

164.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 24 al 28 de junio del 2019

Punto 7.5 del orden del día provisional

CE164/INF/5
2 de mayo del 2019
Original: inglés

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES: INFORME FINAL

Antecedentes

1. En el 2008, el 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes* (documento CD48/8 y resolución CD48.R5) (1, 2), y en el 2009, el 49.º Consejo Directivo aprobó el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes 2010-2018* (documento CD49/12 y resolución CD49.R14) (3, 4). La meta de la estrategia regional era mejorar la salud de la población joven mediante el desarrollo y fortalecimiento de una respuesta integrada del sector de la salud y la ejecución de programas eficaces para la promoción, prevención y atención de la salud de los adolescentes y jóvenes, mientras que el objetivo del plan de acción era poner en práctica la estrategia regional a lo largo del período 2010-2018.

2. El propósito del presente documento es informar a los Cuerpos Directivos sobre los resultados obtenidos con la estrategia y el plan de acción, así como sobre los progresos realizados hacia el logro de los ocho objetivos de salud y los 19 indicadores y metas de impacto establecidos en el plan de acción. En el análisis se utilizaron datos oficiales de los países notificados a la OPS y a la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimaciones regionales y mundiales, encuestas realizadas en los países y evaluaciones de programas. En este informe, el término “adolescente” se refiere al grupo etario de 10 a 19 años, “jóvenes” al de 15 a 24 años y “población joven” al de 10 a 24 años.

Análisis del progreso alcanzado

3. En términos generales, la Región ha avanzado en la implementación de la estrategia y el plan de acción y las siete áreas de acción estratégicas propuestas en el plan. El progreso refleja el trabajo realizado por todos los departamentos y programas de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como las iniciativas de colaboración con otros asociados regionales. Durante el período abarcado por el plan de acción, el 93% de los países y los territorios de la Región elaboraron o actualizaron planes y políticas de salud de los adolescentes y los jóvenes, que incluyeron planes y políticas nacionales de salud de los adolescentes, planes de prevención del embarazo en la adolescencia y planes nacionales de salud con metas y

actividades específicas de salud para los adolescentes y jóvenes. En el 2017, la OMS publicó el documento *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)* (5) con el fin de ayudar a los países a traducir en acción los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (6) y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (7). Diversos equipos multidisciplinarios de 16 países recibieron capacitación sobre la guía AA-HA! y al menos ocho ya han preparado o empezado a elaborar o actualizar planes nacionales de salud de los adolescentes de acuerdo con esta guía, lo que ha dado como resultado una nueva generación de planes multisectoriales y basados en la evidencia a nivel de país en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

4. Se mejoró la disponibilidad y el uso de datos sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes mediante el aumento de la capacidad de los interesados directos, la inclusión de los grupos etarios correspondientes a los adolescentes (de 10 a 19 años) y los jóvenes (de 15 a 24 años) en los informes sobre mortalidad y en las encuestas y estudios sobre la salud de los adolescentes. Entre el 2008 y el 2017, 27 países y territorios realizaron al menos una encuesta mundial de salud escolar y, por lo menos, siete países llevaron a cabo encuestas sobre la salud y la sexualidad de los adolescentes. En el 2018, la OPS publicó un informe regional sobre la salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas, en el que se resume la información existente sobre los objetivos de salud del plan de acción (8). Se amplió el acceso a servicios de salud de calidad mediante la capacitación previa e interna de los prestadores de atención de salud sobre una serie de temas relacionados con la salud de los adolescentes. La OPS colaboró con varias universidades, como la Universidad Católica de Chile y la Universidad de las Indias Occidentales, en la elaboración de contenidos y cursos sobre salud de los adolescentes para la formación de grado y posgrado impartida a los prestadores de atención de salud y a aquellos que ejercen profesiones conexas. Se prestó cooperación técnica a los Estados Miembros con el fin de elaborar y aplicar conjuntos de servicios y estándares de calidad para los servicios de salud de los adolescentes. Entre el 2009 y el 2016, 18 países y territorios informaron que contaban con un conjunto integral y claramente definido de servicios de salud destinados a los adolescentes, y otros 19 informaron que contaban con normas nacionales para la prestación de servicios de salud específicos para la población joven.

