

La mortalidad adolescente más allá de las causas externas. Un análisis en Argentina en los trienios 2005-2007 y 2015-2017

Adolescent mortality beyond external causes. An analysis in Argentina in the 2005-2007 and 2015-2017 triennia

Eleonora Rojas Cabrera

<https://orcid.org/0000-0002-8195-3027>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
y Universidad Nacional de Córdoba
eleonorarojascabrera@gmail.com

Andrés Peranovich

<https://orcid.org/0000-0002-7639-5091>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
y Universidad Nacional de Córdoba
andrescpere@gmail.com

Santiago Rodríguez López

<https://orcid.org/0000-0002-3539-3751>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
y Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Universidad Nacional de Córdoba
santiago.rodriguez@conicet.gov.ar

Natalia Tumas

<https://orcid.org/0000-0003-4730-6624>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
y Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba
natalia.tumas@unc.edu.ar

Fecha de envío: 23 de mayo de 2020. Fecha de dictamen: 16 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 20 de noviembre de 2020.

Resumen

Este trabajo analiza, desde una perspectiva sociodemográfica, el comportamiento de la mortalidad adolescente en Argentina, más allá de las causas externas, en los trienios 2005-2007 y 2015-2017. Para ello, se calculan y analizan tasas de mortalidad por sexo, grupo de edad, causas seleccionadas y regiones geográficas, con base en datos de la Dirección de Estadística e Información de Salud de la Nación y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. También se calculan el Coeficiente de Gini y los Años de Esperanza de Vida Perdidos a nivel regional para profundizar el análisis de la dinámica espacial de la mortalidad.

Los resultados muestran una reducción de la mortalidad adolescente para el conjunto de causas no externas. Sin embargo, se observan además: (a) mayores tasas de mortalidad masculina; (b) un aumento de la mortalidad en la población de 15 a 19 años de ambos sexos; (c) el predominio de los tumores como principal causa de muerte no externa; (d) un aumento de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso central, del aparato circulatorio, respiratorias y causas maternas, fundamentalmente entre los 15 y 19 años; y (e) la persistencia de diferencias interregionales, mayormente en detrimento del Noreste y del Noroeste.

Estos resultados refuerzan la importancia de emprender medidas focalizadas en las particularidades de cada región y los factores que inciden en la ocurrencia de las muertes registradas. Todo ello en favor de procurar una atención más integral de la salud de la población adolescente, y lograr así sociedades más saludables y sostenibles a futuro.

Abstract

This paper analyzes, from a socio-demographic perspective, the adolescent mortality in Argentina beyond external causes, in the 2005-2007 and 2015-2017 triennia. For this purpose, we calculate mortality rates by sex, age group, selected causes, and geographical regions based on data from the National Health Statistics and Information

Office and the National Institute of Statistics and Censuses. We also calculate the Gini Coefficient and Years of Life Lost at the regional level, in order to deepen the analysis of the spatial dynamics of mortality.

The results show a reduction in adolescent mortality for all non-external causes. However, they reveal in addition: (a) a higher mortality in men; (b) mortality rises in adolescents aged 15-19 years, regardless of sex; (c) tumors are still the main cause of non-external death; (d) mortality from diseases of the central nervous system, circulatory and respiratory systems and maternal causes increases, mainly in adolescents aged 15-19 years; and (e) differences among regions persist, mostly in the detriment of the Northeast and Northwest regions.

These results reinforce the importance of taking actions focused on the particularities of each geographical context and the factors that most influence the occurrence of registered deaths. All these in order to provide a more comprehensive health care of adolescents, and thus achieve healthier and more sustainable societies in the future.

Palabras clave: salud; mortalidad; adolescencia; causas no externas de muerte; Argentina.

Keywords: health; mortality; adolescence; non-external causes of death; Argentina.

Introducción

Desde mediados del siglo XX, los países de América Latina registran un considerable descenso en sus niveles de mortalidad merced de mejoras en las condiciones de vida, los adelantos en la medicina y la ampliación en la cobertura de los servicios de salud (Chackiel, 2004; Marinho, Soliz, Gawryszewski y Gerger, 2013; Calazanz y Queiroz, 2020). Este descenso deriva en un aumento de la esperanza de vida de las poblaciones y en cambios en el patrón de la mortalidad según causas, pasando del predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias (ligadas a carencias primarias de suministro de agua, servicios de saneamiento, condiciones habitacionales, entre otras) al predominio de enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos mentales y causas externas (estas dos últimas vinculadas a carencias secundarias como, por ejemplo, de seguridad personal, autoestima, entre otras) (Frenk, Frejka, Bobadilla,

Stern, Lozano, Sepúlveda y José, 1991).

Los cambios en el patrón de la mortalidad muestran diferenciales en la población de la región según la edad. En el caso de la población adolescente — personas comprendidas entre 10 y 19 años (UNICEF, 2011; OPS, 2018b)—, actualmente, las principales causas de muerte se corresponden con causas externas, es decir, homicidios, suicidios, accidentes de transporte terrestre y, en menor medida, otros accidentes (OPS, 2018a). Es vasta la producción científica sobre esta problemática (Yunes y Rajs, 1994; Yunes y Zubarew, 1999; Celis, Gómez Lomelí y Armas, 2003; Serfaty, Foglia, Masaútis y Negri, 2003; González Pérez, Vega López, Vega López, Muñoz de la Torre y Cabrera Pivaral, 2009; Cardona, Segura, Espinosa y Segura, 2013; Pantelides, Govea, Gaudio y Bruno, 2014; AUTOR, 2015), y son numerosas las acciones desde los estados en favor de su reducción, destinadas a contrarrestar las conductas de riesgo que propician la ocurrencia de las muertes (consumo de alcohol y drogas, entre otras) y concientizar acerca del uso de ciertos elementos para su prevención (por ejemplo, cinturón de seguridad y casco) (OMS, 2018; OPS, 2018a).

Como consecuencia de lo anterior, es menor el número de reportes e investigaciones que dan cuenta específicamente de las muertes adolescentes atribuidas a las restantes causas. A diferencia de las muertes por causas externas, que pueden ser evitadas en todos los casos (Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación, 2017), las muertes producto de causas no externas no pueden ser suprimidas en su totalidad. Sin embargo, una proporción considerable de ellas pueden prevenirse mediante acciones como vacunación (en el caso de ciertas patologías infecciosas y parasitarias), acceso a diagnósticos oportunos, tratamientos médicos adecuados y otras medidas que pueden emprenderse desde los sistemas dispuestos para la atención de la salud (tal el caso de los tumores, entre otras patologías) (OPS, 2018b; OPS, 2019), como así también en relación con el abordaje de factores de riesgos asociados (Salmerón Ruiz y Casas Rivero, 2013; OPS, 2018b).

