

Situación de la Salud de la Mujer en Argentina



Ministerio de Salud y Acción Social
Secretaría de Programas de Salud
Subsecretaría de Atención Comunitaria

0373



Ministerio de Salud y Acción Social.
Secretaría de Programas de Salud.
Subsecretaría de Atención Comunitaria.

SITUACION DE SALUD DE LA MUJER EN ARGENTINA

Noviembre 1998

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Carlos Saúl Menem

Ministro de Salud y Acción Social de la Nación

Dr. Alberto J. Mazza

Secretario de Programas de Salud

Dr. Víctor Martínez

Subsecretaria de Atención Comunitaria

Dra. Dora Vilar de Saráchaga

Índice

Introducción	5
1. Contexto	7
1.1. Aspectos geopolíticos y económicos	7
1.2. Aspectos sociodemográficos	8
2. Condiciones de salud de la mujer	11
2.1 Consideraciones generales	11
2.2 Condiciones sociales que inciden sobre la calidad de vida de la mujer	12
3. La mujer en relación al sector salud.	21
3.1 Introducción	21
3.2 Morbilidad según edad y sexo	22
3.3 Mortalidad según edad y sexo	24
4. Atención de la salud de la mujer	27
4.1 Programa Mujer Salud y Desarrollo	27
4.2 La violencia contra la mujer en edad reproductiva y en la niñez	30
4.3 Programa de Salud Materno-Infantil	31
4.4 Los casos de SIDA en la mujer	40
4.5 Las enfermedades no transmisibles en la mujer	42
Listado de participantes	51
Sugerencias para optimizar las estrategias de prevención y atención integral de la mujer	53
Anexo estadístico	55

Introducción

Este documento fue discutido y consensuado en Diciembre de 1998 por los referentes de las 24 jurisdicciones durante la Reunión Nacional "Mujer y Salud", convocada por la Subsecretaría de Atención Comunitaria - Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Reconoce como antecedentes el Documento "Situación de Salud de la Mujer en Argentina, consensuado en 1994. Para actualizar las dimensiones básicas del Contexto país y en relación con las condiciones socioeconómicas de la mujer, se tomó como fuente los datos del Anuario Estadístico de la República Argentina- Volumen Nº14- INDEC 1998 y datos elaborados en la Síntesis Nº3- Situación y Evolución Social INDEC 1995.

La actualización de los datos de morbilidad y mortalidad se realizó a partir de la información disponible de Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico, Serie 4 Nº 18 - 1995 y de Información Básica de Estadísticas Vitales, Serie 5 Nº 40 - 1996; publicaciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social.

Respecto de las acciones que apuntaron a mejorar las condiciones de salud de la mujer desde 1994 a 1998, se tuvo por referentes a los distintos Programas de esta Subsecretaría de Atención Comunitaria que, como punto focal de "Mujer Salud y Desarrollo", tiene además la responsabilidad de promover políticas de salud integral y equitativas para la mujer como un factor importante de desarrollo y optimización de su calidad de vida .

1. Contexto

1.1. Aspectos geopolíticos y económicos

La República Argentina, ubicada en el extremo sur de América Latina, tiene un vasto territorio de 2.8 millones de km² en su sector continental, delimitado por los paralelos 22º y 25º de latitud sur y los meridianos 54º y 74º de longitud oeste.

Esta gran extensión determina una amplia variedad de climas desde los subtropicales al norte hasta los fríos en el sur con predominio de los templados en la mayor parte del país. La llanura pampeana de 600.000 km² de extensión constituye la principal región agropecuaria e industrial del país; concentrando cerca del 70% de la población, el 80% del valor de la producción agropecuaria y el 85 % de la actividad industrial.

El país limita al norte con Bolivia, al nordeste con Paraguay, al este con Brasil, Uruguay y el Océano Atlántico, y al oeste con Chile.

La población argentina es de aproximadamente 32,7 millones de personas, de las cuales un 35% se localiza en Buenos Aires y sus alrededores, de acuerdo al Censo de Población de 1991. El Gran Córdoba y el Gran Rosario tienen poblaciones de más de un millón de habitantes.

Su organización política abarca 23 provincias y el Gobierno Autónomo de la Ciudad del Buenos Aires; siendo la ciudad del Buenos Aires sede de las autoridades del Gobierno Nacional.

Por disposición constitucional, la Nación argentina adoptó la forma de gobierno representativa, republicana y federal. La Constitución Nacional vigente desde 1853 fue modificada en 1994 y mantiene la división del gobierno federal en tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial.

Cada una de las 24 jurisdicciones ha dictado su propia constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional.

La economía argentina se caracterizó por recurrentes ciclos de inestabilidad. A partir de 1991 se comienza a revertir esa situación con la aplicación de una nueva política económica destinada a producir profundas transformaciones en su estructura.

Las herramientas aplicadas para dicha transformación fueron la Ley de Convertibilidad complementada con la Reforma del Estado en dos aspectos princi-

pales: el equilibrio de las cuentas públicas y la redefinición del rol del Estado; la desregulación de los mercados y la apertura de la economía.

