

ATLAS HISTÓRICO Y GEOGRÁFICO DE LA ARGENTINA

Calidad de vida I



CONICET



I G E H C S

En este volumen del *Atlas Histórico y Geográfico de la Argentina*, se estudian las desigualdades de la calidad de vida de la población argentina a lo largo de su extenso y complejo territorio. Este análisis comienza en 1789, es decir, antes de la etapa estadística inaugurada por el Primer Censo Nacional en 1869. Se trata de un trabajo indispensable para toda persona que desee conocer las diferencias sociales y territoriales de la Argentina a través de su historia. Para ello se brinda e interpreta una serie de mapas temáticos que se vinculan con cuestiones socioeconómicas (educación, salud, vivienda) y, para las etapas más recientes, se incorporan los aspectos ambientales (problemas ambientales y recursos recreativos). Estas dimensiones se integran en índices de calidad de vida que permiten la comparación de la situación de la población que reside en cualquier lugar del territorio nacional, con el mayor nivel de detalle posible y en cualquier momento de la historia estadística argentina. Este nivel se refiere a los departamentos, división espacial de tercer orden, por debajo de la nación y las provincias. Por otro lado, para el año 2010 se pudo analizar la calidad de vida a escala de radios censales, unidades espaciales de quinto orden, por debajo de los departamentos y las fracciones censales. En virtud de la complejidad de los mapas presentados, también se indagó sobre los factores explicativos de las diferencias entre los grupos y territorios más privilegiados y los más postergados. Se ofrecen, asimismo, análisis respecto de otras problemáticas vinculadas con la calidad de vida de la población, tales como pobreza, desarrollo humano, alimentación, morbilidad, mortalidad y políticas públicas.



ATLAS HISTÓRICO Y GEOGRÁFICO DE LA ARGENTINA

Calidad de vida I

DIRECCIÓN

Guillermo Velázquez

CODIRECCIÓN

Diana Lan, Hernán Otero y Marcelino Irianni

COORDINACIÓN DE ESTE VOLUMEN

Guillermo Velázquez y Juan Pablo Celemín

AUTORES

Laura Aballay
Sofía Ares
María Eugenia Arias
Julia Becaria Coquet
Luis Blacha
Mariana Bruno
Juan Pablo Celemín
María del Pilar Díaz
Sebastián Gómez Lende
Matías Gordziejczuk
Juliana Huergo
María Lorena La Macchia
Santiago Linares
Fernando Manzano
Alejandro Migueltoarena
Claudia Mikkelsen
Camila Niclis
Hernán Otero
Natasha Picone
Sonia Pou
María Dolores Román
Daniel Santilli
Adela Tisnés
Natalia Tumas
Guillermo Velázquez

Instituto de
Geografía, Historia
y Ciencias Sociales
CONICET / UNCPBA
Tandil - 2020

Velázquez, Guillermo

Atlas histórico y geográfico de la Argentina : calidad de vida I / Guillermo Velázquez ; Juan Pablo Celemin ; coordinación general de Guillermo Velázquez ; Juan Pablo Celemin ; dirigido por Guillermo Velázquez ... [et al.]. - 1a ed. - Tandil : Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-658-522-8

1. Historia. 2. Geografía. 3. Atlas. I. Celemin, Juan Pablo. II. Título.
CDD 982

© 2020 - UNCPBA

Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires
Pinto 399, 7000 Tandil, Provincia de Buenos Aires, Argentina

1ª edición: diciembre de 2020

El contenido de esta obra fue sometido a evaluación externa.

Coordinación académica

Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemin

Ilustración, documentación y archivo fotográfico

María Florencia Ramón & Luciano di Salvo

Cartografía y diseño con SIG

María Lorena La Macchia & Adela Tisnés

Corrección

Ramiro Tomé & Alejandra Russo

Edición técnica, diseño interior y maquetación

Ramiro Tomé

Diseño de tapa

Carolina Katz & Fabián Di Matteo

ISBN versión impresa: 978-950-658-519-8

ISBN versión ebook: 978-950-658-522-8

ISBN obra completa, versión impresa: 978-950-658-517-4

ISBN obra completa, versión ebook: 978-950-658-518-1

LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

- 9 La etapa preestadística
Daniel Santilli
- 33 Calidad de vida en 1869
Guillermo Velázquez & Hernán Otero
- 57 Calidad de vida en 1895
Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemín
- 75 Calidad de vida en 1914
Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemín
- 91 Calidad de vida en 1947
Guillermo Velázquez, Juan Pablo Celemín & Fernando Manzano
- 113 Calidad de vida en 1960
Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemín
- 129 Calidad de vida en 1970
Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemín
- 141 Calidad de vida en 1980
Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemín
- 155 Calidad de vida en 1991
Guillermo Velázquez & Juan Pablo Celemín
- 171 Calidad de vida en 2001
G. Velázquez, J. P. Celemín, S. Gómez Lende, F. Manzano & Ma. E. Arias
- 195 Calidad de vida en 2010
G. Velázquez, J. P. Celemín, S. Gómez Lende, F. Manzano, C. Mikkelsen & Ma. E. Arias

POBREZA Y DESARROLLO HUMANO

- 267 Tradiciones y pluralidad de definiciones en el pensamiento sobre la pobreza
Fernando Manzano
- 285 Recorrido por la medición de la pobreza
Fernando Manzano
- 325 El índice de desarrollo humano y sus variantes
Juan Pablo Celemín

OTRAS DIMENSIONES RELEVANTES DE LA CALIDAD DE VIDA

- 353 Las desigualdades nutricionales
Luis Ernesto Blacha
- 369 La distribución social de la salud de las mujeres
Natalia Tumas
- 403 Sociodemografía de la obesidad
Sonia Alejandra Pou, Laura Aballay & Juliana Huergo
- 461 Factores de riesgo relacionados a enfermedades crónicas
Camila Niclis, Laura Aballay & Julia Becaria Coquet
- 507 Salud integral en la adolescencia
María Dolores Román & Camila Niclis
- 533 Mortalidad por enfermedades crónicas de mayor prevalencia
Sonia Alejandra Pou, Camila Niclis & María del Pilar Díaz
- 573 Espacio urbano y producción del hábitat
Alejandro Migueltoarena

PROFUNDIZACIÓN SOBRE LOS MAPAS DE CALIDAD DE VIDA

- 605 Factores de diferenciación de calidad de vida
Guillermo Velázquez & Santiago Linares
- 625 Análisis según radios censales
Guillermo Velázquez, Juan Pablo Celemín, Santiago Linares, Adela Tisnés, Fernando Manzano, Claudia Mikkelsen & María Lorena La Macchia
- 637 El bienestar de la población rural
Claudia Mikkelsen, Sofía Ares, Matías Gordziejczuk, Natasha Picone & Mariana Bruno
- 663 BIBLIOGRAFÍA

OTRAS DIMENSIONES RELEVANTES DE LA CALIDAD DE VIDA

Diversas dimensiones de la salud humana determinan la complejidad de su estudio durante la adolescencia, período crítico del ciclo vital en el que ocurren cambios bio y psicosociales a gran velocidad. La adolescencia se define como la etapa de crecimiento y desarrollo humano que transcurre desde el final de la niñez hasta el inicio de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las transiciones más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, cambios en la composición corporal, la maduración sexual y reproductiva, y el progresivo desarrollo de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (Grande y Román, 2015; OMS, 2018a). Desde un abordaje integral, la salud del adolescente comprende, entonces, tanto el bienestar físico como el mental, social y espiritual, e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo y la presencia de ocasiones para participar en actividades de la comunidad a la que pertenece (Pasqualini y Llorens, 2010).

Si bien la adolescencia es considerada como una etapa de oportunidades para promover el desarrollo de capacidades y potenciar la salud, constituye también un período de riesgos considerables, durante el cual el contexto histórico y social puede tener una influencia determinante (Burton-Jeangros *et al.*, 2015). La salud de los adolescentes y la de los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, las necesidades y derechos de este grupo poblacional presentan escaso protagonismo en las agendas del sector salud y en las políticas públicas. La causa de esto es que, en términos generales y en comparación con niños pequeños y adultos mayores, este grupo goza de buena salud y sufre pocas enfermedades que pongan en riesgo su vida (Maddaleno *et al.*, 2003). No obstante, no deja de ser significativa la cantidad de adolescentes que muere de forma prematura o que experimenta problemas de salud que pueden dejar secuelas importantes u ocasionar diversos grados de discapacidad que limiten el desarrollo de sus capacidades por el resto de su vida.

Se ha evidenciado que los principales problemas de salud que afectan a los jóvenes son la malnutrición; el consumo de alcohol, tabaco y drogas; las relaciones sexuales sin protección y sus consecuencias, como los embarazos no intencionales y las enfermedades de transmisión sexual; la violencia y los traumatismos; y los trastornos mentales. Las consecuencias de estas amenazas no sólo repercuten en los individuos y sus allegados durante el mismo período de la juventud, sino que impactan de manera significativa en etapas posteriores de la vida. Así, se estima que alrededor de dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud (OPS, 2018b).

Se calcula que en el mundo hay 1200 millones de habitantes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor cohorte de adolescentes de la historia en el mundo y la

Principales problemas de salud

Distribución mundial de adolescentes

región, lo que representa un 16% de la población total de América (UNESCO, 2016). En Argentina, hay más de 5 millones y medio de adolescentes de entre 10 y 18 años que experimentan brechas entre el derecho formal y su ejercicio efectivo, que difiere según el lugar donde nacen y las características socioeconómicas de sus hogares. Aproximadamente, la mitad de los adolescentes de entre 13 y 17 años vive en situación de pobreza por bajos ingresos (UNICEF, 2017). Si bien en nuestro país hubo algunos avances en distintos aspectos del desarrollo social, aún se observan escenarios heterogéneos que ponen de manifiesto desigualdades sociales profundas, que se replican también en otros países de América Latina (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2017).

Ahora bien, las disparidades sociales tienen su correlato en la salud y calidad de vida de las personas, y la infancia y la adolescencia son períodos de máxima vulnerabilidad. Numerosas investigaciones dan cuenta de que el contexto social es un determinante clave también del riesgo de exposiciones insalubres así como del grado de susceptibilidad ante las mismas, y de la capacidad de la persona de sobreponerse a las situaciones de estrés o enfermedad. Así, a nivel poblacional, existen indicadores de salud que deben ser revisados en el marco de sus contextos socioambientales, haciendo especial énfasis en los grupos que transitan períodos de vulnerabilidad, como los adolescentes que residen en contextos socialmente desfavorecidos. Ellos pueden manifestar colectivamente una salud deficiente producto de la misma situación en la que viven. Es en ese sentido que el estudio de las desigualdades socioterritoriales de indicadores sanitarios puede contribuir, como sustento, en el diseño de las políticas y programas orientados a reducir las diferencias en lo que atañe a la salud, que se juzgan como arbitrarias, evitables e injustas (OPS-OMS, 2016).

PATRÓN GEOGRÁFICO
DE INDICADORES DE
SALUD INTEGRAL EN
LA ADOLESCENCIA E
INEQUIDADES SOCIALES
EN LA ARGENTINA

Metodología de trabajo

Con el fin de visualizar un escenario completo y abarcativo de la situación en salud de los adolescentes en Argentina, se propone en este capítulo un análisis socioterritorial de los indicadores de salud integral obtenidos a partir de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), realizada en el año 2012 (Ministerio de Salud, 2013). Esta encuesta utilizó una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos con representatividad provincial sobre los comportamientos y hábitos en estudiantes de 13 a 15 años, relacionados con las principales causas de enfermedad y muerte entre los jóvenes y adultos.

Para la selección de los participantes, se diseñó un muestreo representativo (por conglomerados, bietápico) de alumnos de primero, segundo y tercer año de escuelas secundarias de todas las jurisdicciones del país (con excepción de la provincia de Formosa, que no participó). En primer lugar, por cada una, se seleccionaron veinticinco escuelas secundarias, según una probabilidad proporcional al número de estudiantes cursando de primero a tercer año. En una segunda instancia, se eligieron al azar dos o tres cursos por escuela. La tasa de respuesta institucional fue del 91%, mientras que la de estudiantes fue del 79% (es decir, una tasa de respuesta global del 71%). De este modo, la EMSE 2012 fue completada por 20.890 alumnos de 13 a 15 años de 544 escuelas de Argentina.

Con el fin de hacer generalizable la información a toda la población de estudiantes de esas edades en el país, los resultados fueron ponderados teniendo en cuenta: (a) la probabilidad de cada escuela y curso de ser seleccionado; (b) la tasa de falta de respuesta de escuelas y estudiantes; y (c) la distribución de la población según el sexo y el año cursado. Esta metodología permitió que un estudiante representara a muchos otros con similares características demográficas.