5. Durante el período abarcado por el plan de acción, se introdujeron en la Región diversas intervenciones prometedoras centradas en la escuela, la familia y los jóvenes, como los programas “Familias fuertes”, “Aventuras inesperadas” y “Escuelas de fútbol”. En el 2016-2017, la OPS llevó a cabo un análisis de la situación de estos programas cuya conclusión fue que la mayoría de ellos se habían suspendido o nunca se habían llevado a la escala necesaria para lograr resultados apreciables. Entre los retos señalados en dicho análisis se encontraba la dependencia del financiamiento externo, los elevados costos de implementación y la falta de apoyo gubernamental. En una evaluación externa del programa más ampliamente adoptado en América Latina, “Familias fuertes”, que promueve el desarrollo de aptitudes en los progenitores y una mejor comunicación dentro de las familias con el fin de reducir los comportamientos de riesgo en los adolescentes, la conclusión fue que los países con mayor éxito en la implementación eran aquellos en los

que el programa había sido adoptado como una política y contaba con un presupuesto específico y estructuras claras de coordinación e implementación. Dicho programa llega a más de 140.000 familias en América Latina anualmente. Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación externa, la OPS actualizó el contenido y la orientación de “Familias fuertes” para fortalecer aún más la implementación fiel y sostenible. Una de las principales conclusiones de las evaluaciones de los programas fue que, para tener éxito, las intervenciones deben poder repetirse de manera fácil y económica, con un fuerte apoyo gubernamental desde el principio.

6. En reconocimiento de la relevancia y el importante lugar que ocupa la tecnología digital en la vida cotidiana de la población joven, la OPS apoyó la creación de capacidad a nivel regional y de país en el uso de medios digitales en los programas de salud de los adolescentes, ayudando a varios países en la elaboración de estrategias de salud digitales como parte de su respuesta en materia de salud adolescente y joven. Se incorporó la participación y el empoderamiento de los jóvenes en la cooperación técnica de la OPS, con especial énfasis en las adolescentes y en los jóvenes indígenas y afrodescendientes.

7. Se realizó un análisis de la mortalidad, basado en los 24 países y territorios que informaron datos en el 2008 y el 2015.¹ Se observaron grandes diferencias entre los países; entre los que disponen de datos de mortalidad, nueve observaron un aumento de la mortalidad total (9). Los homicidios disminuyeron en once países y aumentaron en ocho en el caso de las mujeres y en once en el caso de los hombres (9). El análisis basado en la equidad, que se realizó en diez países con el respaldo de la OPS, mostró diferencias en cuanto a la mortalidad general y por causa específica entre los subgrupos de cada país cuando el análisis se realizaba por grupo étnico, nivel de ingresos, nivel de escolaridad y lugar de residencia (10).

8. La adolescencia es una etapa fundamental de la vida en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, debido a los rápidos cambios físicos, hormonales y afectivos que se producen durante la pubertad y a la adquisición de la capacidad biológica de reproducirse. Los datos de la encuesta mundial de salud escolar y de la encuesta sobre demografía y salud de veinte países muestran porcentajes significativos de inicio de la actividad sexual a una edad temprana (< 15 años), que van desde 18,9% en El Salvador hasta 33,5% en Barbados, y con porcentajes sistemáticamente más altos en los varones (11, 12). Entretanto América Latina y el Caribe sigue siendo la región que tiene la segunda tasa de fecundidad en adolescentes más alta del mundo y la tasa de disminución más lenta (13), con grandes variaciones entre los países y dentro de ellos. En los países que cuentan con datos desglosados se observa que las adolescentes indígenas, de zonas rurales, con menor nivel de escolaridad y de ingresos presentan tasas de fecundidad que son de tres a cinco veces superiores a los promedios nacionales (12, 14, 15). Los embarazos en menores de 15 años constituyen una preocupación cada vez mayor en la Región, en estrecha relación con la

¹ Argentina, Aruba, Belice, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Uruguay.

violencia sexual. Aproximadamente 2% de las mujeres en edad reproductiva en América Latina y el Caribe tuvieron su primer parto antes de los 15 años, y es la única región del mundo con una tendencia ascendente en los embarazos muy precoces (8).

9. Debido a los efectos del alcohol sobre el desarrollo cerebral, se considera perjudicial cualquier cantidad que se consuma durante la adolescencia. Los datos de la encuesta mundial de salud escolar recopilados desde el 2008 muestran el inicio del consumo de alcohol a edades tempranas y niveles altos de consumo actual de alcohol en los adolescentes de 13 a 15 años (16). La marihuana es la sustancia psicoactiva más consumida por la población joven después del tabaco y el alcohol, con diferencias pronunciadas entre los países en cuanto a su consumo durante toda la vida. Según las estimaciones mundiales, la proporción de adolescentes de 13 a 15 años que tienen sobrepeso o son obesos aumentó en la Región de las Américas durante el período abarcado en este informe. Además, los adolescentes de 13 a 15 años informaron un consumo frecuente de bebidas gaseosas y comida rápida, así como un nivel bajo de actividad física regular (11).

