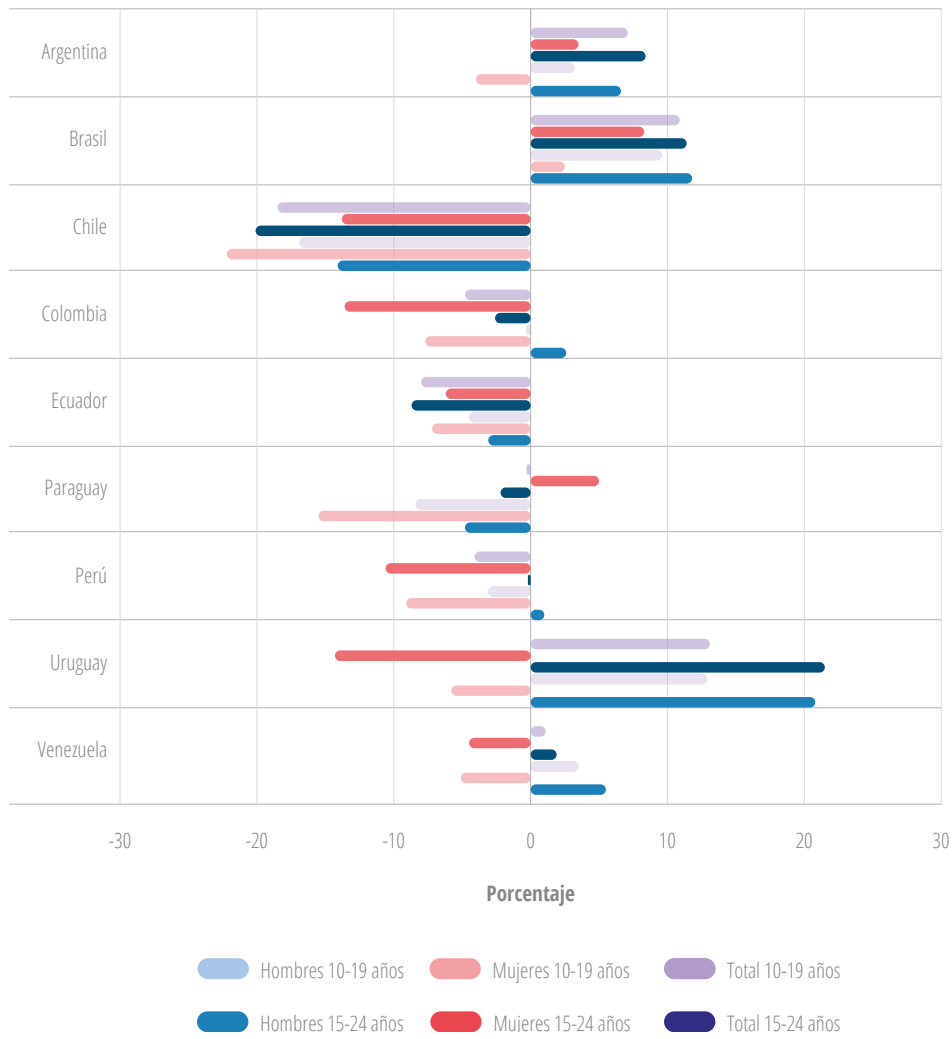
Figura II.4: Variación porcentual de la mortalidad adolescente y juvenil en países seleccionados del Caribe, por sexo y grupo de edad, 2008-2012



Fuente: (39).

Entre los países con mayor disminución porcentual de la tasa de mortalidad general están Bermudas, El Salvador, Granada, Guatemala y Suriname. Los países con mayor aumento porcentual de la tasa de mortalidad general son Aruba, Bahamas y República Dominicana. Hay que señalar que Brasil, Honduras, México y República Dominicana presentaban aumentos en la tasa total de mortalidad tanto para hombres como para mujeres en todos los grupos etarios.

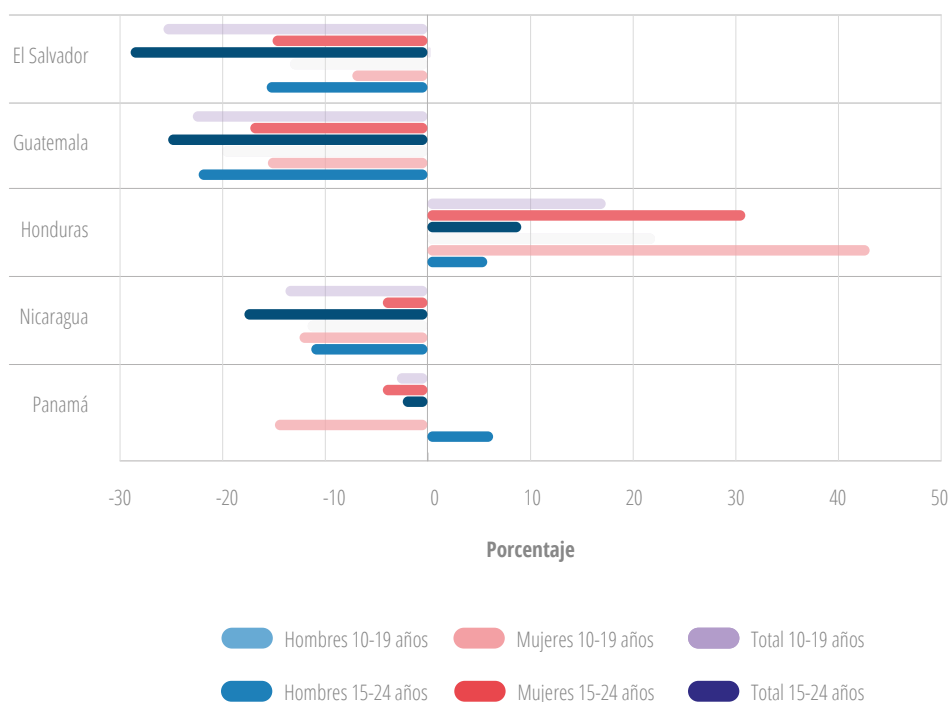
Figura II.5: Variación porcentual de la mortalidad adolescente y juvenil en países seleccionados de América del Sur, por sexo y grupo de edad, 2008-2012



Fuente: (39).

Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Nicaragua tenían tasas reducidas de mortalidad tanto en hombres como en mujeres de todos los grupos etarios. El resto de los países mostraron diferencias entre los sexos y los grupos etarios.

Figura II.6: Variación porcentual de la mortalidad adolescente y juvenil en países seleccionados de América Central por sexo y grupo edad, 2008-2012



Fuente: (39).

Los países con mayor disminución porcentual de todos los tipos de homicidio fueron Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Saint Kitts y Nevis. En el caso de los suicidios, fueron Chile, Colombia, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Suriname. La mayor disminución porcentual en la mortalidad debida a los accidentes de transporte terrestre se observó en Belice, Bermudas, Chile, Costa Rica, El Salvador, Islas Vírgenes (EUA), Perú, Puerto Rico y Suriname.

Los países con mayor aumento de las tasas de homicidio en hombres fueron Belice, Honduras, México, Perú y República Dominicana. De especial interés fue el aumento considerable de las tasas de homicidio en mujeres en varios países, como Bahamas, Belice, Cuba, México, Paraguay y Perú. También fue preocupante el suicidio, en ambos sexos, con mayores aumentos en Argentina, Cuba, Honduras, Perú, Puerto Rico y República Dominicana. Igualmente preocupantes son las tasas de mortalidad por accidentes de transporte terrestre: los mayores aumentos se registraron en Argentina, Aruba, Dominica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay.

El homicidio doloso es con mucho la causa más importante de muerte entre la población joven, en particular hombres, en la Región. La gran mayoría de los homicidios son también perpetrados por hombres (74). Con el fin de mejorar las iniciativas encaminadas a reducir

los homicidios, es fundamental comprender los detalles y patrones de estos hechos (quién, cómo y por qué). Los homicidios dolosos pueden estar relacionados con otras actividades delictivas (robos, pandillas y delincuencia organizada), con conflictos interpersonales o con causas sociopolíticas (74). Estas relaciones pueden variar significativamente de un país a otro. Por ejemplo, durante el período 2008-2011, el 44% de los homicidios ocurridos en Jamaica estaban relacionados con las pandillas y la delincuencia organizada y un 40%, con el robo u otras actividades delictivas. En cambio, en Costa Rica, el 47% de los homicidios ocurridos durante el período 2006-2012 estaban relacionados con el robo u otras actividades delictivas conexas y el 36% con conflictos interpersonales (74).

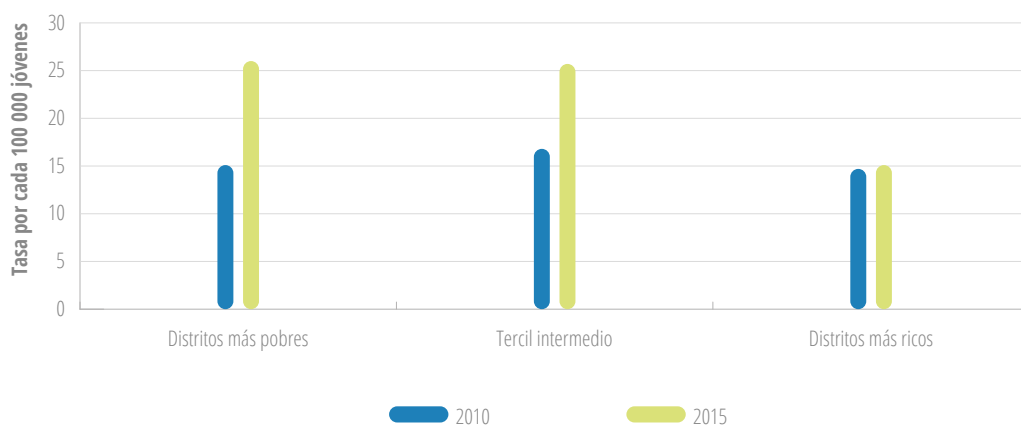
En cuanto a los métodos utilizados, los homicidios pueden perpetrarse con armas de fuego, objetos punzocortantes (como cuchillos) u otros medios (como estrangulación o golpes fuertes). En la Región de las Américas, entre 60% y 70% de los homicidios dolosos se perpetraron con armas de fuego. Esto puede variar de un país a otro, por ejemplo en el 2011, el 24% de los homicidios (todas las edades) ocurridos en Costa Rica se perpetraron con armas de fuego, el 38% con objetos punzocortantes, el 12% con golpes fuertes y el 26% restante con otros medios. Por otro lado, el 67% de los homicidios ocurridos en Belice en el mismo año se perpetraron con armas de fuego y el 20% con algo cortante (74).

Además de las muertes por homicidio, diversas formas de violencia no mortal contribuyen también a la carga de morbilidad entre la población joven en la Región. Algunas de estas formas de violencia son el daño físico, emocional y mental causado por el acoso y el maltrato físico, sexual y psíquico.

Es importante señalar que las muertes de los adolescentes y jóvenes no se producen al azar sino que, a menudo, están relacionadas con factores contextuales, por ejemplo los determinantes sociales de la salud, la educación y la situación socioeconómica, entre otros. Los siguientes apartados y las cifras que caracterizan los países seleccionados ilustran la importancia del análisis avanzado de los datos de mortalidad para comprender mejor la relación entre la mortalidad de los adolescentes y jóvenes y los determinantes sociales, así como los grupos más vulnerables dentro de los países y las comunidades.

Por ejemplo, un análisis de las muertes entre los jóvenes de 15 a 24 años debidas a accidentes de transporte terrestre en Belice mostró que, entre 2010 y 2015, la tasa permaneció estable en los distritos cuyo índice de riqueza era más alto, mientras que aumentó significativamente en los distritos más pobres (figura II.7) (75).

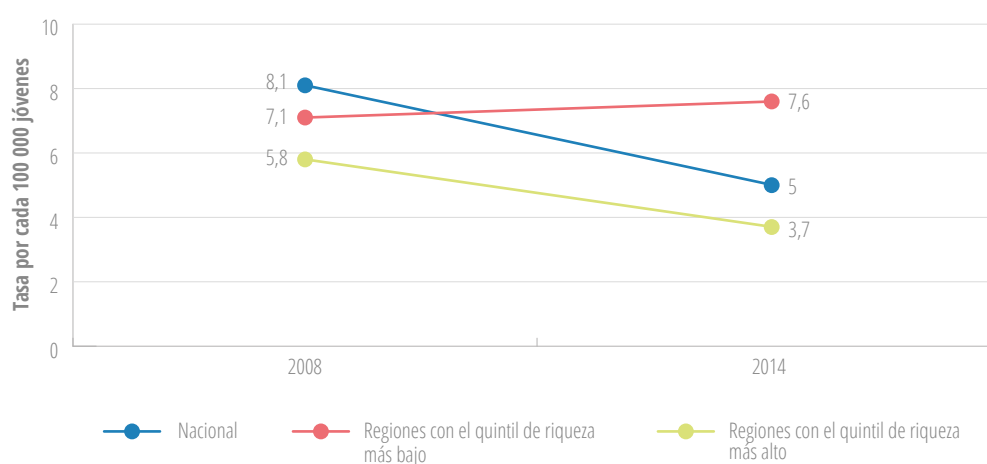
Figura II.7: Tasa de mortalidad juvenil (15-24 años) debida a accidentes de transporte terrestre en Belice, por nivel de riqueza, 2010-2015



Fuente: (75).

Los promedios nacionales pueden ocultar desigualdades en los subgrupos. En el 2014, Chile informó una tasa de suicidio adolescente de 5,1 por cada 100 000 (39). Sin embargo, el análisis de los suicidios por región indicaba diferencias muy marcadas de los patrones entre las diferentes regiones del país. Entre el 2008 y el 2014, las regiones con mayores ingresos presentaban una tendencia descendente en las tasas de suicidio, mientras que estas aumentaban en las regiones más pobres (figura II.8) (75).

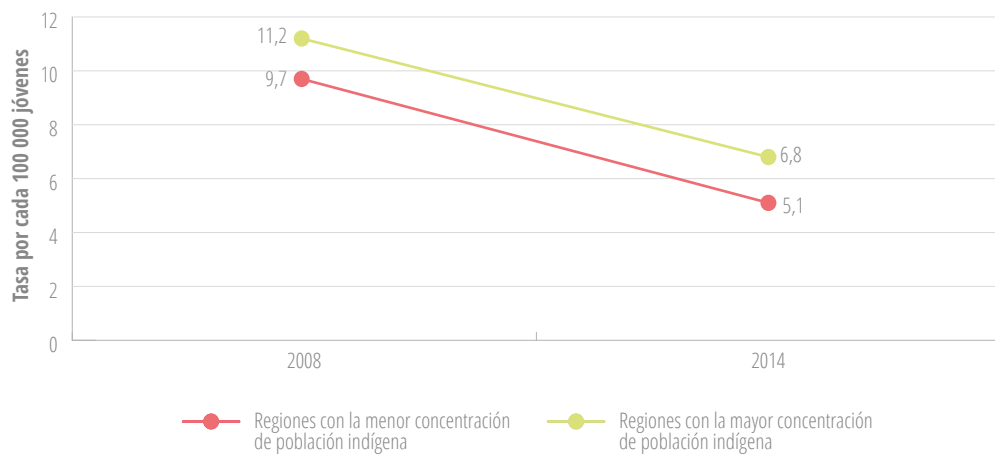
Figura II.8: Variaciones en las tasas de suicidio adolescente (10-19 años) en Chile, a escala nacional y por quintil de riqueza de su región de residencia, 2008-2014



Fuente: (75).

Cuando se realiza el análisis por concentración de poblaciones indígenas en las regiones de Chile, los datos mostraban de manera sistemática tasas de suicidio adolescente más altas en las regiones con mayor concentración de poblaciones indígenas que en aquellas cuya concentración era menor, y también más altas que las tasas nacionales (figura II.9).

Figura II.9: Variaciones en las tasas de suicidio adolescente (10-19 años) en regiones de Chile por concentración de poblaciones indígenas, 2008-2014



Fuentes: (39, 75).



Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles a una enfermedad o afección se calculan como la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura en la población y los años (de vida) perdidos por discapacidad debida a esa enfermedad o afección, o a sus consecuencias. Un AVAD puede considerarse un año “de vida sana” perdido. La suma de los AVAD de toda la población se considera una medida de la diferencia entre el estado de salud real y una situación de salud ideal en la que no hubiera enfermedad ni discapacidad (76).

Según los resultados de un análisis de los datos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) 2015 realizado para la OPS por el IHME, las principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad en adolescentes de 10 a 14 años 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 (cuadro II.1).

Cuadro II.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)

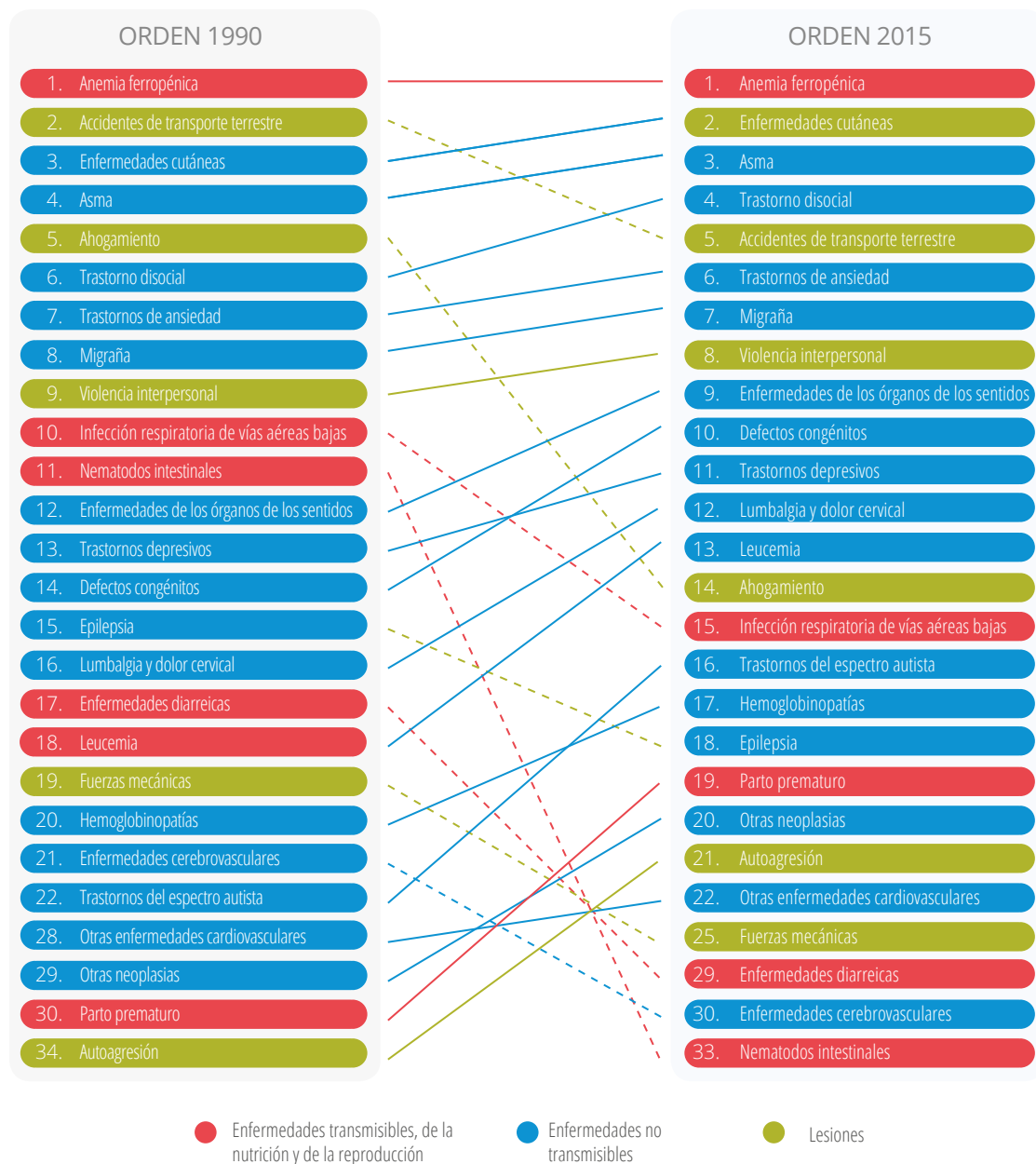
Fuente: Análisis de los datos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2015, realizado para la OPS por el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME).

Según el análisis de la CMM, las principales causas de AVAD de la población joven en América Latina y el Caribe han cambiado desde 1990; en general, las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (las que afectan a la madre y al recién nacido) descienden en la clasificación y sobresalen otras anomalías como la autoagresión (suicidio y tentativa de suicidio) y los trastornos psíquicos y disociales (figuras II.10 a II.12).

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 (figura II.10).

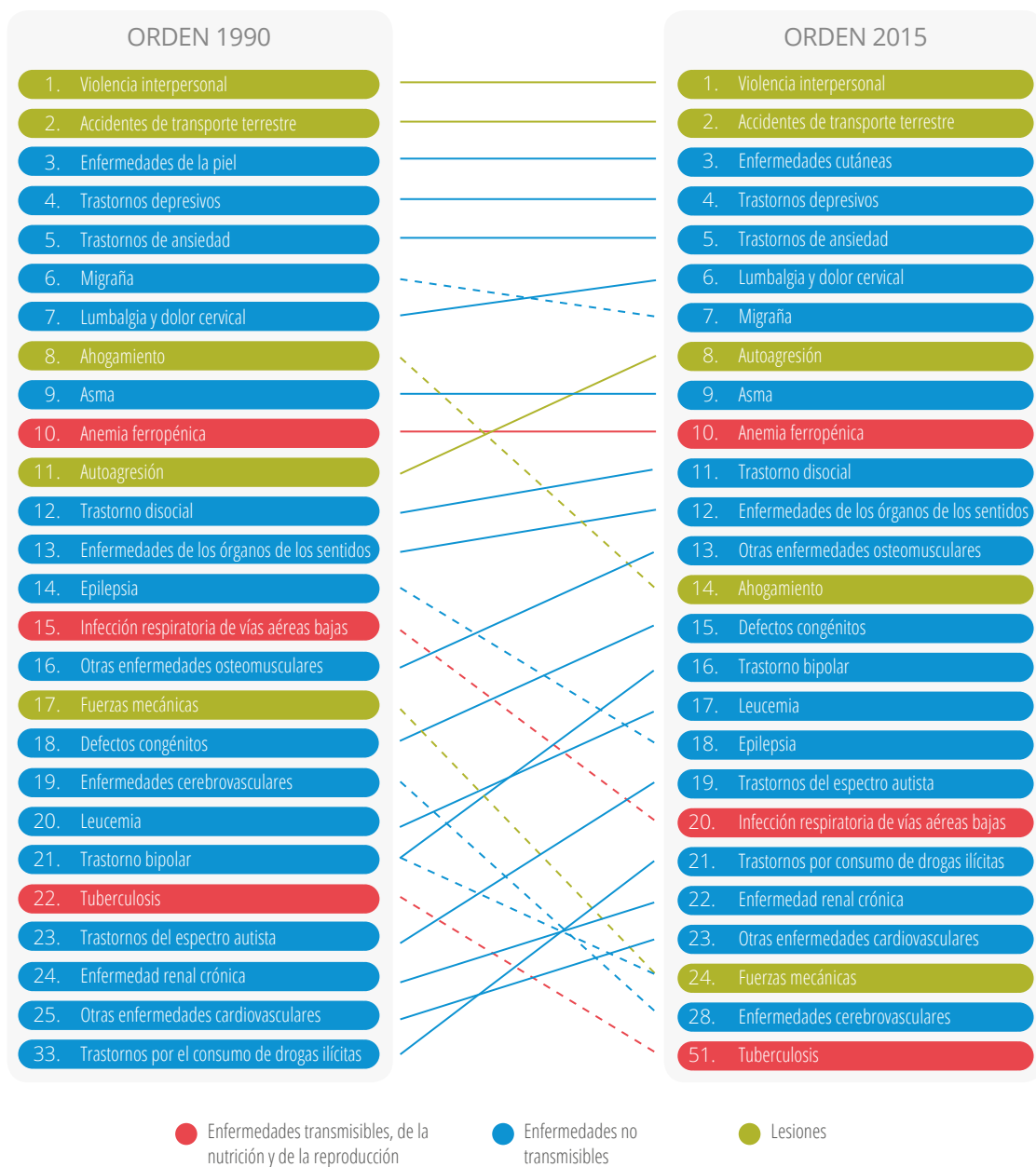
Figura II.10: Cambios en las causas de AVAD perdidos en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años (ambos sexos) en América Latina y el Caribe, 1990-2015



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.

En los adolescentes mayores (15-19 años), las cinco causas principales de AVAD perdidos se mantienen constantes. Las causas más destacadas son la violencia, las lesiones y los trastornos de salud mental. La autoagresión subió del puesto número 11 al puesto 8 y el ahogamiento bajó del puesto 8 al número 14 (figura II.11).

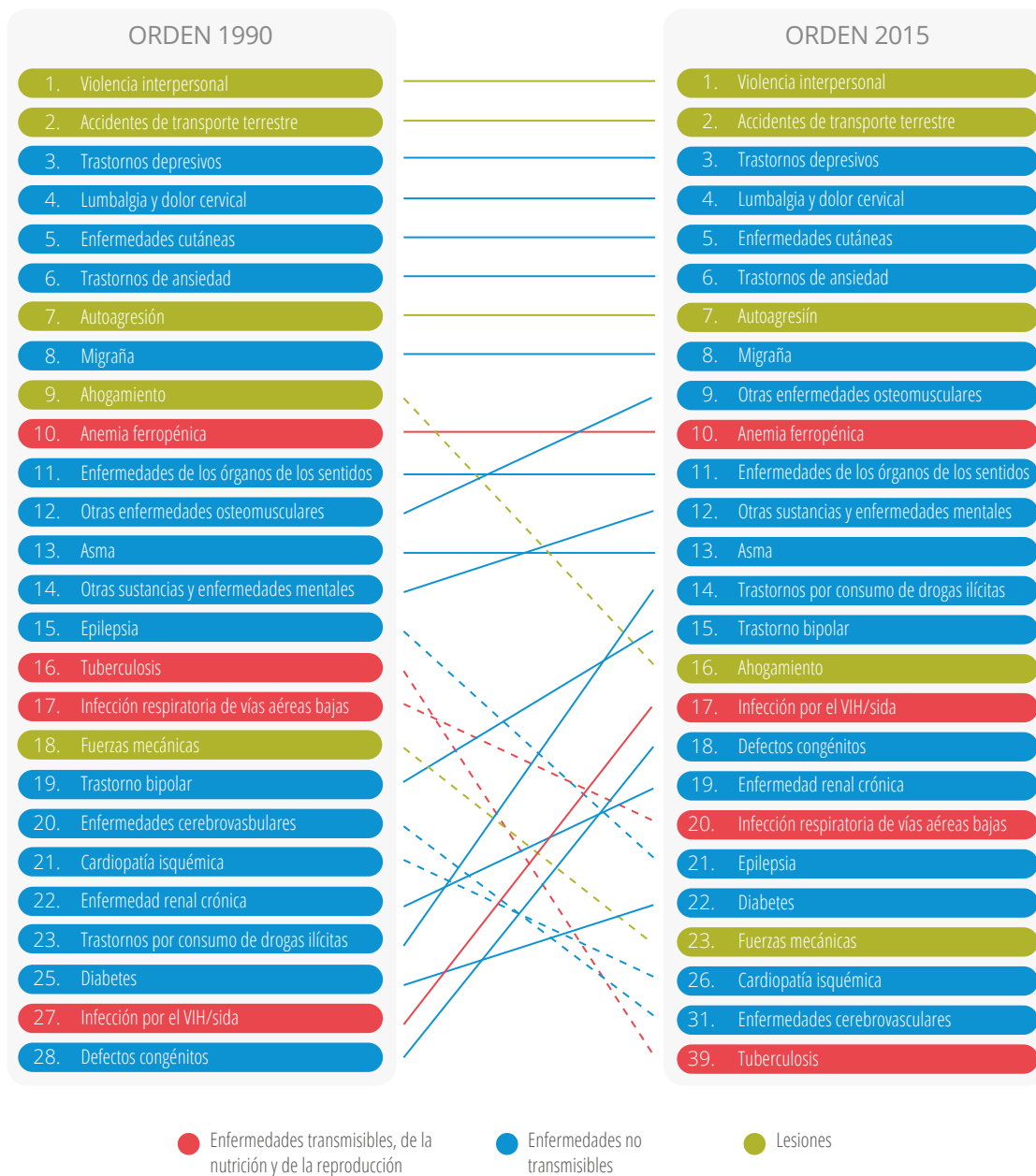
Figura II.11: Cambios en las causas de AVAD perdidos en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años (ambos sexos) en América Latina y el Caribe, 1990-2015



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.

De manera análoga, las ocho causas principales se mantuvieron estables en los jóvenes de 20 a 24 años. Los trastornos por consumo de drogas ilícitas, la infección por el VIH/sida y los defectos congénitos subieron de manera notoria en el orden; por el contrario, el ahogamiento, la epilepsia y la tuberculosis descendieron de manera considerable (figura II.12).

Figura II.12: Cambios en las causas de AVAD perdidos en el grupo de adolescentes de 20 a 24 años (ambos sexos) en América Latina y el Caribe, 1990-2015



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.

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 (cuadro II.2). El tabaquismo ocupó la posición 11 en el orden de los factores de riesgo en jóvenes de 15 a 24 años.

Cuadro II.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
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.

Los datos presentados sobre la mortalidad adolescente y juvenil y los AVAD perdidos ponen de manifiesto la falta de progreso y la agenda regional inconclusa en torno a la mortalidad adolescente y juvenil y los factores de riesgo. Entre los requisitos fundamentales para el progreso en la reducción de la mortalidad evitable de los adolescentes y jóvenes en la Región se encuentran: comprender mejor las circunstancias particulares de estas muertes, determinar los grupos más afectados y aplicar intervenciones basadas en los datos disponibles para abordar las circunstancias y los factores de riesgos.

Además del homicidio, hay otros tipos de violencia de gran pertinencia cuando se trata de adolescentes y jóvenes; a saber: la violencia no mortal, la intimidación o acoso escolar y la violencia sexual; todos ellos contribuyen a la incapacidad, la depresión y los comportamientos de alto riesgo como el tabaquismo, el consumo de sustancias adictivas y las relaciones sexuales no protegidas.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud recomiendan las intervenciones basadas en los datos disponibles con el fin de evitar el suicidio en los adolescentes, los accidentes de transporte terrestre y la violencia juvenil (incluida la intimidación), mediante la aplicación de una perspectiva ecológica (anexo II.D1) (6, 76)

II.3: Salud mental de los adolescentes y jóvenes y consumo de sustancias psicotrópicas

Salud Mental

La OMS define la salud mental como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (77, 78). En el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (78), la expresión “trastornos mentales” se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). Entre ellos, se encuentran: la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y de desarrollo. El Plan de acción también abarca la prevención del suicidio y de afecciones como la epilepsia (78). Los trastornos

mentales se han asociado a mayor consumo de alcohol, violencia, enfermedades tales como el cáncer y enfermedades cardiovasculares o la infección por VIH; así como a mayor riesgo de pobreza y de muerte prematura (78).

Recuadro II.2: Objetivo 4 de salud regional para los adolescentes y los jóvenes

Reducir el uso de sustancias psicotrópicas y promover la salud mental

- Reducir el porcentaje de adolescentes de entre 13 y 15 años de edad que han consumido una o varias veces bebidas alcohólicas en los 30 últimos días.
- Reducir el uso de drogas el mes anterior (13-15 años).
- Reducir el consumo de tabaco en los adolescentes (15-24 años).

Fuente: (4).

El Plan de acción de la OMS tiene cuatro objetivos: 1) reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, 2) proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, 3) poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y 4) fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental. En el Plan se indica que las primeras etapas de la vida son especialmente propicias para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, pues hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a los adultos empiezan antes de los 14 años de edad (78).

Una vez aprobado el Plan de acción de la OMS, los Estados Miembros de la OPS adoptaron en el 2014 el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 (77). El fin de este plan de acción regional es promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicotrópicas, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por consumo de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad (77).

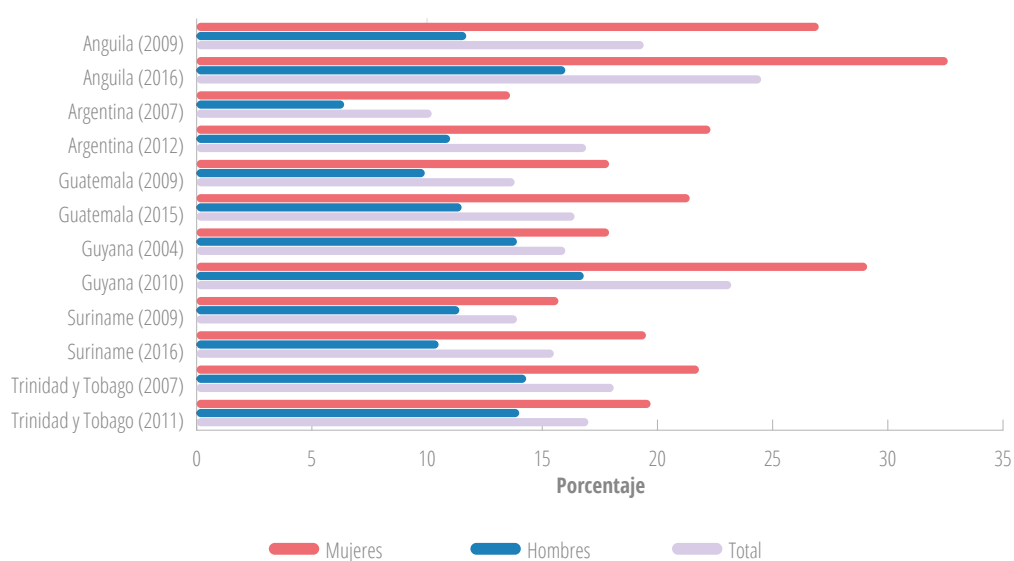
Además de las muertes por suicidio, los comportamientos suicidas (ideas de suicidio, planificación e intento real de suicidio) son indicadores importantes del estado de salud mental de la población joven. Un análisis de los datos más actuales obtenidos mediante la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 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 (anexo II.E) (79). 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.

Los resultados de esta EMSE concuerdan con los hallazgos de un análisis de los resultados obtenidos en múltiples países con una encuesta de salud escolar realizada en seis territorios de ultramar en el Caribe (Aruba, Montserrat, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, San Eustaquio y San Martín) entre 2011 y 2013 (80). En este estudio, el 23,6% de los encuestados de edades comprendidas entre 15 y 19 años habían considerado seriamente el suicidio en los 12 meses precedentes al estudio. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre los comportamientos suicidas y la cohesión familiar. La probabilidad de que los encuestados con baja o muy baja cohesión familiar consideraran el suicidio o lo intentaran era mucho mayor (80).

En los países con dos puntos de medición para la ideación suicida en la EMSE, el porcentaje de adolescentes que consideraron seriamente el suicidio fue similar o superior al obtenido en la encuesta anterior (figura II.13), lo que indica que la situación está empeorando en vez de mejorar (79).

Figura II.13: Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que consideraron seriamente la tentativa de suicidio en los últimos 12 meses en países seleccionados de América Latina y del Caribe, 2007-2016.



Fuente: dos últimas encuestas mundiales de salud escolar en los países respectivos (81).

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicas o adictivas) en la adolescencia no solo es un problema de salud pública por la contribución a los AVAD perdidos debido a la mortalidad y discapacidad y por las consecuencias negativas para la conducta ligadas a la intoxicación, sino que cada vez son más los datos de las neurociencias que nos indican que el uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia, en particular el uso intenso, puede dejar secuelas a lo largo del curso de la vida debido al efecto que ejercen sobre el desarrollo cerebral (12, 13).

Las sustancias psicoactivas pueden generar adaptaciones neuronales que aumentan el riesgo de trastornos en la edad adulta. Además, se han observado cambios en la estructura y funciones cerebrales de los adolescentes que consumen alcohol y marihuana, como la reducción del volumen cerebral en varias regiones del cerebro y la disminución de la integridad de la sustancia blanca. Según los estudios, hay una asociación entre la menor integridad de la sustancia blanca y la inestabilidad cognitiva, así como entre la mayor integridad de la sustancia blanca y el desarrollo óptimo cognitivo, conductual y emocional (12, 13).

El consumo de alcohol y otras sustancias ha estado asociado en los jóvenes a un aumento de la probabilidad de accidentes automovilísticos, violencia, bajo rendimiento escolar, comportamientos sexuales de riesgo y problemas en la relación con los padres y compañeros (12, 13, 82-85). En los siguientes subapartados, se estudiará el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas entre la población joven en la Región de las Américas.

Una de las principales fuentes de información estandarizada sobre el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes es la EMSE, que está coordinada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la OMS y sirve para recopilar datos de estudiantes de 13 a 15 años (se ha ampliado recientemente a los 17 años) (81).

Otra fuente importante de información sobre el consumo de estas sustancias por parte de los jóvenes es la Organización de los Estados Americanos (OEA). Esta organización creó, en 1986, el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID), que es la división de estadísticas, información e investigación científica de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). El OID ayuda a los países a mejorar la recopilación y el análisis de los datos relacionados con las drogas promoviendo el establecimiento de observatorios nacionales y el uso de métodos estandarizados. Además, el OID publica estudios y análisis comparativos en relación con el problema de las drogas en la Región de las Américas, que se basan en el trabajo desempeñado por los observatorios nacionales

sobre drogas. El Informe del Uso de Drogas en las Américas, 2011 (86) fue el primer análisis de las tendencias en el uso de drogas en los Estados Miembros de la OEA, abarca el período 2002-2009 y trata acerca de las tendencias de cinco grupos de sustancias adictivas. El *Informe sobre Uso de Drogas en las Américas, 2015* (87) contiene un análisis exhaustivo sobre el consumo de drogas en los Estados Miembros de la OEA y ofrece un panorama hemisférico y subregional del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos años. La información actualizada a finales del 2014 fue publicada al año siguiente, recoge información aportada directamente por los Estados Miembros y proviene de tres fuentes principales: estudios nacionales en población escolarizada de secundaria, estudios en la población general y encuestas de estudiantes universitarios. Las encuestas de los estudiantes de secundaria abarcan los grados 8.º, 10.º y 12.º (o su equivalente en cada país), que se corresponden con edades de 13, 15 y 17 años.

En este informe se usan datos de la EMSE y de la OEA. Sin embargo, los grupos etarios y los métodos de recopilación de datos no son idénticos y, por lo tanto, no deben compararse.

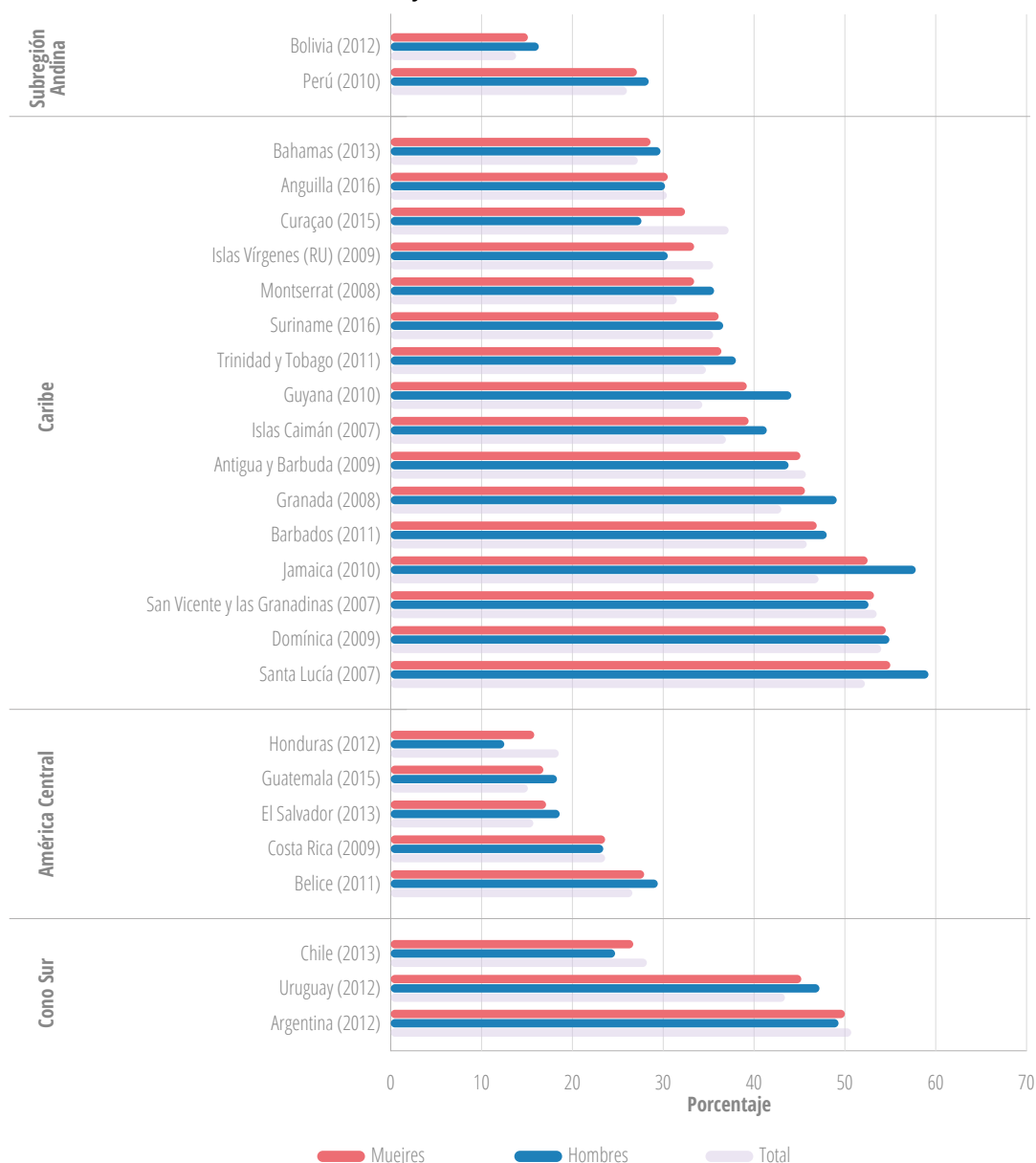
Alcohol

Las dimensiones del consumo de alcohol que se correlacionan con los daños causados incluyen los hábitos de bebida así como el volumen total ingerido en el último mes, en el último año o en toda la vida. Debido a los efectos negativos del alcohol sobre el desarrollo del cerebro, cualquier cantidad que se consuma durante la adolescencia se considera perjudicial. Cuanto antes se empiece a beber alcohol, mayor será el riesgo de episodios de consumo abundante de bebidas alcohólicas y de aparición de trastornos por consumo de alcohol en etapas posteriores de la vida. Cualquier motivo de consumo ocasional conlleva un riesgo de embriaguez, lesiones o incluso de muerte. Es importante señalar que en los jóvenes que no toleran el alcohol, pequeñas concentraciones de este pueden causar embriaguez grave e intoxicación etílica. En la EMSE, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol se define como el consumo de al menos cinco bebidas alcohólicas (o el equivalente a 60 g de alcohol puro) en una ocasión en los 30 últimos días (81), es decir, la misma definición que la utilizada en las encuestas de adultos, para poder comparar los distintos grupos etarios (86). El Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC) define los episodios de consumo compulsivo de alcohol como aquellos en los que se consumen cinco o más bebidas alcohólicas en una única ocasión durante las dos semanas anteriores a la encuesta y se expresan como un porcentaje de los encuestados que consumieron alcohol en el último mes (86, 87).

Los datos de la EMSE muestran variaciones entre los países en lo que se refiere al consumo actual de alcohol (figura II.14). 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: Argentina, Honduras, Antigua y Barbuda, Anguila, Curaçao y San Vicente y las Granadinas.

Figura II.14: Porcentaje de consumidores actuales de alcohol^a entre los estudiantes (13-15 años), en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007-2016



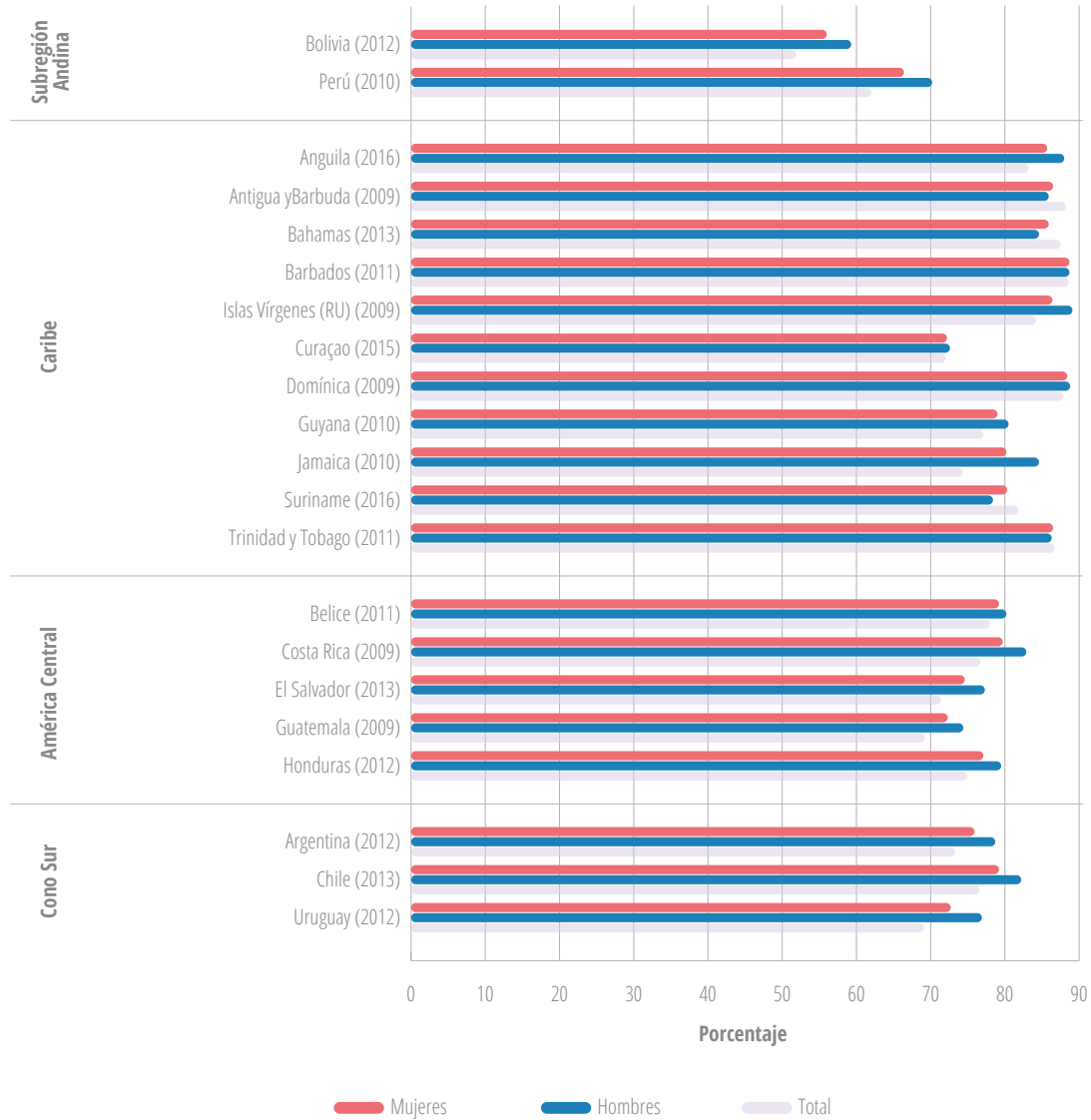
Fuente: (81).

^a Estudiantes que tomaron una bebida alcohólica en los 30 días anteriores a la encuesta.

Los datos también ilustran el inicio a edades tempranas del consumo de alcohol. Entre los estudiantes que informaron que habían tomado al menos una bebida alcohólica estándar en su vida –algo diferente de unos pocos sorbos– la mayoría la había tomado antes de los

14 años (figura II.15). Los hombres suelen tener algunos puntos porcentuales más en lo que se refiere a su iniciación en la bebida.

Figura II.15: Porcentaje de estudiantes que han tomado la primera bebida alcohólica antes de los 14 años, por sexo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007-2016

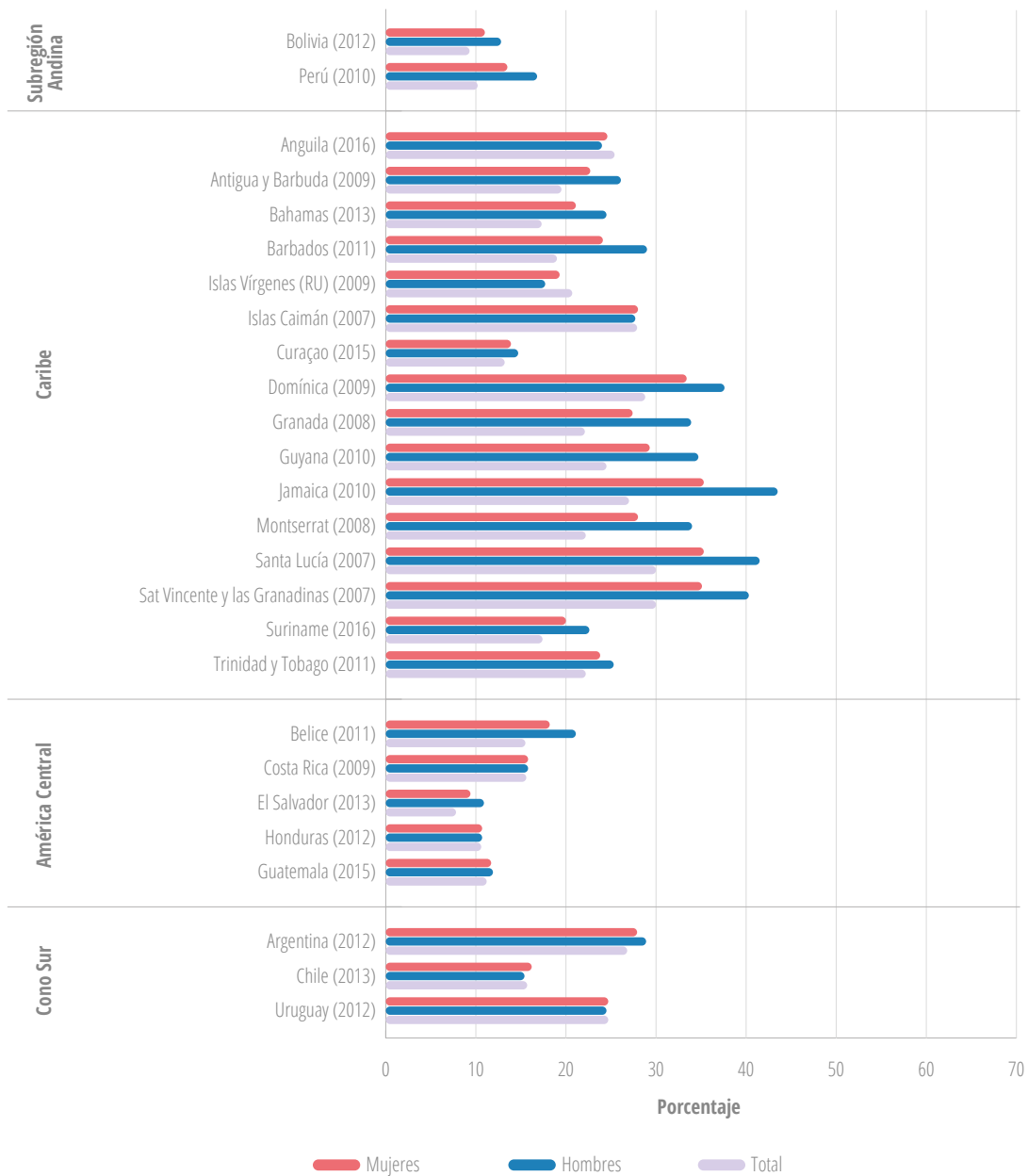


Fuente: (81).

^a Estudiantes que tomaron una bebida alcohólica en los 30 días anteriores a la encuesta.

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 (figura II.16).

Figura II.16: Porcentaje de estudiantes (13-15 años) que alguna vez han tomado tanto alcohol como para estar realmente borrachos^a, por sexo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007-2016

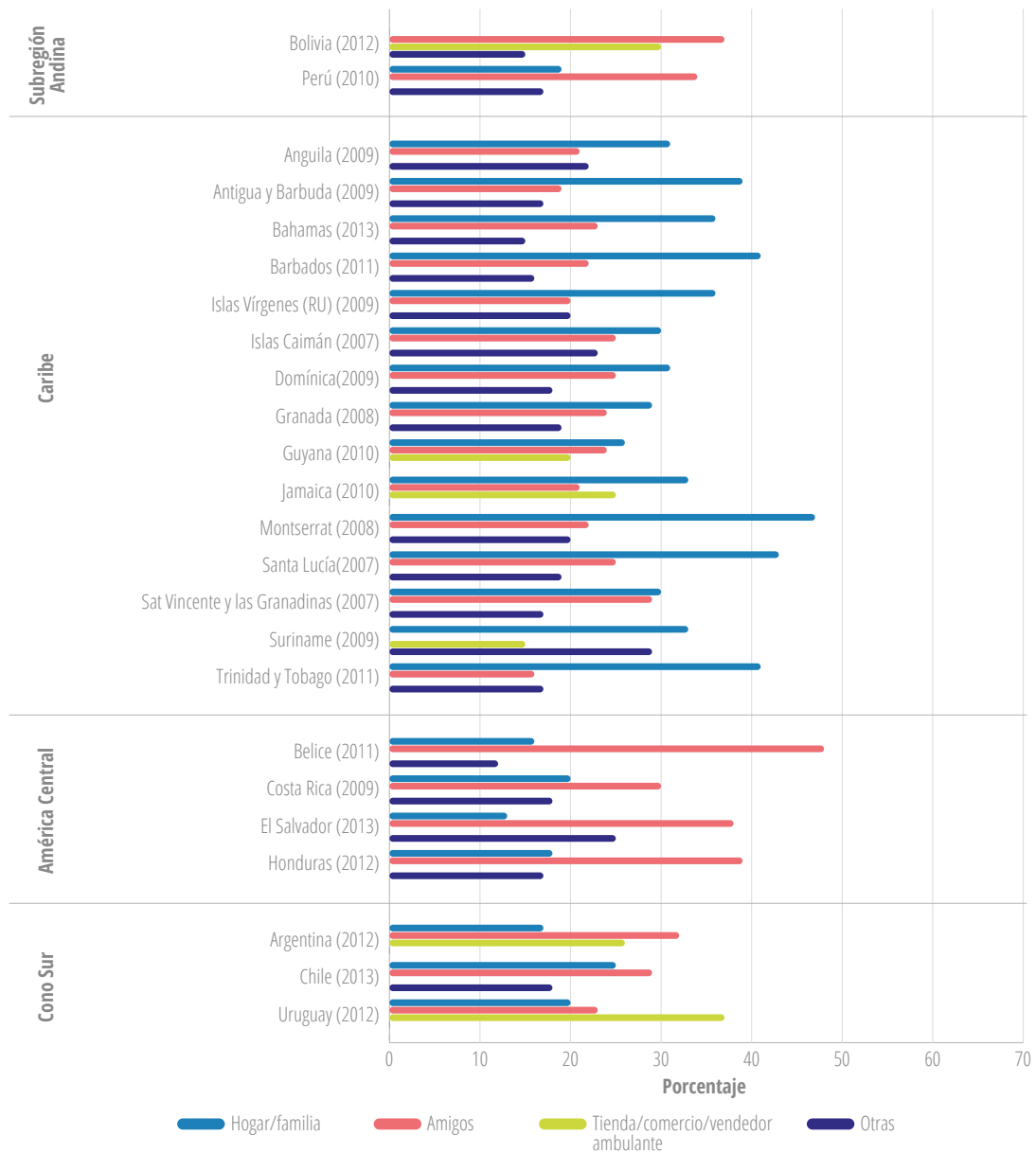


Fuente: (81).

^a Entre los estudiantes que alguna vez han tomado al menos una bebida alcohólica, lo que es diferente de unos pocos sorbos.

En la figura II.17 se proporciona un resumen de las diferentes maneras de los estudiantes para obtener alcohol en los 30 días precedentes a la EMSE. Se observan diferencias sorprendentes entre las subregiones. En el Caribe, los adolescentes citaron con mayor frecuencia el hogar y la familia, mientras que en América Central, los amigos era la fuente principal para obtener el alcohol. De acuerdo con esta información, las actividades para reducir el consumo de alcohol en los adolescentes deberán dirigirse a la familia y a los amigos dada la importancia que representan en la obtención del alcohol.

Figura II.17: Fuentes para obtener alcohol señaladas por los estudiantes (13-15 años) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007-2013^a



Fuente: (81).

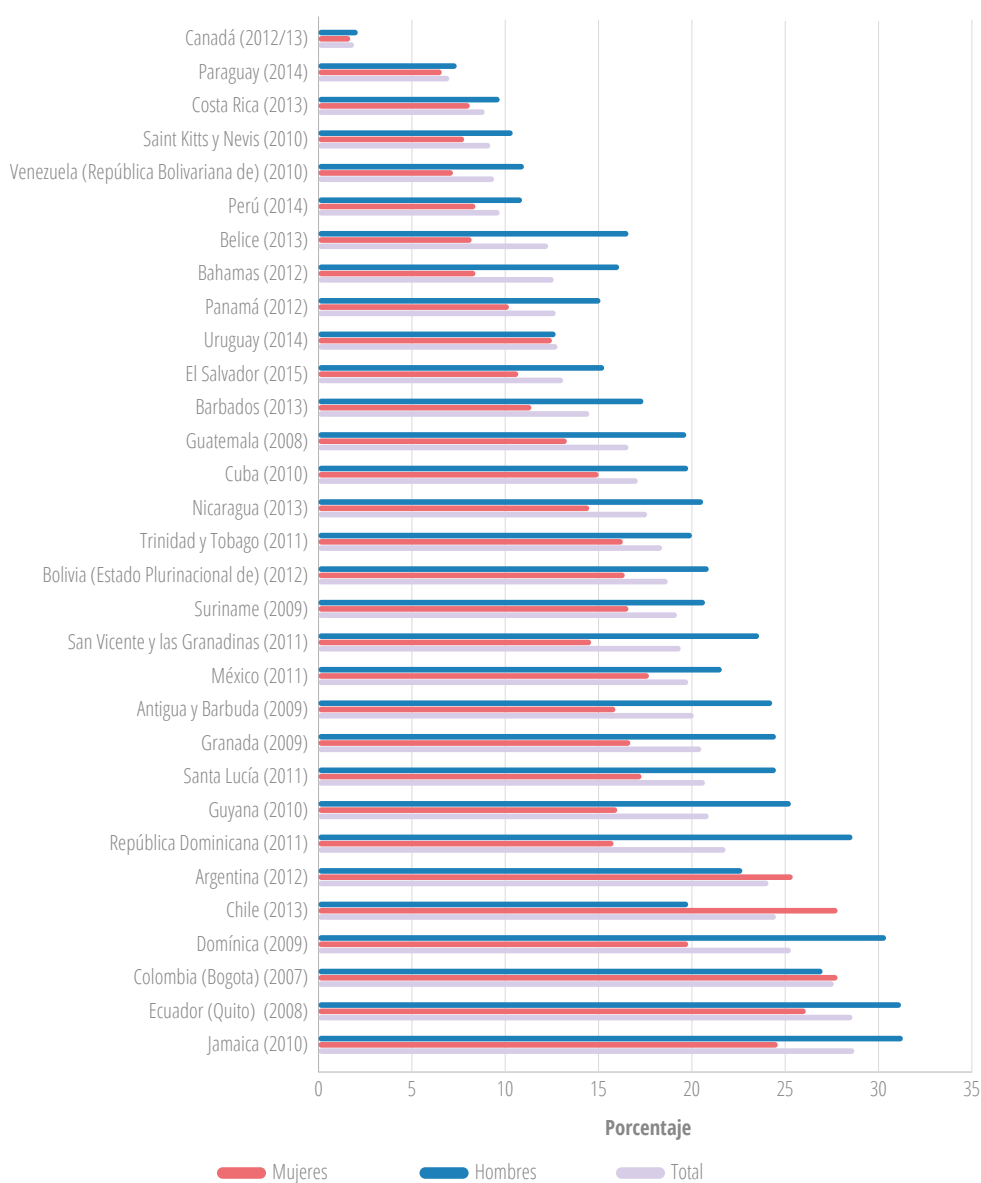
^a Entre los estudiantes que alguna vez han tomado al menos una bebida alcohólica estándar, lo que es diferente de unos pocos sorbos.

De los 18 países con datos en los informes de la OEA, publicados en el 2011 y en el 2015 (86, 87) sobre el consumo de alcohol en el último mes entre estudiantes de secundaria, 14 países presentaron una disminución en mujeres y hombres. Sin embargo, los otros cuatro países —Antigua y Barbuda, Argentina, Costa Rica y San Vicente y las Granadinas— notificaron un aumento en el consumo durante el último mes.

Tabaco

El consumo de tabaco no se limita a fumar cigarrillos, sino que incluye el tabaco de mascar, el rapé que se aspira por vía nasal, el aplicado sobre la piel y el rapé oral, que se coloca entre los dientes y las encías (consumo de tabaco sin humo). 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 (figura II.18). A excepción de Argentina, Colombia y Ecuador, hubo más estudiantes de sexo masculino que indicaron consumir tabaco recientemente que estudiantes de sexo femenino (88).

Figura II.18: Consumo actual de tabaco entre adolescentes (13-15 años), por sexo, en países seleccionados de las Américas, 2008-2015



Fuente: (88).

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS fue elaborado por los países en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaquismo. El tratado brinda orientación para el control del tabaco, que incluye medidas para abordar la oferta así como la demanda de tabaco (89). Además, recomienda medidas específicas para limitar el acceso de la población joven a los productos de tabaco como, entre otras, prohibir la venta de los productos de tabaco a personas de menor edad que la establecida por la ley nacional o del país, o de menos de 18 años, o prohibir que los vendan estas personas. La OMS y la OPS recomiendan intervenciones basadas en datos científicos para reducir el consumo de tabaco en adolescentes y la exposición al humo del tabaco ajeno (anexo II.D2).

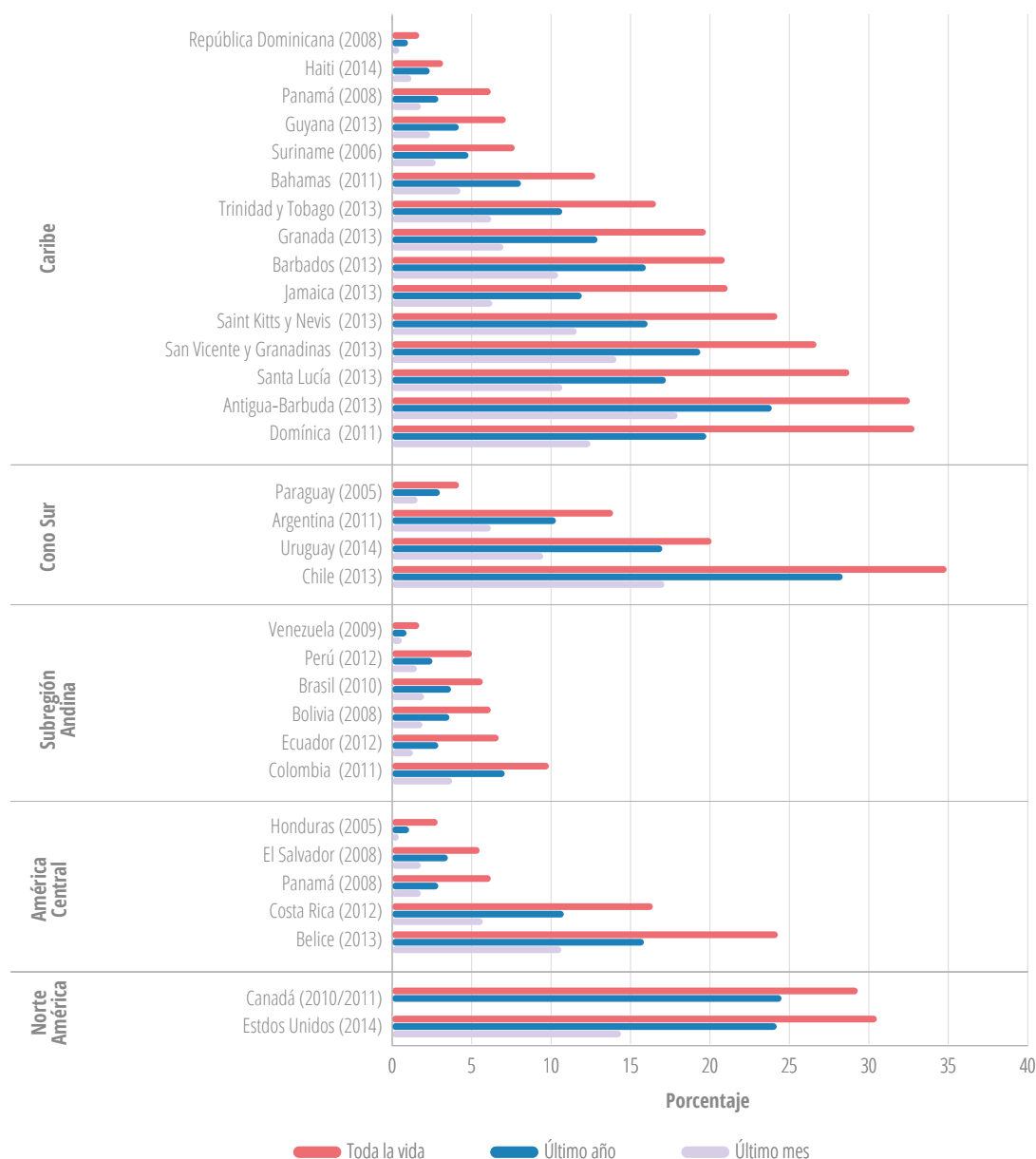
Otras Sustancias Psicoactivas

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, debe prestarse especial atención a las tendencias en el consumo de estas sustancias.

Los datos de la EMSE para América Latina y el Caribe señalan un inicio precoz en el consumo de estas sustancias psicoactivas. La marihuana es la que más se consume, después del tabaco y el alcohol (81), y las diferencias entre los países son notables. Los datos notificados en la EMSE sobre el consumo alguna vez en la vida de marihuana en los adolescentes de 13 a 15 años oscilaban entre 3% en Bolivia y 16% en Anguila (81). Los datos de la OEA mostraron tendencias similares en el consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria, desde 1,7% en la República Dominicana y Venezuela hasta 34,9% en Chile (figura II.19). En la mayoría de los países, el consumo alguna vez en la vida y el consumo reciente (en el mes anterior) notificado de marihuana fue mayor en hombres que en mujeres, cerca del doble o incluso más hombres que mujeres habían consumido marihuana en el año anterior a la encuesta (87).

Los inhalables que se utilizan para obtener un efecto psicoactivo o alucinógeno son, entre otros, los disolventes, los aerosoles, los gases y los nitritos. La mayoría de estas sustancias se utilizan con frecuencia en el ámbito doméstico y, por consiguiente, no están controladas. El consumo de inhalables durante el año anterior a la realización de la encuesta en los países de la Región osciló entre 0,5% y 11,0% y durante el mes anterior, entre 0,2% en Venezuela y 7,1% en Barbados (87). Según la última encuesta de la OEA en 2015, los países con mayor consumo durante el mes anterior fueron Santa Lucía, Granada y Barbados (87). De los países con dos puntos de medición, 18 de ellos experimentaron un aumento en el consumo durante el mes anterior a la encuesta y ocho de ellos mostraron una disminución. Algunas de las disminuciones fueron muy marcadas; por ejemplo, en Jamaica pasó de 9,5% en el 2006 a 4,2% en el 2013, en Brasil de 10,0% en el 2004 a 2,2% en el 2010 y en Guyana de 7,0% en 2007 a 2,8% en el 2013 (87).

Figura II.19: Consumo de marihuana durante toda la vida, en el último año y en el último mes entre estudiantes de secundaria de países seleccionados de las Américas, 2008-2014



Fuente: (87).

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% (87). El consumo en el último año oscilaba entre 0,3% en Venezuela y 3,6% en Chile, la mayoría de los países se encontraban en un intervalo de 1% a 2%. El consumo en el último mes oscilaba entre 0,1% en Suriname y 1,7% en Chile. Los países con mayor consumo de sustancias inhalables en el último mes fueron Santa Lucía, Granada y Barbados (87). De los países con dos puntos de medición para el consumo de inhalables en el último mes, hubo 18 que experimentaron un aumento en el consumo y ocho mostraron una disminución (como Brasil, Guyana y Jamaica) (87).

II.4: 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. Una buena SSR en la adolescencia requiere el desarrollo de un enfoque positivo, respetuoso y responsable de la sexualidad y las relaciones sexuales; la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia; y la libertad de decidir con responsabilidad si se quiere reproducir, cuándo y con qué frecuencia

Recuadro II.3: Objetivo 5 regional de salud adolescente y juvenil

Garantizar la salud sexual y reproductiva

- Reducir el porcentaje de nacimientos por grupo de edad materna (15 a 19 años)
- Aumentar el porcentaje de uso de preservativos durante las últimas relaciones sexuales de alto riesgo (15 a 24 años)
- Aumentar la prevalencia de anticonceptivos en las adolescentes (15 a 24 años)
- Reducir la prevalencia de embarazadas infectadas por el VIH (15 a 24 años)
- Reducir el número estimado de adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) infectados por el VIH
- Reducir la tasa de fecundidad específica de las adolescentes (15-19 años)

Fuente: (4).

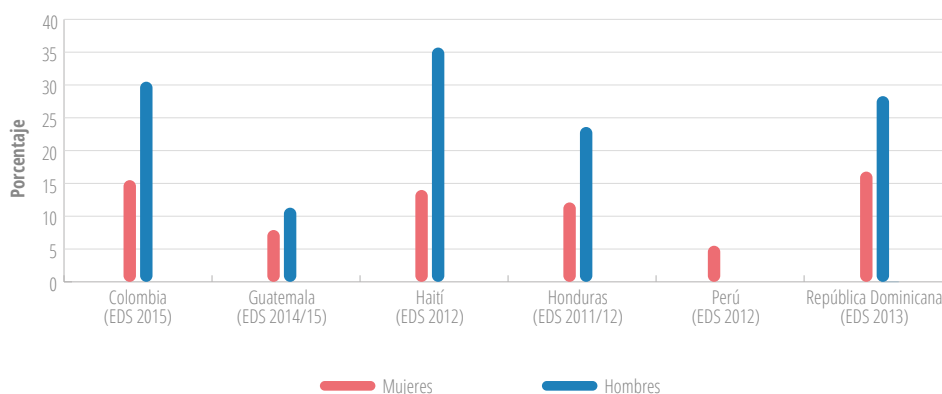
La promoción y protección de la salud sexual y reproductiva del adolescente implica garantizar un acceso óptimo a la información y educación y a los servicios de salud adecuados (que incluyan una anticoncepción segura, eficaz, asequible y aceptable), así como la protección frente a relaciones sexuales coercitivas o forzadas. Entre las consecuencias no deseables están las infecciones de transmisión sexual, la infección por VIH, los embarazos imprevistos y los abortos no seguros. Cualquiera de estas puede tener repercusiones que van más allá de la adolescencia y duran toda la vida e incluso se pueden extender a la siguiente generación.

Inicio de la actividad sexual

El inicio de la actividad sexual a una edad temprana se ha señalado como un factor de riesgo de resultados de SSR adversos, especialmente en la ausencia de servicios de SSR integrales y de apoyo. La tasa de iniciación sexual temprana en los adolescentes varía en

forma notoria entre los sexos y de un país a otro, tal como se muestra en la figura II.20. El porcentaje de adolescentes que inician las relaciones sexuales pronto es sistemáticamente mayor en los hombres.

Figura II.20: Porcentaje de encuestados (15-19 años) que tuvieron el primer coito a los 15 años, por sexo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2011-2015



Fuente: (91).

Los datos de la EMSE mostraron resultados similares. 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 (81), también con porcentajes sistemáticamente más altos de hombres que inician las relaciones sexuales pronto, en varios países hasta dos veces más altos (81).

Los datos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) disponibles indican además una relación entre la edad a la que se inician las primeras relaciones sexuales y el nivel educativo (figura II.21) así como el nivel de ingresos (figura II.22) (91).

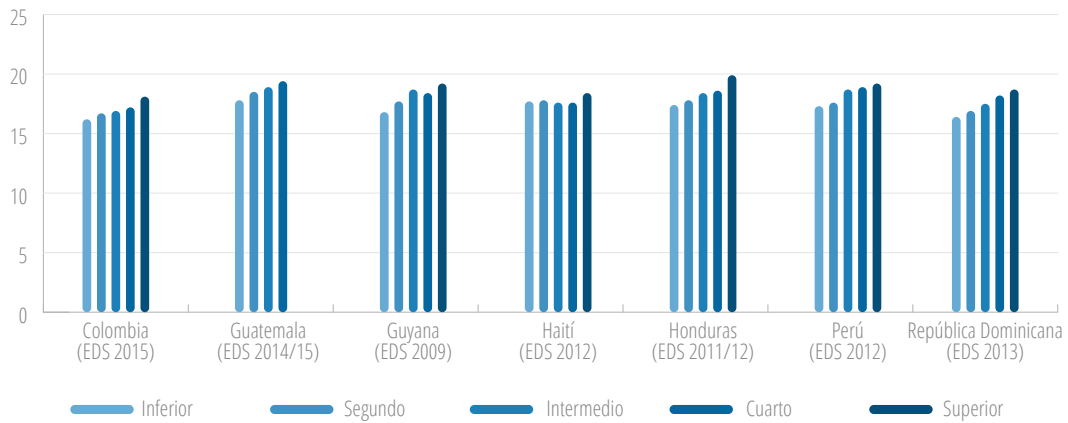
Figura II.21: Mediana de edad de iniciación sexual de las mujeres (20-24 años) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, por nivel educativo, 2011-2015



Fuente: (91).

Las mujeres con un nivel educativo menor y las que se encuentran en los quintiles de riqueza más bajos tenían una mediana de edad de iniciación sexual inferior a la de sus homólogas con un nivel educativo superior o ingresos más altos.

Figura II.22: Mediana de edad de iniciación sexual de las mujeres (20-24 años) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, por quintil de riqueza, 2009-2015



Fuente: (91).

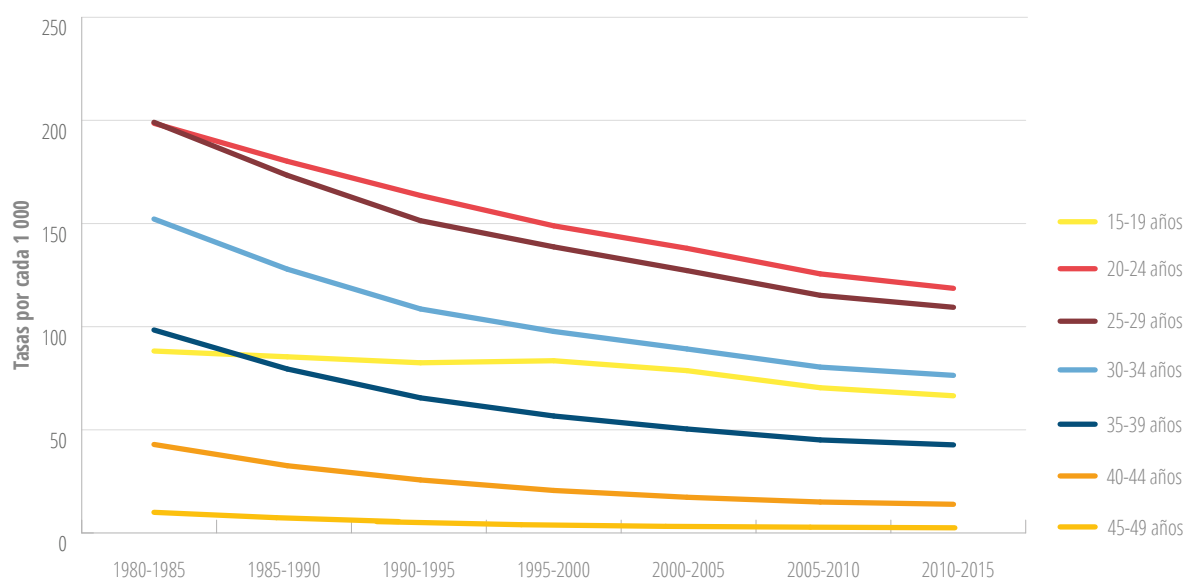
Embarazo en adolescentes

Si bien la adolescencia es un período decisivo para la salud sexual y reproductiva (SSR) tanto de chicos como de chicas, estas corren riesgos mucho mayores por las complicaciones de la SSR, sin olvidar el embarazo precoz. Las causas de mortalidad relacionadas con la maternidad constituyen en este momento la razón principal de muerte en las adolescentes de todo el mundo (6). Otras consecuencias físicas y riesgos del embarazo precoz son: daño del piso de la pelvis, preeclampsia, eclampsia, rotura de membranas o amniorrexis y parto prematuro (92-94). Además de las consecuencias físicas, el embarazo precoz puede tener diversas repercusiones sobre la salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es producto de violencia sexual), pensamientos e intentos de suicidio y muertes por suicidio (92-94).

El embarazo en adolescentes se asocia a la pobreza, la exclusión social, la violencia sexual y de género y al matrimonio o unión precoces. Por todo ello, el embarazo en adolescentes afecta en forma desproporcionada a las chicas que ya están marginadas y también tiene consecuencias a largo plazo importantes sobre sus posibilidades de educación y empleo (92-95). En consecuencia, el embarazo en adolescentes contribuye al mantenimiento de los ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y marginación, ya que los hijos nacidos de madres adolescentes acarrean a su vez un riesgo elevado de pobreza y resultados deficientes en materia de salud.

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 (96). 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 (figura II.23) (96). En la actualidad, cerca del 15% de los embarazos en ALC corresponden a chicas menores de 20 años (97).

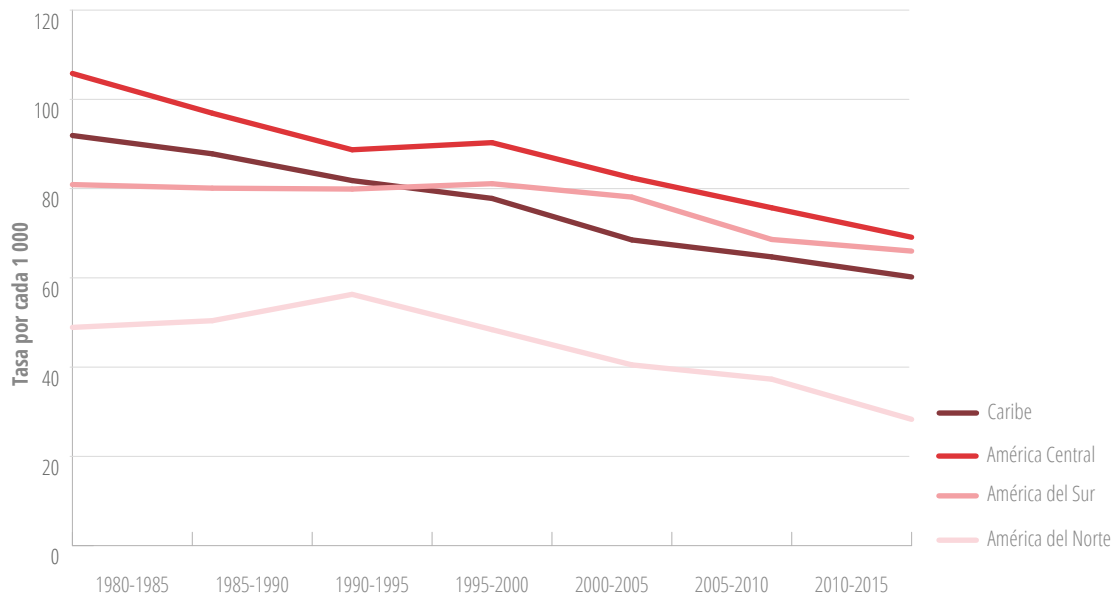
Figura II.23: Tendencias de las tasas de fecundidad por grupo de edad en América Latina y el Caribe, 1980-2015



Fuente: (96).

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. Según se muestra en la figura II.24, América Central tiene la tasa de fecundidad en adolescentes más alta, seguido de América del Sur. En el gráfico también se observa que la disminución más lenta de esta tasa de todas las subregiones se produce en América del Sur (96).

Figura II.24: Tendencias de las tasas de fecundidad adolescente en las Américas, por subregión, 1980-2015



Fuente: (96).

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%) (98).

Las tasas nacionales de fecundidad en adolescentes se calcula que oscilan entre 11,3 nacimientos por cada 1 000 chicas en Canadá y 100,6 por cada 1 000 en la República Dominicana. La mayoría de los países que presentan tasas de fecundidad en adolescentes más elevadas se encuentran en América Central, y las más elevadas corresponden a Guatemala, Nicaragua y Panamá. Por otro lado, las tasas de fecundidad en adolescentes más elevadas del Caribe corresponden a la República Dominicana y Guyana. En América del Sur, Bolivia y Venezuela tienen las tasas más elevadas (cuadro II.3).

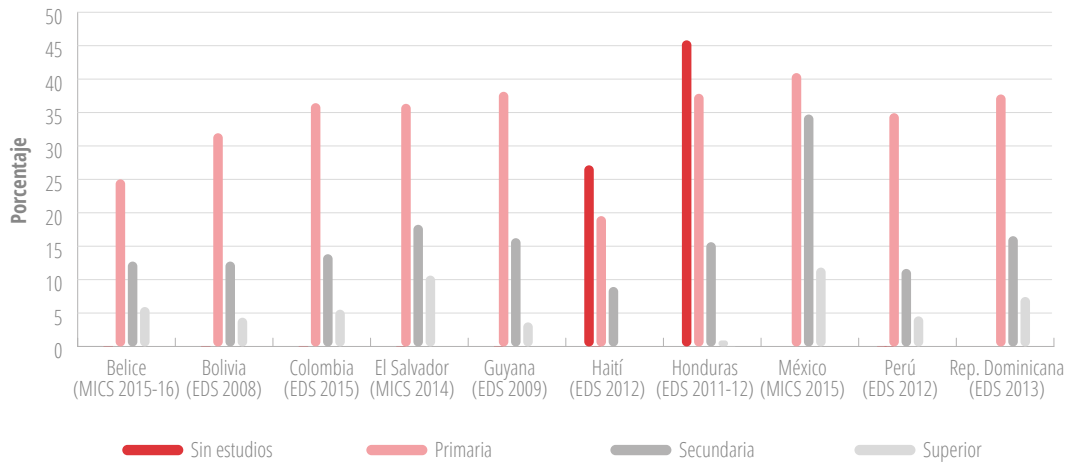
Cuadro II.3: Tendencias de las tasas de fecundidad en adolescentes (nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15-19 años) en la Región de las Américas, por subregión y país, 1980-2015

Subregión/país	1980 a 1985	1985 a 1990	1990 a 1995	1995 a 2000	2000 a 2005	2005 a 2010	2010 a 2015
América del Norte	48,9	50,4	56,3	48,4	40,5	37,3	28,3
Canadá	24,9	23,2	25,1	20,1	14,4	13,9	11,3
Estados Unidos de América	97,8	88,5	79,8	84,1	76,7	71,2	66,0
México	51,6	53,3	59,6	51,3	43,2	39,7	30,0
América Latina y el Caribe	88,2	85,4	82,5	83,5	78,7	70,4	66,5
Caribe	91,6	87,8	81,8	77,8	68,5	64,7	60,2
Antigua y Barbuda	61,6	59,6	66,1	68,7	62,8	55,5	49,3
Aruba	53,3	52,0	49,1	47,3	41,1	33,4	26,6
Bahamas (las)	85,6	69,8	69,6	61,9	44,0	39,4	34,2
Barbados	70,8	49,9	57,9	52,0	49,1	47,9	46,9
Belice	151,2	131,6	121,7	106,3	91,2	76,2	69,7
Cuba	85,7	85,7	69,2	69,4	50,6	49,3	48,3
Curaçao	50,9	52,0	51,5	43,5	36,7	34,1	35,5
Granada	90,9	86,6	104,7	111,8	106,0	80,3	82,6
Guadalupe	100,6	99,2	83,5	61,5	51,2	42,4	35,4
Guyana	41,3	34,9	25,8	21,8	20,1	19,5	17,2
Guayana Francesa	110,6	110,2	114,3	111,0	109,6	108,7	100,6
Haití	114,4	94,6	99,1	94,6	100,2	94,1	90,1
Islas Vírgenes (EUA)	86,1	78,3	69,9	61,8	52,5	46,4	41,3
Jamaica	129,2	112,8	103,4	94,5	82,4	73,5	64,1
Martinica	35,4	33,3	28,7	26,0	24,5	24,0	21,1
Puerto Rico	69,6	66,4	73,2	72,4	64,4	50,0	47,3
República Dominicana	148,6	120,8	94,6	69,8	62,0	61,4	56,3
Santa Lucía	110,4	95,1	88,0	76,1	64,6	58,9	54,5
San Vicente y las Granadinas	77,8	71,2	65,3	59,9	55,2	51,3	48,1
Suriname	85,2	72,1	56,1	44,3	38,4	38,1	34,8
Trinidad y Tabago	86,4	82,1	77,0	64,5	49,4	50,0	47,3
América Central	105,8	96,9	88,7	90,3	82,4	75,7	69,1
Costa Rica	97,1	95,3	91,8	83,2	69,8	64,5	59,1
El Salvador	119,5	108,2	98,7	91,1	85,3	76,7	66,8
Guatemala	138,5	126,8	120,6	113,8	104,2	93,2	84,0
Honduras	140,0	133,5	126,5	115,8	100,0	84,1	68,4
Nicaragua	154,0	160,1	146,2	125,2	113,2	104,7	92,8
Panamá	111,1	102,6	92,5	94,0	85,9	81,9	78,5
América del Sur	80,9	80,1	79,9	81,1	78,1	68,6	66,0
Argentina	74,2	73,4	73,2	69,8	65,0	60,6	64,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	98,8	96,1	91,2	93,0	87,9	81,9	72,6
Brasil	79,8	80,6	80,0	83,6	80,9	70,9	68,4
Chile	66,0	65,6	63,6	60,8	54,5	52,7	49,3
Colombia	80,9	75,7	82,7	83,3	86,3	63,7	57,7
Ecuador	93,4	88,7	85,5	84,3	82,5	83,0	77,3
Paraguay	96,8	91,6	92,4	91,9	76,6	67,8	60,2
Perú	74,1	72,0	70,0	70,5	61,5	54,7	52,1
Uruguay	62,6	66,4	70,6	67,3	63,5	61,2	58,0
Venezuela (República Bolivariana de)	100,3	100,2	94,9	90,6	88,0	82,6	80,9

Fuente: (96).