Variables de estudio

El cuestionario utilizado incluyó información sociodemográfica e indagó sobre conductas relacionadas con el comportamiento alimentario, la higiene, la vacunación, el consumo de alcohol y otras drogas; la violencia y daños no intencionados; la salud mental; el consumo de tabaco; los comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y a embarazos no deseados; y la actividad física y los factores de protección.

Particularmente, en el presente trabajo se analizaron *la proporción de adolescentes con obesidad según el sexo* (de acuerdo al índice de masa corporal por sexo y edad, considerando los puntos de corte proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, IMC/edad > 2SD); el nivel de actividad física, mediante indicadores como *el porcentaje de adolescentes físicamente activos* (es decir, durante al menos 60 minutos diarios) y *la proporción de sedentarismo* (permanecer sentados 3 horas diarias o más fuera del horario escolar). También se utilizaron indicadores de consumo alimentario, tales como *el porcentaje de consumo habitual de bebidas azucaradas* y *consumo habitual de frutas y verduras*; hábitos tóxicos, representados por *el porcentaje de consumo de alcohol*, *el hábito de fumar* y *el uso de drogas*; *experiencia sexual temprana* (antes de los 14 años) y *uso de preservativo*. Además, se analizó *la proporción de adolescentes que se sintieron solos o solas siempre o casi siempre en los últimos 12 meses*, como indicador de salud mental.

La distribución geográfica de cada uno de estos indicadores se representa a través de mapas a escala provincial, en algunos casos por sexo, según quintiles de su distribución, en los que la intensidad de color es creciente a medida que se incrementa la proporción de adolescentes que presenta la característica analizada. Simultáneamente, fueron ilustrados el índice de nivel socioeconómico (NSE) 2010 propuesto por Velázquez (2016) o el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI), según el INDEC (2010), mediante símbolos proporcionales (círculos), superpuestos sobre los mapas de coropletas de cada indicador analizado. El tamaño de los círculos para cada provincia es directamente proporcional al valor de esos indicadores socioeconómicos.

Distribución geográfica de indicadores

La prevalencia de sobrepeso y de obesidad en la población infantil y adolescente ha aumentado de manera alarmante en los últimos decenios (NCD-RisC, 2017). La obesidad se define como el incremento de la masa corporal, a expensas de tejido adiposo, que compromete la salud y el desarrollo de las actividades diarias. Además de las implicancias que dichas patologías tienen sobre la calidad de vida de los individuos, es considerado un problema económico, debido a los elevados costos que demanda a los sistemas de salud (James y McPherson, 2017).

En Argentina, la prevalencia de sobrepeso en adolescentes en 2012 fue del 28,6%, es decir, que registra un aumento en relación con la encuesta realizada en 2007 (24,5%). Al evaluar la prevalencia según sexo, el sobrepeso fue mayor entre varones que entre mujeres (35% frente al 21%, respectivamente). La prevalencia de obesidad, en tanto, tuvo un incremento del 4,4% en 2007 al 5,9% en el 2012, y fue, también, más frecuente en varones (8,3%) que en mujeres (3,6%) en este último registro.

OBESIDAD

Aumento en indicadores

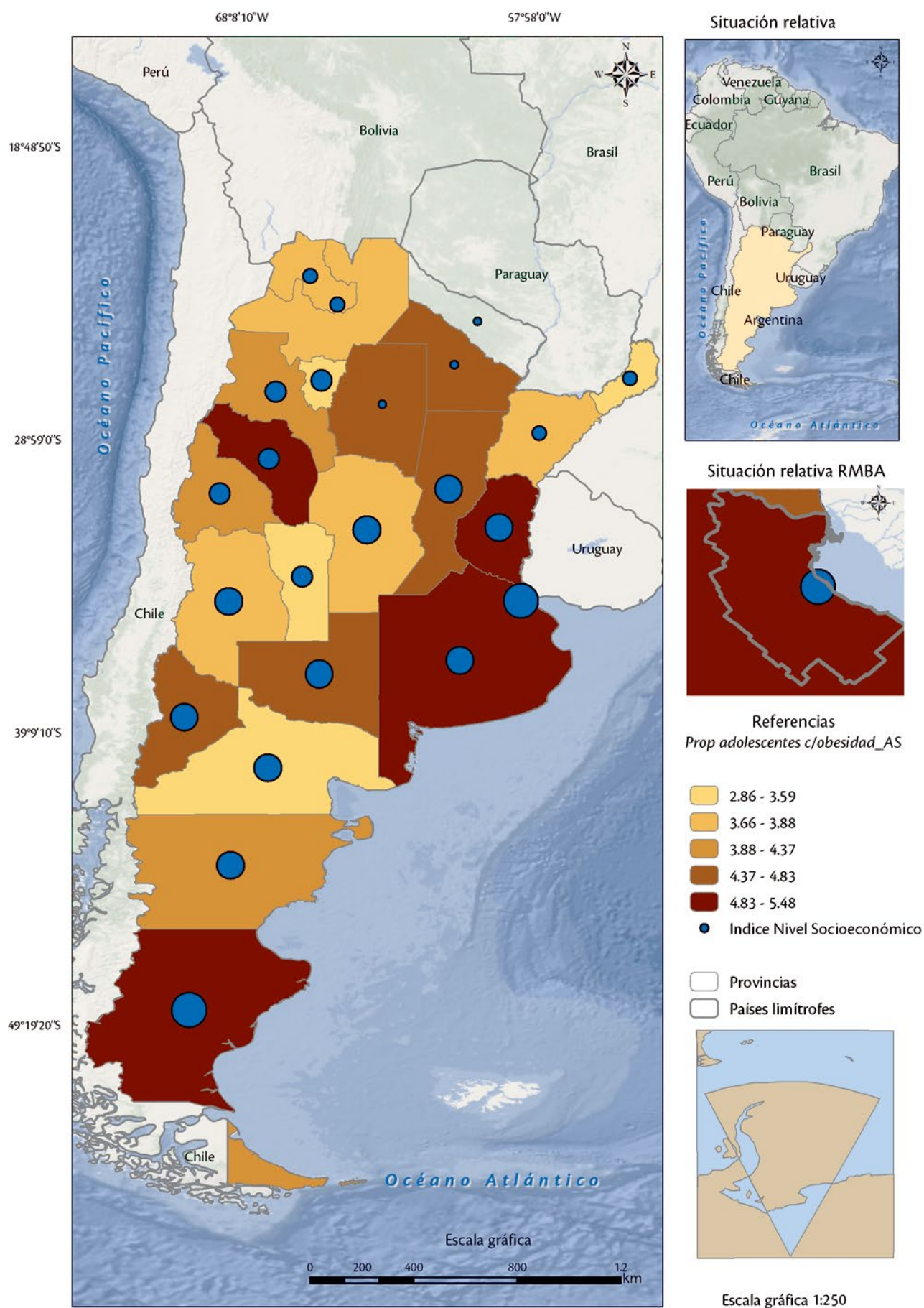
El mapa n° 1 muestra la distribución geográfica de la prevalencia de obesidad en Argentina por provincia en el total de la población estudiada (ver mapa n° 1 a) y según el sexo (ver mapa n° 1 b y c). Las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, La Rioja y Santa Cruz presentan las prevalencias más elevadas (de 4,81 a 5,49%), mientras que las más bajas (2,86 a 3,59%) se observan en Misiones, Tucumán, San Luis y Río Negro. Este patrón provincial de distribución no parece tener un correlato con el NSE.

Prevalencia de obesidad por provincia

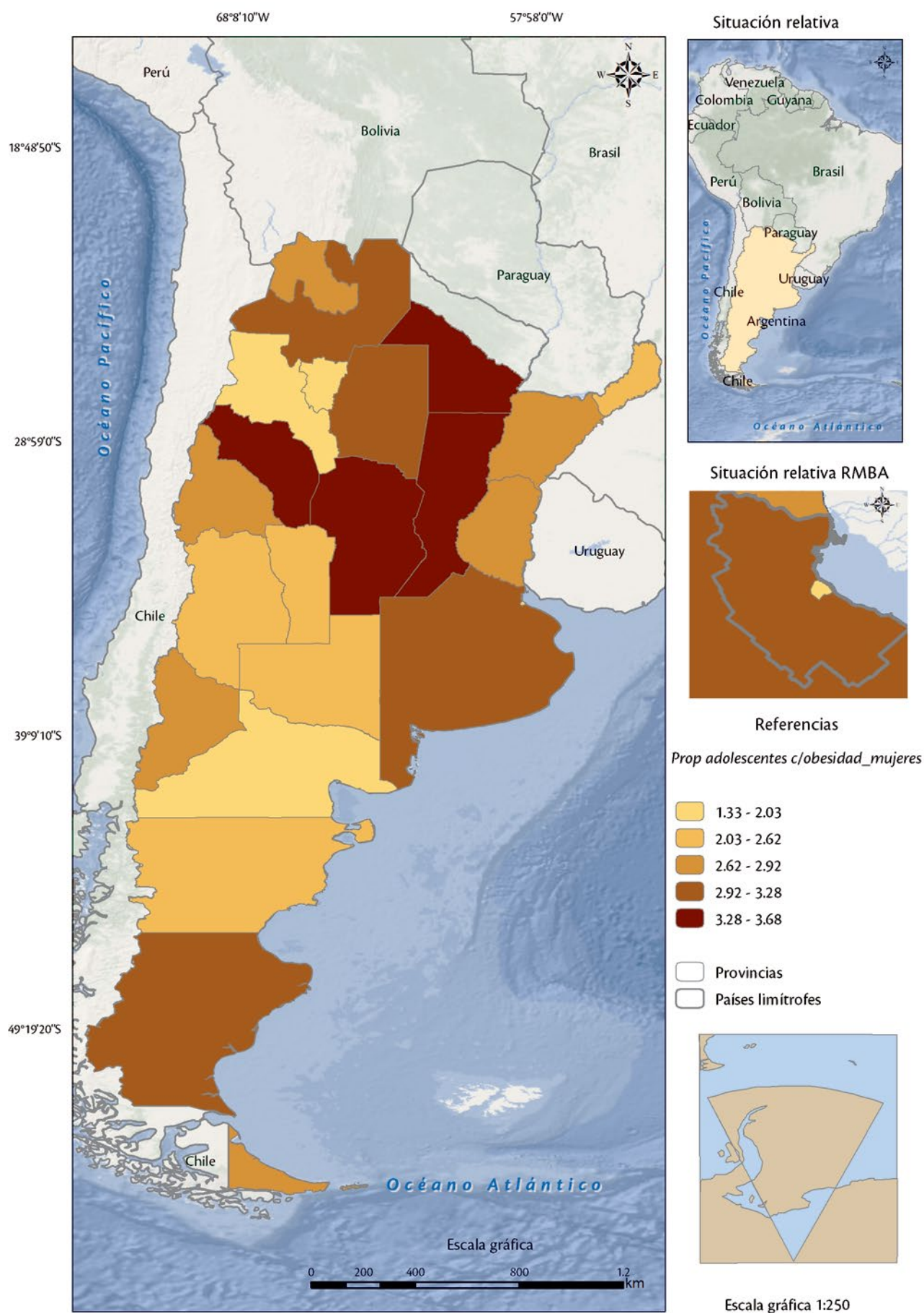
La prevalencia de obesidad en los varones fue notablemente disímil a la de mujeres, puesto que registra valores provinciales desde 3,78% en el primer quintil hasta 8,35% en el último. Por el contrario, para las mujeres, el primero y último intervalo fueron de menos de 1,33% y más de 3,68%, respectivamente.