Disponer de información completa y detallada acerca de las muertes por causas “no externas”, pertenecientes a un grupo poblacional con niveles de mortalidad comparativamente más bajos en relación a otros tramos etarios (UNICEF, 2017) —y, con frecuencia, por este motivo, desestimado en las políticas públicas (Salmerón Ruiz y Casas Rivero, 2013; OPS, 2018b)—, habilita el diseño de acciones para: (a) mantener logros derivados de inversiones relacionadas con la atención de la salud

materno-infantil, un asunto prioritario para el desarrollo y la calidad de vida de las poblaciones (OPS, 2018b); (b) fortalecer a la población adolescente como potencial activo impulsor de sociedades más saludables y sostenibles a futuro, mediante la satisfacción de necesidades concretas de salud más allá de las que se evidencian en estudios de mortalidad por causas externas y de factores de riesgo ligados a su ocurrencia (OPS, 2018b); (c) avanzar hacia el ejercicio pleno de derechos humanos (y reducir desigualdades históricas en este sentido), en cumplimiento de obligaciones que emanan de tratados internacionales que los reconocen como tales (como, por ejemplo, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989) y que generan obligaciones vinculantes para los estados que los ratifican; (d) actuar en consonancia con lo establecido en las agendas de población y desarrollo¹, entre ellas la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a nivel mundial (Naciones Unidas, 2015) y el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo celebrado en el ámbito regional (CEPAL, 2013), ambas actualmente en vigencia y con metas concretas para reducir la mortalidad por distintas causas; y (e) mejorar la salud global de las poblaciones en términos de su esperanza de vida mediante la reducción del nivel de muertes prematuras con posibilidad de ser contrarrestadas (Arriaga, 2014).

Teniendo en cuenta que, en Argentina, cerca de cuatro de cada diez muertes adolescentes se corresponden con “causas no externas” (Pantelides *et al.*, 2014; Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación, 2017; UNICEF, 2017), y en razón de las implicancias de estas muertes para alcanzar el desarrollo sostenible de las poblaciones con equidad, nos proponemos analizar el comportamiento de la mortalidad adolescente por estas causas en el país, en el último decenio, en términos de su magnitud, composición y dinámica (espacial y temporal). Nos interesa especialmente identificar cuáles son las causas de muerte que requerirían, al día de hoy, mayor atención. Conocer la configuración de estas causas de muerte es importante para identificar los flagelos de salud más relevantes en la población de interés y los subgrupos que necesitan particular consideración (para orientar los recursos disponibles y mitigar, así, desigualdades).

Datos y métodos

Se desarrolló un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, desde una perspectiva sociodemográfica. Se utilizó información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Concretamente: (a) las bases de defunciones publicadas en el sitio web de la DEIS, relativas a los trienios 2005-2007 y 2015-2017, con la respectiva desagregación de las muertes por sexo, edad, causa básica de muerte según la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, OPS/OMS, 1995) y provincia de residencia de las personas fallecidas; y (b) las estimaciones de población realizadas por el INDEC para 2006 y 2016. Cabe mencionar que la disponibilidad de esta información al momento de realizarse la investigación es la que determinó los años de inicio y fin del período de estudio: 2005 y 2017.

A partir de la información referida, se calcularon tasas de mortalidad (TM) para la población de 10 a 19 años en los trienios explicitados. Estas TM surgieron del cociente entre el promedio simple del número de defunciones registradas en cada uno de los trienios y la población adolescente estimada para el año central en cada caso. Luego, las TM fueron desglosadas de acuerdo con el siguiente detalle:

* *Grupos de causas seleccionados:*

(a) Grupo 1: integrado por las categorías *Causas externas* (códigos V00-Y98) y *Causas no externas* (resto de los códigos incluidos en la CIE 10), para indagar sobre la importancia del conjunto de las muertes de interés en el total de muertes adolescentes registradas en cada trienio.

(b) Grupo 2: resultante de subdividir la categoría *Causas no externas* en dos nuevas categorías, *Causas no externas definidas* (muertes asignadas a los capítulos A-Q de la CIE 10) y *Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos* (muertes vinculadas al capítulo R de la mencionada clasificación). Esta subdivisión se realizó a los efectos de identificar la proporción de muertes incluidas en la categoría de causas desconocidas y mal definidas (es decir, *Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos*), un indicador de la calidad de los datos sobre mortalidad estudiados y de la fuente de la que surgen (registro estadístico de defunción).

(c) Grupo 3: obtenido al desglosar las muertes por *Causas no externas definidas* según los capítulos que configuran la CIE 10 y, en algunos casos, proceder a su reagrupamiento, tomando como referencia la categorización utilizada en UNICEF (2017) para dar cuenta de la distribución de la mortalidad adolescente según causas. A saber, *Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias* (capítulos A-B), *Tumores* (capítulos C-D), *Enfermedades del sistema nervioso central* (capítulo G), *Enfermedades del sistema circulatorio* (capítulo I), *Enfermedades del sistema respiratorio* (capítulo J), *Complicaciones del embarazo, parto y puerperio* (capítulo O) y

Demás causas definidas (capítulos E-F, H-I, K-N). Adicionalmente, se consideró la categoría *Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas* (capítulo Q) dada la importancia que se le asigna a su reducción en los primeros años de vida y un especial interés por indagar si los esfuerzos realizados en este sentido se mantienen en la etapa de la adolescencia.

* *Sexo*: con las categorías *Varones* y *Mujeres*.

* *Grupos de edad*: considerando las categorías *10-14 años* y *15-19 años* correspondientes, respectivamente, con las etapas de adolescencia temprana y adolescencia tardía (UNICEF, 2011).

* *Regiones geográficas*, definidas a partir de los siguientes grupos de provincias: *Ciudad Autónoma de Buenos Aires* (CABA), *Pampeana* (provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe), *Cuyo* (Mendoza, San Juan y San Luis), *Noreste* (Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones), *Noroeste* (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán) y *Patagónica* (Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego).

Todas las TM se expresan por 100.000 habitantes, conforme a la unidad de medida recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el estudio de la mortalidad por causas (OPS - Unidad de Información y Análisis de Salud, 2015).

Complementariamente, se calcularon, para el total del país, a nivel de regiones y para cada grupo de causas no externas referido:

(a) El Coeficiente de Gini, siguiendo la metodología empleada a nivel nacional para cuantificar las diferencias en la distribución de la mortalidad infantil y de los niños y niñas menores de 5 años en el territorio, con acuerdo de las metas comprometidas en el marco de la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, plan antecesor de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (CNCPS, 2007). En particular, se aplicó la fórmula de Brown, transcrita a continuación:

$$G = \left| 1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right|$$

Donde:

G = Coeficiente de Gini

X = Proporción acumulada de la variable "población de 10 a 19 años"

Y = Proporción acumulada de la variable “defunciones de 10 a 19 años por grupo de causas seleccionado”

k = Número de unidades de observación para las cuales se quiere estimar la desigualdad (las regiones, en este caso)

El Coeficiente de Gini consiste en un número entre 0 y 1, en donde el 0 se corresponde con la perfecta igualdad (que, en este caso implica que “todas las regiones tienen las mismas defunciones adolescentes por las causas seleccionadas”) y el 1 representa la perfecta desigualdad (que en este caso se traduciría en que “una región concentra todas las defunciones adolescentes por las causas seleccionadas y las demás ninguna”) (CNCPS, 2007).