10. Dada la falta de progreso en varias áreas, es mucho lo que queda por hacer para conseguir que toda la población joven de la Región no solo sobreviva sino que prospere en un entorno que les permita progresar, alcanzar su pleno potencial y contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad. La falta de asignación de recursos humanos y económicos ha limitado la aplicación de las políticas, estrategias y planes de acción existentes. Además, los adolescentes siguen enfrentándose a importantes obstáculos legales, políticos, sociales y del sistema de salud para recibir toda la gama de servicios preventivos, promocionales y curativos de calidad, adecuados a su edad, que necesitan. Cuando estos servicios existen, muchas veces están fragmentados y no están en consonancia con las necesidades de atención de salud de la población joven (por ejemplo, servicios de salud mental). Los enfoques e intervenciones multisectoriales dirigidos a las familias, las escuelas y las comunidades permanecen fragmentados y limitados en cuanto a su número y alcance. Por otro lado, siguen siendo escasas las iniciativas para determinar los grupos de población joven más vulnerables y dirigirse a ellos mediante intervenciones basadas en la evidencia.

11. En el cuadro a continuación se presenta la información disponible sobre las metas de impacto y los indicadores del plan de acción. Dado que varios indicadores no tienen una línea de base o metas, se han establecido o elaborado líneas de base correspondientes al 2008, y se resume la información existente sobre los avances regionales o nacionales. Los indicadores del plan de acción utilizan distintos grupos etarios, a veces se refieren solo a hombres o a mujeres y a veces a ambos. El progreso indicado se refiere a los parámetros especificados, con información adicional que se suministra según proceda. La falta de líneas de base y metas complica la determinación del grado de avance en varios de los indicadores.

Objetivo 1: Reducir la mortalidad de los adolescentes y jóvenes	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>1.1 Reducir la tasa de mortalidad de los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)</p> <p>Línea de base: 90,3 por 100.000 habitantes² (2008, 24³ países y territorios)</p> <p>Meta: no disponible</p>	<p>En el 2015, la mortalidad total en la población joven aumentó a 92,1 por 100.000 habitantes (9).</p> <p>En las mujeres de 10 a 24 años, la mortalidad total disminuyó de 45,6 a 44,4 por 100.000, mientras que en los varones, aumentó de 133,6 a 138,1 por 100.000 entre el 2008 y el 2015.</p>

Objetivo 2: Reducir los traumatismos no intencionales	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.1 Reducir la tasa de mortalidad causada por traumatismos por accidentes de tránsito en los hombres (15 a 24 años)</p> <p>Línea de base: 34,4 por 100.000 habitantes (2008, 24 países)⁴</p> <p>Meta: no disponible</p>	<p>En el 2015, la mortalidad en varones de 15 a 24 años debida a traumatismos causados por el tránsito disminuyó levemente a 34,1 por 100.000 habitantes (9).</p> <p>La mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito en las mujeres en este grupo etario se redujo de 7,9 en el 2008 a 6,8 por 100.000 en el 2015 (9).</p> <p>La mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito en adolescentes de 10 a 19 años se redujo de 10,8 a 9,8 por 100.000; en las mujeres adolescentes, de 5,4 a 4,2 por 100.000; y en los varones, de 16,0 en el 2008 a 15,2 por 100.000 en el 2015.</p>

² La línea de base se estaba elaborando en el momento en que se aprobó el plan de acción. Por consiguiente, la línea de base se definió teniendo en cuenta los datos disponibles correspondientes al 2008.

³ Argentina, Aruba, Belice, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Uruguay.

⁴ La línea de base se estaba elaborando en el momento en que se aprobó el plan de acción. Por consiguiente, la línea de base se definió teniendo en cuenta los datos disponibles correspondientes al 2008.

Objetivo 3: Reducir la violencia	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>3.1 Reducir la tasa de suicidio (10 a 24 años)</p> <p>Línea de base: 5,9 por 100.000 habitantes (2008, 24 países)⁵</p> <p>Meta: no disponible</p>	<p>En el 2015, la tasa de suicidio en la población joven de 10 a 24 años aumentó a 6,2 por 100.000 (9).</p> <p>La tasa de suicidio en los adolescentes varones aumentó de 5,3 a 6,0 por 100.000 y se mantuvo estable (3,1 por 100.000) en las adolescentes entre el 2008 y el 2015.</p>
<p>3.2 Reducir la tasa de homicidios en los hombres (15 a 24 años)</p> <p>Línea de base: 70,5 por 100.000 habitantes (2008, 24 países)⁶</p> <p>Meta: no disponible</p>	<p>En el 2015, la tasa de homicidios en los hombres de 15 a 24 años aumentó hasta 75,5 por 100.000 (9).</p> <p>La tasa de homicidios en las mujeres de 15 a 24 años aumentó de 5,8 a 6,1 por 100.000 entre el 2008 y el 2015 (9)</p> <p>La tasa de homicidios en los adolescentes varones aumentó de 29,0 a 33,8 por 100.000, y en las adolescentes, de 3,3 a 3,5 por 100.000 entre el 2008 y el 2015 (9).</p>