Prevalencia de obesidad por sexo

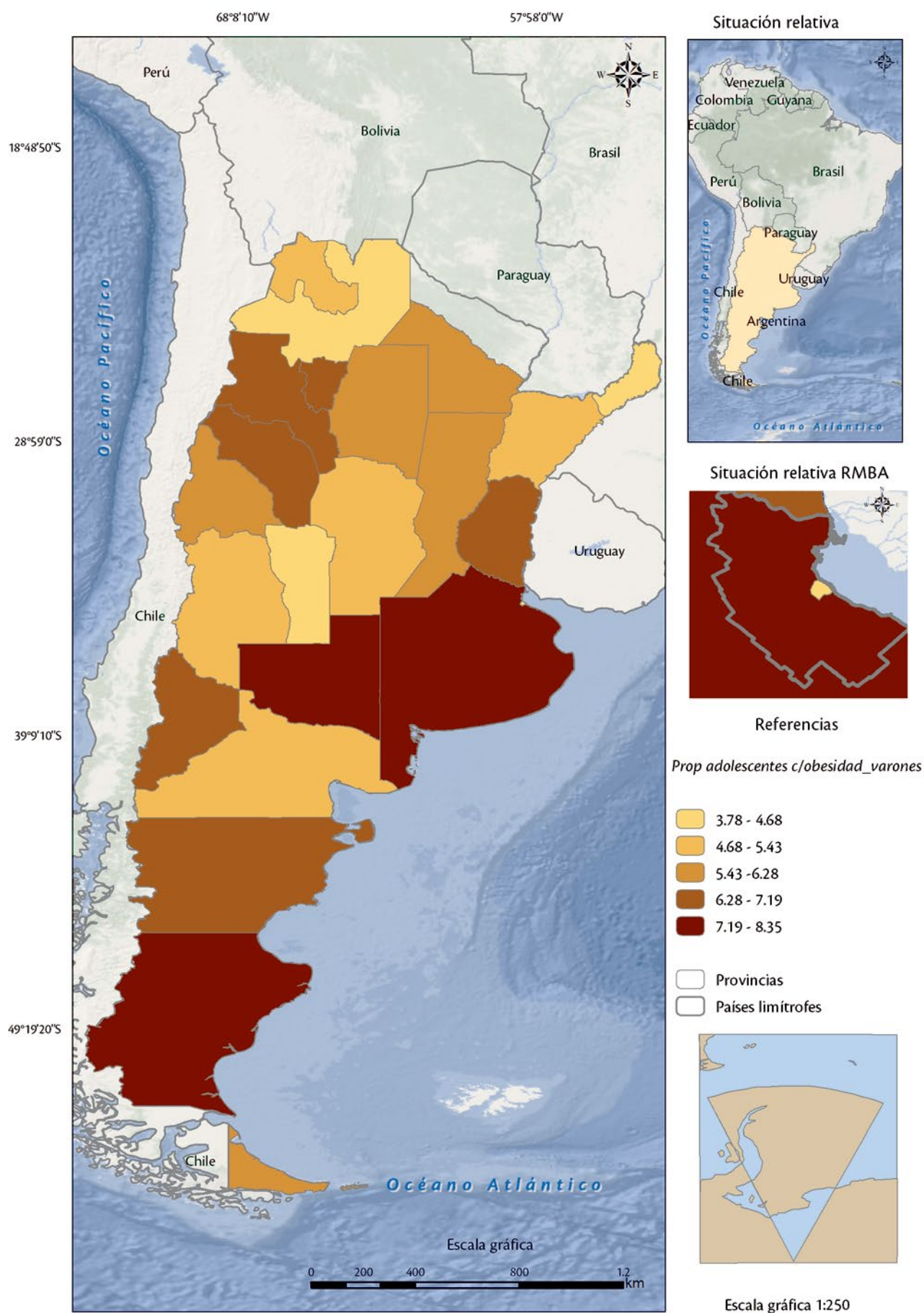
La distribución geográfica de esas prevalencias muestra, también, marcadas diferencias. Así, mientras que, para la población femenina, los mayores valores se observan en provincias del centro y norte (tales como La Rioja, Córdoba, Santa Fe y Chaco), para la masculina, se dan hacia el este (Entre Ríos, Buenos Aires y La Pampa) y al sur (Santa Cruz). Por último, cabe mencionar que la provincia de San Luis y CABA presentan tasas correspondientes al quintil más bajo tanto en varones como en mujeres. De manera similar, en Misiones, Río Negro y Mendoza los valores fueron bajos en ambos grupos.



Mapa n° 1a. Distribución geográfica de la prevalencia de obesidad en adolescentes de 13 a 15 años, total. Argentina, 2012.
Los símbolos de graduación proporcional representan el índice de nivel socioeconómico (NSE) para el año 2010.
Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.



Mapa n° 1b. Distribución geográfica de la prevalencia de obesidad en adolescentes de 13 a 15 años, mujeres. Argentina, 2012. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.



Mapa nº 1c. Distribución geográfica de la prevalencia de obesidad en adolescentes de 13 a 15 años, varones. Argentina, 2012. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.

La participación en actividades físicas de manera regular proporciona numerosos beneficios para la salud en la población adolescente, entre los que se destacan una mejora en la capacidad cardiorrespiratoria y muscular y en la adquisición de contenido mineral óseo. A su vez, favorece el bienestar psicosocial, convirtiéndose en un aspecto clave para la promoción de la salud y la prevención del sobrepeso y la obesidad (Janssen y Leblanc, 2010; Fulton *et al.*, 2009; Gao, 2018). El exceso de peso corporal responde, entre otras cuestiones, a un balance positivo entre la energía total consumida y la gastada. Por lo tanto, los comportamientos del estilo de vida relacionados con el equilibrio energético, como las conductas sedentarias y la actividad física, son determinantes de su aparición. Estudios observacionales han señalado asociaciones inversas entre la actividad física y los indicadores de estado nutricional en la población pediátrica. En esta línea, las intervenciones en el ejercicio físico han mostrado ser exitosas en la reducción del índice de masa corporal (IMC) en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad (Kelley *et al.*, 2015; Mei *et al.*, 2016). Asimismo, se ha evidenciado recientemente que tanto el comportamiento sedentario como la actividad física son predictores significativos del IMC a medida que los niños transitan la adolescencia (Gao, 2018; Bai *et al.*, 2016).

La OMS recomienda que los adolescentes realicen al menos sesenta minutos diarios de actividad física moderada o intensa, ya sea mediante juegos o deportes, o actividades de desplazamiento (como andar en bicicleta o caminar) o la educación física. La adherencia a esta recomendación es baja. En efecto, se estima que a nivel mundial sólo la cumple el 20% de los adolescentes, y, entre ellos, la falta de actividad física es más elevada entre las mujeres (OMS, 2018a).

En esta sección, se analiza la práctica de actividad física referida por los participantes de la EMSE 2012. Para medirla, se consideró *físicamente activo* a quien estuvo en movimiento al menos sesenta minutos por día los últimos siete días y como *sedentario* al que reportó haber pasado tres horas o más viendo televisión, jugando en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear, en un día típico y fuera del horario escolar.

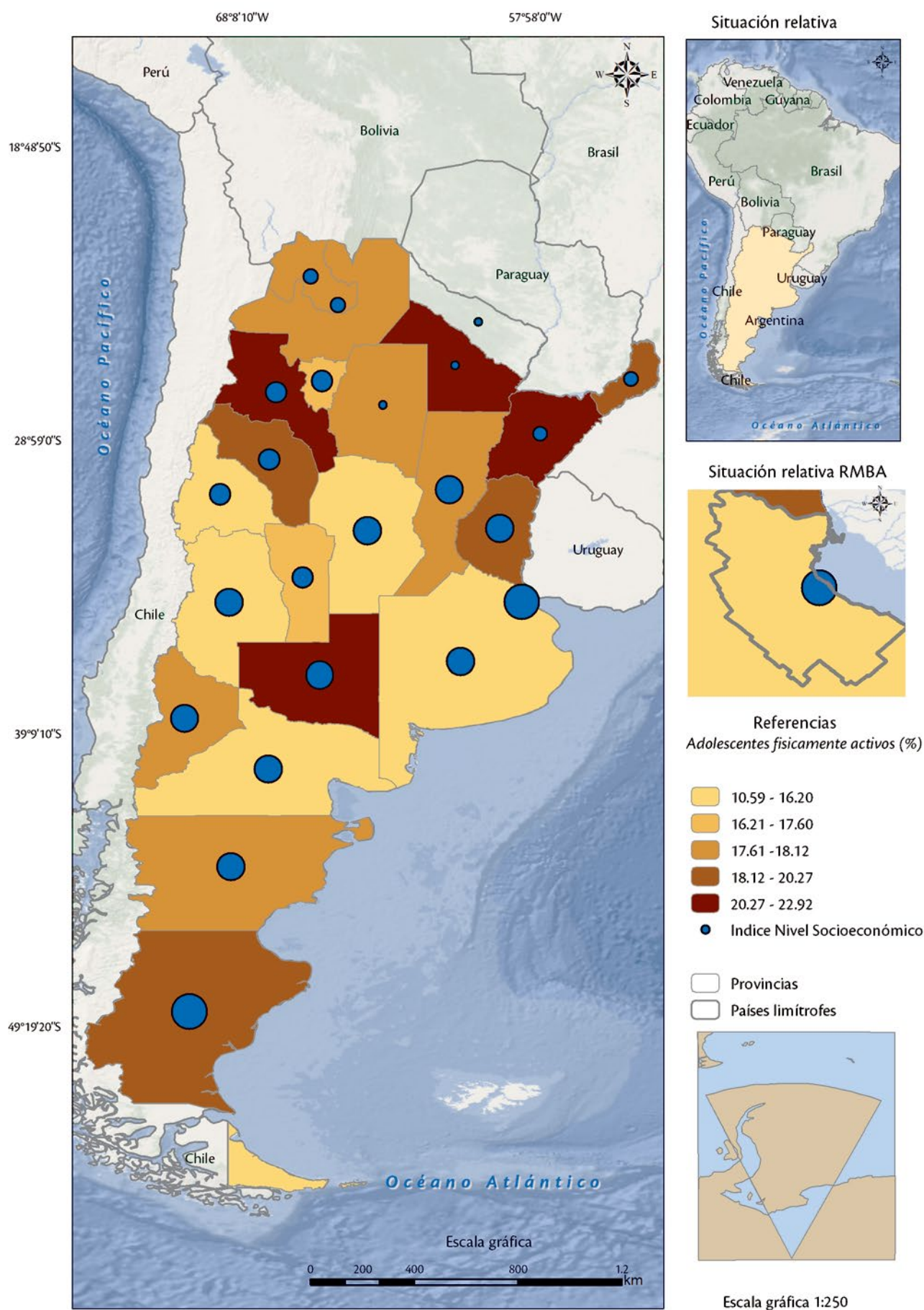
Los resultados mostraron que el 16,7% de los estudiantes encuestados declaró haber realizado actividad física según la recomendación. De ellos, la mayor proporción fue de varones (21,2% frente al 12,4% en mujeres). El mapa n° 2 exhibe la distribución de los indicadores mencionados y su relación con el nivel socioeconómico en cada provincia de Argentina. Según el mapa n° 2 a, Mendoza, Tierra del Fuego, Buenos Aires y CABA se encontraron en el quintil más bajo de adolescentes físicamente activos, a la vez que presentaron el nivel socioeconómico más elevado del país. Contrariamente, las provincias ubicadas en el norte argentino (Salta, Jujuy, Chaco, Santiago del Estero, Corrientes, Misiones, La Rioja y Catamarca), de nivel socioeconómico bajo o muy bajo, evidenciaron porcentajes más altos para este indicador. De esta manera, parece haber una asociación inversa entre el nivel de actividad física y el nivel socioeconómico, dado que la proporción de adolescentes físicamente activos resulta más baja en las provincias más favorecidas. Una excepción, sin embargo, se observa en la región de la Patagonia, en la que las provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut y Santa Cruz, aun presentando un nivel socioeconómico medio-alto o alto, muestran una proporción de adolescentes físicamente activos que aumenta a medida que avanza la localización de la provincia hacia el sur del país.

En sentido opuesto, la EMSE 2012 evidenció que en toda la Argentina el sedentarismo afecta a la mitad (50,3%) de los jóvenes de 13 a 15 años, y que es más frecuente en mujeres (53,4%) que en varones (47,1%). Asimismo, se observó que la proporción de alumnos sedentarios de 13 años era menor que en los grupos de 14 y 15 años (45,5%, 51,6%, 52,7%, respectivamente). El mapa n° 2 b muestra que esta tendencia varía entre las provincias de 36,6% a 41,8% en Mendoza, San Juan, Santiago del Estero, Chaco y Corrientes hasta porcentajes que oscilan entre el 53,4 al 58% en CABA, Río Negro, Chubut y Tierra del Fuego. Así pues, de manera inversa a lo observado con la actividad física, la proporción de jóvenes sedentarios parece ser mayor a medida que aumenta el nivel socioeconómico de la provincia.