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 (figura II.25).

Figura II.25: Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que han empezado a procrear, por nivel educativo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2008-2016

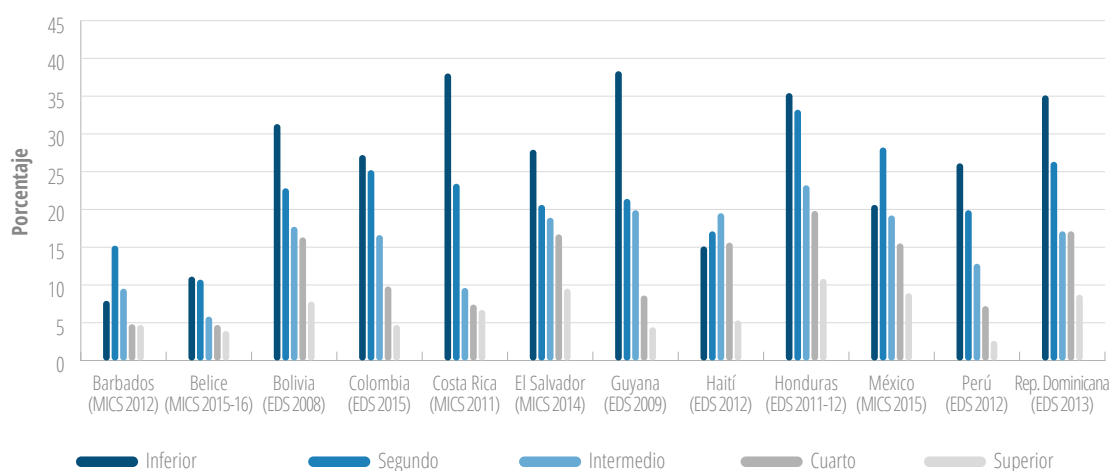


Fuente: (91, 99, 107).

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 (figura II.26).



Figura II.26: Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que han empezado a procrear, por quintil de riqueza, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2008-2016



Fuente: (91, 99, 107).

Los datos del censo en los países seleccionados indican que las chicas indígenas están también desproporcionadamente afectadas por el embarazo precoz. En efecto, los porcentajes más altos de madres adolescentes se encuentran entre las indígenas de las zonas rurales (cuadro II.4).

Cuadro II.4: Porcentaje de madres adolescentes en países seleccionados de América Latina y el Caribe, por grupo etario, origen (indígenas o no indígenas) y tipo de residencia (zona urbana o rural), 2010-2011

País (Año del censo)	Grupo etario (años)	Porcentaje de madres adolescentes					
		Indígenas			No indígenas		
		Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Brasil (2010)	15-17	10,6	22,9	18,7	6,4	8,6	6,8
	18-19	26,8	46,9	39,4	18,2	26,6	19,5
	15-19	17,0	31,6	26,4	11,1	15,2	11,8
Costa Rica (2011)	15-17	8,5	20,3	17,0	5,3	6,7	5,7
	18-19	23,6	42,1	36,1	17,0	22,2	18,4
	15-19	15,2	28,7	24,7	10,0	12,6	10,8
Ecuador (2010)	15-17	9,0	9,6	9,5	8,3	11,9	9,6
	18-19	28,9	34,2	32,9	25,2	34,1	28,1
	15-19	17,4	18,5	18,3	15,0	20,3	16,8
México (2010)	15-17	6,3	7,4	6,9	5,7	7,1	6,0
	18-19	23,4	27,4	25,3	20,6	25,8	21,6
	15-19	13,2	14,8	14,0	11,6	14,2	12,2
Panamá (2010)	15-17	16,9	20,5	19,6	5,7	8,9	6,7
	18-19	38,8	54,2	49,7	19,1	28,6	21,7
	15-19	26,0	32,4	30,7	11,3	16,2	12,7
Uruguay (2010)	15-17	6,0	4,1	6,0	4,6	4,9	4,6
	18-19	20,2	25,8	20,4	16,9	21,9	17,1
	15-19	11,6	12,5	11,6	9,3	11,3	9,4

Fuente: (36).

Embarazo en las menores de 15 años

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 (100). 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 (93). En los siguientes puntos se resume la información cualitativa y cuantitativa disponible sobre embarazos en las menores de 15 años en la Región de las Américas:

- En el 2015, *Planned Parenthood Global* (Planificación Familiar Mundial) publicó un informe basado en un estudio multinacional de los efectos sobre la salud de la maternidad forzada en las niñas de 9 a 14 años (101). El estudio se realizó en Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. En estos cuatro países había aumentado el embarazo en las menores de 15 años. En Ecuador, según los datos del censo, había aumentado un 74% durante el decenio anterior. En Nicaragua, el número de embarazadas de 10 a 14 años aumentó un 47% a lo largo de nueve años, de 1 066 en el 2000 a 1 577 en el 2009. En Guatemala, el número notificado de partos en niñas de 10 a 14 años aumentó de 4 220 en el 2013 a 5 100 en el 2014. Las niñas solían tener un nivel educativo bajo, algunas nunca habían ido a la escuela. Una gran proporción de niñas que iban a la escuela no habían vuelto a asistir después del parto en el momento de la entrevista de seguimiento (en Perú, el 77% abandonó la enseñanza y, en Guatemala, el 88%). La mayoría de las participantes en el estudio sufrieron algún tipo de complicación durante el embarazo (63% en Perú y 71% en Ecuador): anemia, náuseas o vómitos, infecciones vaginales o urinarias y otras más graves como la preeclampsia, la eclampsia, la amniorrexis, el parto prematuro y la hemorragia posparto, así como problemas de salud mental (55% en Perú, 91% en Ecuador y 100% en Nicaragua). Entre los problemas de salud mental se señaló el estrés, el temor, la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático. En Perú y Nicaragua, entre 7% y 14% de las participantes en el estudio declararon haberse planteado el suicidio durante el embarazo. En todos los países participantes, tener relaciones sexuales con menores constituye un

delito. A menudo los agresores eran personas cercanas a las niñas: un primo, un hermanastro, el padrastro, el padre biológico o un vecino.

- En el 2016, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) publicó el informe del estudio *Niñas Madres: Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe (102)* realizado en 14 países¹. En el estudio se definió el embarazo o la maternidad infantil forzada como una situación en la que una niña de menos de 14 años queda embarazada sin haberlo buscado ni deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo (102). Por otro lado, en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (CPI) el embarazo forzado fue declarado crimen contra la humanidad o crimen de guerra, según el contexto y las características del caso (102). En las conclusiones presentadas por CLADEM del estudio se indica que, salvo en el caso de El Salvador, en los países estudiados no existían datos oficiales sobre embarazos o abortos de niñas menores de 14 años. Según el registro de embarazos en El Salvador para ese grupo etario, llegaron al parto entre un quinto y un tercio de las niñas. En los demás países, los datos sobre embarazos eran los mismos que los de los partos de niñas de menos de 14 años, por lo tanto, solo reflejaban una parte de los embarazos de niñas de esa edad porque a menudo el embarazo no llega a término. En los 14 países estudiados, las relaciones sexuales con niñas menores de 16 años se considera violación. A excepción de Brasil, Honduras y Uruguay, el parentesco no se considera una circunstancia agravante para el estupro de los menores o la violación. Sin embargo, solo seis de los 14 países presentaron estadísticas sobre denuncias de violación de niñas menores de 14 años y la información sobre cuántas de estas denuncias son investigadas judicialmente fue escasa. En aquellos casos en los que hubo denuncia, el nivel de impunidad fue muy alto, se estima que hasta un 90%. En los países estudiados, la madre de la niña sometida a abusos sexuales suele ser investigada, procesada y detenida. Casi todos los países tenían algún tipo de protocolo sobre la violencia contra la mujer, pero en ninguno se encontró un protocolo, guía o política pública diseñada para abordar de manera específica e integral el problema de la violencia sexual contra las niñas. Siete países tenían centros estatales donde reciben o atienden a madres adolescentes y niñas embarazadas. En los 14 países se encontraron entidades privadas especializadas en atención de jóvenes embarazadas. En algunos casos las niñas embarazadas fueron confinadas contra su voluntad en instituciones públicas o privadas y obligadas a dar sus hijos en adopción. En la mayoría de estos 14 países,

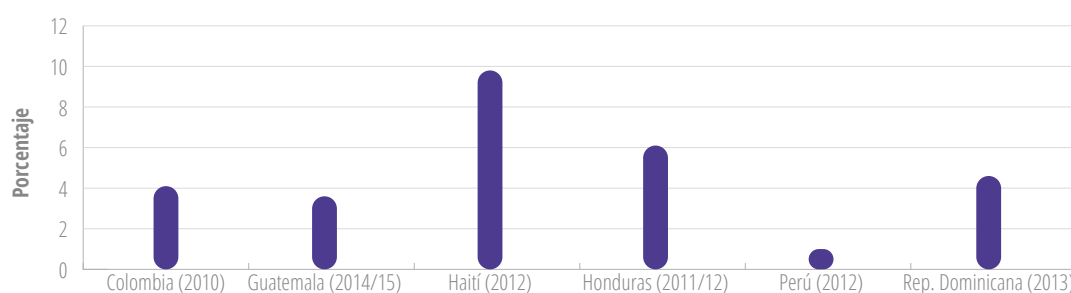
¹ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay.

la continuidad educativa estaba garantizada por ley, pero cerca de la mitad de las niñas embarazadas interrumpieron la enseñanza debido a problemas de salud, prejuicios discriminatorios contra las niñas embarazadas o madres y otras circunstancias.

- Los informes de los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará que se elaboraron para el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) durante el período 2013-2016, relativos al embarazo en las niñas menores de 15 años (104) contenían la siguiente información:
 - Paraguay informó que dos de los nacimientos diarios eran de niñas de 10 a 14 años, que entre el 2009 y el 2011, el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años aumentó un 4%, y que el 21,3% de las muertes maternas registradas hasta septiembre del 2012 incluido se produjeron en el grupo de 10 a 14 años de edad.
 - Guatemala informó que, en el 2012, el 13,3% de los nacimientos eran de niñas de 14 años, que se registraron 9 450 abortos de niñas y adolescentes y que murieron 80 niñas por causas relacionadas con la maternidad.
 - En Perú, el porcentaje notificado de madres entre 12 y 14 años osciló entre 12,5% en el 2011 y 13,2% en el 2012.
 - Chile informó que en el 2011, de las altas hospitalarias por aborto, 3 387 eran de niñas de 10 a 19 años y que el 10% de las muertes maternas eran de niñas y adolescentes.
 - En el 2014, en Argentina se registraron 2 600 nacidos vivos de madres de 10 a 14 años, con una tasa de supervivencia del 87,4%.
 - En el 2014, México informó de 11 012 nacimientos de niñas menores de 14 años.
 - En el 2015, Venezuela informó de 5 399 nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años.
 - Costa Rica informó que, desde 1983 hasta el 2000, el número promedio anual de nacimientos de madres menores de 15 años fue 460 y que desde el 2000 ha ascendido a un promedio de 500 por año
 - Honduras informó que en el 2015 hubo 33 035 partos de niñas de 10 a 19 años, de los cuales 845 fueron de niñas de 10 a 14 años.

Como ya se ha mencionado, la violencia sexual es una cuestión de importancia decisiva cuando se trata de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, ya que estas son especialmente vulnerables a la violencia sexual perpetrada por compañeros íntimos u otros de su entorno, incluso por sus familiares. En la figura II.27 se muestra el porcentaje de mujeres en el grupo de 15 a 19 años de edad que declaran haber sufrido violencia sexual.

Figura II.27: Porcentaje de mujeres (15-19 años) que alguna vez han sufrido violencia sexual en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2010-2015



Fuente: (91).

La mortalidad materna es una causa importante de muerte en niñas y mujeres jóvenes en la Región. Cada año, cerca de 2 000 mujeres de 10 a 24 años mueren por causas relacionadas con la maternidad (cuadro II.5). Aunque varios países han podido prestar servicios de atención de salud materna de buena calidad, el riesgo de mortalidad materna de las adolescentes (especialmente las menores de 15 años) se mantiene elevado. Esto se debe a la exposición a factores biológicos, como la inmadurez del aparato reproductor y factores socioeconómicos y geográficos, como el acceso limitado a la atención de salud en las zonas rurales remotas, los prejuicios étnicos, el estigma y la pobreza.

Cuadro II.5: Muertes notificadas debidas al embarazo, el parto y el puerperio en adolescentes y jóvenes (10-24 años) en la Región de las Américas, 2009-2014

Año (No. de países que notifican)	Orden ^a (#)		Número de muertes	
	10-19 años	15-24 años	10-19 años	15-24 años
2009 (45)	#5	#4	865	2.225
2010 (43)	#5	#4	784	1.851
2011 (39)	#5	#4	830	1.920
2012 (39)	#6	#4	778	1.894
2013 (37)	#6	#4	748	1.802
2014 (26)	#6	#4	577	1.404

Fuente: (39).

^a Orden en las principales causas de muerte en el grupo de edad y año especificado.

Debido a la falta de progreso en la disminución de los embarazos en adolescentes, la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia celebraron una consulta técnica en agosto del 2016 con los interesados directos mundiales, regionales y nacionales a fin de evaluar la situación y acordar los enfoques estratégicos y las acciones prioritarias que acelerarán el progreso (41, 105). En la reunión se especificaron los factores clave que contribuyen al embarazo en las adolescentes en América Latina y el Caribe. Entre otros, la falta de conocimiento de las jóvenes acerca de la salud sexual y reproductiva y de sus derechos, el acceso limitado a los anticonceptivos y su uso inadecuado, las leyes y políticas restrictivas, la escasez de ingresos, bajo nivel educativo, la violencia y el abuso sexual, las parejas o relaciones estables prematuras y las relaciones de género desiguales (41, 105). Los participantes en la reunión también señalaron las siete acciones siguientes como prioritarias para acelerar la disminución de los embarazos en adolescentes en América Latina y el Caribe (41, 105):

1. Hacer más visible el embarazo en la adolescencia, sus causas y consecuencias y los grupos más afectados, con datos desglosados, informes cualitativos y reportajes.
2. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, que aseguren enfoques adaptados a la realidad de cada uno y abordar los desafíos específicos.
3. Hacer participar y facultar a los jóvenes para que contribuyan al diseño, la ejecución y el seguimiento de las intervenciones estratégicas.
4. Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir los recursos en intervenciones ya comprobadas.
5. Reforzar la colaboración intersectorial para abordar eficazmente las causas del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe.
6. Pasar de los proyectos de “boutique” a los programas sostenibles a gran escala.
7. Crear un entorno favorable para la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva y derechos afines de los adolescentes.

Anticonceptivos

La prevalencia de uso de anticonceptivos se define como el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, que están casadas o mantienen una relación estable, que usan algún método anticonceptivo. Las necesidades de anticoncepción insatisfechas se definen como el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o que mantienen una relación estable, que son fértiles y quieren controlar el número de hijos que desean tener o espaciar su nacimiento y que no están actualmente usando métodos anticonceptivos (106). De estas definiciones se desprende que gran parte de los datos disponibles sobre la prevalencia de uso de anticonceptivos y las necesidades de anticoncepción insatisfechas

corresponden al grupo de 15 a 49 años de edad. Esto proporciona una visión general del uso de anticonceptivos y de las necesidades insatisfechas, pero no refleja la situación entre jóvenes, ya que la prevalencia de uso de anticonceptivos suele ser menor y las necesidades insatisfechas son mayores en las mujeres más jóvenes. Sin embargo, esto está cambiando y cada vez hay más encuestas, como las Encuestas de Demografía y Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que calculan estos datos desglosados en subgrupos que incluyen los grupos etarios de 15 a 19 años y de 20 a 24 años. No obstante, no se logra incluir en estos indicadores y datos a las mujeres jóvenes que no están casadas ni mantienen una relación estable pero que son sexualmente activas y desean evitar el embarazo. En el cuadro II.6 se muestra la prevalencia de uso de anticonceptivos en determinados países de América Latina y el Caribe, obtenida con las EDS o las MICS.

Cuadro II.6: Prevalencia de uso de anticonceptivos y necesidades de anticoncepción insatisfechas (%) entre mujeres de 15 a 24 años, que están casadas o mantienen una relación estable, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2009-2015

País (encuesta y año)	15-19 años		20-24 años	
	Uso actual de métodos anticonceptivos modernos (%)	Necesidades de anticoncepción insatisfechas (%)	Uso actual de métodos anticonceptivos modernos (%)	Necesidades de anticoncepción insatisfechas (%)
Argentina (2012 MICS)	32,8	ND ^a	58,4	ND
Barbados (2012 MICS)	51,4	37,3	50,1	33,7
Belice (2011 MICS)	33,8	30,8	47,9	25,8
Bolivia (2008 EDS)	6,1	37,9	21,9	27,2
Colombia (2015 EDS)	28,5	19,3	59,8	11,7
Costa Rica (2011 MICS)	64,1	19,7	75,5	9,2
Cuba (2011 MICS)	67,0	11,2	75,3	9,2
Guatemala (2014/15 EDS)	7,7	21,9	26,2	19,8
Guyana (2009 EDS)	13,9	ND	33,4	30,1
Honduras (2011/12 EDS)	14,1	17,7	37,7	13,1
Haití (2012 EDS)	8,2	35,3	23,2	56,6
Perú (2012 EDS)	10,2	19,3	37,3	13,9
República Dominicana (2013 EDS)	51,7	21,4	56,6	41,5
Saint Lucia (2012 MICS)	57	ND	32,0	ND
Suriname (2010 MICS)	ND	37,0	ND	26,0

Fuente: (91, 99, 107).

^a ND = no disponible.

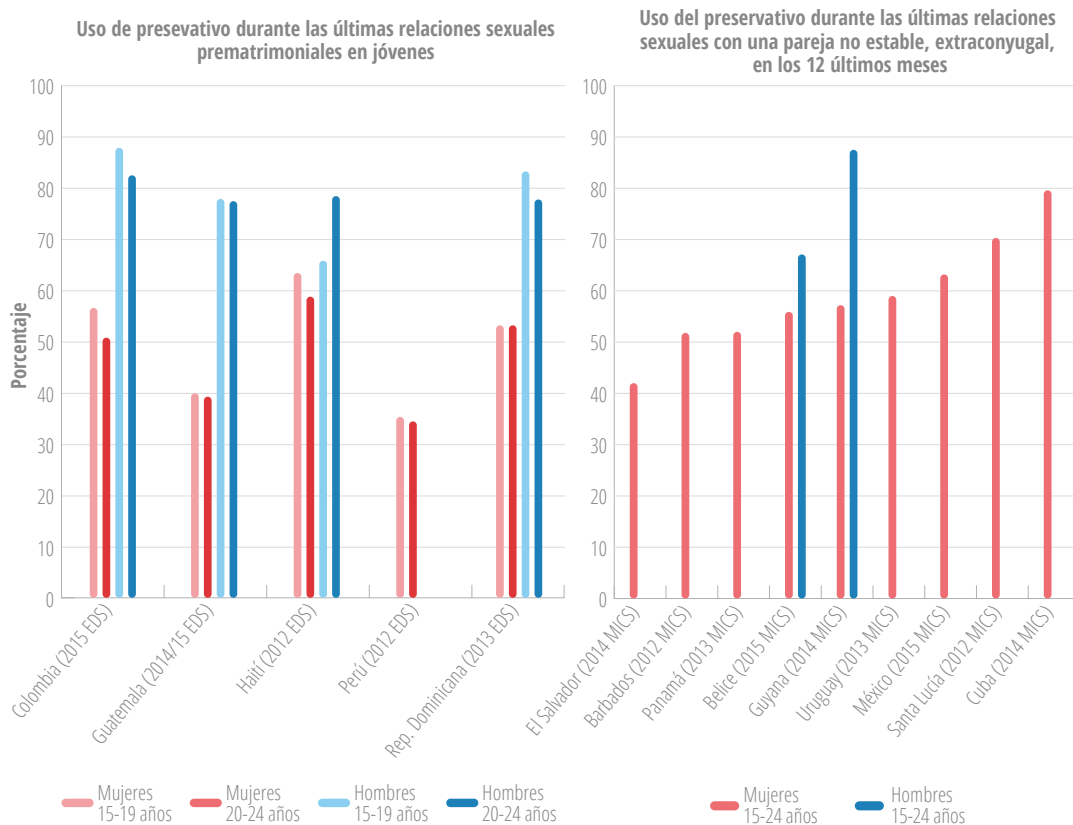
Uso del preservativo

La adolescencia es una etapa de la vida de rápido desarrollo físico, afectivo y social, caracterizada por el aumento de la experimentación con los papeles de adulto y el desarrollo de patrones de conducta, como el comportamiento sexual, que perdurarán durante toda la vida. El preservativo, usado de manera sistemática y correcta, puede evitar embarazos no deseados, la transmisión de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual durante la adolescencia y más tarde. Teniendo en cuenta estas ventajas, un componente importante en la promoción de la salud sexual y reproductiva es alentar el uso correcto y sistemático del preservativo durante la adolescencia.

Varias fuentes recaban información sobre el uso del preservativo por los jóvenes. Sin embargo, la mayoría de las encuestas no se realizan con regularidad en todos los países, por lo tanto es difícil evaluar con exactitud los patrones y tendencias en el uso del preservativo por los adolescentes y jóvenes. Los datos de este subapartado proceden de diversas fuentes, a saber, las MICS, las EDS y otras encuestas realizadas por cada país a título individual. Diversos aspectos influyen en la especificidad y comparabilidad de los datos, por ejemplo, cómo se ha definido la pregunta. En las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados se pregunta sobre el uso del preservativo por personas de 15 a 24 años durante las últimas relaciones sexuales con una pareja no estable, extraconyugal, en los 12 meses anteriores. En algunos países, se recopilan solo datos de las mujeres y en otros, datos de hombres y mujeres. En las encuestas de demografía y salud se utiliza el indicador del uso del preservativo durante las últimas relaciones sexuales prematrimoniales; este se define como el porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que nunca se han casado y que usaron un preservativo durante las últimas relaciones sexuales, de entre todos los jóvenes solteros encuestados y sexualmente activos.

Las tasas de uso del preservativo con parejas ocasionales difieren de manera notoria en la Región de las Américas y son sistemáticamente más altas en los hombres (figura II.28). Perú tenía el porcentaje más bajo de uso del preservativo en mujeres, seguido de Guatemala. Cuba notificó el porcentaje más alto de uso del preservativo en mujeres

Figura II.28: Notificación de uso del preservativo durante las relaciones sexuales con una pareja ocasional entre los jóvenes (de 15 a 24 años), en países seleccionados en América Latina y el Caribe, 2012-2015



Fuente: (91, 107).

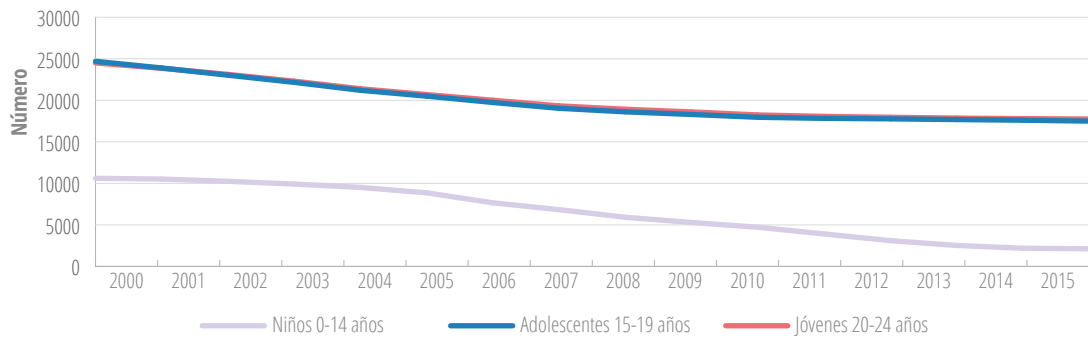
Infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Infección por el VIH

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 (108), más mujeres que hombres en el Caribe y más hombres que mujeres en América Latina. En el anexo II.F se proporciona un resumen del número estimado de adolescentes con infección por el VIH en los países de América Latina y el Caribe en el 2015.

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 (108). 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 (figura II.29) (108).

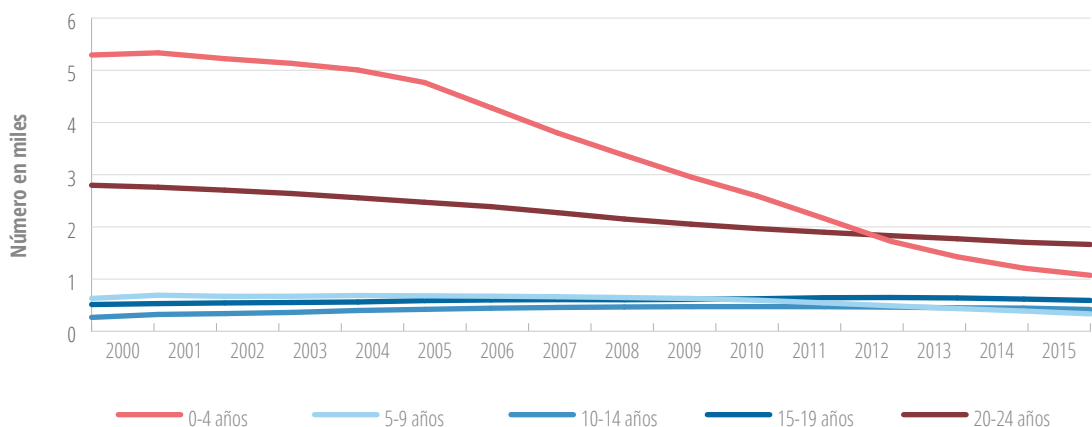
Figura II.29: Tendencias en el número estimado de nuevas infecciones por VIH en niños (0-14 años), adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20-24 años), en América Latina y el Caribe, 2000-2015



Fuente: (108).

Aproximadamente 2 600 jóvenes de 15 a 24 años murieron en América Latina y el Caribe en el 2016 debido a causas relacionadas con el sida. Entre el 2000 y el 2015, el número de muertes relacionadas con el sida en América Latina y el Caribe disminuyó de manera notoria en los niños y moderadamente en los jóvenes de 20 a 24 años, mientras que mostró un ligera tendencia a la alza en los adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años (figura II.30) (108).

Figura II.30: Tendencias en el número estimado de muertes relacionadas con el sida en grupos etarios quinquenales de 0-24 años, por grupos quinquenales, en América Latina y el Caribe, 2000-2015



Fuente: (108).

Infecciones de transmisión sexual

Según datos de la OMS, cada día se contraen más de un millón de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo (109). Este contagio se produce principalmente durante las relaciones sexuales u otra relación con contacto genital íntimo. Algunas infecciones de transmisión sexual también pueden transmitirse por otros medios: por la sangre o los hemoderivados o de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes conocidos que se transmiten por contacto sexual. Entre ellos, hay ocho relacionados con la gran incidencia de las enfermedades de transmisión sexual: virus de la hepatitis B, virus del herpes simple (VHS o herpes), VIH, virus del papiloma humano (VPH) y los agentes causantes de la sífilis, la gonococia, la clamidiasis y la tricomoniasis. Solo los cuatro primeros son incurables. La mayoría de las infecciones de transmisión sexual se previenen adoptando comportamientos sin riesgo, como el uso sistemático del preservativo, y dos de ellas (VPH y hepatitis B) pueden evitarse con la vacunación. Cuando las infecciones de transmisión sexual son sintomáticas, el flujo vaginal, la secreción uretral o el ardor en los hombres, las úlceras genitales y el dolor abdominal son algunas de las manifestaciones características. Sin embargo, es importante saber que la mayoría de las ITS son asintomáticas, sin presentar síntomas claros de la enfermedad. Las infecciones asintomáticas o subclínicas no pueden identificarse sin pruebas analíticas especiales y, por consiguiente, muchas infecciones no se diagnostican.

Las infecciones de transmisión sexual son importantes causas de morbilidad y mortalidad debido a las complicaciones que acarrear, como las infecciones del aparato genital femenino (conocidas habitualmente como enfermedad pélvica inflamatoria), la infertilidad, el embarazo ectópico, el aborto espontáneo, la muerte fetal e infantil, el peso bajo al nacer, la prematuridad y las infecciones congénitas. Los estudios muestran una fuerte asociación entre la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual ulcerosas y no ulcerosas (110-112). Hay también pruebas biológicas de que la presencia de una infección de este tipo aumenta la propagación del VIH y que el tratamiento de la ITS reduce la propagación del VIH (112). La transmisión maternoinfantil de una ITS puede resultar en muerte fetal y del recién nacido, peso bajo al nacer, prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas (110). La infección por el virus del papiloma humano causa más de medio millón de casos de cáncer cervicouterino y se registra cada año un cuarto de millón de muertes por este cáncer (113).

Por diversas razones, la información relativa a las ITS en adolescentes es muy escasa. Entre ellas, está la complejidad que encierra realizar pruebas analíticas con muestras biológicas en los adolescentes, la falta general de acceso a los servicios de SSR para los adolescentes, por ejemplo, a los servicios relacionados con las infecciones de transmisión

sexual, el subestimar la incidencia y la prevalencia de las ITS en adolescentes debido a la falta de datos, la reducida percepción del riesgo o el reconocimiento de la infección entre los adolescentes y la casi inexistencia de técnicas no invasivas para el diagnóstico de estas infecciones (por ejemplo los análisis de orina o los hisopos vaginales para la autotoma de la muestra).

Sin embargo, el escaso número de estudios que existen indican que hay una carga importante de cada año entre los adolescentes. Esto es así en hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSH) e igualmente en mujeres jóvenes. Por ejemplo, en un pequeño estudio reciente realizado en la zona septentrional de Brasil se descubrió que la prevalencia de la infección por clamidias era del 11% en una muestra de 154 mujeres jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y 20 años (114). De manera análoga, algunos estudios realizados en América Latina pusieron de manifiesto que las tasas de prevalencia de la clamidiasis oscilaban entre 7% y 31% en mujeres jóvenes (115-116). Otro estudio reciente sobre la relación costo-efectividad realizado en los Estados Unidos concluyó que la exclusión voluntaria de las pruebas analíticas de la clamidiasis en las mujeres jóvenes de alto riesgo representaba un ahorro, ya que mejoraba los resultados de salud a un costo neto inferior, una vez considerados los costos de los análisis y los costos asistenciales a lo largo de toda la vida y la esperanza de vida ajustada por la calidad relacionados con la infección por clamidias (117).

Un artículo de revisión en el que se analizan los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual para los adolescentes y jóvenes en los países de ingresos medios y bajos concluyó que los adolescentes de estos entornos suelen tener pocos conocimientos de las ITS y se encuentran con barreras importantes de acceso a los servicios de SSR y a los que tratan las ITS. Esto hace que los jóvenes queden sin tratamiento, se sigan transmitiendo estas infecciones y aumente el riesgo de aparición de complicaciones graves y prolongadas (118).

II.5: Nutrición y actividad física

La nutrición sana es un elemento esencial para la buena salud en los adolescentes. Mejora el rendimiento escolar y educativo, ayuda a tener un sistema inmunitario más fuerte, reduce el riesgo de enfermedad durante toda la vida y, en caso de embarazo, reduce el riesgo de un desenlace desfavorable para la madre y el recién nacido. Los datos existentes sobre la anemia, el peso excesivo y la obesidad indican que los adolescentes en la Región de las Américas se enfrentan a una doble carga de malnutrición (que se caracteriza por la carencia de micronutrientes al mismo tiempo que hay sobrepeso u obesidad) (119-120). La OMS define el sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa

que puede ser perjudicial para la salud. Para su determinación, se usa el índice de masa corporal (IMC), que es un indicador de la relación entre el peso y la talla. En los niños, el sobrepeso se define como el IMC para la edad y sexo con más de una desviación estándar ($> +1$ DE) por encima de la mediana; la obesidad es el IMC para la edad y sexo con más de dos desviaciones estándar ($> +2$ DE) por encima de la mediana.

En la mayoría de los países, y según los datos de la EMSE, más de uno de cada cinco estudiantes presentaba exceso de peso, tanto hombres como mujeres (figura II.31).

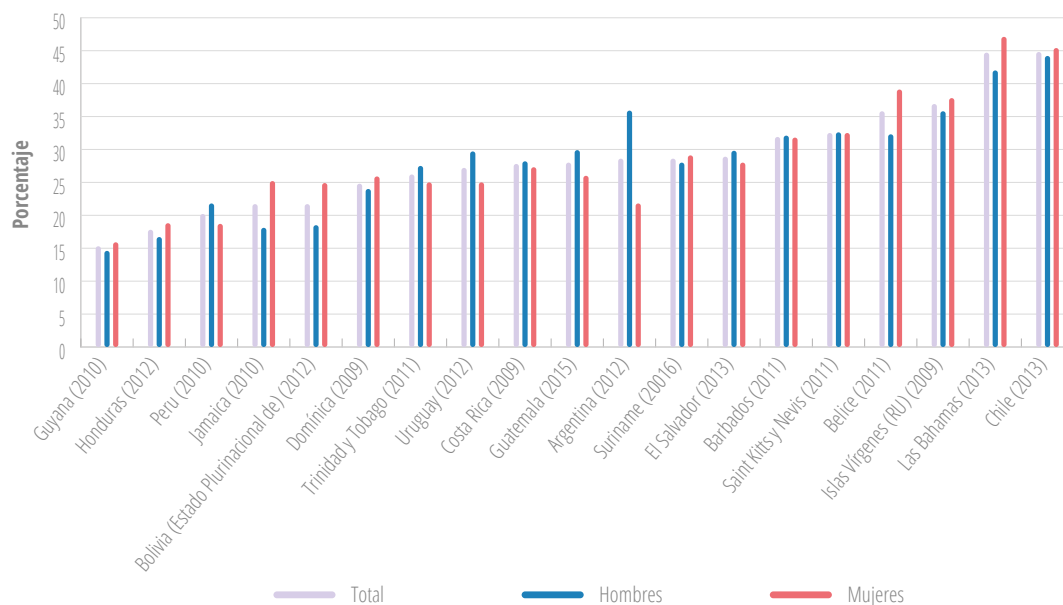
Recuadro II.4: Objetivo 6 regional de salud de los adolescentes y los jóvenes

Promover la nutrición y la actividad física

- Reducir la proporción de adolescentes obesos o con sobrepeso (13 a 15 años)
- Aumentar la proporción de adolescentes (13 a 15 años) que realizan actividad física
- Disminuir la prevalencia de la anemia en las adolescentes (10 a 19 años)

Fuente: (4).

Figura II.31: Porcentaje de estudiantes (13-15 años) con sobrepeso^a en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2009-2016

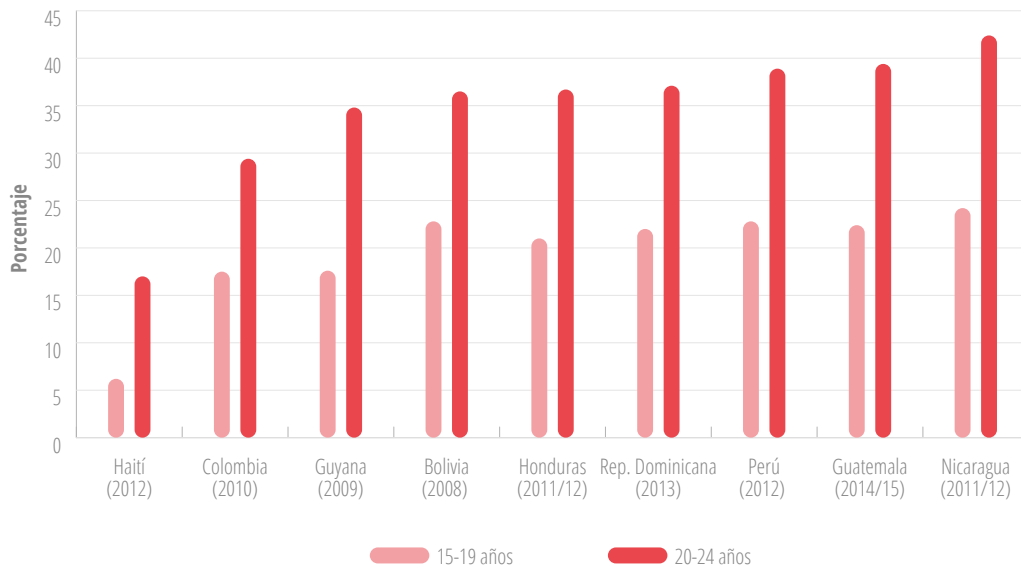


Fuente: (81).

^a El sobrepeso se define como el IMC para la edad y sexo con más de una desviación estándar ($> +1$ DE) por encima de la mediana.

Algunos sondeos realizados con las Encuestas de Demografía y Salud proporcionan datos acerca del sobrepeso y la obesidad en las mujeres de 15 o más años (figura II.32). Además, algunos países realizan encuestas nacionales sobre salud y nutrición que también generan estos datos para diferentes grupos etarios. En estos estudios, el sobrepeso se define como un índice de masa corporal (IMC) de 25,0 a 29,9 y la obesidad cuando el IMC es igual o superior a 30,0. En la encuesta nacional sobre salud y nutrición realizada en el 2012 en Ecuador (121), el 24,5% de las mujeres del grupo de 15 a 19 años de edad presentaba sobrepeso u obesidad (IMC igual o superior a 25,0) y, en la realizada en el 2016 en México (122), el 36,3% de las mujeres del grupo de 12 a 19 años de edad presentaba sobrepeso u obesidad.

Figura II.32: Porcentaje de mujeres (15-19 años y 20-24 años) con un IMC igual o superior a 25, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2008-2015



Fuentes: (91,123).

En la figura II.32 también se ilustran las dimensiones temporales y acumulativas de la obesidad y el sobrepeso. El porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesas a la edad de 24 años ha aumentado de manera significativa en todos estos países y en algunos casos se ha duplicado.

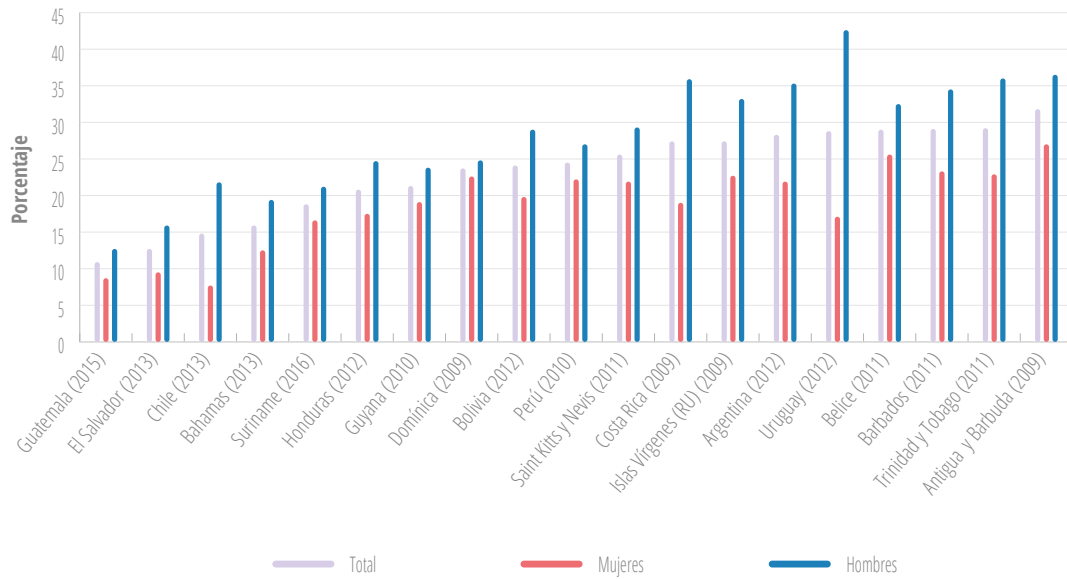
En los países con dos puntos de medición para el peso en las encuestas EMSE y EDS, la mayoría presentaba un aumento en los porcentajes de mujeres con sobrepeso y obesas a lo largo del tiempo (cuadro II.7).

Cuadro II.7: Cambios en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población joven de 13-15 años, 15-19 años y 20-24 años, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2005-2015

País (año de la encuesta)	Encuestas Mundiales de Salud Escolar (EMSE): cambios en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13-15 años	
	Prevalencia de sobrepeso (%)	Prevalencia de obesidad (%)
Argentina (2007)	24,5	4,4
Argentina (2012)	28,6	5,9
Guatemala (2009)	27,1	7,5
Guatemala (2015)	28,0	7,7
Suriname (2009)	19,3	6,6
Suriname (2015)	28,6	11,6
	Encuestas de Demografía y Salud (EDS): cambios en el porcentaje de sobrepeso y obesidad en las adolescentes de 15-19 años	
Colombia (2005)	28,8	19,4
Colombia (2010)	31,1	22,1
Haití (2005-06)	14,9	6,3
Haití (2012)	17,4	7,8
Honduras (2005-06)	27,8	18,8
Honduras (2011-12)	29,2	22,1
Perú (2007-08)	34,4	14,6
Perú (2012)	36,5	17,9
	Encuesta de Demografía y Salud (EDS): cambios en el porcentaje de sobrepeso y obesidad en las jóvenes de 20-24 años	
Colombia (2005)	12,9	1,9
Colombia (2010)	13,9	3,6
Haití (2005-06)	6,9	0,8
Haití (2012)	5,7	0,5
Honduras (2005-06)	16,0	5,2
Honduras (2011-12)	15,8	5,2
Perú (2007-08)	8,5	2,2
Perú (2012)	18,8	4,0

Fuentes: (81, 91).

Figura II.33: Porcentaje de estudiantes (13-15 años) que realizaron una actividad física al menos 60 minutos al día durante cinco o más días de la semana^a anterior a la encuesta, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2009-2016



Fuente: (81).

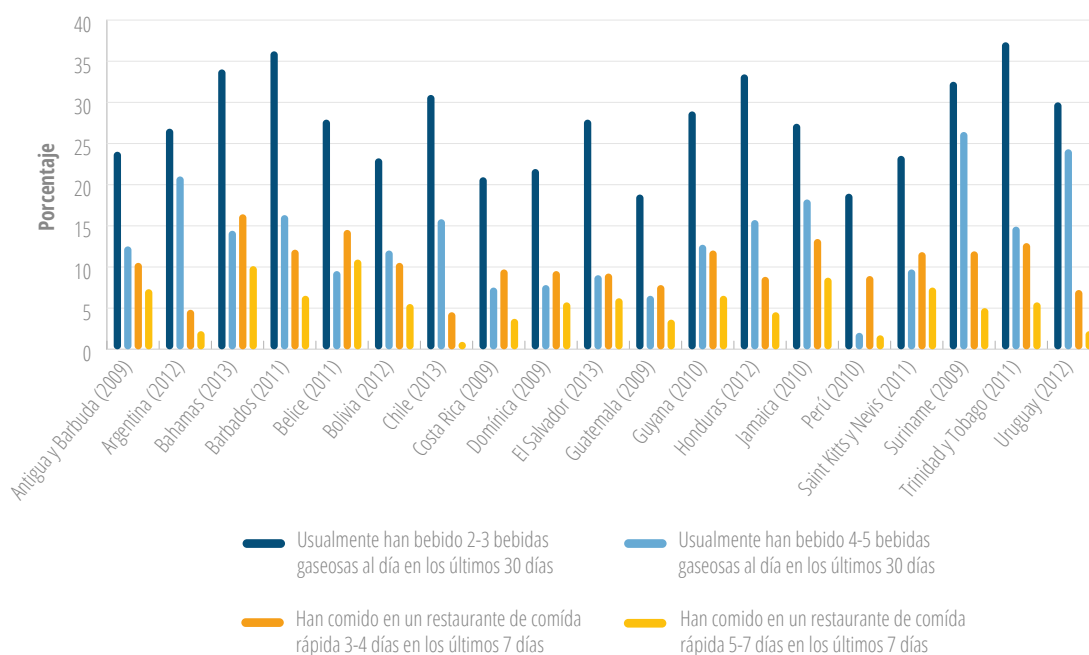
^a En el caso de Suriname y Guatemala, los datos reflejan la actividad física realizada durante todos los días de la semana anterior a la encuesta.



Al considerar las asociaciones entre el consumo de bebidas azucaradas y de comida rápida, y el ejercicio físico y el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), es un motivo importante de preocupación la constatación del gran número de adolescentes jóvenes (13-15 años) que dicen haber consumido con frecuencia refrescos azucarados y comida rápida (figura II.34).

En este contexto, la OPS ha elaborado un Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescentes (124) con el fin de atajar la creciente epidemia de obesidad en niños y adolescentes. Entre sus objetivos está mejorar el entorno con respecto a la alimentación y la actividad física en los establecimientos escolares, así como las políticas fiscales y la reglamentación de la publicidad y el etiquetado de alimentos. El plan también presta atención a la perspectiva de género y la equidad, dado que las niñas suelen estar más afectadas por la epidemia de obesidad.

Figura II.34: Consumo de bebidas gaseosas y comida rápida entre los estudiantes (13- 15 años), 2009-2013



Fuente: (81).

Entretanto, y según los datos aportados por 21 países, entre el 10% y el 20% de los estudiantes manifestaron que a veces pasaban hambre porque no había comida suficiente en el hogar, lo que implica un grado importante de inseguridad alimentaria en la Región. En particular, Jamaica tenía el porcentaje más alto de estudiantes que a veces pasaban hambre (cerca del 30%) y también el porcentaje más alto de los que pasaban hambre habitualmente (10%) (81). Estos datos respaldan a pleno la conclusión de una carga doble de malnutrición en la Región.

La anemia es un problema mundial de salud pública asociada la mayoría de las veces a una falta de hierro, que es la carencia nutritiva más extendida en el mundo (125, 126). La anemia se caracteriza por la disminución del número de glóbulos rojos y de la capacidad de carga de oxígeno de la hemoglobina (125). La OMS calcula que la mitad de todos los casos de anemia se debe a una carencia de hierro y el resto a otros factores. La carencia de hierro afecta a millones de individuos a lo largo del curso de la vida, especialmente a lactantes y embarazadas, pero también a niños pequeños, adolescentes y mujeres en edad de procrear (127, 128).

Las consecuencias para la salud y de tipo funcional de la anemia son: un mayor riesgo de muerte para la madre, el feto y el recién nacido; desenlace del embarazo complicado con peso bajo al nacer o nacimiento prematuro; deterioro del desarrollo cognitivo, disminución de la capacidad de aprendizaje y reducción del rendimiento escolar en los niños, así como una productividad reducida en los adultos (125). Según las investigaciones los niños menores de tres años, las mujeres embarazadas o no y las adolescentes son los grupos de mayor riesgo (125).

La OMS ha clasificado la importancia para la salud pública de la anemia como sigue (127):

- prevalencia igual o inferior al 4,9%, no es un problema de salud pública.
- prevalencia entre 5% y 19,9%, problema de salud pública leve.
- prevalencia entre 20% y 39,9%, problema de salud pública moderado.
- prevalencia igual o superior al 40%, problema de salud pública grave.

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 (cuadro II.8).

Cuadro II.8: Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con algún tipo de anemia^a en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2009-2015

País (año de la encuesta)	Grupo etario	Porcentaje con algún tipo de anemia
Argentina (2012)	10-19 años	15,0
Ecuador (2011/13)	15-19 años	14,3
Guatemala (2014/15)	15-19 años	11,7
Guyana (2009)	15-19 años	34,1
Haití (2012)	15-19 años	55,5
Honduras (2011/12)	15-19 años	12,5
México (2012)	12-19 años	7,7
Perú (2012)	15-19 años	17,2
República Dominicana (2012)	12-14 años	13,4

Fuentes: (91, 121, 122)

^a Algún tipo de anemia significa una cantidad de hemoglobina < 12,0 g/dl en mujeres no embarazadas y < 11,0 g/dl en embarazadas.

La OMS recomienda diversas intervenciones basadas en datos científicos para promover la actividad física y una alimentación saludable en los adolescentes (anexo II.D3).

II.6: Enfermedades crónicas

Salud bucodental

La salud bucodental es fundamental en cualquier problema de salud en América Latina y el Caribe. Hay datos científicos que ponen de manifiesto la fuerte interrelación entre la salud bucodental y la salud general y muestran que una salud bucodental deficiente se asocia con diversos problemas de salud pública. Por ejemplo, las infecciones orales están vinculadas a un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, neumonías por aspiración y producir desenlaces adversos del embarazo. En el caso particular de los niños y adolescentes, una salud bucodental deficiente se asocia con dolor y dificultades para comer, además de afectar a los hábitos de sueño e influir en el crecimiento y el desarrollo.

En el 2011, los Estados Miembros de las Naciones Unidas reconocieron la importancia de la salud bucodental en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (129). Ese documento se centró en las cuatro enfermedades no transmisibles mundiales más prominentes y sus factores de riesgo. Los Estados Miembros reconocieron que las enfermedades renales, bucodentales y oculares constituyen una carga importante para el sector de la salud de muchos países, y que estas enfermedades comparten factores de riesgo y pueden beneficiarse de las respuestas comunes a las ENT.

Recuadro II.5: Objetivo 7 regional de salud para los adolescentes y los jóvenes

Combatir las enfermedades crónicas

- Reducir la tasa de dientes cariados/perdidos/obturados (DCPO) en los adolescentes de 12 años
- Aumentar la cobertura de la vacuna contra el tétanos y la difteria (10 a 19 años)

Fuente: (4).

La tasa de dientes cariados, perdidos y obturados (DCPO) resulta un indicador importante para determinar las condiciones de salud bucodental en los países. Al mismo tiempo, debe prestarse atención a la gran repercusión de las afecciones orales en la salud general, como por ejemplo, la asociación entre las infecciones orales y la salud sistémica; la relación entre las enfermedades bucodentales y las enfermedades crónicas y la aparición de cáncer de la cavidad bucal y orofaringe, acompañado de metástasis. Aunque estos aspectos no se tratan en este apartado, deben formar parte de otros debates más amplios sobre la salud bucodental en los países.

Los datos generados por las encuestas de salud bucodental realizadas en algunos países, con el respaldo de la OPS, dejaron constancia de la situación de estos países en un proceso continuo de salud bucodental basado en el índice de DCPO. Este índice se calcula a partir de las 32 piezas dentales (es decir, todas las piezas dentales permanentes, incluidas las muelas del juicio) y es una unidad de medida que especifica el número de caries en un grupo de población. Además, la OPS ha ideado una clasificación para obtener el perfil de salud bucodental de un país. Esta se basa en el índice de DCPO en niños de 12 años y se divide en tres etapas, correspondientes a la gravedad de la caries dental: 1) etapa emergente, definida por una puntuación en el índice de DCPO-12 superior a 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua, 2) etapa de crecimiento, definida por un DCPO-12 entre 3 y 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua, y 3) etapa de consolidación, definida por un DCPO 12 inferior a 3 y la presencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua. La puntuación del índice de DCPO sirve para hacer comparaciones fiables entre países.

De los 16 países de la Región que realizaron encuestas durante el período 2005-2011, hubo 15 que estaban en la etapa de crecimiento o en la de consolidación, lo que ilustra el progreso realizado en la Región de las Américas hacia el objetivo de salud bucodental para los niños y los adolescentes.

En este contexto, la OPS ha ejecutado un plan para mejorar la salud bucodental (130). El plan fue aprobado por los Estados Miembros de la OPS en el 2006, e insta a los Estados reconocer la salud bucodental como un aspecto fundamental de la salud general. Las políticas, herramientas y capacitación que la OPS ha ofrecido a los Estados Miembros han dado lugar a una reducción significativa de las caries en toda la Región. Estos progresos pueden atribuirse en gran parte a los programas nacionales de prevención (como los de fluoruración de la sal y el agua), a la mayor conciencia sobre una higiene bucodental adecuada y a las mejores prácticas de atención sanitaria bucodental. Los enfoques nuevos y eficaces en función de los costos, como los programas de fluoruración, también han contribuido a facilitar y aumentar el acceso a la atención de salud bucodental, en particular para los grupos más vulnerables.

Cobertura de la vacunación


La OMS recomienda que todos los individuos reciban cinco dosis de una vacuna que contenga el toxoide tetánico, seguidas de una dosis de refuerzo al comienzo de la edad adulta para garantizar la protección a lo largo de la vida reproductiva y, posiblemente, la protección de por vida. Dado que hay pruebas de que una serie de cinco dosis de vacuna brinda una protección cercana al 100%, la mayoría de los países de la Región tiene un calendario de vacunación antitetánica que incluye tres dosis de vacuna en el primer año de vida, más dos dosis de refuerzo antes de los siete años (que también refuerza la protección contra la tos ferina). Además, todas las mujeres en edad de procrear sin constancia registrada de haber recibido al menos cinco dosis de una vacuna que contenga el toxoide tetánico deben recibir las dosis necesarias de la vacuna antitetánica para prevenir el tétanos neonatal.

En el 2015, 15 países de la Región notificaron a la OPS una cobertura de vacunación del 85% o superior con una quinta dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. No hay ninguna recomendación específica para la vacunación de los adolescentes con el toxoide diftérico y tetánico (dT)¹ en la Región de las Américas. La OPS sigue trabajando con todos los países de la Región para garantizar la protección temprana contra el tétanos, la difteria y la tos ferina, con un calendario de cinco dosis de vacuna DPT antes de los 7 años.

Una incorporación importante al calendario de vacunación adolescente es la vacuna contra el virus del papiloma humano, que causa el cáncer cervicouterino. Este cáncer es causado por el VPH de transmisión sexual, que es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor en todo el mundo. Casi todos los individuos sexualmente activos serán infectados por el VPH en algún momento de su vida. El período de mayor número de infecciones se presenta poco después de la iniciación de la vida sexual activa. La mayoría de las infecciones por VPH remiten en forma espontánea y no causan síntomas ni enfermedad. Sin embargo, la infección repetida por tipos específicos de VPH puede provocar lesiones precancerosas, que si no se tratan pueden evolucionar hacia un cáncer cervicouterino (131).

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, Estados Unidos, Panamá, Puerto Rico. Según se desprende de los

¹ dT (contenido reducido del antígeno diftérico + tétanos).



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.

II.7: 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 riesgo y de protección que son determinantes importantes para salud y las enfermedades en la adolescencia, en particular, los comportamientos y situaciones relacionadas con la salud. Estos incluyen una atención especial a las relaciones con los padres y a la reglamentación que atañe a los adolescentes, junto con la recopilación de información acerca de con qué frecuencia durante los 30 últimos días los padres o tutores comprobaron que habían hecho la tarea escolar, comprendieron los problemas y preocupaciones de sus adolescentes o supieron realmente lo que estaban haciendo en el tiempo libre.

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 (figura II.35).

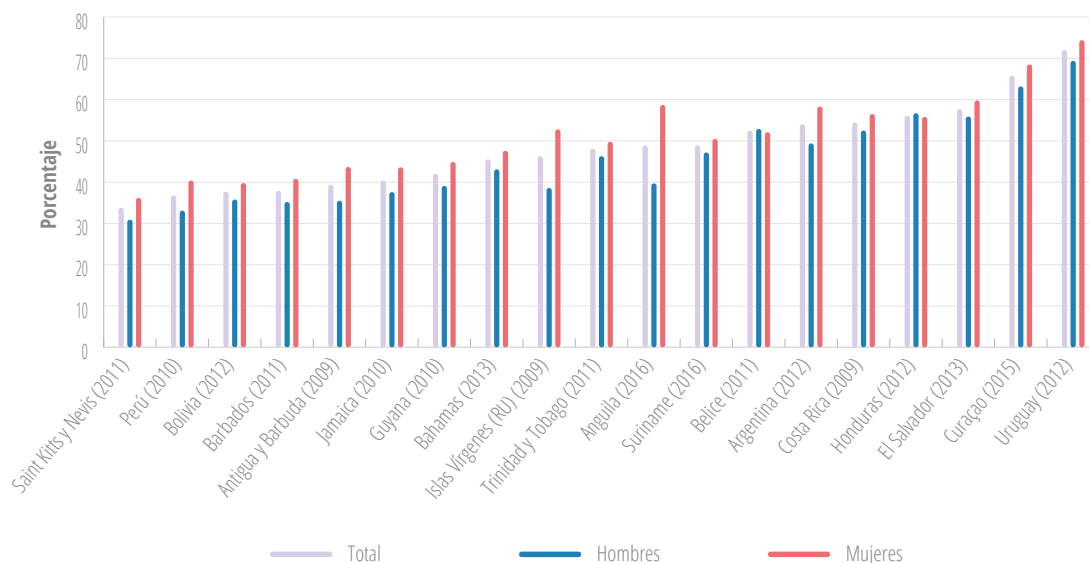
Recuadro II.6: Objetivo 8 regional de salud para los adolescentes y los jóvenes

Promover los factores protectores

- Aumentar el conocimiento de los padres de las actividades de los adolescentes

Fuente: (4).

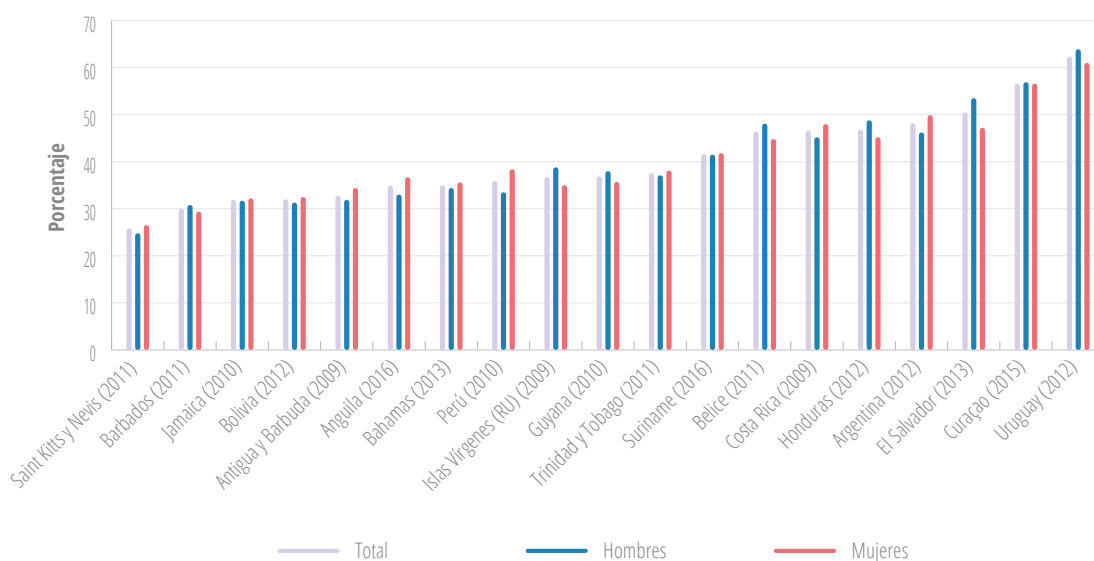
Figura II.35: Porcentaje de adolescentes (13-15 años) cuyos padres sabían, siempre o casi siempre, lo que estaban haciendo en su tiempo libre, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2009 - 2016



Fuente: (81).

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 (figura II.36).

Figura II.36: Porcentaje de adolescentes (13-15 años) que sintieron que sus padres o tutores comprendían sus problemas y preocupaciones, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2009-2016



Fuente: (81).

Conclusiones

En esta segunda parte del informe, se describe el estado de salud de los adolescentes y jóvenes, basándose en una serie de indicadores regionales convenidos con anterioridad. Los datos presentados indican que, lamentablemente, se ha avanzado muy poco en el mejoramiento del estado de salud de los jóvenes. Las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes permanecieron más o menos constantes entre el 2008 y el 2013, y la mayoría de las defunciones se deben a causas externas, evitables. En los países se encuentran resultados desiguales. En algunos países, como Bermudas, Chile, Granada y Suriname, se observó una disminución de la mortalidad en los hombres y las mujeres en el intervalo de 10 a 24 años de edad, mientras que en otros, como Brasil, Honduras y la República Dominicana, se observó una mortalidad mayor en todos los grupos.

Es preocupante el riesgo desproporcionadamente alto de muerte prematura en los hombres jóvenes por violencia, tanto interpersonal como autoinfligida, que indica la necesidad de intensificar los esfuerzos en favor de los hombres jóvenes con programas y servicios de salud.

El embarazo en las adolescentes sigue siendo inadmisiblemente alto, y las que están más expuestas al inicio precoz del período de reproducción son las jóvenes de medios desfavorecidos, las que residen en entornos rurales y las de las comunidades indígenas y de ascendencia africana.

Los problemas de salud mental y los factores de riesgo de muerte prematura y de enfermedad crónica a lo largo del curso de la vida son muy frecuentes y muestran una tendencia creciente. Se incluyen aquí los pensamientos y tentativas de suicidio, el consumo del alcohol, el sobrepeso, la obesidad y un modo de vida sedentario.

En resumen, los datos indican que una proporción importante de jóvenes en la Región sigue afrontando una mala salud y adoptando comportamientos potencialmente perjudiciales. La distribución de estos problemas y riesgos de salud está a menudo relacionada con la variabilidad de los determinantes sociales, como el nivel educativo y el quintil del índice de riqueza, lo que pone de manifiesto la importancia de las acciones multisectoriales en favor de la equidad, requeridas para mejorar la salud y bienestar de los jóvenes en la Región.



Parte III

PROGRESOS Y RETOS PARA LA
EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA
REGIONAL Y EL PLAN DE ACCIÓN
SOBRE LA SALUD DE LOS
ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES
(2010-2018)

III.1: Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se creó en 1902 y la integran los Estados Miembros y la Secretaría. Según se declara en su Constitución, la OPS tiene como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del hemisferio occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes (132). Uno de los instrumentos importantes para expresar y galvanizar este compromiso colectivo son las resoluciones que enuncian los compromisos, funciones y responsabilidades de los Estados Miembros y la Secretaría para alcanzar los objetivos y aspectos específicos del ámbito de la salud.

En el 2008, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (resolución CD48.R5) (4). La visión de la Estrategia regional 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 (4). Tanto la Estrategia regional como el Plan de acción fueron innovadores de diversas maneras. En primer lugar, exigieron una acción intersectorial basada en siete áreas estratégicas con repercusión transversal sobre una serie de problemas de salud prioritarios que afectan a los adolescentes y jóvenes en la Región (recuadro III.1). Para cada área estratégica había objetivos, indicadores y propuestas de acción claras en los ámbitos interinstitucional, regional, subregional y nacional.

Además de las siete áreas estratégicas, en el Plan de acción se proponen ocho objetivos de salud con 19 metas (anexo II.A), para ayudar a cuantificar y vigilar la repercusión de la iniciativa en los ámbitos nacional y regional (4). En la segunda parte de este informe, se proporciona una visión panorámica del estado de salud de los adolescentes y jóvenes con base en estos objetivos y metas.

Los siguientes apartados del informe proporcionan un resumen de la puesta en práctica del Plan de acción desde el momento de su aprobación. Teniendo en cuenta el amplio alcance de la iniciativa —en relación con todas las áreas de cooperación técnica de la OPS y con múltiples ámbitos de aplicación: regional, subregional nacional— no se pretende ser exhaustivos en este resumen. Se trata, en cambio, de resaltar las

medidas clave tomadas, algunas por la OPS y otras en colaboración con asociados como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Banco Mundial.

Recuadro III.1: Áreas estratégicas de acción sobre la salud de los adolescentes y jóvenes

1. **Información estratégica e innovación:** fortalecer la capacidad de los países para crear, utilizar y compartir información sanitaria de calidad sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, y sobre sus determinantes sociales, desglosando la información por edad, sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico.
2. **Entornos favorables para la salud y el desarrollo que se deben conseguir con políticas basadas en datos científicos:** impulsar y garantizar la existencia de entornos favorables para la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes que se deben conseguir mediante la aplicación de políticas eficaces, integrales, sostenibles y basadas en datos científicos (incluidos marcos jurídicos y reglamentos).
3. **Sistemas y servicios de salud integrados e integrales:** mejorar los sistemas y los servicios de salud integrales e integrados de calidad para atender las necesidades de los adolescentes y los jóvenes, haciendo hincapié en la atención primaria de salud.
4. **Aumento de la capacidad de los recursos humanos:** apoyar la formulación y el fortalecimiento de los programas de capacitación de recursos humanos para la salud integral de los adolescentes y los jóvenes, especialmente los relacionados con las ciencias de la salud y afines, a fin de mejorar la calidad de las políticas y programas para la promoción, la prevención y la atención de la salud de los adolescentes y los jóvenes.
5. **Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela:** de acuerdo con el documento de exposición de conceptos de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS (2009), se deben elaborar y respaldar los programas de promoción y prevención de la salud de los adolescentes y los jóvenes, con intervenciones comunitarias que fortalezcan a las familias, incluyan a las escuelas y promuevan la participación y la apropiación de las intervenciones por las comunidades.
6. **Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores:** facilitar el diálogo y forjar alianzas entre los asociados estratégicos, a fin de impulsar el programa regional de acción sanitaria de los adolescentes y los jóvenes, y de garantizar que los asociados estratégicos participen en la formulación de las políticas y los programas correspondientes a este grupo etario.
7. **Comunicación social y participación de los medios de difusión:** apoyar la inclusión de las intervenciones de comunicación social mediante el uso de medios tradicionales y tecnologías innovadoras para promover la salud de los adolescentes y los jóvenes en los programas nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes.

Fuente: (4).

III.2: Información estratégica e innovación

El objetivo de este área de acción es fortalecer la capacidad de los países para crear información sanitaria de calidad sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, y sobre sus determinantes sociales, desglosando la información por edad, sexo, etnicidad y nivel socioeconómico, para ello es necesario:

- Alcanzar el consenso respecto a una lista de indicadores básicos que faciliten la identificación de brechas e injusticias o faltas de equidad en la salud de los adolescentes y los jóvenes.
- Aumentar la capacidad para: a) desarrollar los sistemas nacionales de información sanitaria de los adolescentes, b) hacer un seguimiento (monitoreo) y evaluación de la calidad, cobertura y costo de los programas nacionales de salud adolescente y juvenil y los servicios y c) alinear los esfuerzos con el trabajo pertinente de la OPS y a escala mundial en este campo.
- Promover el análisis, síntesis y difusión de información integrada de diferentes fuentes sobre el estado de salud de los adolescentes y los jóvenes y los determinantes sociales.
- Respalda la investigación regional y nacional sobre la repercusión de las nuevas tecnologías y la innovación para mejorar la salud y el desarrollo de los jóvenes y para difundir las intervenciones y prácticas óptimas eficaces.

La lista de los indicadores incluidos en la Estrategia regional y el Plan de acción para el período 2010–2018 (4) se generó mediante un proceso regional consultivo. Se seleccionaron los indicadores teniendo en cuenta los siguientes criterios: 1) los indicadores representaban resultados clave de salud o conductas contribuyentes de los adolescentes y los jóvenes y 2) los datos nacionales ya estaban disponibles o podrían generarse. El plan requirió la notificación desglosada de estos indicadores por sexo, edad (grupos quinquenales) y, cuando fuera posible, por características socioeconómicas, grupo étnico y otros estratificadores pertinentes. Además de crear la lista de indicadores, se tomaron las siguientes medidas clave para apoyar la generación y mejorar la información sanitaria de calidad sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes:

- **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 Unidad de Información y Análisis de la Salud de la OPS coordina la recopilación, la limpieza, la normalización y la publicación de los datos de mortalidad notificados por los Estados Miembros de la OPS. La información se hace pública mediante el portal

de mortalidad ubicado en la Web (39). Mediante este portal, las personas interesadas pueden obtener los datos de mortalidad adolescente y juvenil, desglosados por sexo, de su propio país y de otros países, así como las tasas regionales. La notificación de los datos de mortalidad por los países suele tener un retraso de dos a tres años. Además, algunos países tienen porcentajes importantes de casos de mortalidad mal definidos, lo que disminuye la calidad de los datos de mortalidad. Las unidades y departamentos de la OPS correspondientes prestan cooperación técnica continua a los Estados Miembros para mejorar la calidad y puntualidad en la notificación de la mortalidad.

- **Encuestas de salud de los adolescentes:** Una porción significativa de los datos necesarios para el seguimiento del conjunto de indicadores mencionados se genera mediante las encuestas. En forma conjunta con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la OMS, la Secretaría presta apoyo constante a los países para realizar dos encuestas estandarizadas mundiales sobre el estado de salud de los adolescentes: la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) (81) y la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (EMTJ). La metodología de la EMSE permite la recopilación de bajo costo de datos sobre los factores de riesgo conductuales y factores protectores en diez áreas clave entre jóvenes de 13 a 17 años, mediante una encuesta autoadministrada en la escuela. Algunos de los temas que los países pueden incluir en la encuesta son el comportamiento sexual, la salud mental y el consumo de sustancias psicotrópicas, la higiene, los hábitos alimentarios y la actividad física, la violencia y las lesiones involuntarias y los factores protectores. En promedio, entre cinco y diez países de América Latina y el Caribe reciben apoyo cada año para realizar estas encuestas. Entre el 2008 y el 2014, 23 países de la Región completaron al menos una EMSE y hubo tres países que completaron dos de estas. Además de las encuestas mundiales, también se ha prestado apoyo a los países para realizar estudios nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes. Por ejemplo, seis territorios de ultramar en el Caribe (Aruba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Montserrat, San Eustaquio y San Martín) recibieron ayuda durante 2010-2012 para realizar encuestas en la escuela sobre la salud y la sexualidad de los adolescentes (80).
- **Sistema Informático del Adolescente:** el Sistema Informático del Adolescente (SIA) fue creado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) en respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud, a partir de un abordaje integral (133). El SIA consta de un formulario básico de la historia clínica del adolescente y otro para el registro de la evolución. Estos formularios son el punto de encuentro de profesionales de diferentes disciplinas (atención médica, servicios sociales, enfermería, psicología, etc.). El SIA facilita una evaluación integral de la salud y la

situación social del adolescente, más allá de la razón principal de la consulta con el médico personal. El formulario incluye una serie de aspectos en relación con los antecedentes personales, los antecedentes familiares y la exploración física. Además de su uso en las consultas individuales, el análisis de los datos recabados por el SIA genera información interesante de importancia para la salud pública. Entre los países en los que se ha adoptado el SIA con un alcance variable se hallan: Argentina, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay.

- **Sistema de Información Perinatal:** el Sistema de Información Perinatal (SIP) es un patrón para las historias clínicas perinatales creado por la OPS/OMS en CLAP/SMR. Aunque no está orientado específicamente a adolescentes, el SIP puede generar datos sobre su salud perinatal, como por ejemplo el perfil de las adolescentes embarazadas, su comportamiento en la búsqueda de atención de salud y el desenlace del embarazo. Con esta información, se puede obtener orientación sobre las acciones estratégicas para abordar estos temas.
- **Portal de salud de los adolescentes:** con objeto de mejorar el acceso de los países a la información sobre la salud de los adolescentes, la OPS creó un portal de salud de los adolescentes en el 2012. Este sirvió de herramienta interactiva, en la que la OPS y los países podían introducir o actualizar su información y también generar gráficos, figuras y perfil de países. Esta herramienta se utilizó mucho durante varios años, aunque había dificultades para el mantenimiento y la actualización regular de la información del país. En la actualidad, el portal de salud de los adolescentes está inactivo. No obstante, se están incorporando sus funciones en una nueva plataforma de información sanitaria integral, que está aún en construcción en la OPS.
- **Aumento de la capacidad:** la cooperación técnica prevé el fortalecimiento de la capacidad del país para generar y utilizar información de calidad sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. Esta labor ha incluido varios talleres de sensibilización y capacitación, así como apoyo directo a los países para el desarrollo de marcos de seguimiento y evaluación de sus planes y programas nacionales.
- **Investigación:** en el 2009, la OPS encargó un estudio multinacional con la intención de obtener información sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes indígenas. El estudio se llevó a cabo en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú y dio lugar a recomendaciones dirigidas a los servicios de salud sexual y reproductiva para la atención de jóvenes indígenas en estos países (134). En general, aunque la participación directa de la OPS en la investigación ha sido escasa, la OPS sigue desempeñando un papel importante en la agenda regional de investigaciones gracias a las estrechas relaciones de trabajo con instituciones académicas, a saber: la Universidad Católica de Chile, la Universidad Johns Hopkins, la Universidad Estatal de Iowa y la Universidad de las Indias Occidentales.

- **Análisis de inequidades:** una Promesa Renovada para las Américas (APR-LAC por sus siglas en inglés) se estableció en 2013 como un movimiento interinstitucional con el propósito de darle más visibilidad a las desigualdades de salud que afectan a las mujeres y niños en América Latina y el Caribe, y cuya Secretaría está basada en la OPS. A través de este trabajo, la OPS y sus socios regionales proporcionaron capacitación y apoyo técnico para el análisis de inequidad cuantitativa y cualitativa basado en la medición y monitoreo de las desigualdades de salud. En 2017, la iniciativa APR-LAC se convirtió en EWEC-LAC, el mecanismo regional de Coordinación Interagencial de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo principal sigue siendo el análisis y abordaje de las inequidades en salud.

En términos generales, la capacidad de los Estados Miembros de la OPS para generar información estratégica se ha fortalecido mediante la creación de diversas herramientas y mecanismos y mediante la provisión del apoyo técnico de la OPS a los países. 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.



III.3: Entornos favorables para la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes que se deben conseguir con políticas basadas en la evidencia

El objetivo de esta área de acción es impulsar y garantizar la obtención de entornos favorables y la aplicación de políticas eficaces, integrales, sostenibles y basadas en datos científicos sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, para ello hay que:

- Establecer políticas públicas que apoyen un mejor estado de salud para los jóvenes y garantizar asignaciones presupuestarias específicas para la salud de los adolescentes y los jóvenes.
- Elaborar, ejecutar y cumplir las políticas y programas basados en datos científicos que sean compatibles con la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y las declaraciones y convenciones sobre derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.
- Abogar por entornos favorables que fomenten la salud y el desarrollo de los jóvenes, mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la promoción de comunidades seguras, incluida la Iniciativa de Escuelas Saludables.
- Apoyar la formulación y revisión de las políticas y la legislación vigente en temas prioritarios de salud de los jóvenes, en especial las que tienen impacto en el acceso a los servicios de salud.

Intervenciones fundamentales que es preciso aplicar en el marco de esta área de acción:

- **Ayudar a los Estados Miembros a elaborar y actualizar las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes:** A finales del 2015, 30 de los 35 Estados Miembros de la OPS (86%) y 7 de los 13 Miembros Asociados y Territorios de Ultramar holandeses y británicos habían establecido objetivos de salud adolescente en las políticas, estrategias o planes nacionales de salud de los adolescentes, como parte de sus planes de salud o como estrategias o planes separados de salud de los adolescentes. En total, el 77% de los Estados Miembros, Miembros Asociados y Territorios de Ultramar habían establecido objetivos para mejorar la salud de los adolescentes (135). Por otro lado, varios países elaboraron estrategias y planes temáticos relacionados con problemas de salud específicos, tales como los planes nacionales de prevención de embarazos en las adolescentes. En una revisión de la OPS de los planes y las estrategias, se encontró que la mayoría de estos estaban centrados en los adolescentes del grupo de 15 a 19 años de edad,

con escasa atención para los de 10 a 14 años ni para los jóvenes de 20 a 24 años. En el anexo III.A se proporciona una panorámica de las políticas, planes y estrategias nacionales destinadas a los adolescentes y jóvenes, que han sido notificados a la OPS en el 2017. Varias de estas estrategias y planes han vencido o están a punto de vencer, lo que crea una oportunidad para la actualización de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. En el anexo III.B se resume la información relativa a las asignaciones presupuestarias para las actividades de salud de los adolescentes, notificada a la OMS por 26 países de América Latina y el Caribe durante el período 2010-2016. En conjunto, estos dos anexos nos indican que algunos países carecen de estrategias o planes de salud de los adolescentes o no tienen un presupuesto destinado a su ejecución. En el anexo III.C se informa sobre temas en los que los adolescentes son un grupo específico de las políticas, las estrategias y los planes nacionales de estos 26 países. El anexo III.B y el anexo III.C se han extraído de un panel en línea creado por la OMS que proporciona acceso a todos los informes de países sobre las encuestas mundiales de indicadores de políticas de salud de la madre, el recién nacido y el adolescente (136).

- **Impulsar y fomentar un entorno jurídico y normativo propicio para la salud de la población joven que sea compatible con la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y las observaciones finales sobre salud de los adolescentes emitidas por el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas:** en tanto que organismo de salud del sistema interamericano, la OPS está en una posición única para proporcionar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los organismos del tratado de las Naciones Unidas opiniones técnicas e información pertinente sobre la promoción y protección del derecho de la población joven a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. Algunas de las labores realizadas por la OPS en esta área se refieren al fortalecimiento de los poderes judicial y legislativo aplicando los instrumentos de derechos humanos, las directrices técnicas y la información estratégica sobre la capacidad legal de los adolescentes y su salud, incluida la salud sexual y reproductiva y derechos afines. Esto se ha llevado a cabo mediante la organización de talleres regionales, subregionales y nacionales, la generación de información estratégica (137) y el diálogo constante. Una estrategia importante ha sido fomentar el diálogo sobre estos temas entre los proveedores de atención sanitaria, los responsables de las políticas, los encargados de adoptar las decisiones, los jueces, los legisladores, los representantes nacionales de las comisiones de derechos humanos, los mediadores y la sociedad civil. Dichas experiencias han indicado que muchas de estas personas y entidades siguen teniendo muy poca información acerca de las obligaciones en materia de derechos humanos y los mecanismos para proteger la salud y el bienestar de los jóvenes. Este es el

caso de la población joven en general y, específicamente, el de aquellos con diversas identidades y expresiones de género u orientación sexual, en lo que se refiere al acceso a los servicios, productos y establecimientos de salud y la información esencial para tomar decisiones. La información aportada por 26 países de América Latina y el Caribe a la OMS mediante las encuestas mundiales de indicadores de políticas de salud de la madre, el recién nacido y el adolescente (anexo III.D) indica que aún existen barreras legales para los adolescentes que recurren a los servicios de salud (136).

- Brindar apoyo a la formulación y la revisión de la legislación nacional: conscientes de la pericia de la OPS, los países han solicitado ayuda para la formulación y revisión de la legislación. La OPS siempre ha proporcionado dicha asistencia de una manera continua, utilizando instrumentos de derechos humanos como las convenciones, los protocolos, las declaraciones y las normas como base para la revisión.

Según la información existente, la mayoría de los países de la Región ha 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.

III.4: Sistemas y servicios de salud integrados e integrales

El objetivo de esta área de acción es reforzar la capacidad de los sistemas de atención de salud para responder a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes. Para esto, debe hacerse énfasis en fortalecer los servicios de promoción, prevención y atención primaria de salud y en brindar apoyo a la extensión eficaz de la protección social, para ello hay que:

- Ejecutar intervenciones eficaces por medio del modelo de Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN).
- Integrar los servicios con las referencias y contrarreferencias entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

- Mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad mediante el desarrollo de estándares de calidad de atención y asegurando la disponibilidad de insumos básicos de salud pública.
- Desarrollar modelos de atención, incluida la prestación de servicios alternativos e innovadores (por ejemplo, consultorios móviles y servicios de salud vinculados a escuelas y farmacias).
- Realizar estudios sobre la disponibilidad, utilización y costo de los servicios.

Recuadro III.2: El carné de salud para adolescentes en Uruguay:

El carné de salud adolescente se creó en el 2009 por decreto ministerial, con el apoyo técnico de la OPS, y se ha actualizado en el 2017 gracias a la labor colaborativa con los adolescentes, de acuerdo con la Oficina de País de la OPS/Uruguay. La finalidad principal del carné es movilizar, facilitar la autonomía y participación de los adolescentes en su salud. Contiene una pequeña historia clínica (por ejemplo, vacunaciones, crecimiento y peso), proporciona consejos de salud, y facilita la conexión de los adolescentes a otros recursos, como los sitios web, para obtener información y otros servicios. Los adolescentes presentan el carné cuando acceden a los servicios de salud y también deben presentarlo en la escuela cada año académico.

Ministerio de SALUD
Salud de Adolescentes

Carné de Salud adolescente

Apellido, Nombre: _____

C.I.: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____

Etnia: Afro Blanca Otra F M Otro

Nombre social: _____

Domicilio: _____

Localidad o Barrio: _____

Departamento: _____

Teléfono / Cel.: _____

Referente adulto: (nombre, vínculo, celular u otro contacto) _____

Fuente: (4).

Se han ejecutado diversas actividades clave bajo este área de acción. A continuación se exponen tres ejemplos:

- Ampliación y adaptación al país del modelo de IMAN: el modelo de IMAN fue introducido por la OPS antes de la Estrategia regional actual sobre la salud de los adolescentes, como modelo de integración de la atención de salud de los adolescentes. Con base en esta iniciativa, la OPS y el UNFPA elaboraron un módulo sobre salud sexual y reproductiva del adolescente (138) y, en el 2012, la OPS coordinó la elaboración de un módulo sobre los adolescentes y las enfermedades no transmisibles (139). Se realizaron diversos talleres de aumento de la capacidad, incluido el IMAN, a escala regional, subregional y de país. La iniciativa IMAN ha sido aplicada ampliamente en la Región, lo que ha resultado en la incorporación de esta en las directrices y manuales nacionales de varios países (140).

- **Definición de un paquete y de las normas nacionales para mejorar los servicios de salud de los adolescentes:** a partir de la orientación normativa de la OMS y del modelo de IMAN, se brindó cooperación técnica a los países para definir un paquete integral de los servicios de atención de salud de los adolescentes y para elaborar normas para esos servicios. El fin último era mejorar el acceso de los adolescentes a servicios de salud de calidad que respondieran a sus necesidades específicas (anexo III.E). La publicación por parte de la OMS de las Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes en el 2015 proporcionó un nuevo impulso a los países para elaborar o actualizar las normas para los servicios de atención de salud de los adolescentes (141).
- **Incorporación de los adolescentes y los jóvenes a la agenda regional de salud universal:** en septiembre del 2014, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (resolución CD53.R14) (5). En esta declaración, los Estados Miembros resolvieron avanzar en proveer acceso universal a los servicios de salud integrales, de calidad y de ampliación progresiva, que sean coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional. También resolvieron que se identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad. Los pilares clave de la agenda regional de salud universal incluyen fortalecer la gobernanza y la capacidad de recursos humanos, mejorar la eficiencia y el financiamiento público de la salud y facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades. Esto se conseguirá mediante la capacitación y participación activa y el acceso a la información de los miembros de la comunidad, para que conozcan sus derechos y responsabilidades y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud y en la promoción y protección de la salud. Mediante la participación de los adolescentes e inclusión de sus necesidades de salud en el diálogo regional y nacional, se pueden promover acciones estructurales para que los adolescentes y los jóvenes tengan mayor acceso sostenible a servicios de salud de calidad.

III.5: Desarrollo de la capacidad de recursos humanos

El objetivo de este área de acción es apoyar el desarrollo y fortalecimiento de los programas integrales de formación de recursos humanos para la salud de los adolescentes

y los jóvenes. La prioridad son las áreas de las ciencias de la salud y afines, sin olvidar los profesores de escolares, los promotores de salud comunitaria y otros que puedan participar en equipos multidisciplinarios para dar una respuesta a las necesidades de salud y desarrollo de los jóvenes. Para ello hay que:

- Desarrollar y ejecutar programas de formación en salud y en desarrollo de los adolescentes y los jóvenes a nivel pregrado y posgrado con el uso de nuevas tecnologías como las plataformas de ciberaprendizaje.
- Incluir el tema de la salud de los adolescentes y los jóvenes en el plan de estudios de los profesionales de salud y de educación en los niveles de pregrado y de posgrado.
- Promover el desarrollo de la capacidad de los proveedores de atención primaria de salud por medio de cursos evaluados de salud integral de los adolescentes y los jóvenes apoyados por la OPS y actualmente disponibles en plataformas de ciberaprendizaje.
- Incorporar la evidencia actual relacionada con los jóvenes, así como la capacitación en seguimiento y evaluación de programas, en los cursos y otras plataformas virtuales de ciberaprendizaje disponibles.

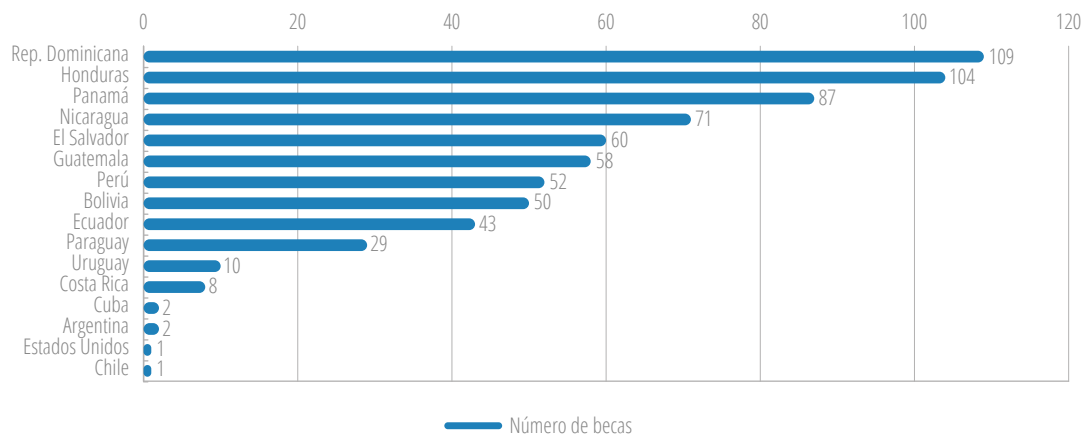
Esta área de acción quizá sea una de las áreas de la Estrategia regional sobre salud de los adolescentes y los jóvenes en la que más se ha invertido en los últimos años. La Secretaría ha organizado más de 40 talleres regionales, subregionales y nacionales de capacitación sobre temas relacionados con 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 los derechos humanos y otros interesados directos. A continuación, se describen cuatro áreas fundamentales de las actividades de aumento de la capacidad.