(b) Los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP): es decir, los años que, en promedio, no vivió una población por estar afectada por distintas causas de mortalidad, teniendo en cuenta su distribución por edades. Esta medida es un indicador del impacto de las muertes atribuidas a distintas causas que se registran en una población (en este trabajo, las causas no externas en la población adolescente, en comparación con las causas externas de muerte en dicho grupo poblacional) en la esperanza de vida de dicha población (Arriaga, 2014). A tal fin, se emplearon las planillas de cálculo LTPOPDTH y AEVP del paquete estadístico PAS desarrollado por Arriaga (2014).

Resultados

Entre los trienios analizados, en Argentina se redujo la mortalidad adolescente atribuida tanto a *Causas externas* como *Causas no externas* (Cuadro 1). Esta reducción fue más acentuada en el primer caso (en efecto, la TM varió 6% y 4%, respectivamente).

Cuadro 1. Tasa de mortalidad (TM) de la población de 10 a 19 años y distribución relativa de las muertes por causas externas y no externas. Trienios 2005-2007 y 2015-2017, Argentina

Grupo de causas	TM (por 100.000 habitantes)		Peso relativo (%)	
	2005-2007	2015-2017	2005-2007	2015-2017
Todas las causas	51,4*	48,7**	100,0	100,0
Causas externas	29,7	27,9	57,8	57,3
Causas no externas	21,7	20,8	42,2	42,7

(*) Valor asociado a 10.537 defunciones y 6.839.147 personas.

(**) Valor asociado a 10.287 defunciones y 7.036.636 personas.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el INDEC.

La desagregación de las muertes por causas no externas según sexo mostró TM superiores en varones (Cuadro 2). Sin embargo, la razón de mortalidad entre varones y mujeres se redujo de 1,20 a 1,18 entre los trienios estudiados. Esta reducción se debió a un descenso de la TM asociada a ambos sexos, más pronunciado en los varones (5% en comparación con 3% en las mujeres) (Cuadro 2).

El cálculo de la TM referida por grupo de edad y de la participación relativa de las muertes asociadas en el total de muertes relevadas evidenció nuevas diferencias entre varones y mujeres. Al respecto, la mortalidad fue menor en la población de 10 a 14 años, sobre todo en las mujeres (grupo poblacional en el cual el peso relativo de las muertes por causas no externas fue considerablemente mayor); y superior en los varones de 15 a 19 años (grupo poblacional en el cual el peso relativo de las muertes estudiadas fue manifiestamente menor al resto) (Cuadro 2).

La TM de la población de 10 a 14 años disminuyó (21% en varones y 14% en mujeres), mientras que la relativa a la población de 15 a 19 años aumentó (6% y 3%, respectivamente). Ello derivó en un descenso de la razón de mortalidad entre varones y mujeres en el primer caso (de 1,16 a 1,06 muertes), un incremento en el segundo (de 1,23 a 1,26 muertes) y un aumento de la participación relativa de las muertes atribuidas a causas no externas en todos los grupos poblacionales analizados (Cuadro 2).

Cuadro 2. Tasa de mortalidad (TM) de la población de 10 a 19 años por causas no externas y participación relativa de las muertes asociadas en el total de muertes relevadas según sexo y grupo de edad. Trienios 2005-2007 y 2015-2017, Argentina

Grupo poblacional	TM (por 100.000 habitantes)		Peso relativo (%)	
	2005-2007**	2015-2017***	2005-2007	2015-2017
<i>Varones</i>	23,6	22,5	34,9	34,6
10 a 14 años	18,8	14,8	51,5	54,9
15 a 19 años	28,5	30,1	28,6	29,2
<i>Mujeres</i>	19,6	19,0	57,1	59,8
10 a 14 años	16,2	14	63,8	68,5
15 a 19 años	23,1	23,9	53,0	55,6

([†]) Los valores presentados incorporan la distribución proporcional de los fallecimientos de sexo no especificado.

(^{**}) Valores asociados a: (a) total varones: 2.493 defunciones y 3.473.190 personas; (b) varones de 10 a 14 años: 993 defunciones y 1.756.088 personas; (c) varones de 15 a 19 años: 1.470 defunciones y 1.717.102 personas; (d) total mujeres: 1.979 defunciones y 3.365.957 personas; (e) mujeres de 10 a 14 años: 824 defunciones y 1.700.416 personas; y (f) mujeres de 15 a 19 años: 1.155 defunciones y 1.665.541 personas.

(^{***}) Valores asociados a: (a) total varones: 2.421 defunciones y 3.592.536 personas; (b) varones de 10 a 14 años: 800 defunciones y 1.797.146 personas; (c) varones de 15 a 19 años: 1.620 defunciones y 1.795.390 personas; (d) total mujeres: 1.962 defunciones y 3.444.100 personas; (e) mujeres de 10 a 14 años: 721 defunciones y 1.711.561 personas; y (f) mujeres de 15 a 19 años: 1.241 defunciones y 1.732.539 personas.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el INDEC.

El desglose de las muertes en grupos de causas más específicas (y la evolución de las TM respectivas) reveló, entre las *Causas no externas definidas* (que representaron, en el trienio 2005-2007, el 94% y el 89% de las muertes por causas no externas, respectivamente, en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años), un predominio de muertes por *Tumores* con independencia del tramo etario (en el mismo trienio, estos se correspondieron con el 31% del total de muertes por causas no externas definidas en la población 10 a 14 años y el 24% en la de 15 a 19 años). Sin embargo, la TM vinculada a este grupo de causas disminuyó en los dos grupos de edad investigados, aunque lo hizo con mayor énfasis en el de 10 a 14 años (18%, mientras que en la población de 15 a 19 años cayó un 5%) (Cuadro 3).

Continuando con la distribución de muertes por *Causas no externas definidas* según grupos de causas más detallados, y en relación a la población de 10 a 14 años, sucedieron, en orden de relevancia, las muertes por *Enfermedades del sistema nervioso central* (con una participación del 18% en el trienio 2005-2007), *Demás causas definidas* (peso relativo en el trienio 2005-2007: 13%), *Enfermedades del sistema respiratorio* (12%) y *Enfermedades del sistema circulatorio* (10%) (Cuadro 3). Las TM ligadas a todos estos grupos de causas se redujeron entre los trienios analizados (10%, 19%, 15% y 25%, respectivamente) así como también las atribuidas a la mayoría de los restantes grupos de causas considerados, los cuales presentaron un peso relativo comparativamente inferior en el total de muertes estudiadas. Excepcionalmente, la TM por *Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas* se incrementó un 8%. Todas estas variaciones impactaron en el ranking de muertes según causas, produciendo ligeros cambios en su composición en el trienio 2015-2017 (Cuadro 3).