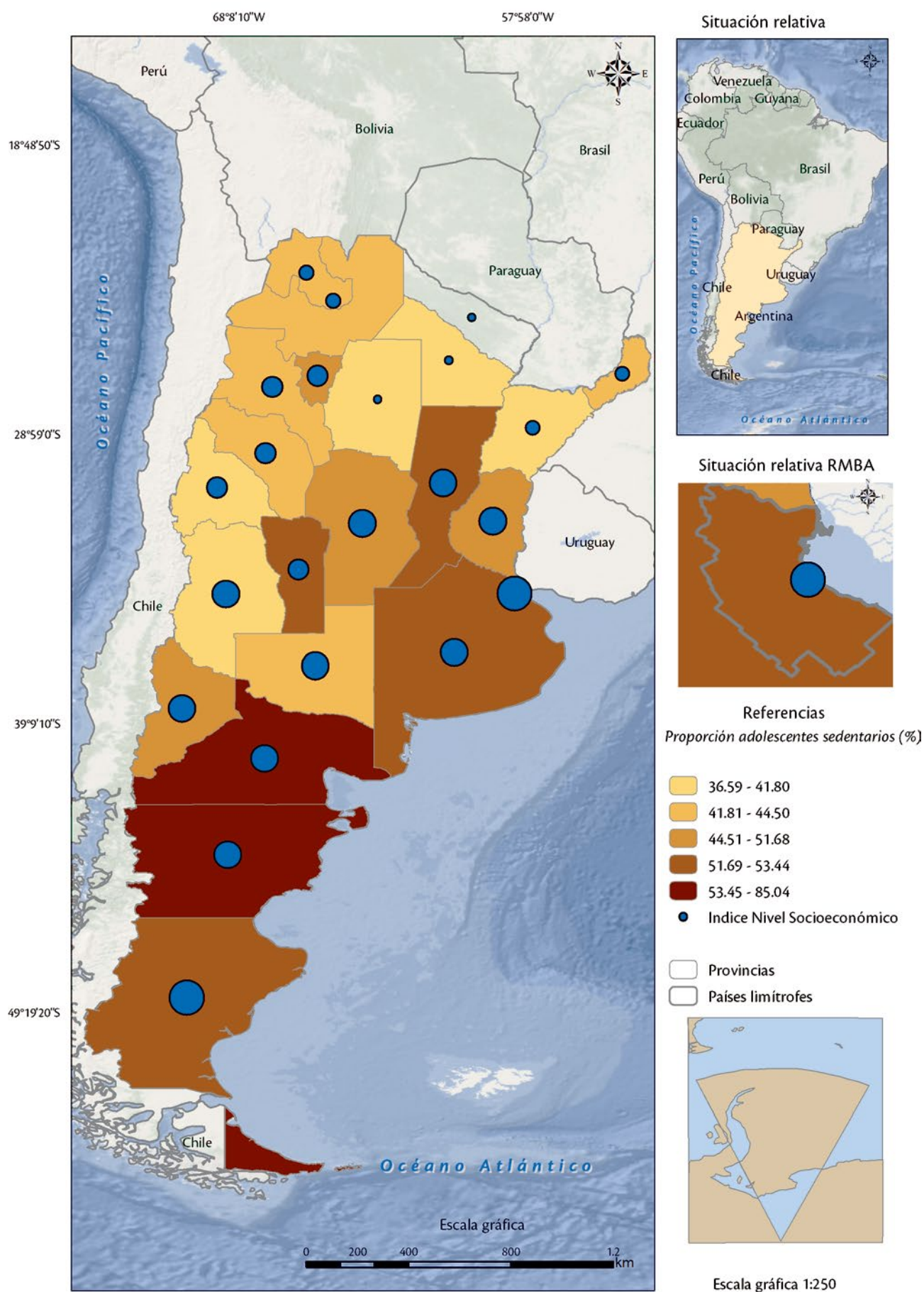
Recomendaciones de la OMS

Actividad física entre los
adolescentes encuestados

Sedentarismo



Mapa n° 2a. Distribución geográfica del nivel de adolescentes de 13 a 15 años físicamente activos. Argentina, 2012.
Los símbolos de graduación proporcional representan el índice de nivel socioeconómico (NSE) para el año 2010.
Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.



Mapa n° 2b. Distribución geográfica del nivel de adolescentes de 13 a 15 años sedentarios. Argentina, 2012.
 Los símbolos de graduación proporcional representan el índice de nivel socioeconómico (NSE) para el año 2010.
 Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.

Definición del comportamiento alimentario

La alimentación adecuada es fundamental durante la infancia y la adolescencia para lograr las metas de crecimiento acordes con el potencial genético de cada individuo y para evitar efectos deletéreos en la salud, a corto y a largo plazo, derivados de una alimentación insuficiente o desbalanceada (Valdez Gómez *et al.*, 2012). Así, individuos con una alimentación de baja calidad (es decir, con elevado contenido de azúcar y grasas saturadas, y pobres en frutas o verduras) tienen más probabilidades de desarrollar una variedad de problemas de salud mental y física (Mason *et al.*, 2019).

En la adolescencia, se establecen los hábitos alimentarios, madura el gusto, se definen las preferencias y las aversiones pasajeras o definitivas, que constituyen la base del comportamiento alimentario para el resto de la vida. Esta etapa se caracteriza por ser un período de maduración física y mental y, en consecuencia, los requerimientos nutricionales se incrementan y varían de acuerdo con el sexo y las características individuales (Aguirre *et al.*, 2010). Se constituyen, así, como períodos de desarrollo en los que la prevención temprana y las intervenciones relacionadas a la alimentación revisten especial importancia, dado que son momentos críticos para el desarrollo de la obesidad y otras afecciones en la salud (Alberga *et al.*, 2012). Sin embargo, suele estar arraigado, en este grupo poblacional, un elevado consumo de comidas rápidas, refrigerios y gaseosas, sumado a uno muy bajo de verduras, frutas y productos frescos en general.

Indicadores sobre el consumo alimentario

En el marco de la EMSE 2012, se utilizaron diversos indicadores sobre la dieta de los adolescentes y se seleccionaron, para el presente trabajo, el *consumo adecuado de frutas y verduras* (al menos cinco porciones diarias habitualmente, según las recomendaciones de la OMS) y el *consumo de bebidas azucaradas* (una o más porciones al día habitualmente). Los resultados de la encuesta reflejaron que sólo el 17,6% del total de estudiantes declaró haber consumido la cantidad recomendada de alimentos frescos, sin distinciones según el sexo y la edad.

Distribución por provincia de consumo de frutas y verduras

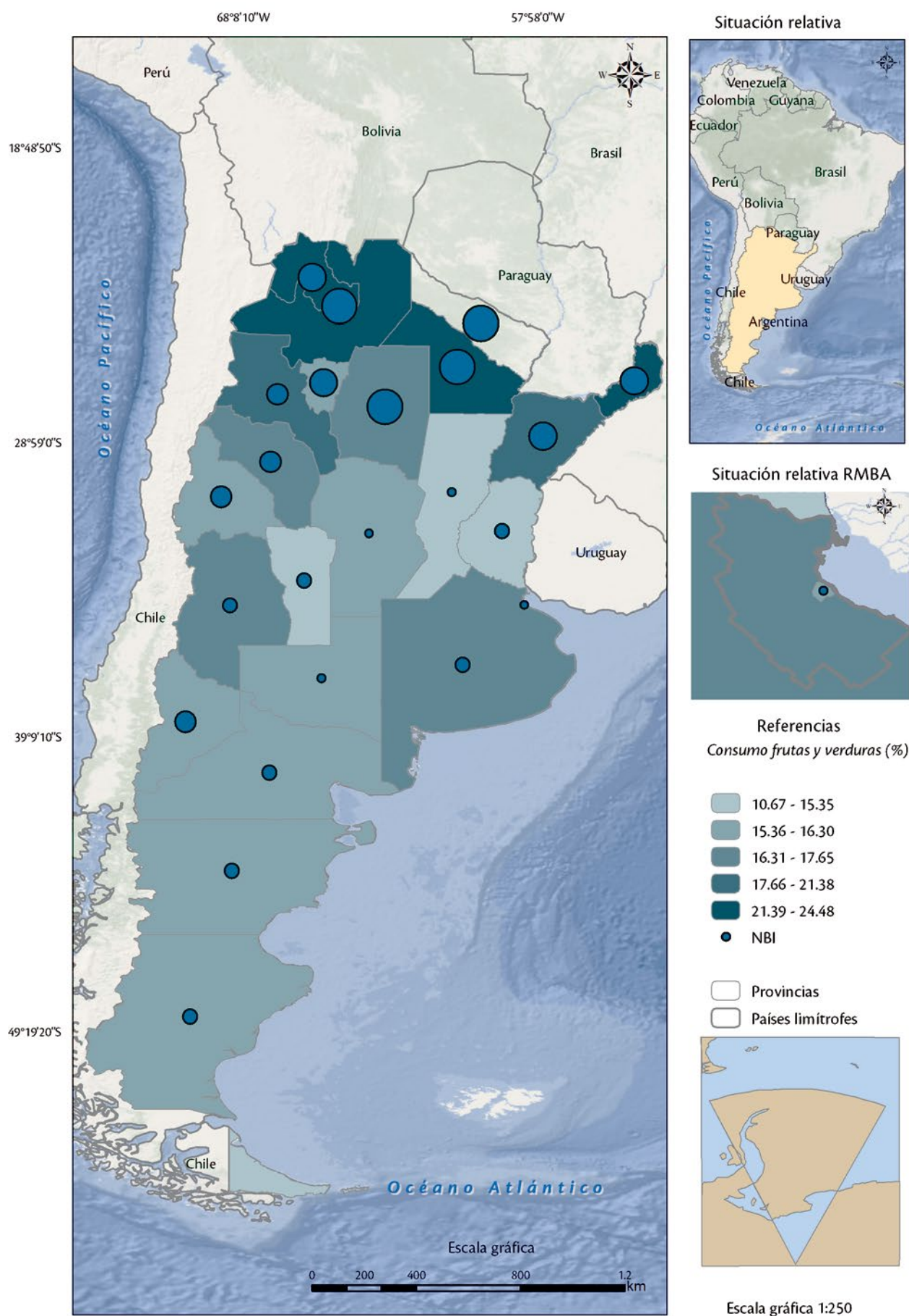
El mapa n° 2 a muestra la distribución por provincia de la proporción de estudiantes que manifestó tener un consumo habitual adecuado de frutas y verduras. Es necesario resaltar que, en ninguna de las provincias del territorio argentino, el porcentaje de estudiantes con ese hábito supera el 25%. Ahora bien, la zona con los valores más bajos (inferiores al 15%) se sitúa en el centro del país, particularmente en San Luis, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, y, hacia el sur, con proporciones moderadas (15 a 16,6%). En cambio, las provincias con porcentajes relativamente más elevados fueron Jujuy, Salta, Chaco y Misiones, cuya proporción de estudiantes con el hábito de consumir frutas y verduras de manera satisfactoria fue del 21,4 al 24,5%. Esa zona del norte, con porcentajes medios y altos, es coincidente con el área con mayores porcentajes de hogares con NBI.

Distribución por provincia de consumo de bebidas azucaradas

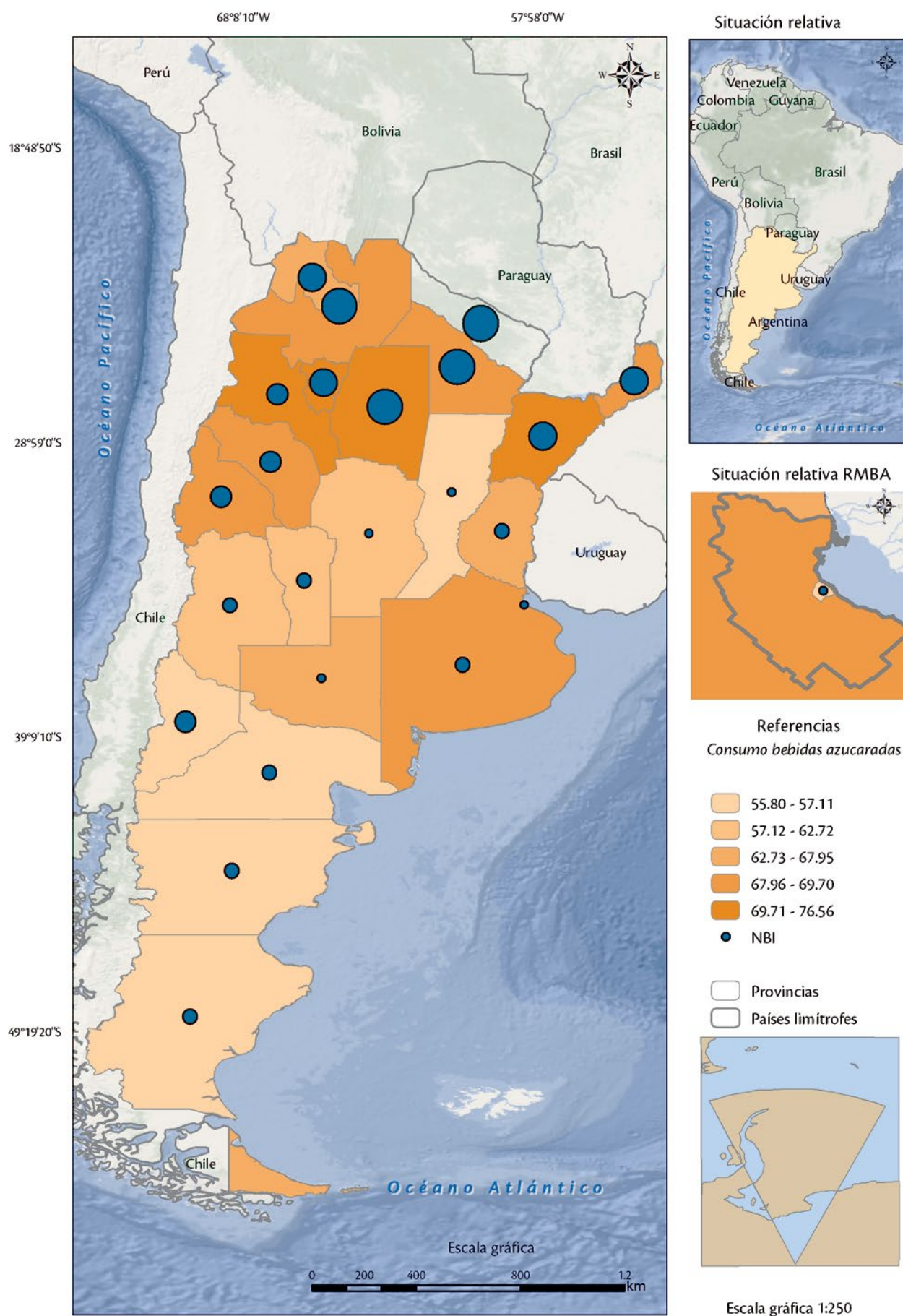
Por otra parte, en relación con el consumo diario habitual de bebidas gaseosas azucaradas, el 64,7% de los estudiantes encuestados declaró haberlas bebido diariamente en los últimos 30 días, sin diferencias según sexo o edad. El patrón geográfico de este indicador muestra una tendencia creciente desde el sur hacia el norte del país. Así, las provincias de la Patagonia y CABA reflejan las proporciones relativamente más bajas (inferiores al 57%); las del centro, porcentajes medios (desde 57 hasta 67,9%, excepto Provincia de Buenos Aires, cuyo porcentaje fue más elevado); en tanto que, las provincias del norte presentan valores superiores al 67,9%. Esta distribución, en la que, por lo general, coinciden las provincias más desfavorecidas (porcentajes de NBI superiores al 10%) con mayores niveles de consumo de bebidas azucaradas, también guarda similitud con la correspondiente a los hogares con al menos una NBI.