Programa de becas para la capacitación de posgrado sobre salud de los adolescentes

En el 2003, la OPS empezó un programa de estudios colaborativo con la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile que otorgaba el Diplomado en “Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes”. Se trata de un curso modular ofrecido como capacitación de posgrado mediante una plataforma virtual, con una duración de nueve meses. Está abierto a una amplia gama de profesionales de la salud, como los médicos, enfermeras, especialistas en salud mental, trabajadores sociales y otros involucrados en los programas y servicios de salud de los adolescentes. Para facilitar la mayor participación posible de los interesados en este curso, la OPS estableció un programa de becas, que ofrecen la matrícula a un precio reducido. Durante el período 2015-2016, la OPS realizó una evaluación del programa de becas, conjuntamente con la

Pontificia Universidad Católica de Chile. Según esta evaluación, la OPS acordó 687 becas a los países durante el año académico 2006-2015, incluidas 442 desde la adopción del Plan regional de acción. Los candidatos eran seleccionados de manera conjunta por las autoridades nacionales y las representaciones de la OPS en los países. El número más alto de becarios correspondía a los siguientes países: República Dominicana (109), Honduras (104), Panamá (87) y Nicaragua (71) (figura III.1).

Figura III.1: Número de becarios, por país, para el curso de capacitación de posgrado sobre la salud de los adolescentes de la OPS y la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2006-2015



Fuente: Análisis de la OPS, inédito.

Más de tres cuartos de los becarios eran mujeres. Los participantes en el curso eran médicos generalistas y especialistas, psicólogos, enfermeras y otros proveedores de atención de salud. En el momento de su participación, todos los becarios participaban en programas o servicios de salud de los adolescentes, en el ámbito de la gestión o en la prestación directa de servicios.

Se invitó a todos los becarios a participar en una encuesta en línea en la que se les preguntaba si el curso les había ayudado a aumentar su grado de dominio en cuestiones de salud y desarrollo de los adolescentes, en ámbitos generales y en competencias específicas según lo definido por la OMS (142). En una escala de 1 (valor mínimo) a 10 (valor máximo), los 282 encuestados calificaron el fortalecimiento de las diversas competencias entre 6,7 y 8,2. Dieron la puntuación más alta a la competencia 3.5: "Prestar atención en materia de salud sexual y reproductiva" (cuadro III.1).

Cuadro III.1: Fortalecimiento [en una escala de 1 (mínimo) a 10 (máximo)] de las competencias en salud y desarrollo de los adolescentes, según estimaciones de los becarios que participaron en el curso de posgrado diplomado en salud de los adolescentes de la OPS y la Pontificia Universidad Católica de Chile

Número del ámbito o competencia	Descripción del ámbito o competencia	Calificación del fortalecimiento
Ámbito 1	Conceptos básicos en materia de salud y desarrollo de los adolescentes, y comunicación eficaz	
1.1	Demostrar conocimiento del desarrollo normal del adolescente, su repercusión en la salud y sus implicaciones para la atención sanitaria y la promoción de la salud	7,4
1.2	Interactuar en forma eficaz con el usuario adolescente	7,5
Ámbito 2	Leyes, políticas y normas de calidad	
2.1	Aplicar en la práctica clínica las leyes y políticas que afectan a la prestación de atención sanitaria al adolescente	7,4
2.2	Prestar servicios a los adolescentes de conformidad con las normas de calidad	7,4
Ámbito 3	Atención clínica de los adolescentes con afecciones específicas	
3.1	Evaluar el crecimiento normal y el desarrollo puberal y tratar las alteraciones de crecimiento y de la pubertad	7,2
3.2	Proporcionar inmunización	7,1
3.3	Tratar las afecciones comunes en la adolescencia	7,8
3.4	Evaluar la salud mental y tratar los problemas de salud mental	7,1
3.5	Prestar atención en materia de salud sexual y reproductiva	8,2
3.6	Prestar servicios de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH	8,0
3.7	Fomentar la actividad física	7,7
3.8	Evaluar el estado nutricional y tratar los trastornos relacionados con la nutrición	7,4
3.9	Tratar las afecciones crónicas, incluida la discapacidad	6,7
3.10	Evaluar y tratar el consumo de sustancias psicotrópicas y los trastornos provocados por su consumo	7,2
3.11	Detectar la violencia y prestar apoyo de primera línea a la víctima	7,7
3.12	Prevenir y tratar las lesiones involuntarias	6,7
3.13	Detectar y tratar las enfermedades endémicas	7,1

Fuente: Datos de la encuesta en línea realizada a 282 becarios.

La evaluación indica que el programa de becas mejoraba de manera sustancial las competencias básicas en salud de los adolescentes para los proveedores de atención sanitaria en la Región de las Américas.

Inclusión de contenido sobre la adolescencia en los planes de estudios de los programas de capacitación en salud y profesiones afines

La OPS colaboró con diversas universidades en la Región, como la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ) y universidades de Argentina, Guatemala, México y Venezuela, en la elaboración del contenido y los cursos de salud de los adolescentes. Más tarde, en el 2015, la OPS estableció una asociación con la Universidad de las Indias Occidentales (UWI, por sus siglas en inglés) para la elaboración de los programas de capacitación en salud de los adolescentes en la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de Enseñanza a Distancia (*Open Campus*).

Campus Virtual de la OPS

El Campus Virtual de Salud Pública es una herramienta de cooperación técnica de la OPS que proporciona una serie de cursos de autoaprendizaje y cursos con tutoría que están abiertos a todo el público (143). Varios de los cursos ofrecidos en el Campus Virtual tienen relación con la salud de los adolescentes y los jóvenes, como los cursos de salud y derechos humanos, los de salud bucodental, los de género y salud y los de prevención del consumo de tabaco y alcohol. Debido a la naturaleza virtual de la plataforma, se pueden proporcionar oportunidades de aprendizaje a bajo costo para todos los interesados directos que tengan acceso a internet.

Talleres de capacitación

Un componente integral de la estrategia de cooperación técnica de la OPS es la organización regular de los talleres presenciales y la organización de actos de capacitación para los interesados directos regionales y nacionales en temas específicos relacionados con la salud de los adolescentes y los jóvenes. Además, la capacitación en salud adolescente se ha impartido a otros grupos de interesados directos, como algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) y los propios jóvenes, a fin de facilitar y fomentar su participación en el diálogo, programas y servicios relacionados con su salud.

Hay un alto grado de recambio de los proveedores de atención sanitaria y los directores de programa en la mayoría de los países, así como una falta de capacitación regular específica en adolescencia disponible para los proveedores de atención sanitaria a escala de país (anexo III.E). En vista de lo dicho, es esencial la inversión continua en capacitación, antes y durante el servicio, para los proveedores de atención sanitaria y profesiones afines, los responsables de las políticas y otros funcionarios del gobierno, con objeto de asegurar una masa crítica de conocimiento y aptitudes para abordar adecuadamente los problemas de salud de los adolescentes y los jóvenes.

III.6: Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

El objetivo de esta área de acción es desarrollar y apoyar los programas de promoción y prevención de la salud de los adolescentes y los jóvenes mediante intervenciones basadas en la comunidad que fortalecen la familia, así como la escuela, y fomentan una amplia participación, para ello hay que:

- Elaborar y difundir herramientas basadas en datos científicos que ayudan a los actores estratégicos a llevar a cabo intervenciones para fortalecer la familia.
- Promover el esfuerzo de la comunidad para movilizarse y modificar las políticas institucionales y fomentar los entornos propicios para la salud y el desarrollo de los jóvenes.
- Crear herramientas para aumentar la participación y el poder de decisión de los adolescentes y los jóvenes en las comunidades donde viven.
- Fortalecer la coordinación entre los sectores de la salud y la educación en el desarrollo, seguimiento y evaluación de programas integrales para los adolescentes y los jóvenes.

Hay datos irrefutables de que la salud y el desarrollo de los jóvenes están profundamente afectados por las relaciones que tienen con los padres, los compañeros, las relaciones en la escuela y en la comunidad (6, 144, 145). En algunos estudios, se ha observado una importante relación entre el bajo grado de cohesión o vínculo afectivo con la familia, los compañeros, la escuela y la comunidad y el mayor riesgo de resultados negativos en materia de salud y comportamientos, como la ansiedad, la depresión, los pensamientos e intentos de suicidio, las relaciones sexuales sin protección, el embarazo inesperado y el consumo de sustancias adictivas (144, 145). Por el contrario, las relaciones positivas y un elevado grado de cohesión promueven el bienestar emocional y físico y protegen al adolescente frente a comportamientos que ponen en riesgo su salud a corto, medio y largo plazo (6, 144, 145).

En los últimos años, la OPS ha introducido varios enfoques modelo 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. Estas actividades son entre otras:

- **Familias Fuertes: Amor y Límites:** (en el 2000, la OPS inició una colaboración con el programa de Extensión y Divulgación de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Estatal de Iowa (ISU HSEO) para implementar el Programa de Fortalecimiento de la Familia 10-14 (Strengthening Families Program: for Parents and Youth 10-14) (146) en América Latina. El programa es un plan de capacitación en aptitudes para la vida familiar basado en datos científicos dirigido a los adolescentes y sus padres. Está diseñado con el fin de disminuir los comportamientos de riesgo, la delincuencia y el consumo excesivo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes, fomentar las relaciones positivas entre padres e hijos adolescentes y mejorar las competencias sociales y el rendimiento escolar. Favorece las habilidades de crianza de los hijos y estimula la comunicación en el seno de la familia, con el fin de reducir

los factores de riesgo en el comportamiento de los adolescentes. El programa consta de siete sesiones semanales de dos horas en el que participan de 6 a 12 familias, dirigidas por facilitadores capacitados. En virtud del convenio con la ISU HSEO, la OPS tradujo el material al español e invirtió también en un proceso de revisión con países latinoamericanos, lo que dio lugar a una versión adaptada para América Latina titulada: Familias Fuertes: Amor y Límites (Strengthening Families–Love and Limits). Hasta la fecha, este programa se ha presentado en todos los países latinoamericanos e implementado en diferentes ámbitos. En varios países, como Colombia y Perú (recuadro III.3), el programa ha sido adoptado formalmente por las autoridades nacionales como una estrategia nacional básica para el fomento de la salud del niño y del adolescente. En el 2016, la OPS le encargó a la Universidad Johns Hopkins la realización de una evaluación externa de la implementación y la repercusión del programa “Familias Fuertes”, con el fin de informar la implementación continua de este enfoque en la Región.

Recuadro III.3: Familias Fuertes en Perú

En Perú, la implementación del programa Familias Fuertes comenzó en el 2005 con la capacitación de la primera cohorte de facilitadores. Esto estuvo seguido de la primera aplicación del programa en el 2007 en nueve municipios de la Zona Metropolitana de Lima, coordinada por la OPS. En el 2008, el programa fue transferido a la Comisión Nacional para el Desarrollo y la Vida sin Drogas (DEVIDA), mediante un acuerdo colaborativo. Desde entonces, DEVIDA ha estado coordinando la implementación de Familias Fuertes y el programa se incorporó a la programación y presupuesto regular de DEVIDA. En la actualidad, Familias Fuertes se está implementando en 23 regiones de Perú, a través de las direcciones regionales de educación. El programa ha seguido ampliándose. DEVIDA ha capacitado a 8 338 facilitadores en toda la nación y se ha llegado a más de 120 000 familias con esta intervención. DEVIDA también ha prestado apoyo a otros países, como Bolívia

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y la Vida sin Drogas (DEVIDA)

- **Escuelas Promotoras de Salud:** La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de Salud se comenzó a principios de los años noventa. Con el respaldo de la OPS, la OEA y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés), el objetivo de la Iniciativa es proporcionar un entorno escolar saludable para vivir, aprender y trabajar. La finalidad del programa es formar a las generaciones futuras con los conocimientos, las capacidades y las aptitudes necesarias para fomentar y cuidar su salud, la salud de su familia y la de su comunidad. Como resultado de la Iniciativa, la mayoría de los países de la Región han organizado actividades escolares saludables, algunas centradas en el nivel preescolar

y otras en los niveles primario y secundario. Las acciones escolares de promoción de la salud se siguen aplicando y respaldando en varios países de la Región.

- **Integración de la seguridad humana en los planes de salud de los adolescentes y los jóvenes:** el enfoque de la seguridad humana aborda los determinantes sociales de la salud a escala local, procura la adopción de la gobernanza, es decir, compartir el poder en materia de salud y promueve la autosuficiencia y la autodeterminación de las personas y las comunidades (147). En concreto, el enfoque de la seguridad humana aborda las interrelaciones entre diferentes elementos para vivir sin temor, sin privaciones y con dignidad; se centra en las maneras en que las personas experimentan vulnerabilidad en su vida cotidiana y reconoce que las diferentes amenazas se exacerban mutuamente, por lo que deben abordarse de manera holística; está centrado en las personas y depende del contexto; involucra a todos los sectores y agentes pertinentes en los procesos de planificación, toma de decisiones y ejecución; potencia al máximo la prevención y promoción e impulsa las sinergias entre los esfuerzos por proteger y empoderar a las personas y las comunidades. La integración del enfoque de la seguridad humana en los planes de salud de los adolescentes y los jóvenes añade valor al programa regional de salud de los adolescentes y los jóvenes de la OPS, ya que aumenta la resiliencia individual y de la comunidad. En particular, puede orientar a los interesados directos para estar mejor preparados frente a las amenazas para la salud, de modo que puedan recuperarse más rápido y resurgir más fuertes de estas amenazas en cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de confianza en sí mismos y autodeterminación.
- **Otras intervenciones:** en los últimos años, se han lanzado diversas intervenciones modelo encaminadas a mejorar la salud y bienestar de los adolescentes, pero su ejecución ha sido escasa, a menudo limitada por un financiamiento específico sujeto a un plazo determinado. Algunas de estas son:
 - **Aventuras inesperadas:** se trata de un programa multimedia dirigido por compañeros, cuyo objetivo es capacitar a los educadores juveniles que trabajan con adolescentes en la promoción de un desarrollo sano de sus coetáneos. Se ha implementado en algunos países. Los principios más importantes de este programa son que la adolescencia es una etapa fascinante, que cada cambio en el cuerpo o el alma trae nuevas experiencias y responsabilidades y que, estando juntos, estas cosas hacen que la adolescencia sea una gran aventura.
 - **Escuelas de fútbol: Jugados por la salud:** se trata de un programa de promoción de la salud dirigido a varones del grupo de 8 a 12 años de edad. El programa se sirve del fútbol para promover la igualdad de género y la no violencia, se ha implementado en 20 países y ha estado respaldado por el financiamiento de la Fundación Johan Cruyff.

- **TEACH-VIP Youth:** Esta iniciativa trata de impulsar alianzas entre los adultos y los jóvenes para la prevención de la violencia juvenil. La intervención consta de un módulo de capacitación para que los adultos y jóvenes planifiquen, apliquen y evalúen programas en sus comunidades destinados a prevenir la violencia juvenil.
- **Arte, salud y desarrollo:** en reconocimiento a la importante función que el arte puede desempeñar como promotor de la salud y el desarrollo positivo, la OPS trabajó junto a una red de artistas latinoamericanos para organizar un foro internacional titulado “Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo”. Los participantes llegaron a un acuerdo reflejado en la Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo. En consecuencia, se aplicaron iniciativas de arte y salud en diversos países, con un alcance variable.



Participación y empoderamiento de la juventud

La participación y 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 chicas adolescentes. Esta 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, charlas en las redes sociales y otros medios. En el 2010, la OPS publicó un documento estratégico titulado el “Empoderamiento de mujeres adolescentes: Un proceso clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. En esta publicación se abogaba persuasivamente por la causa de las adolescentes y se formulaban recomendaciones prácticas para empoderarlas, como un elemento fundamental de desarrollo humano sostenible (148). Además, la OPS invirtió en trabajar con las redes de jóvenes indígenas y de ascendencia africana y en empoderarlas, haciendo que estas jóvenes participen en el diálogo en torno a sus problemas y prioridades de salud. El trabajo con estas redes ha ilustrado la importancia fundamental de la participación significativa de los jóvenes en el diseño y la aplicación de las intervenciones de salud.

III.7: Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

El objetivo de esta área de acción es facilitar el diálogo y la creación de alianzas entre asociados estratégicos para avanzar en la agenda de salud de los adolescentes y los jóvenes y asegurar que actores clave participen en el desarrollo de políticas y programas destinados a este grupo de edad. Para ello hay que:

- Desarrollar acciones integradas y coordinadas entre el sector de la salud y asociados estratégicos regionales, nacionales y locales, en los ámbitos docente, judicial, laboral, de la seguridad pública, la vivienda y el medio ambiente.
- Aumentar y fortalecer los programas interinstitucionales para los adolescente y los jóvenes respaldados por las Naciones Unidas y los organismos del sistema interamericano.
- Establecer mecanismos para la cooperación Sur-Sur y para el intercambio de prácticas óptimas y enseñanzas adquiridas en la Región.

Medidas clave tomadas por la OPS bajo este área de acción:

- **Colaboración multisectorial de los interesados directos:** La OPS hace participar cada vez más a un grupo multisectorial de interesados directos 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 y de los interesados directos que tienen la responsabilidad de integrar la perspectiva de género, los derechos humanos y la protección social.

- **Asociaciones Regionales:** en la actualidad, existen alianzas estratégicas entre la OPS, el UNICEF, el UNFPA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), la UNESCO, el Banco Mundial, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) 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.

III.8. Comunicación social y participación de los medios de comunicación

El objetivo de esta área de acción es apoyar la incorporación de intervenciones de comunicación social y tecnologías innovadoras en los programas nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes, para ello hay que:

- Promover imágenes, valores y comportamientos positivos con respecto a la salud de los adolescentes y los jóvenes.
- Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en el uso eficaz de las técnicas de comunicación social y las nuevas tecnologías para aumentar el acceso a las intervenciones y los servicios de salud.
- Brindar apoyo a la generación de datos científicos en este tema, sobre todo en cuanto al uso de nuevas tecnologías y su repercusión en la salud.

Actividades clave bajo esta área de acción:

- Inclusión y presentación de imágenes positivas de los adolescentes y los jóvenes en las publicaciones de la OPS: la OPS ha sido uniforme y selectiva en la inclusión de imágenes positivas y respetuosas de los adolescentes y los jóvenes en todas las publicaciones.

- Fomentar y aumentar la capacidad para usar los soportes digitales en la salud de los adolescentes: la OPS estableció una asociación colaborativa con una ONG con sede en California, YTH (youth+tech+health), en español: juventud+tecnología+salud, cuya meta principal es mejorar la salud y el bienestar de la juventud mediante la tecnología. Cada año, YTH organiza una conferencia internacional sobre tecnología pionera que hace avanzar la salud y el bienestar de los jóvenes. Este acontecimiento reúne a los innovadores en la promoción de la juventud, la salud y la tecnología para exhibir lo que funciona, compartir ideas y conocimientos y lanzar nuevas colaboraciones. La OPS y YTH han colaborado en la organización de dos talleres regionales sobre el uso de la tecnología digital en la salud de los adolescentes, y también en la elaboración de las estrategias digitales de salud en varios países, como Guatemala y Suriname.
- Conmemoración de días especiales, como el Día Internacional de la Juventud y el Día Internacional de la Niña: la celebración de los actos de divulgación proyectados durante estas ocasiones brinda una oportunidad a la promoción de este tema y al intercambio de información sobre temas relacionados con la salud de los adolescentes y los jóvenes.

Conclusiones

La información suministrada en esta parte del informe destaca el considerable progreso realizado en la respuesta regional y nacional a la salud de los adolescentes y los jóvenes. La formulación de políticas, estrategias y planes nacionales facilitó la articulación y la institucionalización de los programas nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes en la mayoría de los países. Sin embargo, la falta de asignación de recursos humanos y financieros limitó la aplicación de estas estrategias y planes. El resultado del examen de las estrategias y los planes nacionales también indica la escasa articulación de los enfoques para identificar y llegar a los subgrupos de jóvenes de difícil acceso y vulnerables.

Se introdujeron varias intervenciones prometedoras en los países, no obstante, con algunas excepciones, estas no fueron llevadas a la escala necesaria para lograr resultados importantes. La falta sistemática de seguimiento y evaluación de las iniciativas también puso en peligro la capacidad, a escala regional y de país, para determinar qué funciona en el contexto de la Región. Las principales inversiones se realizaron para aumentar la capacidad de diferentes colectivos de interesados directos en una serie de temas de salud de los adolescentes; sin embargo, la falta de seguimiento y evaluación y la elevada rotación de los directores de programa y los proveedores de servicios dificultaron también la valoración de los resultados de estas inversiones en el largo plazo.

Cuando se analizan los datos presentados en la segunda parte, la conclusión general es que los esfuerzos realizados a escala regional y de país produjeron pocos resultados en cuanto al mejoramiento de las condiciones de salud de los adolescentes y los jóvenes. Esto, a su vez, lleva a deducir que hay que hacer cambios en las respuestas regionales y nacionales para acelerar el progreso hacia el mejoramiento de la salud y el bienestar de los jóvenes en la Región.

Las enseñanzas extraídas en los años pasados hacen referencia ya a algunos de los cambios necesarios, como lograr que los programas de salud de los adolescentes y los jóvenes sean multisectoriales y aborden los determinantes sociales de salud; conseguir que los enfoques estén basados en evidencia, se destinen a los grupos en situación de vulnerabilidad desde una perspectiva de equidad y se lleven a escala, aplicar un seguimiento y evaluación rigurosa para informar la planificación estratégica y las adaptaciones oportunas con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia de los programas y servicios y desarrollar nuevas modalidades para el aumento de la capacidad que producirá resultados sostenibles.





Parte IV

SOBREVIVIR, PROSPERAR,
TRANSFORMAR: QUE
NINGÚN JOVEN SE QUEDE
ATRÁS EN LA REGIÓN DE
LAS AMÉRICAS

IV.1: Introducción

En esta parte del documento, se presenta una perspectiva orientada al futuro sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. Tiene en cuenta las lecciones aprendidas del pasado, así como la evolución de los acontecimientos y compromisos sanitarios regionales y mundiales, y sus consecuencias para la creación de una nueva agenda de salud de los adolescentes y los jóvenes para la Región más allá del 2018, momento en que el Plan de acción actual llega a su fin.

IV.2: Naturaleza evolutiva de la agenda de salud de los adolescentes y los jóvenes

El informe de progreso 2017 de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (149) de EWEC (Todas las mujeres, todos los niños) señala que, hasta hace poco tiempo, la salud de los adolescentes era un tema descuidado. Ese informe también comenta que ahora esto está cambiando y se ha reforzado con el reconocimiento, en la estrategia mundial de EWEC y otros documentos mundiales recientes de, que los adolescentes ocupan una posición central en la salud pública mundial y podrían desempeñar una función transformadora dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (149).

IV.2.1: Panorama mundial

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 el AA-HA! (6) y en el informe de la Comisión de The Lancet (3), se argumenta de manera rotunda que la inversión en los adolescentes y los jóvenes constituye un requisito para el desarrollo.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

La agenda 2030 de desarrollo sostenible tiene un alcance y ambición sin precedentes (1). Algunas prioridades, como la erradicación de la pobreza, la salud, la educación y

Recuadro IV.1: Salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: (1).

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 de todos a todas las edades.” Ese objetivo tiene 13 metas (anexo IV.A y anexo IV.B). Hay muchas interrelaciones entre el objetivo de salud y los otros objetivos y metas (recuadro IV.1). 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.

Para adoptar la amplia gama de temas transversales incluidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, será necesario lograr una mayor coherencia, integración y coordinación intersectorial de los esfuerzos. Esto, a su vez, requerirá fortalecer las alianzas locales, nacionales, regionales y mundiales del desarrollo sostenible, un compromiso para llegar a los diversos sectores, objetivos claros y cuantificables y atención explícita a las necesidades de los grupos más vulnerables y marginados.

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 (150), 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 (AA-HA!)

La 68.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Secretaría de la OMS que elaborase orientación para aplicar medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescente (la guía mundial AA-HA!) (6), 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 (2) así como con el marco operativo de esta Estrategia (151), 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 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.

Observación General N.º 15 del Comité de los Derechos del Niño

- Después de aprobar la Estrategia Regional de la OPS y el Plan de Acción, el Comité de los Derechos del Niño (CDN) publicó la “Observación General N.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)” (152). Este documento de observación se encarga de tres aspectos:

- Destaca las semejanzas subyacentes entre la base científica de un enfoque basado en la salud pública para (hacer frente a la mala salud) la salud de los adolescentes y de un enfoque basado en los derechos de salud durante la adolescencia.
- Define el contenido normativo del derecho del adolescente al más alto nivel posible de salud y su derecho a ser acogido en los establecimientos de los servicios de salud para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.
- Establece la obligación jurídicamente vinculante de los Estados que forman parte de la CDN en relación con asegurar el disfrute pleno del derecho del adolescente a la salud, proporcionando un marco conceptual y recomendaciones sobre medidas concretas y acciones necesarias por parte de los Estados Miembros y agentes no estatales, para cumplir esa obligación y para elaborar los informes periódicos que preparan para el Comité.

Observación General N.º 20 del Comité de los Derechos del Niño

En su “Observación General N.º 20 (2016) sobre la aplicación de los derechos del niño durante la adolescencia” (153), el CDN formula orientación para los Estados sobre las medidas necesarias para garantizar la realización de los derechos del niño durante la adolescencia. Los temas destacados en ese documento son:

- La importancia de valorar la adolescencia y las características que le son propias como una etapa positiva del desarrollo de la niñez y la necesidad de promover entornos que ayuden a prosperar; explorar la identidad emergente, creencias, sexualidad y oportunidades; alcanzar un equilibrio entre el riesgo y la seguridad; aumentar la capacidad para tomar decisiones y hacer elecciones de vida positivas, informadas y libres y realizar con éxito la transición a la edad adulta.
- La dirección y orientación de los padres debe proporcionarse de forma que sea compatible con la evolución de las facultades del niño y buscando un equilibrio adecuado entre el respeto de la evolución de las facultades de los adolescentes y un grado de protección suficiente.
- Garantizar que se conceda el mismo respeto y protección a todos los derechos de cada niño y niña adolescente y que se introduzcan las correspondientes medidas integrales de acción afirmativa para reducir o eliminar las situaciones que llevan a la discriminación directa o indirecta de cualquier grupo de adolescentes en cualquier ámbito.
- Adoptar medidas que garanticen el acceso de todos los adolescentes, sin discriminación, a los diferentes medios de difusión y que respalden y promuevan el acceso igualitario a una ciudadanía digital, sin olvidar la promoción de formatos accesibles para adolescentes con discapacidad.
- Promover la seguridad en el entorno digital mediante estrategias holísticas, incluida la alfabetización digital en relación con los riesgos derivados de la conexión a internet

- y las estrategias para que sea segura. Reforzar la legislación y los mecanismos de aplicación de la ley para combatir el abuso en internet y luchar contra la impunidad.
- Las medidas tomadas respecto a la legislación, las políticas y los programas centrados en los adolescentes deben tener en cuenta las violaciones transversales de los derechos y la multiplicación de los efectos negativos sobre los adolescentes afectados, en particular en lo que se refiere a estereotipos de género que afectan a las niñas y niños, los adolescentes con discapacidad, adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, así como adolescentes indígenas y demás minorías.

Informe de la Comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar de los adolescentes

Un informe publicado en el 2016 por una comisión especial de The Lancet presentó una serie de artículos de referencia sobre la salud de los adolescentes (3). Este trabajo reunió los datos científicos y las ideas más actuales de una red de expertos mundiales, entre otros, docentes, responsables de las políticas, médicos de familia, defensores del tema en materia de salud juvenil e instituciones académicas destacadas que representaban diversas disciplinas. Los ámbitos académicos incluían el de la salud pública y medicamentos, las ciencias del comportamiento, neurociencias, educación, derecho, economía y ciencias políticas y sociales. En el recuadro IV.2 se presentan los mensajes clave del informe.

Recuadro IV.2: Mensajes clave, oportunidades y retos relacionados con la salud de los adolescentes, según se presentaron en el informe del 2016 de la Comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar de los adolescentes

Mensajes clave

- Invertir en la salud y el bienestar de los adolescentes aporta beneficios durante la adolescencia, a lo largo de la vida y a la siguiente generación.
- Los adolescentes están preparados desde el punto de vista biológico, emocional y de desarrollo para participar más allá de sus familias. Debemos crear oportunidades para la participación significativa con ellos en todos los aspectos de su vida.
- Las desigualdades relacionadas con la pobreza y el género, entre otras, modelan todos los aspectos de la salud y el bienestar de los adolescentes. Se necesitan acciones multisectoriales eficaces para aumentar los recursos asignados a la salud y el bienestar y ofrecer una segunda oportunidad a los más desfavorecidos.
- Los adolescentes y los adultos jóvenes se enfrentan a cambios sociales, económicos y culturales sin precedentes. Debemos transformar nuestra salud, educación, apoyo familiar y sistemas legales para seguir al mismo ritmo que estos cambios.

Oportunidades destacadas

- Garantizar y brindar apoyo para el acceso a una educación secundaria gratuita y de calidad para todos los adolescentes es la mejor inversión para la salud y el bienestar.
- Abordar los problemas de salud evitables y tratables de los adolescentes (como las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la infección por VIH, la mala salud sexual y reproductiva, las lesiones y la violencia) producirá enormes beneficios sociales y económicos. Esto es fundamental para llegar a una gran convergencia mundial en salud en todos los países para el 2030.
- Las acciones más eficaces para la salud y el bienestar de los adolescentes abarcan varios sectores y niveles y cuentan con múltiples componentes. Los medios digitales y las tecnologías de banda ancha ofrecen posibilidades increíbles para el aumento de la capacidad dentro de los sectores y la coordinación de las acciones entre ellos.
- Establecer sistemas para la capacitación, la tutoría y la participación de los defensores de la causa en materia de salud juvenil tiene el potencial de transformar los modelos tradicionales de prestación de servicios de salud y crear sistemas de salud con capacidad de respuesta para los adolescentes.

Retos por delante

- El rápido aumento, en todo el mundo, de los riesgos para la salud de los adolescentes de padecer enfermedades no transmisibles en la madurez requerirá un grado de coordinación sin precedentes entre los sectores, desde el nivel mundial al local.
- Las enfermedades no transmisibles de los adolescentes (como los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicotrópicas, así como las enfermedades físicas crónicas) están convirtiéndose en los problemas de salud dominantes de este grupo etario. Se requiere una inversión considerable en el sistema de atención de salud así como métodos de prevención.
- Los sistemas de información sobre salud para apoyar las acciones en favor de la salud de los adolescentes siguen siendo insuficientes. Se necesita mayor armonización y ampliación de los sistemas de recopilación de datos de los problemas de salud descuidados y a edades más tempranas.
- Las desigualdades en la salud y el bienestar son evidentes en los adolescentes social y económicamente marginados, como los de minorías étnicas, refugiados, agresores jóvenes, indígenas y jóvenes LGBT (lesbianas, gays, bisexuales o transexuales). Será esencial la participación de los adolescentes y la reconfiguración de los sistemas de servicio para garantizar la equidad en el acceso independientemente del sexo, etnicidad o situación socioeconómica.

Fuente: (3).

IV.2.2: Panorama regional

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 cobertura universal de salud y de acceso universal a la salud (5) y el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (124). A continuación, se destacan otros dignos de mención y algunos compromisos regionales.

Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 es el instrumento de planificación de mayor nivel de la OPS, de acuerdo con lo aprobado por sus Cuerpos Directivos (154). El Plan Estratégico prioriza la equidad en salud mediante el abordaje de enfoques estratégicos y transversales tales como los determinantes sociales de la salud y la estrategia de “salud en todas las políticas”. La visión del Plan Estratégico va más allá de los enfoques tradicionales centrados en las enfermedades y destaca entre sus principios clave: promover la salud, fortalecer la atención primaria de salud y abordar las condiciones sociales de la salud, estos llevarán al goce de una vida sana y el bienestar de todos los ciudadanos de la Región de las Américas.

Declaración de Panamá sobre la reducción de inequidades en la salud reproductiva, materna y del niño

En septiembre del 2013, en la Declaración de Panamá sobre la reducción de inequidades en la salud reproductiva, materna y del niño (155), la Región renovó su promesa de mejorar la salud de las mujeres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes procurando reducir las inequidades, ampliar las intervenciones basadas en datos científicos, promover la cobertura universal de salud, establecer mecanismos de cooperación regional y alianzas estratégicas y movilizar al liderazgo político. En un seguimiento a esa Declaración, los asociados regionales, como la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional establecieron una colaboración interinstitucional denominada “Una Promesa Renovada” cuya Secretaría tenía sede en la OPS. Estos organismos tomaron varias medidas conjuntas para promover y brindar apoyo al análisis de las inequidades, entre otras, publicar un informe sobre equidad en salud (156) y prestar cooperación técnica a los países con el fin de fortalecer su capacidad para realizar los análisis de las inequidades. Recientemente, Una Promesa Renovada ha pasado a formar parte integrante de “Todas las mujeres, todos los niños” de América Latina y el Caribe.

Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans

En reconocimiento del estigma y la discriminación en el sector de la salud contra las personas LGBT y la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de atención de salud y los indicadores de salud generales para estos grupos de población, los Estados Miembros de la OPS aprobaron en el 2013 la resolución pionera CD52.R6 (157). La resolución insta a los Estados Miembros a: a) promover servicios de salud con pleno respeto de la dignidad humana y el derecho a la salud, teniendo en cuenta la diversidad de las expresiones de género y la identidad de género, b) otorgar prioridad a promover el acceso igualitario a los servicios de salud en las políticas, los planes y la legislación y c) recopilar datos acerca de la atención de salud y los establecimientos de salud para la comunidad de LGBT.

En el contexto de esta resolución, la OPS coordinó la elaboración de un informe sobre la situación de salud y el acceso a los servicios de atención de salud de las personas LGBT, los obstáculos a los que pueden enfrentarse para obtener acceso a los servicios de atención de salud y las repercusiones del acceso reducido de estos grupos de población (158). Los resultados son pertinentes para la situación de las personas LGBT de todas las edades, incluidos los adolescentes y los jóvenes. Algunos de los resultados clave son: 1) muchos de los países que participaron en el informe tienen políticas y leyes vigentes contra la discriminación y también políticas y protocolos adaptados para satisfacer las necesidades especiales de las personas LGBT. La legislación relacionada con la salud incluye leyes que reconocen a los grupos LGBT como un grupo de población vulnerable, cuyas necesidades de salud son únicas; sin embargo, en algunos países y territorios todavía tienen leyes vigentes que penalizan a las personas LGBT, 2) la prestación de servicios de salud adaptados a las necesidades de las personas LGBT es heterogénea en la Región. Lo más usual es que los servicios se ofrezcan por conducto del sistema de salud pública, sin diferenciación alguna y se centralicen en los grandes entornos urbanos, además, el estigma y la discriminación siguen siendo obstáculos importantes para el acceso a los servicios de salud por parte de las personas LGBT (158).

En septiembre del 2017 se presentaron los resultados de este informe a los Estados Miembros de la OPS con varias recomendaciones, entre otras, las siguientes: 1) establecer servicios de salud integrales y apropiados para las personas LGBT basados en la evidencia, o fortalecer los servicios existentes, a fin de que atiendan las necesidades específicas de salud de las personas LGBT y tengan en cuenta la identidad de género y la diversidad de expresión de género, 2) mejorar la capacitación de los proveedores de atención sanitaria para que puedan atender las necesidades de salud de las personas LGBT por medio de enfoques fundamentados en el género, la diversidad y los derechos, que ayudarán

a poner fin a todo tipo de discriminación, 3) considerar las necesidades especiales de salud de las personas LGBT cuando se formulan o aplican políticas de salud y en las iniciativas de fortalecimiento de los sistemas de salud como parte de las actividades para avanzar hacia la salud universal, 4) mejorar las iniciativas para asegurar que las personas LGBT puedan tener acceso a los servicios de salud y a su utilización sin discriminación, mediante la inclusión de disposiciones en las leyes vigentes contra la discriminación en los Estados Miembros que prohíban explícitamente la discriminación sobre la base de la orientación sexual y la identidad de género, 5) fortalecer los sistemas de información y los mecanismos de vigilancia de la situación de salud para que generen informes periódicos que incluyan las condiciones de salud de las personas LGBT y los obstáculos al acceso e incluir preguntas sobre la orientación sexual y la identidad de género en las encuestas de salud representativas a nivel nacional a fin de recabar datos que puedan ser desglosados por orientación sexual e identidad de género (158).

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 (159) 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.



Salud en todas las políticas

Aunque no esté específicamente destinado a la salud de los adolescentes y los jóvenes, el Plan de acción sobre la salud en todas las políticas, adoptado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2014 (resolución CD53/10) (160), proporciona un marco para el diálogo constante y los esfuerzos de articulación multisectorial de las estrategias para mejorar la salud. Dichas estrategias son esenciales cuando se trata de la salud de los adolescentes y los jóvenes; por ejemplo, en el caso de la industria alimentaria, los esfuerzos para reducir la sal, la grasa y el contenido de azúcar repercuten de manera directa en la salud de adolescentes y jóvenes.

Salud, seguridad humana y bienestar

En el 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron una resolución titulada Salud, seguridad humana y bienestar (CD50.R16) (161). El enfoque de la seguridad humana se basa en los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, exentos de pobreza y desesperación (147, 161). La seguridad humana puede usarse como una filosofía fundamental que procura que se realcen las libertades humanas, fundamenta las políticas encaminadas a que las personas desarrollen plenamente su potencial humano y puede ser una herramienta para guiar la programación de los profesionales a fin de reducir las fuentes de vulnerabilidad que afrontan las personas, las comunidades y las instituciones. A su vez, la seguridad humana puede mitigar el impacto de las amenazas para su vida, sus medios de vida y su dignidad, y adquirir resiliencia para hacer frente a las amenazas futuras (147, 161). El enfoque de la seguridad humana puede contribuir a la programación relacionada con la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes, como los enfoques integrales para reducir la violencia juvenil y promover la paz, el desarrollo y los derechos humanos.

Compromiso para la acción de Santiago de Chile

En el 2016, la OPS inició 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 en estrecha colaboración con otros asociados regionales, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida, la Agencia de Estados Unidos de Asistencia para el Desarrollo (USAID, por sus siglas en inglés) y el Banco Interamericano de Desarrollo. 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). 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 de interesados directos multisectoriales subregionales (en el Caribe, América Central y América del Sur). El objetivo era difundir la estrategia mundial y mantener debates exhaustivos sobre las nueve áreas de acción durante la primera mitad del 2017. Las reflexiones y las recomendaciones generadas en este proceso consultivo regional alimentaron una reunión de alto nivel convocada por la doctora Michelle Bachelet, presidenta de la República de Chile y copresidenta del Grupo de Consulta de Alto Nivel del movimiento mundial EWEC. Los actos culminaron en el Compromiso para la Acción de Santiago (162), una promesa regional para conseguir que cada mujer, cada niño y cada adolescente no solo sobreviva, sino que prospere en un entorno transformador. Esto se conseguirá mediante la reducción de las inequidades en salud, el fortalecimiento la voluntad política y la acción multisectorial, dando prioridad a la calidad, el robustecimiento de la cooperación entre los países, la promoción de un programa de investigaciones, la inversión en los recursos necesarios, estableciendo mecanismos de rendición de cuentas participativos y el exhorto a la elaboración de marcos legislativos apropiados.

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

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 (163).

La Agenda se ha inspirado 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.

En la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2030) se establecen los siguientes objetivos de salud para el período 2018-2030 para la Región (163):

- **Objetivo 1:** ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- **Objetivo 2:** fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social.
- **Objetivo 3:** fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias para el abordaje integral de la salud.
- **Objetivo 4:** alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con

equidad y eficiencia y asegurar la protección contra riesgos financieros para todas las personas y sus familias.

- **Objetivo 5:** asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias, de acuerdo con evidencia disponible y el contexto nacional.
- **Objetivo 6:** fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en datos científicos.
- **Objetivo 7:** desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso del conocimiento y la tecnología en materia de salud, mediante la promoción de la investigación y la innovación.
- **Objetivo 8:** fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y las emergencias y desastres que afectan la salud.
- **Objetivo 9:** reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.
- **Objetivo 10:** reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.
- **Objetivo 11:** reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

IV.3: 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 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

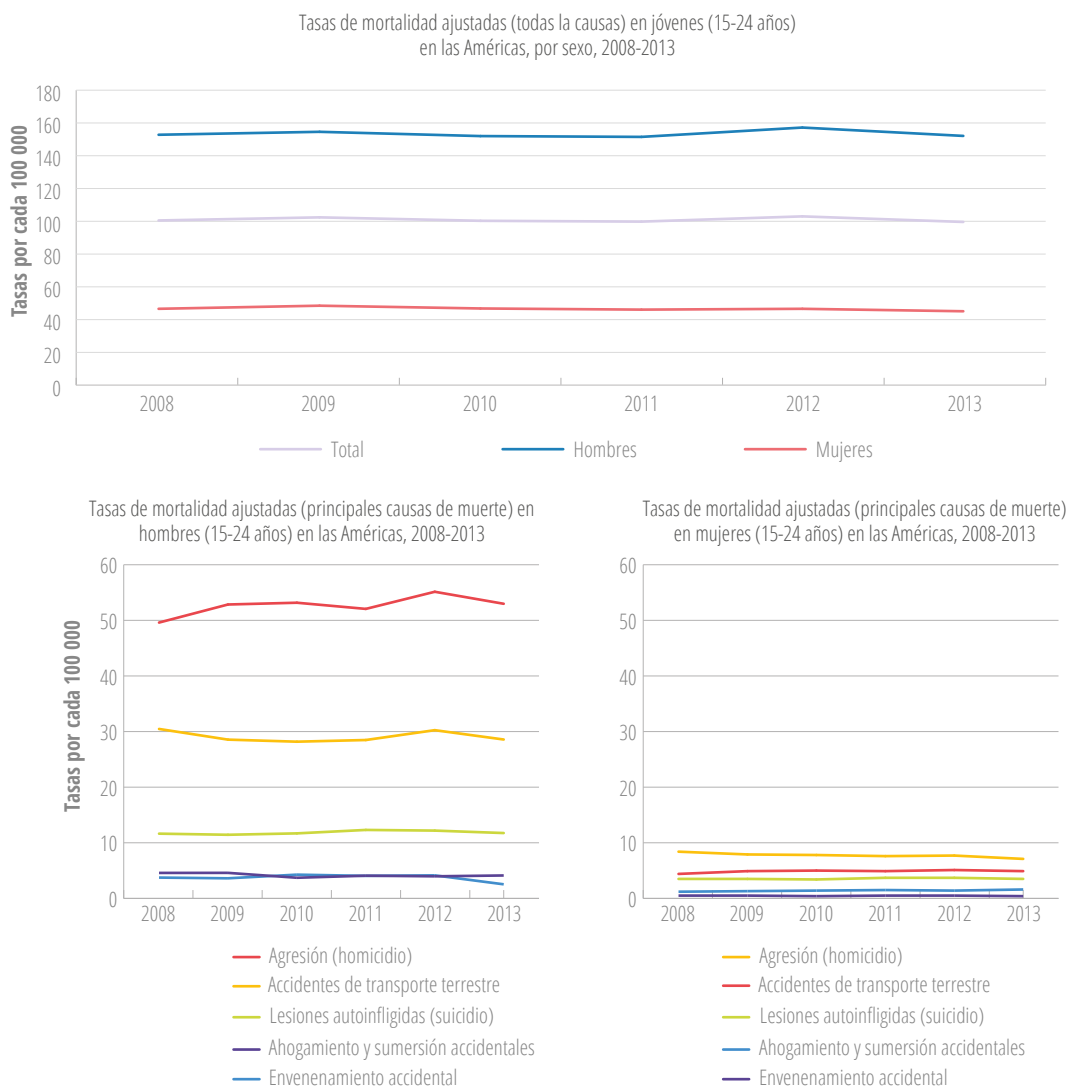
Las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes se mantienen constantes o han empeorado. La mortalidad de los hombres jóvenes es, por término medio, cuatro veces más alta que la de las mujeres homólogas. Cada año se mueren más de 150 000 jóvenes de 15 a 24 años en la Región. La mayoría de estas defunciones se deben a causas evitables como el homicidio, el suicidio y los accidentes de transporte terrestre (figura IV.1).

El análisis de las desigualdades demuestra que, además del género, 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. Además, hay solo un número limitado de enfoques integrales en la Región que abordan estos importantes factores de riesgo responsables de la mortalidad, la morbilidad, el consumo de alcohol y los problemas de salud mental de la juventud.

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 (figura IV.2), lo que afecta a sus oportunidades de desarrollo y salud durante toda la vida e incluso a la generación siguiente. Y 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.

Figura IV.1: Tendencias de mortalidad en hombres y mujeres (15-24 años) en la Región de las Américas, 2008-2013



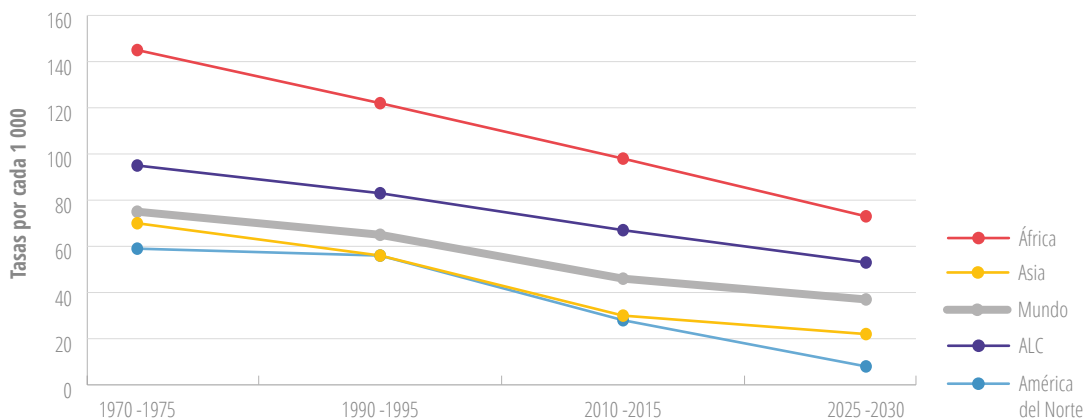
Fuente: (39).



Visualización de datos

Tendencias de Mortalidad. Principales causas de mortalidad en adolescentes y jóvenes, por sexo y grupo de edad (por 100 000 habitantes). Región de las Américas, 2000-2014

Figura IV.2: Tasa de fecundidad adolescente estimada y prevista en el mundo y en algunas regiones, 1970-2030



Fuente: (39).

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.

Elementos básicos propuestos en la agenda 2030 de salud de los adolescentes para la Región de las Américas

Para consolidar lo adquirido en los últimos años y acelerar el progreso, la agenda regional de salud de los adolescentes y los jóvenes debe ir más allá de “seguir haciendo lo mismo de siempre”. Para lograr el nivel de transformación previsto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, será necesario sacar las actividades de la zona de confort de los actuales programas de salud de los adolescentes y abordar los complejos retos de salud a los que se enfrentan los jóvenes. Algunos de estos retos son los problemas de salud mental y el consumo de sustancias peligrosas y nocivas, la violencia y el suicidio, así como una serie de comportamientos relacionados con la salud y factores de riesgo, como el sobrepeso y la obesidad. Todos estos problemas tienen repercusiones importantes en la salud de los adolescentes y en la salud pública durante toda la vida. Afortunadamente, hay una base creciente de datos científicos para aplicar intervenciones eficaces a través del sector de la salud y otros sectores, para proteger y promover la salud y el bienestar óptimo de los adolescentes y jóvenes. 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.

Abordar la agenda inconclusa de morbilidad y mortalidad de los adolescentes y jóvenes requerirá mejorar la notificación de la mortalidad, así como realizar análisis adicionales para comprender mejor las circunstancias de las principales causas de mortalidad adolescente y joven y conocer los grupos más afectados. Con base en esta información, se elaborarán y pondrán en práctica acciones estratégicas extraídas de las listas de intervenciones basadas en evidencia propuestas por la OMS. Las actividades de prevención deben aplicar enfoques multisectoriales para abordar los factores subyacentes que contribuyen a las muertes evitables en los adolescentes y jóvenes.

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

Los datos científicos basados en los efectos de múltiples capas de las intervenciones que aplican enfoques de desarrollo positivo son compatibles con los acuerdos mundiales de larga data, como la Declaración de Alma-Ata (164), la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (165), la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la OPS (5), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (1) y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2).

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.
 - Es importante señalar que estos esfuerzos deben ir más allá del enfoque característico y dirigirse a servicios adaptados a los adolescentes (que suelen ser a pequeña escala y no sostenibles), para impulsar sistemas de salud receptivos a los problemas de los adolescente y jóvenes. Esto implica el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud existentes con el fin de prestar servicios de salud centrados en los adolescentes y jóvenes. Los requisitos mínimos en este contexto son la formulación, institucionalización y seguimiento continuo de las normas de los servicios de salud de los adolescentes, la definición y prestación de un paquete de servicios apropiados, como los servicios de salud sexual y reproductiva y la capacitación de los proveedores de atención sanitaria en las competencias básicas necesarias para prestar servicios a jóvenes y adolescentes.
- **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
 - Se está trabajando en la elaboración de un plan detallado de fortalecimiento de la salud escolar, que incluirá acciones de consenso que aborden los aspectos

mencionados de la salud escolar, como la renovación y la ampliación de los servicios de salud a la escuela.

- Continuar la implementación y seguimiento del programa “*Familias Fuertes*” e introducir otros modelos de programas basados en la familia.
 - Articular y aplicar una estrategia que fortalezca enfoques de estilos de vida saludables y desarrollo en la Región.
 - Fortalecer la capacidad de los interesados directos para aplicar enfoques en los programas de salud de los adolescentes y jóvenes y en los servicios que reduzcan las inequidades.
 - Fortalecer el seguimiento y la evaluación de los programas, los servicios y las intervenciones, así como el intercambio de las enseñanzas extraídas y las prácticas correctas.
- 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 a fin de incluir la situación sanitaria y los riesgos, la escolaridad, la alfabetización, la pobreza, la participación de los padres, la vivienda, la situación laboral, la participación en el sistema de justicia, la supuesta seguridad del vecindario, la victimización de delincuencia y el acceso a la atención de salud. La información sobre el género, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género y la igualdad de género también deben estar incluidas y figurar en los datos. 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. Esto conlleva:
 - Realizar en forma periódica encuestas mundiales llevadas a cabo en las escuelas (Encuesta Mundial de Salud Escolar) y otras encuestas que generen datos sobre la salud y el bienestar de los adolescentes y los jóvenes.
 - Fortalecer la capacidad de los interesados directos y ayudar a medir las desigualdades en materia de salud que afectan a los adolescentes y jóvenes.
 - Promover y apoyar la investigación de aplicación para generar nuevos conocimientos sobre qué funciona en la Región y para estimular la innovación.

- **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 consiguiente, los programas para los adolescentes deben estar vinculados y basados en los programas de desarrollo del niño en la primera infancia, que se han modificado para dar mayor importancia a las relaciones y al entorno del niño y a la valiosa función de sus cuidadores y familiares. Esta forma de proceder exigirá ayudar a mantener una estrecha colaboración en los países entre los programas de salud del niño y del adolescente. Los programas de salud escolar podrían servir de puente, ya que aseguran servicios de salud integrales y cohesivos para los niños y los adolescentes a lo largo del curso de la vida. Un enfoque que considere el curso de la vida también supone invertir en alentar hábitos saludables y un entorno sano para los adolescentes con el fin de fomentar una trayectoria de vida más sana y prevenir riesgos para la salud, así como evitar enfermedades durante la edad adulta.

Asegurar un enfoque basado en los derechos: basar lo que se hace en el ámbito de los derechos humanos realza los compromisos que los Estados Miembros han contraído y la obligación que tienen de poner en práctica intervenciones para la supervivencia y desarrollo del adolescente. Un enfoque basado en los derechos proporciona un marco para las políticas y normativas nacionales. Por otra parte, se debe hacer hincapié en la importancia de prestar la debida atención a las cuestiones de equidad y participación de los adolescentes, en particular a los que viven en situación de vulnerabilidad. 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: : la falta de equidad en materia de salud es el resultado de muchos factores, que están a menudo interrelacionados. Algunos de estos factores son: la etnicidad, el sexo, la orientación sexual, los ingresos, el lugar de residencia, el empleo y las condiciones de trabajo. Muchos problemas de salud dependen de la clase social, del nivel educativo, de la residencia rural o urbana y de la etnicidad, en particular entre los grupos y personas indígenas con alguna discapacidad. Por consiguiente, 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. Por ejemplo, los jóvenes con alguna discapacidad a menudo pasan desapercibidos, de forma que sus necesidades especiales quedan en gran parte insatisfechas. 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 (SSRA), 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. Debemos ir más allá de la falsa dicotomía de priorizar a los hombres o las mujeres como si hubiera una competición, ya que las diferentes necesidades de atención de salud de ambos deben ser satisfechas para lograr la igualdad de género en la salud. La naturaleza relacional del género implica que los hombres y las mujeres están ambos, por lo general, afectados por situaciones, acontecimientos y factores estresantes, aunque de diferentes maneras. Es necesario formular y difundir, en colaboración con los asociados regionales, intervenciones modelo para involucrar a hombres y chicos en la salud del niño y del adolescente.

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 ONG, las organizaciones comunitarias, los activistas, los padres y los propios jóvenes.

El hecho de que esto debe hacerse está ahora ampliamente aceptado, pero cómo hacerlo a menudo sigue siendo un reto. Debería haber más documentación y difusión de casos de éxito, junto con la información sobre cómo se logra y evalúa el éxito. Es necesario proseguir con el fortalecimiento de la coordinación entre las Naciones Unidas y otros asociados y facilitar el apoyo conjunto entre los asociados del desarrollo. Esto ayudará a evitar la competencia y la confusión y también a optimizar la utilización de los recursos financieros y técnicos en favor de los programas nacionales. También se necesita colaboración e intercambio entre los países para compartir las experiencias y los enfoques satisfactorios. A su vez, seguirá siendo importante la gestión del conocimiento dentro de la Región para que los países puedan desarrollar, examinar y actualizar las prioridades, las estrategias y los planes nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes, basándose en evidencia y en la orientación normativa mundial y regional. Con este fin, será importante documentar y compartir prácticas prometedoras y facilitar los intercambios horizontales entre países.

Investigación y utilización de nuevas tecnologías: siempre habrá necesidad de investigar sobre nuevos métodos para mejorar la salud de los adolescentes, pero ya se conoce mucho acerca de las intervenciones eficaces. Un reto para la investigación estriba en centrarse menos en responder a preguntas sobre el “qué” y más en abordar preguntas relativas al “cómo”. 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 ayuda 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. Hay una sensibilización cada vez mayor sobre los beneficios potenciales de la medicina móvil o medicina celular (m-health) y la ciber salud (e-health) para proporcionar a los adolescentes información y educación, vincularlos con los servicios y apoyar el cumplimiento de tratamientos y el seguimiento. Es necesario colaborar con otros asociados para desarrollar y difundir las intervenciones modelo de utilización de los medios digitales en relación con la salud de los adolescentes.






Part V

PERFILES DE PAÍS

Países de la Región de las Américas

	Anguila.....	140
	Antigua y Barbuda	142
	Argentina.....	144
	Aruba	146
	Bahamas	148
	Barbados.....	150
	Belice	152
	Bermuda	154
	Bolivia	156
	Brasil.....	158
	Canadá.....	160
	Chile	162
	Colombia	164
	Costa Rica.....	166
	Cuba.....	168
	Curaçao	170
	Dominica	172
	Ecuador	174
	El Salvador	176
	Estados Unidos de América	178
	Granada.....	180
	Guadalupe.....	182
	Guatemala.....	184
	Guyana	186
	Guayana Francesa	188
	Haití.....	190
	Honduras	192

	Islas Caimán.....	194
	Islas Turcas y Caicos	196
	Islas Vírgenes - EEUU	198
	Islas Vírgenes- RU.....	200
	Jamaica	202
	Martinica	204
	México	206
	Montserrat.....	208
	Nicaragua.....	210
	Panamá	212
	Paraguay	214
	Perú.....	216
	Puerto Rico	218
	República Bolivariana de Venezuela	220
	República Dominicana	222
	Saint Kitts y Nevis	224
	Santa Lucía.....	226
	San Vicente y las Granadinas.....	228
	Suriname.....	230
	Trinidad y Tabago.....	232
	Uruguay.....	234



POBLACIÓN

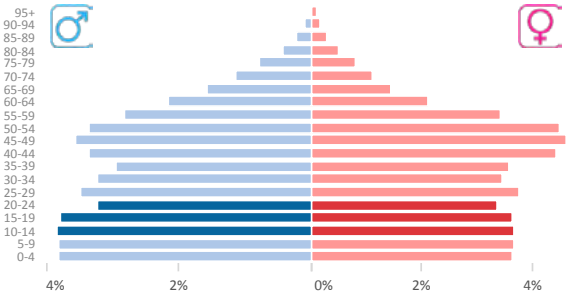
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	542	566	1,108
15-19	634	612	1,246
10-14	645	613	1,258
10-24	1,821	1,791	3,612

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **22%**



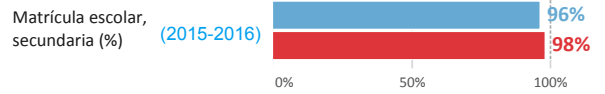
DESARROLLO ECONÓMICO

Fuente: Naciones Unidas, División de Estadísticas, 2016.
<http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Anguilla#Economic>

PIB per cápita (US\$ a precios internacionales actuales)	21,493.3 (2014)
PIB tasa de crecimiento (anual %, const. precios 2005)	6.2 (2014)
PIB (millones US\$)	311.0 (2014)

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Anguilla. Departamento de Educación, Reporte de Fin de Año, 2015-2016.



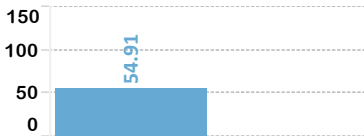
TASAS DE MORTALIDAD - Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

Influenza y Neumonía

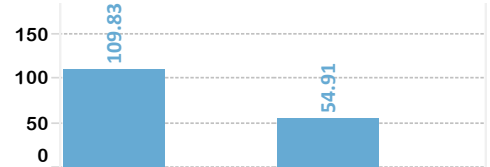


(15-19 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

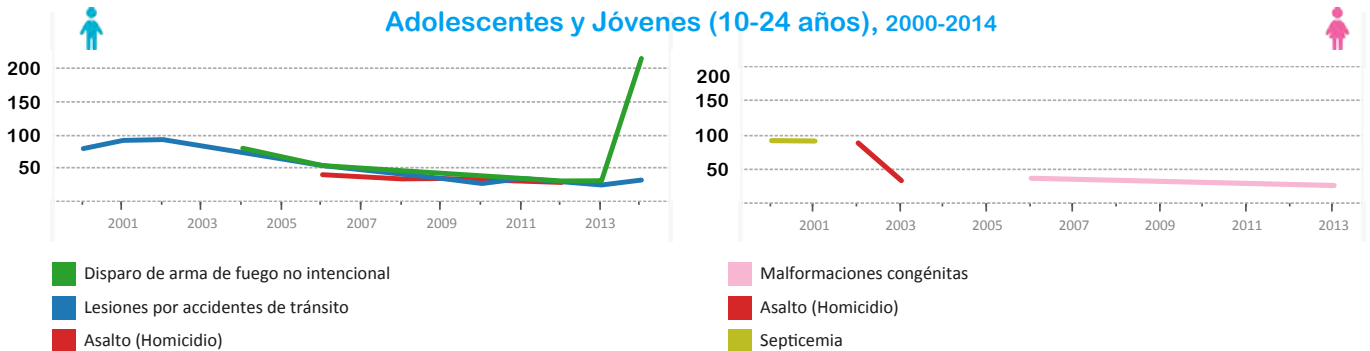
(20-24 años)

Disparo de arma de fuego no intencional Lesiones por accidentes de tránsito



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

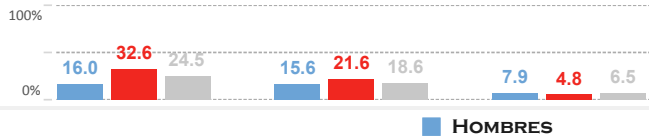
Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

Fuente: 2016 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

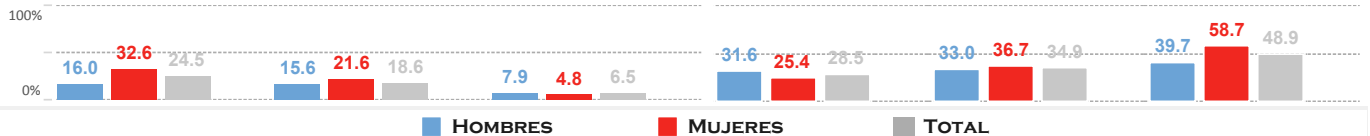


FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2016 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

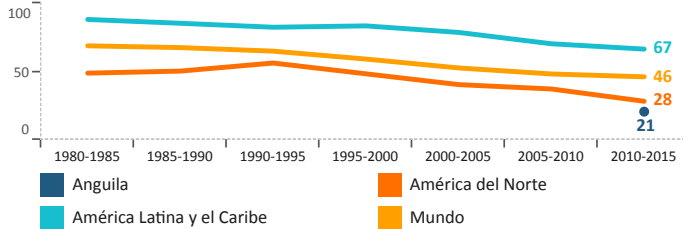


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, Division de Población, ONU, Revisión 2015.



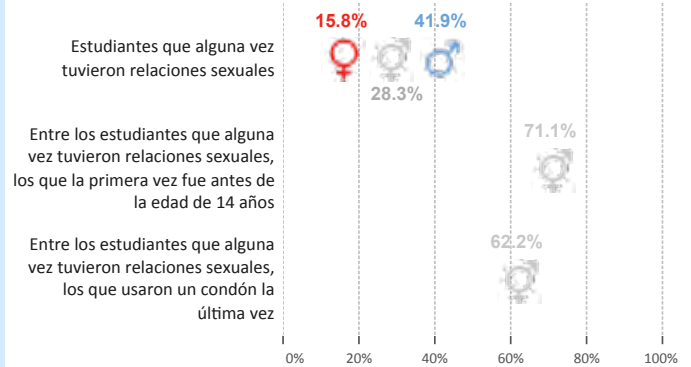
* Datos de país: 2010-2015

Fuente: Tasas de Fecundidad, Ministerio de Salud, Estadísticas Nacionales, 2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacidos vivos (15-19)	8	16	8	15	9	14
Estimados de población	543	544	553	565	575	594
Tasa de fecundidad, adolescentes	14.7	29.4	14.5	26.5	15.7	23.6

Comportamiento Sexual en Adolescentes (13-15 años de edad)

Fuente: 2016 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

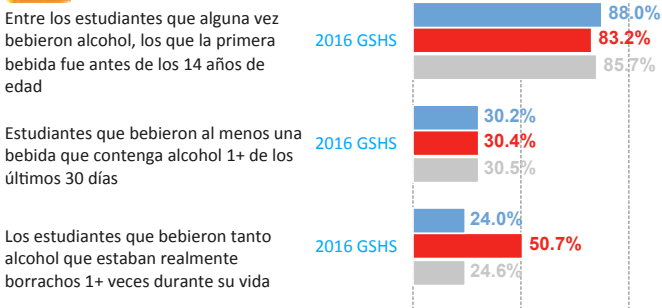
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

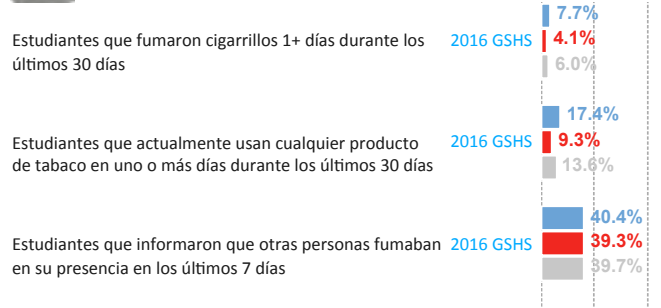
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



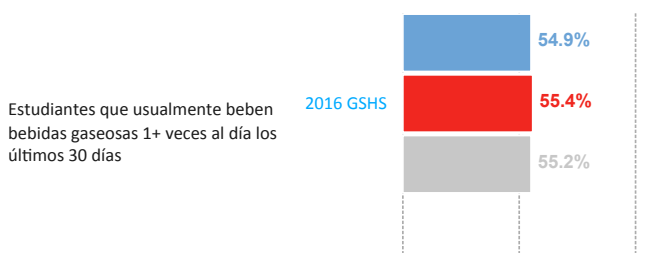
Consumo de Alcohol



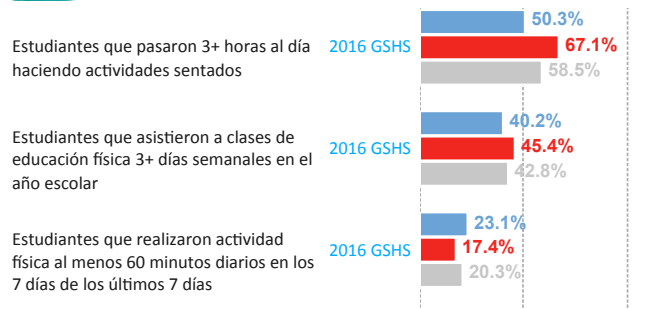
Consumo de Tabaco



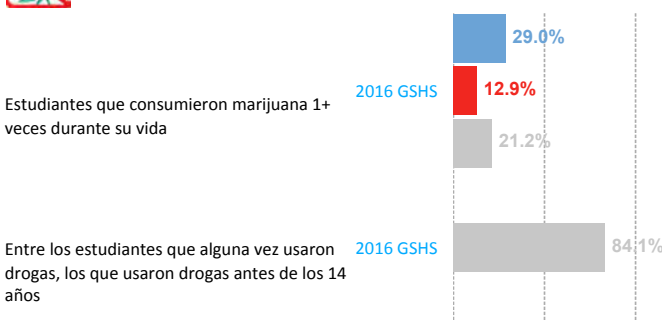
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



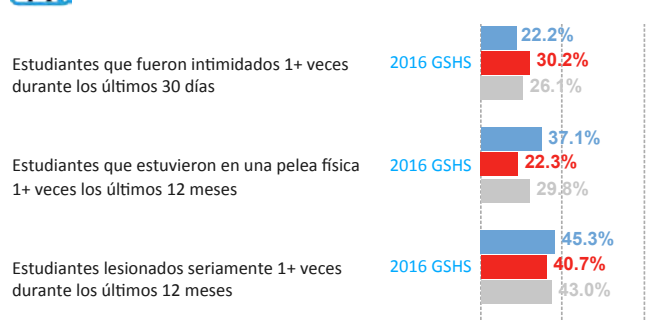
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales



Salud de Adolescentes y Jóvenes - Perfil de País 2017

ANTIGUA Y BARBUDA



POBLACIÓN

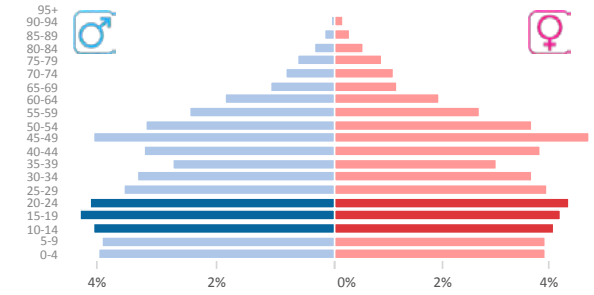
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	3,812	4,055	7,867
15-19	3,989	3,898	7,887
10-14	3,770	3,773	7,543
10-24	11,571	11,726	23,297

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **25%**

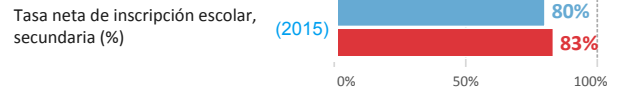


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **2,262.9 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **4.4 (2016)**



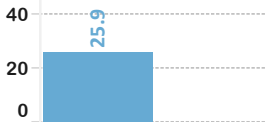
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

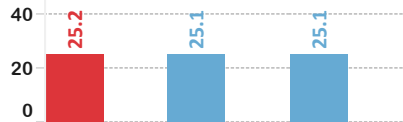
(10-14 años)

Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas



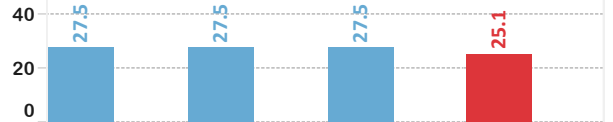
(15-19 años)

Insuficiencia cardíaca, complicaciones
 Disparo de arma de fuego no intencional
 Cirrosis y otras enfermedades del hígado



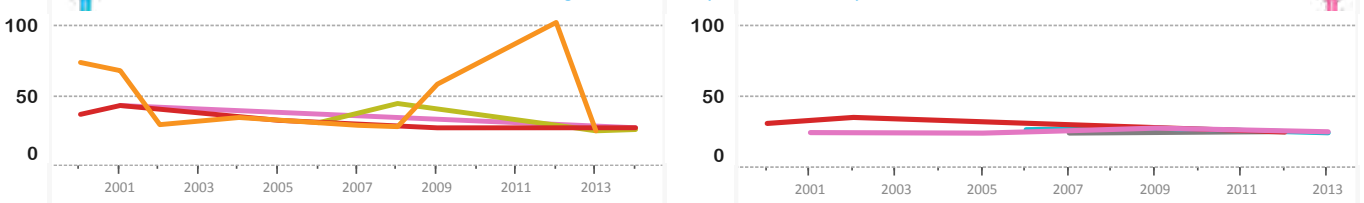
(20-24 años)

Disparo de arma de fuego no intencional
 Enfermedades respiratorias inferiores crónicas
 Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
 Accidentes que dificultan la respiración



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



- Sumersión / ahogamiento accidental
- Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
- Disparo de arma de fuego no intencional
- Enfermedades respiratorias inferiores crónicas
- Enfermedades respiratorias inferiores crónicas
- Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
- Lesiones por accidentes de tránsito
- Malformaciones congénitas

SALUD MENTAL

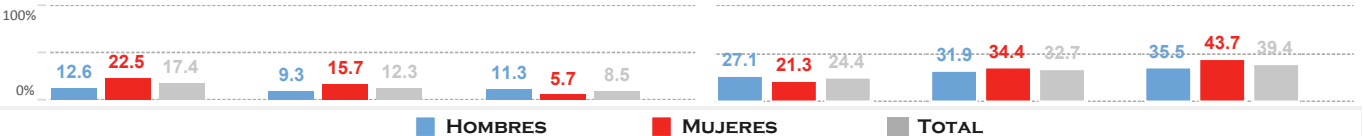
FACTORES PROTECTORES

Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



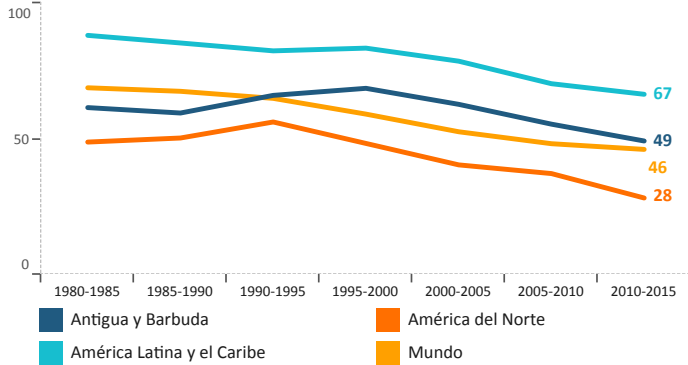


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

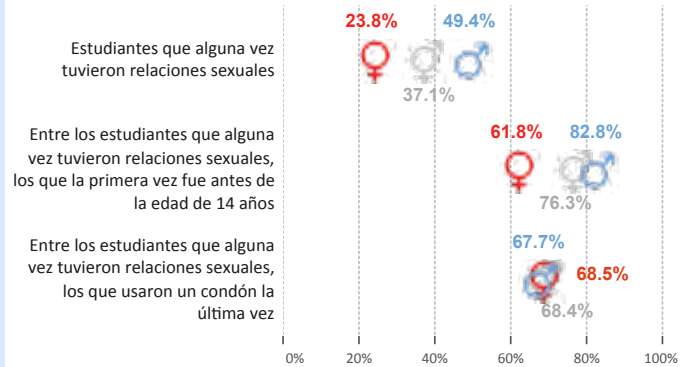
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

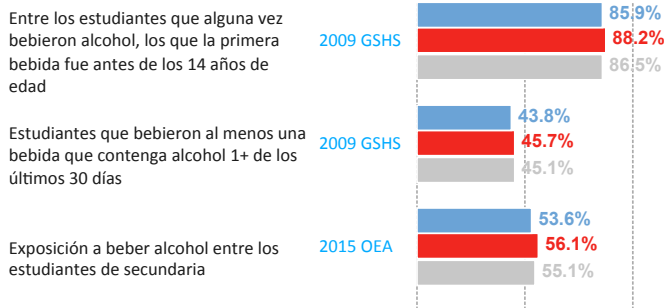
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

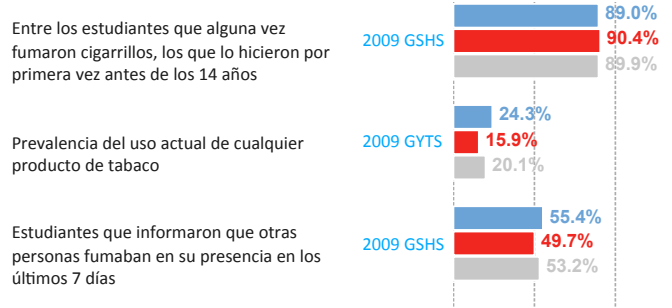
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



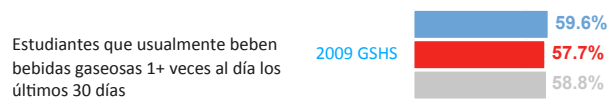
Consumo de Alcohol



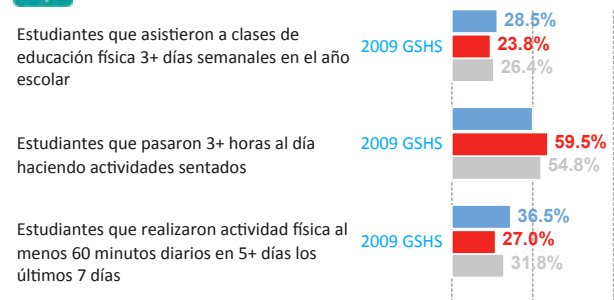
Consumo de Tabaco



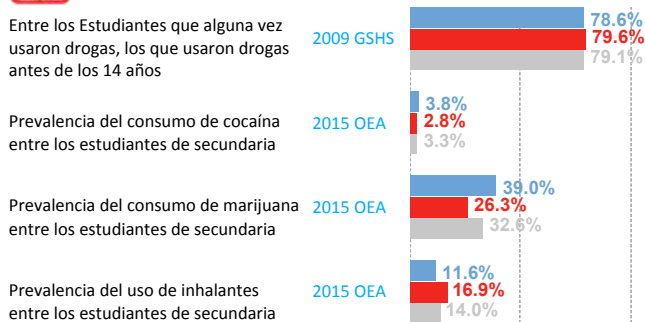
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



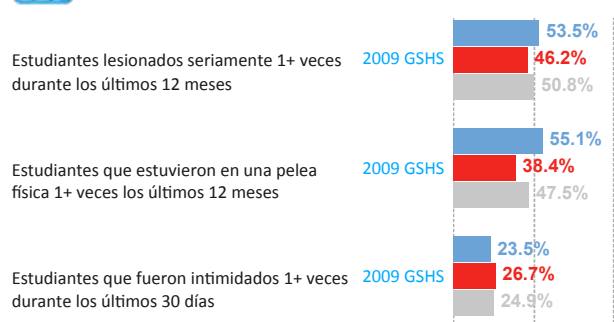
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales



Salud de Adolescentes y Jóvenes - Perfil de País 2017

ARGENTINA



POBLACIÓN

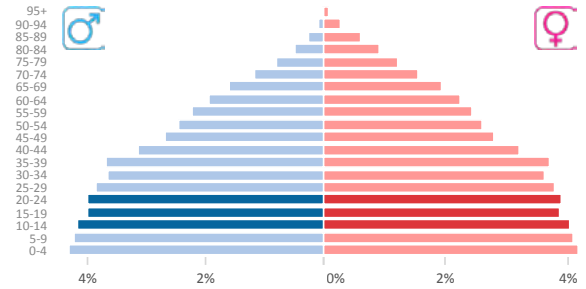
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,753,654	1,703,095	3,456,749
15-19	1,754,988	1,699,121	3,454,109
10-14	1,830,758	1,770,409	3,601,167
10-24	5,339,400	5,172,625	10,512,025

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **24%**

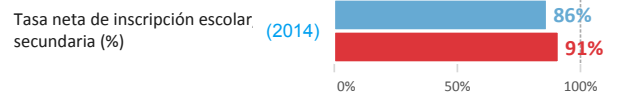


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **874,071.0** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **-2.3** (2016)



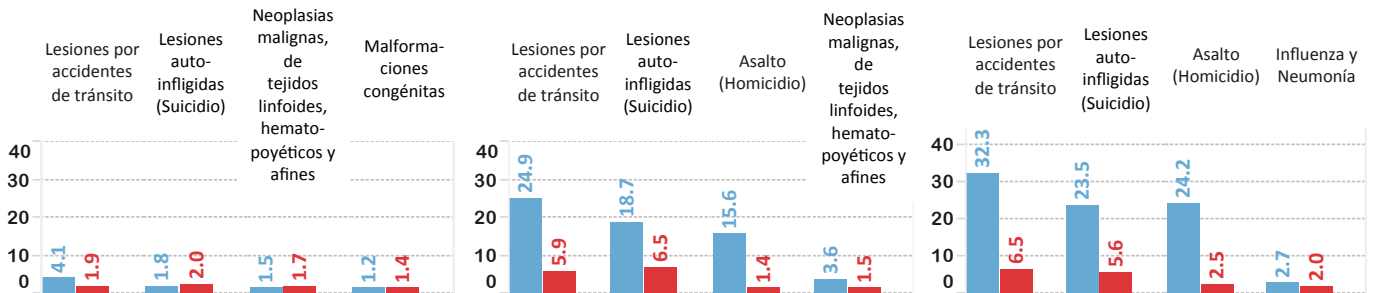
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

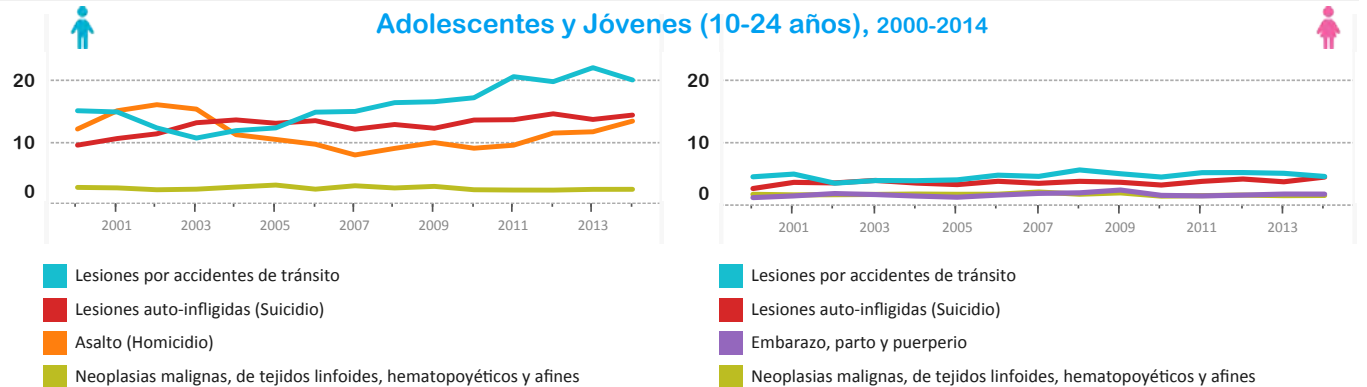
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2012 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2012 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



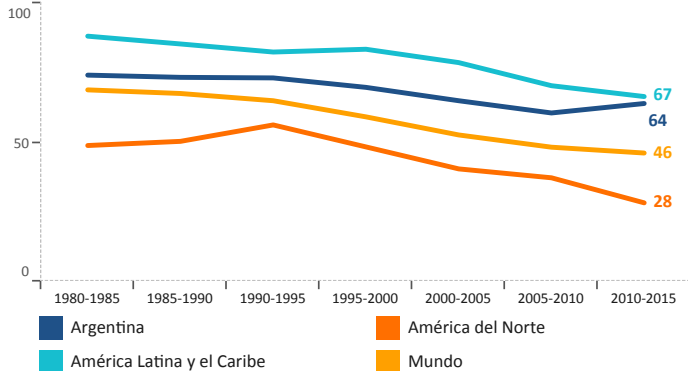


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

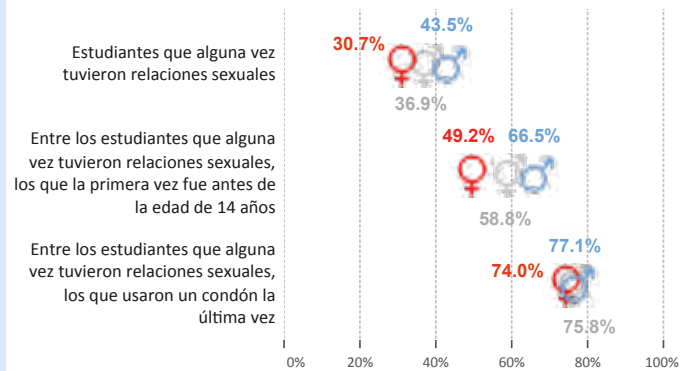
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2012 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

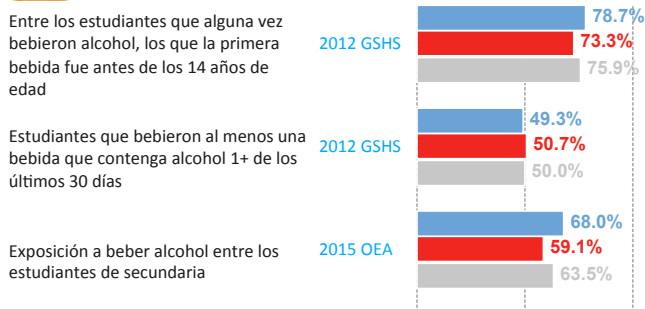
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

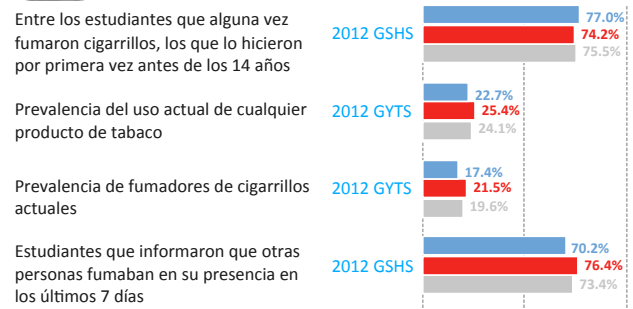
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



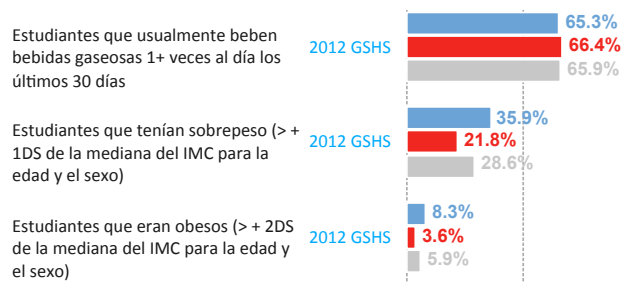
Consumo de Alcohol



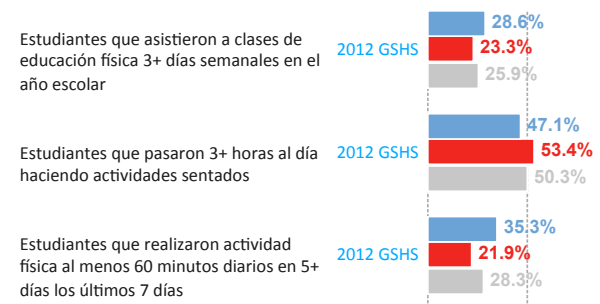
Consumo de Tabaco



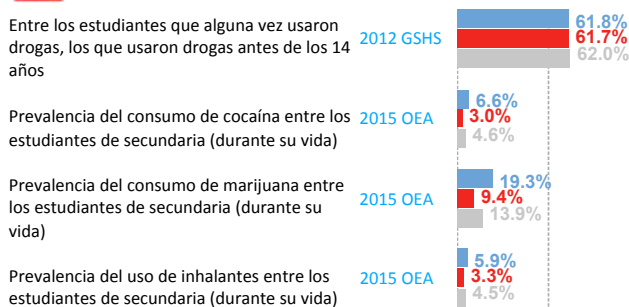
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