Objetivo 4: Reducir el uso de sustancias psicotrópicas y promover la salud mental	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>4.1 Reducir el porcentaje de adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 15 años que han consumido una o varias bebidas alcohólicas en los 30 últimos días</p> <p>Línea de base: 36%</p> <p>Meta: 20%</p>	<p>Dado que el plan mencionaba solo las encuestas mundiales de salud escolar como fuente de los datos sin detallar qué países se habían incluido en el cálculo regional, la OPS no pudo determinar la línea de base del plan de acción ni el correspondiente valor actual.</p> <p>Los datos de las encuestas mundiales de salud escolar realizadas en 26 países de América Latina y el Caribe en el período 2007-2017 muestran grandes variaciones entre los países en cuanto al consumo actual de alcohol, medido como el consumo de una o varias bebidas alcohólicas en los 30 últimos días, con cifras que van desde 15,1% en Bolivia (2012) hasta 55,0% en Santa Lucía. En la mayoría de los países, los hombres indicaron niveles de consumo actual de alcohol más altos o similares a los de las mujeres, excepto en cuatro países, donde las mujeres indicaron niveles entre 5 y 10 puntos porcentuales más altos (Chile, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat) (11).</p>

⁵ *Ibidem.*

⁶ *Ibidem.*

Objetivo 4: Reducir el uso de sustancias psicotrópicas y promover la salud mental	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>4.2 Reducir el uso de drogas el mes anterior (13 a 15 años)</p> <p>Línea de base: 10%</p> <p>Meta: 5%</p>	<p>Dado que el plan mencionaba solo las encuestas mundiales de salud escolar como fuente de datos sin detallar qué drogas ni cuántos países se habían incluido en el cálculo regional, la OPS no pudo determinar la línea de base del plan de acción ni el correspondiente valor actual.</p> <p>Si bien la encuesta mundial de salud escolar incluye una pregunta sobre el consumo de drogas en el mes anterior, solo unos pocos países incluyeron esta pregunta de esta manera o como se la había adaptado en encuestas anteriores, lo que hace que esta encuesta sea una fuente limitada para este indicador. Otra fuente estandarizada de información sobre el consumo de drogas por parte de la población joven son las encuestas respaldadas por el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA). Estas encuestas recopilan datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de secundaria.</p> <p>Según los datos de la OEA, la marihuana es la sustancia psicoactiva más utilizada después del tabaco y el alcohol. Los datos de 31 países correspondientes al período 2005-2014 muestran que el consumo de marihuana en el mes anterior oscila entre 0,41% en El Salvador y 17,96% en Antigua y Barbuda. Los otros países con porcentajes más altos de consumo de marihuana en estudiantes de secundaria fueron Chile (17,13%), Honduras (14,40%), San Vicente y Granadinas (14,11%), Dominica (12,47%), Saint Kitts y Nevis (11,61%), Santa Lucía (10,71%), Belice (10,64%) y Barbados (10,44%). En la mayoría de los países, este consumo de marihuana durante el mes anterior fue mayor en los varones (17).</p> <p>El consumo de cocaína en el mes anterior osciló entre 0,1% en Suriname y 1,7% en Chile, y el consumo de productos inhalables en el mes anterior osciló entre 0,2% en Venezuela y 7,1% en Barbados (17).</p>
<p>4.3 Reducir el consumo de tabaco en los adolescentes (15 a 24 años)</p> <p>Línea de base: 10%</p> <p>Meta: 5%</p>	<p>Dado que el plan mencionaba solo las encuestas mundiales de salud escolar como fuente de datos sin detallar qué países se habían incluido en el cálculo regional, la OPS no pudo determinar la línea de base del plan de acción ni el correspondiente valor actual.</p> <p>Según estimaciones de la OPS, el consumo de tabaco en los adolescentes fue de 13,1% en el 2018: 13,0% en los varones y 12,1% en las mujeres (16).</p> <p>El consumo actual de tabaco en los adolescentes osciló entre 3,1% en Bermudas (2015) y 25,3% en Dominica (2009). Los otros países con tasas más altas notificadas de consumo actual de tabaco fueron Chile (24,5%, 2013) y Argentina (24,1%, 2012) (16).</p>