Figura n° 1. Exhibición de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono en un comercio gastronómico.
Fuente: Archivo IGEHCS, CONICET/UNCPBA.





Mapa n° 3a. Indicadores del consumo alimentario en adolescentes de 13 a 15 años, porcentaje que cumple la recomendación de consumo de frutas y verduras. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación (2013) e INDEC (2019).



Mapa n° 3b. Indicadores del consumo alimentario en adolescentes de 13 a 15 años, porcentaje que consume bebidas azucaradas habitualmente. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación (2013) e INDEC (2019).

En Argentina, se estima que alrededor de 52 mil personas fallecen por año por causas relacionadas directa o indirectamente al consumo de sustancias, lo que representa el 16,3% de las muertes totales del país. La gran mayoría de éstas se atribuyen al tabaquismo (82%), en segundo lugar, al consumo de alcohol (16%) y, en un menor porcentaje, al uso de estupefacientes (0,8%) y sustancias de uso indebido (0,6%) (SEDRONAR, 2012). Si bien la mayor parte de estas muertes se observa en adultos, están fuertemente relacionadas con comportamientos de riesgo adquiridos en edades tempranas (OMS, 2011).

En este apartado, abordaremos la distribución geográfica de la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas a partir de los resultados de la EMSE 2012, así como su posible correlación con condiciones del entorno de cada provincia (ver mapa n° 4 a-c).

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa de manera creciente en muchos países, dado que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección o realizar maniobras peligrosas al manejar un vehículo. Es una de las causas subyacentes de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), situaciones de violencia y muertes prematuras (OMS, 2018a). Además, el uso nocivo de alcohol está asociado con varios trastornos sociales, mentales y del comportamiento, y aumenta el riesgo de una amplia gama de enfermedades y de mortalidad (Mokdad *et al.*, 2016; Smyth *et al.*, 2015). Aún bajos niveles de consumo pueden aumentar el riesgo de numerosas enfermedades, incluyendo algunos cánceres (Bagnardi *et al.*, 2013).

La adolescencia es un período vulnerable en relación con la adopción de comportamientos perjudiciales, como el consumo de alcohol. En Argentina, el 50% de los estudiantes (de 12 a 15 años) bebió alguna vez alcohol en su vida; y, de ellos, el 75,9% lo hizo por primera vez antes de los 14 años. Este porcentaje fue mayor en varones (78,7%) que en mujeres (73,3%) ($p=0,04$).

En el mapa n° 1 a se observa que la proporción de adolescentes que consumió alcohol fue más elevada (mayor al 34%) en las provincias de la Patagonia y en una franja de provincias del centro del país, específicamente en Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba y San Luis. En cambio, todas las provincias del norte, así como también Buenos Aires, CABA y La Pampa presentaron tasas moderadas o bajas. Respecto de la relación con el NBI, si bien las proporciones bajas o moderadas hacia el norte del país son coincidentes con mayores porcentajes de hogares sin NBI, posiblemente éste no sea el único factor contextual que pueda ser asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas. De hecho, también se registra poco consumo en provincias con muy bajo porcentaje de ese indicador, como es el caso de Buenos Aires, CABA y La Pampa.

Otra de las exposiciones nocivas frecuentes en la adolescencia es el uso de tabaco. Está claramente establecido que no existe un nivel seguro o sin riesgo de consumo de tabaco o de exposición secundaria al humo. No obstante, la gran mayoría de las personas adultas que consumen tabaco en la actualidad comenzaron a hacerlo cuando eran adolescentes, y, cada día, miles de jóvenes menores de 18 años se convierten en fumadores habituales.

Si bien el tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas en el uso a lo largo del tiempo, la alta morbilidad y mortalidad por su consumo y exposición siguen siendo una amenaza para la salud de la población pediátrica. Los efectos deletéreos de esa exposición en los sistemas respiratorio, cardiovascular, hematológico, renal, en la obesidad y otras afecciones metabólicas, así como en la cognición y el control del comportamiento son innumerables y sobradamente probados (Makadia *et al.*, 2017).

A nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes (de 13 a 15 años) consume tabaco, y, en algunas regiones, esa cifra es mucho mayor. En Argentina, según los resultados de la última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ) realizada en el año 2012 por el Ministerio de Salud de la Nación (2013),

Consumo de alcohol

Consumo de tabaco

el 24,1% de los jóvenes declaró haber consumido alguna forma de tabaco en los últimos 30 días. Adicionalmente, los resultados de la EMSE 2012 reflejaron que el 75,5% de los estudiantes que probó el cigarrillo lo hizo por primera vez antes de los 14 años, sin distinguirse diferencias por sexo. Se observó, por lo tanto, un descenso en relación a la EMSE 2007 ($p < 0,05$).

La distribución geográfica del consumo de tabaco en los estudiantes muestra un esquema polarizado con mayores porcentajes del hábito de fumar en los extremos del país (ver mapa n° 4 b). En efecto, al norte, en Salta y Jujuy, y, al Sur, en las provincias de la Patagonia se identificaron los porcentajes más elevados (desde 28,4 hasta 37,3%); mientras que la franja central del país presentó valores medios o bajos. Buenos Aires, CABA, Santiago del Estero, Chaco y Corrientes son las provincias con los valores más bajos, inferiores al 17,7%.

Ahora bien, el esquema trazado por el porcentaje de estudiantes con hábito de fumar no parece corresponderse con la distribución de indicadores socioeconómicos de las provincias. En efecto, en las regiones donde se presentan contextos más desfavorables (elevados porcentajes de hogares con NBI), se advierten desde los valores más bajos (Santiago del Estero, Chaco y Corrientes) a los más altos (Salta) de consumo de tabaco, y lo mismo ocurre en las regiones con mejores condiciones estructurales. Por ejemplo, mientras que en CABA y Buenos Aires se observan bajos porcentajes, en Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego los valores de consumo de tabaco son elevados.

Consumo de drogas

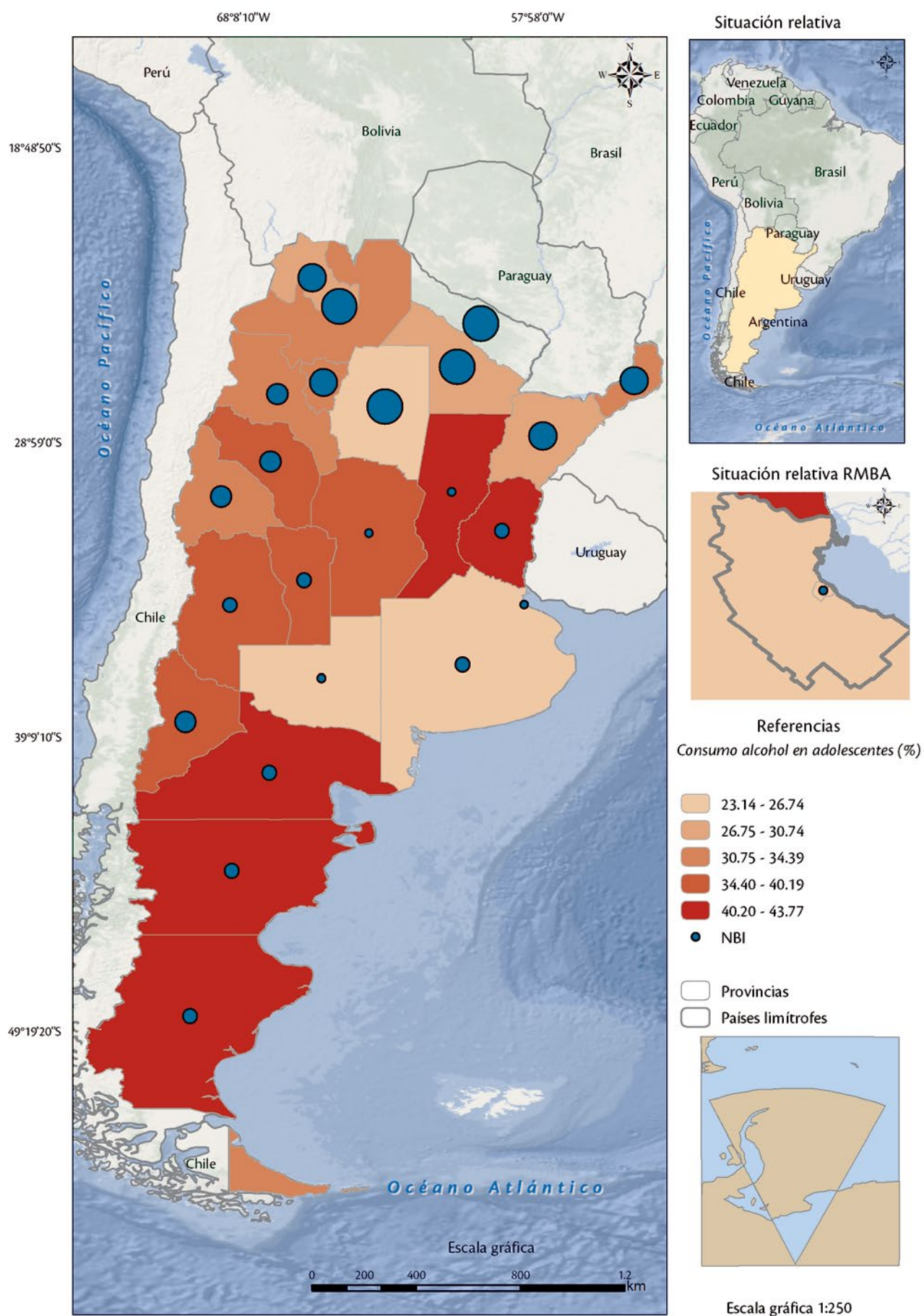
Por último, el consumo de drogas entre los jóvenes también es una fuente de preocupación importante en el mundo. En la población general, el consumo de cannabis está aumentando y, aproximadamente, la mitad de los países muestran aumentos en el uso de cocaína. En la población de estudiantes de enseñanza secundaria, la mayoría de los países con datos de tendencias disponibles muestra un aumento en el consumo de cannabis, aunque las tendencias de la cocaína son más variadas en este grupo de edad (OEA, 2019).

El consumo de drogas ilegales no es un hecho infrecuente en nuestro país. Según una encuesta realizada por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el 12,3% de los estudiantes de secundario refirió haber consumido alguna droga ilícita en el último año. La de mayor prevalencia fue la marihuana (10,3%), seguida por la cocaína (2,7%) (SEDRONAR, 2012). Según datos de la EMSE, al consultarles a los estudiantes sobre el consumo de drogas ilícitas, el 10% refirió haberlas usado al menos una vez en la vida. Este porcentaje fue mayor en varones (12,1%) que en mujeres (8%) ($p = 0,03$). Asimismo, entre aquellos estudiantes que consumieron drogas ilícitas alguna vez, el 62% lo hizo antes de los 14 años.