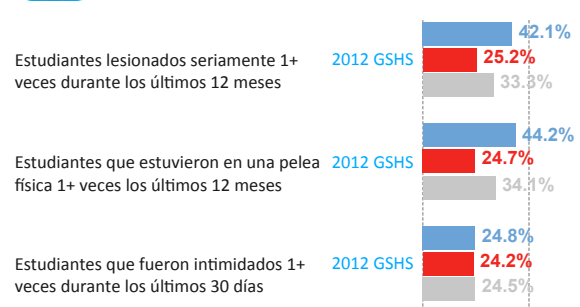
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





ARUBA

POBLACIÓN

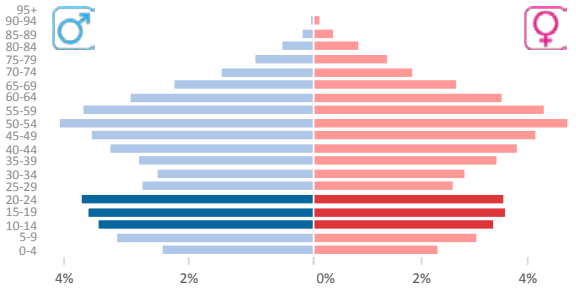
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	3,889	3,690	7,579
15-19	3,787	3,727	7,514
10-14	3,613	3,493	7,106
10-24	11,289	10,910	22,199

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **21%**

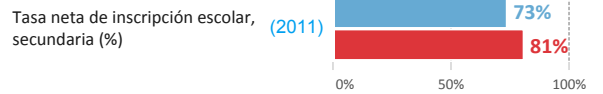


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **3,671.2** (2011)
Crecimiento del PIB (% anual) **-5.7** (2009)



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

(15-19 años)

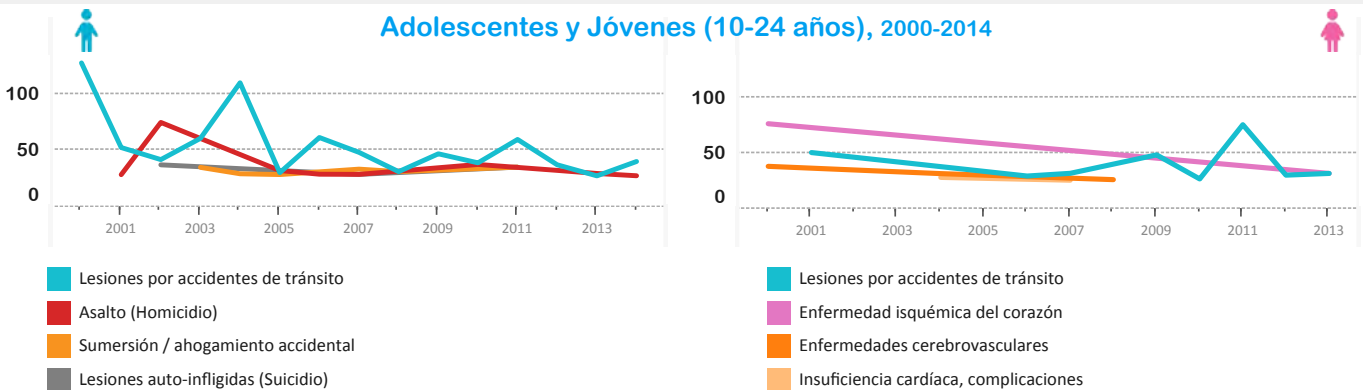
Lesiones por accidentes de tránsito: 52.1
Neoplasia maligna del cerebro: 26.0 (males), 26.7 (females)

(20-24 años)

Malformaciones congénitas: 29.7 (females)
Asalto (Homicidio): 27.7 (males)
Lesiones por accidentes de tránsito: 27.7 (males)

TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

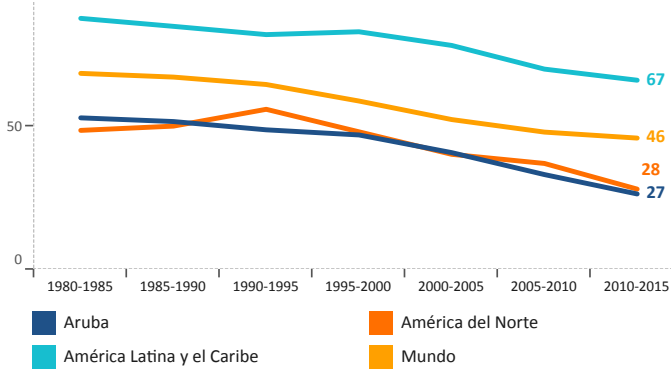


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes
(Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes
(Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

- Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes antes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que fumaban en su presencia, pasados 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

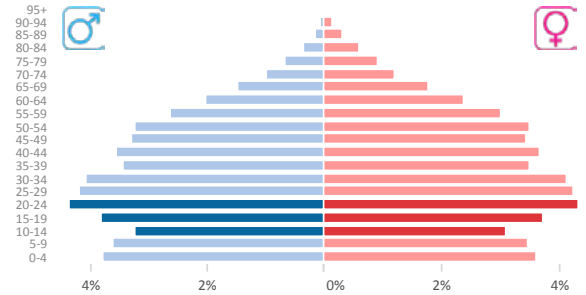
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	17,204	17,012	34,216
15-19	14,946	14,579	29,525
10-14	12,723	12,175	24,898
10-24	44,873	43,766	88,639

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **23%**

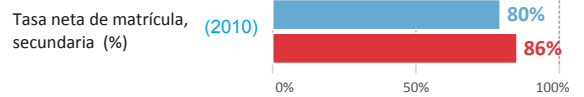


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

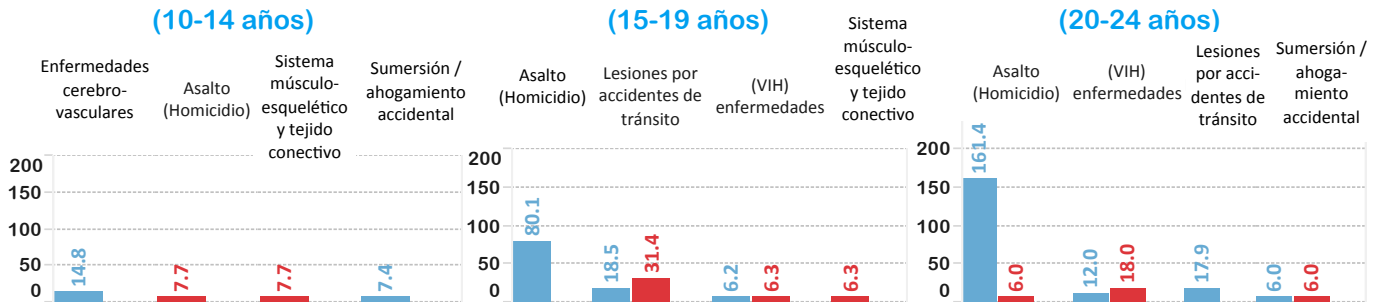
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **9,066.0** (2016)
Crecimiento del PIB (% anual) **0.3** (2016)



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

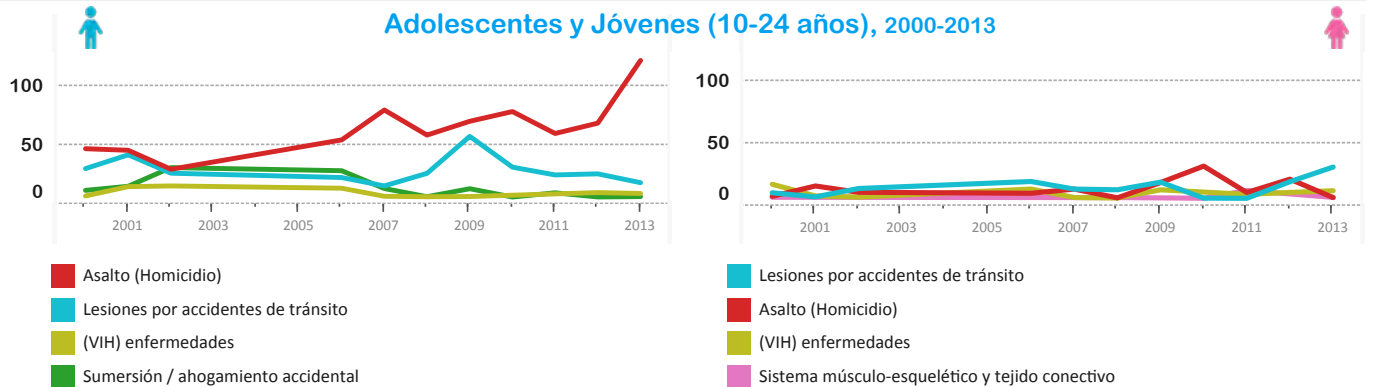
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



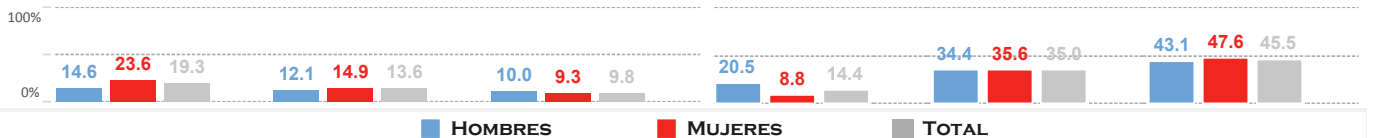
Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



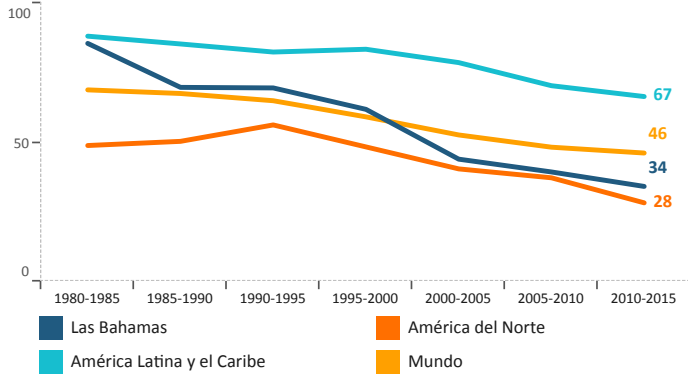


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

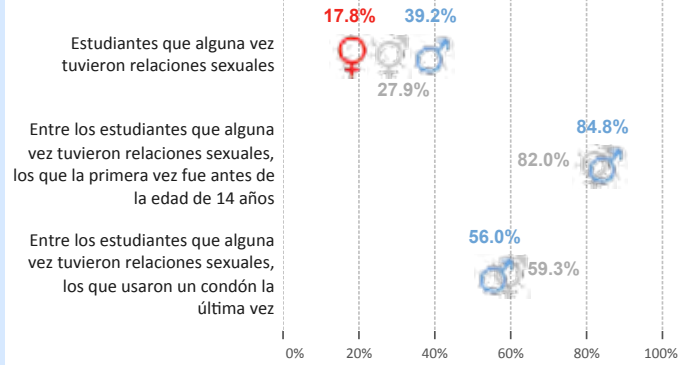
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

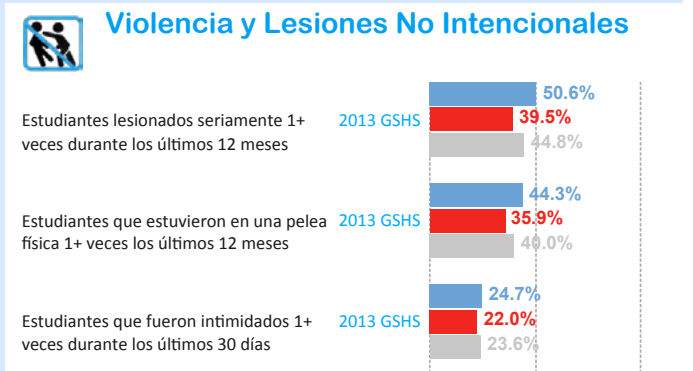
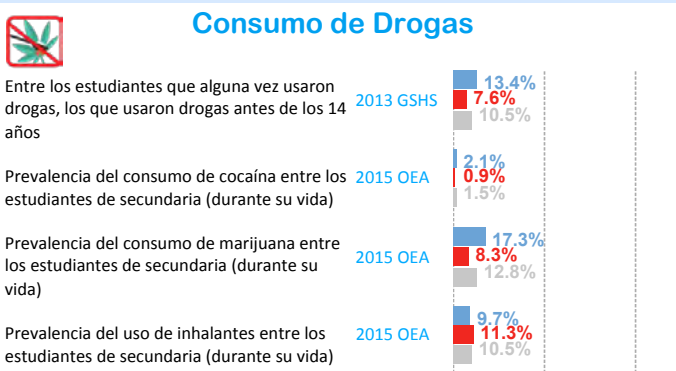
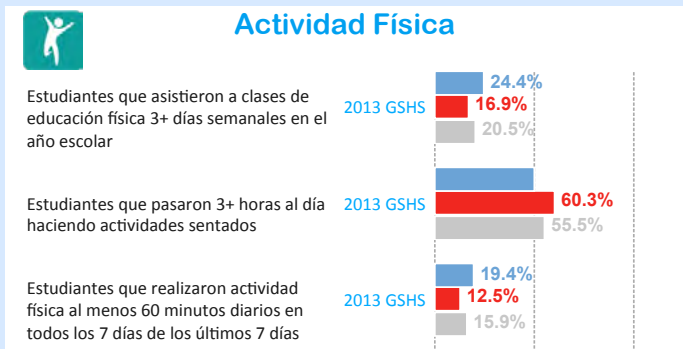
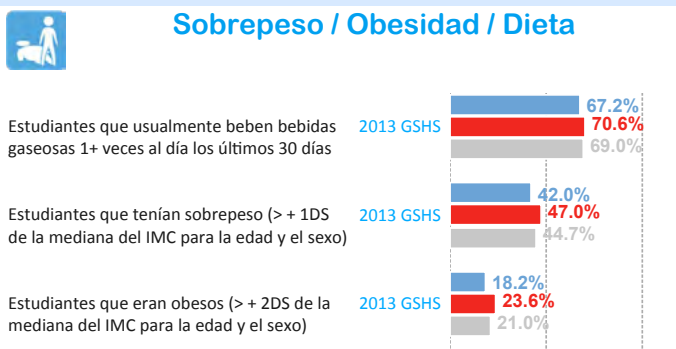
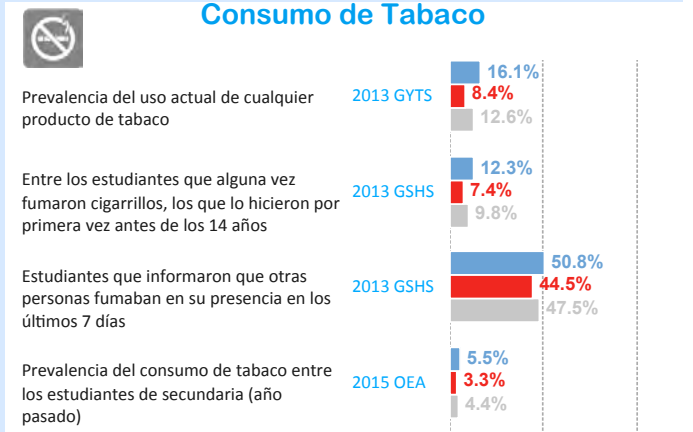
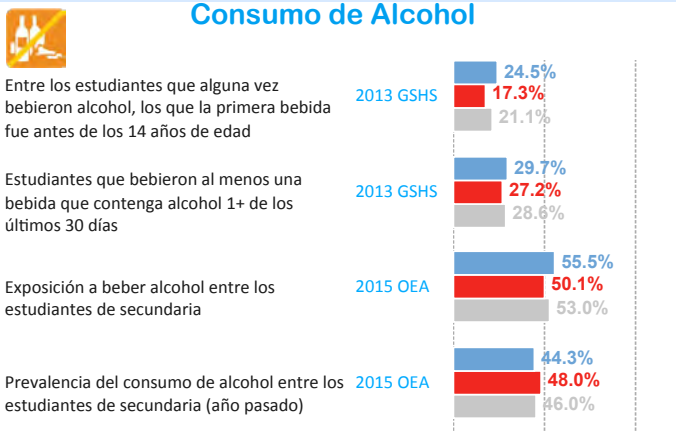


FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas





POBLACIÓN

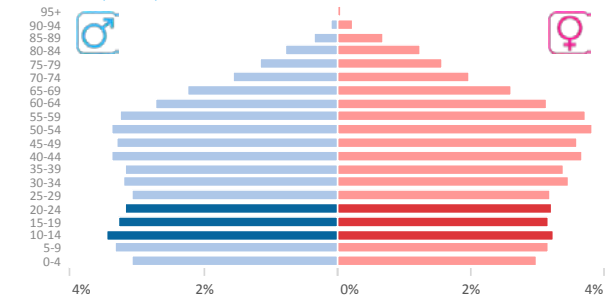
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	9,038	9,141	18,179
15-19	9,326	9,034	18,360
10-14	9,788	9,239	19,027
10-24	28,152	27,414	55,566

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **19%**

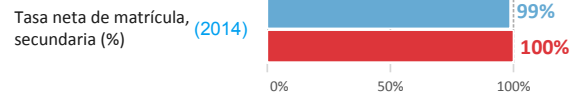


DESARROLLO ECONÓMICO

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **4,792.0** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **2.0** (2016)

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

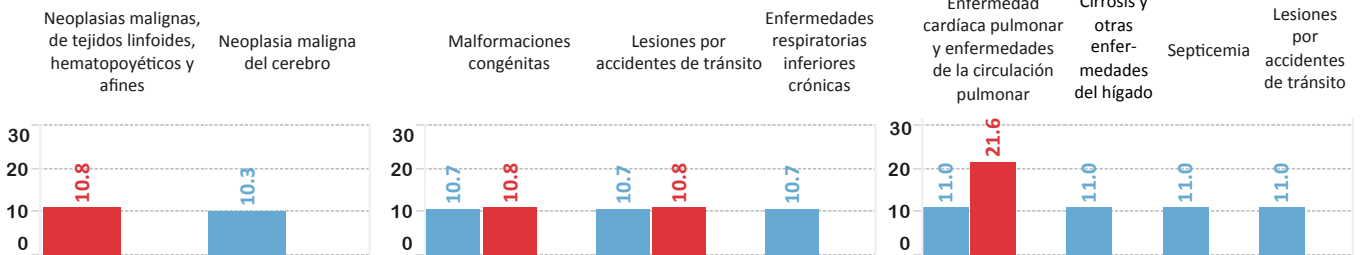
Fuente: Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Julio 2016. Datos más recientes de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

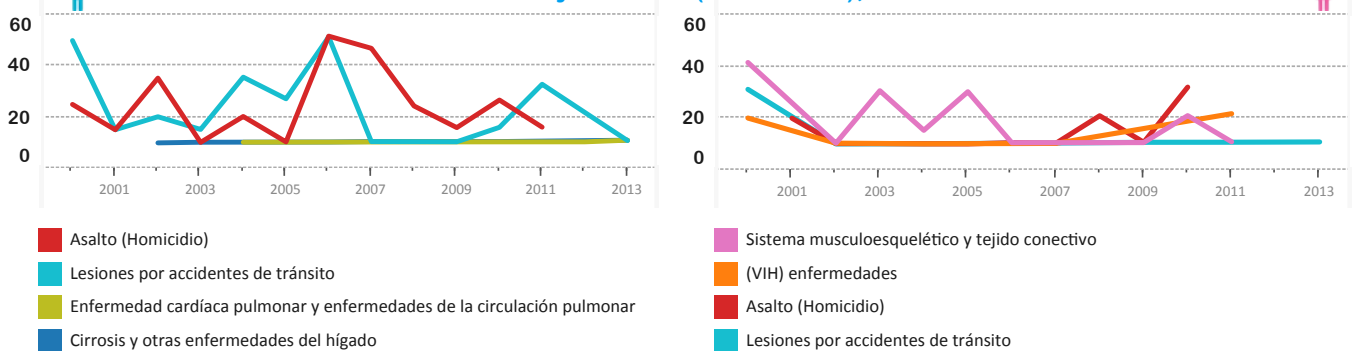
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

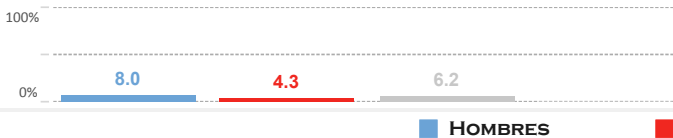
Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar(GSHS), OMS.

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

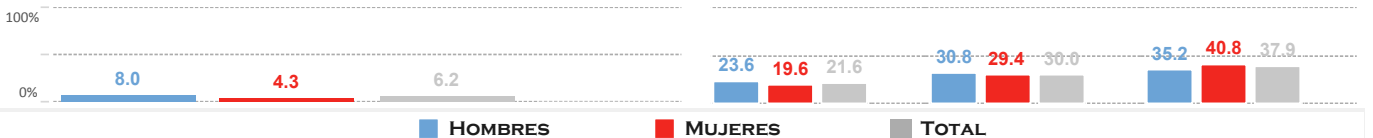


FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar(GSHS), OMS.

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



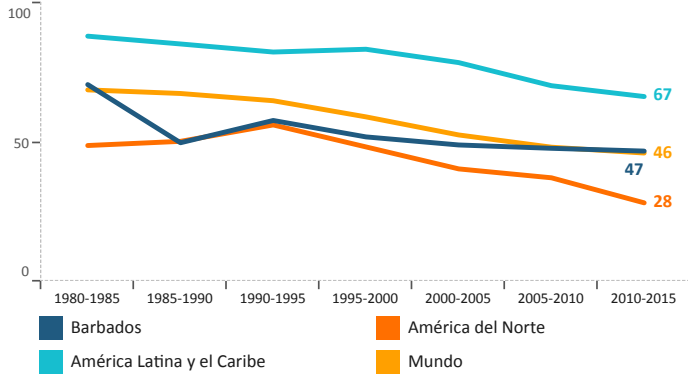


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

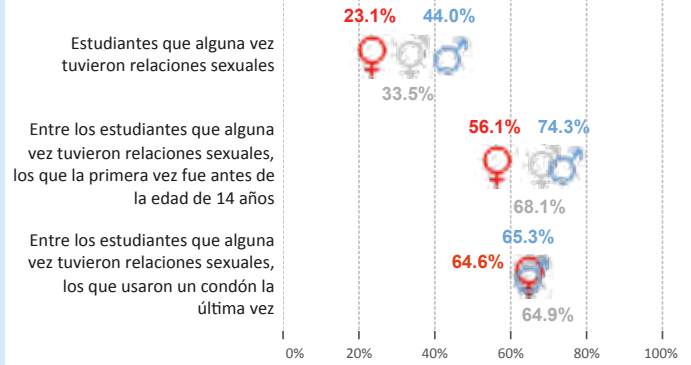
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

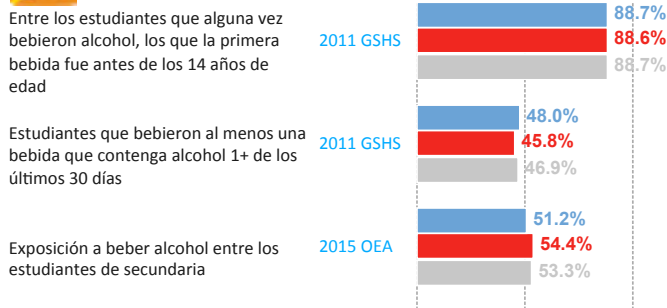
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

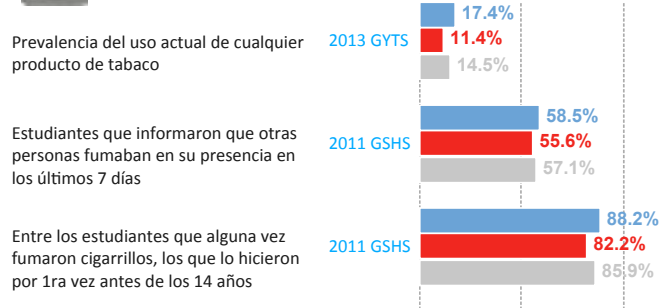
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



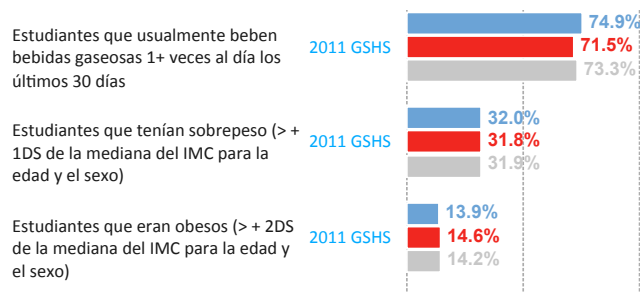
Consumo de Alcohol



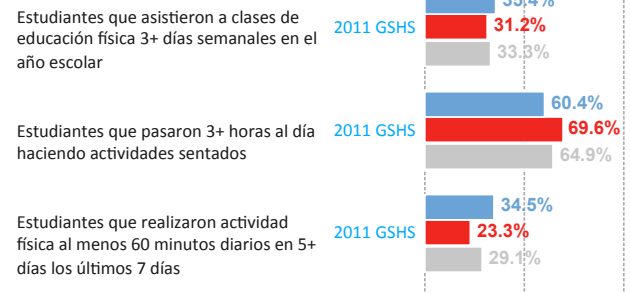
Consumo de Tabaco



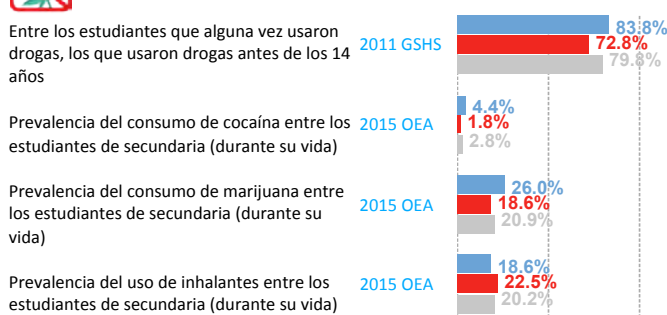
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



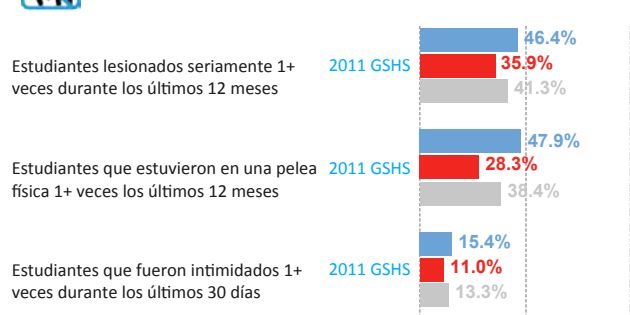
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

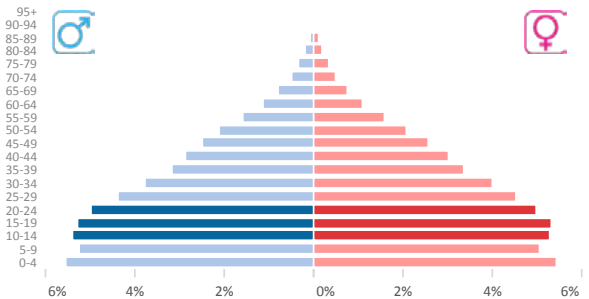
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	18,238	18,322	36,560
15-19	19,446	19,472	38,918
10-14	19,742	19,418	39,160
10-24	57,426	57,212	114,638

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **31%**

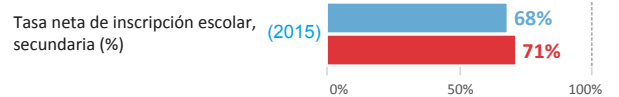


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **3,100.0** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **-0.8** (2016)



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

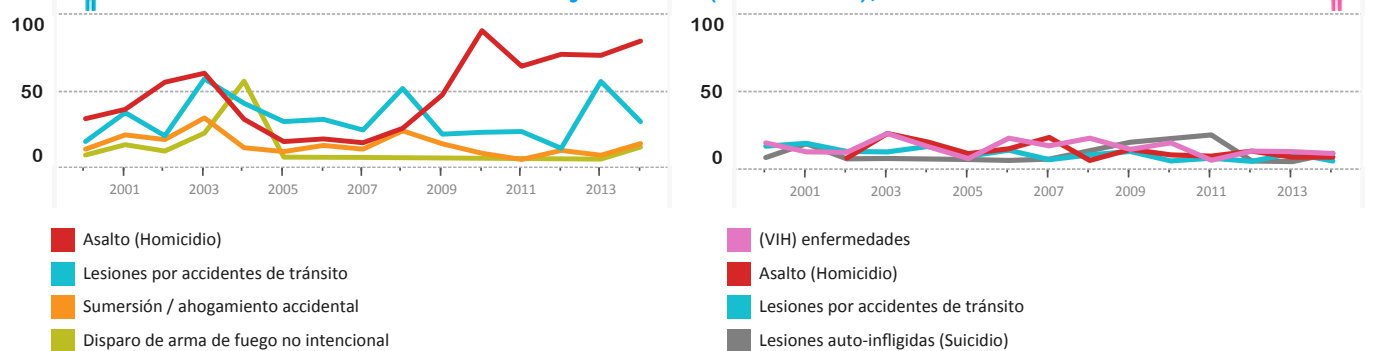
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar(GSHS) OMS.



Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar(GSHS) OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



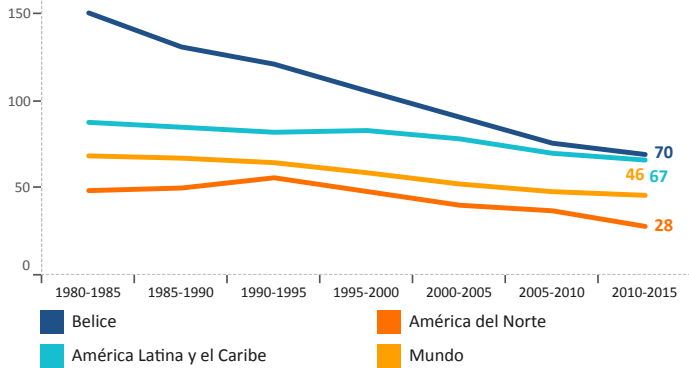


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

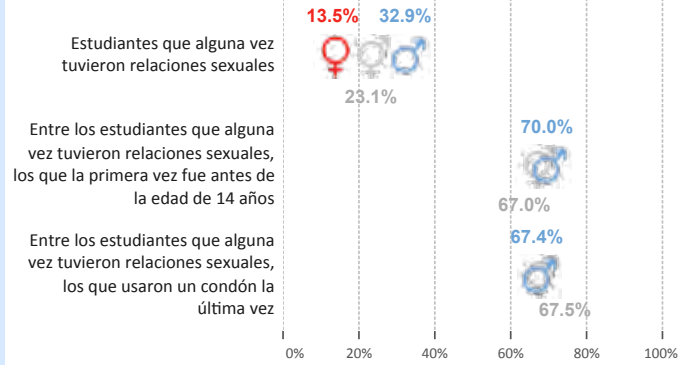
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

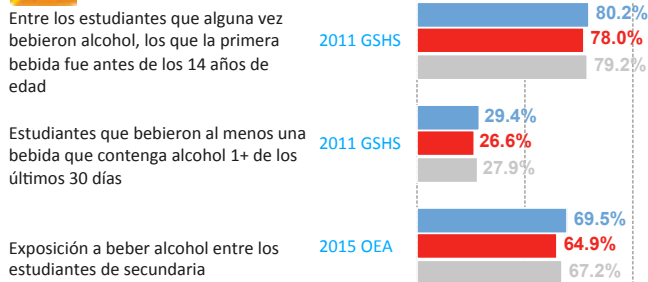
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

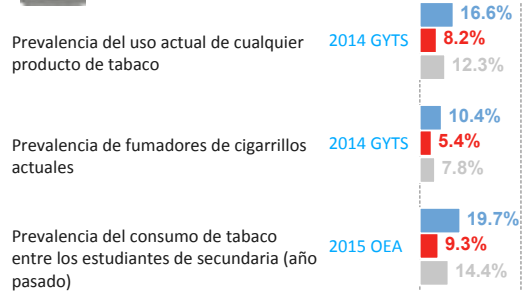
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



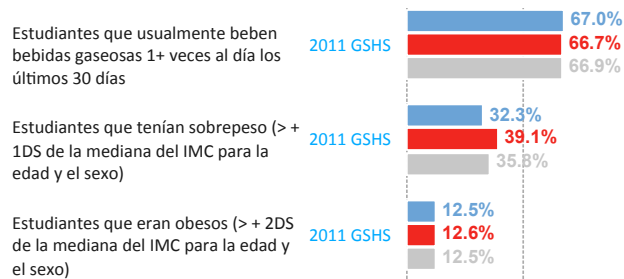
Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco



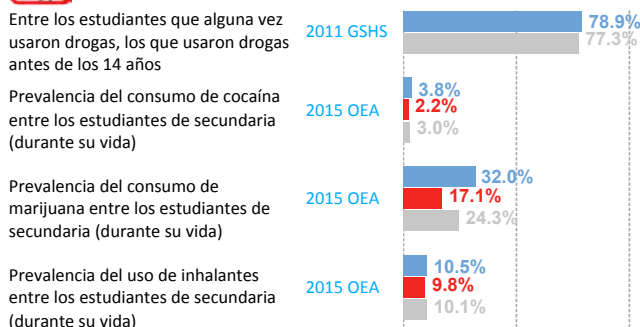
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



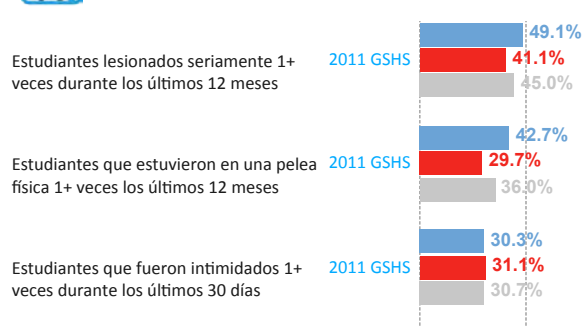
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

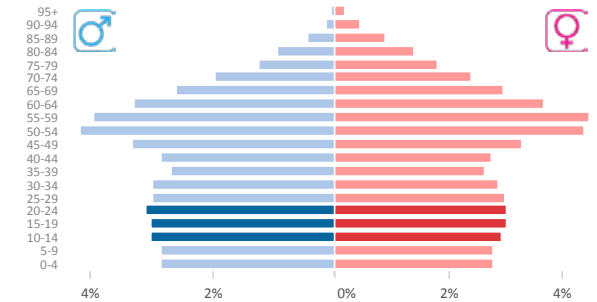
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	2,183	2,132	4,315
15-19	2,128	2,126	4,254
10-14	2,122	2,067	4,189
10-24	6,433	6,325	12,758

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **18%**

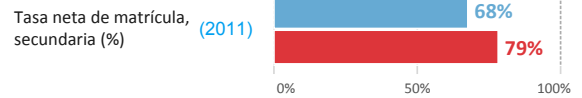


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **3,408.4 (2013)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **-2.5 (2013)**



TASAS DE MORTALIDAD - Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2015.

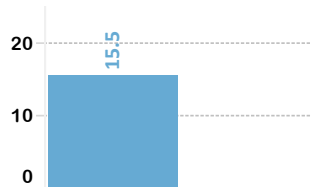
Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

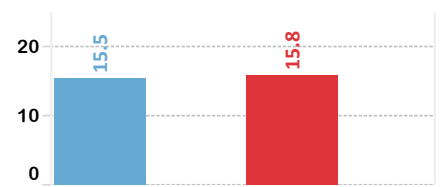
(15-19 años)

Lesiones por accidentes de tránsito



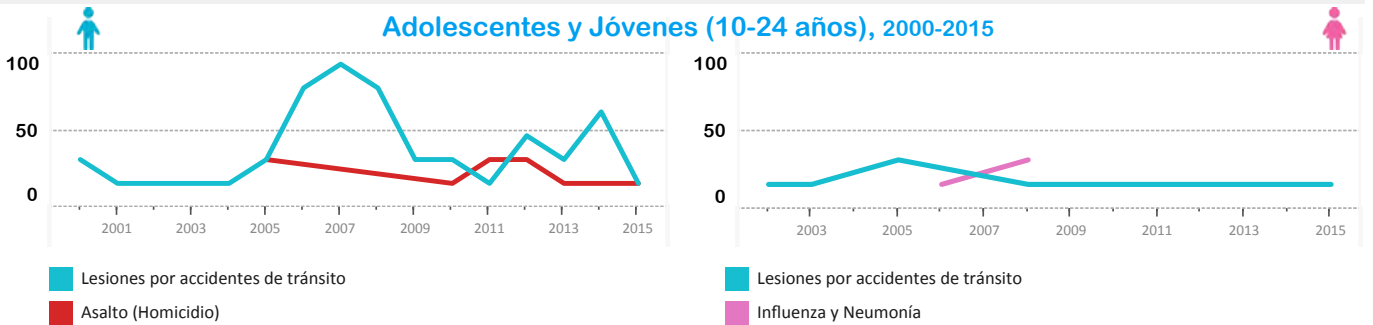
(20-24 años)

Asalto (Homicidio) Lesiones por accidentes de tránsito



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2015



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

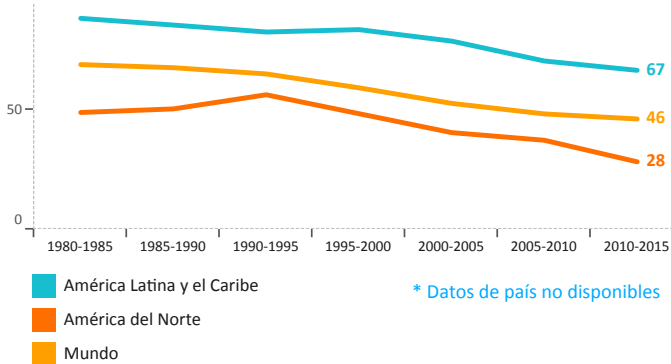
HOMBRES MUJERES TOTAL

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

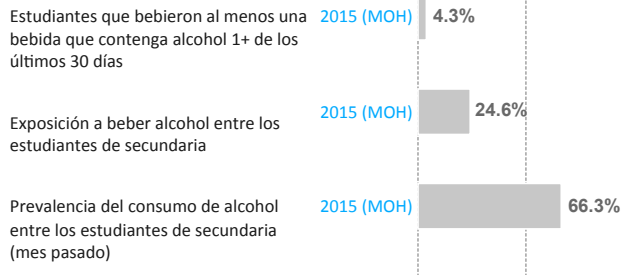
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Encuesta Escolar Nacional, Ministerio de Salud y Adultos (MOH), Bermuda, 2015.

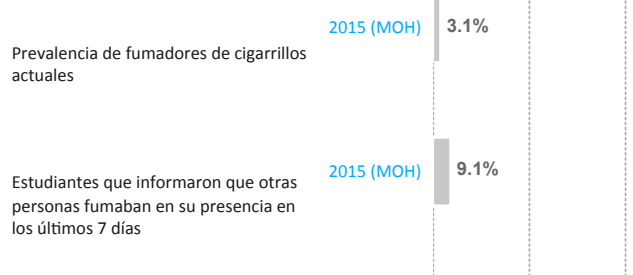
* Datos de país no disponibles en: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS); OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas 2015; GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS)



Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

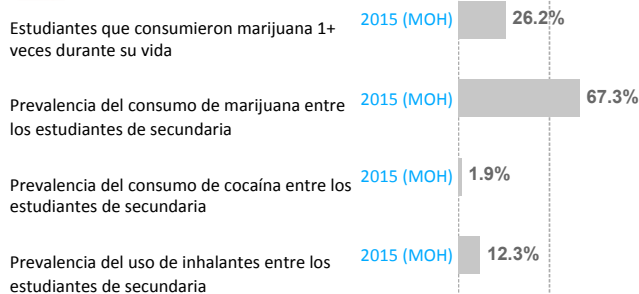
Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

2015 (MOH) 11.0%

Datos no disponibles



POBLACIÓN

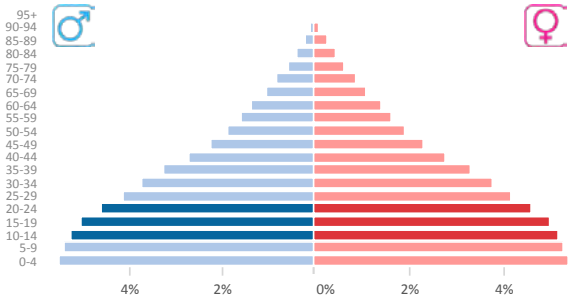
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	506,365	495,387	1,001,752
15-19	553,809	537,761	1,091,570
10-14	578,263	559,323	1,137,586
10-24	1,638,437	1,592,471	3,230,908

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **30%**

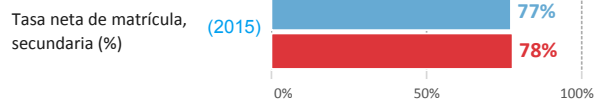


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **78,786.0** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **4.0** (2016)



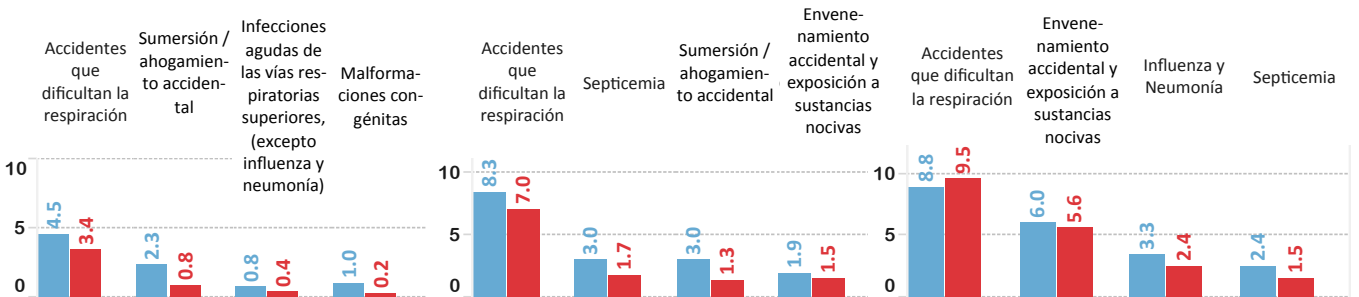
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2003.

(10-14 años)

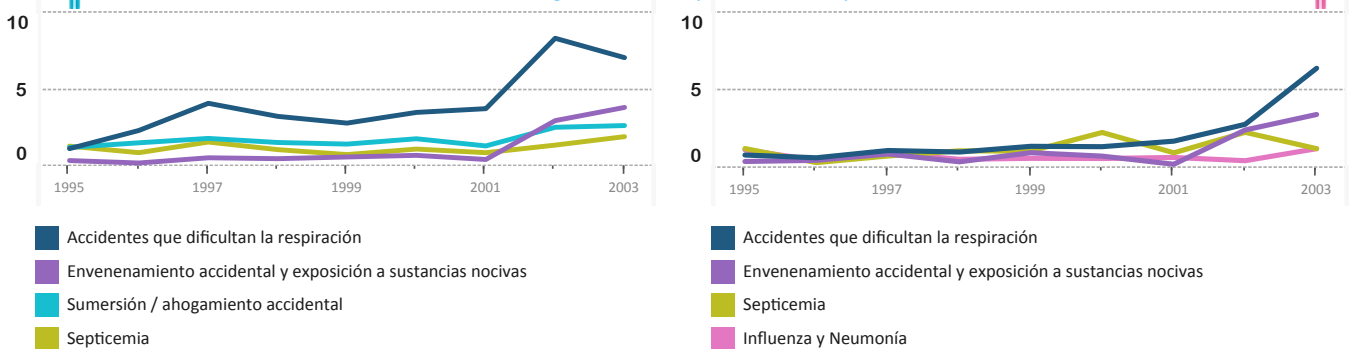
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 1995-2003



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



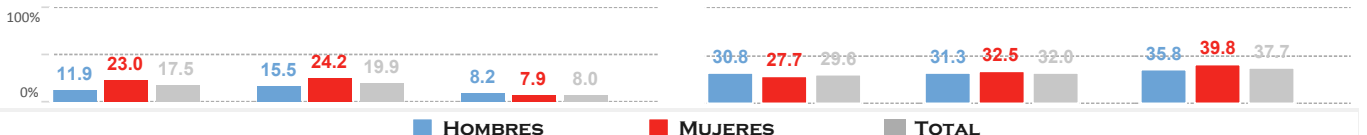
Fuente: 2012 Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2012 Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses: **11.9** (Hombres), **23.0** (Mujeres), **17.5** (Total)
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses: **15.5** (Hombres), **24.2** (Mujeres), **19.9** (Total)
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos: **8.2** (Hombres), **7.9** (Mujeres), **8.0** (Total)

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días: **30.8** (Hombres), **27.7** (Mujeres), **29.8** (Total)
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días: **31.3** (Hombres), **32.5** (Mujeres), **32.0** (Total)
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días: **35.8** (Hombres), **39.8** (Mujeres), **37.7** (Total)



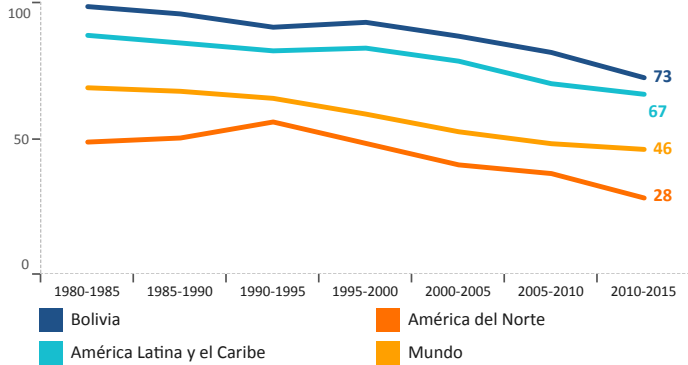


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

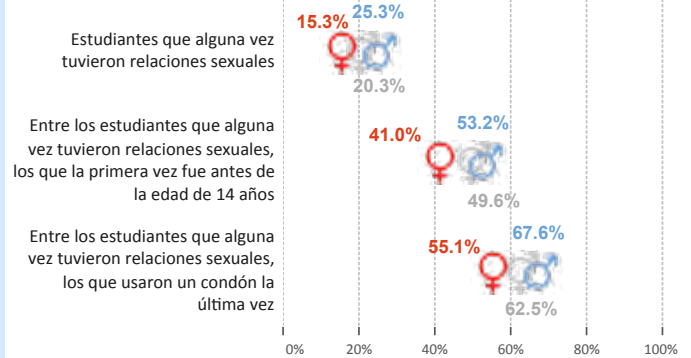
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2012 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



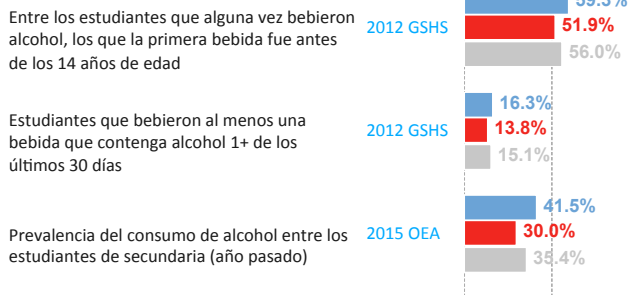
FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

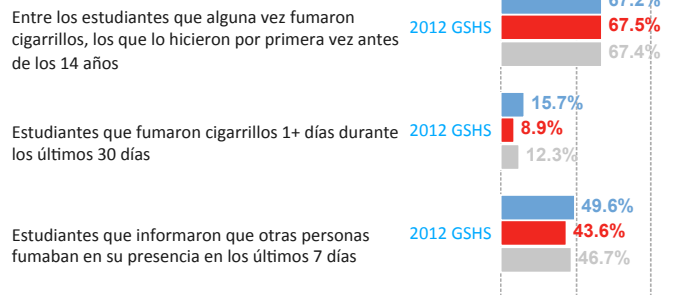
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO) OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



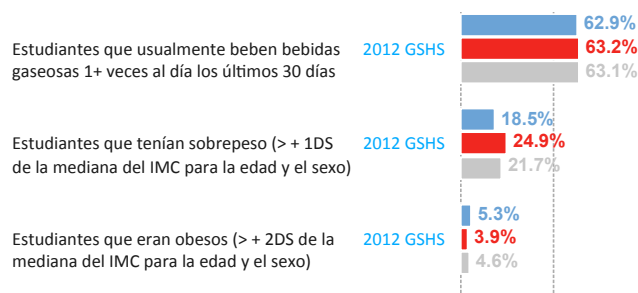
Consumo de Alcohol



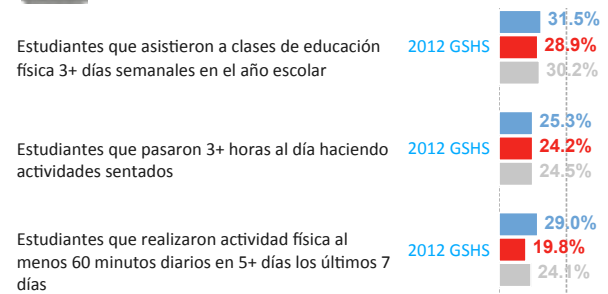
Consumo de Tabaco



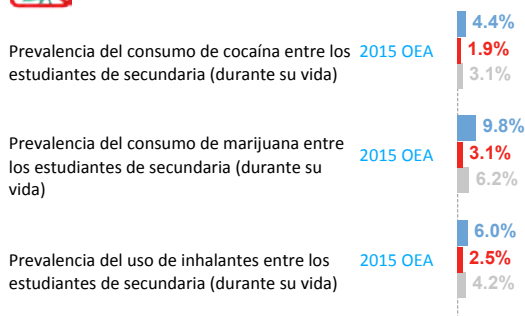
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



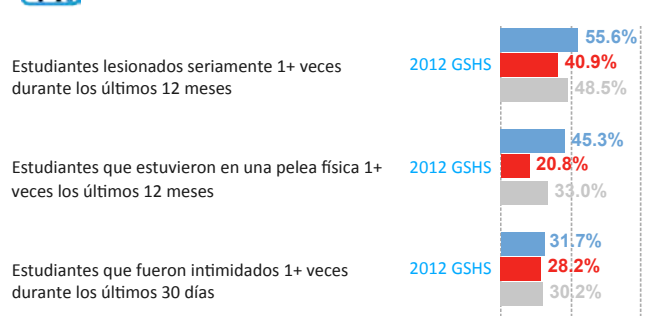
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

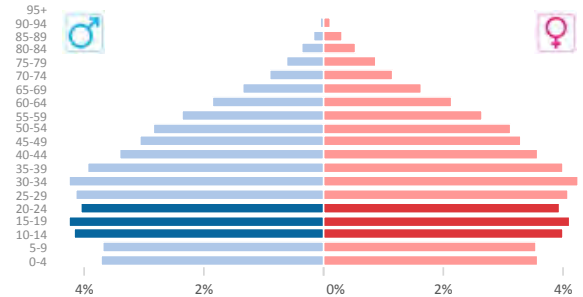
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes, 2015

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	8,461,108	8,235,819	16,696,927
15-19	8,927,819	8,626,413	17,554,232
10-14	8,714,125	8,388,691	17,102,816
10-24	26,103,052	25,250,923	51,353,975

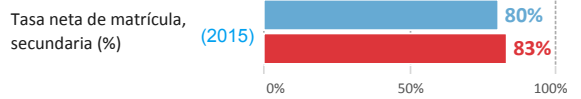
Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **25%**



DESARROLLO ECONÓMICO

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **3,141,333.0 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **-4.0 (2016)**



PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

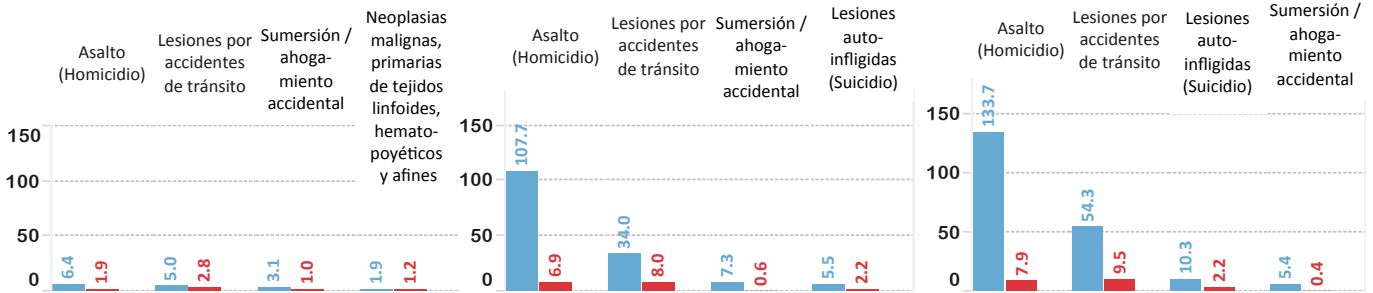
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

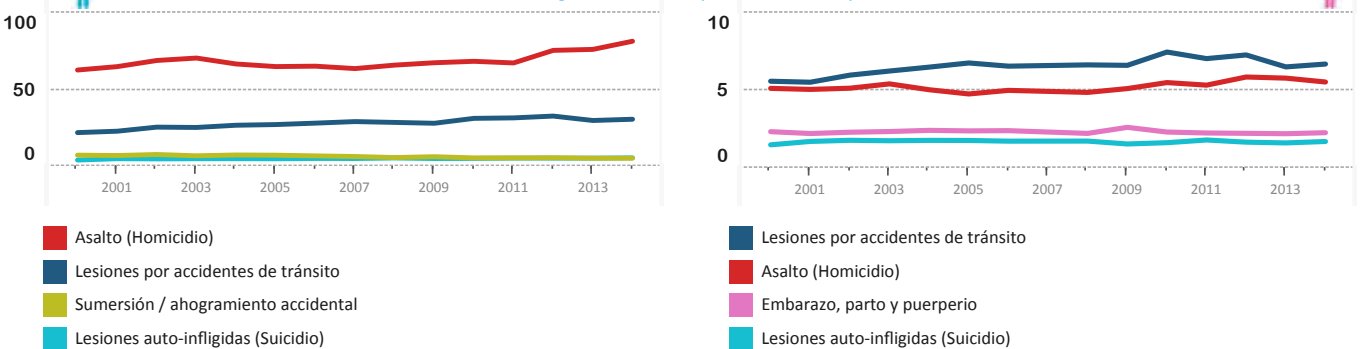
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Datos no disponibles

FACTORES PROTECTORES

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

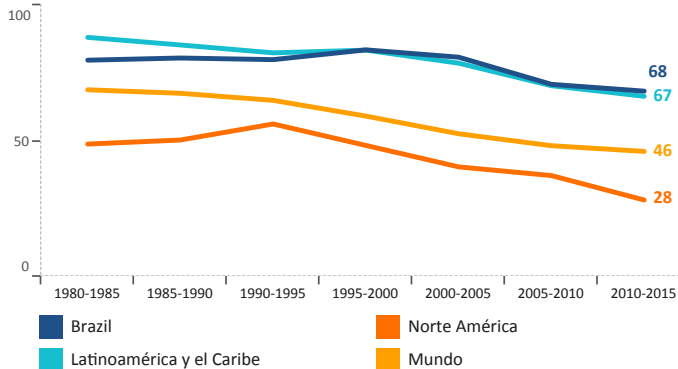


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

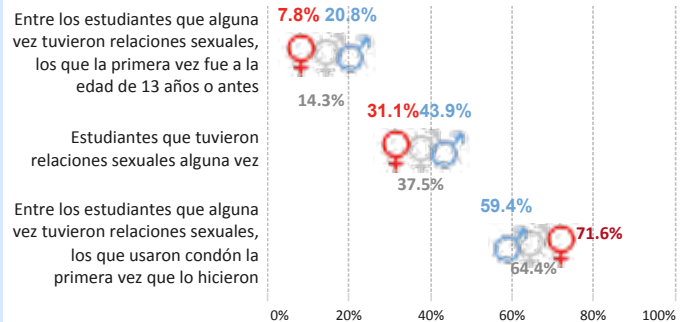
Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: (BNS) Brasil, Estadísticas Nacionales, Encuesta 2015

* Datos de país no disponibles en OMS (GSHS) Encuesta Mundial sobre Salud Escolar.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: ** Datos disponibles en: (BNS) - Brasil, Estadísticas Nacionales, Encuesta 2015; OEA - Informe sobre el uso de Drogas en las Américas, 2015.

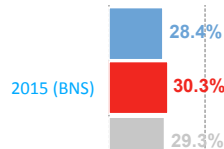
* Datos de país no disponibles en OMS (GSHS) - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar/Global School Health Survey (WHO);

(GYTS) - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



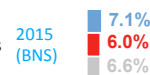
Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ en los últimos 30 días

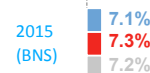


Consumo de Tabaco

Estudiantes que fumaron cigarrillos 1+ días durante los últimos 30 días



Prevalencia del uso de cualquier producto de tabaco en los 30 días



Estudiantes que informaron que fumaban en su presencia, pasados 7 días

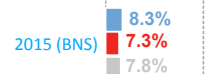


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

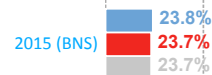
Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y sexo)



Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y sexo)



Total de estudiantes con sobrepeso (%)



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días a la semana en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas diarias haciendo actividades sentados

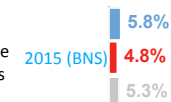


Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos al día en 5+ días los últimos 7 días



Consumo de Drogas

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria en los últimos 30 días



Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

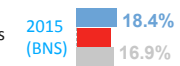


Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

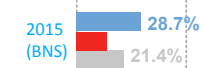


Violencia y Lesiones No Intencionales

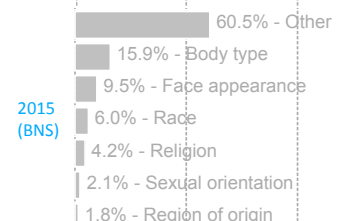
Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces en los últimos 12 meses



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces en los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces en los últimos 30 días





POBLACIÓN

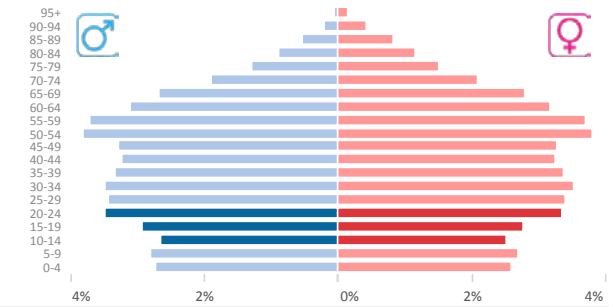
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,265,326	1,211,796	2,477,122
15-19	1,064,668	1,005,839	2,070,507
10-14	962,510	912,098	1,874,608
Total	3,292,504	3,129,733	6,422,237

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **18%**

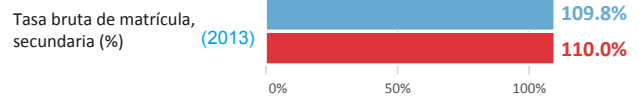


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **1,597,516.5 (2016)**
Crecimiento del PIB (% anual) **1.5 (2016)**



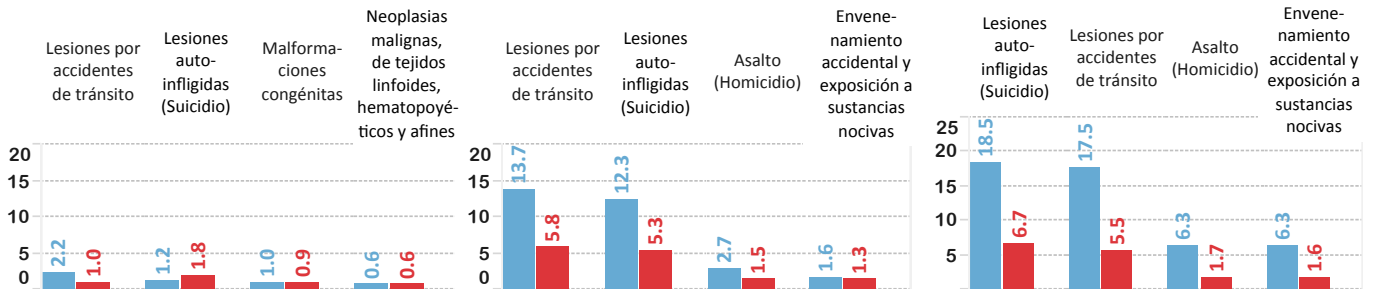
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2011.

(10-14 años)

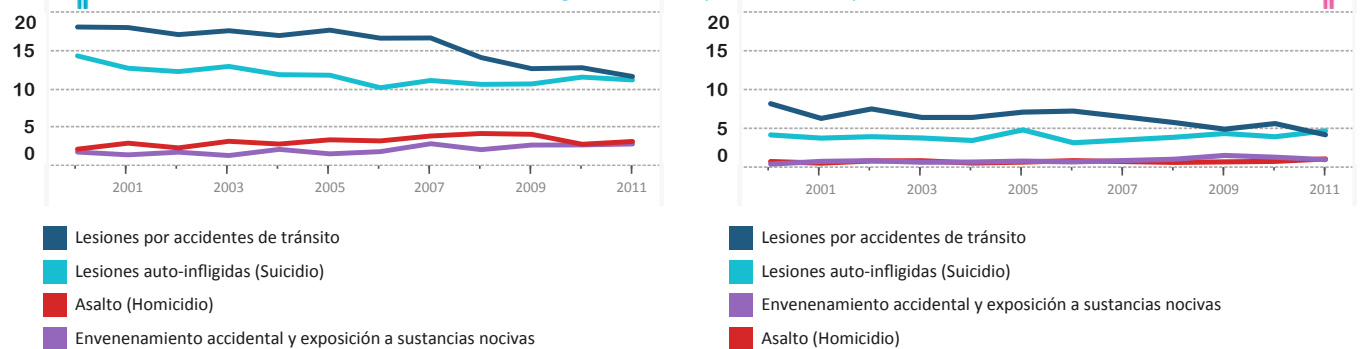
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2011



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

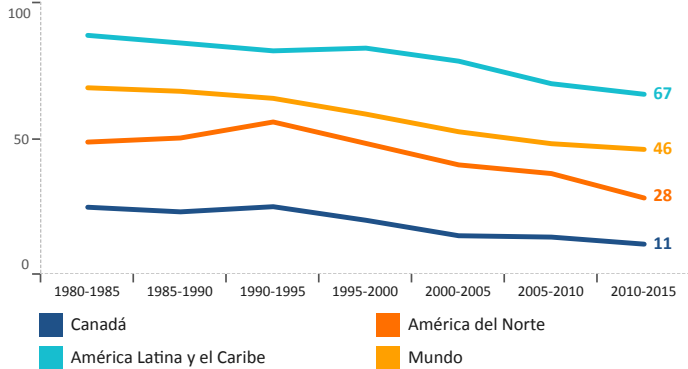


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

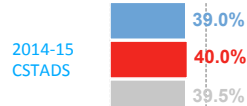
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: CSTADS - Encuesta estudiantil canadiense sobre uso de Tabaco, Alcohol y Drogas; GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS); GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS); OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



Consumo de Alcohol

Uso de Alcohol durante el año pasado (grados 7-12)



Exposición a beber Alcohol (grados 7-12)

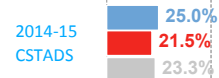


Consumo de Tabaco

Uso de cualquier producto de tabaco en los últimos 30 días



Ha probado algún producto de tabaco alguna vez en su vida



Nunca ha probado fumar



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Datos no disponibles

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Datos no disponibles

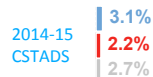
Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días



Consumo de Drogas

Uso de Drogas durante su vida - Cocaína (grados 7-12)



Uso de Drogas durante su vida - Marijuana (grados 7-12)



Uso de Drogas durante su vida - Inhalantes (grados 7-12)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Datos no disponibles

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días



POBLACIÓN

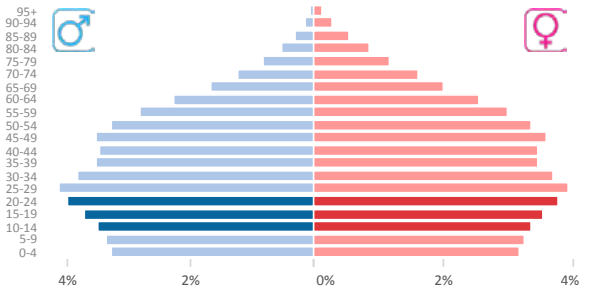
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	722,599	683,516	1,406,115
15-19	672,110	639,556	1,311,666
10-14	631,752	608,220	1,239,972
10-24	2,026,461	1,931,292	3,957,753

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **22%**

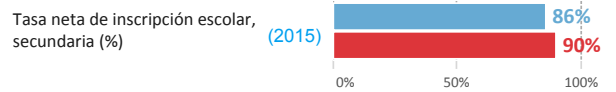


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **429,122.5** (2016)
Crecimiento del PIB (% anual) **1.6** (2016)



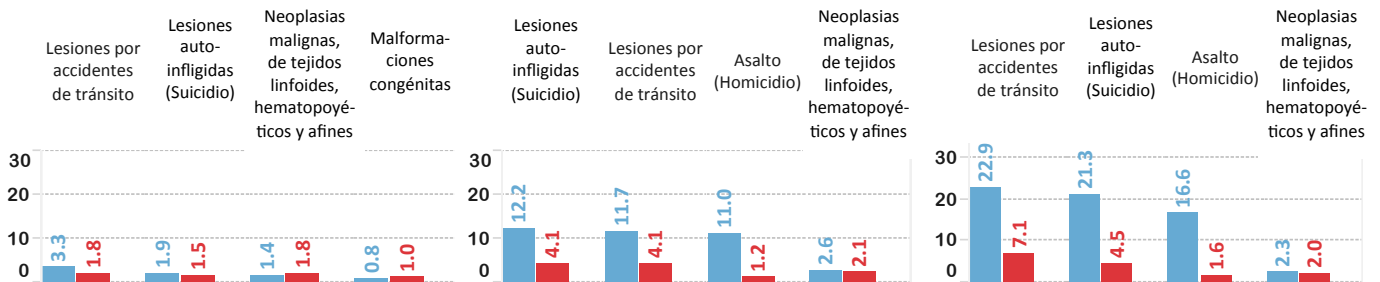
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

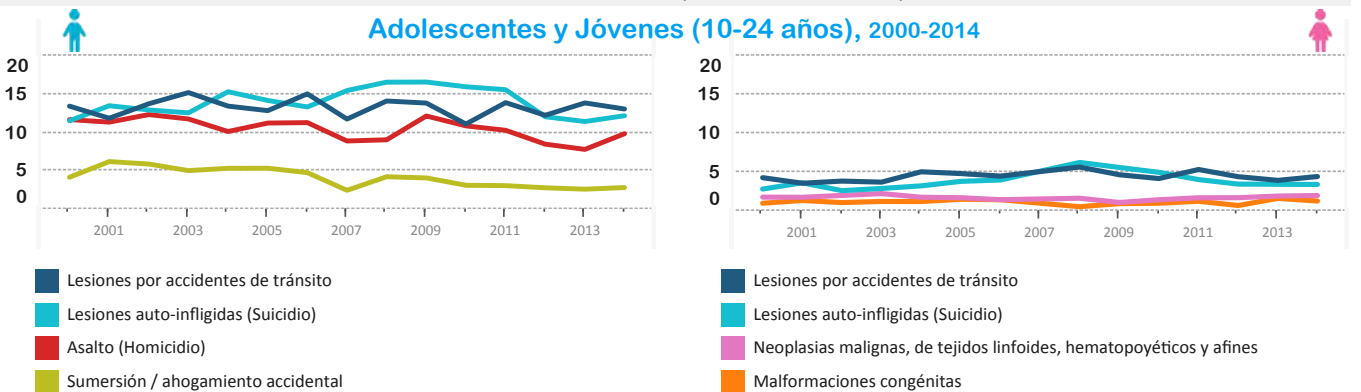
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

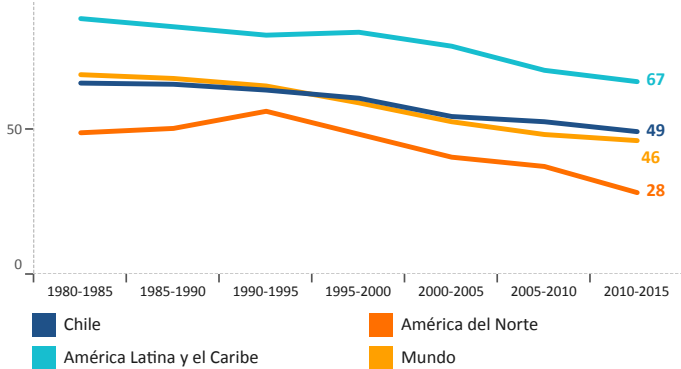


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

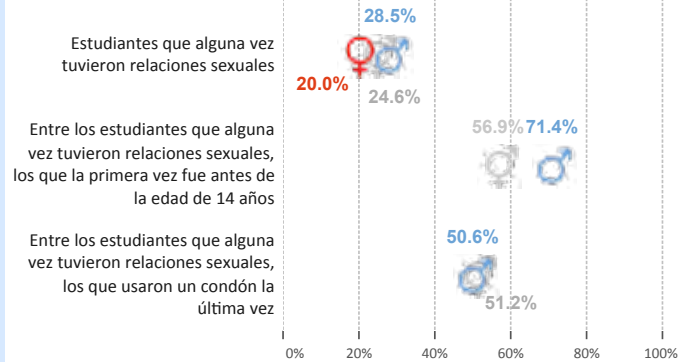
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

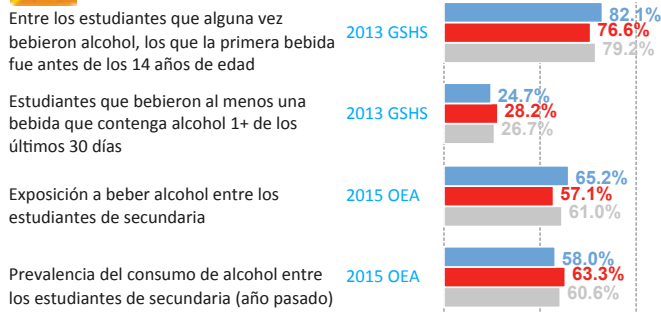
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

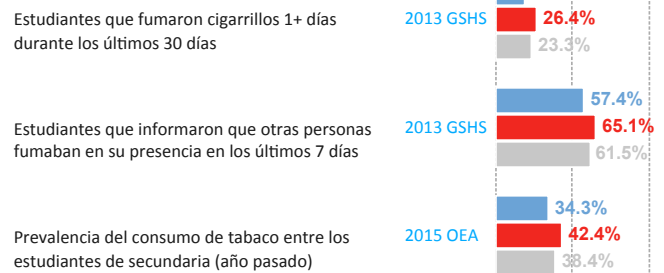
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



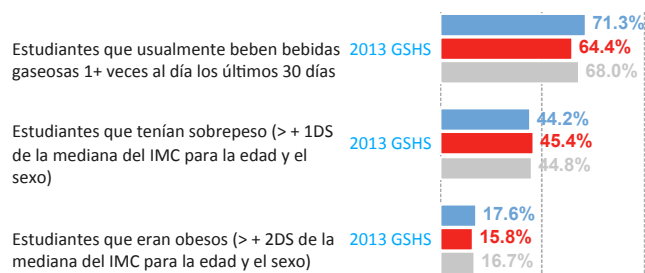
Consumo de Alcohol



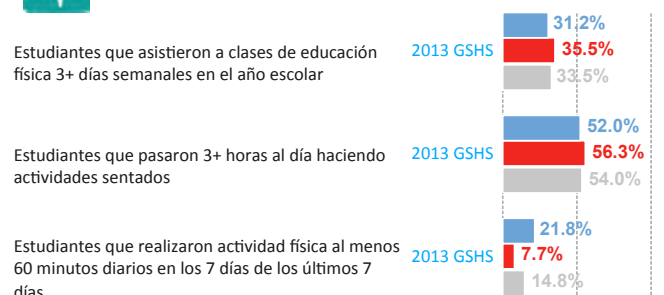
Consumo de Tabaco



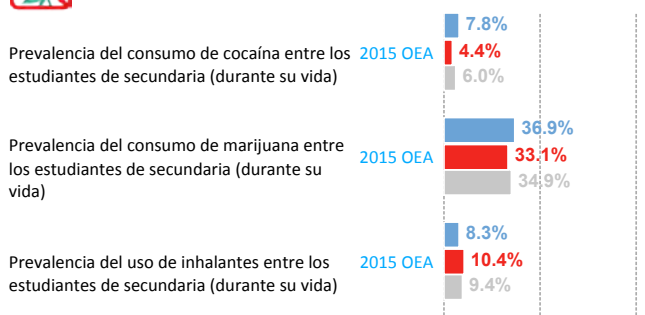
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



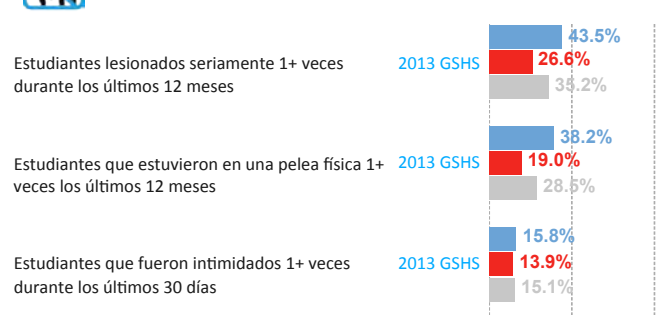
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

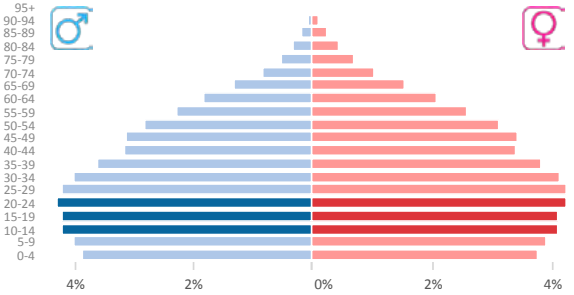
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	2,111,524	2,060,112	4,171,636
15-19	2,063,023	1,988,588	4,051,611
10-14	2,064,574	1,981,191	4,045,765
10-24	6,239,121	6,029,891	12,269,012

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **25%**

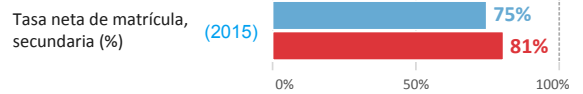


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **688,817.3** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **2.0** (2016)



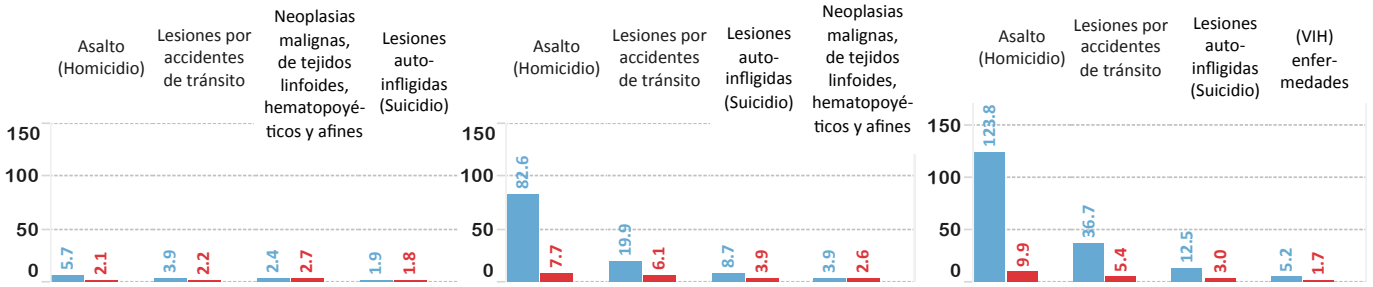
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

(10-14 años)

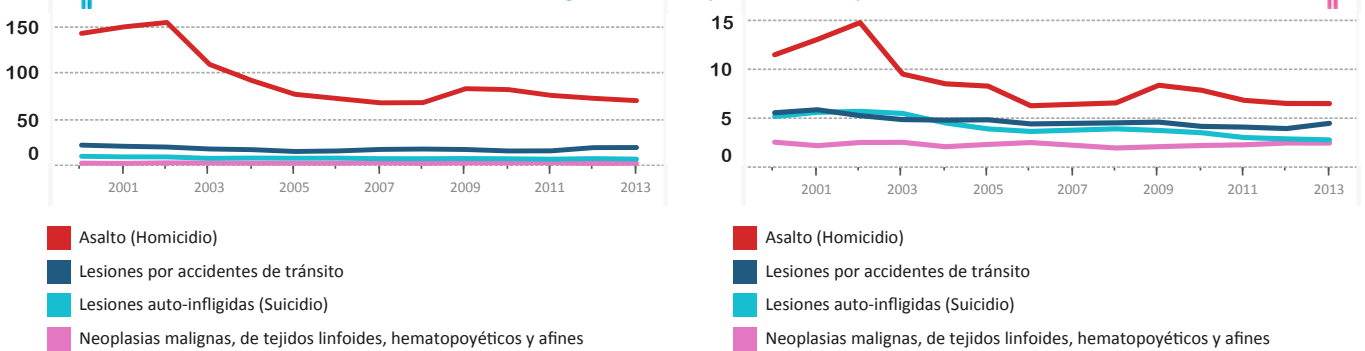
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

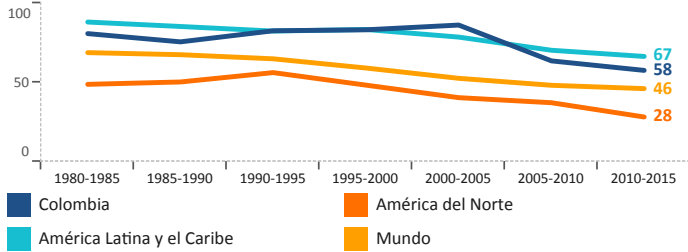


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MALE FEMALE TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



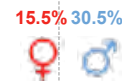
* Colombia, estadísticas nacionales registran tasas de fertilidad más altas que NN.UU.
2005: 75,58 2006: 75,94 2007: 75,91 2008: 76,04 2009: 73,97
2010: 68,85 2011: 69,97 2012: 72,59 2013: 69,25 2014: 67,44
Fuente: Encuesta de Convivencia y Seguridad Ciudadana, DANE, 2015. Colombia.

Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-19 años)

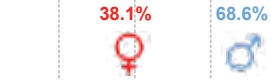
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Colombia, 2015.

* No datos Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de los 15 años (Urbana y Rural) (15-19 años de edad)



Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez (13-19 años de edad)



0% 20% 40% 60% 80% 100%

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

ENSIN - Encuesta Nacional de Situación Nutricional, Colombia, 2010; ECSC - Encuesta de Convivencia y Seguridad Ciudadana, Colombia, 2015, DANE.