En la población de 15 a 19 años, a las muertes por *Tumores*, les siguieron las asociadas a *Enfermedades del sistema respiratorio* (peso relativo en el trienio 2005-2007: 17%), *Demás causas definidas* (14%), *Enfermedades del sistema nervioso* (15%) y *Enfermedades del sistema circulatorio* (14%). La TM vinculada a estos grupos de causas y los demás integrantes de la categoría *Causas no externas definidas* contemplados (con un peso relativo menor al 10% en todos los casos) experimentó un aumento, salvo en el caso de la mortalidad por *Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas*, donde descendió el 10%. Esta dinámica también impactó en modificaciones en la distribución de las muertes según causas al final del período investigado (Cuadro 3).

En otro orden, la TM por *Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos* (vinculada a muertes que representaron, en el trienio 2005-2007, el 6% y 11% de las muertes por causas no externas en los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años, respectivamente) manifestó un decrecimiento de su valor (Cuadro 3).

Cuadro 3. Tasa de mortalidad (TM) adolescente según grupos de causas seleccionados y edad. Trienios 2005-2007 y 2015-2017, Argentina

Grupo de causas	TM (por 100.000 habitantes)					
	10 a 19 años		10 a 14 años		15 a 19 años	
	2005-2007	2015-2017	2005-2007	2015-2017	2005-2007	2015-2017
Todas las causas no externas	21,7	20,8	17,5	14,5	26,0	27,2
Causas no externas definidas	19,7	19,0	16,4	13,6	23,2	24,7
<i>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</i>	1,6	1,5	1,4	0,8	1,8	2,1
<i>Tumores</i>	5,7	5,1	5,1	4,2	6,2	5,9
<i>Enfermedades del sistema nervioso central</i>	3,0	3,1	2,9	2,6	3,2	3,7
<i>Enfermedades del sistema circulatorio</i>	2,3	2,3	1,6	1,2	3	3,4
<i>Enfermedades del sistema respiratorio</i>	2,9	2,9	2,0	1,7	3,8	4,1
<i>Complicaciones del embarazo, parto y puerperio</i>	0,5	0,6	0,1	0,1	0,9	1,1
<i>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</i>	1,1	1,1	1,2	1,3	1,0	0,9
<i>Demás causas definidas</i>	2,6	2,4	2,1	1,7	3,3	3,5
<i>Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos</i>	2,0	1,8	1,1	0,9	2,8	2,5

Referencias: 1° causa; 2° causa; 3° causa; 4° causa; 5° causa.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el INDEC.

El cálculo de la TM a nivel de regiones para los distintos grupos de causas considerados, junto con el del Coeficiente de Gini vinculado a cada uno de estos grupos, reveló la existencia de disparidades geográficas que, ocultas en el promedio nacional, tendieron a agudizarse en algunos casos. Teniendo en cuenta la totalidad de *Causas no externas*, las TM asociadas a la CABA y a las regiones Pampeana y Patagónica consiguieron reducirse; mientras que las relativas a Cuyo, Noroeste y Noreste aumentaron, siendo esta última la región de mayor mortalidad. Estas diferencias en el sentido de la variación de las TM y las magnitudes que el indicador alcanzó finalmente derivaron en un aumento de la desigualdad, reflejado en la dinámica del Coeficiente de Gini (Cuadro 4).

Un panorama similar se observó para el subconjunto de *Causas no externas definidas*. La TM aumentó en la región Noreste y se redujo en las demás regiones, ocasionando, nuevamente, un incremento de las diferencias en el territorio (Cuadro 4).

La desagregación de este subconjunto de causas en causas más específicas volvió a señalar casi siempre que la región del Noreste fue la más desventajada, evidenciando, generalmente, los mayores niveles de mortalidad. Con excepción de la TM por *Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias* y por *Tumores*, las TM de esta región registraron incrementos. Las regiones Noroeste y Cuyo también se mostraron en condición de desventaja, con una proporción considerable de TM crecientes. Distinto fue el caso de la CABA, y las regiones Pampeana y Patagonia, cuyas TM descendieron, salvo en el caso de la mortalidad por *Enfermedades del Sistema Nervioso Central* (CABA), *Enfermedades del sistema circulatorio* (Patagónica), *Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas* (Pampeana) y *Complicaciones del embarazo, parto y puerperio* (grupo de causas con TM crecientes en casi todas las regiones). Este comportamiento dispar en las TM regionales determinó un nuevo panorama de la desigualdad geográfica, con situaciones más o menos propicias según agrupamiento de causas que se considere y el Coeficiente de Gini asociado. Efectivamente, hacia el trienio 2015-2017, para algunos grupos de causas, la desigualdad disminuyó (alcanzando estados más deseables en términos de la igualdad); para otros, aumentó; y en un caso la situación permaneció estable (Cuadro 4).

Por su parte, la TM por causas mal definidas y desconocidas (correspondientes con la categoría *Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos*) también presentó valores disímiles al interior del país, así como evoluciones dispares en las TM asociadas. Por un lado, las regiones Pampeana y Noroeste evidenciaron TM decrecientes, cuestión que influyó en un descenso de la desigualdad (el Coeficiente de Gini disminuyó). Por otro lado, las regiones de Noreste, Cuyo y CABA presentaron TM ascendentes, a la vez que esta última registró un valor máximo al final del período estudiado (Cuadro 4).

Cuadro 4. Tasa de mortalidad (TM) de la población de 10 a 19 años por grupos de causas seleccionadas y Coeficiente de Gini asociado a la distribución de las muertes a nivel regional. Trienios 2005-2007 y 2015-2017, Argentina y regiones

Grupos de causas seleccionados	Período	TM (por 100.000 habitantes)							Coef. de Gini
		Total país	Región						
			CABA	Pampeana	Cuyo	Noreste	Noroeste	Patagónica	
Todas las causas no externas*	2005-2007	21,7	20,4	21,2	16,1	27,1	22,2	19,1	0,037
	2015-2017	20,8	16,0	19,8	16,9	29,2	22,7	15,7	0,067
Causas no externas definidas	2005-2007	19,7	20,2	18,9	15,6	24,9	19,9	18,0	0,034
	2015-2017	19,0	15,5	17,9	16,1	27,0	20,7	14,4	0,064
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2005-2007	1,6	2,0	1,4	0,3	2,8	2,2	0,8	0,184
	2015-2017	1,5	0,7	1,4	0,6	2,7	1,6	0,6	0,158
Tumores	2005-2007	5,7	5,4	4,8	4,1	5,0	4,7	4,6	0,020
	2015-2017	5,1	4,3	4,2	3,4	4,6	5,2	3,5	0,030
Enfermedades del sistema nervioso central	2005-2007	3,0	2,8	3,0	2,9	4,2	2,0	3,7	0,077
	2015-2017	3,1	3,9	2,8	3,7	4,9	2,7	2,7	0,077
Enfermedades del sistema circulatorio	2005-2007	2,3	3,0	2,4	1,4	2,5	2,1	1,6	0,072
	2015-2017	2,3	1,7	2,3	1,8	2,7	2,5	1,8	0,046
Enfermedades del sistema respiratorio	2005-2007	2,9	3,8	2,8	2,2	3,4	3,0	2,0	0,064
	2015-2017	2,9	2,5	2,9	1,4	4,4	3,0	1,6	0,096
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	2005-2007	0,5	-	0,3	0,6	1,4	0,7	0,3	0,356
	2015-2017	0,6	-	0,4	0,6	1,5	0,8	0,6	0,291
Malformaciones congénitas, defectos y anomalías cromosómicas	2005-2007	1,1	1,0	1,0	1,3	1,1	1,0	1,7	0,046
	2015-2017	1,1	1,0	1,1	1,5	1,3	0,9	0,7	0,066
Demás causas definidas	2005-2007	2,6	2,3	3,2	2,8	4,5	4,3	3,3	0,072
	2015-2017	2,4	1,3	2,9	3,0	4,9	4,0	2,9	0,101
Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos	2005-2007	2,0	0,2	2,3	0,5	2,2	2,3	1,2	0,228
	2015-2017	1,8	0,4	1,8	0,8	2,3	2,0	1,2	0,113