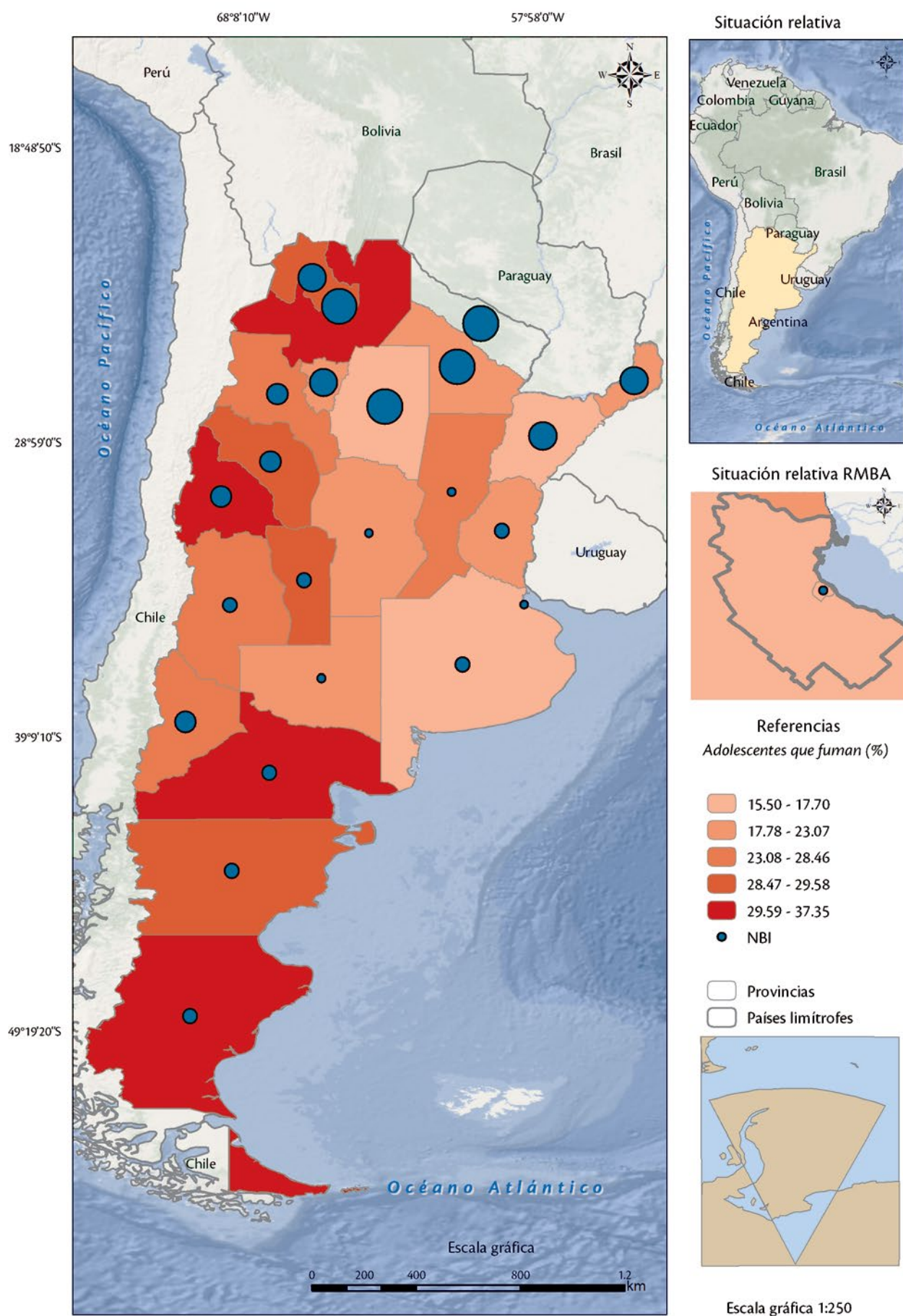
Figura n° 2. Detalle de la fachada de uno de los establecimientos de REMAR Argentina, dedicado a la recuperación de jóvenes adictos.
Fuente: Archivo IGEHCS, CONICET/UNCPBA.



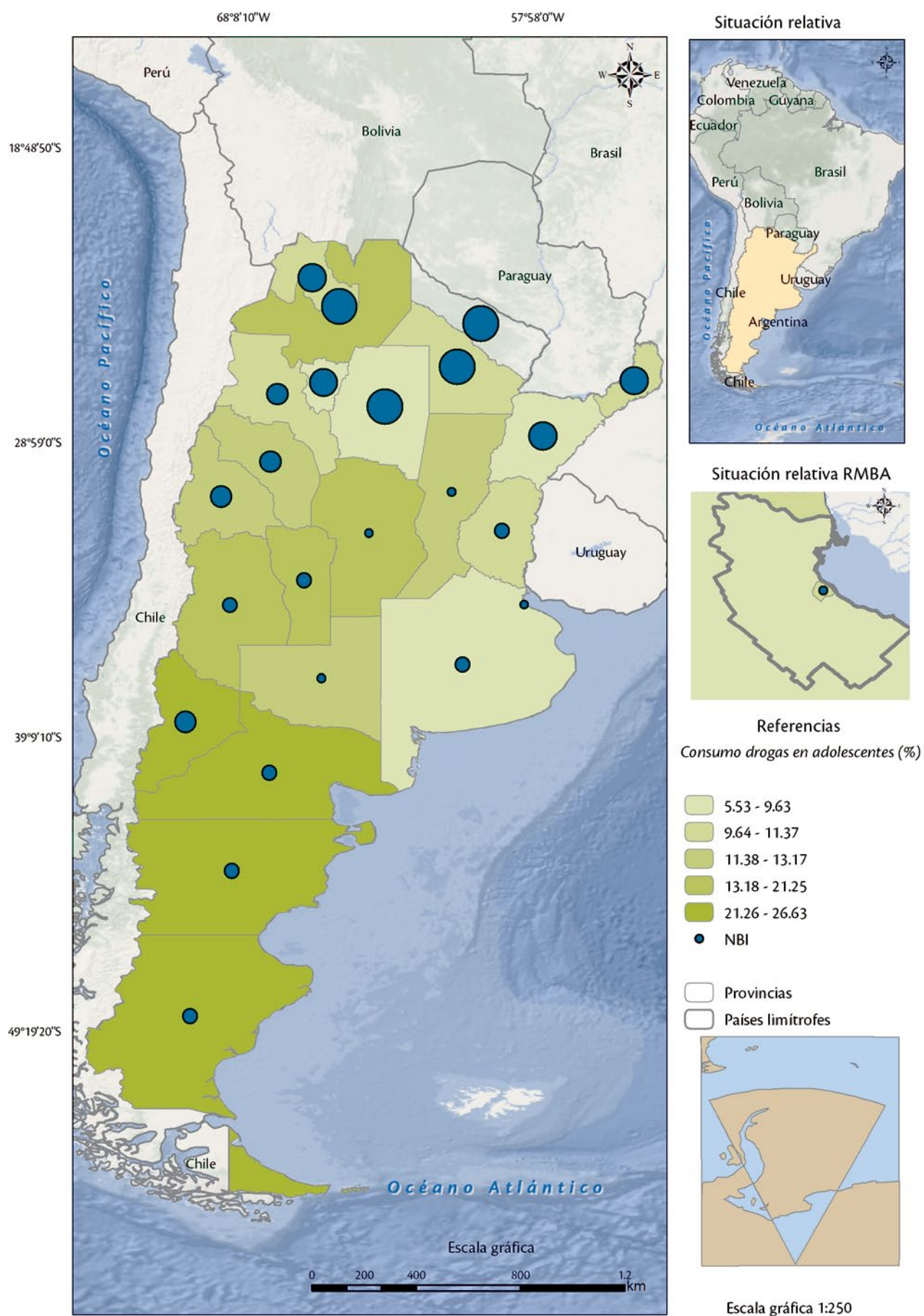
Como se observa en el mapa n° 4 c, los porcentajes más elevados (mayores al 13%) de quienes refirieron haberlas usado se registraron en las provincias de la Patagonia y en Salta. Por el contrario, en el centro y norte del país, los porcentajes de consumo fueron menores (inferiores al 13%), particularmente en Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Corrientes y provincia de Buenos Aires, donde es inferior al 9,6%. De este modo, puede advertirse que la distribución geográfica del uso de drogas se asemeja a la de tabaco. Si bien el indicador no sigue un patrón claramente ligado al contexto socioeconómico de las provincias, cabe mencionar que todas aquellas que contaban con mayores prevalencias de hogares con NBI muestran menores porcentajes de adolescentes que refirieron haber incurrido en el uso de ese tipo de sustancias (a excepción de Salta).



Mapa n° 4a. Consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 e INDEC 2019.



Mapa n° 4b. Hábito de fumar en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 e INDEC 2019.



Mapa n° 4c. Uso de drogas en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 e INDEC 2019.

Durante la adolescencia, los veloces cambios en el desarrollo biopsicosocial involucran la progresiva maduración sexual y reproductiva. En ese período, se advierten como problemas más frecuentes las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no intencionales y sus consecuencias. Es por eso que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes representa un asunto relevante en nuestro país y en el mundo.

La OMS (2006) la define como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencia o enfermedad, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Por lo tanto, la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si quieren hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (...) (OMS, 2006:4)

Esta conceptualización lleva implícita la necesidad de garantizar a hombres y mujeres la información y acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación familiar y a métodos para la regulación de la fertilidad dentro de los marcos legales de cada país. Asimismo, revalorizar el derecho al acceso a los servicios de atención médica adecuados que permitan transitar el embarazo y el parto de manera segura y brindar a las parejas, y a la descendencia, mejores oportunidades de salud (OMS, 2006). Sin embargo, existen dificultades para medir la salud sexual. En consecuencia, los indicadores se centran principalmente en problemas y no en mediciones de comportamientos saludables (OPS, 2008).

Adolescentes con VIH

Se estima que, en 2016, vivían en el mundo 2,1 millones de adolescentes con VIH. El número total de muertes relacionadas con este virus ha disminuido con respecto al nivel máximo registrado en 2006. Sin embargo, las estimaciones indican que eso no se cumple en el caso de los adolescentes, probablemente debido a que la mayoría de ellos ha nacido antes de que se generalizara la prevención de la transmisión vertical del VIH gracias al tratamiento con antirretrovíricos. Una proporción sustancial de los VIH-positivos desconocen su estado serológico, y muchos de quienes lo conocen no reciben un tratamiento antirretrovírico eficaz prolongado. Por lo tanto, el riesgo de transmisión de la enfermedad es mayor (OMS, 2018a; OPS, 2013).

Embarazos de madres adolescentes

Aproximadamente el 11% de todos los partos en el mundo corresponden a mujeres de 15 a 19 años, y la mayor parte se registra en países de bajos y medianos ingresos. En 2018, la tasa mundial de natalidad de las jóvenes de esa edad fue de 44 nacimientos por mil y, según el país, oscilaba entre 1 y más de 200 por mil. Esas cifras indican un marcado descenso desde 1990, que se refleja también en la disminución de las tasas de mortalidad materna de las jóvenes de 15 a 19 años (Naciones Unidas, 2015; Santelli *et al.*, 2017).

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años. Además de estas consecuencias extremas, el embarazo precoz tiene un impacto profundo en la trayectoria de vida de las adolescentes, ya que obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con un mayor riesgo de eventos adversos en los procesos de salud-enfermedad tanto para ellas como para sus hijos. Por otro lado, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales, contribuyendo a perpetuar los ciclos intergeneracionales de pobreza y salud deficiente (OPS-OMS, 2016).

Indicadores de comportamientos sexuales

Los indicadores sobre comportamientos sexuales analizados en esta sección refieren a si se *ha tenido relaciones sexuales alguna vez*. Además, se indagó si *la primera relación sexual ocurrió antes de los 14 años* y si *usaron preservativo (siempre o casi siempre) en los últimos 12 meses*.

Los resultados mostraron que el 36,9% de los adolescentes había tenido relaciones sexuales. De ellos, el 43,5% fueron varones y el 30,7%, mujeres. Esto manifiesta un aumento respecto de los datos relevados en la EMSE del año 2007 (26% total; 34,9% varones vs. 18,8% mujeres).

En cuanto a la edad de inicio, el 58,8% de los jóvenes que tuvo relaciones sexuales lo hizo por primera vez antes de los 14 años, y esto fue más frecuente en varones (66,5%) que en mujeres (49,2%). Por otro lado, un 40,9% reportó haber utilizado preservativo siempre o casi siempre, sin observarse diferencias por sexo o edad, ni respecto a la encuesta anterior.

El mapa n° 5 a muestra, entre los adolescentes que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, la distribución por provincia (en porcentajes) de aquellos que las iniciaron antes de los 14 años. Las que presentaron los valores más elevados fueron Buenos Aires, La Pampa, Chaco y Tierra del Fuego (46 a 71,84%), seguidas de Córdoba, Mendoza, Corrientes y Entre Ríos, que oscilaron entre el 42 y el 46%. Las proporciones más bajas, en cambio, se encontraron en Santa Fe, San Luis, Santa Cruz y CABA con porcentajes inferiores al 40%. Por otra parte, en el mapa n° 5 b, se observa que, en las provincias del noroeste y sur argentino, el uso de preservativo es menos frecuente que en el noreste, Mendoza y La Pampa, cuyos valores fueron superiores al 77%.