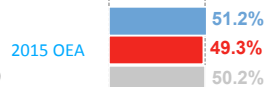


Consumo de Alcohol

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)

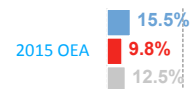


Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Consumo de Tabaco

Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo) (5-17 años)



Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo) (5-17 años)



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentadas

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses (15+ años de edad)





POBLACIÓN

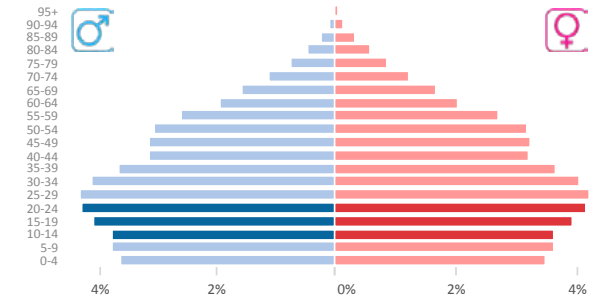
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	209,551	201,747	411,298
15-19	199,741	191,319	391,060
10-14	183,796	175,630	359,426
Total	593,088	568,696	1,161,784

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **24%**

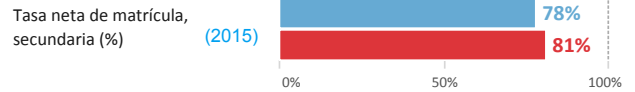


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **80,699.0 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **4.0 (2016)**



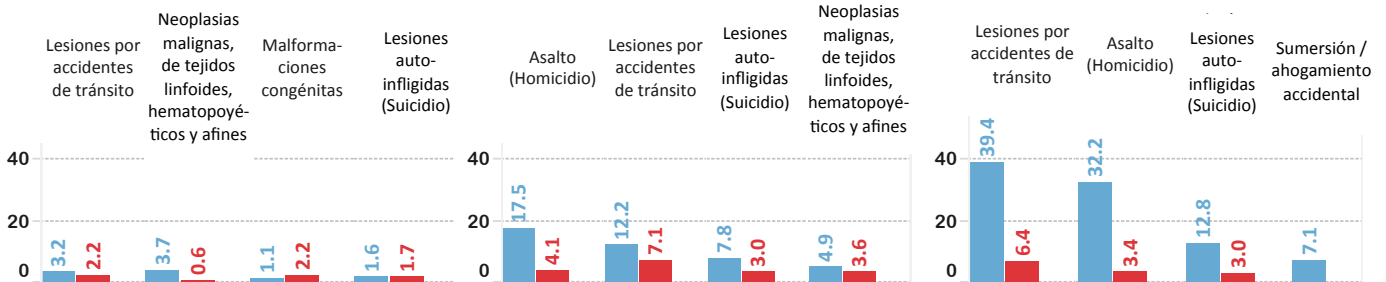
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

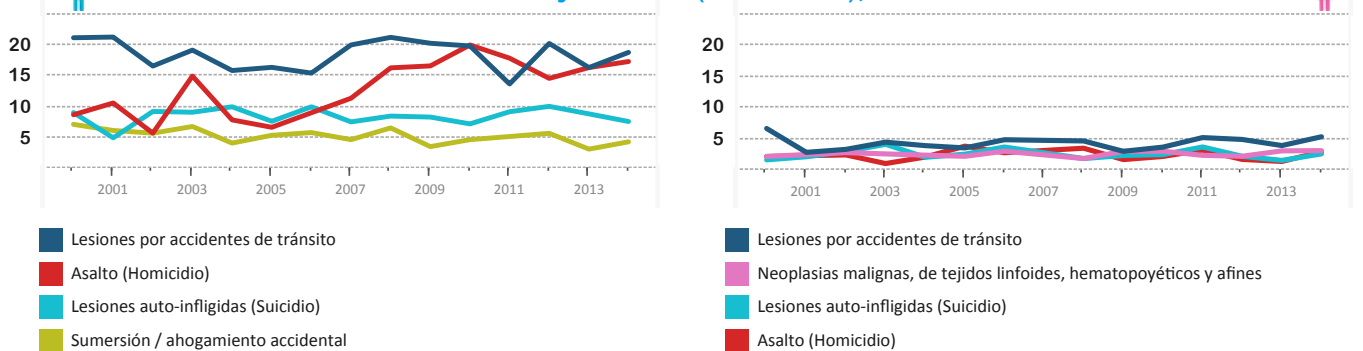
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses

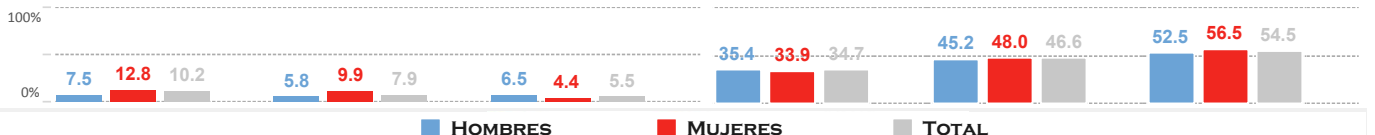
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



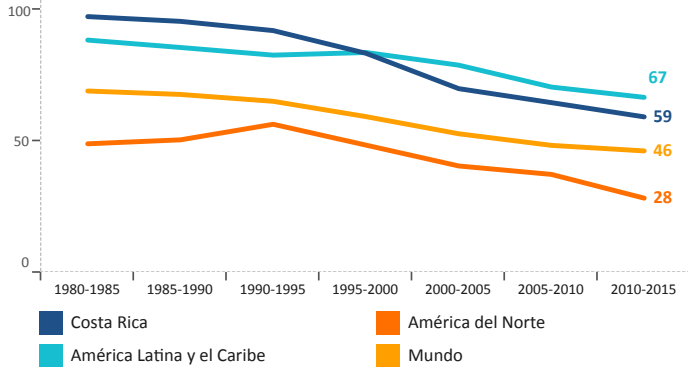


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

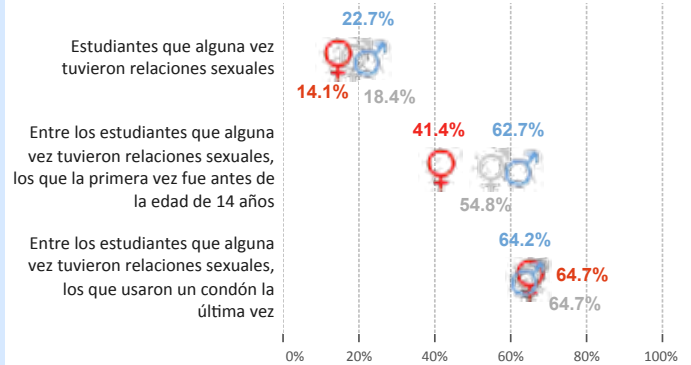
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

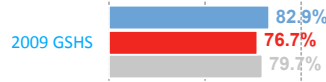


Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días



Entre los estudiantes que alguna vez bebieron alcohol, los que la primera bebida fue antes de los 14 años de edad

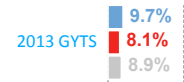


Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida



Consumo de Tabaco

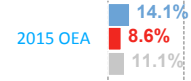
Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales

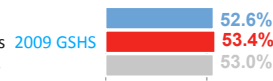


Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)

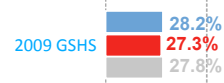


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

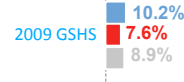
Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados



Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

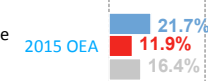


Consumo de Drogas

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre estudiantes de secundaria (año pasado)

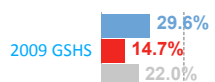


Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

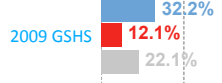


Violencia y Lesiones No Intencionales

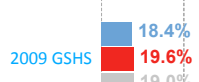
Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

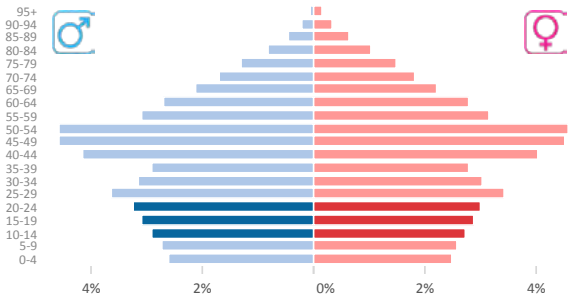
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	372,190	342,827	715,017
15-19	353,934	328,552	682,486
10-14	332,556	311,276	643,832
10-24	1,058,680	982,655	2,041,335

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **18%**

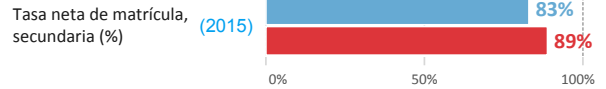


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

GDP per capita (current US\$) **7,602.3 (2015)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **4.4 (2015)**



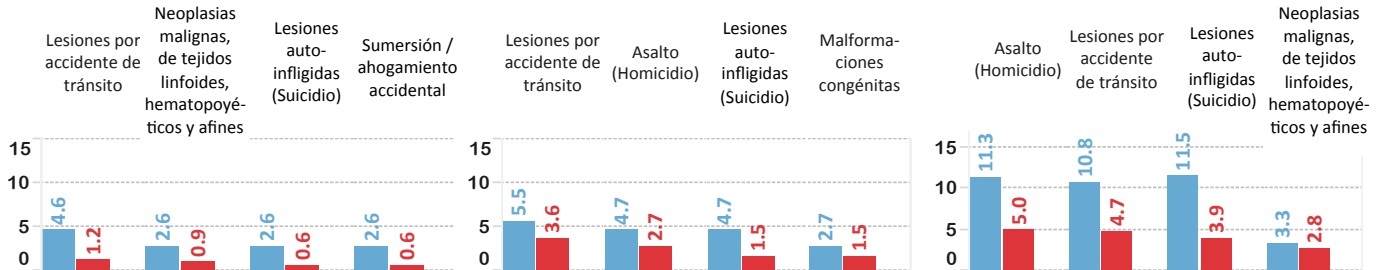
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

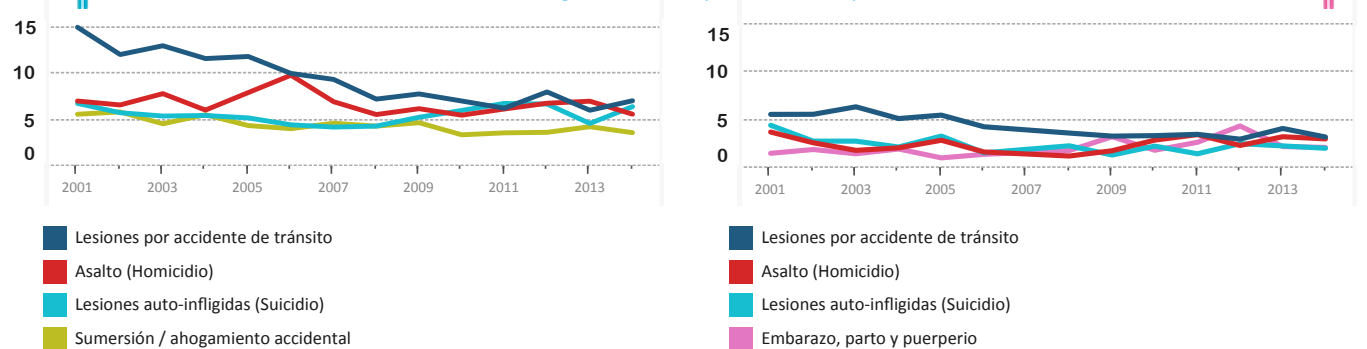
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

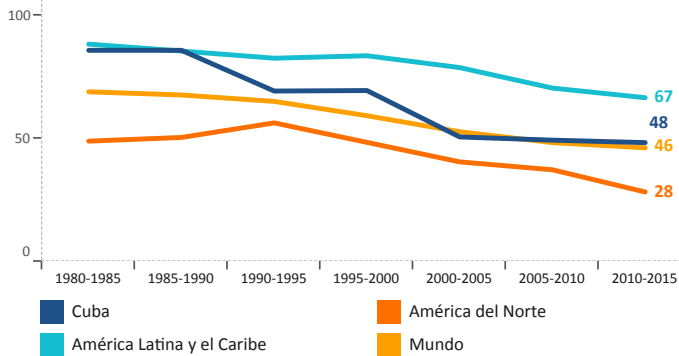


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

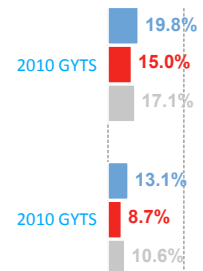
Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

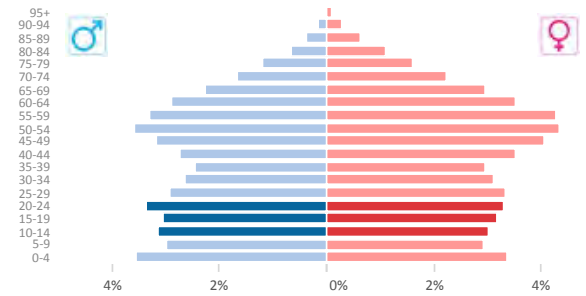
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	5,349	5,233	10,582
15-19	4,859	5,038	9,897
10-14	4,988	4,811	9,799
10-24	15,196	15,082	30,278

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **19%**

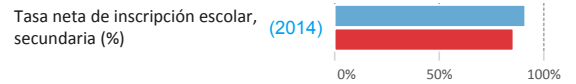


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: 'World Statistics Pocketbook' | División de Estadística de las Naciones Unidas, datos de mayo de 2017. <http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Cura%C3%A7ao>

PIB (millones de US \$)	3,159.0 (2014)
PIB per cápita (US \$ a precios internacionales actuales)	20,282.7 (2014)
Crecimiento del PIB (% anual, precios consolidados de 2005)	-1.1 (2014)



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

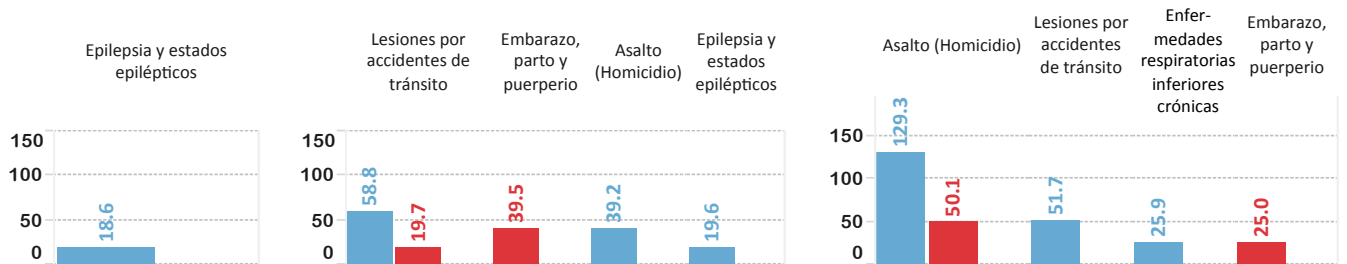
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2007.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

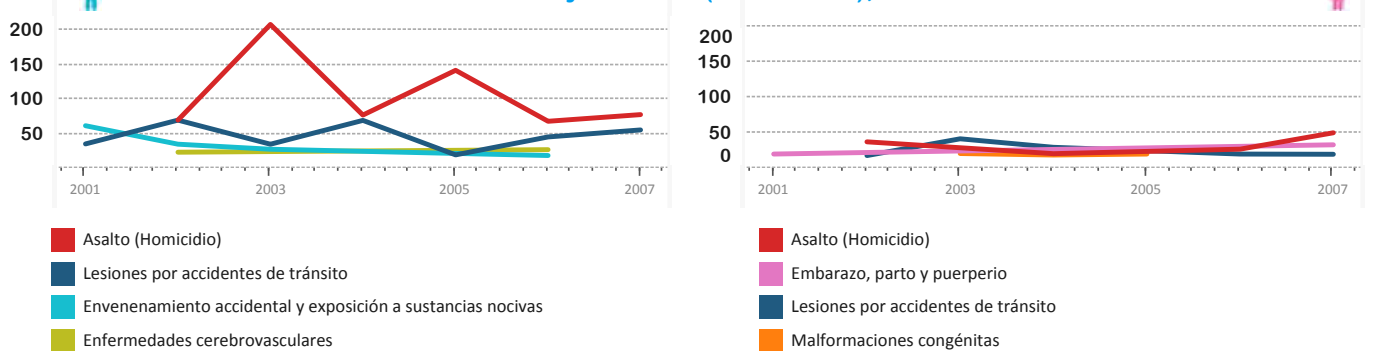
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2001-2007



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Source: 2015 Global School Health Survey (GSHS)



Source: 2015 Global School Health Survey (GSHS)

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

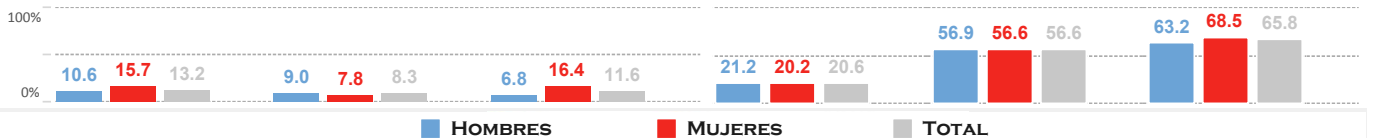
Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Percentage of students who ever seriously considered attempting suicide during the past 12 months

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



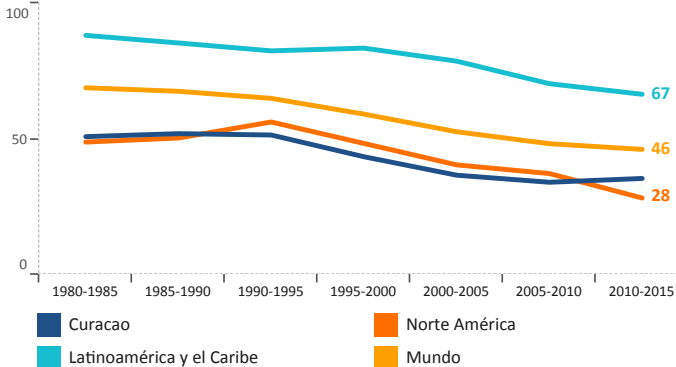


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

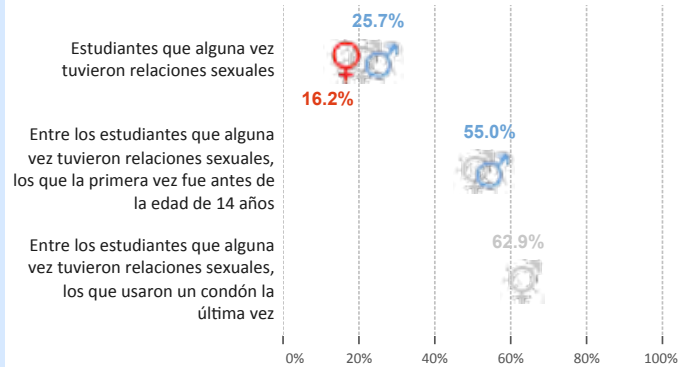
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2015 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

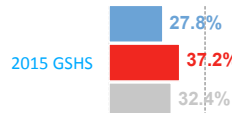
OEA - Informe sobre el uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

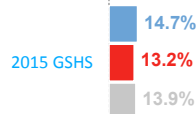


Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

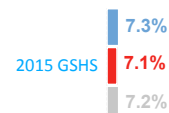


Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida

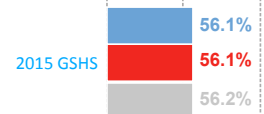


Consumo de Tabaco

Estudiantes que fumaron cigarrillos 1+ días durante los últimos 30 días



Estudiantes que informaron que fumaban en su presencia, pasados 7 días



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Actividad Física

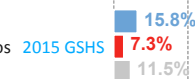
Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

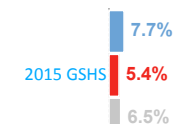


Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

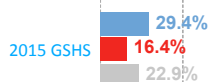


Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

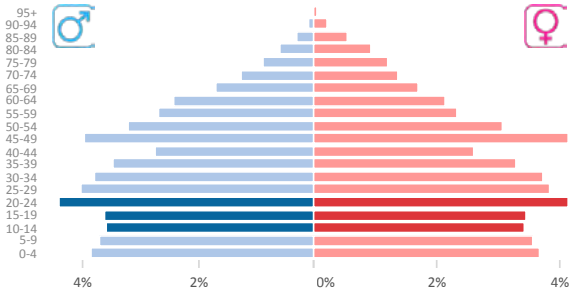
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	3,271	3,064	6,335
15-19	2,689	2,554	5,243
10-14	2,650	2,537	5,187
10-24	8,610	8,155	16,765

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **23%**

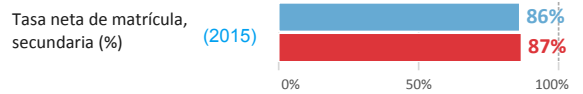


DESARROLLO ECONÓMICO

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **807.1** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **0.9** (2016)

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

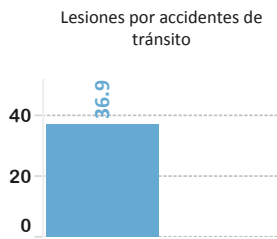


TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

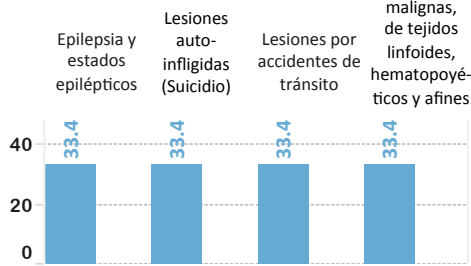
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

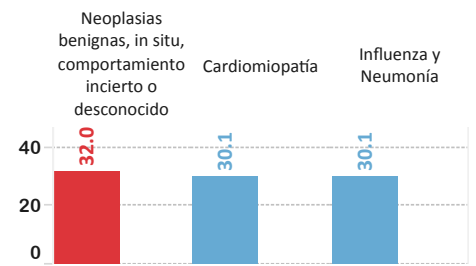
(10-14 años)



(15-19 años)

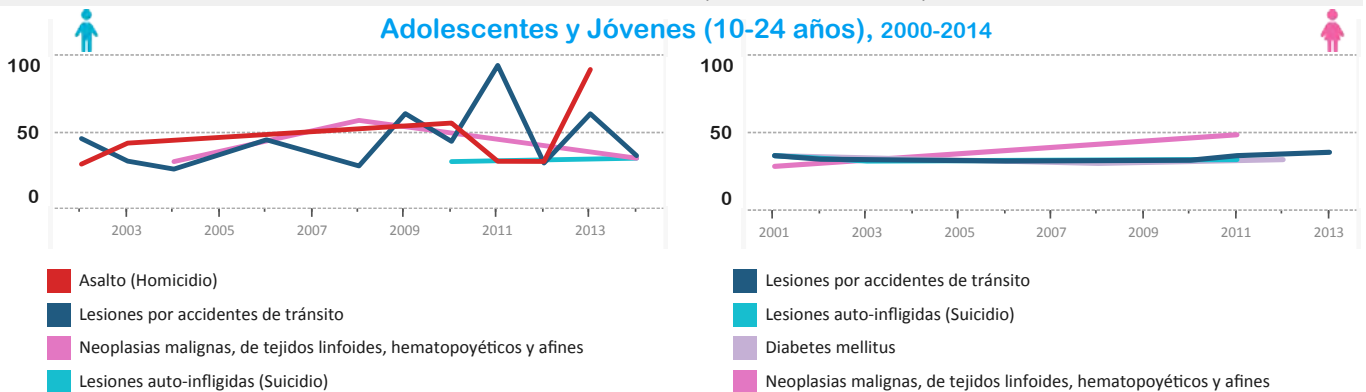


(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014

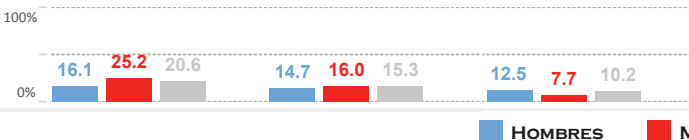


SALUD MENTAL



Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS. (13-15 años)

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos



FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS. (13-15 años)

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

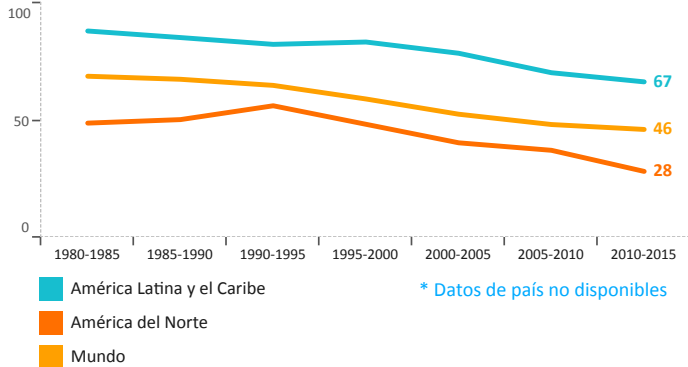


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

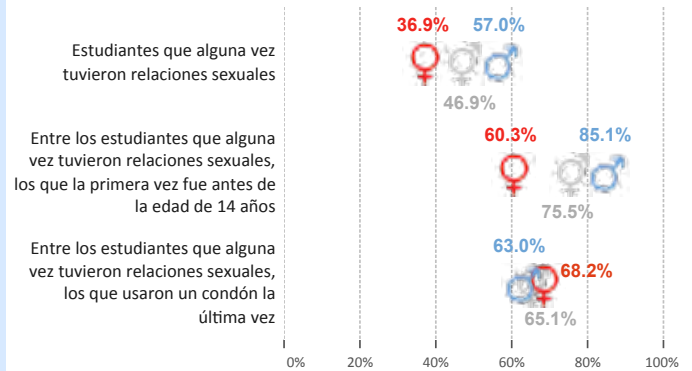
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, Division de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (13-15 años de edad)

Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

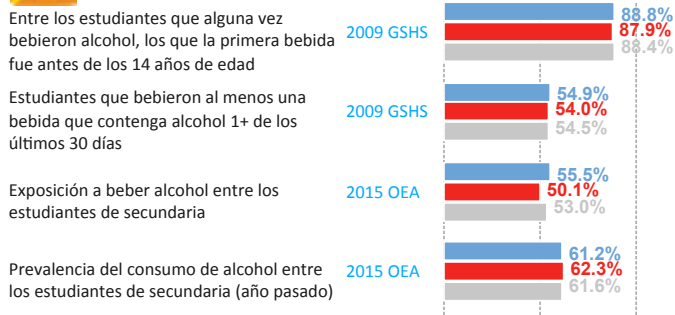
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

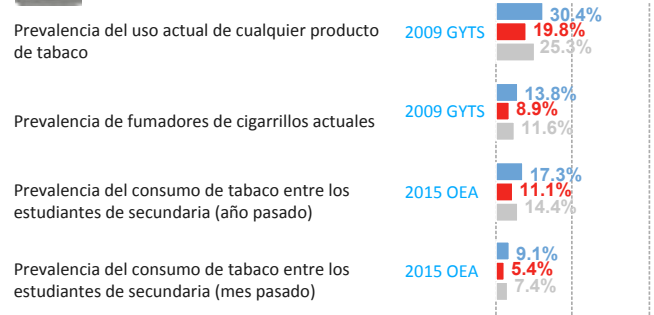
(Grupo: 13-15 años de edad)



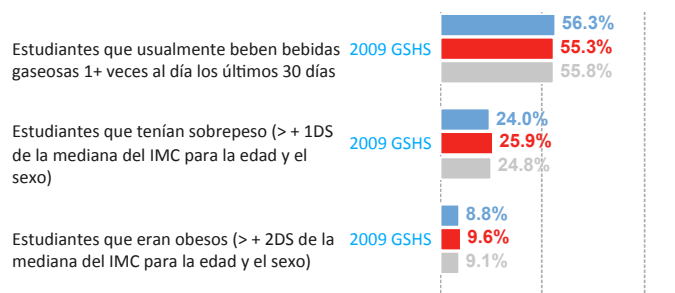
Consumo de Alcohol



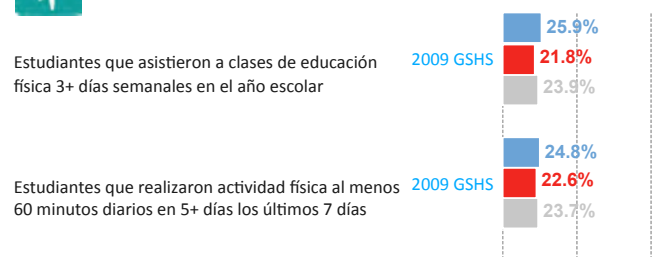
Consumo de Tabaco



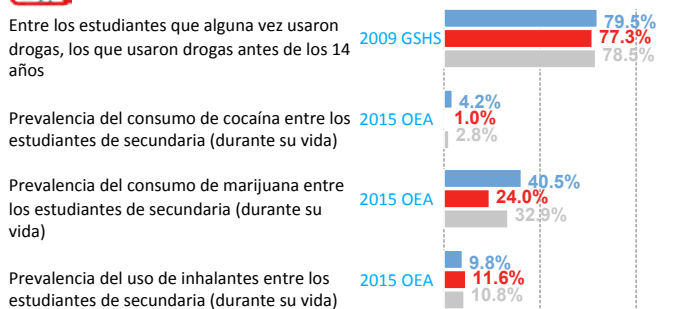
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



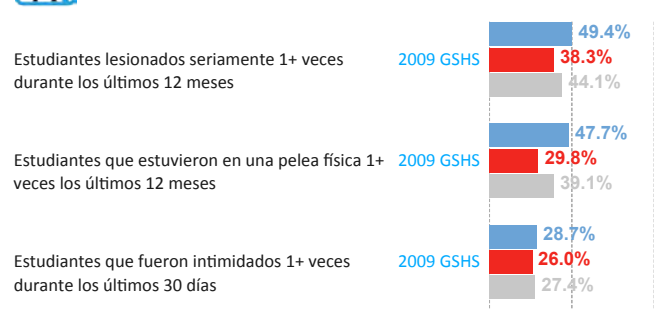
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

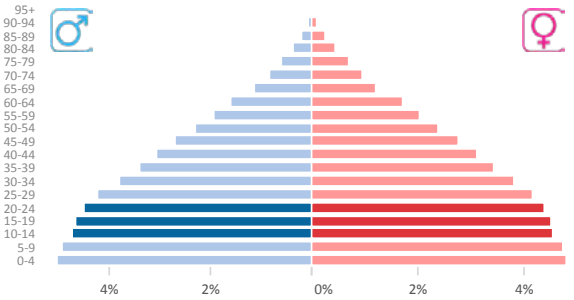
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	736,095	717,005	1,453,100
15-19	763,198	737,259	1,500,457
10-14	772,409	741,919	1,514,328
10-24	2,271,702	2,196,183	4,467,885

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **27%**

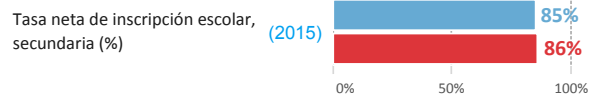


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **184,924.7 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **-1.5 (2016)**



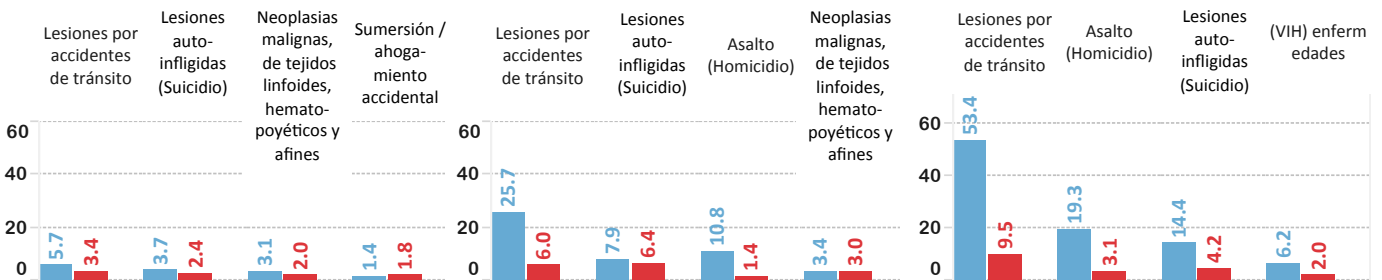
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

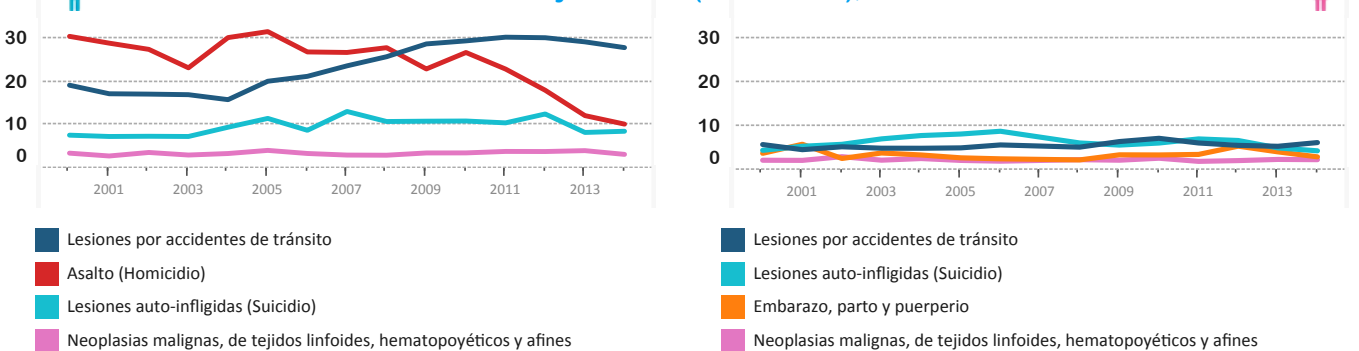
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

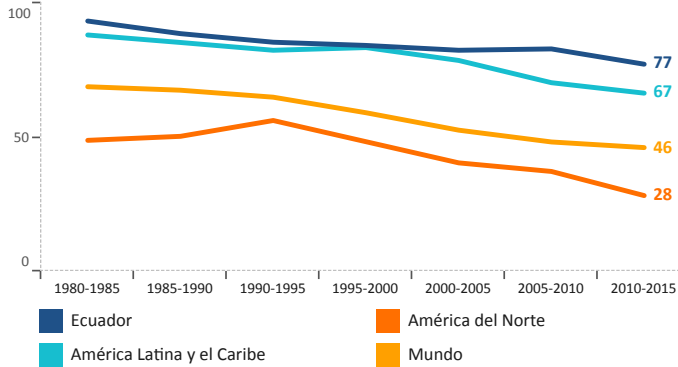


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

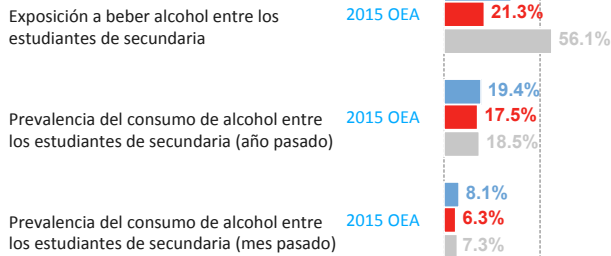
FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

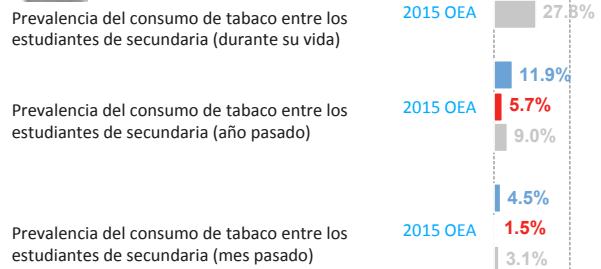
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO) OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

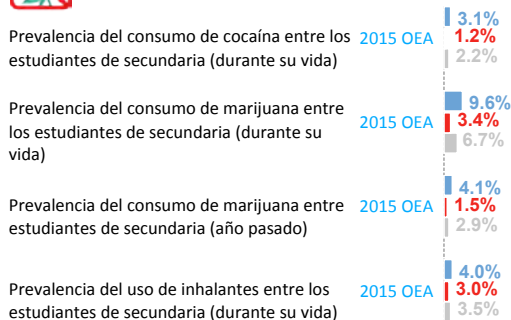
Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

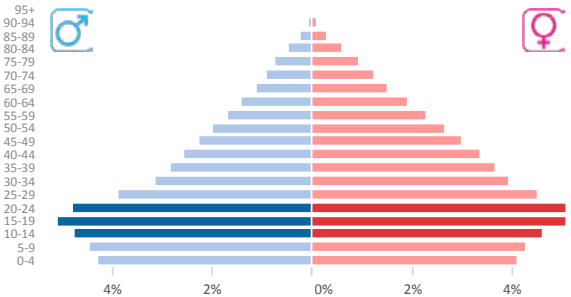
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	295,556	312,016	607,572
15-19	314,466	312,404	626,870
10-14	292,373	281,714	574,087
10-24	902,395	906,134	1,808,529

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **29%**

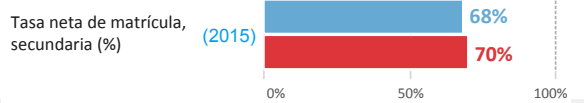


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **54,685.6** (2016)
Crecimiento del PIB (% anual) **2.4** (2016)



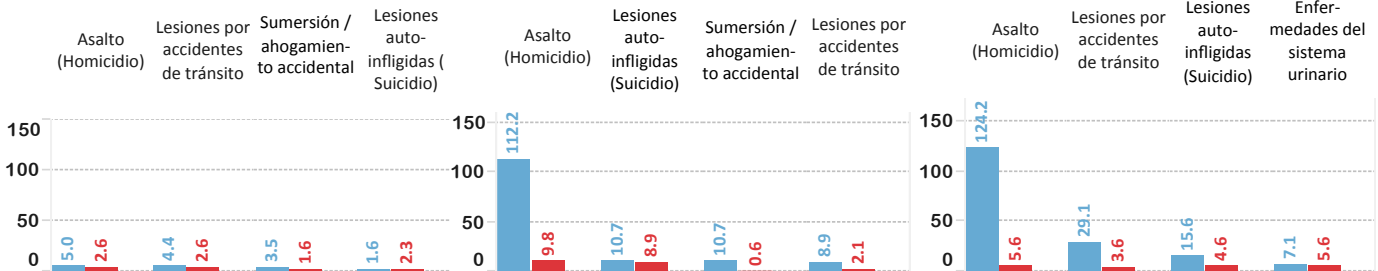
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

(10-14 años)

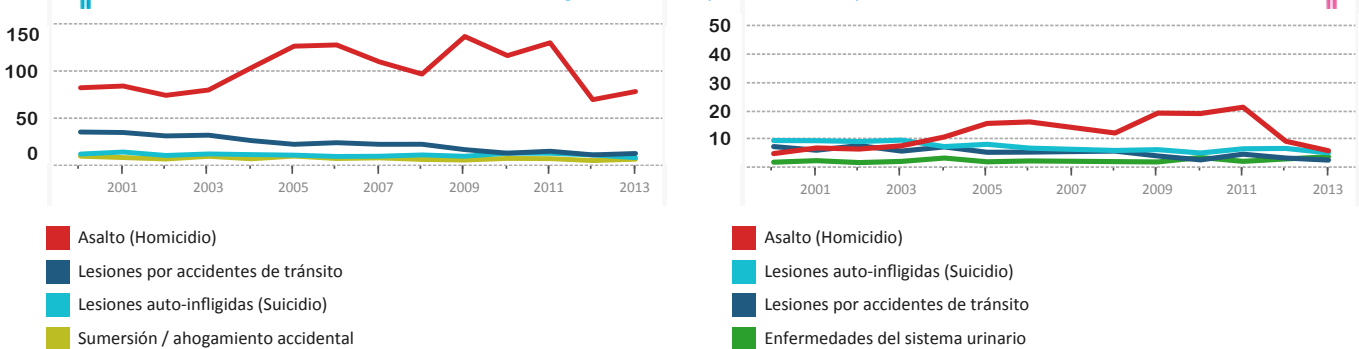
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



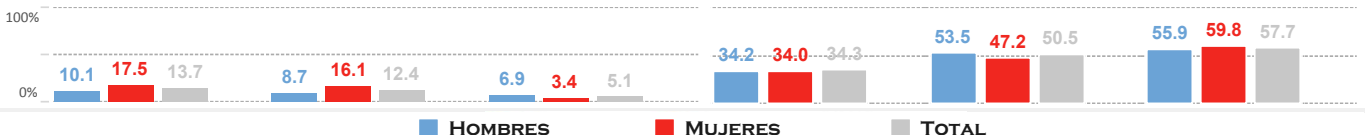
Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



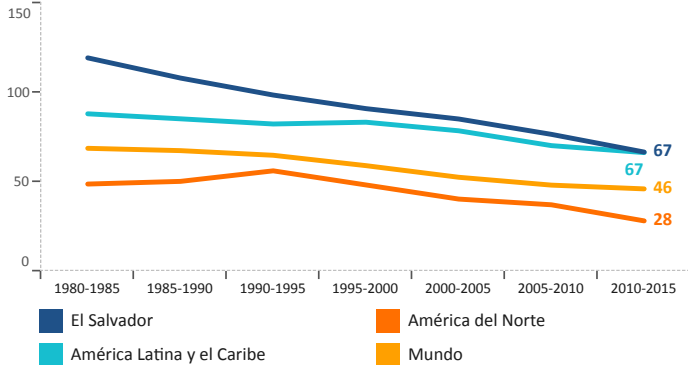


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

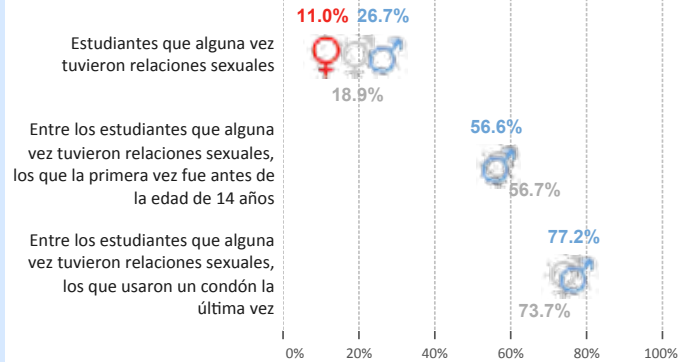
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2013 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

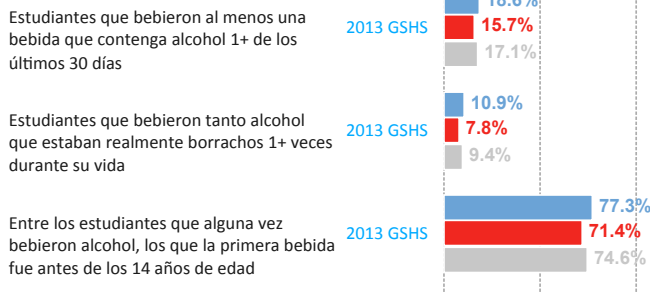
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

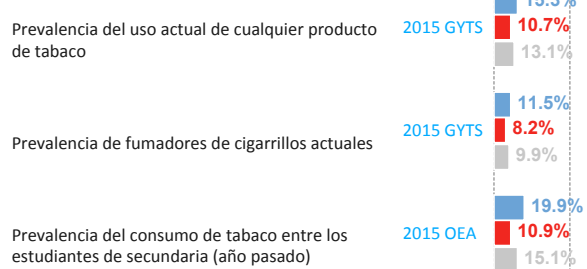
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



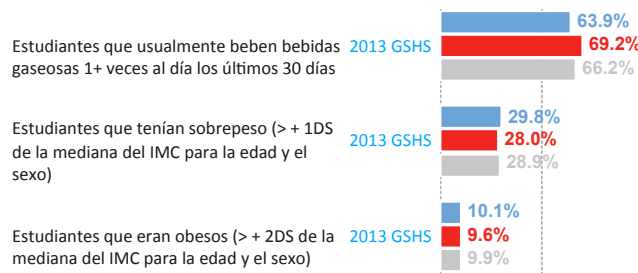
Consumo de Alcohol



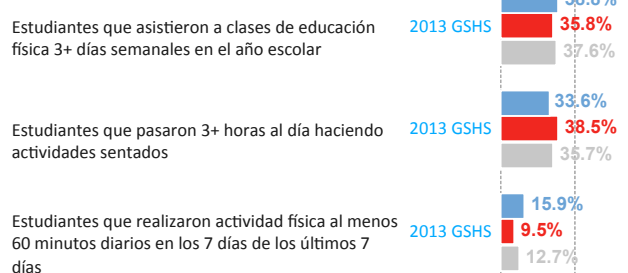
Consumo de Tabaco



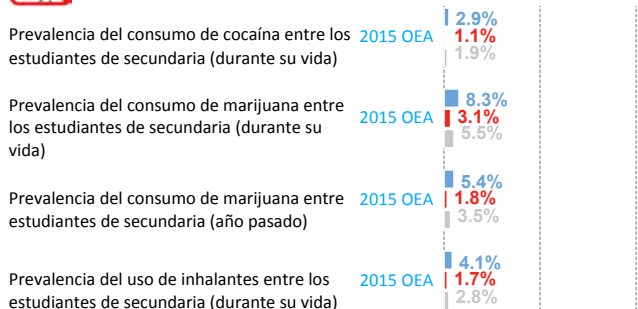
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



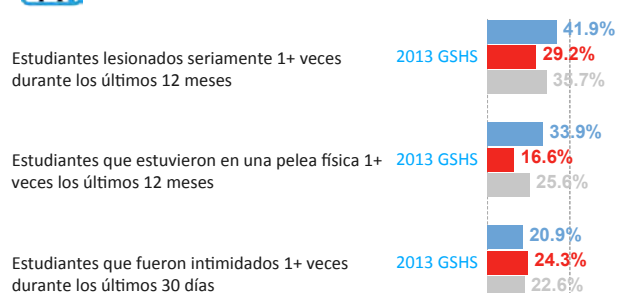
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

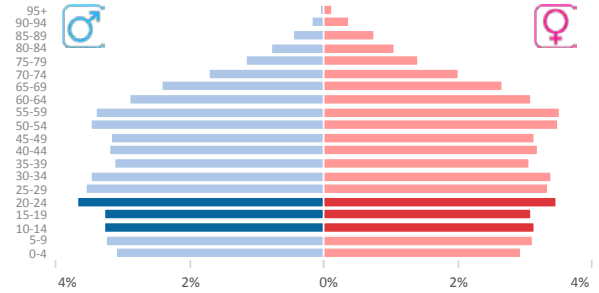
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	11,928,066	11,221,876	23,149,942
15-19	10,570,529	10,049,396	20,619,925
10-14	10,627,683	10,207,085	20,834,768
10-24	33,126,278	31,478,357	64,604,635

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **20%**

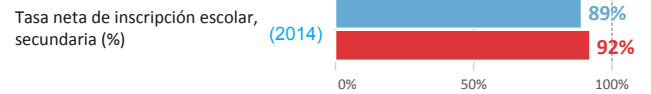


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **18,569,100.0** (2016)
Crecimiento del PIB (% anual) **1.6** (2016)



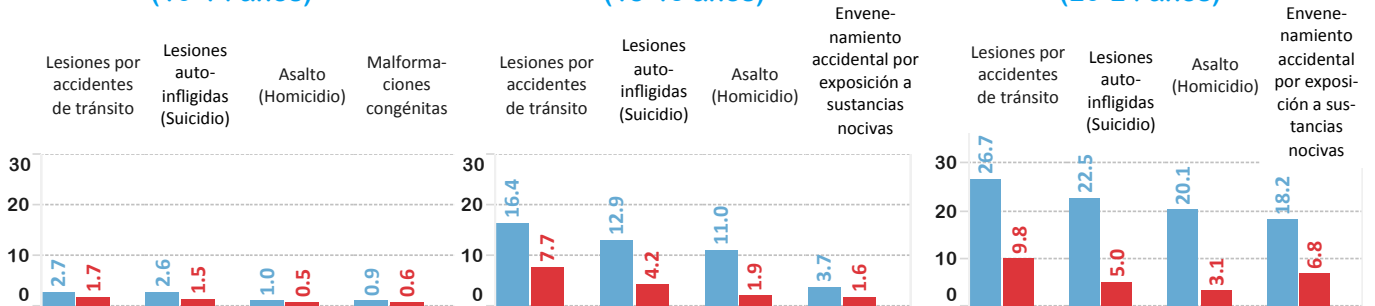
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

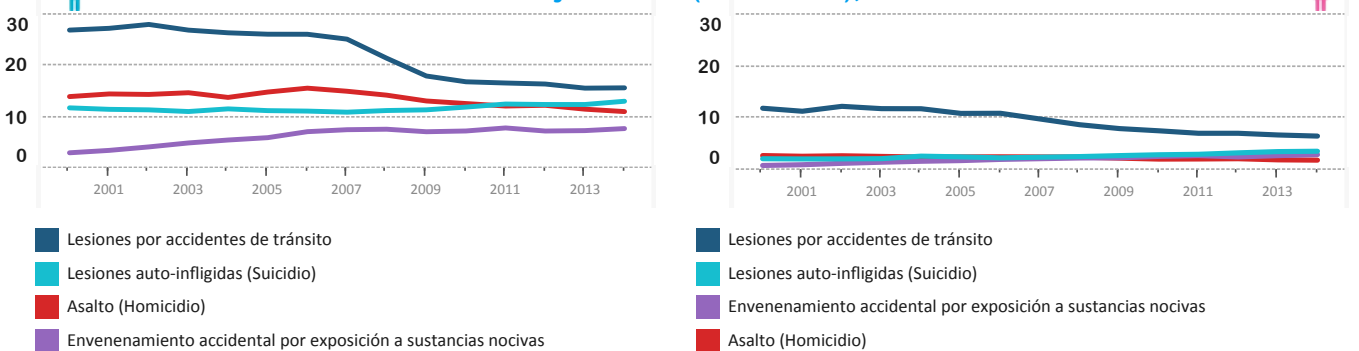
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

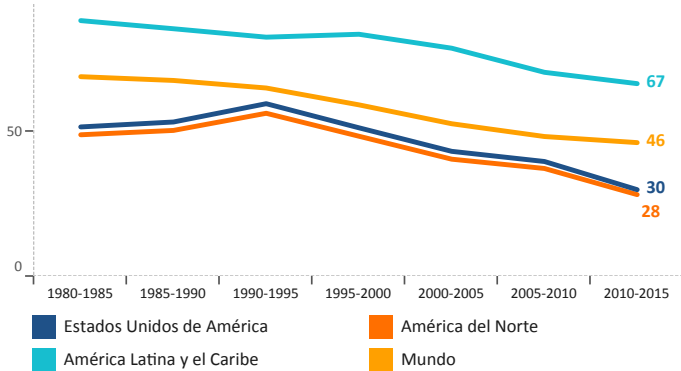


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

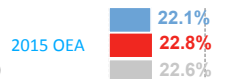
Fuentes: (YRBSS) Sistema de Vigilancia del Comportamiento de Riesgo Juvenil (CDC.ONDIEH/DNPAO), 2015. OEA - Informe sobre el Uso de Drogas, Américas

* No datos disponibles en: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS); GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS)

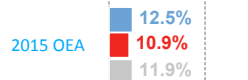


Consumo de Alcohol

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria



Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Consumo de Tabaco

Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

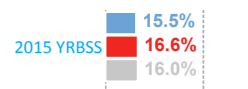


Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

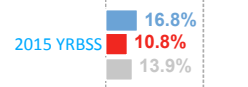


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

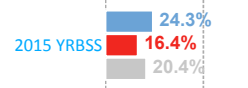
Estudiantes con sobrepeso en los grados 9-12, (IMC) $\geq 85^{\text{a}}$ y $< 95^{\text{a}}$ percentil, en la tabla de crecimiento de CDC 2000



Estudiantes obesos en los grados 9-12, (IMC) $\geq 95^{\text{a}}$ percentil, en la tabla de crecimiento de CDC 2000



Estudiantes en los grados 9-12, que bebieron soda / refresco regular al menos una vez al día

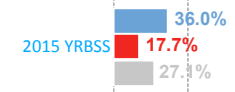


Actividad Física

Porcentaje de estudiantes en los grados 9-12 que participan en la educación física diaria



Porcentaje de estudiantes en los grados 9-12 que logran 1 hora o más de actividad física de intensidad moderada y / o vigorosa diariamente



Porcentaje de estudiantes en grados 9-12 que ven 3 o más horas de televisión cada día escolar



Consumo de Drogas

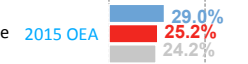
Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



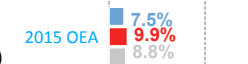
Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

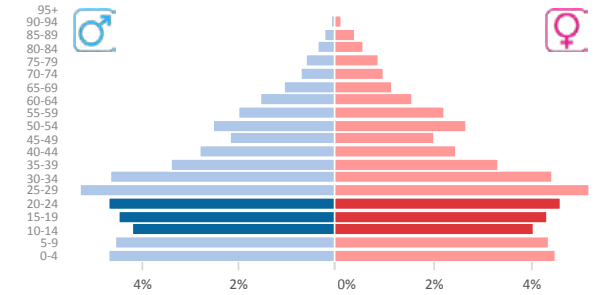
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	5,036	4,931	9,967
15-19	4,826	4,613	9,439
10-14	4,545	4,314	8,859
10-24	14,407	13,858	28,265

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **26%**

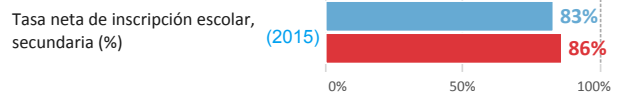


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **1,494.7 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **1.9 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

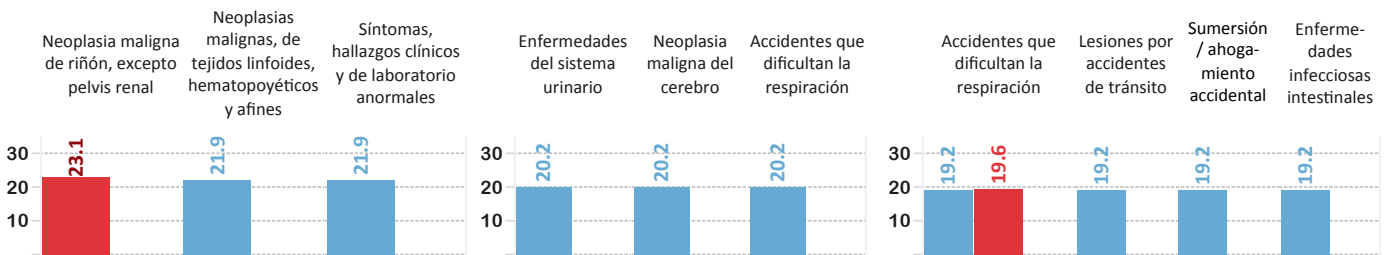
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2015.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

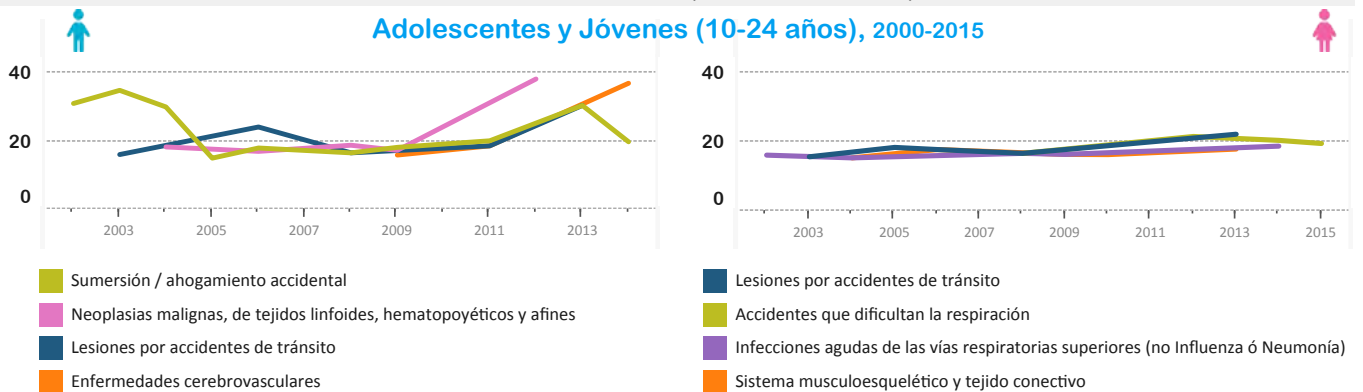
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2015



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



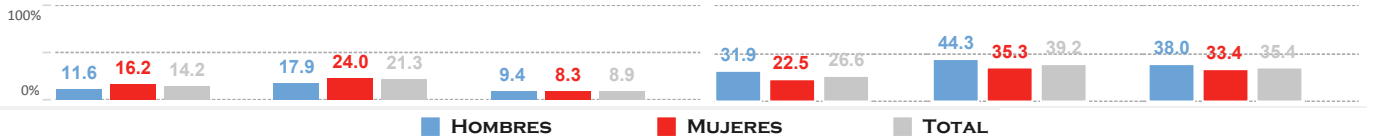
Fuente: 2008 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2008 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que se sentían solos la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes que informaron que la mayoría de los alumnos de su escuela nunca o raramente fueron amables y serviciales durante los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres o tutores nunca o casi nunca realmente sabía lo que estaban haciendo con su tiempo libre durante los últimos 30 días



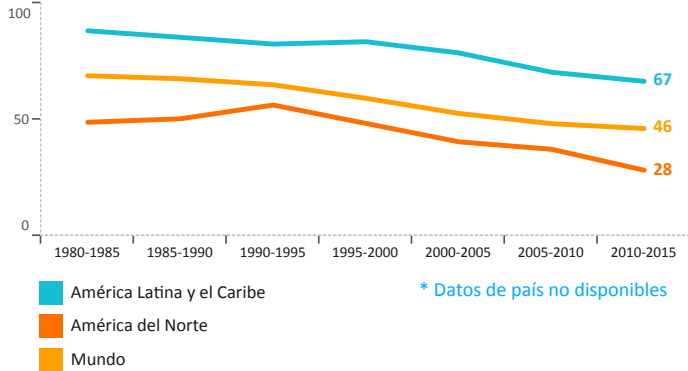


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

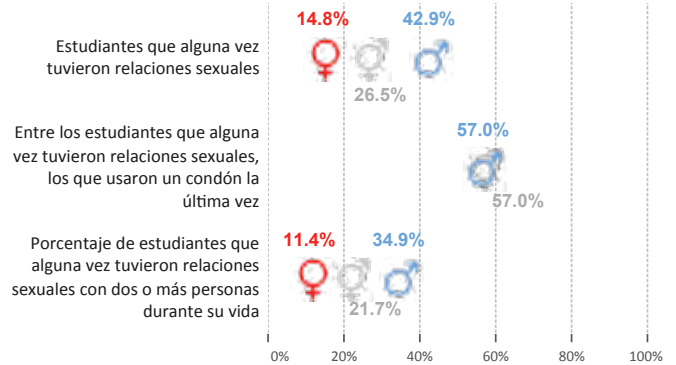
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2008 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

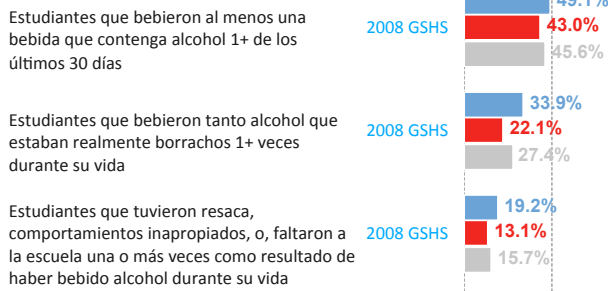
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

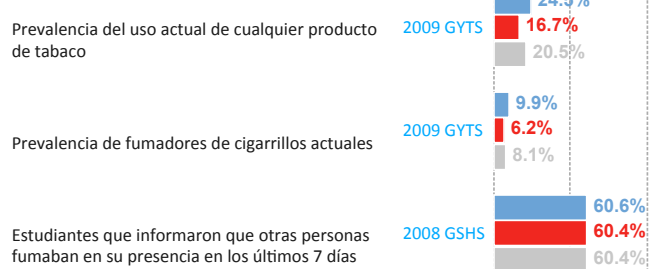
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



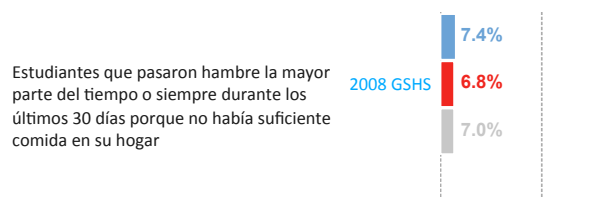
Consumo de Alcohol



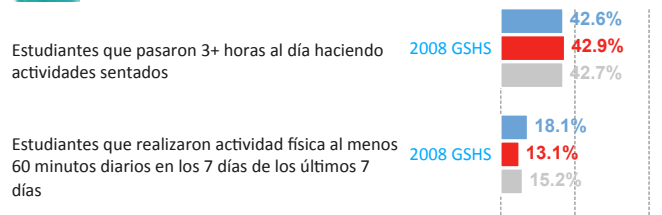
Consumo de Tabaco



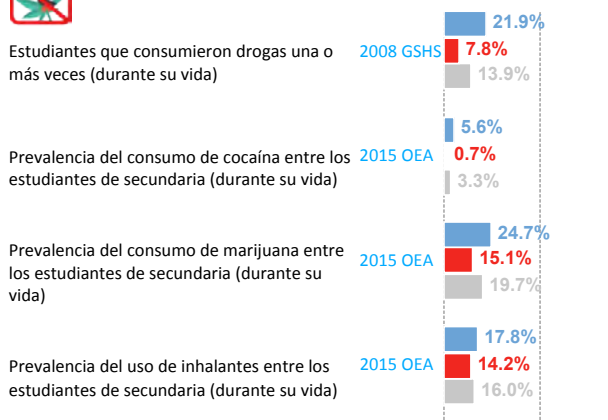
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



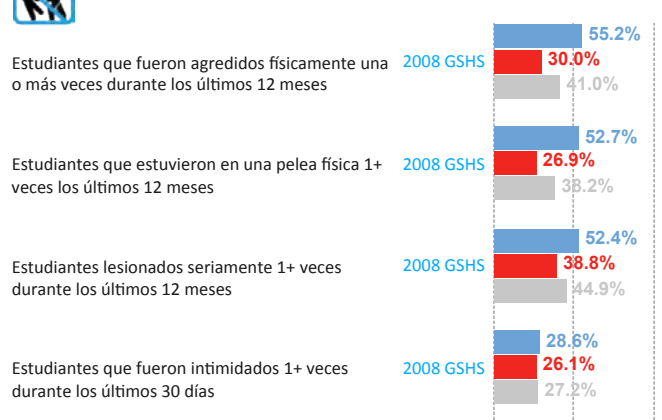
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

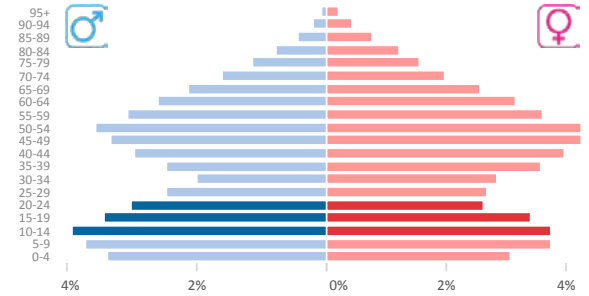
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	14,165	12,426	26,591
15-19	16,076	16,081	32,157
10-14	18,468	17,756	36,224
10-24	48,709	46,263	94,972

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **20%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

* Datos no disponibles en la fuente de Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial.

Fuente: IndexMundi: Un portal de datos que resume información y estadísticas de diferentes fuentes.

Copia y pega este enlace para acceder: [https://www.indexmundi.com/guadeloupe/gdp_per_capita_\(ppp\).html](https://www.indexmundi.com/guadeloupe/gdp_per_capita_(ppp).html)

Tasa neta de inscripción escolar, secundaria (%) **N/A**

PIB per cápita, (\$ al tipo de cambio de mercado), no al PPA **7,900** (2006) estimación de 2003
Crecimiento del PIB (% anual) **N/A**

TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

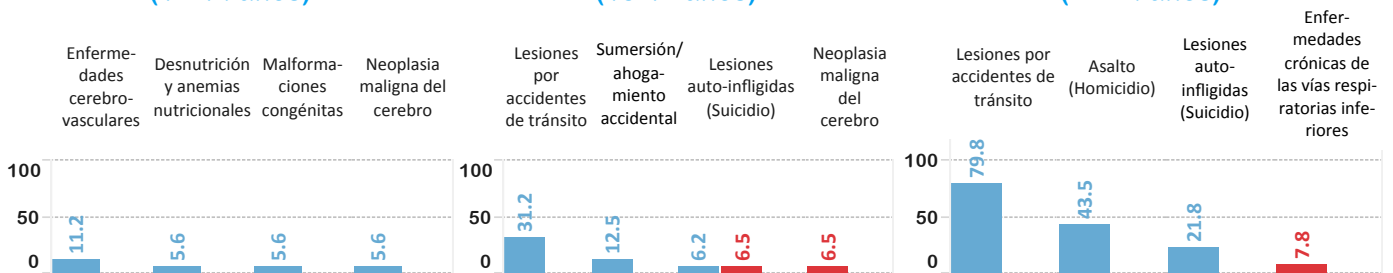
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

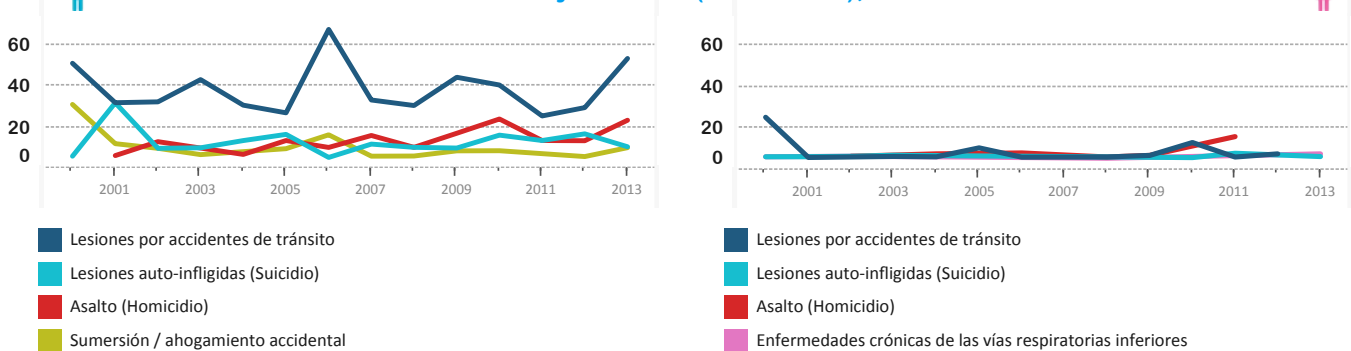
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

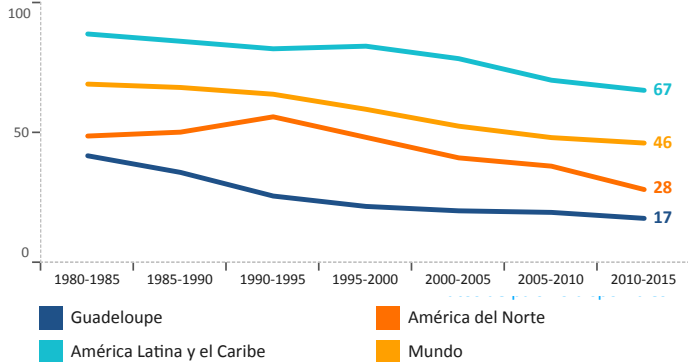


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

- Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO) OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco de Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

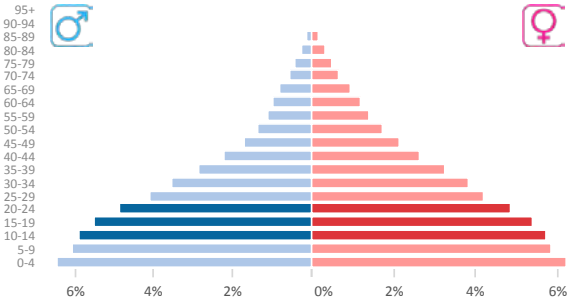
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	814,502	810,181	1,624,683
15-19	921,906	900,963	1,822,869
10-14	981,777	950,038	1,931,815
Total	2,718,185	2,661,182	5,379,367

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **32%**

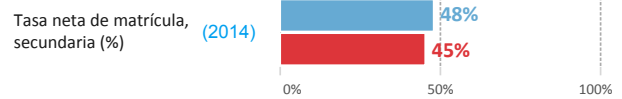


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **131,777.1 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **3.1 (2016)**



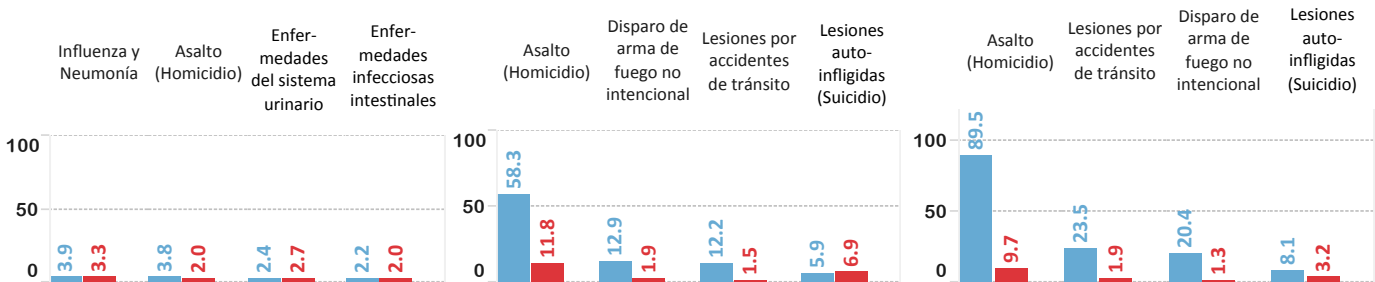
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

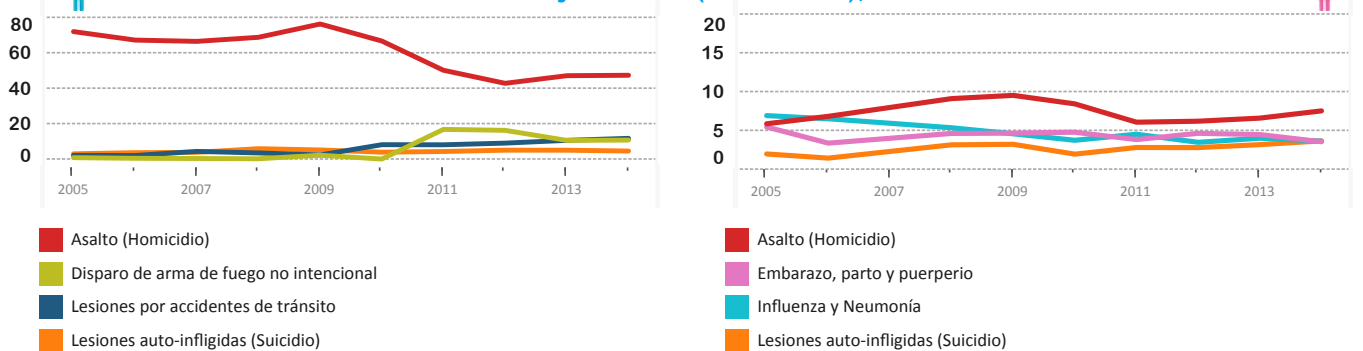
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2015 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2015 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses

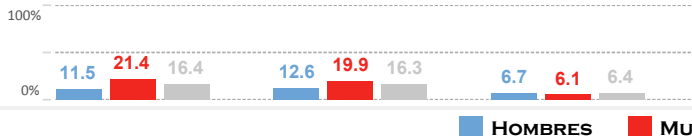
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Porcentaje de estudiantes que no tienen amigos cercanos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



Datos no disponibles

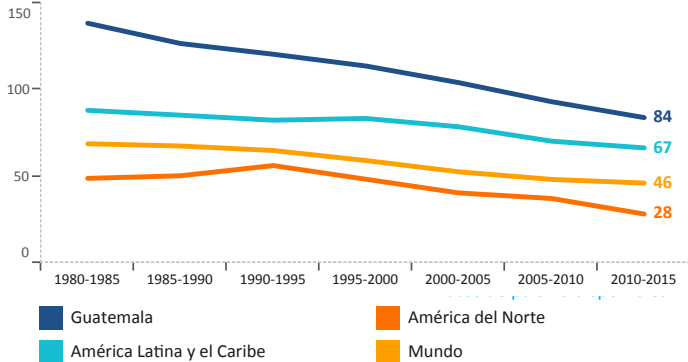


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

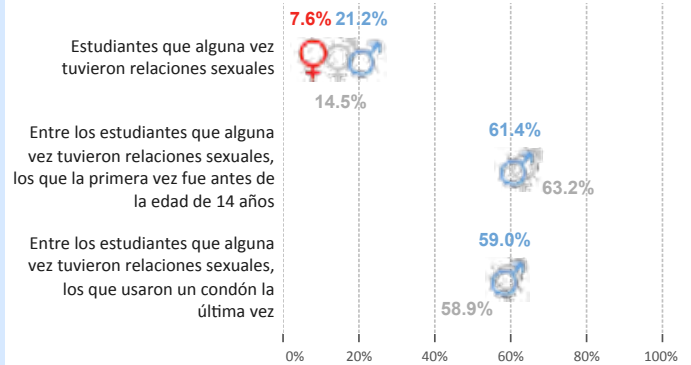
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2015 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

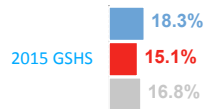
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

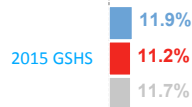


Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

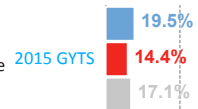


Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida

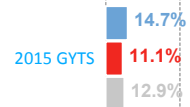


Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales

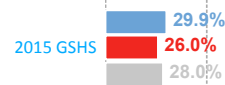


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Actividad Física

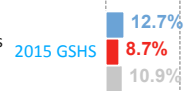
Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentadas



Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en los 7 días de los últimos 7 días



Consumo de Drogas

Entre los estudiantes que alguna vez usaron drogas, los que usaron drogas antes de los 14 años

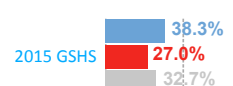


Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

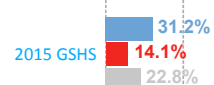


Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

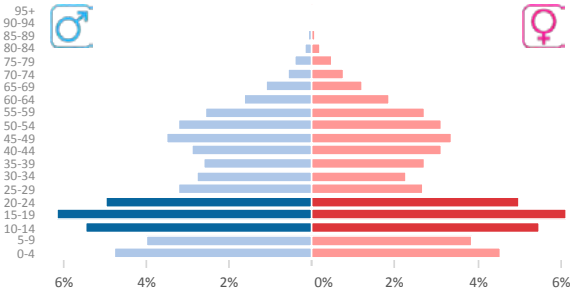
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	38,594	38,344	76,938
15-19	47,743	47,381	95,124
10-14	42,195	42,103	84,298
10-24	128,532	127,828	256,360

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **33%**

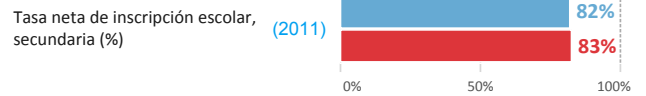


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **6,046.4 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **3.3 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

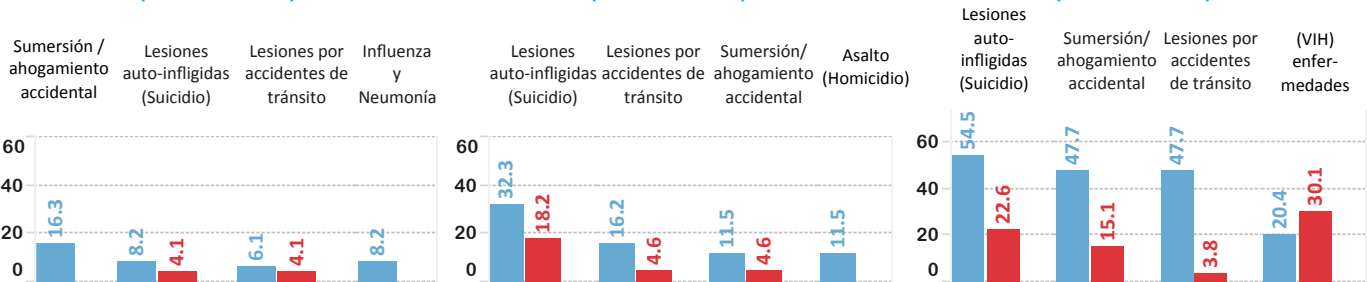
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2012.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

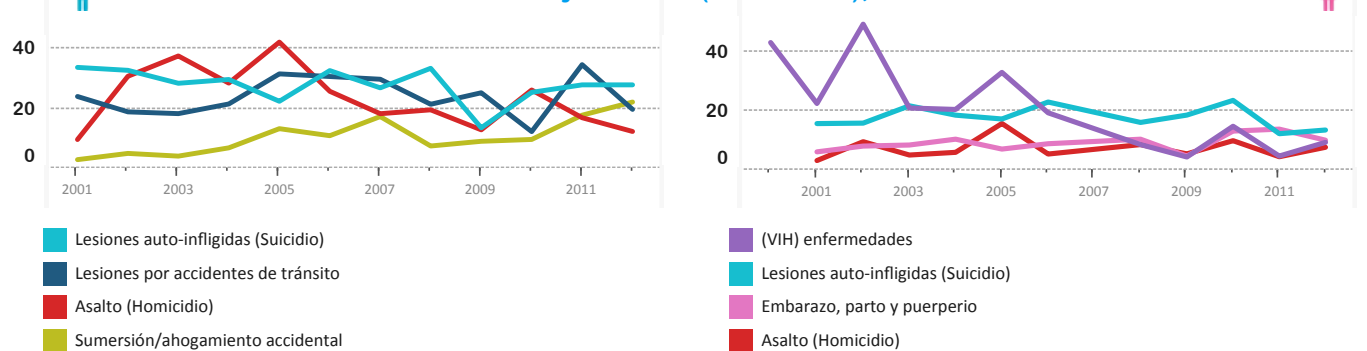
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2012



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2010 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2010 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

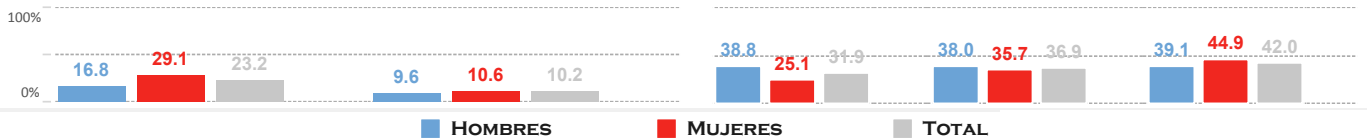
Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



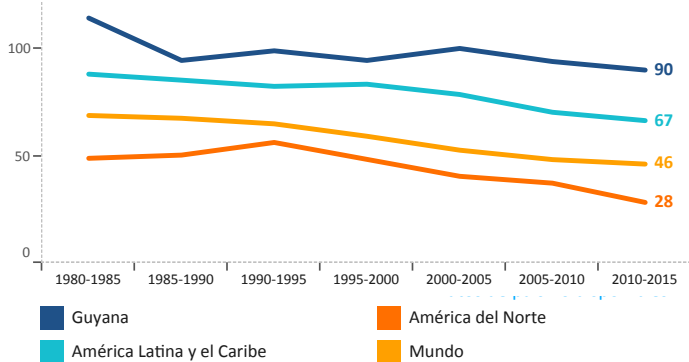


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

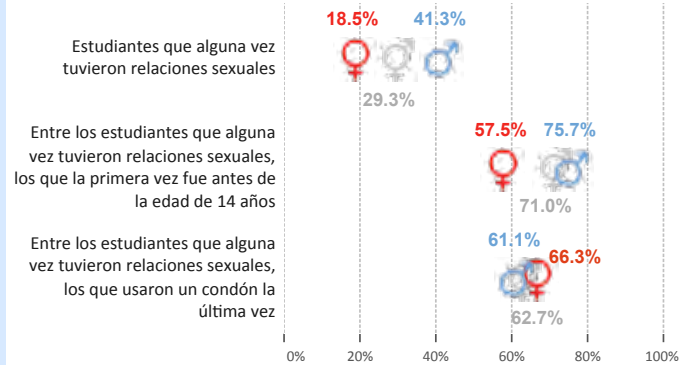
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2010 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

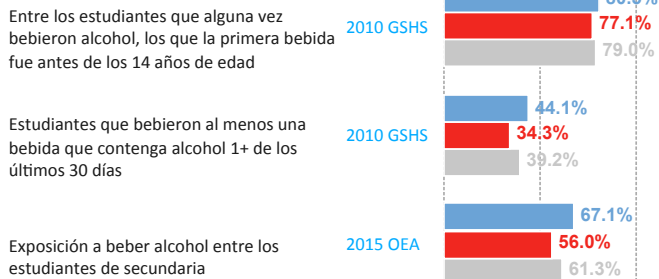
■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

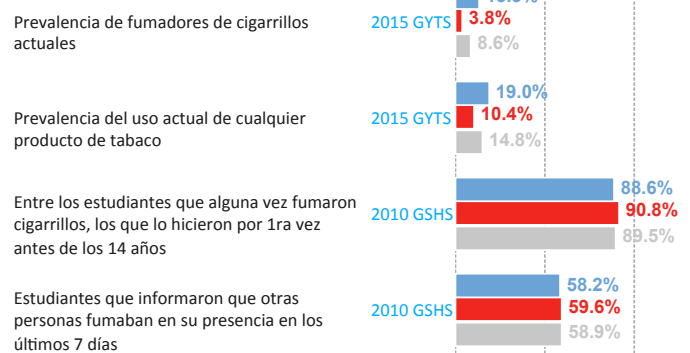
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



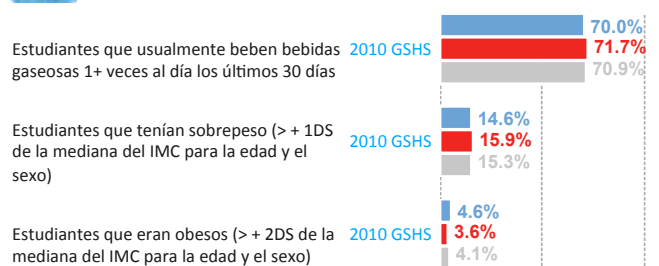
Consumo de Alcohol



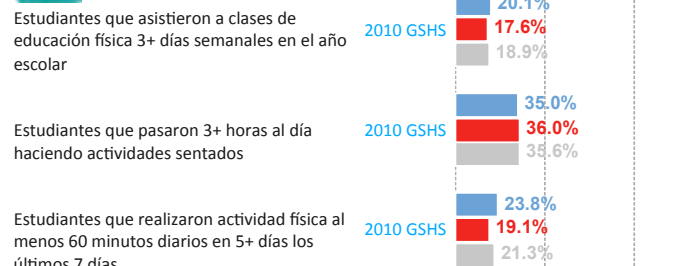
Consumo de Tabaco



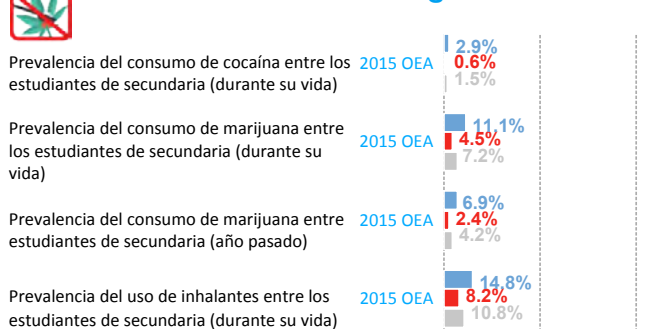
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



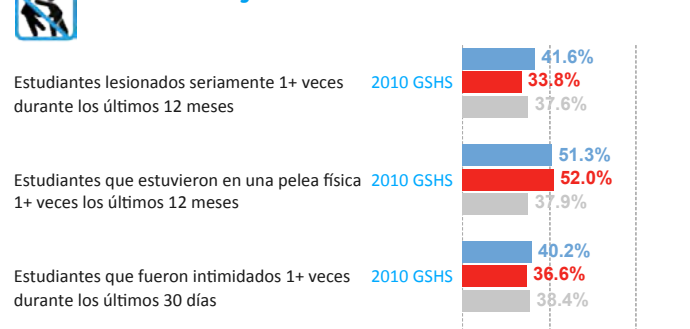
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

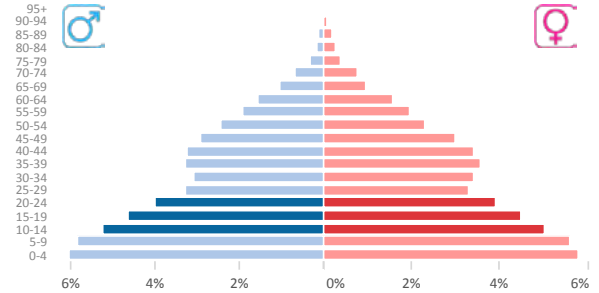
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	11,075	10,810	21,885
15-19	12,882	12,391	25,273
10-14	14,472	13,856	28,328
10-24	38,429	37,057	75,486

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **27%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales)
Crecimiento del PIB (% anual)

N/A
N/A

Tasa neta de inscripción escolar, secundaria (%)

N/A

TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

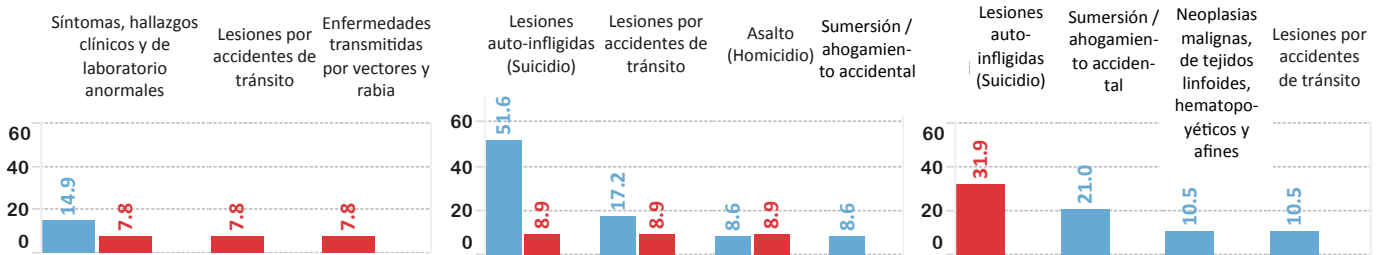
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

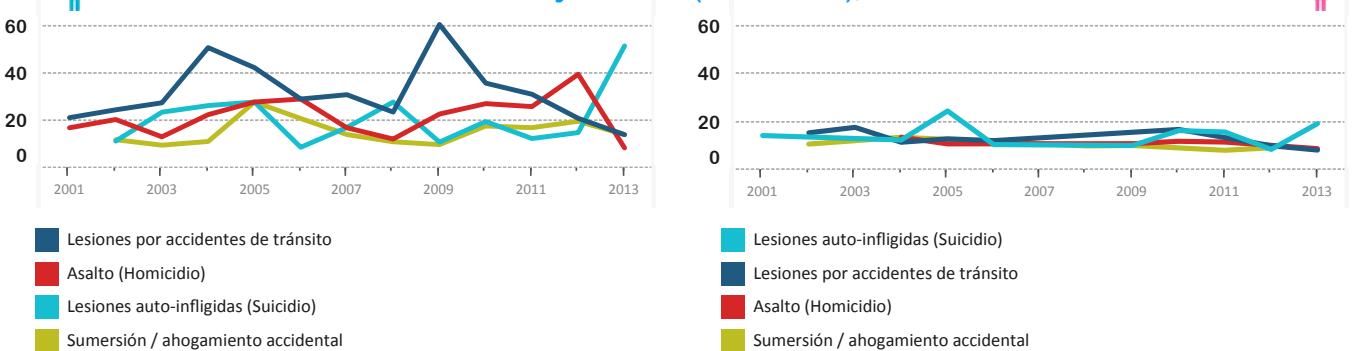
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

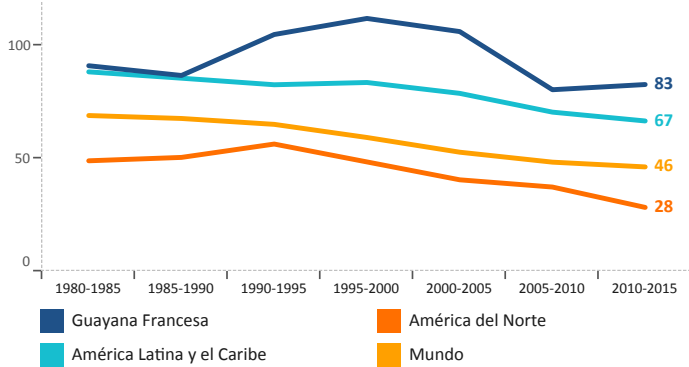


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

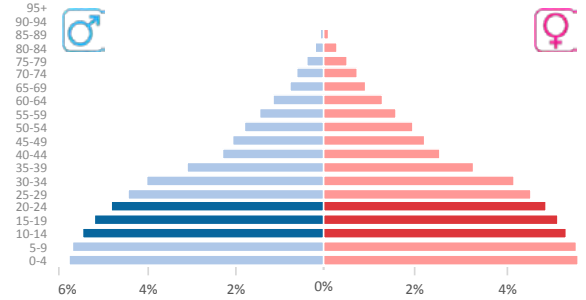
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	523,549	525,753	1,049,302
15-19	566,626	556,623	1,123,249
10-14	592,046	575,606	1,167,652
10-24	1,682,221	1,657,982	3,340,203

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **31%**



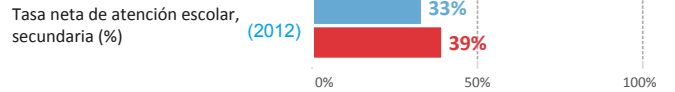
DESARROLLO ECONÓMICO

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **19,354.0** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **1.0** (2016)

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: UNICEF Data. USAID. Encuesta Demográfica y de Salud (DHS), 2012.