Referencias: (*) Los totales de defunciones y población ligados a las TM de la fila a nivel regional se corresponden con: (1) *Período 2005-2007*, CABA: 220 defunciones y 358.965 personas; Pampeana: 2.434 defunciones y 3.819.332 personas; Cuyo: 246 defunciones y 510.387 personas; NEA: 639 defunciones y 786.165 personas; NOA: 660 defunciones y 991.441 personas; y Patagónica: 214 defunciones y 372.857 personas. (2) *Período 2015-2017*: CABA: 184 defunciones y 384.198 personas; Pampeana: 2.338 defunciones y 3.941.477 personas; Cuyo: 264 defunciones y 522.199 personas; NEA: 680 defunciones y 775.451 personas; NOA: 689 defunciones y 1.010.980 personas; y Patagónica: 189 defunciones y 402.331 personas. En el caso de las regiones, se omiten las defunciones de personas con lugar de residencia ignorado o residencia en otro país.

Aclaraciones: (1) Las celdas resaltadas en beige representan incremento en el valor del indicador entre los trienios analizados; las resaltadas en celeste se asocian a indicadores decrecientes; y las celdas en blanco se corresponden con situaciones donde los indicadores se mantienen constantes. (2) Las cifras coloreadas en rojo/azul representan el mayor/menor valor de la TM observada a nivel regional en el período considerado. (3) Los valores del Coeficiente de Gini fueron obtenidos con base en la metodología detallada en CNCPS (2007).

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el INDEC

Por último, el cálculo de los AEVP considerando, por una parte, las *Causas externas* y, por otra, *Causas no externas*, acusó que si bien las primeras impactaron en mayor medida en la esperanza de vida de la población argentina, no presentaron diferencias sustanciales en comparación con las segundas, con repercusiones levemente inferiores en el valor del indicador. Aun así, la variación de los AEVP de ambos grupos entre trienios señaló una mayor reducción en los asociados a las causas externas y notorias disparidades a nivel de regiones. Efectivamente, mientras que en la CABA los AEVP por causas no externas disminuyeron casi el 30%, en la región Noreste lo hicieron solo cerca del 5%. Peor aún, la región Noroeste no registró variaciones en el indicador, confirmando una vez más que, junto con esta última región, presentaron el panorama más complicado del país en relación con los niveles de mortalidad adolescente por causas no externas (Cuadro 5).

Cuadro 5. Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) por mortalidad de la población de 10 a 19 años atribuida a causas externas y no externas. Trienios 2005-2007 y 2015-2017 y variación entre trienios, Argentina y regiones

Jurisdicción	AEVP					
	Causas externas			Causas no externas		
	2005-2007	2015-2017	Variación (%)	2005-2007	2015-2017	Variación (%)
Total país	0,16	0,14	-13,1	0,12	0,11	-9,5
CABA	0,12	0,07	-38,7	0,12	0,08	-29,7
Pampeana	0,15	0,12	-19,7	0,12	0,10	-13,5
Cuyo	0,18	0,14	-20,8	0,10	0,09	-5,4
Noreste	0,19	0,17	-7,4	0,16	0,15	-3,2
Noroeste	0,17	0,19	11,9	0,12	0,12	0
Patagónica	0,16	0,13	-19,8	0,11	0,09	-16,5

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el INDEC.

Discusión

Los resultados presentados están en consonancia con estudios previos que indican que, en Argentina, las acciones para reducir la mortalidad adolescente se focalizaron principalmente en las causas externas (Pantelides *et al.*, 2014; UNICEF, 2017;

Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2018). Ello derivó en una caída del peso relativo de las muertes atribuidas a este grupo de causas y en el consecuente incremento del asociado a las muertes por causas no externas.

Sin embargo, es posible inferir logros en cuanto a la reducción de estas últimas, más allá de que se reconoce que no todas ellas pueden ser contrarrestadas (OPS, 2019). Así también, existen desafíos por superar, fundamentalmente a partir de la importancia de reducir estas muertes para alcanzar el desarrollo sostenible de la población en su conjunto y avanzar en el goce pleno de los derechos humanos con igualdad de oportunidades, conforme a compromisos asumidos a nivel internacional.

Concretamente, aunque la tasa de mortalidad para el conjunto de las causas no externas se redujo en términos generales, atendiendo al sexo de las personas fallecidas, esta reducción se manifestó solo en las mujeres, mientras que en los varones experimentó un incremento. Adicionalmente, al considerar el grupo de edad (vinculado a la fase de la adolescencia que se esté transitando, ya sea temprana o tardía), la población de 15 a 19 años se presentó en especial situación de desventaja, incluso con independencia del sexo, en la medida en que sus TM crecieron, a diferencia de la población de 10 a 14 años donde descendieron. Este panorama coincide con reportes e investigaciones confeccionados anteriormente tanto a nivel nacional (UNICEF, 2017; Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2018) como en otros países de América Latina y el Caribe (Escamilla Santiago, Narro Robles, Fajardo Gutiérrez, Rascón Pacheco y López Cervantes, 2012; Aleman, Colistro, Colomar, Cavalleri, Alegretti y Buglioli, 2018; OPS, 2018a).

El análisis de la mortalidad según grupos de causas más específicos y su distribución en el territorio permitió concluir otros avances y retos para el abordaje integral de la salud adolescente en Argentina (Celton y Ribotta, 2004; Acosta, 2013; Grushka, 2014; Marro, Moreira Cardoso y da Costa Leite, 2017; Longhi, Gómez, Zapata, Paolasso, Olmos y Ramos Margarido, 2018; Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2018). En particular, la reducción de la mortalidad por *Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias* (en el total de la población adolescente y la de 10 a 14 años) podría atribuirse al hecho de que el país presenta uno de los más altos niveles de inmunización en la región de las Américas (OPS Argentina, 2011), lo que favorece ampliamente la reducción de la morbimortalidad por enfermedades prevenibles con vacuna. No obstante, debe tenerse presente que el acceso a este tipo de prestación es diferencial a nivel de provincias (DiCEI, 2019), pudiendo ello explicar,

por ejemplo, los diferentes ritmos de reducción de la mortalidad asociada en las regiones geográficas (65% en la CABA y tan solo 4% en el Noreste), o bien, su incremento en determinados casos (región de Cuyo).