Así pues, la baja proporción de adolescentes que inició las relaciones sexuales a edades tempranas, que se advierte en jurisdicciones más favorecidas (Santa Fe y CABA), coincide con los valores más altos en el uso de preservativo. Sin embargo, en las restantes provincias del país no se percibe un patrón de distribución que indique la correspondencia entre las conductas sexuales y el nivel socioeconómico.

Distribución por provincias

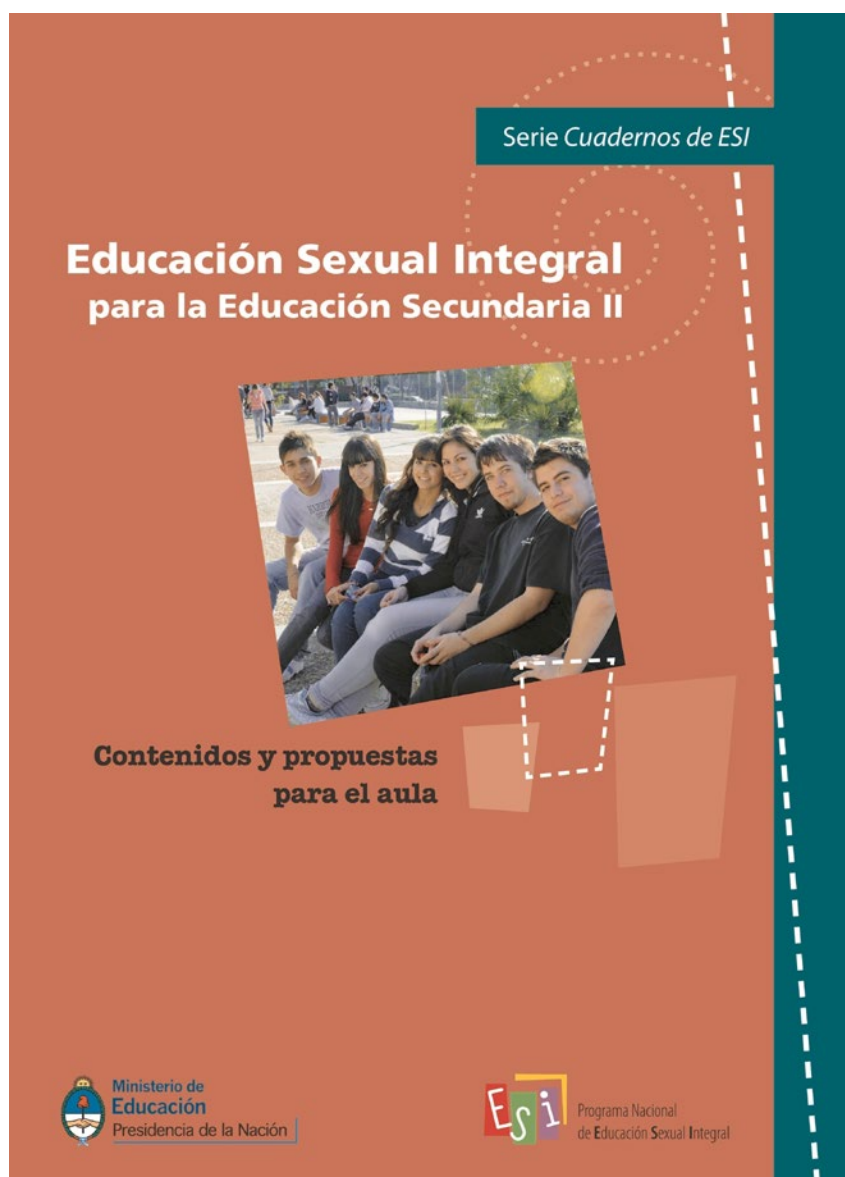
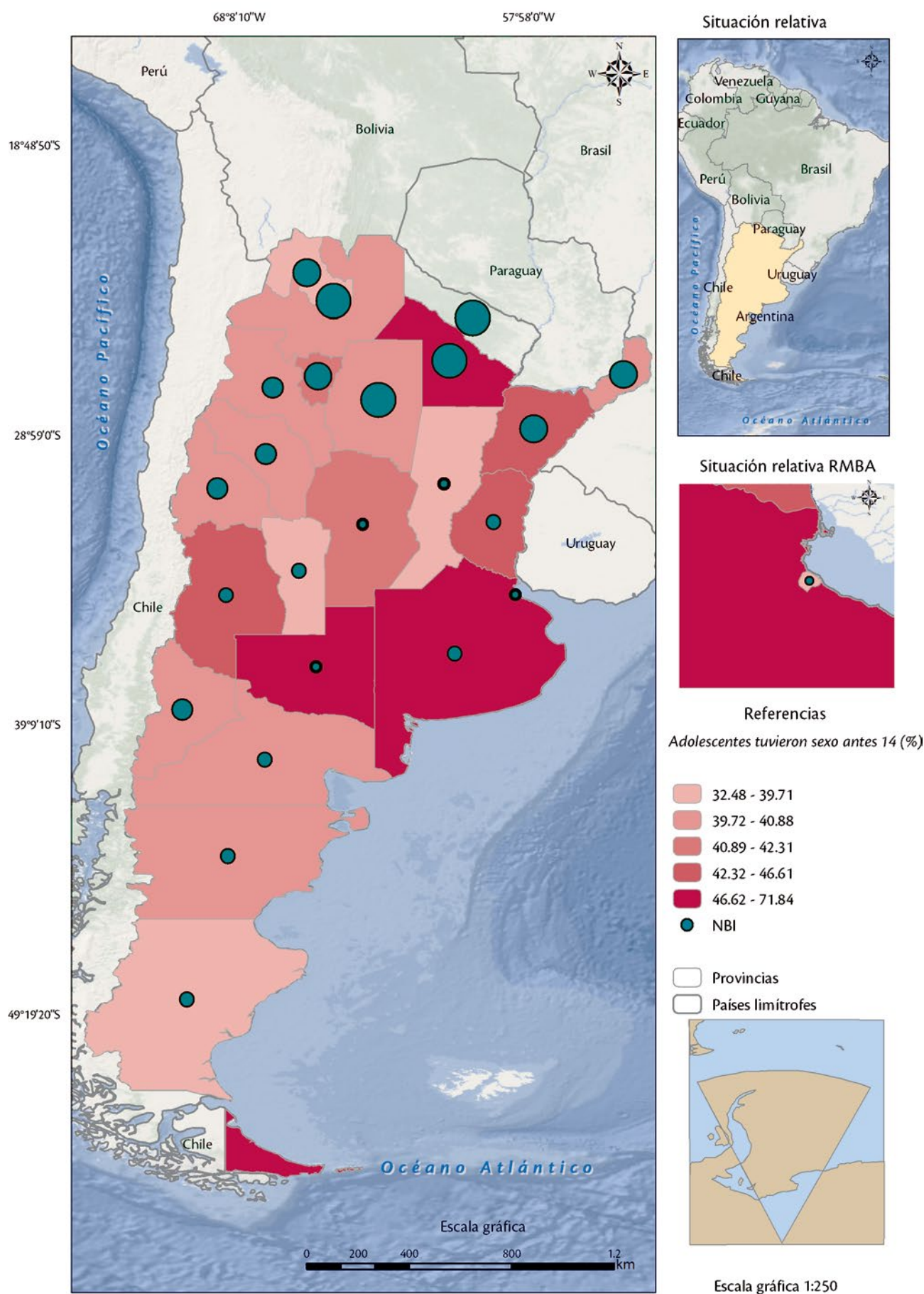
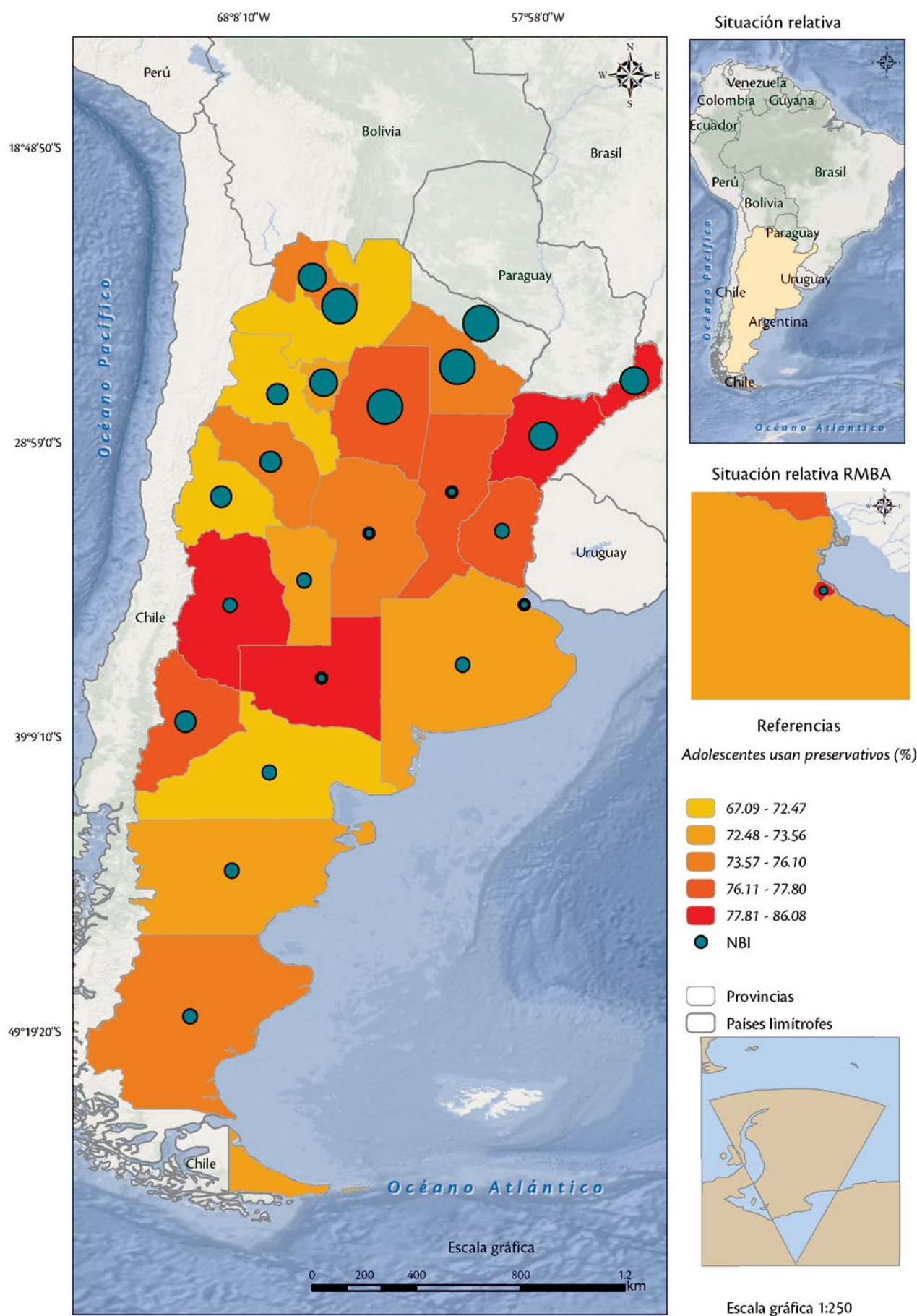


Figura n° 3. Portada de un título de la serie Cuadernos de ESI del Ministerio de Educación, del año 2012. Fuente: Ministerio de Educación de la Nación.



Mapa n° 5a. Indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes de 13 a 15 años: porcentaje cuya primera experiencia sexual fue anterior a los 14 años. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el índice de nivel socioeconómico (NSE) para el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.



Mapa n° 5b. Indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes de 13 a 15 años: porcentaje que usa preservativos. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el índice de nivel socioeconómico (NSE) para el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 y Velázquez 2016.

Los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales pueden incrementar la vulnerabilidad de los adolescentes ante situaciones adversas, como la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia. Se aumenta, así, el riesgo de padecer problemas relacionados a la salud mental. Entre otros factores determinantes que contribuyen al estrés durante la adolescencia, se puede reconocer el deseo de una mayor autonomía, la necesidad de sentirse incluidos en el grupo de pares y la participación en redes sociales a través del acceso a la tecnología. Por otro lado, la influencia de los medios puede exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones.

Asimismo, otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida dentro de sus hogares, las relaciones intrafamiliares, las privaciones socioeconómicas y la violencia (incluidos los malos tratos y la intimidación). Esta última es un factor de riesgo reconocido, puesto que los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales en la salud integral de todo individuo (OMS, 2019d).