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

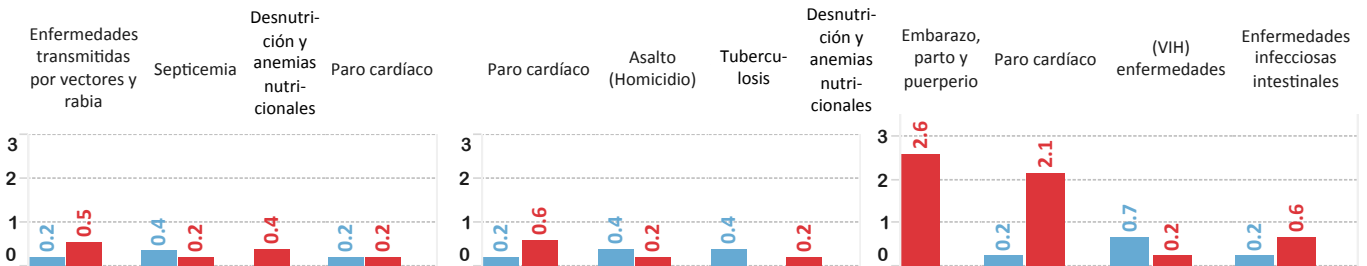
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2004.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

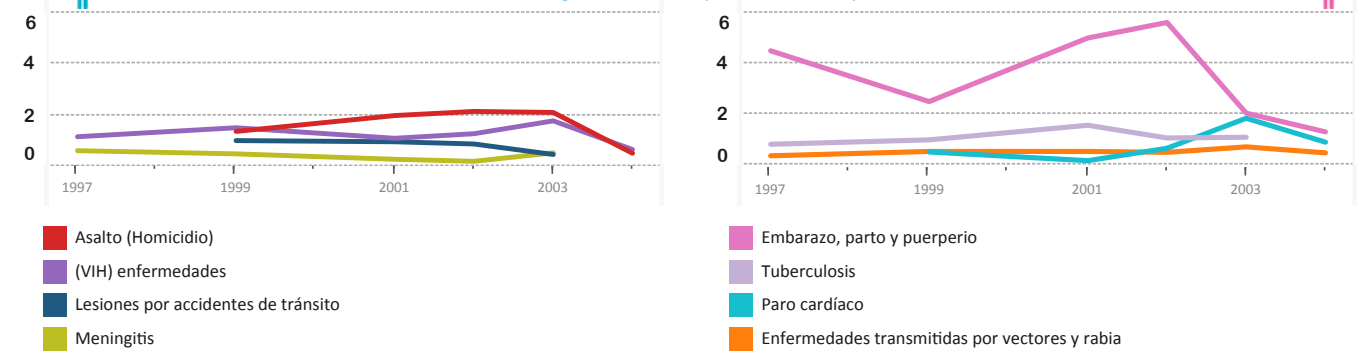
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 1997-2004



SALUD MENTAL

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Datos no disponibles

FACTORES PROTECTORES

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

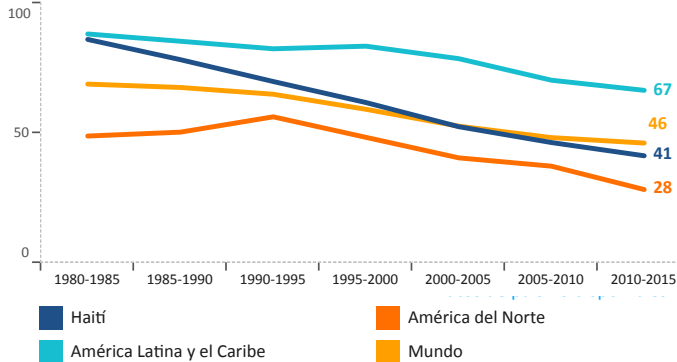


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

- Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

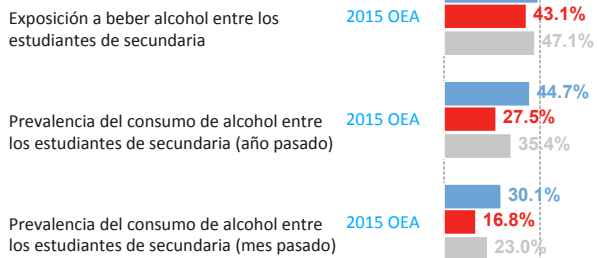
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

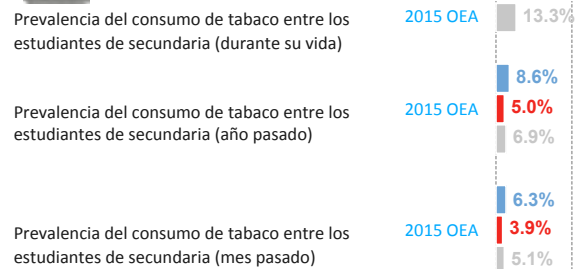
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

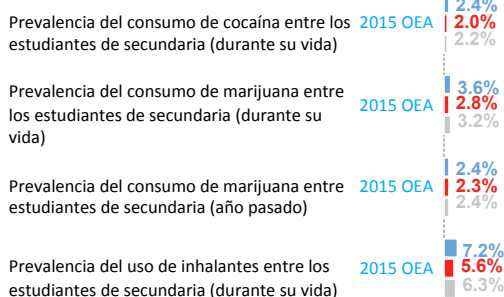
Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

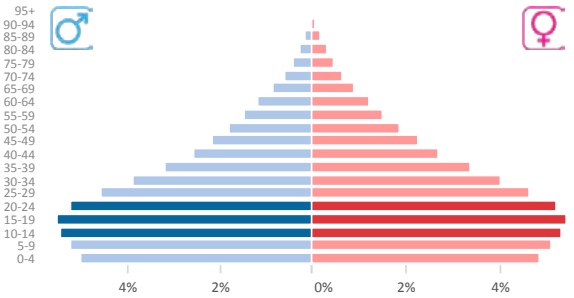
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	431,398	425,293	856,691
15-19	456,822	444,645	901,467
10-14	449,491	434,505	883,996
10-24	1,337,711	1,304,443	2,642,154

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **32%**

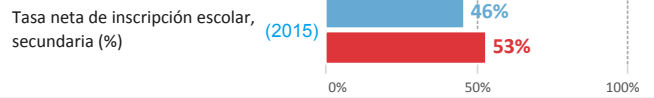


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

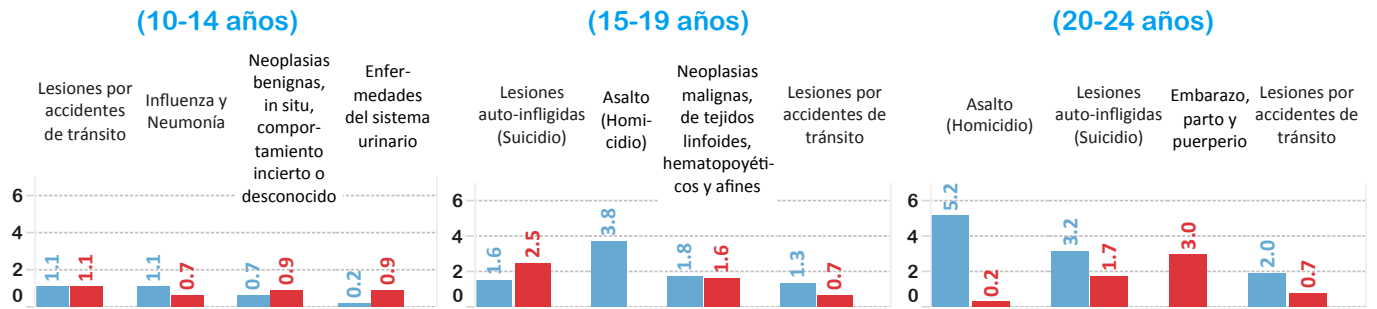
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **43,177.5 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **3.6 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

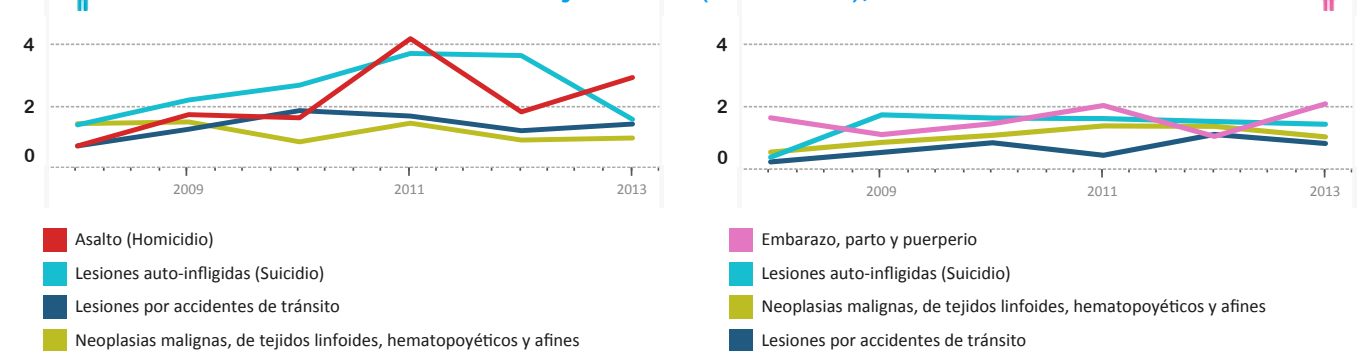
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2008-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



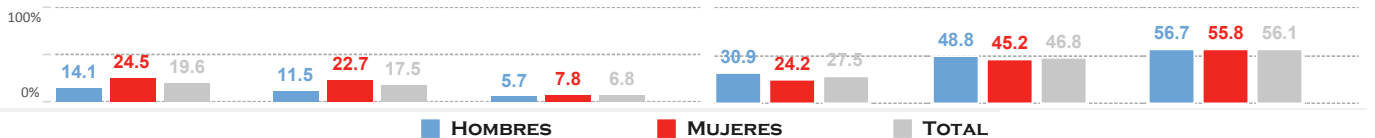
Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos



Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 (GSHS), OMS.

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

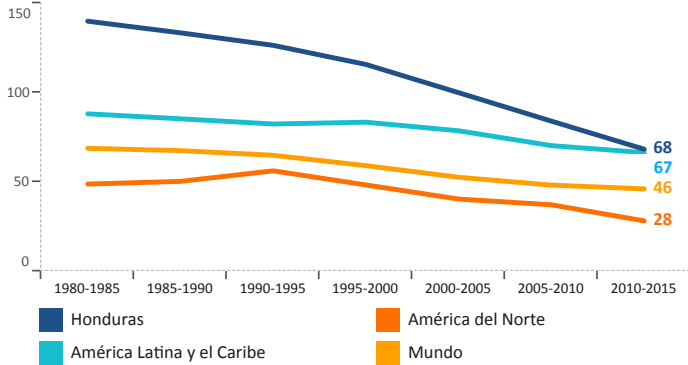


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

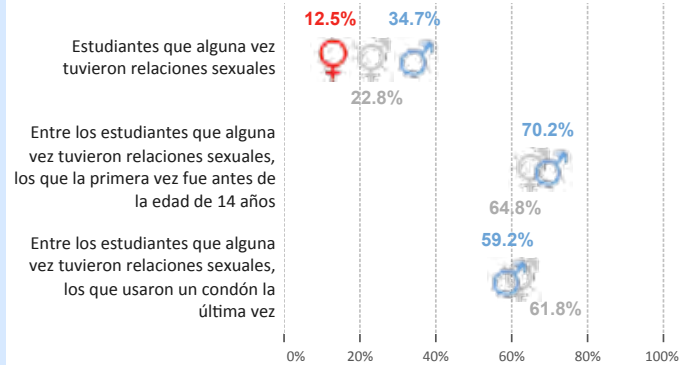
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2012 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

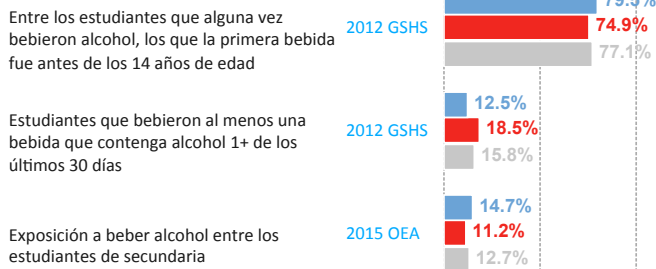
■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

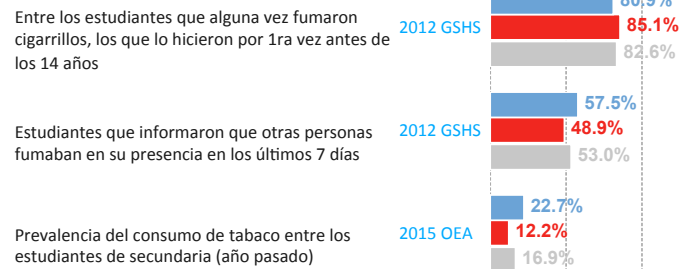
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



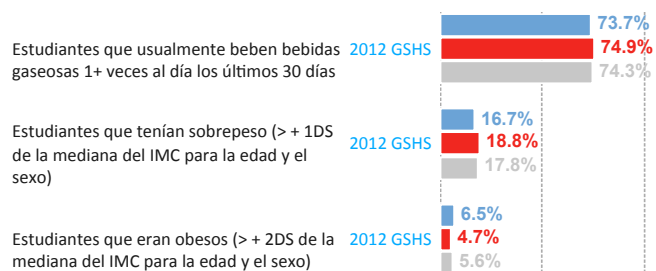
Consumo de Alcohol



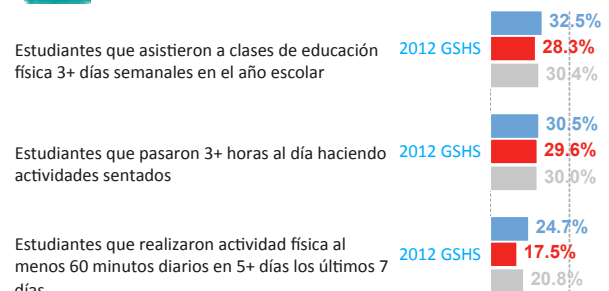
Consumo de Tabaco



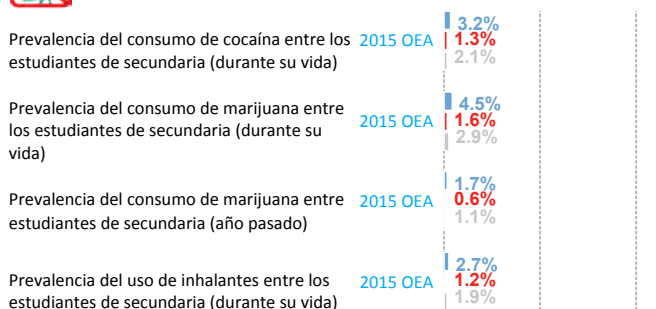
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



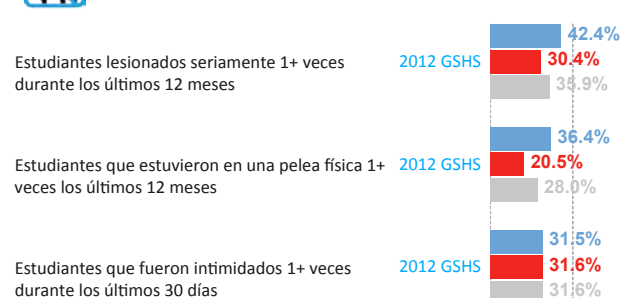
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

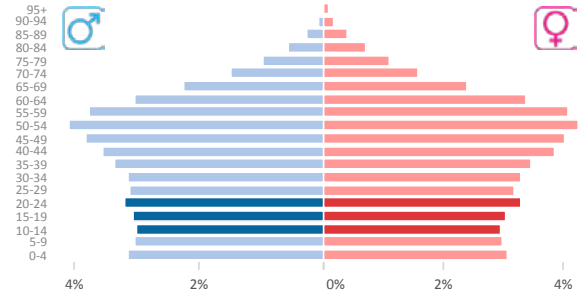
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,826	1,889	3,715
15-19	1,751	1,746	3,497
10-14	1,711	1,691	3,402
10-24	5,288	5,326	10,614

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **19%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **2,823.5 (2011)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **5.3 (1994)**

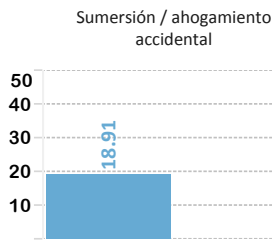
Inscripción escolar, nivel secundario **N/A**

TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

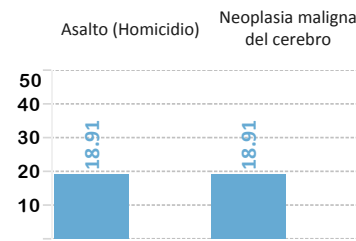
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

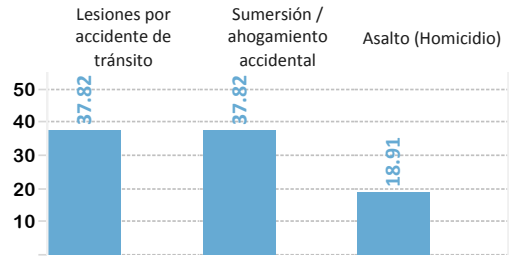
(10-14 años)



(15-19 años)

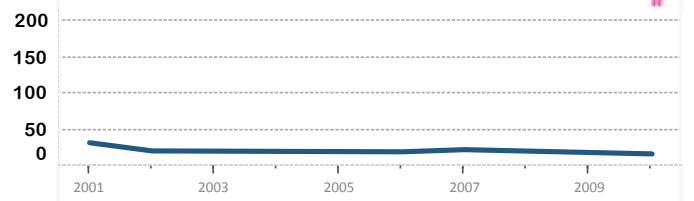
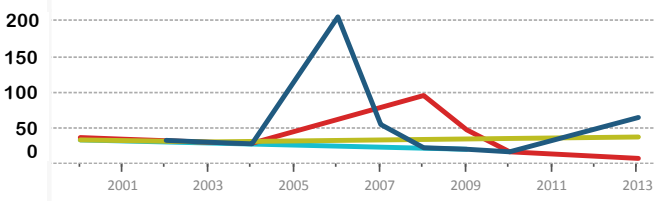


(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



- Lesiones por accidente de tránsito
- Sumersión / ahogamiento accidental
- Asalto (Homicidio)
- Enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial

SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



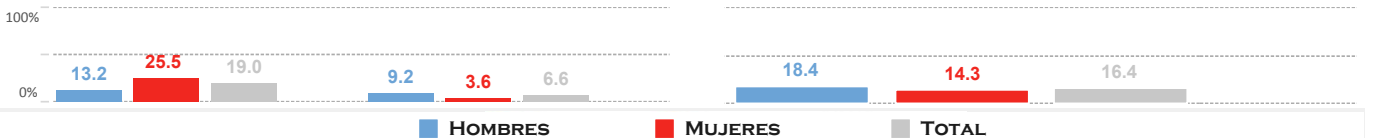
Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

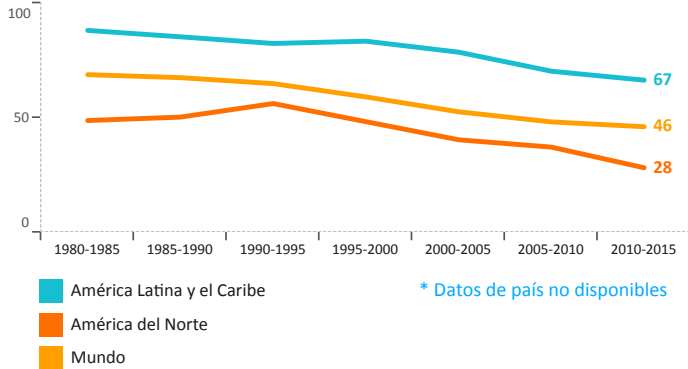


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

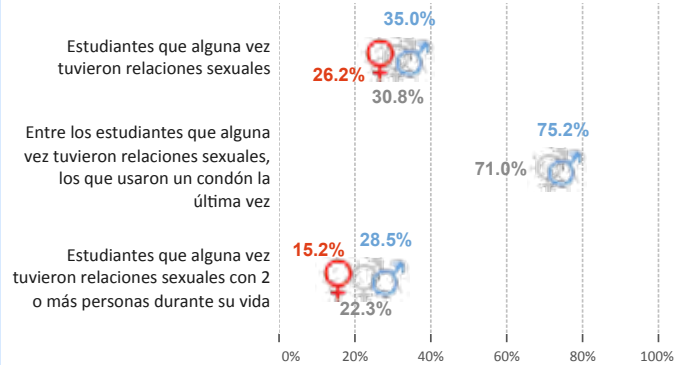
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días



Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida

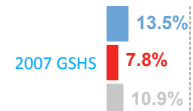


Estudiantes que tuvieron resaca, comportamientos inapropiados, o faltaron a la escuela, una o más veces como resultado de haber bebido alcohol durante su vida

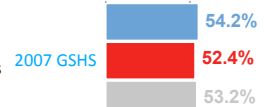


Consumo de Tabaco

Estudiantes que fumaron cigarrillos 1+ días durante los últimos 30 días



Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

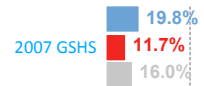
Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en los 7 días de los últimos 7 días

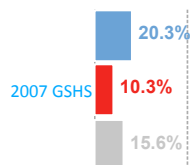


Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron drogas una o más veces durante su vida

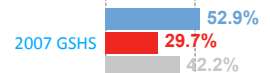


Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes que fueron físicamente agredidos 1+ veces durante los últimos 30 días



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

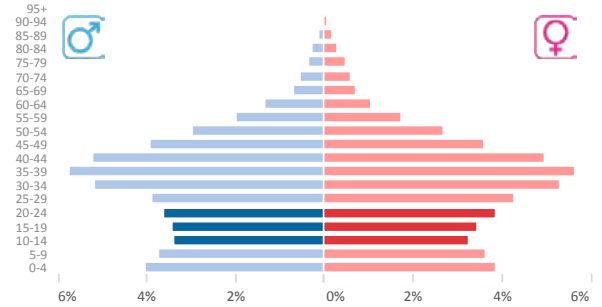
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,862	1,970	3,832
15-19	1,766	1,760	3,526
10-14	1,735	1,675	3,410
10-24	5,363	5,405	10,768

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **21%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales)
Crecimiento del PIB (% anual)

N/A
N/A

Tasa neta de inscripción escolar, secundaria (%)

N/A

TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

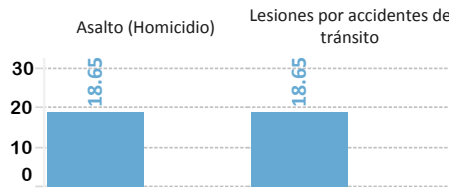
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

(15-19 años)

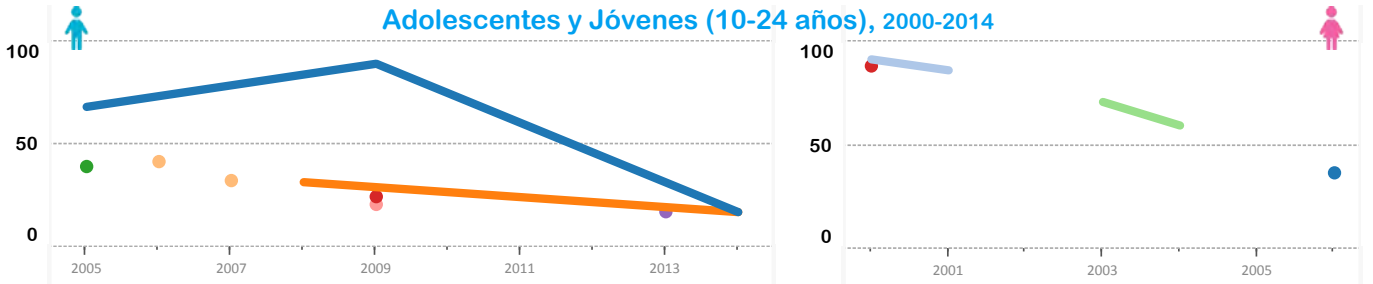


(20-24 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Causas de Defunción Reportadas, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



- Lesiones por accidentes de tránsito
- Asalto (Homicidio)
- Enfermedades cerebrovasculares
- Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal
- Disparo de arma de fuego no intencional
- Aneurisma aórtico y disección
- Lesiones auto-infligidas (Suicidio)
- Enfermedades prevenibles por vacuna
- Lesiones por accidentes de tránsito
- (VIH) enfermedades
- Influenza y Neumonía
- Sumersión / ahogamiento accidental

SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

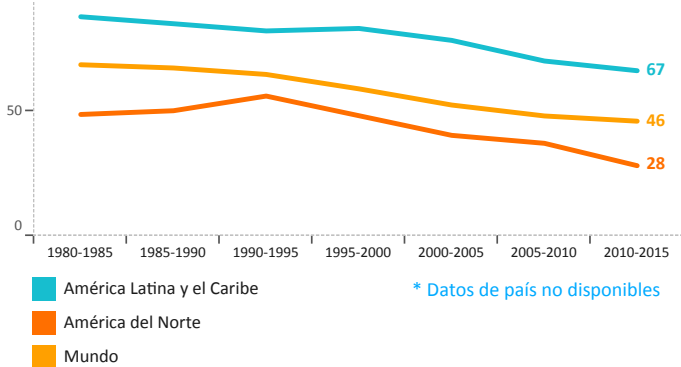
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cigarrillos

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

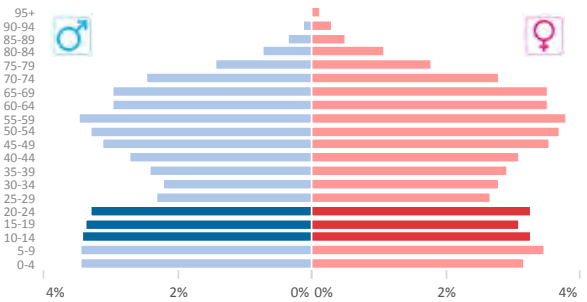
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	3,507	3,467	6,974
15-19	3,588	3,283	6,871
10-14	3,635	3,486	7,121
10-24	10,730	10,236	20,966

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **20%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, (\$ al tipo de cambio de mercado), no al PPA
Crecimiento del PIB (% anual)

N/A
N/A

Inscripción escolar, nivel secundario

N/A

TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad (por 100.000 Habitantes)

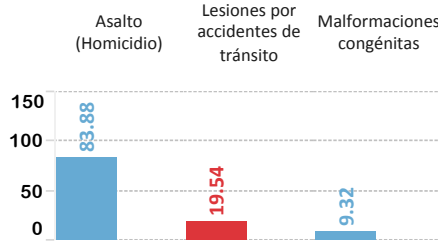
Fuente: Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Julio 2016. Datos más recientes de mortalidad del país, 2010.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

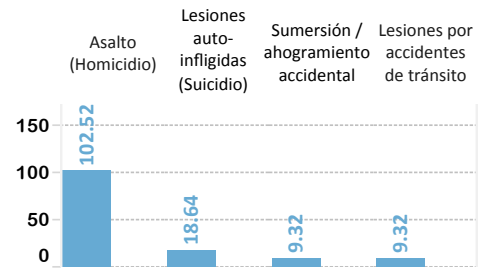
(10-14 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

(15-19 años)

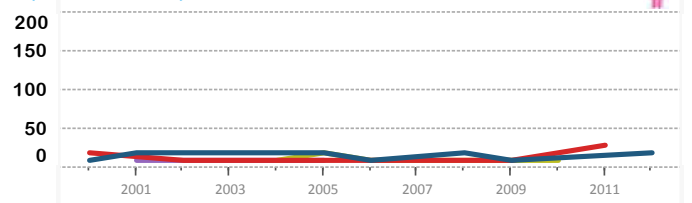
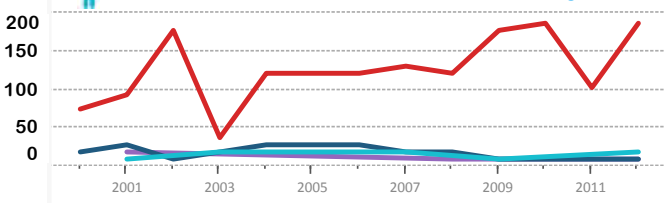


(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2010



- Asalto (Homicidio)
- Lesiones auto-infligidas (Suicidio)
- Lesiones por accidentes de tránsito
- Sumersión / ahogamiento accidental

- Lesiones por accidentes de tránsito
- Asalto (Homicidio)
- Síntomas, hallazgos clínicos y de laboratorio anormales
- Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas

SALUD MENTAL

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Datos no disponibles

FACTORES PROTECTORES

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

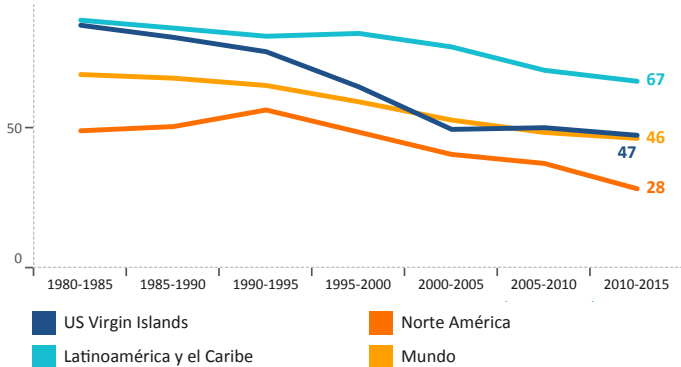
HOMBRES MUJERES TOTAL

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: (YRBSS) Sistema de Vigilancia del Comportamiento de Riesgo Juvenil (CDC.ONDIEH/DNPAO), 2015. (OEA) Informe sobre el uso de Drogas, Américas.

* No datos disponibles en: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS); GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que fumaban en su presencia, pasados 7 días

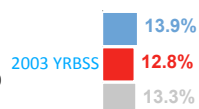
Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles

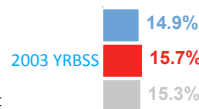


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Percent of obese students in grades 9-12, (BMI) \geq 95th percentile on the 2000 CDC growth chart



Percent of overweight students in grades 9-12, (BMI) \geq 85th and $<$ 95th percentile on the 2000 CDC growth chart



Actividad Física

Percent of students in grades 9-12 watching 3 or more hours of television each school day



Percent of students in grades 9-12 who participate in daily physical education



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles

Salud de Adolescentes y Jóvenes - Perfil de País 2017

ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS



POBLACIÓN

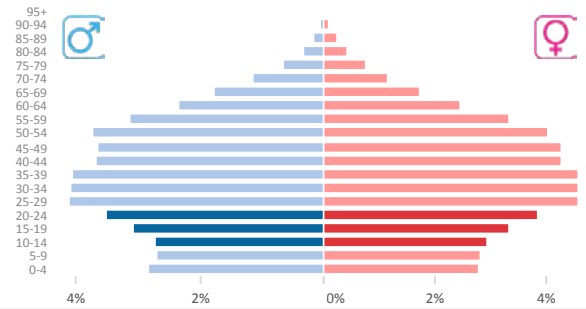
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,201	1,317	2,518
15-19	1,056	1,139	2,195
10-14	932	1,006	1,938
10-24	3,189	3,462	6,651

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **19%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, (\$ al tipo de cambio de mercado), no al PPA
Crecimiento del PIB (% anual)

N/A
N/A

Inscripción escolar, nivel
nivel secundario

N/A

TASAS DE MORTALIDAD - Causas de Defunción Reportadas, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2010.

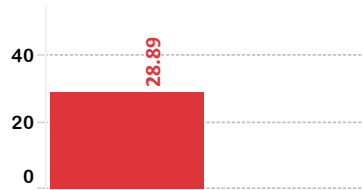
Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

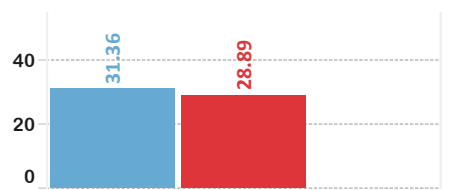
(15-19 años)

(VIH) enfermedades



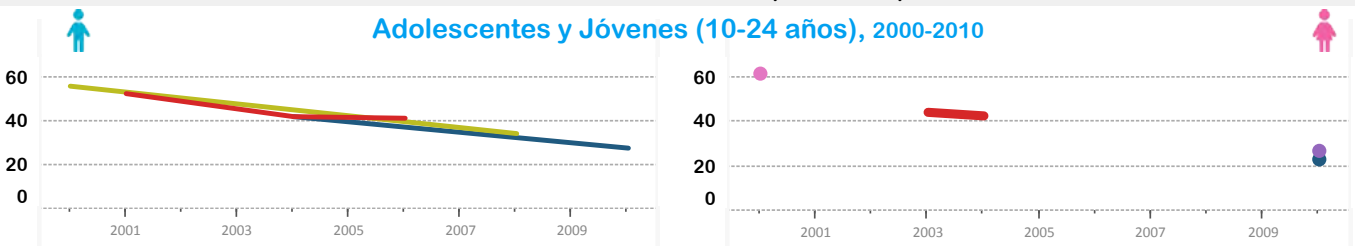
(20-24 años)

Lesiones por accidentes de tránsito



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Causas de Defunción Reportadas, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2010



- Asalto (Homicidio)
- Disparo de arma de fuego no intencional
- Lesiones por accidentes de tránsito

- Asalto (Homicidio)
- Enfermedades respiratorias inferiores crónicas
- (VIH) enfermedades
- Lesiones por accidentes de tránsito

SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

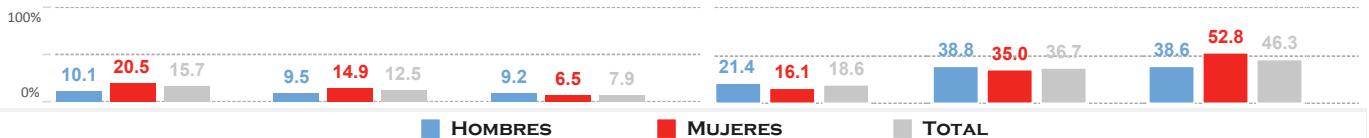
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

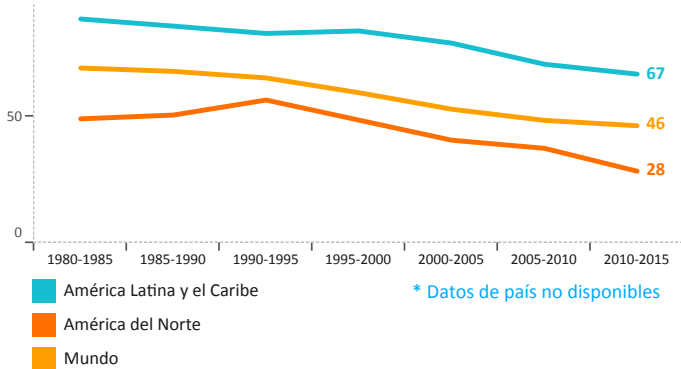


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

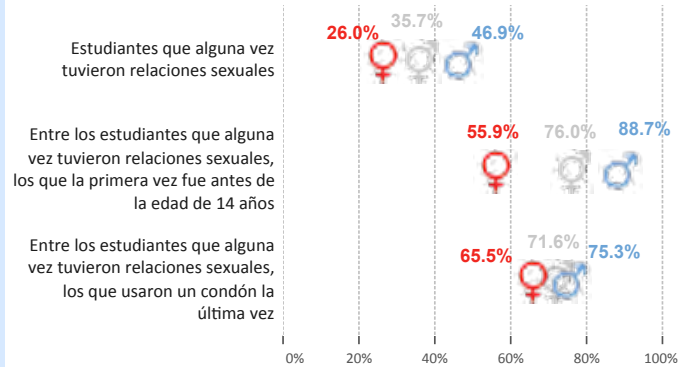
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2009 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

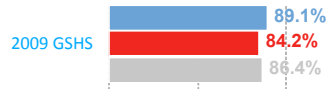
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

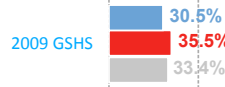


Consumo de Alcohol

Entre los estudiantes que alguna vez bebieron alcohol, los que la primera bebida fue antes de los 14 años de edad



Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días



Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida



Consumo de Tabaco

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos y la 1ra vez fue antes de los 14 años



Estudiantes que fumaron cigarrillos 1+ días durante los últimos 30 días



Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

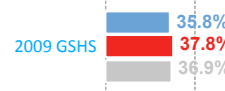


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

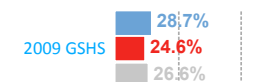


Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados



Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días



Consumo de Drogas

Entre los estudiantes que alguna vez usaron drogas, los que usaron drogas antes de los 14 años

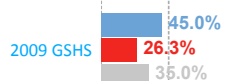


Violencia y Lesiones No Intencionales

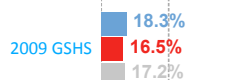
Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

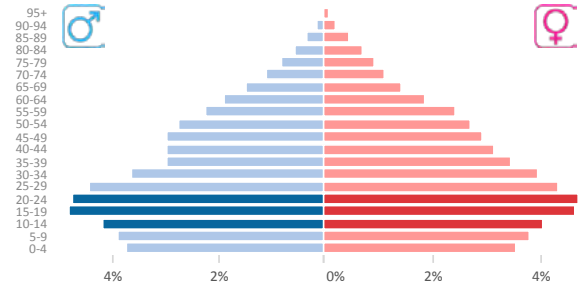
■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	134,136	131,260	265,396
15-19	135,919	129,446	265,365
10-14	117,573	112,478	230,051
10-24	387,628	373,184	760,812

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **27%**

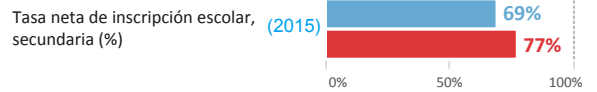


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **25,456.3** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **1.4** (2016)



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

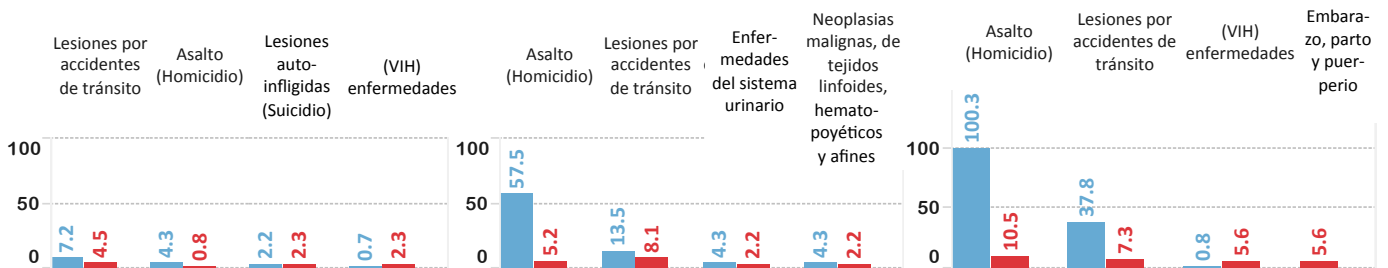
Fuente: Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Julio 2016. Datos más recientes de mortalidad del país, 2011.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

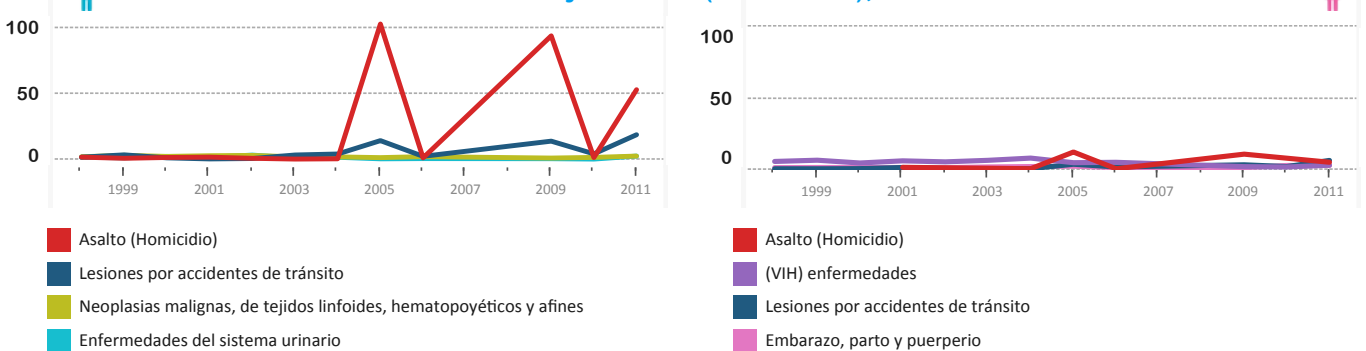
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2011



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



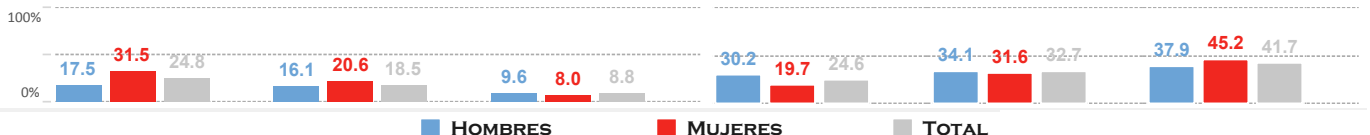
Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



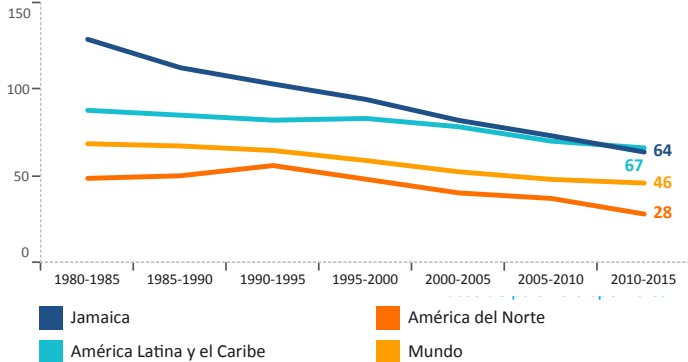


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

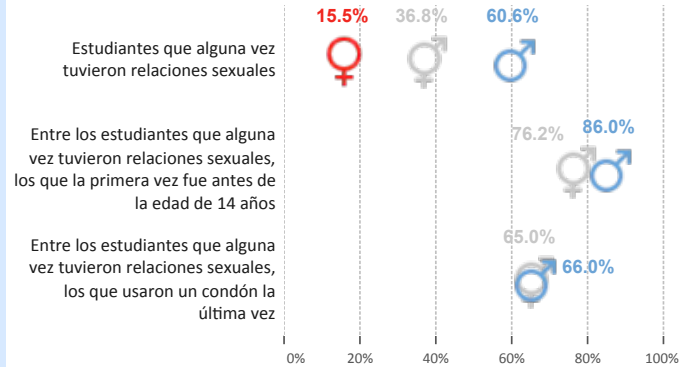
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

■ HOMBRES ■ MUJERES ■ TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas



Consumo de Alcohol

Entre los estudiantes que alguna vez bebieron alcohol, los que la primera vez fue antes de los 14 años de edad



Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida

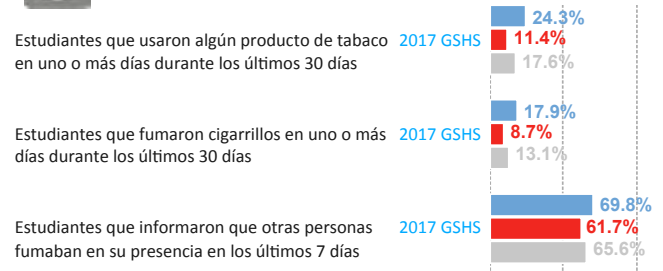


Consumo de Tabaco

Estudiantes que usaron algún producto de tabaco en uno o más días durante los últimos 30 días

Estudiantes que fumaron cigarrillos en uno o más días durante los últimos 30 días

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

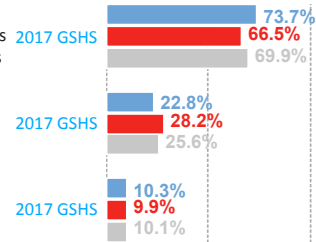


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Estudiantes que tenían sobrepeso (> +1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> +2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

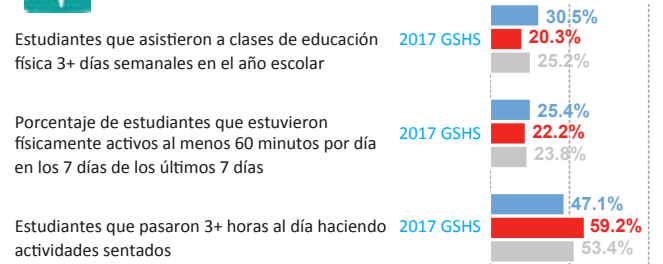


Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Porcentaje de estudiantes que estuvieron físicamente activos al menos 60 minutos por día en los 7 días de los últimos 7 días

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados



Consumo de Drogas

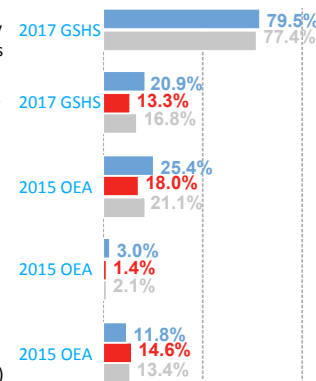
Estudiantes que alguna vez usaron drogas y que su primera vez fue antes de los 14 años

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)

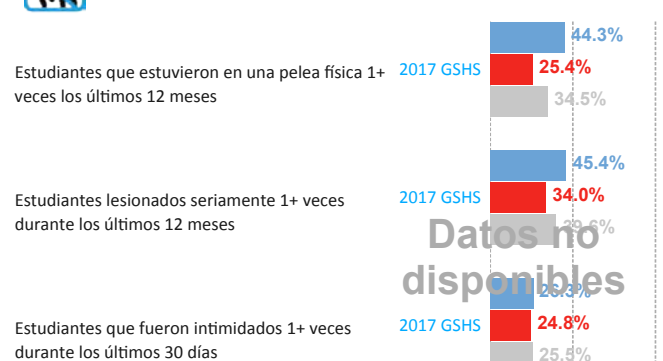


Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días



Datos no disponibles



POBLACIÓN

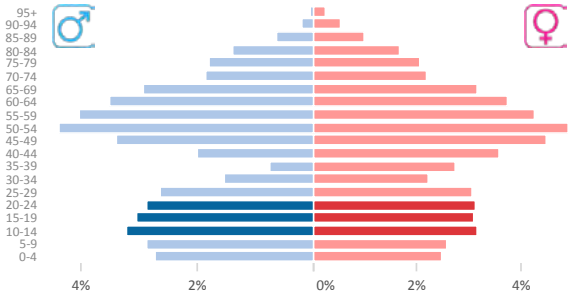
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	11,319	12,451	23,770
15-19	12,025	12,260	24,285
10-14	12,689	12,481	25,170
10-24	36,033	37,192	73,225

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **18%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **N/A**
Crecimiento del PIB (% anual) **N/A**

Tasa neta de inscripción escolar, secundaria (%) **N/A**

TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

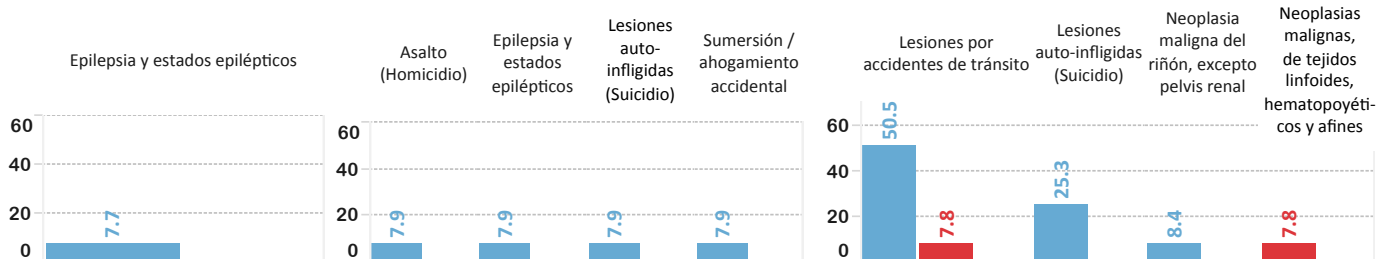
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

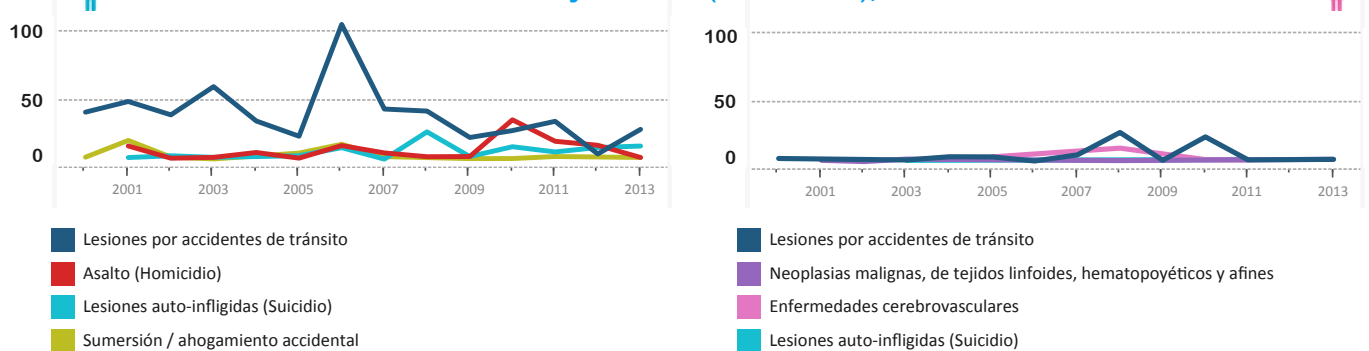
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Datos no disponibles

FACTORES PROTECTORES

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

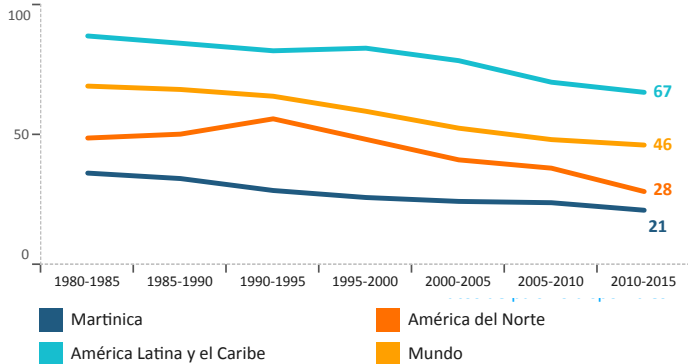
HOMBRES MUJERES TOTAL



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

- Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años
- Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

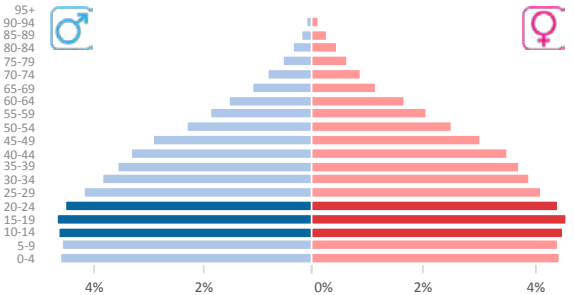
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	5,820,837	5,655,125	11,475,962
15-19	6,049,388	5,869,756	11,919,144
10-14	5,998,908	5,775,705	11,774,613
10-24	17,869,133	17,300,586	35,169,719

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **27%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **2,278,072.0** (2016)
Crecimiento del PIB (% anual) **2.3** (2016)

Tasa neta de inscripción escolar, secundaria (%) (2012) **66%**
69%

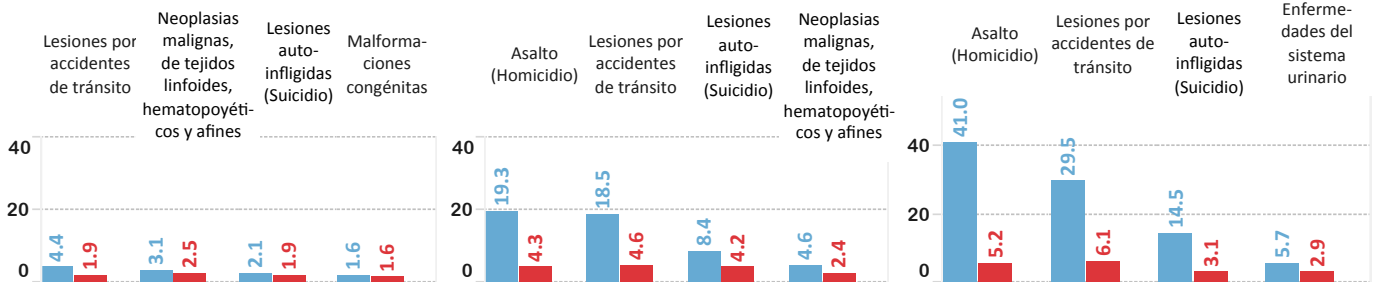
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

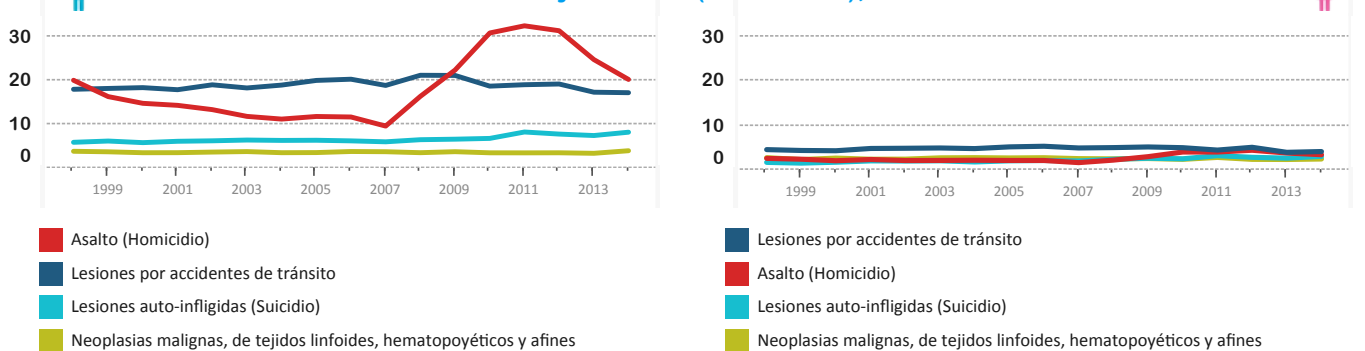
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Datos no disponibles

FACTORES PROTECTORES

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

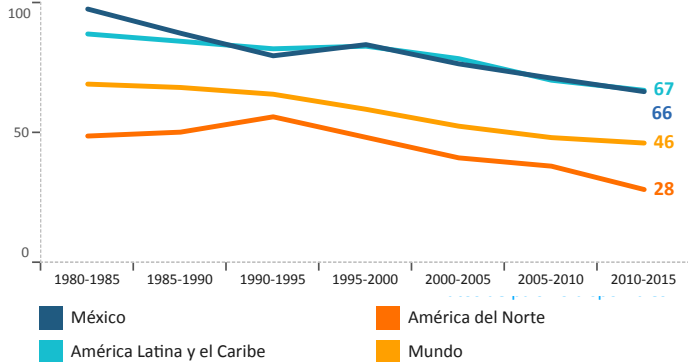
HOMBRES MUJERES TOTAL



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco de Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

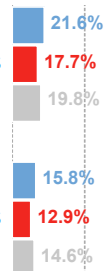
Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

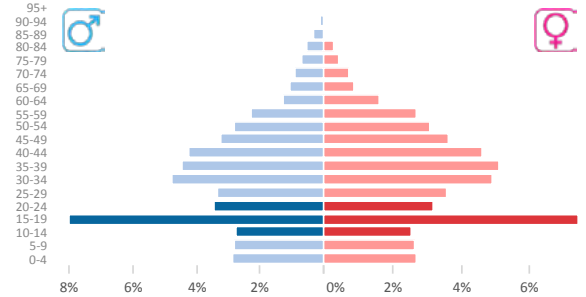
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	182	167	349
15-19	423	391	814
10-14	144	135	279
10-24	749	693	1,442

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **27%**



DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **N/A**
Crecimiento del PIB (% anual) **N/A**

Tasa neta de inscripción escolar, secundaria (%) **N/A**

TASAS DE MORTALIDAD - Causas de Defunción Reportadas, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2012.

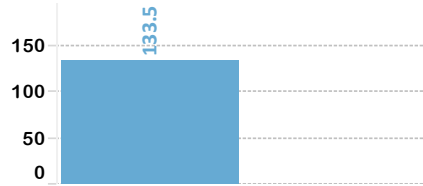
Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

N/A. Datos de mortalidad no reportados para el grupo de edad

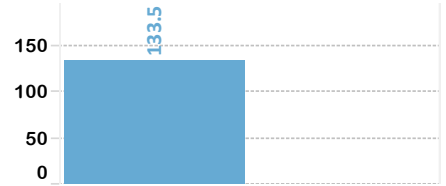
(15-19 años)

Neoplasia maligna del riñón, excepto pelvis renal



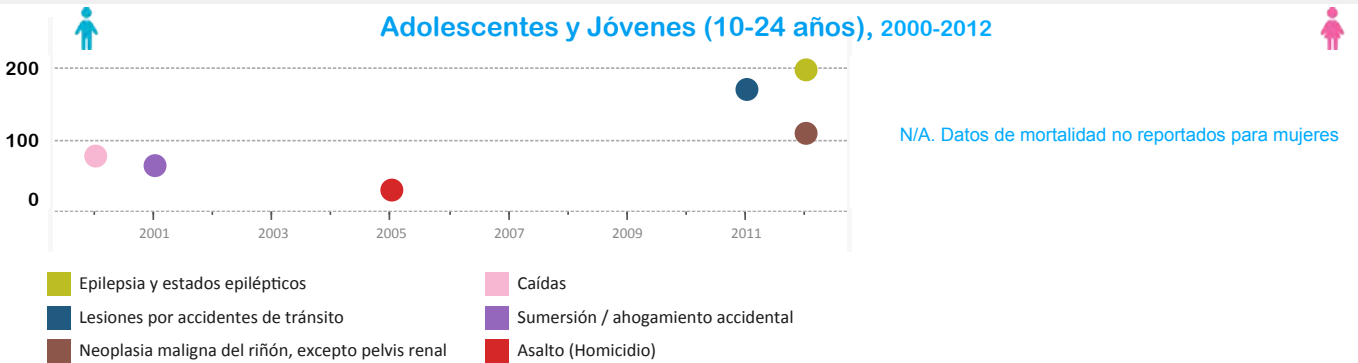
(20-24 años)

Epilepsia y estados epilépticos



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Causas de Defunción Reportadas, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2012



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2008 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS



Fuente: 2008 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS

Porcentaje de estudiantes que se sentían solos la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 12 meses
Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



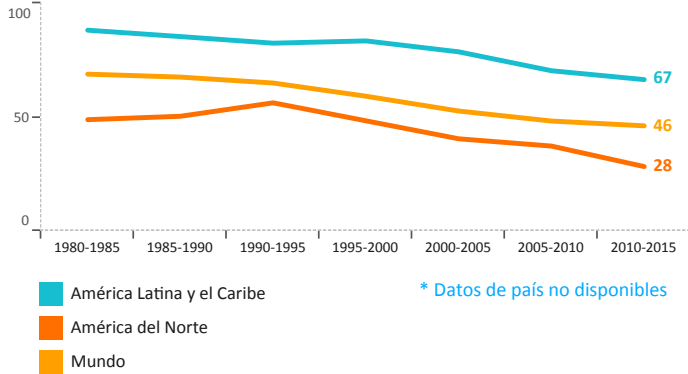


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

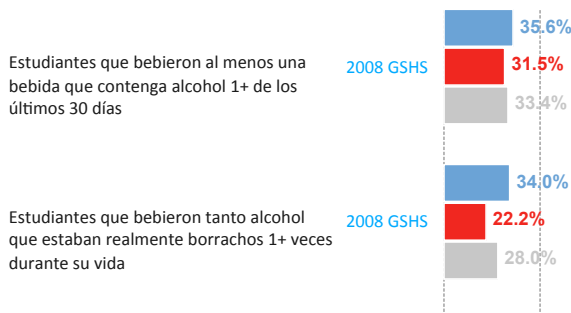
Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO) OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles

Sobrepeso / Obesidad / Dieta

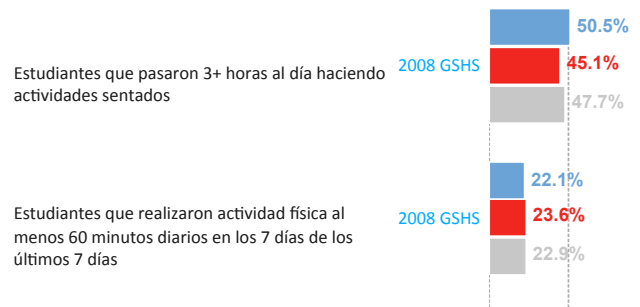
Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

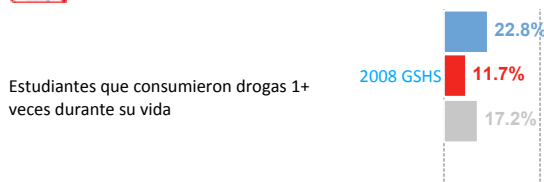
Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles

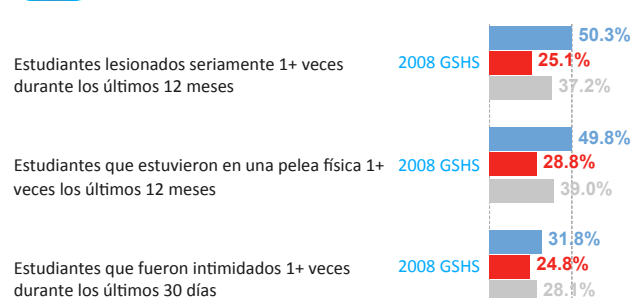
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

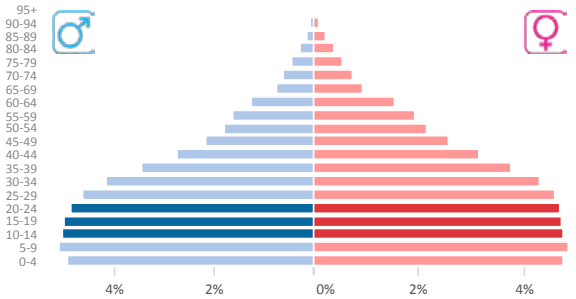
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	301,569	288,719	590,288
15-19	309,448	289,963	599,411
10-14	310,669	291,562	602,231
10-24	921,686	870,244	1,791,930

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **29%**

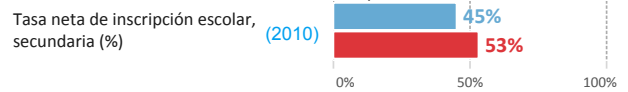


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **34,078.5 (2016)**
Crecimiento del PIB (% anual) **4.7 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

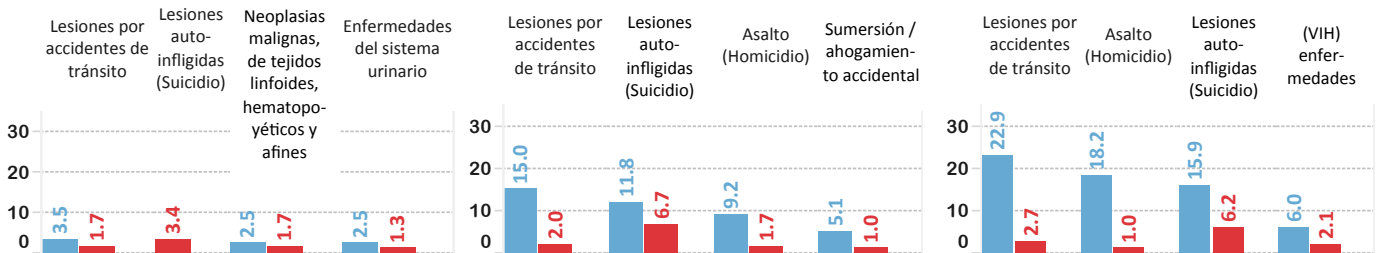
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

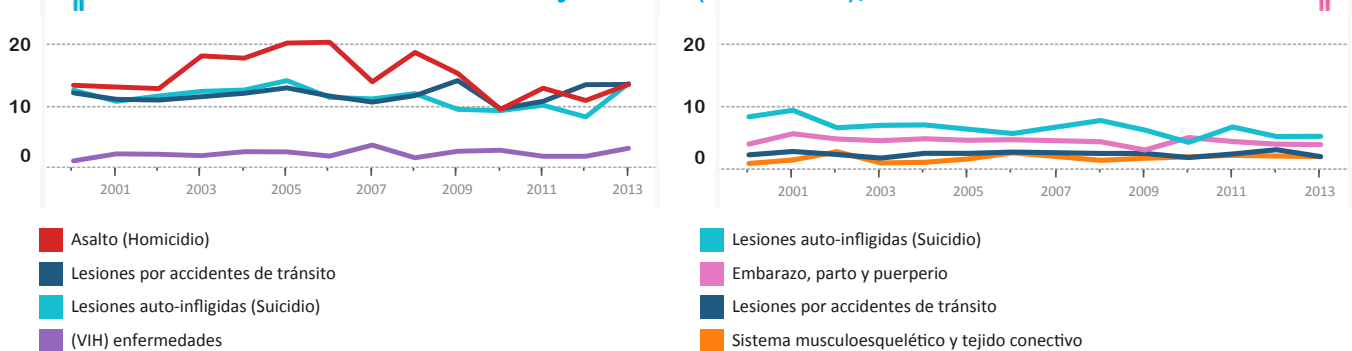
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

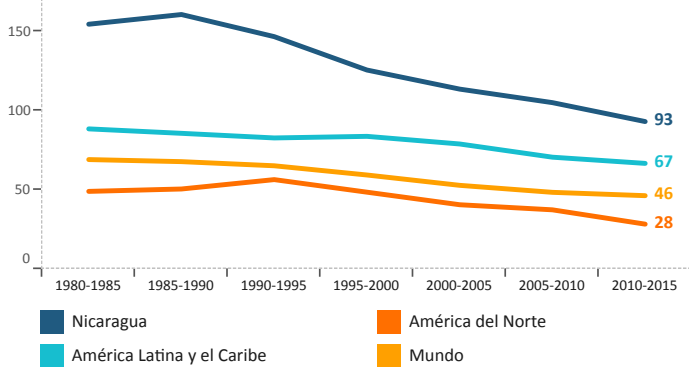
HOMBRES MUJERES TOTAL



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

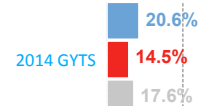
Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles

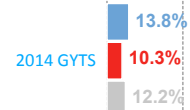


Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

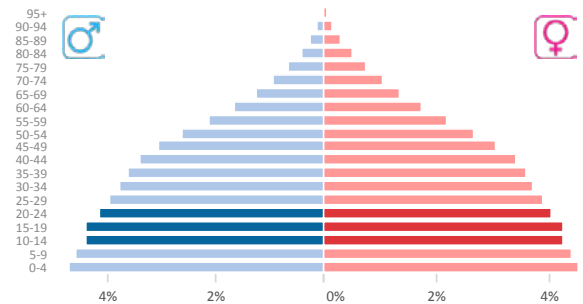
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	165,247	161,055	326,302
15-19	175,436	169,893	345,329
10-14	175,688	169,129	344,817
10-24	516,371	500,077	1,016,448

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **25%**

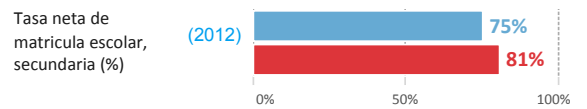


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **92,844.0** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **4.9** (2016)



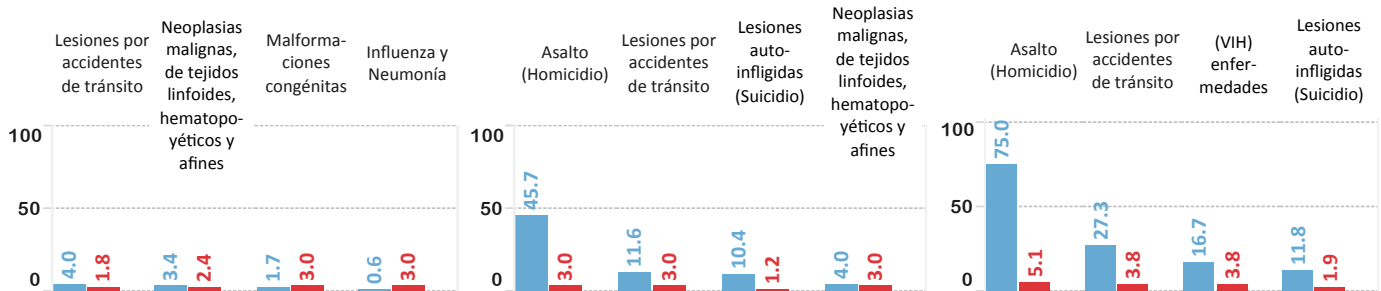
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

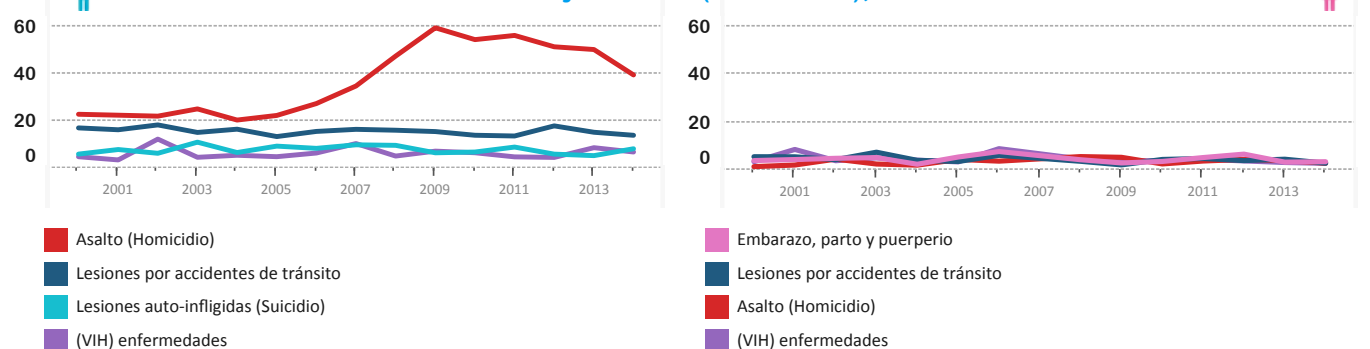
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

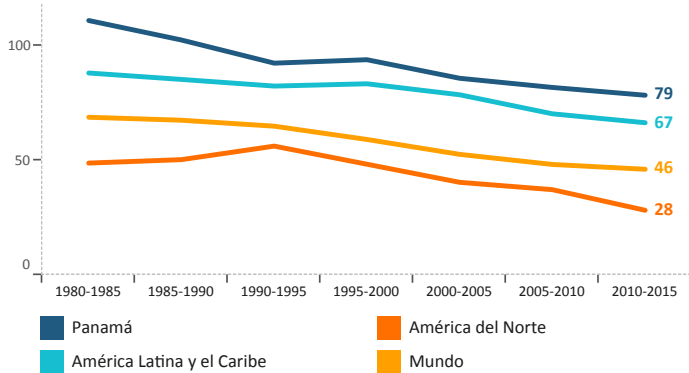


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

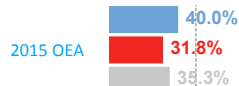
OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

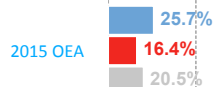


Consumo de Alcohol

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)

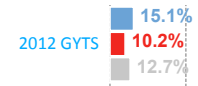


Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

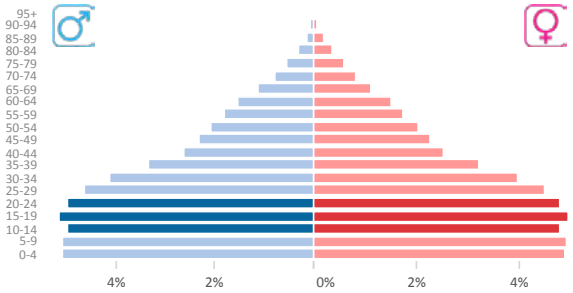
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	335,077	322,725	657,802
15-19	347,016	333,652	680,668
10-14	333,970	321,301	655,271
10-24	1,016,063	977,678	1,993,741

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **30%**

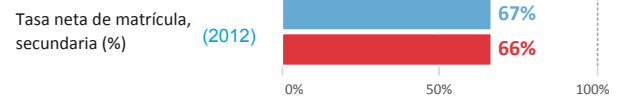


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **64,405.3** (2016)
Crecimiento del PIB (% anual) **4.1** (2016)



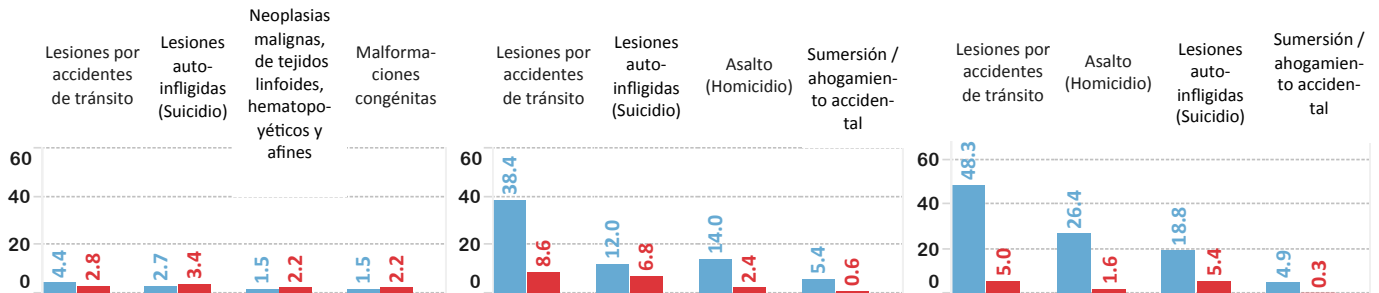
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

(10-14 años)

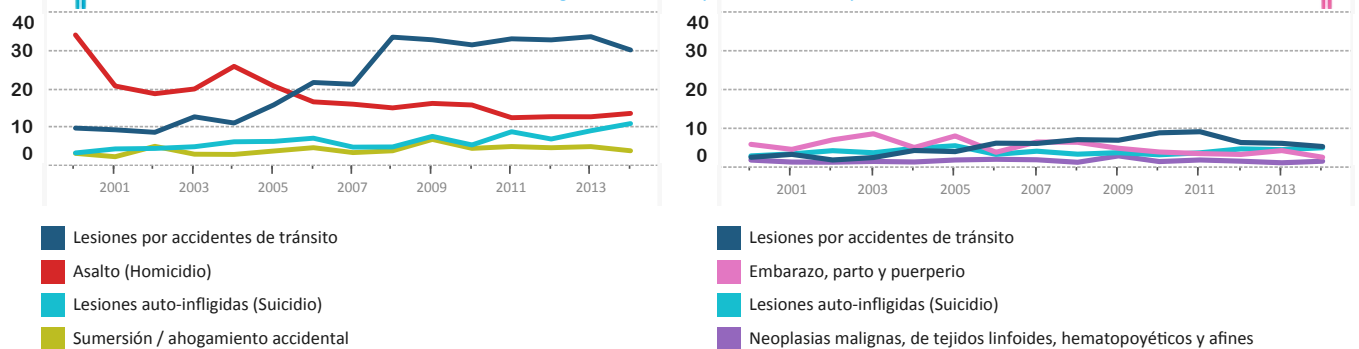
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



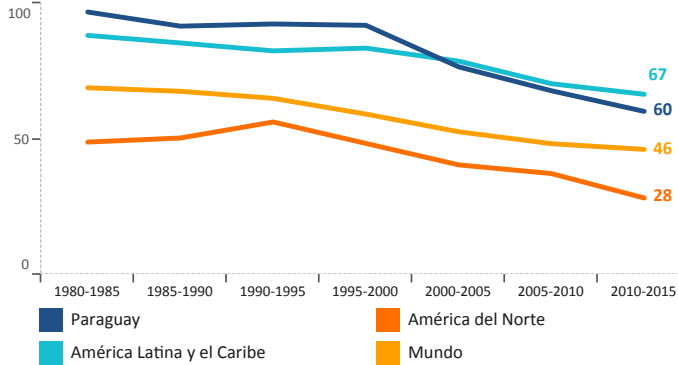


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

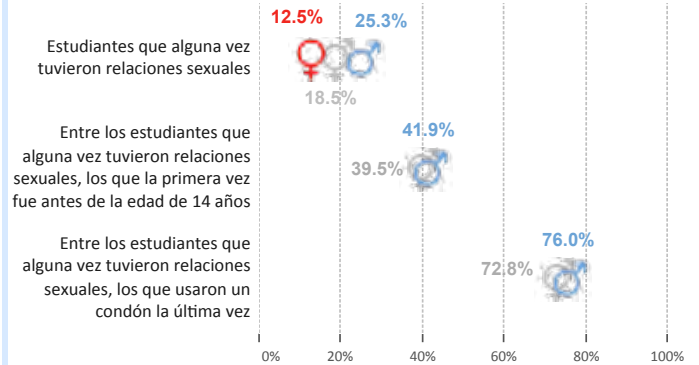
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

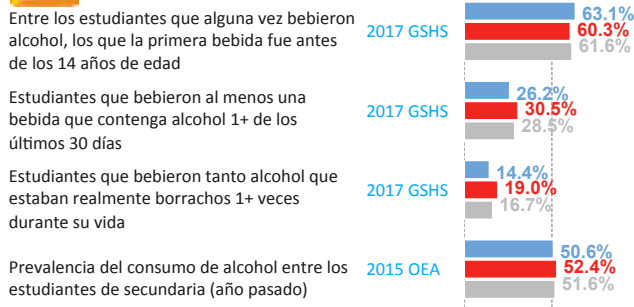
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

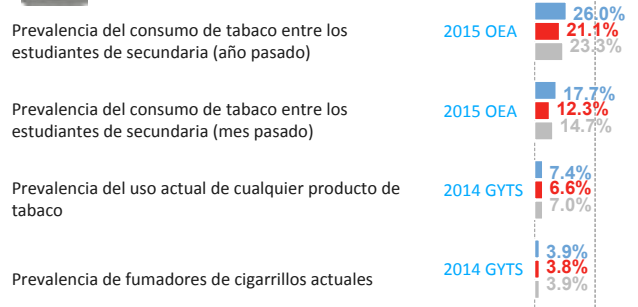
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



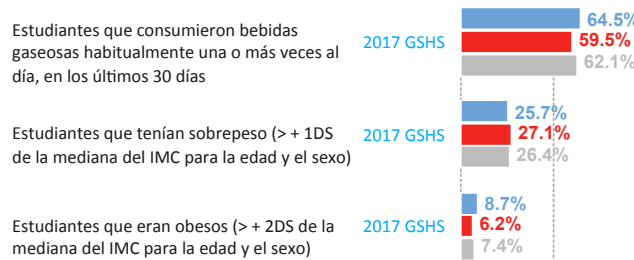
Consumo de Alcohol



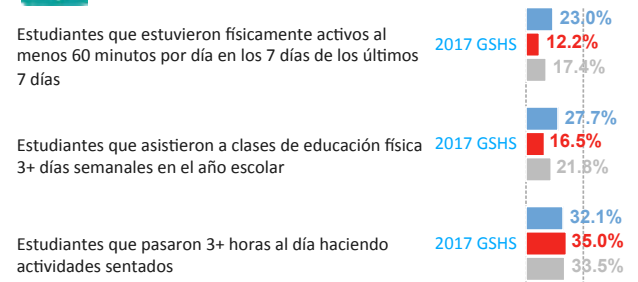
Consumo de Tabaco



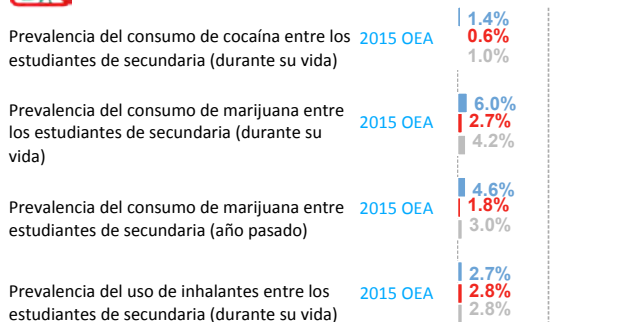
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



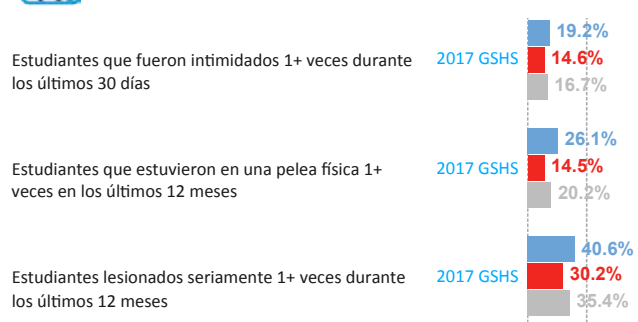
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

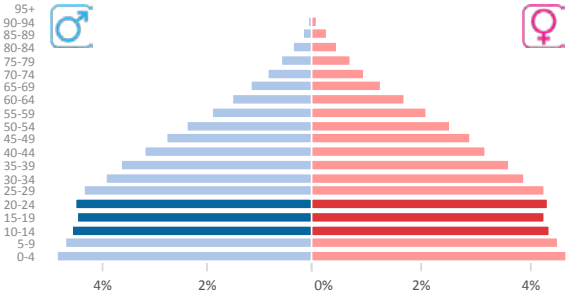
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,428,187	1,371,637	2,799,824
15-19	1,421,853	1,349,609	2,771,462
10-14	1,449,215	1,386,985	2,836,200
10-24	4,299,255	4,108,231	8,407,486

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **26%**

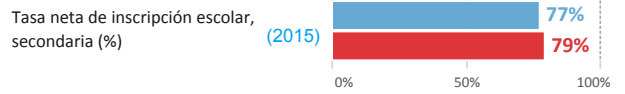


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

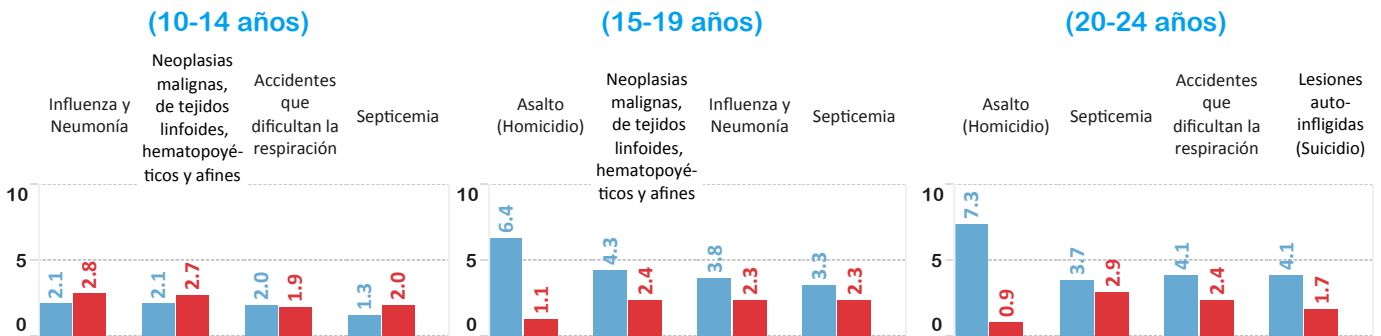
Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **413,759.5** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **3.9** (2016)



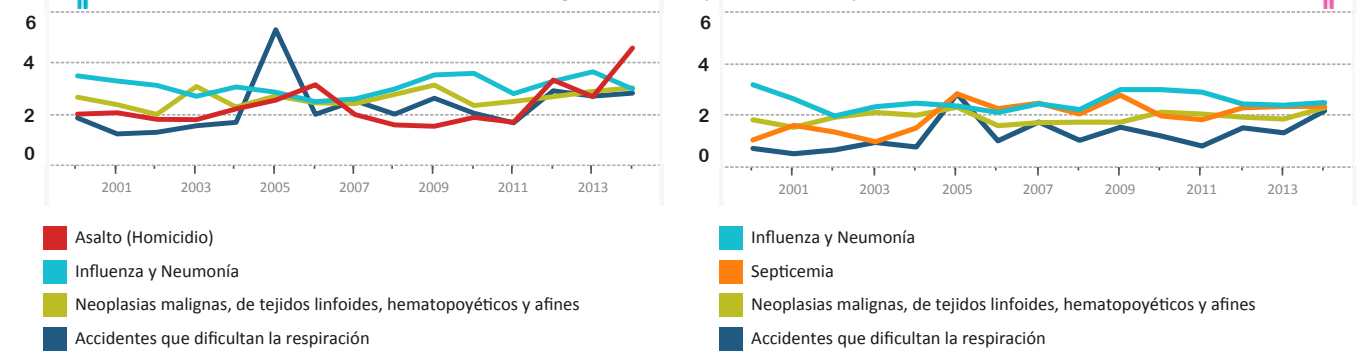
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



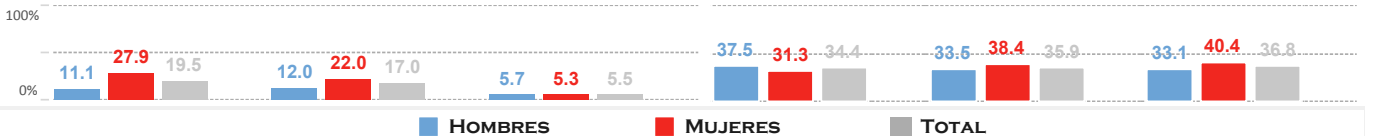
Fuente: 2010 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2010 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



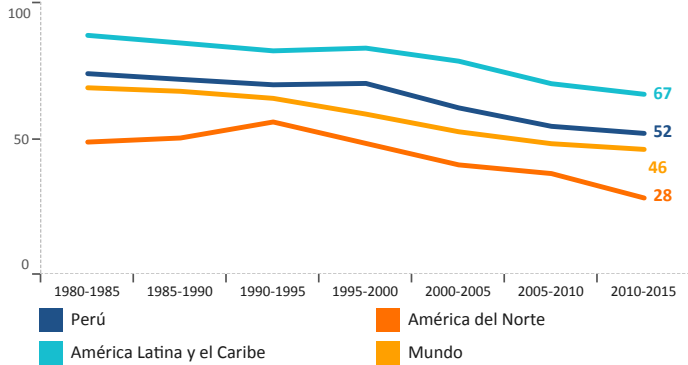


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

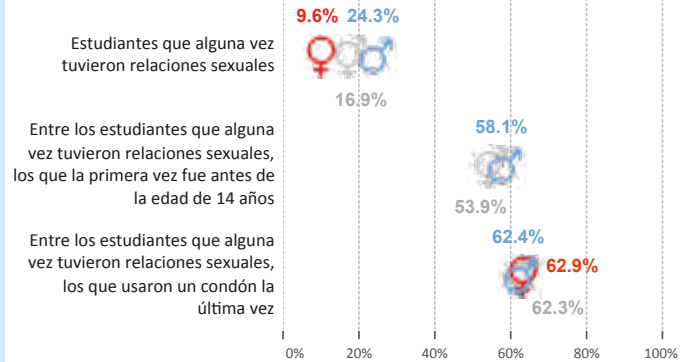
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2010 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

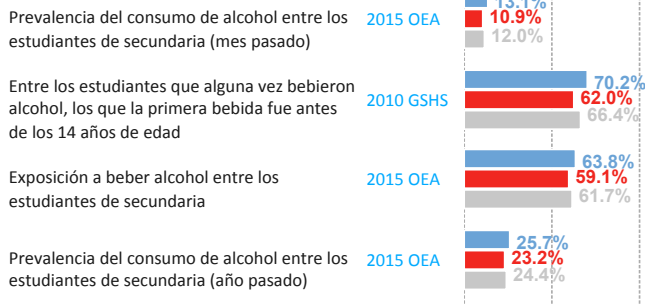
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

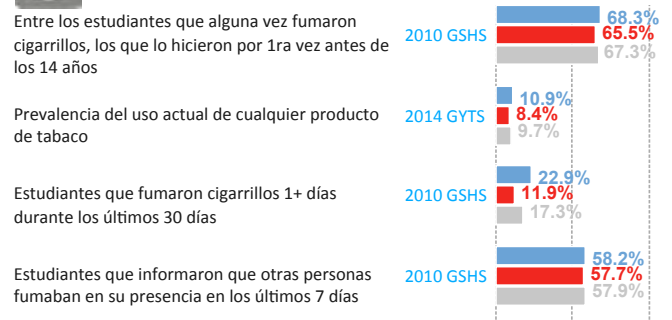
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



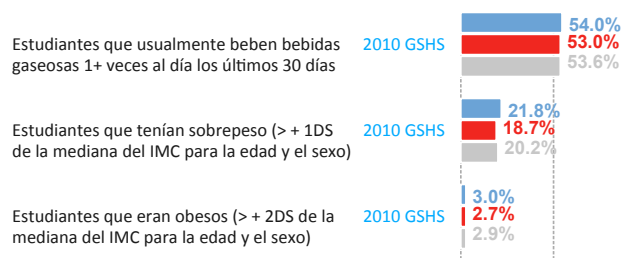
Consumo de Alcohol



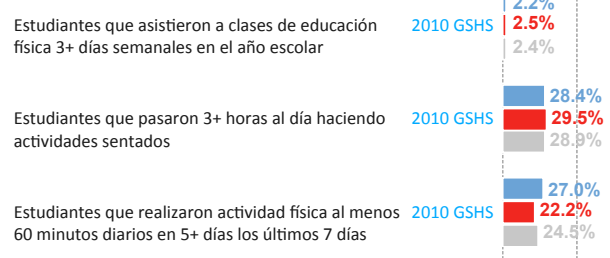
Consumo de Tabaco



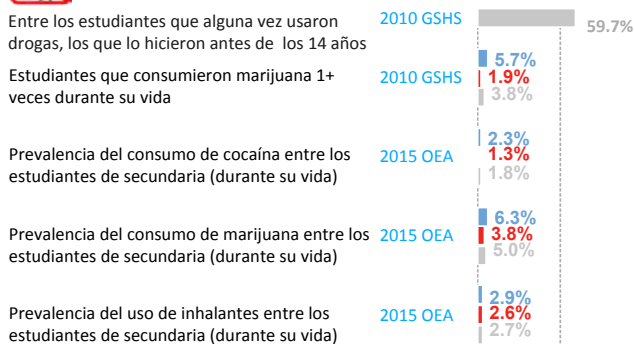
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



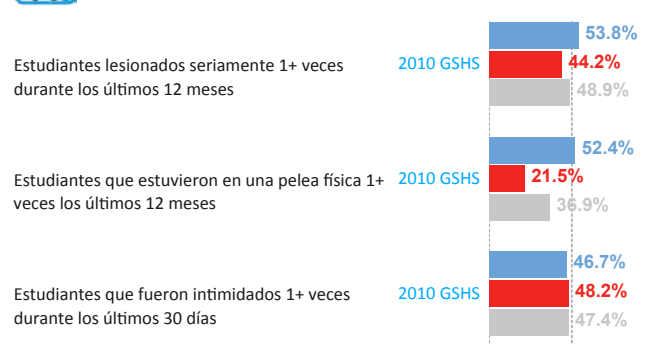
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

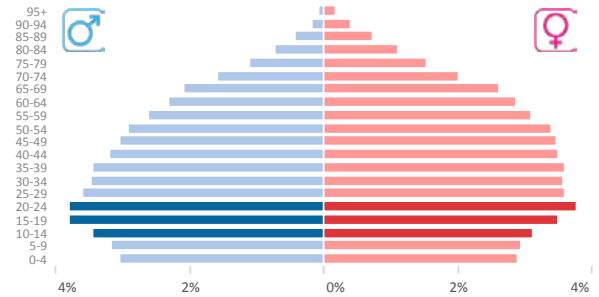
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	140,033	138,443	278,476
15-19	139,888	129,067	268,955
10-14	126,521	114,859	241,380
10-24	406,442	382,369	788,811

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **21%**

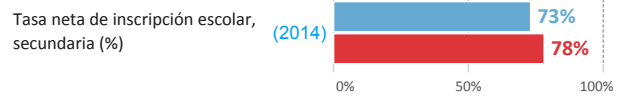


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **125,842.8** (2013)
 Crecimiento del PIB (% anual) **-0.6** (2013)



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

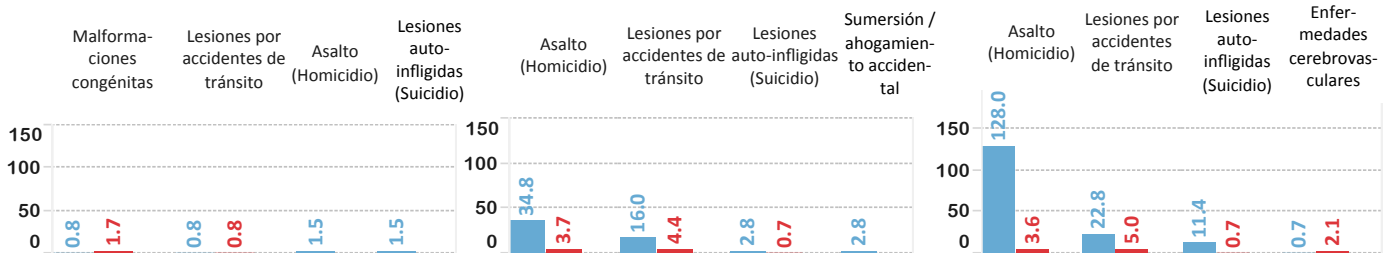
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

(10-14 años)

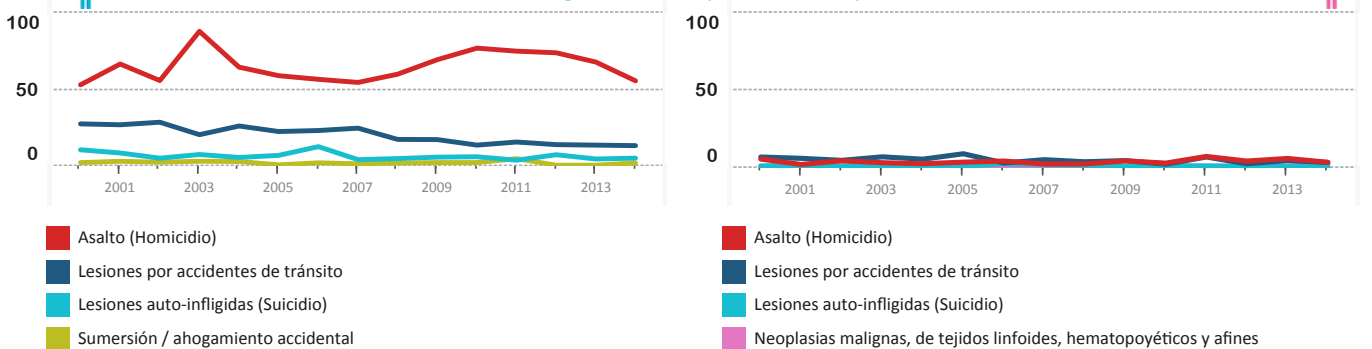
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

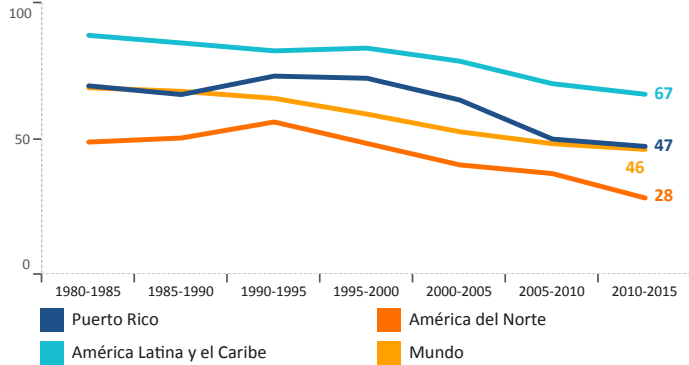
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días

Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)

Datos no disponibles



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaban en su presencia en los últimos 7 días

Entre los estudiantes que alguna vez fumaron cigarrillos, los que lo hicieron por 1ra vez antes de los 14 años

Datos no disponibles



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

Datos no disponibles



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

Datos no disponibles



Consumo de Drogas

Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida

Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria

Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria

Datos no disponibles



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días

Datos no disponibles



POBLACIÓN

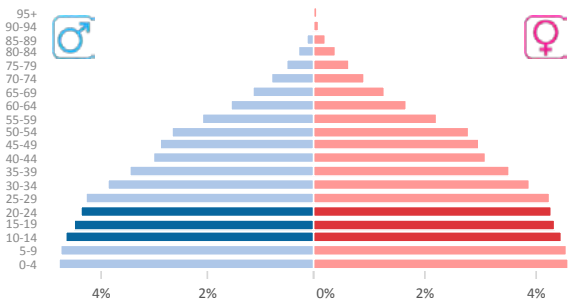
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,382,481	1,352,571	2,735,052
15-19	1,418,723	1,368,909	2,787,632
10-14	1,465,290	1,406,990	2,872,280
10-24	4,266,494	4,128,470	8,394,964

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **27%**

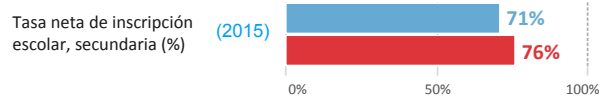


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **554,246.4 (2013)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **1.3 (2013)**



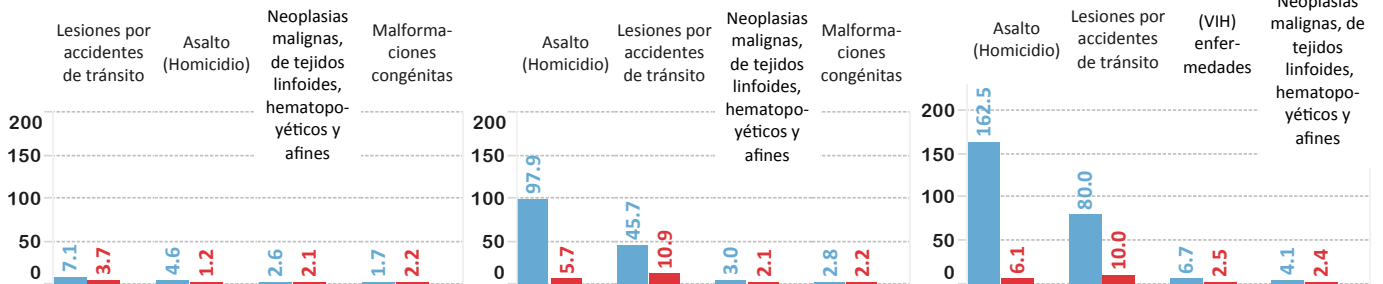
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2013.