En esta misma línea de causas, el aumento de la mortalidad de la población de 15 a 19 años podría encontrar un fundamento en al menos dos cuestiones. Por una parte, en el incremento de la mortalidad por VIH/Sida que se produjo en este tramo de edad en los últimos años. Este incremento sería consecuencia del aumento de la proporción de personas que contrajeron la enfermedad por la vía de transmisión vertical (es decir, de madre a hija/o), que acceden a tratamiento antirretroviral y logran sobrevivir hasta la adolescencia temprana, pero no así más adelante (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019).

Por otra parte, en las diferencias en el nivel de información acerca de las enfermedades de transmisión sexual en general, el nivel de concientización respecto del uso del preservativo como método para prevenir su aparición y del uso efectivo de este método, indicadores que asumen valores menos alentadores en el Noreste y Noroeste, regiones con niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias más altos (INDEC y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2013; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable e INDEC, 2015). Ello sugiere redoblar las acciones en materia de educación sexual integral (a la cual el país adhiere mediante la Ley Nacional 26.150), teniendo en cuenta sobre todo que se ha demostrado que la población adolescente representa uno de los grupos con más probabilidad de contraerlas (Dirección de Sida y ETS, SAP, OPS/OMS, ONUSIDA y UNICEF, 2011; Dirección de Sida y ETS, 2016; UNICEF, 2018).

En otro orden, y en tanto se asocian a causas de muerte evitables mediante la atención de la salud en tiempo y forma (OPS, 2019), la reducción de las muertes ligadas a *Tumores, Enfermedades del sistema nervioso central, Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas* requiere de la presencia de un sistema de salud eficaz, dotado de servicios disponibles, accesibles y de calidad para el diagnóstico y tratamiento de las personas afectadas (Marro *et al.*, 2017). Al respecto, si bien entre 2001 y 2010 se destaca el incremento de la proporción de población menor de 18 años con cobertura de salud en todo el territorio nacional (un indicador que permitiría aproximarse a este acceso a la salud), las brechas

interprovinciales continúan siendo elevadas, en detrimento del norte argentino. Paralelamente, la región Patagónica y CABA revisten los mayores valores del indicador (UNICEF Argentina, 2016).

Asimismo, la reducción de la morbimortalidad por estas patologías supone atender las condiciones de vida de la población en general (Marro *et al.*, 2017). Estas condiciones, estrechamente vinculadas con la ausencia o presencia de pobreza —que, en el caso argentino, tiende a concentrarse principalmente en el norte del país (Celemín y Velázquez, 2015)—, impactan positiva o negativamente en el estilo de vida de la población adolescente, predisponiéndola, en menor o mayor grado, al desarrollo de las enfermedades en cuestión, sobre todo en su vida adulta (especialmente, las de tipo cardiovascular y respiratorias). Es así que, por un lado, existen factores del estilo de vida que podrían contribuir a la reducción de la morbilidad por estas causas (tales como la práctica de actividad física diaria, con mayor prevalencia en las provincias del Noreste y menor en CABA, Patagónica y Pampeana), y por otro lado, factores que propician su aparición (ligados, por ejemplo, a la presencia de sobrepeso, más frecuente en la población adolescente de las jurisdicciones patagónicas; o al consumo de alcohol y tabaco, sustancias nocivas para la salud con distintas intensidades al interior del territorio nacional) (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013).

En el proceso de salud-enfermedad también merecen ser destacadas las condiciones ambientales, dada su influencia en ciertas enfermedades respiratorias (y ciertos tipos de cáncer), y de la mano de situaciones que atañen, por ejemplo, a contaminación del aire por diversos motivos (emisiones de gases tóxicos dentro y fuera del hogar, etc.) (OMS, 2006). Atendiendo a esto, se reconoce que estas condiciones podrían también contribuir a los mayores niveles de mortalidad por estas causas en algunas regiones caracterizadas por una importante presencia de la actividad agrícola y el uso intensivo de agrotóxicos (tales como la Pampeana y el Noreste), y a fin de dilucidarlo se recomienda una profundización del estudio en este sentido.

En particular, y en estricta relación con la mortalidad por *causas maternas*, cabe afirmar que las mayores tasas se corresponden con las jurisdicciones de mayor proporción de fecundidad adolescente (UNICEF Argentina, 2016). Dada la falta de oportunidades, el desenlace más frecuente de las adolescentes de sectores socioeconómicamente postergados es la maternidad como proyecto de vida (Binstock

y Näslund Hadley, 2013). Teniendo en cuenta esta consideración, la reducción de la mortalidad por este grupo de causas debería contemplar, al menos, el abordaje de otros factores además de los estrictamente relacionados con la salud de las involucradas (esencialmente, educación y empleo).

Finalmente, el descenso de la mortalidad adolescente por causas mal definidas y desconocidas a nivel nacional sería el resultado de avances concretos en el registro de las defunciones en algunas jurisdicciones en aras de detectar, con mayor precisión, problemas vinculados a la mortalidad para la toma de decisiones acertadas al respecto (Ribotta, 2016). Esta ventaja en relación a la calidad de la información se potenciaría merced de la cobertura que presenta dicho registro en el territorio, considerada relativamente alta en comparación con otros países de la región. En efecto, la diferencia relativa entre el número de defunciones informadas por las estadísticas vitales y las estimadas en las proyecciones de población a lo largo del período bajo estudio ronda el 2% (CELADE/CEPAL, 2015). Sin embargo, persisten aún limitaciones en relación a la calidad de los datos recopilados, más pronunciadas en algunas jurisdicciones que en otras. Esta situación, que explicaría al menos parcialmente las diferencias en las tasas de mortalidad regionales, se corrobora cuando se analiza, por ejemplo, el porcentaje de defunciones con registro de causa mal definida en el período 2011-2013, equivalente a 8,1% a nivel nacional y con valores provinciales que varían de 0,2% (San Luis) a 18,3% (Entre Ríos), apuntando más problemas acerca de la exactitud de la información recabada en las provincias del norte del país (Ribotta, 2016). A partir de considerar que, independientemente de las limitaciones señaladas, estas últimas jurisdicciones exhiben de por sí los mayores niveles de mortalidad adolescente, sería entonces posible sugerir que las disparidades territoriales son aún más pronunciadas que lo que los mismos datos revelan.