Objetivo 5: Garantizar la salud sexual y reproductiva	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>5.1 Reducir el porcentaje de nacimientos por grupo de edad de madres (15 a 19 años)</p> <p>Línea de base: 17,5% Meta: 15%</p>	<p>El porcentaje estimado de nacimientos en las adolescentes de 15 a 19 años en el período 2005-2010 fue de 17,2% en América Latina y el Caribe y de 9,6% en América del Norte (Estados Unidos y Canadá) (18).</p> <p>En el período 2010-2015, el porcentaje estimado se redujo a 15,7% en América Latina y el Caribe y a 4,5% en América del Norte (Estados Unidos y Canadá) (18).</p>
<p>5.2 Aumentar el porcentaje de uso de preservativos durante las últimas relaciones sexuales de alto riesgo (15 a 24 años)</p> <p>Línea de base: no disponible. Meta: no disponible</p>	<p>No todos los países realizan periódicamente encuestas que recopilan información sobre el uso de preservativos en los jóvenes, lo que dificulta la evaluación de las tendencias.</p> <p>En la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados se pregunta sobre el uso de preservativos durante las relaciones sexuales más recientes con una pareja extraconyugal no estable en los 12 meses anteriores; y en la encuesta sobre demografía y salud se pregunta sobre el uso de preservativos durante las relaciones sexuales prematrimoniales más recientes.</p> <p>De los cinco países con datos de las encuestas sobre demografía y salud, el uso de preservativos en mujeres de 15 a 19 años osciló entre 32,2% en Perú y 57,8% en Haití, y en mujeres de 20 a 24 años osciló entre 31,4% en Perú y 48,5% en República Dominicana. Cuatro países también recopilaron datos sobre varones, cuyo uso de preservativos osciló entre 60,0% en Haití y 80,1% en Colombia en varones de 15 a 19 años, y entre 70,6% en Haití y 75,2% en Colombia en varones de 20 a 24 años (12).</p> <p>De los nueve países con datos de las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, el uso de preservativos en mujeres osciló entre 42,0% en El Salvador y 79,6% en Cuba (14).</p>
<p>5.3 Aumentar la prevalencia de anticonceptivos en las adolescentes (15 a 24 años)</p> <p>Línea de base: no disponible. Meta: no disponible</p>	<p>Según los datos recopilados en 14 países entre el 2008 y el 2015 mediante las encuestas sobre demografía y salud y las encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, el uso actual de cualquier método anticonceptivo moderno en adolescentes de 15 a 19 años osciló entre 6,1% en Bolivia y 67,0% en Cuba. Los países con una prevalencia de uso de anticonceptivos del 50% o más fueron Costa Rica (64,1%), Santa Lucía (57,0%), República Dominicana (51,7%) y Barbados (51,4%). Además de Bolivia, los países con menor prevalencia de anticonceptivos en adolescentes fueron Guatemala (7,7%), Haití (8,2%), Perú (10,2%) y Honduras (14,1%) (12, 14).</p>

Objetivo 5: Garantizar la salud sexual y reproductiva	
Indicador, línea de base y meta	Estado
	El uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 20 a 24 años osciló entre 21,9% en Bolivia y 75,5% en Costa Rica. Los países con una prevalencia de uso de anticonceptivos del 50% o más fueron Cuba (75,3%), Argentina (58,4%), Colombia (59,8%), República Dominicana (56,6%) y Barbados (50,1%). Además de Bolivia, los países con menor prevalencia de anticonceptivos en mujeres de este grupo etario fueron Haití (23,2%), Guatemala (26,2%) y Santa Lucía (32,0%) (12, 14).
5.4 Reducir la prevalencia de embarazadas infectadas por el VIH (15 a 24 años) Línea de base: no disponible Meta: no disponible	Cuando se elaboró el plan de acción, la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas de 15 a 24 años era un indicador básico para la vigilancia mundial del sida. Sin embargo, dado que ya no es el caso, estos datos ya no se notifican ni analizan sistemáticamente a escala regional ni mundial.
5.5 Reducir el número estimado de adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) infectados por el VIH Línea de base: América Latina 0,20%, Caribe 0,55% ⁷ Meta: América Latina 0,15%, Caribe 0,35% ⁹	Según las estimaciones modeladas del ONUSIDA, la prevalencia de la infección por el VIH en jóvenes de 15 a 24 años en América Latina disminuyó de 0,20% en el 2008 a 0,15% en el 2017; y en el Caribe, de 0,55% a 0,45% (19). En mujeres, la prevalencia de la infección por el VIH disminuyó de 0,2% en el 2008 a 0,1% en América Latina; y en el Caribe, de 0,6% a 0,5% (20). En los hombres, la prevalencia de la infección por el VIH se mantuvo estable en 0,2% entre el 2008 y el 2017 en América Latina, mientras que en el Caribe disminuyó de 0,5% a 0,4% (19).
5.6 Reducir la tasa de fecundidad específica de las adolescentes (15 a 19 años) (definido como el número anual de nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años) Línea de base: 75,6 por 1.000 mujeres Meta: 64 por 1.000 mujeres	En América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de 78,7 por 1.000 mujeres entre el 2000 y el 2005 a 66,5 por 1.000 entre el 2010 y el 2015; y en América del Norte, de 40,5 a 28,3 (15, 18). Los datos de las encuestas sobre demografía y salud y las encuesta de indicadores múltiples por conglomerados recopilados entre el 2008 y el 2016 en 12 países indican que las adolescentes de los grupos con nivel bajo de escolaridad e ingresos bajos y las adolescentes indígenas tienen, por término medio, tasas de fecundidad 3 a 4 veces más altas que sus homólogas con un nivel de escolaridad superior, en mejor posición económica y que no son indígenas (12, 14).