(10-14 años)

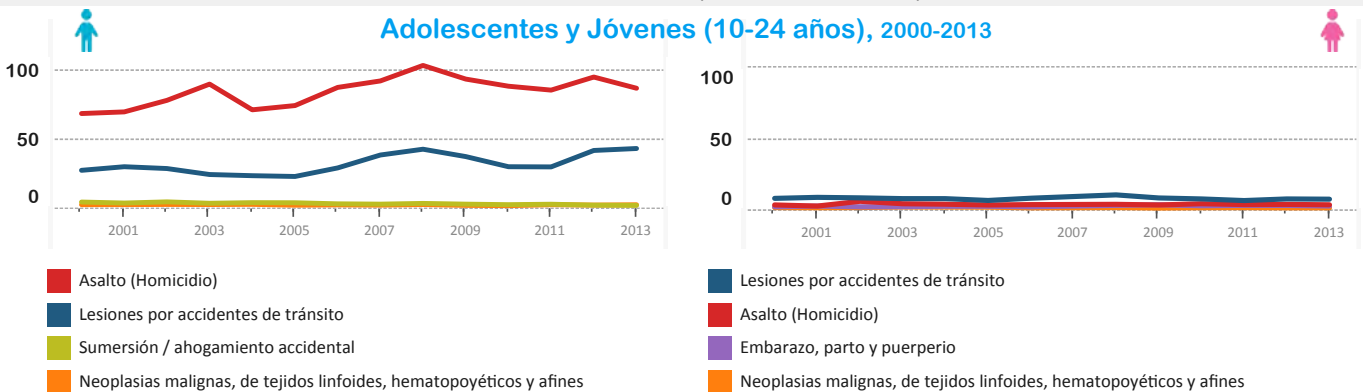
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2013



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES MUJERES TOTAL

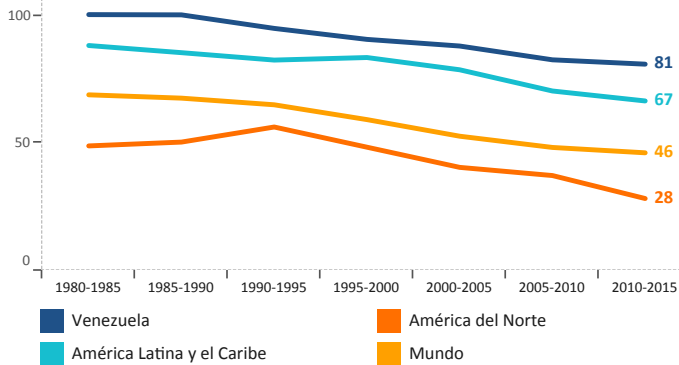


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

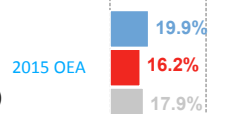


Consumo de Alcohol

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Datos no disponibles

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Datos no disponibles

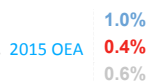
Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días



Consumo de Drogas

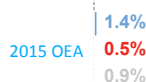
Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre estudiantes de secundaria (año pasado)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Datos no disponibles

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días



POBLACIÓN

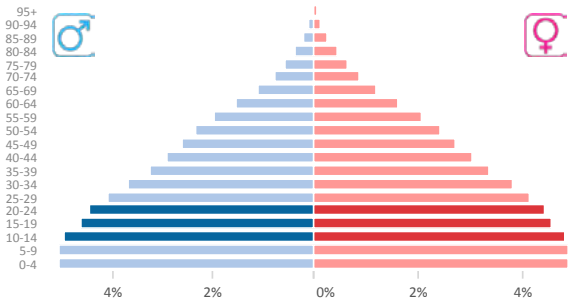
HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	474,763	470,133	944,896
15-19	493,933	483,884	977,817
10-14	526,610	510,423	1,037,033
10-24	1,495,306	1,464,440	2,959,746

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **28%**

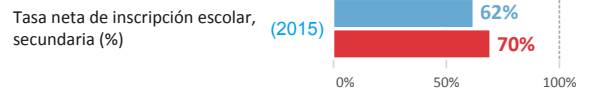


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **161,956.5** (2016)
 Crecimiento del PIB (% anual) **6.6** (2016)



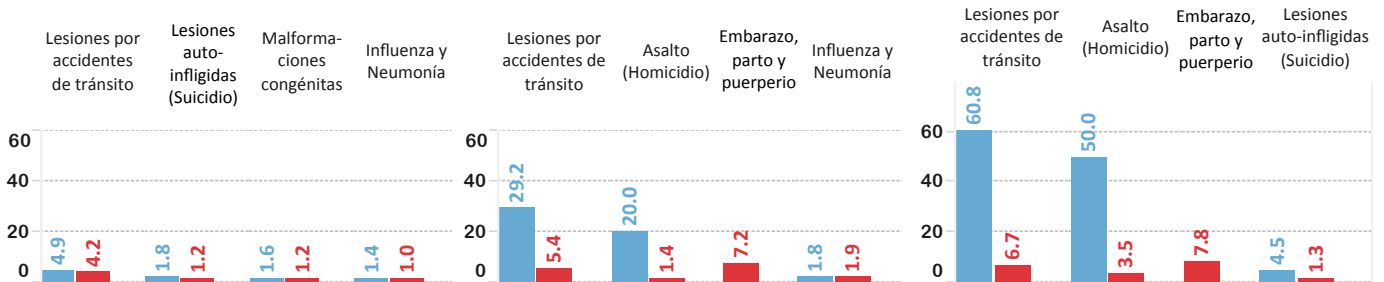
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2012.

(10-14 años)

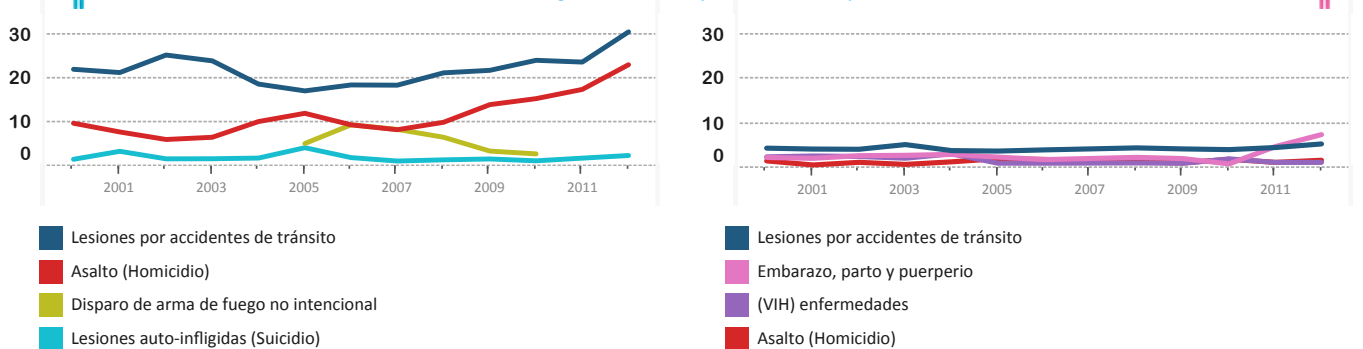
(15-19 años)

(20-24 años)



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2012



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

Datos no disponibles

Datos no disponibles

HOMBRES **MUJERES** **TOTAL**

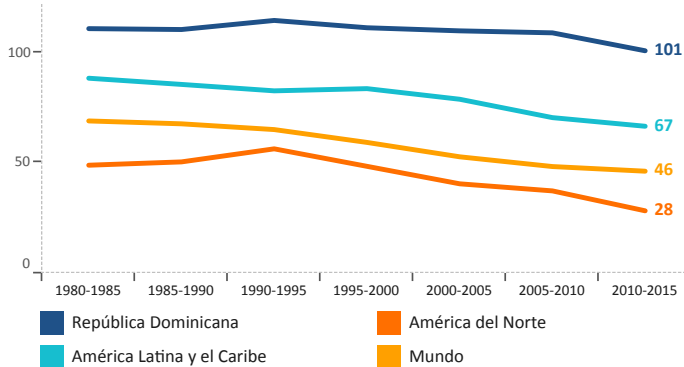


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que la primera vez fue antes de la edad de 14 años

Entre los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, los que usaron un condón la última vez

Datos no disponibles

FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Datos no disponibles

Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar

Datos no disponibles

Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días



Consumo de Drogas

Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marijuanna entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marijuanna entre estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses

Datos no disponibles

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses

Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días



POBLACIÓN

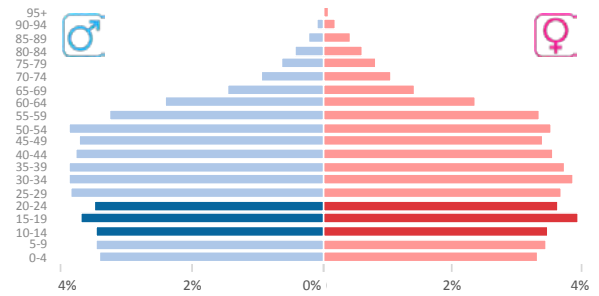
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	1,831	1,909	3,740
15-19	1,936	2,078	4,014
10-14	1,811	1,825	3,636
10-24	5,578	5,812	11,390

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **22%**

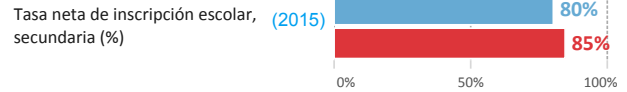


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **1,463.0 (2016)**
Crecimiento del PIB (% anual) **4.0 (2016)**



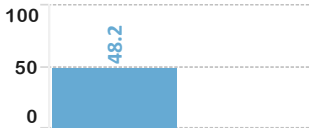
TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2012.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.

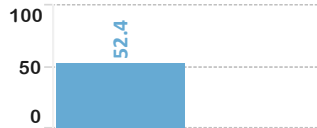
(10-14 años)

Neoplasias malignas, de tejidos linfoides, hematopoyéticos y afines



(15-19 años)

Asalto (Homicidio)



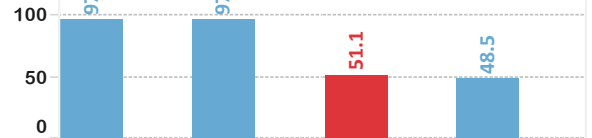
(20-24 años)

Cirrosis y otras enfermedades del hígado

Asalto (Homicidio)

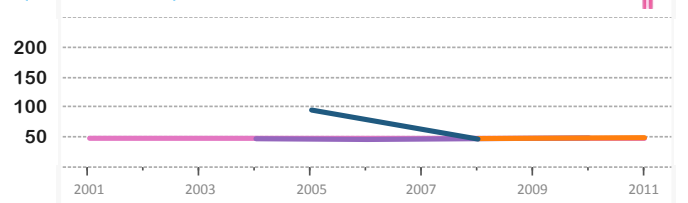
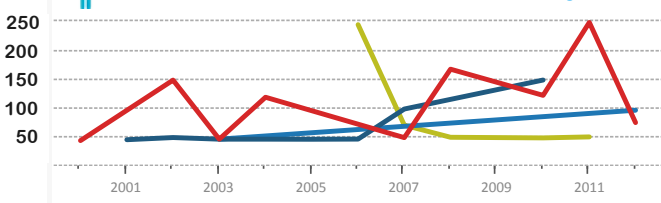
Epilepsia y estados epilépticos

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2012



- Asalto (Homicidio)
- Lesiones por accidentes de tránsito
- Cirrosis y otras enfermedades del hígado
- Disparo de arma de fuego no intencional

- Lesiones por accidentes de tránsito
- Sistema musculoesquelético y tejido conectivo
- Cardiomiopatía
- Embarazo, parto y puerperio

SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar(GSHS) OMS.



Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar(GSHS) OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses

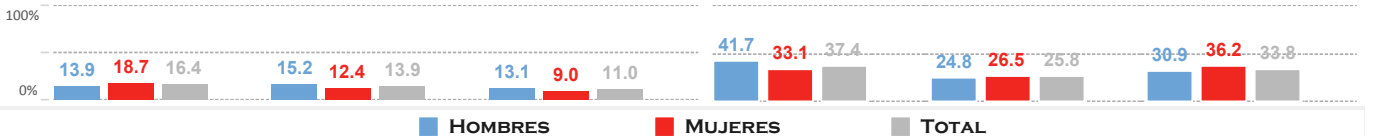
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses

Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días

Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



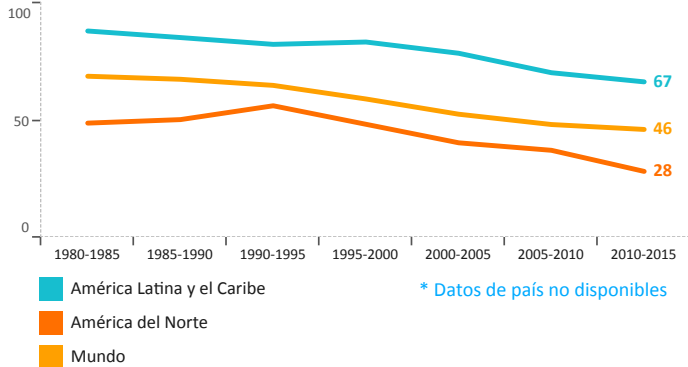


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

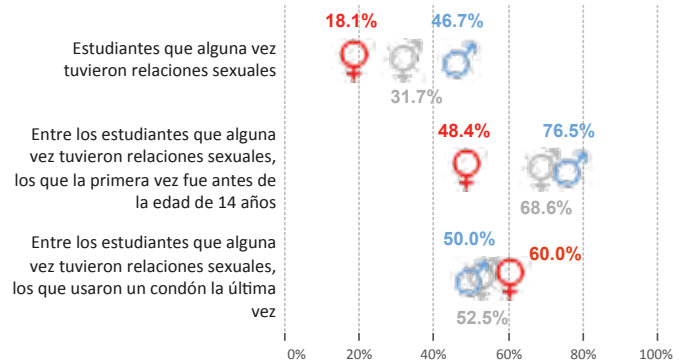
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2011 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol

Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (mes pasado)



Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria



Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)



Consumo de Tabaco

Prevalencia del uso actual de cualquier producto de tabaco



Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)

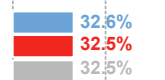


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

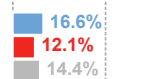
Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Actividad Física

Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados

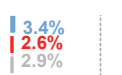


Estudiantes que realizaron actividad física al menos 60 minutos diarios en 5+ días los últimos 7 días

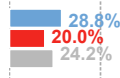


Consumo de Drogas

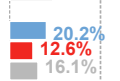
Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



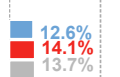
Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre estudiantes de secundaria (año pasado)



Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

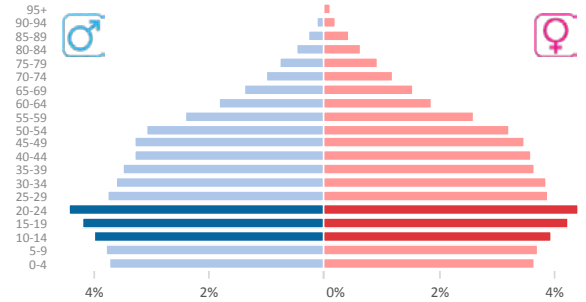
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	8,303	8,212	16,515
15-19	7,837	7,837	15,674
10-14	7,452	7,340	14,792
10-24	23,592	23,389	46,981

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **25%**

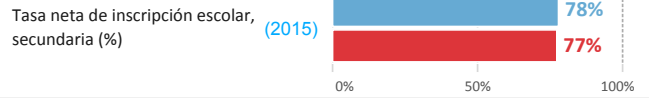


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

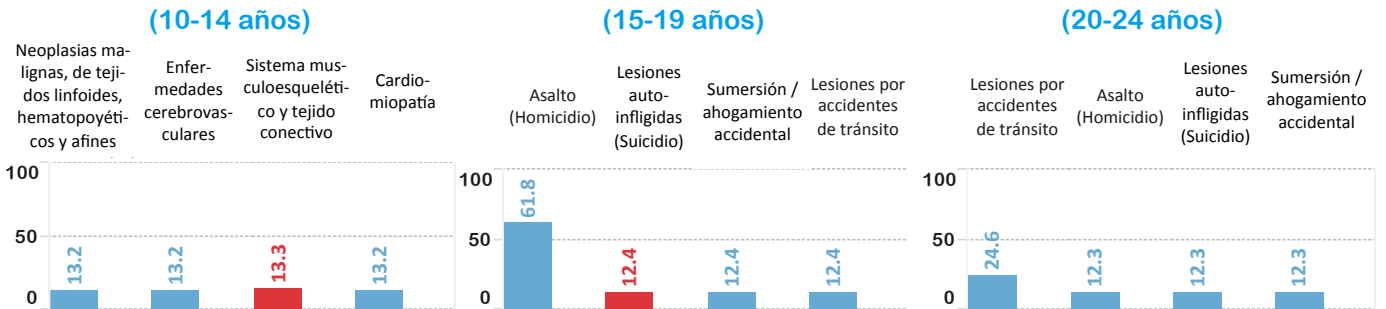
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **2,055.3 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **0.7 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

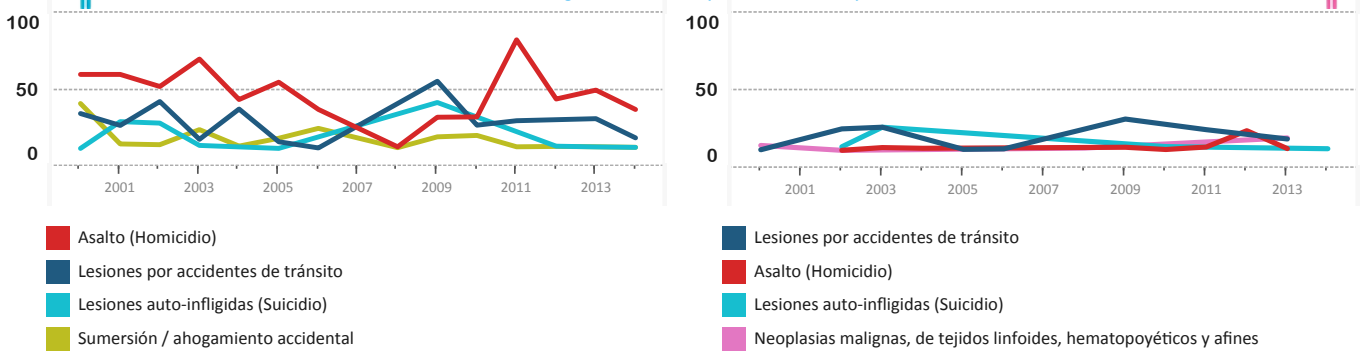
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



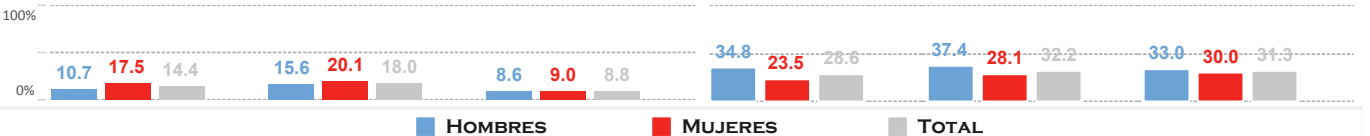
Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que se sentían solos la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 12 meses: **10.7**
 Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses: **17.5**
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos: **14.4**

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días: **34.8**
 Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días: **23.5**
 Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días: **28.6**



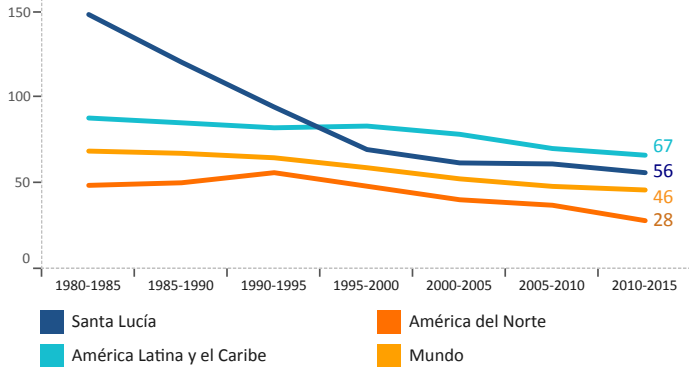


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

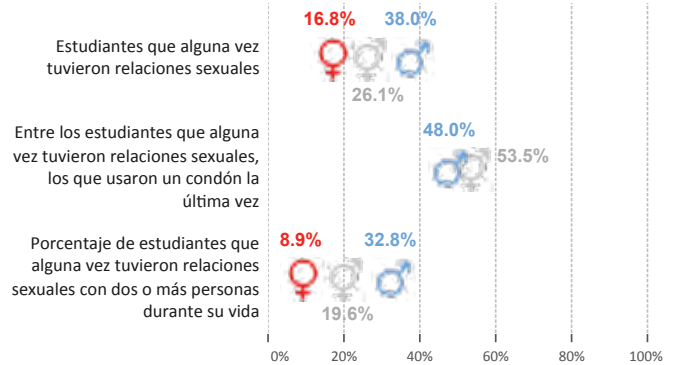
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

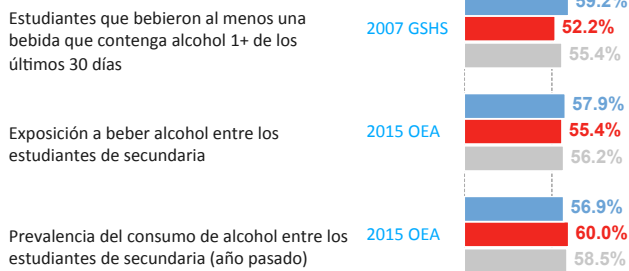
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

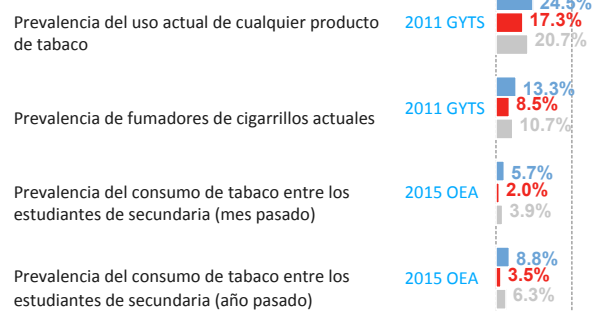
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

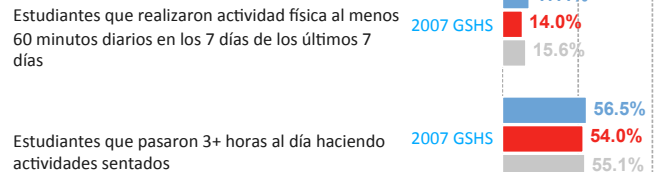
Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

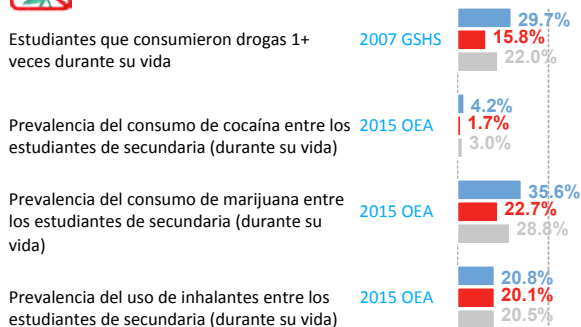
Datos no disponibles



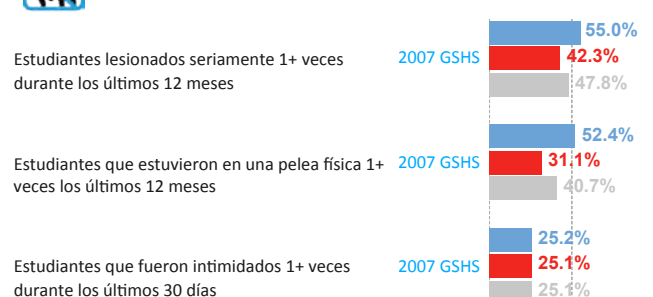
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales



Salud de Adolescentes y Jóvenes - Perfil de País 2017

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS



POBLACIÓN

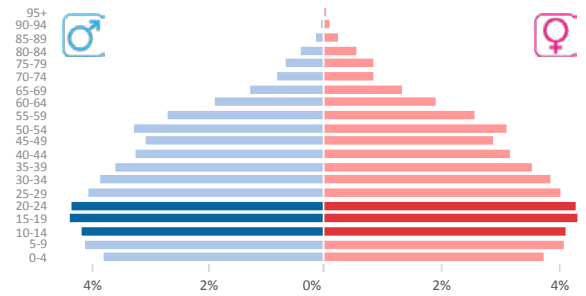
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	4,817	4,678	9,495
15-19	4,859	4,730	9,589
10-14	4,615	4,512	9,127
10-24	14,291	13,920	28,211

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **26%**

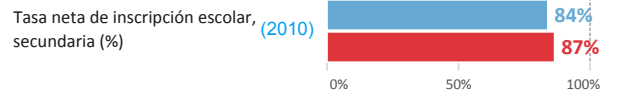


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

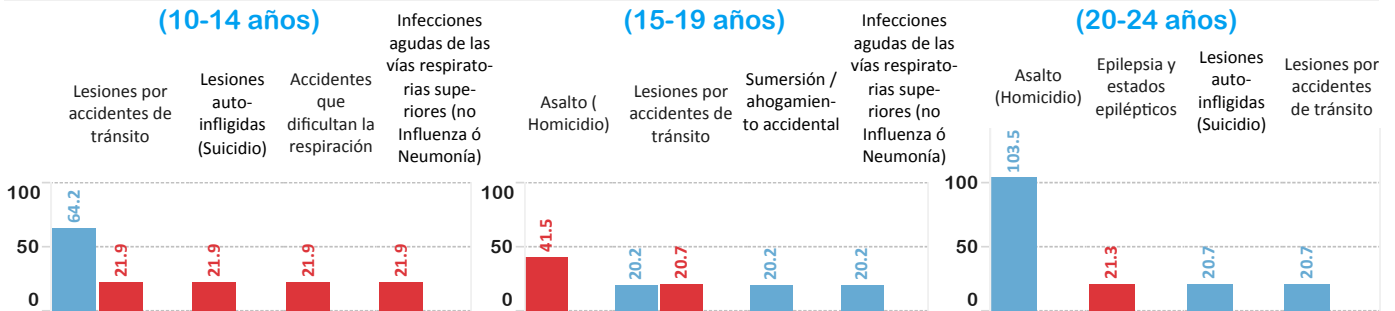
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **1,272.0 (2016)**
 Crecimiento del PIB (% anual) **3.0 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

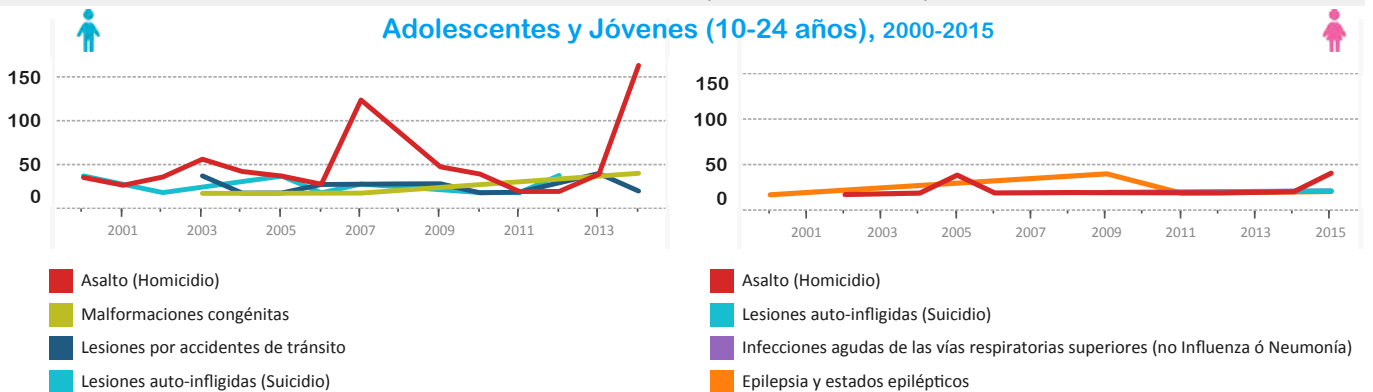
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2015.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2015



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



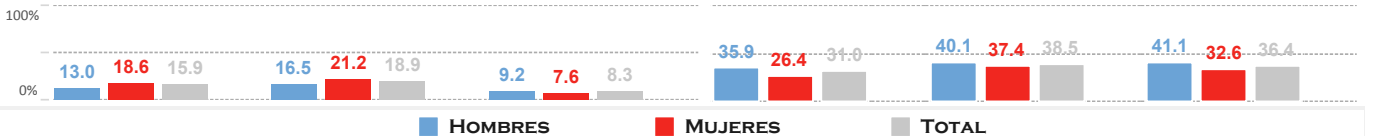
Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que se sentían solos la mayor parte del tiempo o siempre durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
 Estudiantes que no tenían amigos íntimos

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
 Estudiantes que informaron que la mayoría de los alumnos de su escuela nunca o raramente fueron amables y serviciales durante los últimos 30 días
 Estudiantes cuyos padres o tutores nunca supieron realmente lo que estaban haciendo en su tiempo libre durante los últimos 30 días



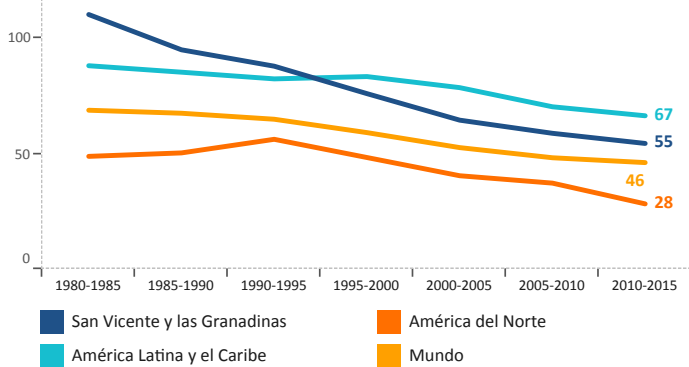


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

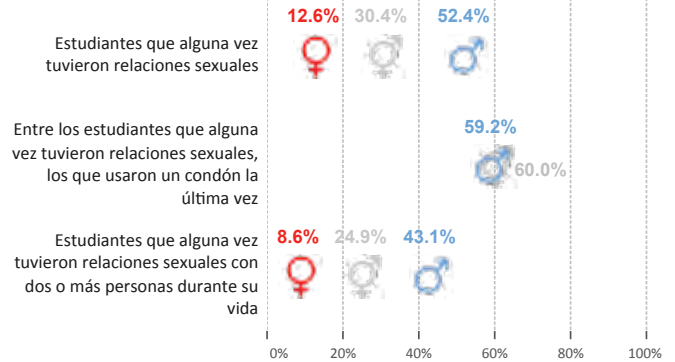
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2007 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

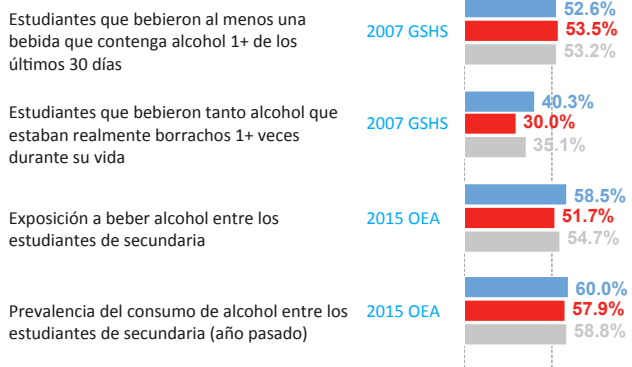
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

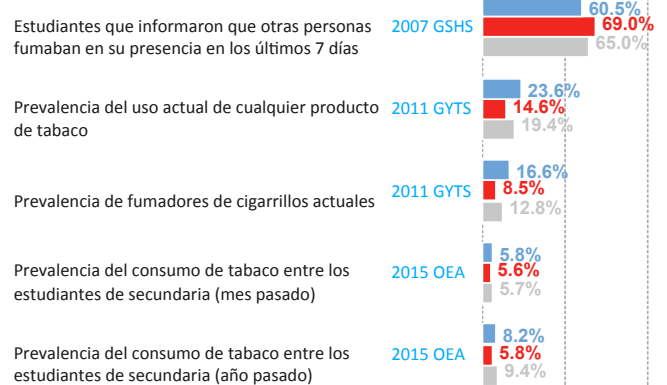
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



Consumo de Alcohol



Consumo de Tabaco



Sobrepeso / Obesidad / Dieta

Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

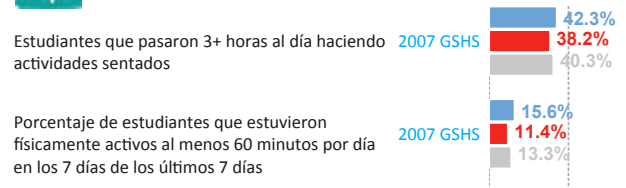
Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)

Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días

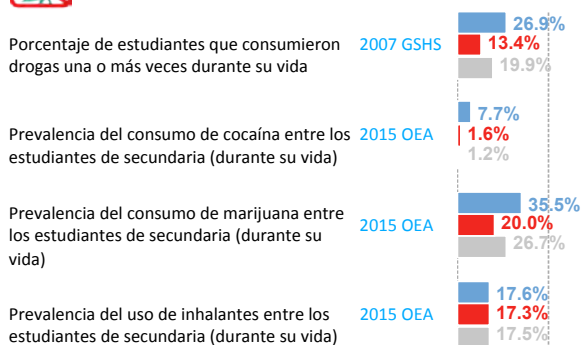
Datos no disponibles



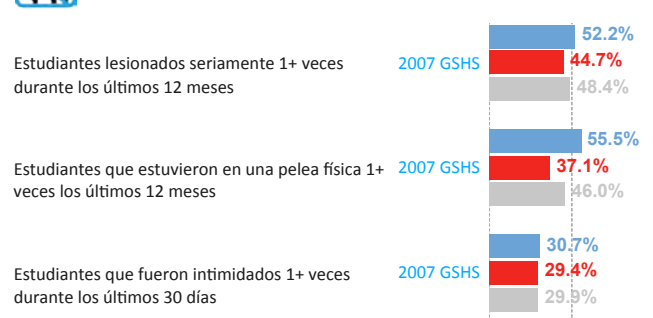
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

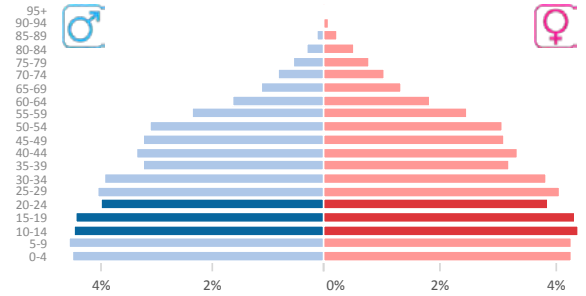
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	21,929	21,043	42,972
15-19	24,403	23,653	48,056
10-14	24,599	23,978	48,577
10-24	70,931	68,674	139,605

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **25%**

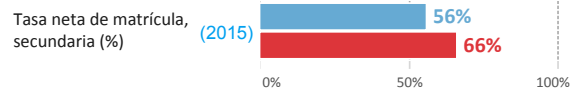


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

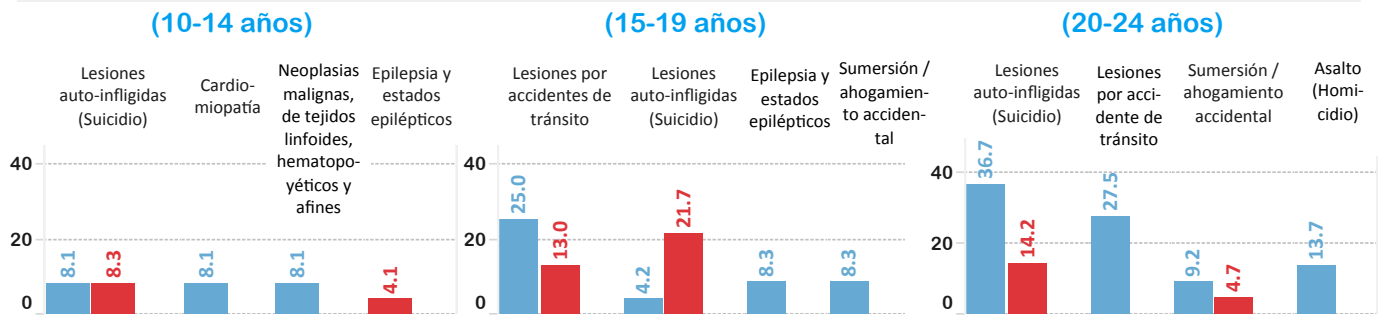
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **7,898.9 (2016)**
Crecimiento del PIB (% anual) **-10.4 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

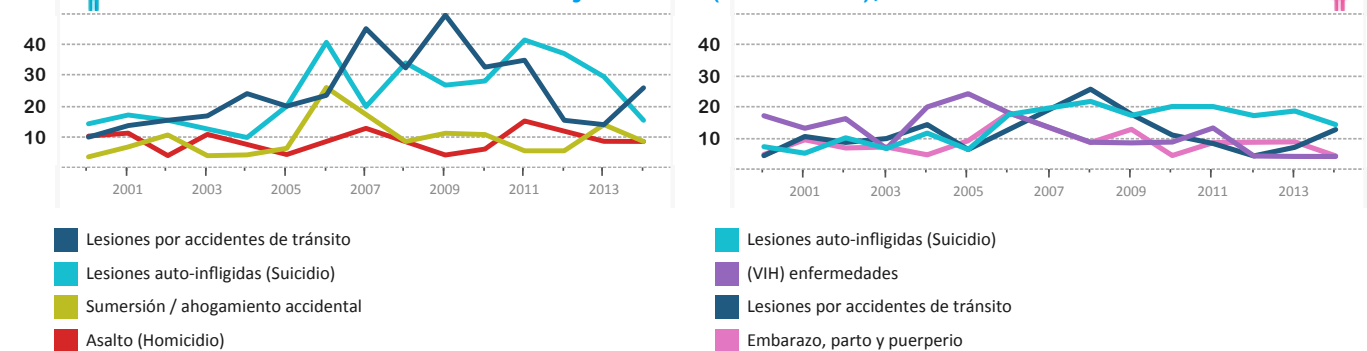
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

FACTORES PROTECTORES



Fuente: 2016 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Porcentaje de estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses: **10.5** (Hombres), **19.5** (Mujeres), **15.5** (Total)
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses: **7.9** (Hombres), **10.9** (Mujeres), **9.6** (Total)
Estudiantes que no tenían amigos íntimos: **14.4** (Hombres), **13.0** (Mujeres), **13.6** (Total)



Fuente: 2016 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días: **20.0** (Hombres), **16.0** (Mujeres), **17.8** (Total)
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días: **41.5** (Hombres), **41.8** (Mujeres), **41.6** (Total)
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días: **47.2** (Hombres), **50.5** (Mujeres), **48.9** (Total)



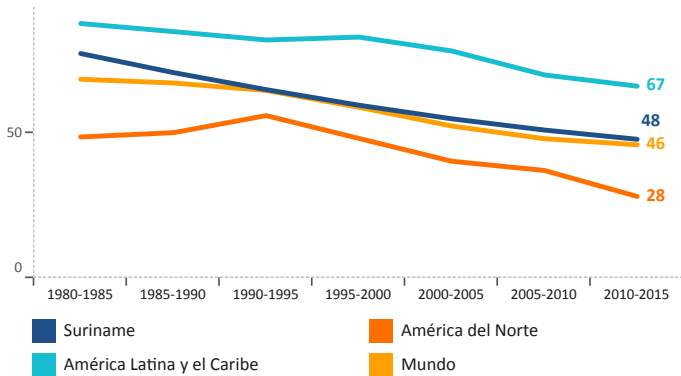


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

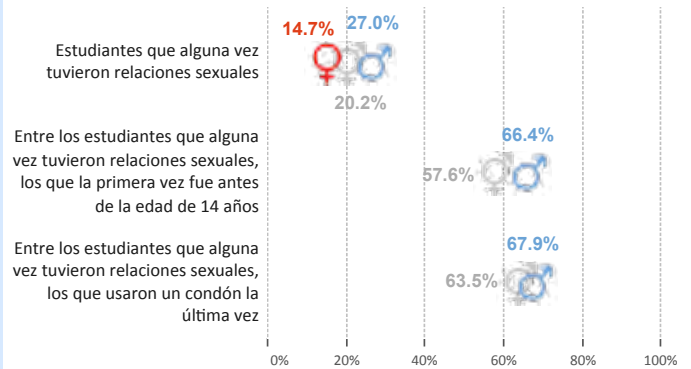
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2016 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)

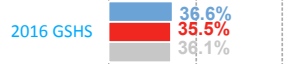


Consumo de Alcohol

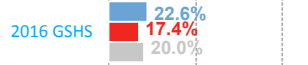
Entre los estudiantes que alguna vez bebieron alcohol, los que la primera bebida fue antes de los 14 años de edad



Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días



Estudiantes que bebieron tanto alcohol que estaban realmente borrachos 1+ veces durante su vida



Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria



Consumo de Tabaco

Estudiantes que informaron que otras personas fumaron en su presencia en uno o más días durante los últimos 7 días



Estudiantes que fumaron cigarrillos 1+ días durante los últimos 30 días



Estudiantes que actualmente usan cualquier producto de tabaco en uno o más días durante los últimos 30 días



Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)

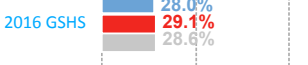


Sobrepeso / Obesidad / Dieta

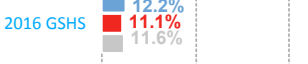
Estudiantes que usualmente beben bebidas gaseosas 1+ veces al día los últimos 30 días



Estudiantes que tenían sobrepeso (> + 1DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Estudiantes que eran obesos (> + 2DS de la mediana del IMC para la edad y el sexo)



Actividad Física

Porcentaje de estudiantes que estuvieron físicamente activos al menos 60 minutos por día en los 7 días de los últimos 7 días



Estudiantes que asistieron a clases de educación física 3+ días semanales en el año escolar



Estudiantes que pasaron 3+ horas al día haciendo actividades sentados



Consumo de Drogas

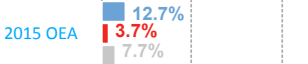
Estudiantes que consumieron marihuana 1+ veces durante su vida



Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)



Violencia y Lesiones No Intencionales

Estudiantes que estuvieron en una pelea física 1+ veces los últimos 12 meses



Estudiantes lesionados seriamente 1+ veces durante los últimos 12 meses



Estudiantes que fueron intimidados 1+ veces durante los últimos 30 días





POBLACIÓN

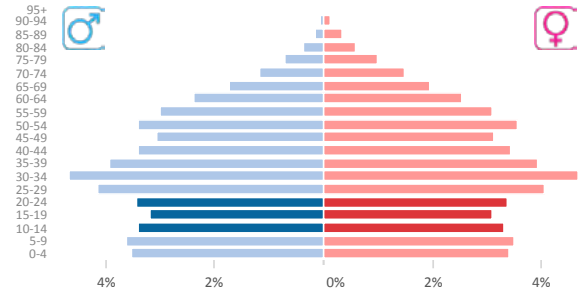
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	46,761	45,968	92,729
15-19	43,308	42,290	85,598
10-14	46,289	45,108	91,397
10-24	136,358	133,366	269,724

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **20%**

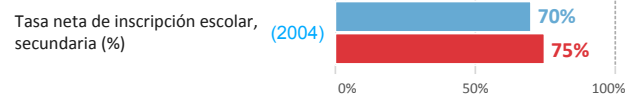


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

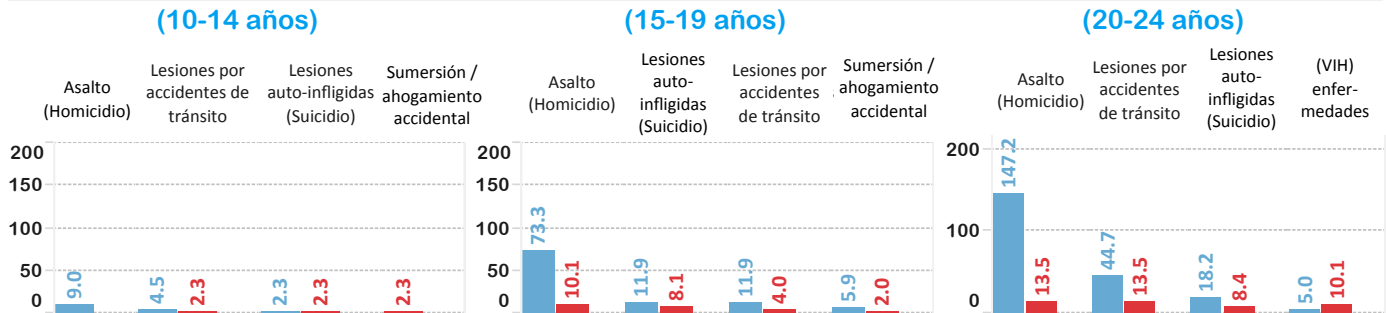
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **43,552.9 (2016)**
Crecimiento del PIB (% anual) **-5.1 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

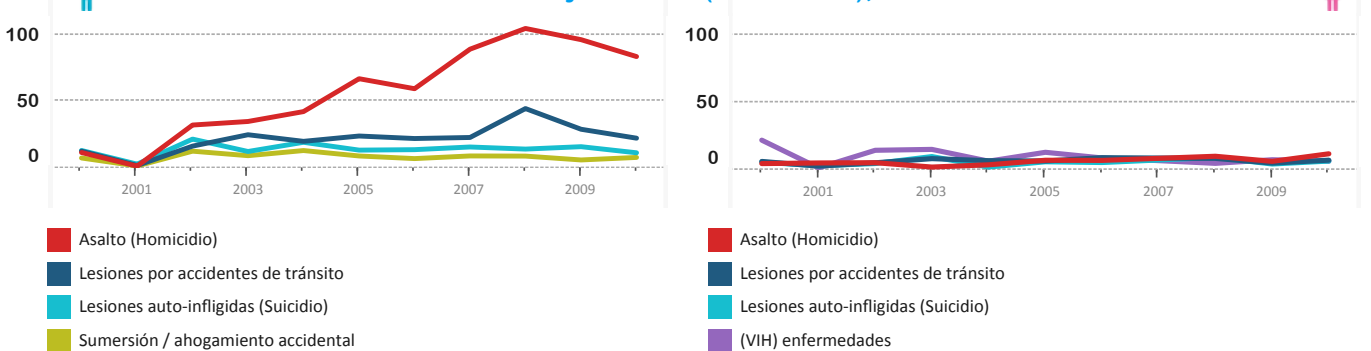
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2010.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

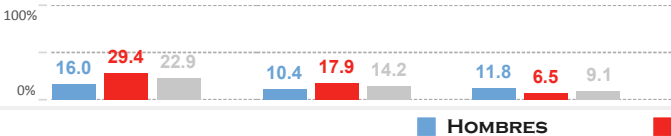
Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2010



SALUD MENTAL

Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

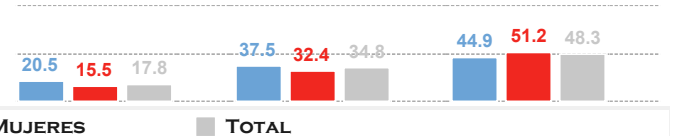
Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos



FACTORES PROTECTORES

Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días



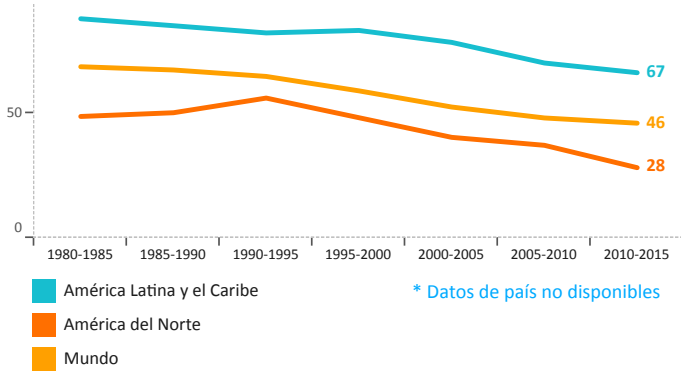


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

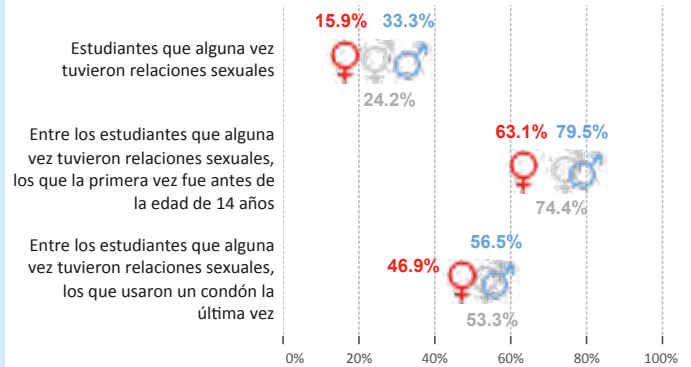
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2017 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

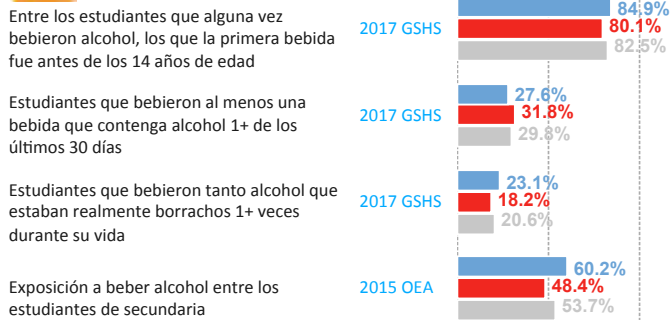
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

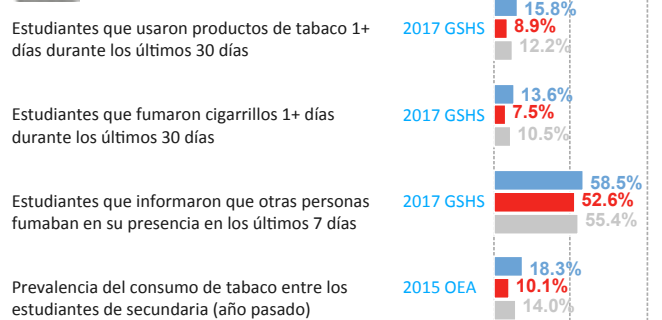
GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



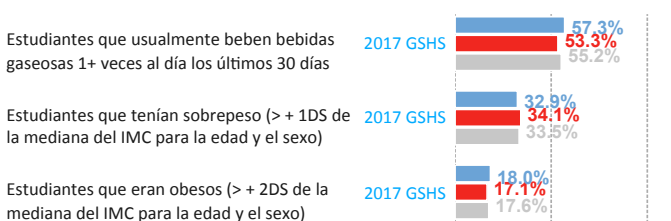
Consumo de Alcohol



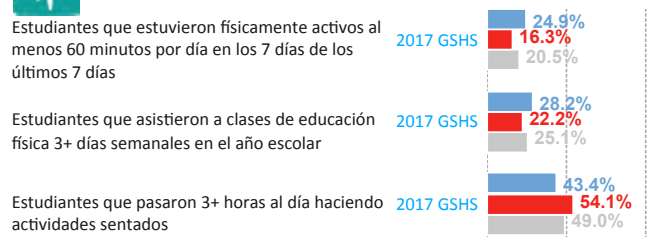
Consumo de Tabaco



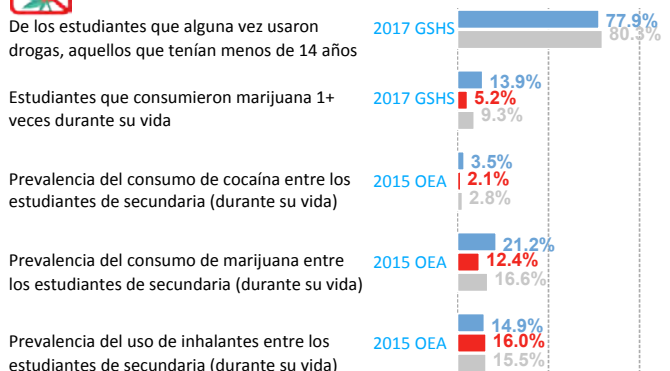
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



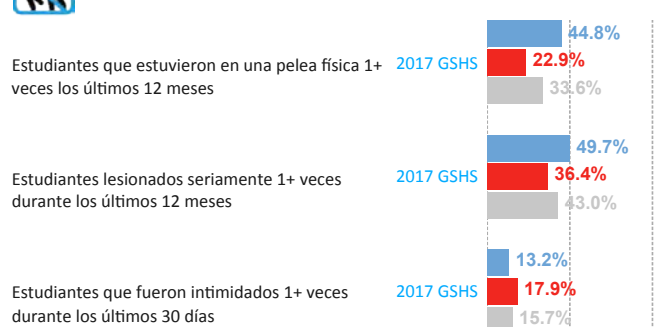
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales





POBLACIÓN

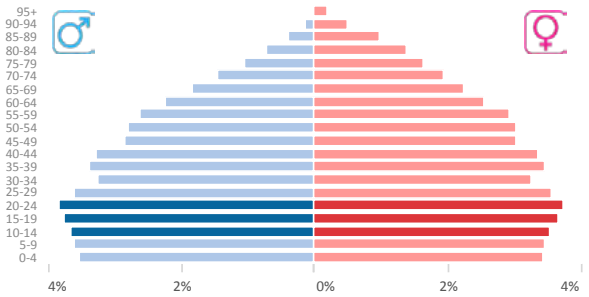
HOMBRES MUJERES TOTAL

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.

Población de Adolescentes y Jóvenes

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-24	133,277	128,603	261,880
15-19	130,267	125,523	255,790
10-14	126,636	121,294	247,930
10-24	390,180	375,420	765,600

Adolescentes y Jóvenes, porcentaje de la población total: **22%**

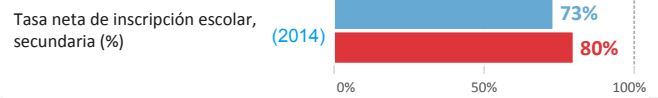


DESARROLLO ECONÓMICO

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN

Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial, 2016.

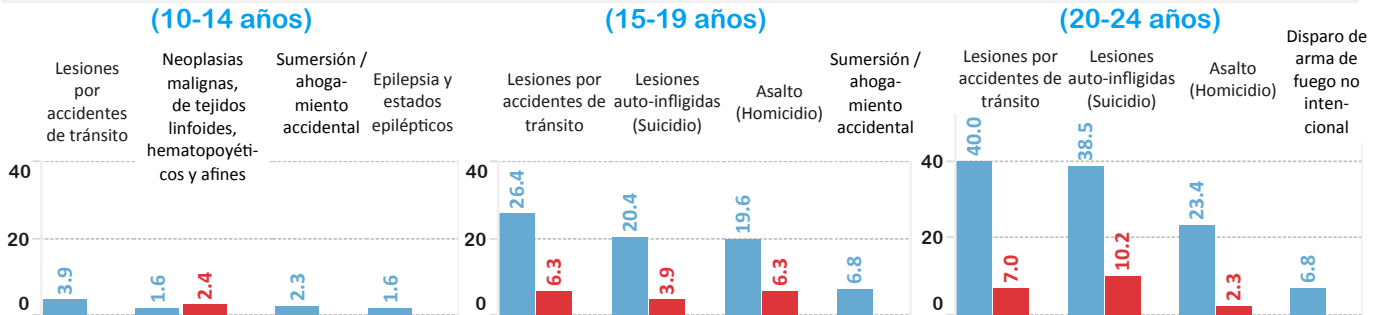
PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) **74,477.6 (2016)**
Crecimiento del PIB (% anual) **1.5 (2016)**



TASAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Grupo de Edad y Sexo (por 100.000 Habitantes)

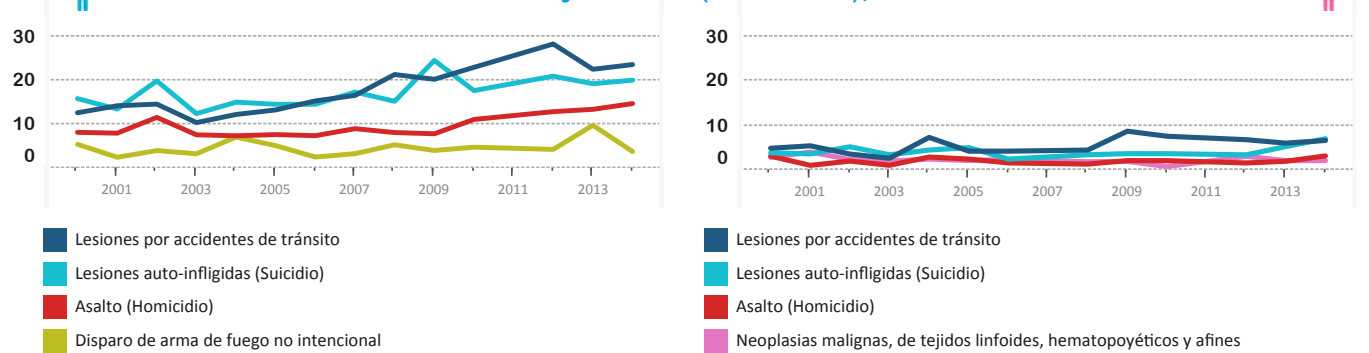
Fuente: OPS Base de Datos de Mortalidad Regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2016. Último año disponible de mortalidad del país, 2014.

Nota: * Si no existe causa de muerte reportada para un grupo de edad y sexo específico, la barra correspondiente con valor cero no es representada.



TENDENCIAS DE MORTALIDAD - Cuatro Causas Principales de Defunción, por Sexo (por 100.000 Habitantes)

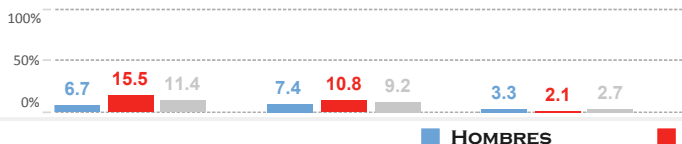
Adolescentes y Jóvenes (10-24 años), 2000-2014



SALUD MENTAL

Fuente: 2012 Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS), OMS.

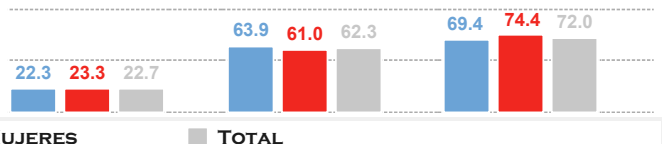
Estudiantes que alguna vez consideraron seriamente suicidarse durante los últimos 12 meses
Estudiantes que realmente intentaron suicidarse una o más veces durante los últimos 12 meses
Estudiantes que no tenían amigos íntimos



FACTORES PROTECTORES

Fuente: 2012 Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS), OMS.

Estudiantes que perdieron clases o escuela sin permiso 1+ veces en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres normalmente entienden sus problemas y preocupaciones, en los últimos 30 días
Estudiantes cuyos padres realmente sabían lo que sus hijos hacían con el tiempo libre, en los últimos 30 días

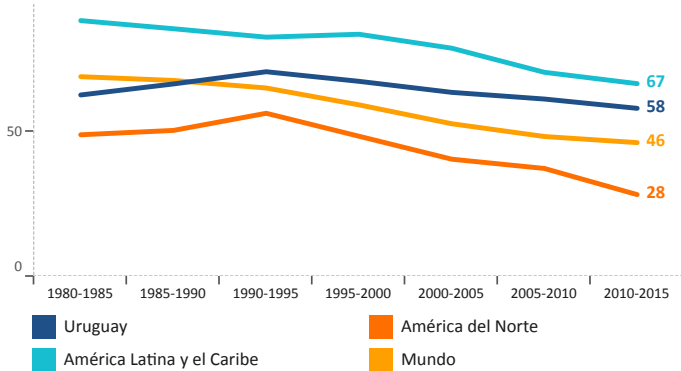


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

HOMBRES MUJERES TOTAL

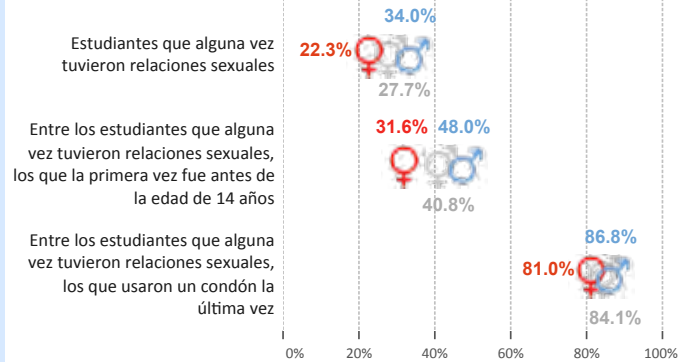
Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes (Nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años de edad), 1980-2015

Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015.



Comportamiento Sexual en Adolescentes (Grupo de edad: 13-15 años)

Fuente: 2012 Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (GSHS), OMS.



FACTORES DE RIESGO

HOMBRES MUJERES TOTAL

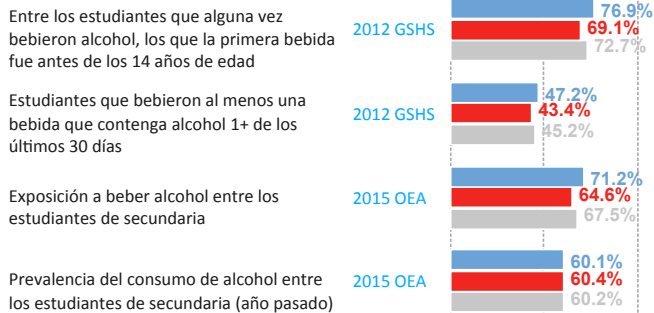
Fuentes: GSHS - Encuesta Mundial sobre Salud Escolar (OMS) / Global School Health Survey (WHO)

OEA - Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas

GYTS - Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes (OPS) / Global Youth Tobacco Survey (PAHO)



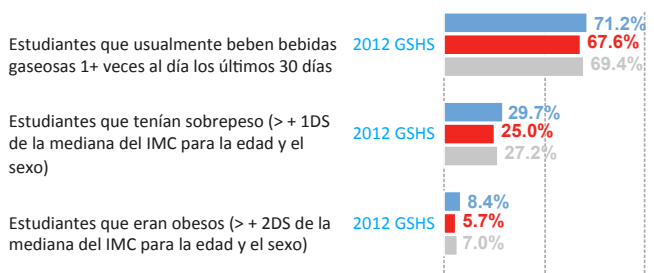
Consumo de Alcohol



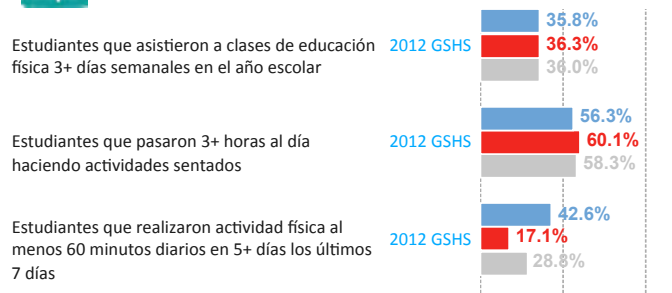
Consumo de Tabaco



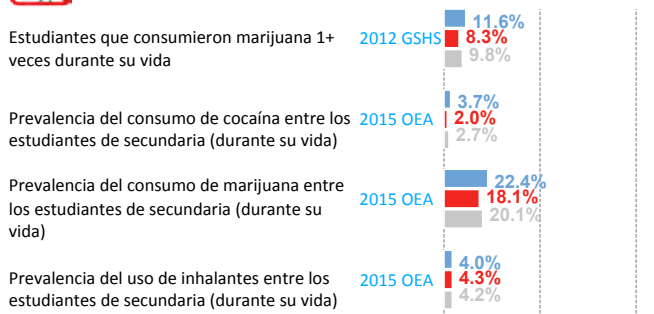
Sobrepeso / Obesidad / Dieta



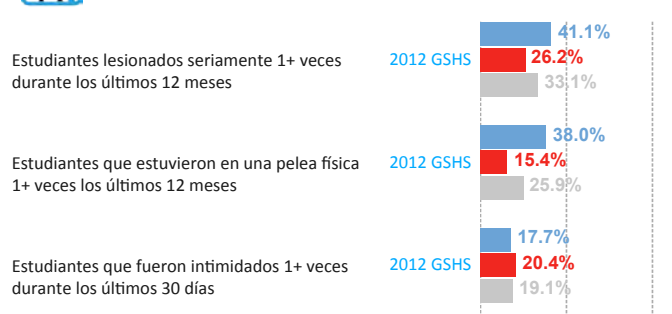
Actividad Física



Consumo de Drogas



Violencia y Lesiones No Intencionales



Referencias

1. 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
2. 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
3. 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.
4. 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>
5. 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/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
6. 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/
7. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Definition of youth [Internet]. [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2005 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmloi/handle/123456789/708>
9. McCarthy K, Brady M., Hallman K. Investing when it counts: reviewing the evidence and charting a course of research and action for very young adolescents [Internet]. Nueva York: Population Council; 2016 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016PGY_InvestingWhenItCounts.pdf
10. 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/>
11. 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>
12. Feldstein Weing SW, Sakhardande A, Blakemore S. The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: a systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *Neuroimage Clin*. Julio del 2014 5; 5: 420-37.
 13. Luciana M, Feldstein Ewing S. Introduction to the special issue: substance use and the adolescent brain: developmental impacts, interventions, and longitudinal outcomes. *Dev Cogn Neurosci*. Diciembre del 2015; 16:1-4, Clave DOI:10.1016.
 14. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/
 15. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
 16. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 28 de abril, 2012; 379(9826):1641-52.
 17. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO Institute for Statistics [Internet]. [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://data.uis.unesco.org/>
 18. Trucco D, Ullman H, eds. Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2015 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38978-juventud-realidades-retos-un-desarrollo-igualdad>
 19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Internacional del Trabajo. The employment situation in Latin America and the Caribbean: youth employment: crisis and recovery [Internet]. [Citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37582/1/ECLAC-ILO-Bulletin7_en.pdf
 20. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente y juventud en América Latina [Internet]. Lima: OIT; 2010 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/WCMS_146022/lang-es/index.htm
 21. Organización Internacional del Trabajo. Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo 2016: Tendencias entre los jóvenes [Internet]. Ginebra: OIT; 2016 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2016/WCMS_538064/lang-es/index.htm
 22. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos , Cooperación Andina de Fomento, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Perspectivas económicas de América Latina 2017: Juventud, competencias y emprendimiento [Internet]. París: Publicaciones OCDE; 2016 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2017-es>
 23. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe: progreso multidimensional:

- bienestar más allá del ingreso [Internet]. Nueva York: PNUD; 2016 [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/human_development/informe-regional-sobre-desarrollo-humano-para-america-latina-y-e.html
24. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud (resolución CE160.R11) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34242/CE160-r11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 25. Organización de los Estados Americanos; Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. La situación de las personas afrodescendientes en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OAS; 2011 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/afrodescendientes/docs/pdf/AFROS_2011_ESP.pdf
 26. Ñopo H. New century, old disparities: gender and ethnic earnings gaps in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012 [citado el 27 de enero, 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-8686-6>
 27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe sobre equidad en salud 2016 [Internet]. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2016 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf
 28. Banco Mundial. Latinoamérica indígena en el siglo XXI [Internet]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/pdf/98544-WP-P148348-Box394854B-PUBLIC-Latinoamerica-indigena-SPANISH.pdf>
 29. Consejo de Derechos Humanos. Seminario regional sobre la situación del Pueblo Rom en las Américas (Documento A/HRC/31/CRP.2) [Internet]. Ginebra: CDH; 2016 [citado el 16 de enero, 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session31/Documents/A.HRC.31.CRP.2_S.docx
 30. Fondo de Población de las Naciones Unidas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos [Internet]. Panamá: UNFPA; 2012 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/informe_afro.pdf
 31. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 3 de junio del 2006; 367(9525):1859-69.
 32. Barreto SM, Miranda JJ, Figueroa JP, Schmidt MI, Munoz S, Kuri-Morales PP, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *Int J Epidemiol*. Abril del 2012; 41(2):557-71.
 33. International Working Group for Indigenous Affairs. The indigenous world 2011. Copenhagen: IWGIA; 2011.
 34. Agencia Central de Inteligencia. World fact book [Internet]. Langley, Virginia: CIA; 2017 [citado el 26 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gy.html> [
 35. Naciones Unidas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Organización Panamericana de la Salud. Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general [Internet]. Santiago: CEPAL; 2011 [citado

- el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35357/1/S2011118_es.pdf
36. Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina: introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010 [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2014 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf
 37. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Social panorama of Latin America [Internet]. Santiago: ECLAC; 2016 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>
 38. Htun M. Desventaja interseccional e inclusión política: cómo lograr que un mayor número de mujeres afrodescendientes ocupe cargos de elección popular en América Latina [Internet]. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36945627>
 39. 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>
 40. Heilman B, Barker G, Harrison A. La caja de la masculinidad: un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el Reino Unido y México: hallazgos clave [Internet]. Washington, D.C.: Promundo – EUA; 2017 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2017/03/PRO17003_report_ES_007.pdf
 41. Organización Panamericana de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: Informe de consulta técnica [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34853>
 42. Briceño-León R, Villaveces A, Concha-Eastman A. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. *Int J Epidemiol*. Agosto del 2008; 37(4):751-7.
 43. Kato-Wallace J, Barker G, Sharafi I, Mora I, Lauro G. Adolescent boys and young men: engaging them as supporters of gender equality and health and understanding their vulnerabilities. Washington, D.C.: Promundo – US; 2016.
 44. Kågesten A, Gibbs S, Blum RW, Moreau C, Chandra-Mouli V, Herbert A, et al. Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS One*. 2016; 11(6): e0157805.
 45. Fondo de Población de las Naciones Unidas; Population Council. Investing when it counts: generating the evidence base for policies and programmes for very young adolescents: guide and tool kit. Nueva York: Population Council; 2006.
 46. Markham CM, Lormand D, Gloppen KM, Peskin MF, Flores B, Low B, et al. Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *J Adolesc Health*. Marzo del 2010; 46(3 Supl.): S23-41. Clave DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.214. Epub 22 de enero, 2010.

47. Gebo E. An integrated public health and criminal justice approach to gangs: What can research tell us? *Prev Med Rep.* 4 (2016) 376-380; <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.07.007>
48. Internet World Stats [Internet]. Usage and population statistics. Disponible en: <http://www.internetworldstats.com/>. Consultado el 1 de julio, 2017.
49. World Telecommunication/ICT Indicators database. Disponible en: <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/wtid.aspx>. Consultado el 29 de julio, 2017.
50. Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
51. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación (resolución CD53.R12) [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2014 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7650/CD53-R12-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
52. Servicio Nacional de la Discapacidad, Departamento de Estudio. II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015 [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2016 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
53. Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad. Encuesta Nacional de Discapacitados: datos El Salvador [Internet]. San Salvador: CONAIPD; 2016 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.datoselsalvador.org/dataset/encuesta-nacional-de-discapacitados>.
54. Oficina Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR - 2013) [Internet]. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística; 2014 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.one.gob.do/encuestas/enhogar/enhogar-2013>
55. Erickson W, Lee C, von Schrader S. 2015 disability status report: United States [Internet]. Ithaca, Nueva York: Cornell University Yang Tan Institute on Employment and Disability; 2016 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.disabilitystatistics.org/>
56. Organización Internacional para las Migraciones. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. Ginebra: OIM; 2013 [citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
57. Organización Internacional para las Migraciones. Key migration terms [Internet]. Ginebra: OIM; 2011 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.iom.int/key-migration-terms>
58. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. International migration: monitoring global population trends [Internet]. Nueva York: UN DESA; 2015 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>
59. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2015 [Internet]. Ginebra: ACNUR; 2016 [citado el 30 de mayo, 2017]. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf>

60. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Mujeres en fuga: relatos de primera mano de refugiadas que huyen de El Salvador, Guatemala, Honduras y México [Internet]. Ginebra: ACNUR; 2015 [citado el 30 de mayo, 2017]. Disponible en: <http://www.acnur.es/PDF/MujeresEnFuga-HuidadeTCN-Oct2015.pdf>
61. Alvarado G, Skinner M, Plaut D, Moss C, Kapungu C, Reavley N. A systematic review of positive youth development programs in low- and middle-income countries [Internet]. Washington, D.C.: YouthPower Learning, Making Cents International; 2017 [citado el 10 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.youthpower.org/systematic-review-pyd-lmics>
62. Hamilton C, Anderson K, Barnes R, Dorling K. Administrative detention of children: a global report [Internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2011 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/protection/Administrative_detention_discussion_paper_April2011.pdf
63. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Ginebra: ACNUDH; 1989 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
64. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y utilización a los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, los homosexuales, los bisexuales y trans (LGBT) (resolución CD52.R6) [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2013 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4434>
65. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Lesbian, gay transgender and bisexual health: LGBT youth [Internet]. Atlanta: CDC; 2017 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/lgbthealth/youth.htm>
66. Kann L, Olsen EO, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9-12 – United States and selected sites, 2015. MMWR Surveill Summ. Agosto del 2016 12;65(9):1-202. Clave DOI: 10.15585/mmwr.ss6509a1.
67. Coker TR, Austin SB, Schuster MA. The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. Annu Rev Public Health. 2010;31:457-77. Clave DOI: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103636.
68. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. HIV surveillance report, 2014; vol. 26 [Internet]. Atlanta: CDC; 2015 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-2014-vol-26.pdf>
69. Human Rights Campaign. Growing up LGBT in America [Internet]. Washington, D.C.: CDH; 2012 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.hrc.org/youth-report/view-and-share-statistics>
70. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating [Internet]. The Lancet Volume 369. 28 de abril del 2007 [citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)60370-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)60370-5.pdf)

71. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues, and health care provision [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43775>
72. Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, et al. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. Base de datos Cochrane de re. sistemáticas. 29 de abril del 2016; 4:CD009794. Clave DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2.
73. Canadian Paediatric Society. Transition to adult care for youth with special health care needs [Internet]. Ottawa: CPS; 2007 [citado el 10 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.cps.ca/documents/position/transition-youth-special-needs>
74. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado el 10 de julio, 2017]. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/
75. Organización Panamericana de la Salud. Todas las Mujeres Todos los Niños y Adolescentes América Latina y el Caribe. Perfiles de las desigualdades en los países de Centroamérica y la República Dominicana [Internet]. EWEC LAC;2017 [citado el 30 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.apromiserenewedAméricas.org/paises/>
76. Organización Mundial de la Salud. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). Quantifying the Burden of Disease from mortality and morbidity: definition [Internet]. Ginebra: OMS [citado el 10 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
77. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015–2020 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337&Itemid=41600&lang=es
78. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
79. 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>
80. Organización Panamericana de la Salud. The Health of Adolescents in the Dutch and British Overseas Caribbean Territories. A multiterritory profile [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31417>
81. 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/>
82. Reyes-Pulliza JC, Rodríguez-Figuera L, Moscoso-Alvarez MR, Colon H, Cotto-Negron C, Rivera L, et al. Binge drinking as a risk factor for violence among secondary school students in a nationally representative sample in Puerto Rico. P R Health Sci J. Marzo del 2015; 34(1): 20-4.