Las diferentes manifestaciones que asume la mortalidad adolescente en cada una de las regiones estudiadas impactan, sin lugar a dudas, en otras inequidades, que trascienden, incluso, lo que comunican los valores del Coeficiente de Gini. En este sentido, aunque los Años de Esperanza de Vida Perdidos relativos al conjunto de causas no externas disminuyeron en casi todos los casos, no lo hicieron en la misma medida que al considerar las causas externas; no obstante los primeros inciden, comparativamente, en menor medida, en la esperanza de vida de la población (Aleman *et al.*, 2018). Peor aún, en algunas regiones, los primeros descendieron muy escasamente, hecho que contribuye a incrementar la desigualdad vigente al interior

del territorio nacional.

Al margen de las disparidades geográficas en la mortalidad adolescente según las causas estudiadas, los resultados apuntan la necesidad de fortalecer el sistema de salud para atender específica e integralmente a la totalidad de la población adolescente, en tanto conforma un grupo con consultas e inquietudes sobre salud en las que usualmente se intersectan problemáticas sociales que trascienden la mera presencia de una enfermedad como tal (iniciación sexual, experimentación con drogas, alcohol, etc.), especialmente entre los 15 y 19 años. La importancia de que esta cuestión sea abordada radica en que, si bien se corresponde con una población que presenta niveles de morbilidad relativamente más bajos en comparación con otros grupos etarios (y requerir, por lo tanto, menor atención en asuntos de salud), con frecuencia suele quedar excluida de los servicios de salud pediátrica (a diferencia de la población de 10 a 14 años que sí es considerada por ellos) y de aquellos dispuestos para la atención de la salud en la población adulta en general (Salmerón Ruiz y Casas Rivero, 2013; Valdez y Sanz, 2015). De manera que cubrir este vacío en la atención de salud pasa a ser un asunto primordial, sobre todo en un país comprometido a garantizar el ejercicio de derechos humanos con independencia de la edad mediante la ratificación de tratados que los reconocen en el seno de la comunidad internacional.

Conclusiones

Aunque, en términos generales, la mortalidad adolescente por causas no externas de Argentina manifiesta un descenso en el último decenio, su desagregación por sexo, grupo de edad, causas y regiones geográficas deja en evidencia la necesidad de redoblar los esfuerzos para continuar avanzando en este sentido, sobre todo dada la importancia de invertir en salud en la adolescencia para alcanzar el desarrollo sostenible de toda población con equidad. En efecto, la mortalidad masculina supera a la femenina, a la vez que la reducción de la mortalidad de la población de 10 a 14 años no consigue replicarse en la de 15 a 19 años de edad.

Un análisis por causas revela más desafíos por superar: los tumores continúan siendo la principal causa de muerte no externa con independencia de la edad, más allá de la caída de la tasa de mortalidad asociada. Asimismo, aumenta la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en la población de 10 a 14 años; en tanto que en la población de 15 a 19 años se registra un aumento de la mortalidad por gran parte de las causas no externas definidas investigadas.

Estos desafíos contrastan con la disminución de la mortalidad por causas mal definidas y desconocidas, prueba cabal de las intenciones de un país para contar con información para la toma de decisiones acertadas en relación con la salud de esta población.

Otros desafíos se desprenden del análisis de estos indicadores a nivel regional, al documentar la persistencia de marcadas diferencias que, en ocasiones, tienden a acentuarse aún más, casi siempre en detrimento de las regiones más pobres del país (Noreste y Noroeste). Ello se corrobora, incluso, cuando se analiza el comportamiento de la mortalidad adolescente desde el indicador de los Años de Esperanza de Vida Perdidos como consecuencia de las causas analizadas.

Todos estos desafíos dan cuenta de la necesidad de fortalecer el sistema de salud, con las debidas adaptaciones al contexto regional, para abordar los problemas de salud de la población adolescente de manera más integral. Entre otros asuntos, ello implica contemplar los factores que propician tales problemas y poner especial atención al grupo de causas de morbimortalidad aquí abordado, frecuentemente desestimado debido a que la mayoría de las muertes en la adolescencia se deben a causas externas.

La importancia de desplegar acciones concretas para reducir efectivamente el nivel de muertes más allá de las causas externas radica en que estas aluden en su mayoría a muertes con posibilidad de ser evitadas, hecho que pone en juego el ejercicio del derecho esencial a la salud y a la vida misma, reconocidos oficialmente por el país mediante la ratificación de tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional. De esta manera, concretar este tipo de acciones se transforma en un imperativo para el Estado, no solo frente a la comunidad internacional sino también para con las ciudadanas y los ciudadanos que habitan el territorio argentino.

Referencias bibliográficas

ACOSTA, Graciela L. (2013). "Diferencias geográficas de la mortalidad según grandes causas en la República Argentina (2000-2007) y en la provincia de San Juan (2000-2007)". *Revista GeoUSAL*, 8-15. Recuperado de: http://geousal.usal.edu.ar/archivos/geousal/docs/tesis_acosta.pdf [consulta: 2 de setiembre de 2019].

ALEMAN, Alicia; COLISTRO, Valentina; COLOMAR, Mercedes; CAVALLERI, Fiorella; ALEGRETTI, Miguel; y BUGLIOLI, Marisa (2018). "Carga de enfermedad de los adolescentes en Uruguay y su comparación con la de América Latina y el Caribe". *Ciência & Saúde Coletiva*, 23-9, 2813-2820.

ARRIAGA, Eduardo E. (2014). *Análisis demográfico de la mortalidad*. Córdoba: CIECS.

BINSTOCK, Georgina y NÄSLUND HADLEY, Emma. (2013). "Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay". *Papeles de Población*, 19-78, 15-40.

CALAZANS, Julia A. y QUEIROZ, Bernardo L. (2020). "The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000-2016)". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e1.

CARDONA, Doris; SEGURA, Ángela M.; ESPINOSA, Adriana; y SEGURA, Alejandra. (2013). "Homicidios y suicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Colombia, 1998-2008". *Biomédica*, 33-4, 574-586.

CELEMÍN, Juan P. y VELÁZQUEZ, Guillermo. (2015). "Calidad de vida y pobreza en la Argentina (2010). Aproximación a escala provincial". *Journal de Ciencias Sociales*, 3-4, 4-18.

CELIS, Alfredo; GÓMEZ-LOMELÍ, Zoila; y ARMAS, Jesús. (2003). "Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997". *Salud Pública de México*, 45-1, 8-15.

CELADE (CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA) / CEPAL (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE). (2015). *Evaluaciones e indicadores de cobertura y calidad: Experiencias regionales*. Taller sobre Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 3, para países de América del Sur. Santiago de Chile, 9 al 12 de noviembre. Recuperado de:

<https://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/wshops/Chile/2015/docs/Session13->

[CELADE.pdf](#) [consulta: 13 de agosto de 2019].

CELTON, Dora y RIBOTTA, Bruno. (2004). "Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX". Ponencia presentada en el *I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población*. Caxambu, Minas Gerais, Brasil, 18 al 20 de septiembre. Recuperado de: http://www.alapop.org/alap/images/PDF/ALAP2004_390.pdf [consulta: 12 de julio de 2019].