⁷ Se ajustó esta línea de base teniendo en cuenta las estimaciones revisadas y publicadas por el ONUSIDA.

Objetivos 6: Promover la nutrición y la actividad física	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>6.1 Reducir la proporción de adolescentes obesos o con sobrepeso (13 a 15 años)</p> <p>Línea de base: 30%⁸ Meta: 25%⁹</p>	<p>Según las estimaciones de la OMS, la prevalencia de sobrepeso en adolescentes de 10 a 19 años en la Región de las Américas en el 2016 fue de 31,7 [29,2 a 34,3]: 32,3 en varones y 31,0 en mujeres. La prevalencia de la obesidad fue de 12,8 [10,8 a 14,9]: 14,0 en varones y 11,5 en mujeres (20).</p> <p>Los datos de las encuestas mundiales de salud escolar realizadas en 19 países entre el 2008 y el 2016 indican porcentajes de estudiantes de 13 a 15 años, de ambos sexos, con sobrepeso que oscilan entre 15,3% en Guyana y 44,8% en Chile. Además de Chile, los países con los porcentajes de estudiantes con sobrepeso más elevados fueron Bahamas (44,7%), las Islas Vírgenes Británicas (36,9%), Belice (35,8%), Saint Kitts y Nevis (32,5%) y Barbados (31,9%) (11).</p>
<p>6.2 Aumentar la proporción de adolescentes que realizan actividad física (13 a 15 años)</p> <p>Línea de base: 13% Meta: 30%</p>	<p>Según las estimaciones de la OMS, el porcentaje de adolescentes de 11 a 17 años que asisten a la escuela y no realizan suficiente actividad física en la Región de las Américas fue de 81,2 [79,6-83,0]: 75,3% en varones y 87,1% en mujeres en el 2010 (20).</p> <p>Los datos de las encuestas mundiales de salud escolar realizadas en 19 países entre el 2008 y el 2016 indican porcentajes de estudiantes de 13 a 15 años que practicaban algún tipo de actividad física al menos 60 minutos por día durante cinco días o más de la semana antes de la encuesta, que van desde 10,9% en Guatemala a 31,8% en Antigua y Barbuda. Los demás países con los porcentajes más altos de actividad física realizada con regularidad fueron Trinidad y Tabago (29,2%), Barbados (29,2%), Belice (29,0%), Uruguay (28,8%) y Argentina (28,3%) (11).</p>
<p>6.3 Disminuir la prevalencia de la anemia en las adolescentes (10 a 19 años)</p> <p>Línea de base: 25% a 30% Meta: 15% a 10%</p>	<p>Según las estimaciones mundiales, la prevalencia de cualquier tipo de anemia en mujeres de 10 a 14 años en la Región de las Américas fue de 28,34% en el 2008, y disminuyó levemente a 26,95% en el 2017. La prevalencia estimada en el grupo etario de 15 a 19 años fue de 27,28% en el 2008, y disminuyó a 25,83% en el 2017 (21).</p> <p>Los datos nacionales sobre la anemia en las adolescentes siguen siendo escasos. Los datos de encuestas de nueve países mostraban los siguientes porcentajes de anemia: 7,7% en mujeres de 12 a 19 años en México (2012); 11,7% en mujeres de 15 a 19 años en Guatemala (2014/15); 12,5% en mujeres de 15 a 19 años en Honduras (2011/12); 13,4% en mujeres de 12 a 14 años en República Dominicana (2012);</p>

⁸ La línea de base se estaba elaborando en el momento en que se aprobó el plan de acción. Por consiguiente, la línea de base se definió teniendo en cuenta los datos disponibles correspondientes al 2008.

⁹ La meta se estaba elaborando en el momento en que se aprobó el plan de acción. Por consiguiente, la meta se definió teniendo en cuenta los datos disponibles correspondientes al 2008.