83. Dos Santos Silva R, Soares N, Cabral de Oliviera A. Factors associated with violent behaviour among adolescents in northeastern Brazil. *Scientific World J.* 2014; 2014: 863918. Clave DOI: 10.1155/2014/863918. Epub 8 de diciembre del 2014.
84. Skala K, Walter H. Adolescence and alcohol: a review of the literature. *Neuropsychiatr.* 2013; 27(4):202-11. Clave DOI: 10.1007/s40211-013-0066-6. Epub 10 de julio del 2013
85. Elvik R. Risk of road accident associated with the use of drugs: a systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accid Anal Prev.* Noviembre del 2013; 60:254-67. Clave DOI: 10.1016/j.aap.2012.06.017. Epub 9 de julio del 2012.
86. Organización de los Estados Americanos. Secretaría de Seguridad Multidimensional; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Observatorio Interamericano de Drogas. Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011 [Internet]. Washington, D.C.: OAS; 2011 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Américas2011_Esp.pdf
87. 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>
88. 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
89. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/text_download/es/
90. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf
91. The DHS Program. Statcompiler [Internet]. [Citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.statcompiler.com/en/>
92. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos [Internet]. Washington, D.C., Banco Mundial, 2012 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16978?locale-attribute=es>
93. 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>
94. Darroch, JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: cost and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. [Internet]. Nueva York:

- Guttmacher Institute; 2016 [citado el 15 de junio, 2017]. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
95. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [citado el 20 de mayo, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/
 96. 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/>
 97. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. World fertility patterns 2015 [Internet]. Nueva York: UN; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>
 98. Hamilton BE, Mathews TJ. Continued declines in teen births in the United States, 2015. Resumen de datos del NCHS. Septiembre, 2016;(259):1-8.
 99. 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>
 100. 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/>
 101. Planned Parenthood Global. Vidas robadas: un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años [Internet]. Nueva York: Planned Parenthood Federation of America [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf>
 102. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres. Niñas Madres: Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe [Internet]. Asunción: CLADEM; 2016 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cladem.org/images/imgs-noticias/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>
 103. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos. Derechos humanos: Paraguay no ha logrado proteger a una niña de 10 años embarazada tras ser violada, dicen expertos en derechos humanos de la ONU [Internet]. Nueva York: ACNUDH; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15944&LangID=S>
 104. Comisión Interamericana de Mujeres; Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará [Internet]. Washington, D.C.: MESECVI; 2016 [citado el 12 de mayo, 2017]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-embarazoinfantil-es.pdf>

105. Caffè 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 Américas? *Reprod Health*. 14 de julio del 2017; 14(1): 83. Clave DOI 10.1186/s12978-017-0345-y.
106. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. Trends in contraceptive use worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349) [Internet]. Nueva York: UN; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
107. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Multiple Indicators Cluster Surveys [Internet]. UNICEF MICS [citado el 4 de agosto, 2017]. Disponible en: <http://mics.unicef.org/>
108. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Aidsinfo [Internet]. [Citado el 5 de agosto, 2017]. Disponible en <http://aidsinfo.unaids.org/>
109. Newman L, Rowley J, Van der Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted Infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS One*. 8 de diciembre del 2015; 10(12): e0143304. Clave DOI:10.1371/journal.pone.0143304. eCollection 2015. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143304>
110. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. STDs and HIV—CDC Fact Sheet [Internet]. Actualización en noviembre del 2015 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/hiv/stdfact-std-hiv-detailed.htm>
111. Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Base de datos Cochrane de rev. sistemáticas*. 2004; (2): CD001220.
112. Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW. Population-based biomedical sexually transmitted infection control interventions for reducing HIV infection. *Base de datos Cochrane de rev. sistemáticas*. 16 de marzo del 2011; (3): CD001220. Clave DOI: 10.1002/14651858.CD0001220.pub3.
113. de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. Julio del 2007 ; 7(7): 453-9.
114. Brasiliense DM, Borges Bdo N, Ferreira WA. Genotyping and prevalence of Chlamydia trachomatis infection among women in Belem, Para, northern Brazil. *J Infect Dev Ctries*. 28 de febrero del 2016; 10(2): 134-7. Clave DOI: 10.3855/jidc.6474
115. Huneeus A, Pumarino MG, Schilling A, Robledo P, Bofil M. [Rates of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Chilean adolescents]. *Rev Med Chil*. Diciembre del 2009; 137(12): 1569-74. Clave DOI: /S0034-98872009001200004. Epub 17 de marzo del 2010.
116. Machado MS, Costa e Silva BF, Gomes IL, Santana IU, Grassi MF. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents from Salvador, Brazil. *Braz J Infect Dis*. Marzo-abril del 2012; 16(2): 188-91.
117. Owusu-Eduesei K, Jr., Hoover KW, Gift TL. Cost-Effectiveness of Opt-Out Chlamydia

- Testing for High-Risk Young Women in the U.S. *Am J Prev Med.* Agosto del 2016; 51(2): 216-24. Clave DOI: 10.1016/j.amepre.2016.01.007. Epub 4 de marzo del 2016.
118. Newton-Levinson A, Leichliter JS, Chandra-Mouli V. Sexually Transmitted Infection Services for Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: Perceived and Experienced Barriers to Accessing Care. *J Adolesc Health*: julio del 2016; 59(1): 7-16. Clave DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.014
 119. Organización Mundial de la Salud. Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado el 3 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/approaches/es/>
 120. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003.
 121. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012 [Internet]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2014 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
 122. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [Internet]. Mexico: INSP; 2016 [citado el 3 de julio, 2017]. Disponible en: <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
 123. Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 [Internet]. Nicaragua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo; 2014 [citado el 30 de agosto, 2017]. Disponible en: <http://www.nicasalud.org.ni/observatorio-item/encuesta-nicaraguense-de-demografia-y-salud-endesa-201112/>
 124. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899&lang=en
 125. Organización Panamericana de la Salud. Anemia en América Latina y el Caribe. Análisis de la situación, tendencias e implicancias para la programación en salud pública [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2009 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=27168&lang=en
 126. Mujica-Coopman MF, Brito A, López de Romaña D, Ríos-Castillo I, Coris H, Olivares M. Prevalence of Anemia in Latin America and the Caribbean. *Food Nutr Bull.* Junio del 2015; 36 Supl. 2: S119-28.
 127. Organización Mundial de la Salud; Centros para el Control de Enfermedades. Assessing the iron status of populations, second edition, including literature reviews. Ginebra: OMS, 2007.
 128. Organización Mundial de la Salud; Centros para el Control de Enfermedades. Worldwide prevalence of anemia, 1993-2005: WHO global database on anaemia [Internet]. Ginebra: OMS, 2008. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596657/en/
 129. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las

- Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Nueva York: NU; 2011 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf>
130. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de plan decenal regional sobre salud bucodental (Working Document CD47/14) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2005 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-14-s.pdf>
 131. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Nota de orientación de la OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado el 20 de mayo, 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/es/>
 132. Organización Panamericana de la Salud. Constitución de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Citado el 10 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=390-constitucion-de-la-organizacion-panamericana-de-la-salud&Itemid=235
 133. Belandía M, Durán P, Penzo M, Martínez G, Bazano M, Maddaleno M, et al. Sistema Informático del Adolescente (SIA): historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos [Internet]. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología; 2010 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/CLAP/index.php?option=com_content&view=article&id=135:sistema-informatico-del-adolescente-sia&catid=667&Itemid=234&lang=en
 134. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/11/Salud-Sexual-y-Reproductiva-VIH-en-Adolescentes-Indigenas.pdf>
 135. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (Documento CD55/INF/12/B) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35885&Itemid=270&lang=es
 136. 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/>
 137. Organización Panamericana de la Salud. El derecho a la salud de los jóvenes y las identidades de género: hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública. Washington, D.C.: OPS, 2011.
 138. Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2005 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7115&Itemid=270&lang=fr
 139. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. protocolos clínicos de atención integral de las y los adolescentes estrategia IMAN servicios [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2012 [citado el 15 de junio, 2017].

Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN-Enfermedades-no-Trans.pdf>

140. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Adolescencia: manual clínico: manejo integral de adolescentes con enfoque de derechos [Internet]. Asunción: MSP y BS; 2012 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=384
141. Organización Mundial de la Salud. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado el 10 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/es/
142. Organización Mundial de la Salud. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado el 15 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/core_competencies_adolescents/es/
143. Organización Panamericana de la Salud. Aula Virtual de Salud Pública [Internet]. [Citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <https://cursos.campusvirtualsp.org/?lang=es>
144. Markham CM, Lormand D, Gloppen KM, Peskin MF, Flores B, Low B, et al. Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *J Adolesc Health*. Marzo del 2010; 46(3 Supl.): S23-41. Clave DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.214. Epub 22 de enero, 2010
145. Sieving RE, McRee A, McMorris BJ, Shlafer RJ, Gower AL, Kapa HM, et al. Youth-adult connectedness: a key protective factor for adolescent health. *Am J Prev Med*. 2017; 52(3S3): S275-S278.
146. 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/>
147. Korc M, Gubbard S, Suzuki T, Jimba M. Salud, resiliencia y seguridad humana: Hacia la salud para todos [Internet]. Tokyo: Centro de Intercambio Internacional de Japón; 2016 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28305>
148. Organización Panamericana de la Salud. Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado el 5 de junio, 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Empoderamiento%20de%20Mujeres%20Adolescentes.pdf>
149. Organización Mundial de la Salud. Progress in partnership: 2017 progress report on the EWEC Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258504/1/WHO-FWC-NMC-17.3-eng.pdf?ua=1>
150. 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/

151. Todas las mujeres, todos los niños. Marco operacional de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente [Internet]. Nueva York: EWEC; 2016 [citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_OpFramework_Full_ES_2017_web.pdf
152. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Observación General N.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24) [Internet]. [Citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=51ef9e5b4>
153. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Observación General N.º 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia [Internet]. Ginebra: CRC: 2013 [citado el 30 de julio, 2017]. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2f-PPRiCAqhKb7yhsqkirKQZLK2M58RF%2f5F0vH%2bg0BeHNYSXI2ulaeIW9Y1jn%-2ba4Z2iaNPMKljhzvzg%2bMuT6Bxpn7A4yfQaKQUQal3bq9RgVdv%2bEqucoV3P-AKq9>
154. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019: en pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7654/CD53-OD345-s.pdf?sequence=17&isAllowed=y>
155. Todas las mujeres, todos los niños: América Latina y el Caribe. Declaración de Panamá: una promesa renovada para las Américas: reduciendo inequidades en la salud reproductiva, materna y del niño [Internet]. Ciudad del Saber, Panamá: EWEC LAC; 2013 [citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.apromiserenewed_Americas.org/wp-content/uploads/2016/11/Declaracion-de-Panama.pdf
156. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas: Resumen. [Internet]. Ciudad de Panamá, Panamá: UNICEF; 2016 [citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.everywomaneverychild-lac.org/publication/informe-equidad-salud-2016-resumen/>
157. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (resolución CD52.R6) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2013 [citado el 30 de junio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23287&Itemid=270&lang=es
158. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: Informe de progreso [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=41594&Itemid=270&lang=es
159. 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>

160. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (Documento CD53/10). [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado el 20 de julio, 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es
161. Organización Panamericana de la Salud. Salud, seguridad humana y bienestar (resolución CD50.R16) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado el 24 de julio, 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R16-s.pdf>
162. 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.apromiserenewed Américas.org/wp-content/uploads/2017/07/Compromiso-con-la-Accion-de-Santiago-Presidente-Bachelet.pdf>
163. 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
164. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Alma Ata, septiembre del 1978 [citado el 30 de agosto, 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/publications/10-year-review/universal-coverage/en/>
165. First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Ottawa, 21 de noviembre, 1986 [citado el 30 de agosto, 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

Anexo A: Etapas de la adolescencia (clasificación de la OPS)

Edad	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Niñas	Preadolescencia			Adolescencia temprana		Adolescencia media		Adolescencia tardía			Juventud		Primeros años de la edad adulta			
Niños	Preadolescencia			Adolescencia temprana		Adolescencia media		Adolescencia tardía	Juventud		Primeros años de la edad adulta					

Fuentes: (8, 9).

Anexo I.A: Suscripciones a telefonía móvil celular por cada 100 habitantes en países de la Región de las Américas, 2000-2016

Subregión/ país	Año				
	2000	2005	2010	2015	2016
América del Norte					
Canadá	28,43	52,76	75,68	82,98	84,06
Estados Unidos de América	38,47	68,32	91,31	117,59	127,16
México	13,55	42,56	77,52	85,99	88,23
Caribe					
Anguila	19,54	103,36	186,63	177,91	NDa
Antigua y Barbuda	28,33	104,16	192,68	191,68	194,08
Aruba	16,51	103,38	129,73	135,72	ND
Bahamas	10,59	69,21	118,83	80,29	91,82
Barbados	10,65	75,37	124,85	116,46	115,00
Belice	7,05	35,30	62,93	60,97	63,87
Bermudas	20,69	82,20	135,79	57,95	ND
Islas Caimán	25,67	166,47	181,17	155,49	157,68
Islas de Vírgenes (EUA)	32,25	74,51	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (RU)	ND	ND	174,57	198,59	ND
Cuba	0,06	1,20	8,89	29,65	35,49
Dominica	1,72	73,71	148,34	106,29	107,43
Granada	4,23	45,51	116,50	112,25	111,12
Guadalupe	39,76	ND	ND	ND	ND
Guyana	5,35	36,98	71,29	67,19	66,43
Haití	0,64	5,40	40,42	68,84	60,54
Jamaica	14,21	73,88	116,07	111,51	115,57
Martinica	42,06	ND	ND	ND	ND
Montserrat	9,87	ND	84,80	96,60	ND
Puerto Rico	34,71	53,00	79,09	87,09	87,75
República Dominicana	8,14	38,78	88,78	82,59	80,83
Saint Kitts y Nevis	2,63	103,79	152,81	131,84	136,87
Santa Lucía	1,59	63,88	111,73	101,52	94,82

San Vicente y las Granadinas	2,19	64,94	120,56	103,65	102,98
Suriname	8,80	46,60	99,28	136,83	145,94
Trinidad y Tabago	12,77	71,25	142,63	157,67	160,61
América Central					
Costa Rica	5,39	25,49	66,99	150,66	159,23
El Salvador	12,48	39,72	123,84	145,26	140,75
Guatemala	7,65	35,57	125,98	111,48	115,34
Honduras	2,49	18,58	124,72	95,54	91,22
Nicaragua	1,77	20,52	68,05	116,11	122,14
Panamá	13,43	51,95	180,70	174,19	172,30
América del Sur					
Argentina	17,58	57,33	141,38	146,70	150,67
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6,86	25,88	70,69	92,18	90,75
Brasil	13,29	46,31	100,88	126,59	118,92
Chile	22,01	64,69	115,75	129,47	127,12
Colombia	5,66	50,60	95,76	115,74	117,09
Ecuador	3,85	45,34	98,53	79,77	84,30
Paraguay	15,34	31,96	91,66	105,39	104,77
Perú	4,90	20,14	99,50	109,87	117,06
Uruguay	12,37	34,73	131,59	150,60	148,71
Venezuela (República Bolivariana de)	22,32	46,76	96,00	92,97	86,99

Fuente: (49).

^a ND = no disponible.

Anexo I.B: Número de usuarios de Facebook y penetración de Facebook (%) en la Región de las Américas, por país, hasta junio del 2016

Subregión/país	Número de usuarios de Facebook	Penetración de Facebook (%)
América del Norte		
Canadá	22 000 000	60,1
Estados Unidos de América	201 000 000	61,6
México	69 000 000	53,0
Caribe		
Antigua y Barbuda	50 000	53,4
Aruba	78 000	74,6
Bahamas	210 000	52,9
Barbados	160 000	56,0
Belice	160 000	42,7
Bermudas	39 000	63,6
Granada	56 000	51,9
Guyana	280 000	36,2
Haití	1 300 000	11,8
Islas de Vírgenes (EUA)	25 000	70,5
Jamaica	1 100 000	39,1
Montserrat	2 900	56,0
Puerto Rico	2 100 000	57,1
República Dominicana	4 500 000	41,8
Saint Kitts y Nevis	35 000	61,6

Santa Lucía	88 000	46,9
San Vicente y las Granadinas	59 000	53,7
Suriname	260 000	47,1
Trinidad y Tabago	700 000	51,1
América Central		
Costa Rica	2 900 000	59,0
El Salvador	3 100 000	50,3
Guatemala	5 300 000	31,2
Honduras	2 700 000	32,5
Nicaragua	1 900 000	30,6
Panamá	1 700 000	42,6
América del Sur		
Argentina	29 000 000	65,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	4 600 000	41,6
Brasil	111 000 000	52,5
Chile	12 000 000	65,5
Colombia	26 000 000	53,0
Ecuador	9 700 000	58,3
Paraguay	2 900 000	42,6
Perú	18 000 000	56,0
Uruguay	2 400 000	69,4
Venezuela (República Bolivariana de)	13 .000 000	40,7

Fuente: (48).

Anexo II.A: Objetivos y metas regionales de salud para los adolescentes y los jóvenes establecidos en la estrategia y el plan de acción regionales (2010-2018)

Objetivos y metas	
Reducir la mortalidad de los adolescentes y jóvenes	
1.1	Reducir la tasa de mortalidad de los adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años)
Reducir las lesiones no intencionadas	
2.1	Reducir la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre en hombres (de 15 a 24 años)
Reducir la violencia	
3.1	Reducir la tasa de suicidio (de 10 a 24 años)
3.2	Reducir la tasa de homicidios en los hombres (de 15 a 24 años)
Reducir el consumo de sustancias psicotrópicas y promover la salud mental	
4.1	Reducir el porcentaje de adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 15 años que han consumido una o varias bebidas alcohólicas en los 30 últimos días
4.2	Reducir el consumo de drogas en los adolescentes (de 13 a 15 años) con respecto al mes anterior
4.3	Reducir el consumo de tabaco en los adolescentes y jóvenes (de 15 a 24 años)
Garantizar la salud sexual y reproductiva	
5.1	Reducir el porcentaje de nacimientos por grupo de edad de las madres (de 15 a 19 años)
5.2	Aumentar el porcentaje de uso de preservativos (de 15 a 24 años) durante las últimas relaciones sexuales de alto riesgo
5.3	Aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos en las adolescentes y jóvenes (de 15 a 24 años)
5.4	Reducir la prevalencia de mujeres (de 15 a 24 años) infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
5.5	Reducir el número estimado de adolescentes y jóvenes (de 15 a 24 años) infectados por el VIH

5.6	Reducir la tasa de fecundidad específica de las adolescentes (de 15 a 19 años) (definido como el número anual de nacidos vivos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años)
Promover la nutrición y la actividad física	
6.1	Reducir la proporción de adolescentes (de 13 a 15 años) obesos o con sobrepeso
6.2	Aumentar la proporción de adolescentes (de 13 a 15 años) que realizan actividad física regular
6.3	Disminuir la prevalencia de la anemia en las adolescentes (de 10 a 19 años)
Combatir las enfermedades crónicas	
7.1	Reducir la tasa de dientes cariados, perdidos u obturados (DCPO) en los adolescentes de 12 años
7.2	Aumentar la cobertura de la vacuna contra el tétanos y la difteria (de 10 a 19 años)
Promover los factores protectores	
8.1	Aumentar el conocimiento de los padres de las actividades de los adolescentes (Encuesta Mundial de Salud Escolar)

Fuente: (4).

Anexo II.B: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en la Región de las Américas, período 2010-2014

Anexo II.B1: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en la Región de las Américas en el 2010 (notificación de 43 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	17 501	22,25	2.104	2,8	19.605	12,72
2	Accidentes de transporte terrestre	9.833	12,51	3.734	4,96	13.567	8,82
3	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	3.928	5,02	1.645	2,20	5.573	3,63
4	Evento de intención no determinada	3.196	4,18	623	0,86	3.819	2,56
5	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.519	3,26	474	0,65	2.993	1,98
6	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.744	2,24	1.174	1,57	2.918	1,91
7	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	920	1,18	736	0,99	1.656	1,08
8	Influenza y neumonía	931	1,19	651	0,87	1.582	1,03
9	Envenenamiento accidental	751	1,00	361	0,50	1.112	0,75
10	Enfermedades del aparato urinario	560	0,72	510	0,68	1.070	0,70
11	Enfermedades cerebrovasculares	530	0,69	402	0,54	932	0,62
12	Tumor maligno del encéfalo	456	0,59	359	0,48	815	0,55
13	Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00	784	1,05	784	0,52
14	Septicemia	407	0,54	346	0,47	753	0,51
15	Accidentes que obstruyen la respiración	456	0,60	231	0,31	687	0,46
16	Otras	14.708		9.533		24.241	
	Total	58.440	74,33	23.667	31,46	82.107	53,34

Fuente: (39).

Anexo II.B2: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en las Américas en el 2011 (notificación de 39 países); con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100.000, desglosado por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	17.464	22,21	2.119	2,82	19.583	12,73
2	Accidentes de transporte terrestre	10.042	12,80	3.509	4,67	13.551	8,81
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	4.230	5,39	1.910	2,54	6.140	4,00
4	Evento de intención no determinada	3.199	4,32	587	0,83	3.786	2,62
5	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.775	2,27	1.280	1,72	3.055	2,00
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.336	3,04	448	0,61	2.784	1,84
7	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	984	1,27	763	1,03	1.747	1,15
8	Influenza y neumonía	880	1,13	706	0,94	1.586	1,05
9	Envenenamiento accidental	778	1,05	373	0,52	1.151	0,79
10	Enfermedades del aparato urinario	556	0,71	454	0,6	1.010	0,66
11	Enfermedades cerebrovasculares	499	0,64	382	0,51	881	0,58
12	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	830	1,14	830	0,56
13	Tumor maligno del encéfalo	453	0,59	320	0,44	773	0,51
14	Septicemia	385	0,52	289	0,40	674	0,45
15	Epilepsia y estado de mal epiléptico	396	0,52	257	0,34	653	0,43
16	Otras	14.468		9.130		23.598	
	Total	58.445	74,46	23.357	31,11	81.802	53,24

Fuente: (39).

Anexo II.B3: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en la Región de las Américas en el 2012 (notificación de 39 países); con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100.000, desglosado por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	18.212	23,83	2.043	2,80	20.255	13,53
2	Accidentes de transporte terrestre	10.194	13,35	3.504	4,79	13.698	9,16
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	4.207	5,51	1.757	2,40	5.964	3,99
4	Evento de intención no determinada	3.183	4,38	603	0,87	3.786	2,66
5	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.744	2,31	1.123	1,55	2.867	1,94
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.395	3,19	404	0,56	2.799	1,91
7	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	961	1,27	758	1,04	1.719	1,16
8	Influenza y neumonía	863	1,14	670	0,92	1.533	1,04
9	Envenenamiento accidental	707	0,98	312	0,44	1.019	0,72

10	Enfermedades del aparato urinario	506	0,68	462	0,64	968	0,66
11	Enfermedades cerebrovasculares	540	0,72	406	0,57	946	0,65
12	Tumor maligno del encéfalo	509	0,68	390	0,54	899	0,61
13	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	778	1,09	778	0,54
14	Septicemia	406	0,55	288	0,40	694	0,48
15	Accidentes que obstruyen la respiración	489	0,67	203	0,29	692	0,48
16	Otras	14.278		8.803		23.081	
	Total	59.194	77,55	22.504	30,8	81.698	54,66

Fuente: (39).

Anexo II.B4: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en la Región de las Américas en el 2013 (notificación de 37 países) con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	17.497	23,26	1.872	2,60	19.369	13,15
2	Accidentes de transporte terrestre	9.334	12,42	3.158	4,39	12.492	8,49
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	3.937	5,25	1.746	2,43	5.683	3,87
4	Evento de intención no determinada	3.025	4,24	534	0,78	3.559	2,55
5	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.634	2,19	1.131	1,58	2.765	1,89
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.220	3,01	393	0,56	2.613	1,81
7	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	851	1,15	761	1,07	1.612	1,11
8	Influenza y neumonía	914	1,23	671	0,94	1.585	1,09
9	Envenenamiento accidental	685	0,94	354	0,52	1.039	0,73
10	Enfermedades del aparato urinario	447	0,6	459	0,64	906	0,63
11	Enfermedades cerebrovasculares	491	0,66	404	0,57	895	0,62
12	Tumor maligno del encéfalo	485	0,65	377	0,53	862	0,59
13	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	748	1,09	748	0,53
14	Accidentes que obstruyen la respiración	457	0,64	217	0,31	674	0,48
15	Septicemia	388	0,53	269	0,39	657	0,46
16	Otras	13.760		8.561		22.321	
	Total	56.125	747	21.655	30,12	77.780	52,87

Fuente: (39).

Anexo II.B5: Principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años) en la Región de las Américas en el 2014 (notificación de 26 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	14.016	21,35	1.548	2,47	15.564	12,1
2	Accidentes de transporte terrestre	8.205	12,51	2.629	4,19	10.834	8,43
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	3.675	5,61	1.622	2,59	5.297	4,13
4	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.425	2,19	923	1,48	2.348	1,83
5	Ahogamiento y sumersión accidentales	1.956	2,99	295	0,47	2.251	1,76
6	Evento de intención no determinada	1.405	2,28	336	0,58	1.741	1,44
7	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	772	1,18	663	1,07	1.435	1,13
8	Influenza y neumonía	713	1,11	561	0,91	1.274	1,01
9	Intoxicación accidental	711	1,12	325	0,54	1.036	0,84
10	Tumor maligno del encéfalo	437	0,68	301	0,48	738	0,59
11	Enfermedades cerebrovasculares	418	0,64	314	0,51	732	0,58
12	Enfermedades del aparato urinario	372	0,57	359	0,58	731	0,57
13	Accidentes que obstruyen la respiración	394	0,62	207	0,35	601	0,49
14	Septicemia	314	0,49	263	0,43	577	0,46
15	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	577	0,93	577	0,45
16	Otras	11.731		7.209		18.940	
	Total	46.544	71,02	18.132	28,91	64.676	50,40

Fuente: (39).

Anexo II.C: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas, 2010-2014

Anexo II.C1: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas en el 2010 (notificación de 43 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	41.241	53,17	3.765	5,04	45.006	29,53
2	Accidentes de transporte terrestre	21.869	28,18	5.885	7,87	2.7754	18,21
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	9.031	11,69	2.559	3,44	11.590	7,63
4	Evento de intención no determinada	6.745	8,93	942	1,29	7.687	5,18
5	Envenenamiento accidental	2.804	3,71	1.042	1,43	3.846	2,59
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	3.262	4,27	321	0,43	3.583	2,39
7	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.944	2,52	1.261	1,69	3.205	2,11
8	Influenza y neumonía	1.373	1,78	903	1,21	2.276	1,50

9	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	1.851	2,49	1.851	1,23
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	1.161	1,54	619	0,85	1.780	1,20
11	Enfermedades del aparato urinario	926	1,20	779	1,05	1.705	1,13
12	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	956	1,24	669	0,90	1.625	1,08
13	Enfermedades cerebrovasculares	829	1,08	669	0,90	1.498	1,00
14	Enfermedades isquémicas del corazón	746	0,97	302	0,41	1.048	0,69
15	Epilepsia y estado de mal epiléptico	576	0,74	369	0,50	945	0,62
16	Todas las otras	24.498		13.095		37.953	
	Total	117.961	151,97	35.031	46,82	152.992	100,33

Fuente: (39).

Anexo II.C2: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas en el 2011 (notificación de 39 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	40.385	52,06	3.657	4,90	44.042	28,90
2	Accidentes de transporte terrestre	22.103	28,48	5.654	7,57	27.757	18,22
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	9.543	12,31	2.781	3,73	12.324	8,10
4	Evento de intención no determinada	6.938	9,45	897	1,27	7.835	5,44
5	Envenenamiento accidental	3.105	4,08	1.102	1,51	4.207	2,82
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	3.116	4,05	341	0,47	3.457	2,29
7	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.971	2,55	1.317	1,77	3.288	2,16
8	Influenza y neumonía	1.184	1,55	836	1,14	2.020	1,35
9	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	1.920	2,6	1.920	1,28
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	1.127	1,46	600	0,82	1.727	1,14
11	Enfermedades del aparato urinario	936	1,21	718	0,96	1.654	1,09
12	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	998	1,29	663	0,89	1.661	1,09
13	Enfermedades cerebrovasculares	778	1,01	641	0,86	1.419	0,94
14	Enfermedades isquémicas del corazón	829	1,08	291	0,4	1.120	0,74
15	Caídas accidentales	811	1,07	113	0,16	924	0,62
16	Otras	23.652		12.889		36.668	
	Total	117.603	151,52	34.420	46,06	152.023	99,75

Fuente: (39).

Anexo II.C3: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas en el 2012 (notificación de 39 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	41.619	55,14	3.685	5,07	45.304	30,57
2	Accidentes de transporte terrestre	22.855	30,25	5.569	7,66	28.424	19,17
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	9.204	12,19	2.691	3,71	11.895	8,03
4	Evento de intención no determinada	7.051	9,80	923	1,33	7.974	5,64
5	Envenenamiento accidental	2.925	3,97	993	1,39	3.918	2,70
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	3.082	4,14	316	0,45	3.398	2,34
7	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.908	2,54	1.252	1,73	3.160	2,14
8	Influenza y neumonía	1.183	1,57	845	1,17	2.028	1,37
9	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	1.894	2,63	1.894	1,30
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	1.144	1,51	577	0,80	1.721	1,16
11	Enfermedades del aparato urinario	929	1,24	766	1,06	1.695	1,15
12	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	912	1,21	675	0,93	1.587	1,07
13	Enfermedades cerebrovasculares	836	1,11	627	0,87	1.463	0,99
14	Enfermedades isquémicas del corazón	830	1,12	313	0,43	1.143	0,78
15	Disparo de armas de fuego no intencional	825	1,15	92	0,13	917	0,66
16	Otras	23.514		12.678		36.192	25,29
	Total	118.817	157,24	33.896	46,61	152.713	102,96

Fuente: (39).

Anexo II.C4: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas en el 2013 (notificación de 37 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	39.579	52,98	3.497	4,87	43.076	29,39
2	Accidentes de transporte terrestre	21.382	28,57	5.090	7,08	26.472	18,03
3	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	8.778	11,75	2.537	3,54	11.315	7,72
4	Evento de intención no determinada	6.687	9,36	801	1,16	7.488	5,34
5	Envenenamiento accidental	3.007	4,12	1.111	1,59	4.118	2,87
6	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.885	2,53	1.153	1,61	3.038	2,07
7	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.738	3,72	262	0,37	3.000	2,08
8	Influenza y neumonía	1.273	1,71	855	1,19	2.128	1,46

9	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	1.802	2,53	1.802	1,24
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	1.187	1,59	520	0,73	1.707	1,16
11	Enfermedades del aparato urinario	895	1,21	695	0,98	1.590	1,10
12	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	910	1,22	688	0,97	1.598	1,10
13	Enfermedades cerebrovasculares	767	1,02	608	0,85	1.375	0,94
14	Enfermedades isquémicas del corazón	882	1,20	338	0,48	1.220	0,85
15	Septicemia	524	0,72	382	0,54	906	0,63
16	Otras	23.285		12.098		35.383	
	Total	113.779	152,09	32.437	45,11	146.216	99,62

Fuente: (39).

Anexo II.C5: Principales causas de muerte en jóvenes (15-24 años) en la Región de las Américas en el 2014 (notificación de 26 países), con número de muertes y tasas ajustadas por edad por cada 100 000, por sexo

Orden	Causa de muerte	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada	Número	Tasa ajustada
1	Agresión (homicidio)	31.259	47,59	2.742	4,35	34.001	26,42
2	Accidentes de transporte terrestre	18.199	27,66	4.533	7,19	22.732	17,64
3	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	8.471	12,87	2.370	3,77	10.841	8,42
4	Envenenamiento accidental	3.131	4,8	1.139	1,83	4.270	3,34
5	Evento de intención no determinada	2.903	4,61	563	0,94	3.466	2,81
6	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1.691	2,59	1.020	1,63	2.711	2,12
7	Ahogamiento y sumersión accidentales	2.450	3,75	209	0,34	2.659	2,07
8	Influenza y neumonía	1.098	1,68	710	1,13	1.808	1,41
9	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	789	1,21	656	1,05	1.445	1,12
10	Enfermedades del sistema urinario	793	1,23	606	0,98	1.399	1,11
11	Embarazo, parto y puerperio	0	0,00	1.404	2,24	1.404	1,09
12	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	955	1,44	405	0,64	1.360	1,05
13	Enfermedades isquémicas del corazón	873	1,34	301	0,49	1.174	0,92
14	Enfermedades cerebrovasculares	670	1,02	485	0,77	1.155	0,90
15	Accidentes que obstruyen la respiración	630	1,00	227	0,37	857	0,70
16	Otras	20.165		10.379		30.544	
	Total	94.077	143,01	27.749	44,03	121.826	94,54

Fuente: (39).

Anexo II.D1: Intervenciones basadas en evidencia recomendadas por la OMS y la OPS para prevenir el suicidio, los accidentes de transporte terrestre y la violencia juvenil en los adolescentes

Intervenciones para prevenir el suicidio en los adolescentes		
Nivel ecológico	Intervención	Explicación
Estructural y ambiental	Adopción de políticas nacionales de salud mental	Las políticas relacionadas con el suicidio deben centrarse en fortalecer un liderazgo y gobernanza eficaces, proporcionar servicios integrales, integrados y receptivos en los entornos comunitarios, aplicar estrategias para la prevención y fortalecer la capacidad de los sistemas de información, los datos científicos y la investigación.
	Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol	Las opciones de política descritas en la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (2010) también ayudan a la prevención del suicidio, como por ejemplo las políticas relacionadas con las medidas que se oponen a la conducción en estado de ebriedad, la reducción de la asequibilidad del alcohol, la disminución de la exposición a cualquier forma de publicidad del alcohol, la restricción del acceso para adquirir y consumir alcohol.
	Vigilancia del suicidio y de las tentativas de suicidio	La vigilancia sostenible y a largo plazo de los casos de suicidio y de los cuadros clínicos iniciales de pacientes en los hospitales por intento de suicidio y lesiones autoinfligidas suministra información fundamental para la prevención, la intervención y el tratamiento.
	Acceso mejorado a la atención de salud	El tratamiento adecuado, rápido y accesible de los trastornos mentales y por consumo de sustancias adictivas puede reducir el riesgo de comportamiento suicida. La aplicación de políticas y prácticas de alfabetización sanitaria en todo los sistemas de salud e instituciones es también clave.
	Restricción del acceso a los medios de suicidio	La restricción incluye legislación para limitar el acceso a los plaguicidas, las armas de fuego y los medicamentos usados frecuentemente en el suicidio, y legislación sobre el almacenamiento y la eliminación con más seguridad, así como intervenciones en el entorno para prevenir el suicidio (barreras en los puentes).
	Información responsable en los medios de difusión	Las directrices de los medios deben hacer hincapié en: evitar las descripciones detalladas de actos suicidas, el sensacionalismo o el glamur así como la simplificación excesiva; utilizar un lenguaje responsable; minimizar el protagonismo de las noticias sobre suicidios; y educar al público sobre el suicidio y los tratamientos existentes.
	Estrategias con los medios electrónicos para la prestación de servicios	Las estrategias de prevención del suicidio en línea incluyen programas de autoayuda y la participación de profesionales en charlas o grupos de terapia con personas suicidas. El envío de mensajes de texto es una posible opción, en particular cuando no hay acceso a Internet.
	Sensibilización sobre la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas y el suicidio	Las campañas de sensibilización tratan de reducir el estigma y promueven la búsqueda de ayuda y el acceso a la atención sanitaria. Diferentes tipos de exposición (por ejemplo, televisión, prensa, Internet, redes sociales y carteles) puede reforzar los mensajes clave. A nivel local, el aumento de la sensibilización puede dirigirse a grupos específicos vulnerables.
Comunitario e interpersonal	Intervenciones orientadas a grupos vulnerables con mayor riesgo de suicidio	Estas intervenciones deben adaptarse y dirigirse a los grupos con mayor riesgo de suicidio en determinados entornos. Por ejemplo, las intervenciones para adolescentes lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexo (LGBTI) deben centrarse en abordar factores de riesgo como los trastornos mentales, el consumo de sustancias psicotrópicas, el estigma, los prejuicios y la discriminación individual e institucional.
	Capacitación de "guardianes"	Capacitación de las personas en posición de identificar a quien está pensando en suicidarse (por ejemplo, médicos clínicos o profesores). Esta capacitación sirve para adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes para descubrir a los adolescentes en peligro, determinar el nivel de riesgo y solicitar tratamiento para aquellos en peligro.
	Líneas telefónicas de ayuda en crisis	Las líneas telefónicas de ayuda en crisis son centros de llamadas públicos a los que pueden dirigirse las personas cuando no tengan o no opten por otro apoyo social u otra atención de salud profesional. Las líneas telefónicas de ayuda pueden estar a disposición de toda la población o dirigirse a determinados grupos vulnerables, por ejemplo, con asistencia de compañeros.

Individual	Evaluación y manejo de los comportamientos suicidas	La guía de intervención de mhGAP de la OMS (2016) recomienda evaluar integralmente a todas las personas con pensamientos, planes o actos de autolesión. La guía recomienda preguntar a toda persona de más de 10 años que presente alguno de los trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias prioritarios —o dolor crónico o sufrimiento emocional extremo— acerca de sus pensamientos, planes o actos de autolesión y suicidio.
	Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicotrópicas	Esto implica la capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud para reconocer la depresión y otros trastornos mentales y por consumo de sustancias psicotrópicas y realizar evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio. La capacitación debe repetirse a lo largo de los años y debe incluir a la mayoría del personal de salud del país.
	Seguimiento y apoyo comunitario	El seguimiento constante por el personal de salud de los pacientes dados de alta después de un intento de suicidio, así como el apoyo comunitario, son intervenciones de bajo costo y eficaces que son fáciles de ejecutar. El seguimiento puede consistir en enviar tarjetas postales, llamar por teléfono o breves visitas a la persona en su casa.

Intervenciones para prevenir y mitigar los accidentes de transporte terrestre en adolescentes

Nivel ecológico	Intervención	Explicación
Estructural	Leyes sobre la edad mínima para consumir alcohol	Aumentar la edad legal mínima a 21 años disminuye el consumo de alcohol, la conducción en estado de ebriedad y las lesiones y choques causados por el alcohol en los jóvenes.
	Leyes sobre la concentración de alcohol en la sangre	Fijar un límite de alcoholemia permitido más bajo (0,02 g/dl) para los conductores jóvenes que el recomendado para los adultos (\leq 0,05 g/dl). Hacer cumplir los límites de alcoholemia, por ejemplo, con pruebas de aire respirado aleatorias realizadas a todos los conductores en un momento dado o solo a los que parecen estar afectados por el alcohol. Aplicar penas y sanciones estrictas por conducir bajo los efectos del alcohol.
	Leyes sobre el cinturón de seguridad	Promover las leyes sobre el uso del cinturón de seguridad para todos los ocupantes del vehículo, incluso para los asientos traseros. Cuando se aplican las leyes que exigen el uso de cinturones de seguridad, las tasas de uso aumentan y las de mortalidad disminuyen. Aunque ahora en la mayoría de los países están vigentes estas leyes, la mitad o más de los vehículos de los países ingresos bajos carecen de cinturones de seguridad que funcionen correctamente.
	Leyes sobre el uso de casco	Adoptar leyes de uso obligatorio de casco para vehículos de dos y tres ruedas (triciclos y otros) y hacerlas cumplir. Establecer una norma de seguridad exigida para los cascos que sea eficaz para disminuir los traumatismos craneoencefálicos.
	Leyes sobre el teléfono móvil	Hay todavía poca información sobre la eficacia de estas intervenciones relativamente nuevas en la conducción. Sin embargo, 142 países prohíben el uso de teléfonos de mano; 34 prohíben los teléfonos de manos libres; y 42 prohíben el envío de mensajes de texto.
	Límites de velocidad	En las carreteras con alta actividad peatonal, infantil o de ciclistas no se deben permitir velocidades superiores a 30 km/h. Los límites deben aplicarse de tal manera que los conductores creen que hay una elevada probabilidad de ser descubiertos si corren más de lo debido. Según las mejores prácticas, los límites de velocidad máxima en ciudad deben ser inferiores o iguales a 50 km/h. En los países que han modificado los límites de velocidad, pero no han tomado medidas suficientes para que se cumplan no se han obtenido grandes ventajas.
	Restricción en los conductores jóvenes o sin experiencia	Un sistema gradual de concesión de permisos introduce paulatinamente privilegios para los conductores jóvenes a medida que pasa el tiempo, así primero tienen un período de aprendizaje prolongado que consiste en la conducción, de bajo riesgo y supervisada, para aprender, luego una licencia con restricciones temporales y por fin un permiso definitivo.
	Restricción sobre la disponibilidad de alcohol	Reducir las horas, los días o los sitios en los que pueden venderse bebidas alcohólicas, así como reducir la demanda mediante sistemas tributarios y de fijación de precios adecuados, son maneras eficaces y rentables de reducir la conducción de los jóvenes en estado de ebriedad. Prohibir la venta de alcohol en las estaciones de servicio y en las carreteras principales, ya que puede ser peligroso para cualquier conductor y en particular para los jóvenes.
	Elementos disuasivos legales para la conducción peligrosa	Hacer que el comportamiento de riesgo sea menos atractivo, por ejemplo, dar puntos de sanción o retirar el permiso de conducir a las personas que conducen sin estar en plenas facultades.

Ambiental	Diseñar o rediseñar carreteras con medidas de seguridad y de moderación de la velocidad de circulación	Algunos de estos ejemplos son las medidas técnicas de infraestructura (por ejemplo, badenes, minirrotondas, estrechamientos de la carretera, tramos muy sinuosos, bandas rugosas, indicación de pasos de peatones); los cambios visuales (como el alumbrado de la carretera o el tratamiento del firme); la redistribución del tránsito (por ejemplo, calles unidireccionales); la promoción de un transporte público seguro, con separación entre los peatones y el tránsito rodado por medio de aceras, cruces levantados, cruces elevados, pasajes subterráneos, arceles medios y medianas levantadas; la mejora del alumbrado de las carreteras, especialmente alrededor de los cruces peatonales; y la eliminación de los obstáculos que tapan la visibilidad entre peatones y vehículos.
Institucional	Atención prehospitalaria	Estandarizar los servicios de urgencia médicos oficiales, así como equipar los vehículos con suministros médicos y dispositivos para niños y adultos. Cuando no exista un sistema de atención de traumatismos prehospitalario, habrá que enseñar a los miembros interesados de la comunidad las técnicas básicas de primeros auxilios; aprovechar los sistemas existentes oficiosos de la atención prehospitalaria y el transporte; y poner en marcha servicios de urgencia en las carreteras concurridas y los sitios con choques frecuentes.
	Atención hospitalaria	Mejorar la organización y la planificación de los servicios de traumatología de una forma asequible y sostenible a fin de aumentar la calidad y el resultado de la atención.
	Rehabilitación	Mejorar los servicios en los establecimientos de atención de salud y la rehabilitación comunitaria a fin de reducir al mínimo el grado de discapacidad después de la lesión y ayudar a los adolescentes con alguna discapacidad permanente a lograr su máximo potencial.
Comunitario	Campañas contra el alcohol	Hacer que la conducción en estado de ebriedad esté peor aceptada públicamente; alertar a las personas sobre el riesgo de detección y detención y sus consecuencias; y aumentar el apoyo público para el cumplimiento.
	Gestión de la velocidad	Las campañas mediáticas relacionadas con otros enfoques de gestión de la velocidad aumentan la sensibilización acerca de los peligros del exceso de velocidad y encuentran mayor apoyo público para una nueva legislación, un cumplimiento más estricto y sanciones más fuertes.
	Campañas sobre el cinturón de seguridad	Las campañas públicas acerca de la legislación sobre el uso del cinturón de seguridad se dirigen a los adolescentes para aumentar la sensibilización y cambiar las normas sociales de asunción de riesgos.
	Campañas sobre el casco	Enseñar a los adolescentes las ventajas de usar casco en los vehículos de dos ruedas, utilizar la presión social de los colegas para cambiar los criterios de los jóvenes con respecto a la aceptación del casco y reforzar las leyes que obligan a usarlo.
	Proyectos comunitarios	Proyectos comunitarios que emplean a los padres y los compañeros para alentar a los adolescentes a usar cinturones de seguridad.
Individual	Distribución de cascos	Los programas que proporcionan cascos a precio reducido o regalados hacen que los adolescentes con pocos ingresos puedan usarlos. La distribución puede llevarse a mayor escala a través del sistema escolar.
	Intervenciones en los vehículos motorizados de dos ruedas	Promover el uso continuo de luces diurnas; la ropa reflectante o fluorescente; la ropa y los cascos de colores claros; y los reflectores en el la parte trasera de los vehículos.
	Intervenciones para ciclistas	Promover los reflectores frontales, traseros y en las ruedas; las lámparas de bicicleta; las chaquetas o chalecos reflectantes; y los cascos.
	Intervenciones peatonales	Promover el uso de ropa blanca o de colores claros para mejorar la visibilidad; las tiras reflectantes en la ropa o en prendas como las mochilas; caminar con buena luz; y caminar de frente al tráfico; promulgar y hacer cumplir las leyes sobre el consumo excesivo de alcohol en lugares públicos; instar a los peatones a que respeten los carteles y señales, así como las normas de tránsito con el fin de promover una cultura de seguridad.

Intervenciones para prevenir la violencia juvenil		
Nivel ecológico	Intervención	Explicación
Estructural	Reducir el acceso a las armas de fuego y su uso indebido	Los programas pueden requerir nueva legislación, más policía para supervisar el cumplimiento, campañas de sensibilización pública y sistemas de vigilancia más complejos.
	Reducir el acceso a las bebidas alcohólicas y el consumo nocivo de alcohol	Reglamentar o prohibir las prácticas de comercialización del alcohol a los adolescentes, incluida la publicidad, promoción y patrocinio de actos deportivos y culturales; restringir la disponibilidad de las bebidas alcohólicas (en lugares públicos, escuelas, instalaciones deportivas y en grandes acontecimientos); limitar los días, las horas y la densidad de los puntos de venta; hacer cumplir las leyes que prohíban la venta a los jóvenes intoxicados aplicando multas o sanciones a los propietarios del bar; reducir la demanda mediante sistemas tributarios y de fijación de precios; aumentar la sensibilización y el apoyo a las políticas; y aplicar intervenciones para combatir el consumo nocivo de alcohol.
	Incentivos financieros para asistir a la escuela	Se otorga dinero por estudiante o por familia y se obliga a una asistencia escolar de al menos el 80% de los días. Las becas pueden sufragar los costos directos (por ejemplo, matrícula escolar y suministros) y los costos de oportunidad (por ejemplo, cuando las familias pierden los ingresos del trabajo infantil).
Ambiental	Modificaciones espaciales y mejora urbana	En las zonas con mucha violencia, la prevención de la delincuencia coyuntural implica una evaluación de la seguridad, un análisis de los interesados directos y un proceso de planificación en el que participen las comunidades, los gobiernos locales y sectores como el de la vivienda, el transporte y otros.
	Reducir la concentración de la pobreza	Estas estrategias ofrecen bonos u otros incentivos a los residentes de los complejos públicos de vivienda económicamente empobrecidos para que se muden a vecindarios menos empobrecidos.
	Zona de elevada prevalencia de vigilancia policial	Los recursos policiales se asignan a las zonas de elevada prevalencia de delincuencia. La tecnología cartográfica y el análisis geográfico ayudan a identificar las zonas que necesitan mayor cobertura basándose en la combinación de las estadísticas sobre la delincuencia, el registro de las urgencias hospitalarias, el vandalismo, los datos sobre el hurto en tiendas y otras fuentes de datos.
Institucional	Intervenciones sobre la oferta y la demanda para el control de las drogas	El control de las drogas se centra en reducir la demanda, reducir la oferta o en las dos a la vez. La mayoría de las intervenciones requieren una importante capacidad técnica por parte de los servicios de salud y las fuerzas policiales.
	Prevención del acoso escolar (intimidación)	Se capacita a los profesores para reconocer y explicar el acoso escolar a los estudiantes, qué hacer cuando ocurre, aptitudes para establecer relaciones eficaces y aptitudes para los testigos. Los especialistas trabajan con los estudiantes involucrados en el acoso escolar. Se establecerán normas y procedimientos también en la escuela y se capacitará a los padres.
Comunitario	Intervenciones para la prevención de la violencia de pandillas y callejera	Se centra en disminuir la participación en las pandillas, ayudar a los miembros a que las abandonen o suprimir las actividades de estas bandas. Los líderes de la comunidad deben comprometerse para transmitir un mensaje fuerte de que es inadmisible la violencia de las bandas. Se incluye también la participación de la policía, el entrenamiento profesional y las actividades de desarrollo personal.
	Vigilancia policial adaptada a la comunidad y al problema	El recurso sistemático a la colaboración entre la policía y la comunidad y a las técnicas de solución de problemas señala y apunta los problemas subyacentes para aliviar la violencia. Una condición previa necesaria es un sistema de vigilancia policial que sea legítimo, responsable y profesional, sin ser represivo ni corrupto. Otra condición previa son las buenas relaciones entre la policía, el gobierno local y el público.

Interpersonal	Programas de crianza	Las metas son ayudar a que los padres comprendan el desarrollo de los adolescentes y fortalecer la capacidad de los padres para ayudar a sus hijos pequeños y adolescentes a regular su comportamiento mediante medios no violentos.
	Visitas a domicilio	En los programas de visitas a domicilio se supervisa y ayuda a las familias mientras haya un riesgo alto de malos tratos (por ejemplo, familias que viven en entornos sumamente desfavorecidos).
	Mediación entre pares	Aquellos compañeros que vayan a hacer de mediadores serán nombrados por una clase y recibirán 20 a 25 horas de capacitación sobre cómo mitigar los conflictos entre compañeros y buscar ayuda de ser necesario. También se puede capacitar a otros estudiantes en funciones de mediación para la resolución de conflictos.
	Prevención de la violencia de pareja	Las actividades participativas escolares o de después de las clases abordan las características de las relaciones de cariño y de maltrato; cómo crear una estructura de apoyo de amigos; las aptitudes de comunicación; y dónde y cómo buscar ayuda en caso de agresión sexual.
Individual	Desarrollo de aptitudes para la vida y aprendizaje social y emocional	Estos programas específicos para cada edad ayudan a los adolescentes a comprender y gestionar la ira y otras emociones, mostrar empatía por los otros y establecer relaciones de amistad. Suponen entre 20 y 150 sesiones de clase durante varios años.
	Actividades para después de la clase y otras organizadas en el tiempo libre	Las actividades organizadas en el tiempo libre incluyen el desarrollo de aptitudes cognitivas y académicas; las artes plásticas, la artesanía, la cocina, los deportes, la música, el baile y el teatro; las actividades relacionadas con la salud y la nutrición; y la participación comunitaria y parental.
	Enriquecimiento académico	Los adolescentes son el objetivo de los medios de difusión, después de la escuela, o de las clases privadas para ayudarles a estar a la altura de las expectativas escolares e impedir que dejen de ir a la escuela.
	Formación profesional	La formación profesional para los jóvenes en situación de riesgo puede tener una repercusión significativa sobre la prevención de la violencia si se integra en el desarrollo económico y la creación de empleos. Es importante garantizar la capacidad de las instituciones que imparten la formación, la disponibilidad del equipo técnico, la cooperación existente con las empresas y los modelos de financiamiento sostenibles.
	Tutoría	Los mentores voluntarios reciben capacitación sobre el desarrollo de los adolescentes, el establecimiento de relaciones, la resolución de problemas, la comunicación y también sobre problemas específicos (por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas). Un mentor comparte conocimientos, aptitudes y la toma de perspectiva para fomentar el desarrollo positivo del adolescente en riesgo.
	Enfoques terapéuticos	Los especialistas capacitados en salud mental o los asistentes sociales trabajan con los adolescentes individualmente las aptitudes sociales y la capacitación conductual, las técnicas de autocontrol y gestión de la ira y los elementos cognitivos (por ejemplo, el razonamiento moral y el enfoque en perspectiva para que se den cuenta de las repercusiones negativas de la violencia en las víctimas). También puede dirigirse esta labor a las familias y las redes sociales de los adolescentes en riesgo.

Fuente: (6).

Anexo II.D2: Intervenciones basadas en evidencia recomendadas por la OMS para disminuir el consumo de tabaco en adolescentes y la exposición al humo del tabaco ajeno

Nivel Ecológico	Intervención	Explicación
Estructural y ambiental	Reducir la asequibilidad del tabaco	Reducir la asequibilidad de los productos de tabaco aumentando los impuestos sobre el consumo de tabaco.
	Prohibir la publicidad del tabaco	Hacer cumplir las prohibiciones relativas a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, como la publicidad transfronteriza, en Internet y en las redes sociales. Promover también activamente los lugares de ocio, cines y teatros como espacios sin humo.
	Entornos sin humo de tabaco	Definir estatutos que garanticen entornos sin humo en todas las escuelas, zonas recreativas, centros de trabajo cerrados, lugares públicos y transporte público.
Institucional y comunitario	Campaña para sensibilizar sobre los peligros del tabaco	Realizar campañas eficaces y periódicamente en los medios de difusión para sensibilizar sobre los peligros del tabaco.
	Prevención del consumo de tabaco en los programas escolares	Integrar la prevención del consumo de tabaco en las políticas escolares, la educación sanitaria basada en conocimientos prácticos y los servicios de salud. Ver <i>Tobacco Use Prevention: An Important Entry Point for the Development of Health Promoting Schools</i> (Prevención del consumo de tabaco: un punto de acceso importante para el desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud) para la relación con los conocimientos adecuados a la edad, la actitud y los objetivos de desarrollo de capacidades. Bajo ninguna circunstancia se ejecutarán estos programas en colaboración con la industria tabacalera ni estarán financiados por ella.
Individual e interpersonal	Orientación para dejar el tabaco	Los médicos deben disuadir a los no fumadores de que empiecen a fumar; recomendar encarecidamente a todos los fumadores que dejen de hacerlo y asesorarles en el intento para dejar de fumar; así como aconsejar a quienes usan otras formas de tabaco que lo dejen. Para obtener más orientación específica, consultar <i>Toolkit for Delivering the 5A's and 5R's Brief Tobacco Interventions in Primary Care</i> .

Fuente: (6).

Anexo II.D3: Intervenciones basadas en evidencia recomendadas por la OMS para promover la actividad física y una alimentación saludable en los adolescentes

Intervenciones para promover la actividad física en adolescentes		
Nivel Ecológico	Intervención	Explicación
Estructural y ambiental	Políticas de planificación urbana	Los gobiernos deben asociarse con las comunidades, el sector privado y las ONG para promover espacios seguros para la actividad física e instalaciones para el deporte, la recreación y el ocio. Mediante políticas activas de transporte se debe conseguir que caminar, ir en bicicleta u otro transporte no motorizado sea accesible y seguro para todos.
	Escuelas e instalaciones públicas	Debe haber instalaciones adecuadas en los recintos escolares, los lugares de trabajo de los jóvenes y en los espacios públicos para que los adolescentes practiquen actividades físicas durante el tiempo de recreo (sin olvidar a aquellos con alguna discapacidad), con la provisión de espacios que tengan en cuenta el género si es necesario.
Institucional y comunitario	Programas de sensibilización del público sobre la actividad física	Formular orientación dirigida a los niños y adolescentes, sus padres, cuidadores, profesores y profesionales de la salud sobre las medidas corporales (peso y talla) saludables, la actividad física, los hábitos de dormir y el uso correcto de las pantallas electrónicas (terminales) para el ocio.
	Planes de estudios que incluyan la educación física en las escuelas	Un buen plan de estudios con educación física desarrolla capacidades y hábitos; proporciona actividad para las necesidades específicas de cada niño; alienta a continuar haciendo deporte y actividades físicas en etapas posteriores de la vida; y proporciona recreación y relajación.
	Actividades deportivas regulares y estructuradas	Las actividades deportivas regulares y estructuradas en la adolescencia fortalecen los vínculos entre la actividad física, el deporte y la salud y también disminuyen los hábitos sedentarios.
Individual e interpersonal	Orientación sobre actividad física para adolescentes más jóvenes	La orientación médica (clínica) para los adolescentes de 10 a 17 años recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • al menos 60 minutos de ejercicio físico diario de intensidad moderada a intensa; • ejercicio físico durante más de 60 minutos, si se quiere obtener más beneficios para la salud; • la mayor parte del ejercicio físico diario debe ser aeróbico; se deberán incorporar ejercicios más intensos, incluidos los que fortalecen los músculos y los huesos, al menos tres veces por semana.
	Orientación sobre actividad física para adolescentes mayores	La orientación médica (clínica) para los adolescentes de 18 a 19 años recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • al menos 150 minutos de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada a lo largo de la semana o al menos 75 minutos de ejercicio físico aeróbico intenso (o una combinación equivalente de ejercicio moderado e intenso); • el ejercicio físico debe realizarse en episodios de al menos 10 minutos; • para obtener otros beneficios para la salud hay que aumentar el ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada durante la semana o una combinación equivalente de ejercicio físico moderado e intenso; • debe hacerse ejercicio físico que fortalezca la musculatura de los principales grupos musculares, dos o más días por semana.

Intervenciones para promover la alimentación saludable en adolescentes		
Nivel Ecológico	Intervención	Explicación
Estructural y ambiental	Perfil de nutrientes	Desarrollar y usar perfiles de nutrientes para poder identificar alimentos y bebidas poco saludables.
	Sistema de etiquetado de nutrientes	Instituir un sistema de identificación de nutrientes mundial estandarizado; controlar el uso de declaraciones nutricionales y de propiedades saludables falsas y engañosos; y hacer obligatorio el etiquetado en la parte delantera del envase.
	Reducir la asequibilidad de alimentos y bebidas poco saludables	Aplicar impuestos y aumentar el precio de los alimentos de bajo valor nutritivo y alto contenido calórico y de las bebidas azucaradas.
	Reducir el impacto de la publicidad de los alimentos y bebidas poco saludables	Reducir el impacto de la publicidad de los alimentos y las bebidas con elevado contenido de azúcar, sal y grasa. Fomentar la cooperación entre los Estados Miembros relacionada con la comercialización transfronteriza. Aplicar el conjunto de recomendaciones de la OMS en la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.
Institucional y comunitario	Campañas de educación en materia de nutrición	Asegurar la elaboración y difusión de directrices e información sobre nutrición adecuada y adaptada al contexto para todos de una manera sencilla, comprensible y accesible.
	Ambientes propicios a la buena alimentación en escuelas y otras instituciones públicas	Reclamar entornos frecuentados por los adolescentes (por ejemplo, escuelas, centros de atención infantil, instalaciones deportivas y culturales para los niños y lugares de trabajo para los jóvenes) para crear ambientes propicios a la buena alimentación.
	Facilitar el acceso a alimentos saludables	Aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de los alimentos saludables en las instituciones y los entornos públicos, concretamente en las comunidades desfavorecidas.
	Campañas de sensibilización sobre la obesidad adolescente	Las campañas deben dirigirse a los responsables de las políticas, al personal médico, a los adultos, a los adolescentes y a los niños en general y fomentar el desarrollo de capacidades relacionadas con la obesidad adolescente y los factores de riesgo.
Individual e interpersonal	Orientación sobre una alimentación sana	La orientación médica (clínica) alimentaria para los adolescentes mayores (18-19 años) incluye: <ul style="list-style-type: none"> • restringir la sal a menos de 5 g (una cucharadita) por día, disminuirla al cocinar y reducir el consumo la comida procesada y rápida; • restringir los azúcares libres a menos del 10% del aporte calórico total; una reducción mayor por debajo del 5% o aproximadamente 25 g (seis cucharaditas) por día proporcionaría más beneficios para la salud; • tomar cinco raciones (400-500 g) de fruta o verduras y hortalizas por día (una ración equivale a una naranja, manzana, mango o plátano, o a tres cucharadas de verduras y hortalizas cocinadas); • reducir la de grasa de la carne, la grasa láctea, el aceite para cocinar (menos de dos cucharadas por día); reemplazar el aceite de palma y de coco por el aceite de oliva, soja, maíz, colza o alazor; reemplazar la otra carne por pollo (sin piel).
	Intervenciones para el control del peso y la obesidad en los adolescentes	Establecer y mantener servicios de control de la obesidad basados en la familia, el modo de vida y de múltiples componentes (centrados en la nutrición, la actividad física y el apoyo psicosocial) para los adolescentes con sobrepeso. Estos servicios deben ser prestados por equipos multidisciplinarios dentro de la cobertura universal de salud.

Fuente: (6).

Anexo II.E: Comportamiento suicida entre estudiantes de 13 a 15 años en países del Caribe de habla inglesa,^a el Cono Sur,^b la Región Andina^c y América Central,^d

Caribe de habla inglesa			
Indicador	Total	Hombres	Mujeres
General			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	20,7 (19,5-21,9)	17,0 (13,9-20,5)	23,9 (21,3-26,6)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	19,9 (18,8-21,1)	15,7 (14,2-17,4)	23,7 (21,9-25,5)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	18,0 (15,1-21,4)	16,6 (13,2-20,7)	19,4 (15,6-23,9)
Entre los estudiantes que son consumidores actuales de alcohol^e			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	26,4 (24,6-28,3)	21,7 (16,7-27,8)	31,6 (26,2-37,6)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	25,0 (23,4-26,7)	18,3 (15,1-22,1)	32,1 (29,2-35,2)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	23,8 (19,3-28,9)	21,7 (14,5-31,3)	26,1 (21,7-31,1)
Entre los estudiantes carentes de apoyo social^f			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	57,5 (48,9-65,6)	62,0 (51,6-71,4)	53,9 (42,7-64,7)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	43,4 (37,7-49,2)	37,4 (19,2-59,9)	48,2 (36,7-59,9)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	47,6 (29,1-66,8)	48,9 (23,7-74,6)	47,5 (32,7-62,7)
Entre los estudiantes con fuertes relaciones parento-filiales^g			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	10,2 (7,6-13,6)	6,4 (4,2-9,5)	13,2 (9,1-18,7)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	10,9 (8,7-13,6)	7,9 (4,4-13,8)	13,1 (10,6-16,1)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	11,5 (8,6-15,2)	NA ^h	15,0 (9,9-21,9)
Cono Sur			
Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Consideraciones generales			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	16,5 (14,9-18,3)	10,7 (9,1-12,6)	21,7 (20,0-23,6)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	15,7 (14,2-17,3)	11,3 (9,8-13,0)	19,5 (17,7-21,4)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	15,7 (14,4-17,1)	12,5 (10,4-15,0)	18,3 (16,7-20,1)
Entre los estudiantes que son consumidores actuales de alcohol			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	22,6 (20,4-24,8)	14,0 (11,5-17,0)	30,1 (27,6-37,6)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	21,7 (19,7-23,8)	15,0 (12,3-18,2)	27,3 (25,0-29,8)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	20,6 (19,1-22,3)	15,2 (11,9-19,2)	25,2 (23,0-27,6)
Entre los estudiantes carentes de apoyo social			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	64,4 (50,8-76,1)	60,7 (44,0-75,2)	66,1 (51,5-78,2)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	52,2 (39,1-65,1)	39,4 (26,2-54,2)	60,0 (44,5-73,7)

Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	45,2 (35,9-54,9)	30,9 (24,3-38,4)	54,3 (38,0-69,7)
Entre los estudiantes con fuertes relaciones parento-filiales			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	9,1 (8,0-10,3)	6,8 (4,8-9,7)	10,9 (9,3-12,7)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	8,9 (7,4-10,7)	6,3 (4,7-8,6)	11,1 (8,7-14,1)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	9,5 (7,9-11,3)	7,8 (6,0-10,0)	10,9 (8,4-14,1)
Región Andina			
Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Consideraciones generales			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	18,9 (17,1-20,7)	11,4 (9,8-13,1)	26,4 (24,2-28,6)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	15,4 (13,9-17,1)	9,3 (7,7-11,3)	21,5 (19,6-23,5)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	17,9 (16,4-19,4)	13,0 (11,3-15,0)	22,7 (20,7-24,7)
Entre los estudiantes que son consumidores actuales de alcohol			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	33,2 (28,7-38,1)	20,1 (16,0-24,9)	47,7 (42,3-53,1)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	27,1 (23,2-31,3)	16,5 (12,7-21,2)	38,6 (33,7-43,7)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	30,6 (26,5-35,0)	20,7 (16,3-25,9)	41,6 (36,5-46,9)
Entre los estudiantes carentes de apoyo social			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	50,1 (42,4-57,8)	38,7 (26,2-52,8)	56,5 (45,0-67,3)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	41,2 (33,5-49,3)	29,2 (18,9-42,3)	47,9 (36,4-59,6)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	44,5 (37,0-52,2)	41,9 (28,6-56,4)	45,9 (36,7-55,5)
Entre los estudiantes con fuertes relaciones parento-filiales			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	13,1 (10,6-16,1)	9,8 (6,8-14,0)	15,7 (11,9-20,3)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	9,0 (7,0-11,3)	6,1 (4,1-9,1)	11,2 (8,3-14,8)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	11,3 (8,7-14,4)	NA	12,7 (9,4-17,1)
América Central			
Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Consideraciones generales			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	14,8 (13,7-16,0)	10,7 (9,3-12,2)	18,9 (17,1-20,9)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	13,0 (11,9-14,2)	9,0 (7,6-10,7)	16,9 (15,2-18,6)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	13,2 (12,0-14,5)	9,1 (7,8-10,7)	17,1 (15,3-19,0)
Entre los estudiantes que son consumidores actuales de alcohol			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	30,5 (26,7-34,5)	20,3 (16,2-25,0)	40,4 (35,1-46,0)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	26,9 (23,6-30,6)	17,3 (13,7-21,8)	36,1 (31,4-41,0)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	26,5 (23,0-30,2)	16,1 (12,6-20,4)	36,3 (30,9-42,1)

Entre los estudiantes carentes de apoyo social			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	49,3 (38,6-60,0)	NA	48,3 (34,6-62,2)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	41,8 (32,4-51,8)	NA	43,4 (31,2-56,5)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	45,4 (35,5-55,6)	43,4 (26,6-62,0)	46,4 (33,3-60,1)
Entre los estudiantes con fuertes relaciones parento-filiales			
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente el suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	5,8 (4,5-7,4)	5,4 (4,0-7,3)	6,3 (4,2-9,3)
Porcentaje de estudiantes que planificaron un intento de suicidio alguna vez en los 12 meses precedentes a la encuesta.	5,7 (4,5-7,3)	4,9 (3,4-7,0)	6,6 (4,8-9,1)
Porcentaje de estudiantes que intentaron realmente suicidarse una o más veces en los 12 meses precedentes a la encuesta.	6,4 (5,0-8,0)	5,7 (4,0-8,2)	7,1 (5,1-9,8)

Fuente: (79).

- a. Países del Caribe incluidos en el análisis: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago.
- b. Países del Cono Sur incluidos en el análisis: Argentina, Chile y Uruguay.
- c. Países de la Región Andina incluidos en el análisis: Bolivia, Colombia (nivel subnacional, incluida solo la ciudad capital), Ecuador (nivel subnacional, incluida solo la ciudad capital) y Perú.
- d. Países de América Central incluidos en el análisis: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras.
- e. Se entiende por consumidor actual quien haya tomado al menos una bebida alcohólica en uno o más de los 30 últimos días.
- f. El constructo de apoyo social de los pares (compañeros) se deduce de las respuestas a cuatro preguntas relacionadas con la percepción de los encuestados respecto de las relaciones con sus compañeros: 1) frecuencia con la que el encuestado siente soledad; 2) número de amigos íntimos que notifica tener; 3) frecuencia con la que otros estudiantes son amables y colaboradores y 4) frecuencia con la que el encuestado declara ser objeto de intimidación o acosado.
- g. El constructo de la relación parento-filial se deduce de las respuestas a tres preguntas relacionadas con la percepción de los encuestados respecto del comportamiento y las actitudes de sus progenitores o guardianes (si el progenitor o guardián 1) verifica que el encuestado haya realizado su tarea escolar, 2) comprende los problemas y preocupaciones y del encuestado 3) realmente sabe lo que hizo el encuestado durante su tiempo libre.
- h. ND = no disponible

Anexo II.F: Número de adolescentes de 10 a 19 años con infección por VIH en América Latina y el Caribe en el 2015

País	Número Estimado	Porcentaje Total
Brasil	28.000	38%
Haití	8.400	11%
México	6.600	9%
Colombia	5.600	8%
Venezuela (República boliviana de)	3.800	5%
Argentina	3.300	4%
República Dominicana	3.100	4%
Guatemala	2.800	4%
Perú	2.400	3%
Honduras	1.400	2%
Jamaica	1.200	2%
Ecuador	1.100	1%
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1.000	1%
Chile	< 1.000	1%
El Salvador	< 1.000	1%
Guyana	< 1.000	1%
Panamá	< 1.000	1%
Paraguay	< 1.000	1%
Nicaragua	< 1.000	1%
Bahamas	< 500	< 1%
Costa Rica	< 500	< 1%
Trinidad y Tabago	< 500	< 1%
Uruguay	< 500	< 1%
Belice	< 200	< 1%
Cuba	< 200	< 1%
Suriname	< 200	< 1%

Fuente: (108).

Anexo III.A. Políticas, estrategias y planes de los países de América Latina y el Caribe relacionados con la salud de los adolescentes y los jóvenes, hasta julio del 2017

País	Título del documento	Período abarcado o año de publicación	Enlace
Anguilla	Política y plan de acción nacional de salud escolar	2016	
Antigua y Barbuda	Estrategia de salud del niño y el adolescente de Antigua y Barbuda	2016	
Argentina	Ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes	2005	https://www.educ.ar/recursos/118943/ley-nacional-26061-de-proteccion-integral-de-los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes
	Ley Nacional N° 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	2003	http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php
	Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral	2006	http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley26150.pdf
	Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales	2009	https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf
	Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud	2009	http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm
	Ley 27.130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio.	2015	http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm
Belice	Agenda para la infancia 2017-2030	2017-2030	http://humandevlopment.gov.bz/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Childrens-Agenda-2017-2030.pdf
	Política nacional de desarrollo de la juventud de Belice	2012	http://www.youthpolicy.org/national/Belice_2013_National_Youth_Development_Policy.pdf
Bolivia	Plan estratégico nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana	2015 – 2020	
	Plan plurinacional de prevención de	2015-2020	http://opendata.gerlop.net/docs/PLAN%20PLURINACIONAL%20PREVENCION%20EMBARAZO%20ADOLESCENTE%20(3).pdf
	Embarazos en adolescentes y jóvenes		
	Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda forma de vulneración a La Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes	2017	http://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/LIBRO%20JUSTICIA%20FINAL%20COMPLETO.pdf
Brasil	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	2010	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

Brasil	Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde	2013	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf
	Política Nacional de Atención Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: normas e reflexões	2012	http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf
	Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos	2014	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
Islas Vírgenes (RU)	Política y plan de acción sobre salud de los adolescentes	2014/2015	
	Estrategia de salud familiar	2012	
Chile	Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes	2012-2020	http://www.minsal.cl/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes/
	Control del Joven Sano	2011-2020	http://www.bibliotecaminsal.cl/control-joven-sano/
	Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes	2008-2015	http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%C3%B3venes-2008-2015-Chile.pdf
	Estrategia Nacional Sobre Drogas	2009 - 2018	http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Estrategia-Nacional-2009-2018.pdf
	Política Nacional De Niñez Y Adolescencia – Sistema Integral De Garantías De Derechos De La Niñez Y Adolescencia	2015 - 2025	http://www.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/03/POLITICA-2015-2025_versionweb.pdf
Colombia	Estrategia de atención integral a la primera infancia (política de primera infancia de cero a siempre)	2013	http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnico-gestion-de-cero-a-siempre.pdf
	Plan decenal de Salud Pública 2012-2021	2012-2021	http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf
Costa Rica	Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes	2010-2018	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018/file
	Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva	2015	http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=79909&nValor3=101259&strTipM=TC
	Agenda nacional de la niñez y la adolescencia compromisos 2015-2021	2015-2021	https://www.unicef.org/costarica/agenda_naciona_na_2015(1).pdf
	Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente	2012-2016	
Cuba	Programa nacional de salud para la atención integral en la adolescencia	2012-2017	http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20nacional%20de%20salud%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20la%20adolescencia%20%28Cuba%29.pdf

Dominica	Política y plan de acción sobre salud de adolescentes y jóvenes	2017- 2027	No está disponible todavía
República Dominicana	Plan estratégico nacional para la salud integral de adolescentes	2010-2015	http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Nacional%20para%20la%20Salud%20Integral%20de%20Adolescentes%202010-2015%20%20Republica%20Dominicana.pdf
	Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes	2011-2016	https://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf
	Estrategia para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia, con énfasis en la violencia de género y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores.	2016-2020	http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/ESTRATEGIADEABORDAJEVIOLENCIAYSALUD2016AL2010.MSP.OEGD.pdf
El Salvador	Plan estratégico intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019	2016-2019	http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_intersectorial_adolescentes_2016_2019_v2.pdf
	Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia	2013-2023	http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_nacional_pnpna.pdf
	Política de Salud Sexual y Reproductiva	2012	http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/Politica_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf
	Plan para la Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva	2013	http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_implementacion_politica_salud_sexual_29112013.pdf
	Ley General de Juventud	2013	http://www.injuve.gob.sv/wp-content/uploads/2016/03/Ley-General-de-Juventud.pdf
Ecuador	Estrategia Nacional Intersectorial de Primera Infancia	2013-2017	http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_puesta.pdf
	Plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes en Ecuador		http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf
Grenada	National Adolescent Health Policy and Strategic Plan for	2013	
	National Sexual and Reproductive Health Policy and Plan	2013	
Guatemala	Política de bienestar y salud para la adolescencia y juventud	2015-2024	http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201612/351_3.pdf
	Política nacional de juventud	2012-2020	http://conjuve.gob.gt/descargas/pnj.pdf
	Política Pública de Protección Integral y Plan de Acción Nacional para la Niñez y Adolescencia de Guatemala	2004-2015	http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Grupos%20Vulnerables/Pol%C3%ADtica%20Ni%C3%B1ez%20y%20Adolescencia.pdf
	Plan de Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA)	2013-2017	http://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf
	Plan Nacional de Desarrollo K'atun nuestra Guatemala 2032	2014-2032	http://www.undp.org/content/dam/guatemala/docs/publications/undp_gt_PND_Katun2032.pdf

Guyana	Política estratégica sobre salud reproductiva		
Haití	Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents	2014-2017	https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PSNSJA%20merged.pdf
	Protocoles de Prise en charge Santé Jeunes et Adolescents	2017	
	Plan Strategique National Multisectoriel	2015 - 2018	https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/PSNM%202018.pdf
	2012 – 2015 Revise Avec Extension À 2018		
Honduras	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras	2012	http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias=332-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-en-honduras&Itemid=211
	Política Nacional de Juventud	2007 - 2021	http://www.youthpolicy.org/national/Honduras_2007_National_Youth_Policy.pdf
	Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras	2010-2022	http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/hon157565.pdf
	Política de Protección Social	2012	http://www.rnp.hn/wp-content/uploads/2013/03/Politica-de-Proteccion-Social.pdf
Jamaica	Plan estratégico nacional de salud y desarrollo de los preadolescentes y los adolescentes	2011-2015	
	Normas y criterios relacionados con la salud de los adolescentes. Una guía para garantizar servicios de salud de calidad para los adolescentes	2014	
México	Programa de Acción Específico: Salud de la Infancia y la Adolescencia	2013-2018	http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Salud_para_la_Infancia_y_la_Adolescencia.pdf
	Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	2013-2018	http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf
	Plan Nacional de prevención de embarazo en adolescentes		https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
	Programa Nacional de Juventud	2014-2018	http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/PROJUVENTUD2014new.pdf
	Programa nacional de prevención de adicciones	2013-2018	http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
Nicaragua	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2008	http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/MINSA_Nicaragua-Estrategia_nacional_salud_sexual_reproductiva.pdf
Panamá	Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes	2006	http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/norma_adolescentes_final_19_oct_2006_negro_azul.pdf

Paraguay	Plan Nacional de Salud Adolescente	2016-2021	http://www.mspbs.gov.py/plan-nacional-de-salud-adolescente-2016-2021/
	Norma Técnica de atención integral para adolescentes en los Servicios de Salud	2017-2020	
	Plan estratégico Nacional de Prevención de Embarazo Adolescente no Intencional	Being prepared, as of July 2017	
	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2014-2018	http://www.cepep.org.py/archivos/PNSSR2014.pdf
Perú	Plan de Salud Escolar 2013-2016	2013-2016	http://sellomunicipal.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2016/10/5_ds010_2013_SA_plan_de_salud_escolar_2013-2016.pdf
	Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes	2013-2021	http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf
	Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia	2012-2021	https://www.unicef.org/Perú/spanish/PNAIA-2012-2021.pdf
	Plan Nacional de Prevención y Tratamiento de adolescentes en conflicto con la Ley penal	2013-2018	https://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2015/08/plan-nacional-prevencion.pdf
	Plan Estratégico Nacional de Juventudes	2012-2021	http://www.youthpolicy.org/national/Perú_National_Youth_Strategy_2012_2021.pdf
	Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 - 2017	2012 - 2017	http://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017.pdf
Saint Kitts y Nevis	Plan estratégico nacional para las Política de juventud	2017	
Santa Lucia	Política nacional de salud para la niñez y la adolescencia y plan de trabajo multisectorial	2015	
San Vicente y las Granadinas	Política nacional de salud y desarrollo para la adolescencia	2017	
	Manual del adolescente	2017	
	Plan de acción sobre los adolescentes	2017	
Suriname	Integraal beleidsplan voor kinderen en adolescenten: Het Actie programma	2012-2016	http://monitoring.caricom.org/regional-framework-of-action-for-children--2/report/download/focal_point_documents/Beleidsplan_President_2013_final.pdf
	Política nacional de salud sexual y reproductiva y derechos afines de Suriname	2013-2017	
Trinidad y Tobago	Política de salud de los adolescentes	2017-2018	Documento preliminar. Se están llevando a cabo investigaciones y redactando el esbozo.
	Política de la salud sexual y reproductiva	2017	En curso. Está finalizándose actualmente
	Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	2017-2021	http://health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=385
	Política sobre cobertura universal de salud	2017-2018	En curso. Se están llevando a cabo investigaciones y redactando el esbozo.
Uruguay	Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia	2010-2030	http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eniabases.pdf

Fuente: Notificado a la OPS por las autoridades nacionales de salud, hasta el 30 julio del 2017.

Anexo III.B: Países de América Latina y el Caribe con una asignación presupuestaria para las actividades de salud de los adolescentes, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud entre 2010-2016

País	Asignación presupuestaria	Fecha de Notificación
Argentina	Si	Julio 2016
Belize	No	Enero 2010
Bermuda	Si	Febrero 2014
Bolivia (Estado Plurinacional de)	No	Junio 2016
Brasil	Si	Agosto 2016
Chile	Si	Enero 2014
Colombia	Si	Junio 2016
Costa Rica	Si	Junio 2016
Cuba	Si	Junio 2016
República Dominicana	Si	Junio 2016
Ecuador	Si	Enero 2014
El Salvador	No	Junio 2016
Guatemala	Si	Junio 2016
Guyana	Si	Julio 2016
Haití	No	Julio 2016
Honduras	Si	Febrero 2012
Jamaica	Si	Enero 2014
México	Si	Febrero 2012
Nicaragua	No	Febrero 2010
Panamá	No	Enero 2014
Paraguay	No	Junio 2016
Perú	Si	Julio 2016
San Vicente y las Granadinas	Si	Noviembre 2016
Suriname	No	Julio 2016
Trinidad yTobago	Si	Junio 2016
Uruguay	No	Septiembre 2016

Fuente: WHO Global Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicator Surveys, 2009-2016 (136)

Anexo III.C: Temas en los que los adolescentes son un grupo específico de las políticas, las estrategias y los planes nacionales de los países de América Latina y el Caribe, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud, 2009-2016

País	Tema								Fecha de notificación
	Salud sexual y reproductiva y planificación familiar	Intervenciones para prevenir la infección por VIH/sida	Intervención nutricional	Prevención del consumo del alcohol	Actividades de control del tabaco	Salud mental	Prevención de lesiones	Violencia	
Argentina	●	●	●	●	●	●	●	●	Julio 2016
Belice	●	●	●	●	●	●	●	●	Enero 2010
Bermuda	●	●	●	●	●	●	●	●	Febrero 2014
Bolivia (Estado Plurinacional)	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
Brasil	●	●	●	●	●	●	●	●	Agosto 2016
Chile	●	●	●	●	●	●	●	●	Enero 2014
Colombia	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
Costa Rica	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
Cuba	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
República Dominicana	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
Ecuador	●	●	●	●	●	●	●	●	Enero 2014
El Salvador	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
Guatemala	●	●	●	●	●	●	○	●	Junio 2016
Guyana	●	●	●	●	●	●	●	●	Julio 2016
Haití	●	●	●	●	●	●	●	●	Julio 2016
Honduras	●	●	●	●	●	●	●	●	Febrero 2012
Jamaica	●	●	○	○	●	○	○	○	Enero 2014
México	●	●	●	●	●	●	●	●	Febrero 2012
Nicaragua	●	●	●	●	●	●	●	●	Febrero 2010
Panamá	●	●	●	●	●	●	●	●	Enero 2014
Paraguay	●	●	●	●	●	●	●	●	Junio 2016
Perú	●	●	●	●	●	●	●	●	Julio 2016
San Vicente y las Granadinas	●	●	●	●	●	●	●	●	Noviembre 2016
Suriname	●	●	●	●	●	●	●	●	Julio 2016
Trinidad y Tobago	●	●	○	●	●	●	●	●	Junio 2016
Uruguay	●	●	●	●	●	●	●	●	Septiembre 2016



Si



No



Sin datos

Fuente: WHO Global Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicator Surveys, 2009-2016 (136).

Anexo III.D: Acceso legal y reglamentario de los adolescentes a determinados servicios de salud, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud, 2009-2016

País	Servicios de Salud				Notificación de datos
	Servicios de la anticoncepción excepto la esterilización	Anticoncepción de urgencia	Asesoramiento y pruebas de detección del VIH	Intervenciones de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables	
Argentina	●	●	●	●	Julio 2016
Belice	●	○	●	○	Enero 2010
Bermuda	●	●	●	●	Febrero 2014
Bolivia (Estado Plurinacional de)	●	●	●	●	Junio 2016
Brasil	●	●	●	●	Agosto 2016
Chile	●	●	●	●	Enero 2014
Colombia	●	●	●	●	Junio 2016
Costa Rica	●	●	●	●	Junio 2016
Cuba	●	●	●	○	Junio 2016
Republica Dominicana	●	●	●	●	Junio 2016
Ecuador	●	●	●	●	Enero 2014
El Salvador	●	●	●	●	Junio 2016
Guatemala	●	●	●	●	Junio 2016
Guyana	●	○	●	○	Julio 2016
Haití	●	●	●	●	Julio 2016
Honduras	●	●	●	○	Febrero 2012
Jamaica	●	●	●	●	Enero 2014
México	●	●	●	●	Febrero 2012
Nicaragua	●	○	●	●	Febrero 2010
Panamá	●	●	●	●	Enero 2014
Paraguay	●	●	●	○	Junio 2016
Perú	●	●	●	●	Julio 2016
San Vicente y las Granadinas	●	○	●	●	Noviembre 2016
Suriname	●	○	●	●	Julio 2016
Trinidad y Tobago	●	●	●	●	Junio 2016
Uruguay	●	●	●	●	Septiembre 2016



Si



No



Sin datos

Fuente: WHO Global Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicator Surveys, 2009-2016 (136).

Anexo III.E: Existencia de un paquete y normas de servicios de atención de salud definido destinados a los jóvenes, y sistemas de capacitación periódica en adolescencia para los proveedores de servicios de salud, según lo notificado a la Organización Mundial de la Salud, 2009-2016

País	Paquete integral claramente definido de servicios de salud de los adolescentes	Normas nacionales de prestación de servicios de salud específicas de los jóvenes (10-24 años)	Sistema implantado de capacitación periódica en adolescencia de los proveedores de servicios de salud en centros de atención primaria	Fecha de Notificación
Argentina	Si	Si	Si	Julio 2016
Belice	No	No	Sin Datos	Enero 2010
Bermuda	Si	Si	Sin datos	Febrero 2014
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Si	Si	Si	Junio 2016
Brasil	Si	Si	Si	Agosto 2016
Chile	Si	Si	Sin Datos	Enero 2014
Colombia	Si	Si	Si	Junio 2016
Costa Rica	Si	Si	Si	Junio 2016
Cuba	Si	Si	Si	Junio 2016
República Dominicana	Si	Si	No	Junio 2016
Ecuador	Si	Si	Sin Datos	Enero 2014
El Salvador	Si	Si	Si	Junio 2016
Guatemala	Si	Si	Si	Junio 2016
Guyana	No	No	Si	Julio 2016
Haití	No	No	No	Julio 2016
Honduras	Si	Si	Sin Datos	Febrero 2012
Jamaica	Si	Si	Sin Datos	Enero 2014
México	Si	Si	Sin Datos	Febrero 2012
Nicaragua	No	No	Sin Datos	Febrero 2010
Panamá	Si	Si	No	Enero 2014
Paraguay	Si	Si	No	Junio 2016
Perú	Si	Si	No	Julio 2016
San Vicente y las Granadinas	No	No	No	Noviembre 2016
Suriname	No	Yes	No	Julio 2016
Trinidad y Tabago	No	No	No	Junio 2016
Uruguay	No	No	Si	Septiembre 2016

Fuente: WHO Global Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicator Surveys, 2009-2016 (136).



Fuente: (1).

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades

Metas del objetivo 3:

- De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tránsito en el mundo.
- De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Fuente: (1).



**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