CEPAL (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE). (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Montevideo: Autor.

CHACKIEL, Juan. (2004). "La dinámica demográfica en América Latina". *Serie Población y Desarrollo N° 52*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.

CNCPS (CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES). (2007). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Metadata. Adaptación Argentina*. Ciudad de Buenos Aires: Autor. Recuperado de: https://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/odm/metadata_nacional_2007.pdf [consulta: 16 de mayo de 2020].

DICEI (DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES). (2019). *Coberturas de vacunación por jurisdicción. Calendario nacional de vacunación 2009-2018*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (2013). *2° Encuesta mundial de salud escolar. Argentina 2012*. Ciudad de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS. (2016). *Boletín sobre VIH/Sida en Argentina N° 33*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

DIRECCIÓN DE SIDA, ETS, HEPATITIS Y TBC (2019). *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 36*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS; SAP (SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA); OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) / OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD); ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) y UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA). (2011). *Situación de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina. Un diagnóstico colectivo del estado de la respuesta en los servicios de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, SAP, OPS/OMS, ONUSIDA y UNICEF.

ESCAMILLA SANTIAGO, Ricardo A.; NARRO ROBLES, José; FAJARDO GUTIÉRREZ, Arturo; RASCÓN PACHECO, Ramón A.; y LÓPEZ CERVANTES, Malaquías. (2012). "Tendencia de la mortalidad por cáncer en niños y adolescentes según grado de marginación en México (1990-2009)". *Salud Pública de México*, 54-6, 587-594.

FRENK, Julio; FREJKA, Tomás; BOBADILLA, José; STERN, Claudio; LOZANO, Rafael; SEPÚLVEDA, Jaime; y JOSÉ, Marco. (1991). "La transición epidemiológica en América Latina". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111-6, 485-496.

GONZÁLEZ PÉREZ, Guillermo J.; VEGA LÓPEZ, María G.; VEGA LÓPEZ, Agustín; MUÑOZ DE LA TORRE, Armando; y CABRERA PIVARAL, Carlos E. (2009). "Homicidios de adolescentes en México, 1979-2005: evolución y variaciones sociogeográficas". *Papeles de Población*, 15-62, 109-141.

GRUSHKA, Carlos. (2014). "Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina...". *Revista Latinoamericana de Población*, 8-15, 93-118.

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2013). *Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013. ENSSyR 2013. Presentación de resultados*. Buenos Aires: INDEC y Ministerio de Salud de la Nación.

LONGHI, Fernando; GÓMEZ, Alicia; ZAPATA, María E.; PAOLASSO, Pablo; OLMOS, Fernanda; y RAMOS MARGARIDO, Silvina. (2018). "La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo". *Salud Colectiva*, 14-1, 33-50.

MARINHO, Fatima M.; SOLIZ, Patricia; GAWRYSZEWSKI, Vilma; y GERGER, Andrea. (2013). "Epidemiological transition in the Americas: changes and inequalities". *The Lancet*, 381, S89.

MARRO, María J.; MOREIRA CARDOSO, Andrey; y DA COSTA LEITE, Iuri. (2017). "Desigualdades regionales en la mortalidad por diabetes mellitus y en el acceso a la salud en Argentina". *Cadernos de Saúde Pública*, 33-9, e00113016.

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL Y UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA). (2018). *Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.

NACIONES UNIDAS. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. A/RES/70/1. Nueva York: Autor.

MINISTERIO DE SALUD - PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. (2017). *Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externas (MMACE). Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias*. PNSIA - 2017. Buenos Aires: Autor.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). (2006). *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación*. Ginebra: Autor.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions#:~:text=Se%20calcula%20que%20en%202016,causa%20de%20mortalidad%20en%20adolescentes> [consulta: 21 de octubre de 2020].

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) / OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión*. Washington, D.C.: Autor.

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) ARGENTINA. (2011). *La Argentina se posiciona con altos niveles de cobertura de vacunación en la región*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=691:la-argentina-posiciona-altos-niveles-cobertura-vacunacion-region&Itemid=285 [consulta: 20 de agosto de 2019].

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE SALUD (HA). (2015). *Glosario de indicadores básicos de la OPS*. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Washington D.C.: Autor.

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). (2018a). *La salud de los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018)*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). (2018b). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. Washington, D.C.: AUTOR.

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). (2019). *Plan estratégico de la OPS 2020-2025 "La equidad, el corazón de la salud"*. Compendio de indicadores a

nivel del impacto. Washington, D.C.: OPS/OMS.

PANTELIDES, Edith A.; GOVEA, Julián; GAUDIO, Magali; y BRUNO, Matías. (2014). "Mortalidad adolescente por homicidio. Argentina y Provincia de Buenos Aires". Ponencia presentada en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Lima, 12-15 agosto. Recuperado de: http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL97.pdf [consulta: 18 de agosto de 2019].

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE E INDEC. (2015). *Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva. Documento de trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años*. Buenos Aires: Ministerio de Salud e INDEC.

RIBOTTA, Bruno. (2016). "Causas de defunción mal definidas en las provincias de Argentina, 2001-2013". *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14-3, 86-95.

ROJAS CABRERA, Eleonora. (2015). "Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de dos ciudades del Cono Sur: Córdoba (Argentina) y Porto Alegre (Brasil), 1990-2010". *Ciência & Saúde Coletiva*, 20-1, 29-37.

SALMERÓN RUIZ, M. A. y CASAS RIVERO, J. (2013). "Problemas de salud en la adolescencia". *Pediatría Integral*, 7-2, 94-100.

SERFATY, Edith M.; FOGLIA, Virgilio L.; MASAÚTIS, Alicia E.; y NEGRI, Griselda M. (2003). "Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10-24 años. Argentina 1991-2000". *Vertex*, 14-2, 40-48.

UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA). (2011). *Estado mundial de la infancia 2011*. Nueva York: Autor.

UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA) ARGENTINA. (2016). *Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina*. Buenos Aires: Autor.

UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA) ARGENTINA. (2017). *El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina. Un análisis basado en la evidencia*. Buenos Aires: Autor.

UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA). (2018). *Women: at the heart of the HIV response for children*. New York: Autor.

VALDEZ, Pascual y SANZ, Carlos (2015). "¿Quién atiende al adolescente? Consenso – disenso – posturas intersocietarias (parte 1)". *Revista Argentina de Medicina*, 2-7,

61-70.

YUNES, João y RAJS, Danuta. (1994). "Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas". *Cadernos Saúde Pública*, 10-1, 88-125.

YUNES, João y ZUBAREW, Tamara. (1999). "Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2-3, 102-171.

Notas

¹ Si bien estas agendas no tienen carácter jurídicamente vinculante para los estados que las adoptan, configuran una guía de orientación para el cumplimiento de aquellos instrumentos que sí revisten esta condición (como los tratados de derechos humanos). De allí la relevancia de considerarlos.