Objetivos 6: Promover la nutrición y la actividad física

Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>14,3% en mujeres de 15 a 19 años en Ecuador (2011/13); 15,0% en mujeres de 10 a 19 años en Argentina (2012); 17,2% en mujeres de 15 a 19 años en Perú (2012); 34,1% en mujeres de 15 a 19 años en Guyana (2009); y 55,5% en mujeres de 15 a 19 años en Haití (2012) (8).</p> <p>Según las clasificaciones de la OMS, la anemia es un problema de salud pública moderado en las adolescentes de la Región de las Américas (prevalencia entre 39,9% y 20%) y un grave problema de salud pública en Haití (prevalencia mayor o igual a 40%).</p>

Objetivo 7: Combatir las enfermedades crónicas

Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>7.1 Reducir la tasa de dientes cariados/perdidos/obturados (DCPO) en los adolescentes de 12 años</p> <p>Línea de base: 5,5 Meta: 3,5</p>	<p>Según las estimaciones mundiales, el índice de DCPO ponderado en niños de 12 años en la Región de las Américas fue de 2,76 en el 2004, 2,35 en el 2011 y 2,08 en el 2015; lo que la convierte en la segunda región con mayor prevalencia estimada de DCPO-12 después de la Región de Asia Sudoriental (SEAR) de la OMS (22).</p>
<p>7.2 Aumentar la cobertura de la vacuna contra el tétanos y la difteria (DT) (10 a 19 años)</p> <p>Línea de base: 75% Meta: 95%</p>	<p>No hay ninguna recomendación específica sobre la vacunación de los adolescentes contra el tétanos y la difteria en la Región de las Américas, pero la OPS sigue colaborando con todos los países para asegurar la protección temprana contra estas enfermedades. También cabe señalar que para el 2017, todos los países de la Región, excepto Haití, habían eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública.</p>

Objetivo 8: Promover los factores protectores

Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>8.1 Aumentar el conocimiento de los padres de las actividades de los adolescentes</p> <p>Línea de base: 67% Meta: 90%</p>	<p>El conocimiento de los progenitores de las actividades de los adolescentes se incluyó como un indicador indirecto en los factores protectores que son determinantes importantes de comportamientos relacionados con la salud en los adolescentes. Estos incluyen la cohesión familiar y las relaciones afectivas y enriquecedoras con los progenitores y otros adultos.</p>

Objetivo 8: Promover los factores protectores	
Indicador, línea de base y meta	Estado
	<p>Dado que en el plan se mencionaban solo las encuestas mundiales de salud escolar como fuente de datos sin detallar qué países se habían incluido en el cálculo regional, la OPS no pudo determinar la línea de base del plan de acción ni el correspondiente valor actual.</p> <p>El porcentaje de adolescentes de 13 a 15 años cuyos progenitores o tutores sabían lo que sus hijos o pupilos estaban haciendo en su tiempo libre osciló entre 33,8% en Saint Kitts y Nevis y 72,0% en Uruguay. En todos los países, los porcentajes fueron más altos en el caso de las mujeres.</p>

12. En términos generales, la mortalidad en adolescentes mostró tendencias similares a las que se presentaron anteriormente para el grupo etario de 10 a 24 años. En promedio, 80.000 adolescentes murieron anualmente entre el 2008 y el 2015, más de la mitad a causa de homicidios, suicidios y traumatismos causados por el tránsito. Cabe destacar que la mortalidad por estas tres causas externas permaneció estable en las adolescentes mujeres, pero aumentó en los adolescentes varones. La tasa de homicidios en varones aumentó de 29,0 en el 2008 a 33,8 por 100.000 en el 2015, y la tasa de suicidios aumentó de 5,3 en el 2008 a 6,0 por 100.000 en el 2015. Cuando esto se combina con el lento progreso en la reducción del embarazo adolescente y la prevalencia de factores de riesgo como el consumo de alcohol a una edad temprana, la actividad física limitada y el consumo frecuente de comida rápida, se torna evidente la necesidad urgente de establecer una acción concertada y amplia a fin de mejorar la salud de los adolescentes.

Intervenciones necesarias para mejorar la situación

13. Los ODS y la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* dieron nueva urgencia al área de salud de los adolescentes, destacando la importancia de inversiones estratégicas en la salud y el desarrollo de los adolescentes para alcanzar las metas de los ODS (5, 6). La Guía AA-HA! y otras directrices mundiales proporcionan orientación basada en la evidencia sobre cómo planificar, aplicar y dar seguimiento a la respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes que les permita “sobrevivir, prosperar y transformar”, y cómo abordar los retos específicos de salud. Por otro lado, el *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*, aprobado por los Estados Miembros de la OPS en el 2018 (23), establece metas y medidas integrales basadas en la equidad a nivel nacional y regional para el período 2018-2030, con el fin de proteger los logros alcanzados y subsanar las brechas que aún persisten para asegurar una vida saludable y promover el bienestar de todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en la Región de las Américas, utilizando un enfoque de todo el curso de la vida.