Ansiedad y depresión

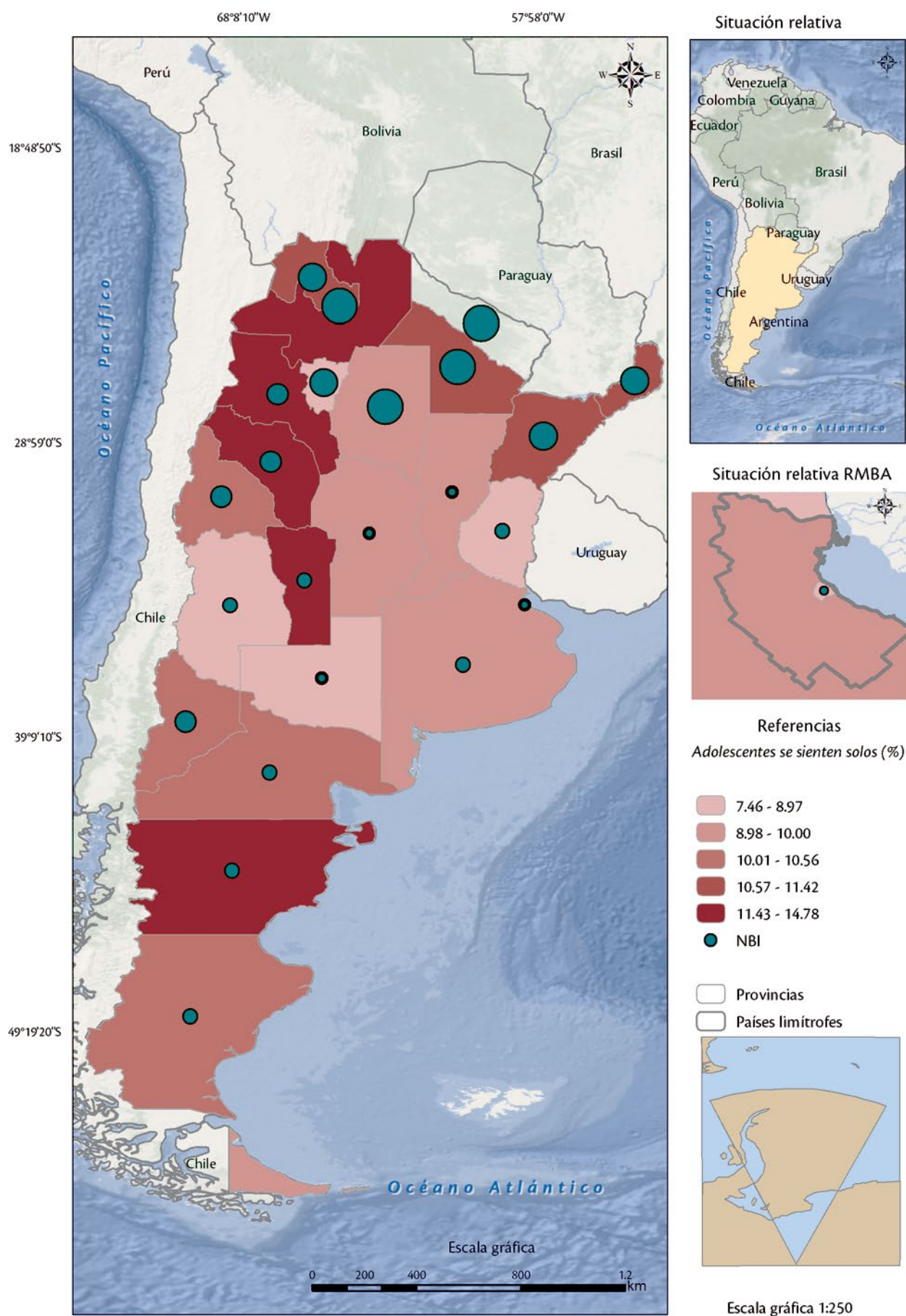
Durante la adolescencia, la ansiedad y la depresión son los padecimientos más frecuentes, y están fuertemente asociados al comportamiento suicida. Además, quienes sufren trastornos emocionales pueden experimentar irritabilidad excesiva, frustración o enojo, síntomas que suelen superponerse con cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo y con arrebatos emocionales. Los adolescentes más jóvenes pueden, incluso, desarrollar síntomas físicos relacionados con la emoción, como dolor abdominal, dolor de cabeza o náuseas (OMS, 2005).

Según datos de la OMS (2019), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial por enfermedades y lesiones en la población de 10 a 19 años. A nivel mundial, la depresión es la cuarta causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la decimoquinta entre los de 10 a 14. La ansiedad es la novena causa principal entre los 15 y 19 años, y la sexta para los de 10 a 14 años (OMS, 2019d).

Los trastornos emocionales pueden ser profundamente incapacitantes para un adolescente. En efecto, pueden afectar, por ejemplo, la asistencia y desempeño escolar, lo que puede exacerbar el aislamiento y la sensación de soledad. En el peor de los casos, la depresión conduce a quitarse la vida (OMS, 2019). Por ello, en relación con la salud mental, la EMSE (Ministerio de Salud de la Nación, 2013) incorporó algunos de los principales factores de riesgo de suicidio. Entre ellos, cabe mencionar los sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza, la pérdida de sueño debido a preocupaciones, la sociabilidad expresada en la presencia o ausencia de amigos cercanos. Asimismo, consideró el propio comportamiento suicida, indagando acerca de pensamientos, elaboración de planes e intento efectivo de suicidio.

En este capítulo, se analiza *la proporción de adolescentes que ha presentado sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza y preocupación siempre (o casi siempre) en los últimos 12 meses*. Este indicador evidenció la presencia de dicho sentimiento en el 9,3% de los adolescentes argentinos. Asimismo, se observó que del total de adolescentes que se sintió solo, un 43,8% intentó suicidarse, mientras que únicamente un 13% de los que no presentaron esta tendencia manifestó haberlo intentado alguna vez.

El mapa n° 6 muestra la distribución espacial de los adolescentes que siempre o casi siempre han tenido sentimientos de tristeza y soledad. Allí puede observarse que las provincias del noroeste (Salta, Catamarca y La Rioja), que presentan la mayor cantidad de hogares con alguna NBI, acumulan los porcentajes más altos (mayores a 11,4%) de adolescentes que se han sentido tristes y solos. Asimismo, en Jujuy y provincias del Litoral, como Misiones y Corrientes, se advierte esta correspondencia entre hogares con NBI (entre un 10 y un 15%) y el indicador de soledad (de alrededor del 11%).



Mapa n° 6. Adolescentes de 13 a 15 años con sentimiento de soledad. Argentina, 2012. Los símbolos de graduación proporcional representan el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) en el año 2010. Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2013 e INDEC 2019.

En consonancia con lo anterior, las provincias ubicadas hacia el centro del país (excepto San Luis) con menor proporción de hogares con carencias, fueron las que presentaron, a su vez, menores porcentajes de jóvenes que refirieron tristeza y soledad en esta encuesta. De esta manera, el patrón de distribución de ambos indicadores parece sugerir que las condiciones contextuales desfavorables se asocian a una mayor ocurrencia de dificultades emocionales en una población de alta vulnerabilidad biopsicosocial.

CONCLUSIONES

La complejidad de los procesos de salud requiere un abordaje integral, que reconozca la necesidad de considerar diferentes dimensiones del ser humano, desde sus características biológicas hasta las esferas psicológicas y emocionales, entendiendo que cada una de ellas presentará una dinámica diferente en cada etapa del ciclo vital. En efecto, son numerosos los determinantes sociales y ambientales que, de diversas maneras, moldean las trayectorias de salud a lo largo de la vida. Durante la niñez y la adolescencia, estos factores pueden tener un impacto tal, que incida de manera más o menos favorable en las posibilidades de desarrollo de las potencialidades de la persona. Por tal motivo, los Estados deben velar por garantizar condiciones de vida que permitan a los niños, niñas y jóvenes, vivir en entornos que faciliten el cuidado de la salud y contribuyan a su bienestar. Desde esta perspectiva resulta importante destacar que, pese a las mejoras producidas en nuestro país en distintos aspectos del desarrollo social, aún existen desigualdades sociales profundas que atraviesan la variedad de realidades socio-territoriales de Argentina y redundan en inequidades de salud.

Las problemáticas de los adolescentes analizados en este capítulo, muestran aspectos relacionados con comportamientos de riesgo que, si bien en alguna medida dependen de decisiones personales y responsabilidad individual respecto al cuidado de la propia salud por parte de los jóvenes y sus familias, es desde las políticas de Estado y la acción de las sociedades en su conjunto que debe asegurarse la existencia de oportunidades y entornos seguros y propicios para ello. Así, por ejemplo, se deben invertir esfuerzos en la generación de espacios que promuevan el desarrollo de actividades al aire libre, fomenten el ejercicio físico y la realización de actividades artísticas, deportivas o recreativas. De esta manera, se contribuye, por un lado, a acercarse a las recomendaciones de realización diaria de actividad física y, por otro, favorece la disminución de las horas de actividades sedentarias. Al mismo tiempo, los niños y adolescentes pueden encontrar, en estos espacios, oportunidades de expresión y vinculación con grupos de pares. Con ello, se promueve la integración social, el desarrollo de habilidades para las relaciones interpersonales, la comunicación y el desarrollo de valores como el compañerismo, el trabajo en equipo, el respeto y la solidaridad. La conformación de estos entornos positivos puede, además, ayudar al fortalecimiento de redes sociales para que sirvan de contención a aquellos adolescentes que estén transitando dificultades emocionales y contribuyan, de ese modo, a disminuir el riesgo de sufrir ansiedad y depresión.

Así como la creación de espacios adecuados para favorecer la protección de la salud, otras acciones, como el establecimiento de normativas que regulen la comercialización de ciertos productos, puede contribuir a mejorar la salud de los jóvenes y de la comunidad toda. En ese sentido, el gravado de impuestos y la consecuente suba de precio de esos productos, la prohibición de las publicidades referidas al consumo de tabaco y la existencia garantizada de entornos libres de humo son medidas clave. Asimismo, controlar la compra y el consumo de alcohol en menores de edad y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias. Respecto al control del consumo de drogas, éste puede centrarse en la reducción de la demanda y en las intervenciones comunitarias que fortalezcan la inserción de los adolescentes y de sus familias en grupos de contención.

Una de las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud (ODS 3) plantea la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, así como la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales (Naciones Unidas, 2015). Con miras a ello, uno de los indicadores propuestos con respecto a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente es la tasa de natalidad entre las adolescentes (OMS, 2015). La salud sexual y reproductiva de los adolescentes continúa siendo un asunto urgente tanto en nuestro país como en el resto de los países de América Latina. Las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no intencionales producto del acceso inequitativo a medidas de protección y anticoncepción repercuten negativamente en la salud de este grupo etario y continuarán impactando en su bienestar y desarrollo mientras no sean prioridades políticas y financieras para los gobiernos y los tomadores de decisión.

Por otro lado, el derecho a una alimentación saludable y culturalmente aceptable es también una problemática que merece ser tratada con atención, particularmente en los períodos de máximo crecimiento y desarrollo que transitan los individuos en las primeras etapas de su vida. Esto implica la reorganización de esfuerzos multisectoriales para asegurar la disponibilidad y el acceso equitativo a alimentos seguros, adecuados a las demandas nutricionales del organismo y culturalmente aceptables de acuerdo a los simbolismos y costumbres de cada comunidad.

La malnutrición, como expresión biológica de numerosos factores y determinantes socioambientales, ha mostrado en los últimos años una tendencia creciente del sobrepeso y la obesidad en todos los grupos etarios. En efecto, las prevalencias de dicha patología en Argentina, observadas a partir de la EMSE 2012, muestran una distribución que varía según las provincias y evidencia la determinación ambiental de la malnutrición. En ese sentido, es importante tener en cuenta que la obesidad refiere al incremento del tejido adiposo ocasionado por un balance energético positivo y, a la vez, en muchos casos, esconde carencias nutricionales específicas y deficiencias en las oportunidades de acceso a sistemas de salud y a entornos no obesogénicos. Por lo tanto, la prevención de la obesidad no debe centrarse únicamente en la asistencia ofrecida al individuo, sino que debe crear oportunidades de llevar adelante estilos de vida saludables, que estén al alcance de toda la población.

En suma, resulta fundamental que las acciones orientadas a la promoción de la salud, en todas sus dimensiones, procuren no sólo abordar al individuo, sino también los componentes de la sociedad y su contexto. Es necesario, entonces, actuar sobre los espacios donde transcurre la vida individual y social, impulsar leyes y diseñar políticas encaminadas a mejorar los entornos físicos y sociales, y, así, contribuir a una nación más justa en materia de salud.