14. Entre las actividades fundamentales para acelerar el progreso en cuanto a la salud de los adolescentes figuran:

- a) Elaborar, actualizar y ejecutar políticas multisectoriales basadas en la equidad y hojas de ruta nacionales para abordar los determinantes sociales de la salud de los adolescentes y reducir las inequidades en materia de salud.
- b) Elaborar y ejecutar políticas poblacionales para reducir la disponibilidad y el consumo de alcohol, tabaco y bebidas azucaradas en los adolescentes mediante, entre otras cosas, la aplicación de impuestos, la restricción de la disponibilidad física y el freno al mercadeo (publicidad, patrocinio y promociones) (24).
- c) Ejecutar intervenciones de bajo costo y basadas en la evidencia tanto a escala familiar como de la comunidad para mejorar y promover la salud mental, física, sexual y reproductiva de los adolescentes; las intervenciones deben dirigirse y empoderar a los grupos vulnerables e implementarse a la escala necesaria para lograr resultados, al tiempo que estos programas se vinculan con otras iniciativas (por ejemplo, iniciativas de entornos saludables).
- d) Ampliar la utilización de la escuela como una plataforma equitativa y eficaz para llegar a los adolescentes con información y servicios de salud.
- e) Eliminar los obstáculos legales, políticos y del sistema de salud para lograr el acceso universal y equitativo de los adolescentes a servicios de salud integrales de calidad que satisfagan sus necesidades.
- f) Establecer mecanismos específicos para que los adolescentes participen en los procesos de formulación y seguimiento de las políticas.
- g) Aumentar la capacidad de los países para generar información fidedigna sobre la salud de los adolescentes y para el seguimiento y el análisis sistemático de las inequidades en materia de salud que afectan a los adolescentes.

15. Es importante señalar que, si bien el nuevo *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030* no incluye específicamente al grupo etario de 20 a 24 años, será esencial seguir prestando atención continua a los problemas y necesidades de salud específicos y distintivos de este grupo para garantizar también bienestar y una vida saludable para este grupo de población joven.

Intervención del Comité Ejecutivo

16. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del presente informe y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008 (documento CD48/8); Washington, DC.: OPS; 2008 [consultado el 4 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf?ua=1>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008 (resolución CD48.R5); Washington, DC.: OPS; 2008 [consultado el 4 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r5-s.pdf?ua=1>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009 (documento CD49/12); Washington, DC.: OPS; 2009 [consultado el 4 de diciembre del 2018].
Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-s.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009 (resolución CD49.R14); Washington, DC.: OPS; 2009 [consultado el 4 de diciembre del 2018]. Disponible en:
[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20\(Esp.\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Esp.).pdf).
5. Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países [Internet]. Washington, DC: OPS; 2017 [consultado el 10 de diciembre del 2018]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49181>.
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet] (resolución A/RES/70/1). Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 12 de julio del 2017]. Disponible en:
<http://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>
7. Todas las Mujeres, Todos los Niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. Nueva York; EWEC; 2015 [consultado el 10 de junio del 2017]. Disponible en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.

8. 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 [Internet]. Washington, DC.: OPS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49545>
9. Organización Panamericana de la Salud. Regional Mortality Database [Internet]. Washington, DC.: OPS/OMS [consultado el 30 de enero del 2019]. Disponible en: <https://hiss.paho.org/pahosys>.
10. 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 [consultado el 30 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/paises/>
11. Organización Mundial de la Salud. Global School-based Student Health Surveys [Internet] [consultado el 15 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/>
12. The DHS Program. STATcompiler [Internet]. [consultado el 15 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.statcompiler.com/en/>
13. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World fertility patterns 2015 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 15 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Multiple Indicators Cluster Surveys [Internet]. UNICEF MICS [consultado el 15 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://mics.unicef.org/>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC.: OPS; 2016 [consultado el 5 de enero del 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34853>.
16. Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia. Base de datos PLISA. Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018 [Internet]. Washington, DC.: PAHO; 2018 [consultado el 30 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>.

17. Organización de Estados Americanos. Secretaría de Seguridad Multidimensional; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Observatorio Interamericano sobre Drogas. Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015 [Internet]. Washington, DC.: OEA; 2015 [consultado el 30 de enero del 2019]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAmericas_SPA_web.pdf.
18. División de Población de las Naciones Unidas. World Population Prospects 2017 [Internet]. [consultado el 17 de enero del 2019]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>
19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Aidsinfo [Internet]. [consultado el 30 de enero del 2019]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>
20. Organización Mundial de la Salud. Datos del Observatorio mundial de salud (GHO) [Internet]. Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 14 de enero del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/
21. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange [Internet]. Seattle [Estados Unidos]: IHME University of Washington; 2017. [consultado el 23 de enero del 2019]. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
22. Organización Mundial de la Salud. Oral health databases [Internet]. Suecia: Centro Colaborador de la OMS en la Universidad de Malmo; 2015. [consultado el 23 de enero del 2019]. Disponible en: https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/Global_burden_of_caries_disease/
23. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 (resolución CD56.R8) [Internet]. Washington, DC.: OPS; 2018. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=46591-cd56-r8-s-pda-mna&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&Itemid=270&lang=es
24. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 10 de febrero del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/.

- - -