La redefinición del rol del Estado ha implicado la privatización de la mayoría de las empresas públicas. Se han suprimido organismos no prioritarios o con facultades superpuestas, se han creado entes reguladores con la finalidad de que el Estado mantenga su papel de control y supervisión en materia de tarifas, calidad del servicio y acceso al mercado de nuevos productores.

La seguridad social ha experimentado profundas reformas. En 1991 se crea el Sistema Único de Seguridad Social, del que pasan a formar parte el régimen previsional, las asignaciones familiares, el Fondo Nacional de Empleo, el INSSJ y P (PAMI) y las Obras Sociales (incluido el ANSSAL). Al crearse un nuevo sistema previsional: el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), vigente desde 1994, se permite a los afiliados optar entre el tradicional sistema previsional de reparto, administrado por el Estado, y la nueva alternativa del régimen de capitalización, administrado por Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). A partir de julio de 1996 entra en vigencia la legislación sobre Riesgos del Trabajo, incorporando la cobertura de esta contingencia a un régimen nacional obligatorio con el objeto de disminuir los costos salariales.

Desde 1992 se han creado diversos programas vinculados a la seguridad social; durante 1997 tanto los recursos como los gastos del SUSS, totalizaron un flujo anual de aproximadamente el 9,6% del PIB.

En el contexto de la apertura de la economía argentina y su inserción en los mercados internacionales, han sido de importancia los acuerdos de integración suscriptos entre los gobiernos de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, conformando el Mercado del Cono Sur (MERCOSUR). Este, como entidad jurídica independiente, firmó durante 1995 un Acuerdo de Libre Comercio con la Unión Europea y a principios de 1996 formalizó Acuerdos de Complementación Económica con Chile y Bolivia. Continúan las negociaciones para la conformación de una asociación libre de comercio que deberá conducir una zona desde Alaska hasta Tierra del Fuego (ALCA) a partir de 2005.

1.2. Aspectos sociodemográficos

La tasa media anual de crecimiento de la población estimada para el período 1995-2000 es de 11,57 por mil. La de la esperanza de vida al nacer estimada para el mismo período es de 69,7 años para los hombres y de 76,8 años para las mujeres.

La Pirámide poblacional, basada en datos de proyección para 1990-2050, muestra para el año 2000 la siguiente distribución: un 28% será población menor de 15 años, 62% entre 15 y 64 años y 10% corresponderá al grupo de 65 años y más. Los grupos que más crecen son los de 65 años y paralelamente disminuirá el peso relativo de los niños menores de 15 años. Aproximadamente el 49% de la población estará constituida por hombres y el 51 % por mujeres, manteniéndose la actual relación.

Las mismas proyecciones proponen que el proceso de urbanización continuará, aunque a un ritmo menor que en el período 1980-1990; la población urbana, que en 1990 constituía el 87%, llegará al 89,6% en el año 2000.

Según la estimación de la población total económicamente activa para el período 1990-2025 irá en aumento; el porcentaje de mujeres calculado para 1990 era del 35,9% y se espera que llegue al 37,4 para el 2000. Se advierte que seguirá persistiendo la diferencia con la de los varones calculada para el mismo período en un 62,6%.

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH), presenta en mayo de 1998, para el total de los principales aglomerados urbanos, una tasa de actividad de 42,1% calculada como relación entre la población económicamente activa, sin límite de edad, sobre la población total. La tasa de desocupación abierta es de 13,2 y muestra una disminución respecto a igual período de 1997 calculada en 13,7.

Según el último Censo de Población el porcentaje de analfabetos entre la población de 10 años era 3,7%. Este valor se presenta de manera diferencial 11% en el área rural, llegando en la población urbana al 2,7%. Con relación al sexo también se observan diferencias: las mujeres presentan el 53% del analfabetismo. Los asistentes al nivel medio representan el 27,7% del total, valor que oscila según el área geográfica. La Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos agrupan el 44,8 % de los cargos docentes. En cuanto a la distribución de unidades educativas el 33,3% están destinadas a la enseñanza inicial, el 49,1% a la enseñanza primaria y el 14% al nivel medio. Se espera que esta situación se vea sustancialmente modificada con la aplicación de la Ley Federal de Educación, que impone la obligatoriedad de la educación preescolar o de nivel inicial y de los dos primeros años del nivel medio.

En 1996 las universidades nacionales de Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Nordeste, Rosario y la Tecnológica concentraban el 63,3% del alumnado de las 33 universidades nacionales del país. Según el Censo del Ministerio de Cultura y Educación, de los alumnos universitarios censados en 1994 en las universidades nacionales, solo el 16,2% del total declaraban que el padre tenía estudios universitarios completos, esta situación estaría indicando que la que la educación superior continúa siendo percibida como un mecanismo de movilidad social.

En el área de Ciencia y Tecnología entre 1995 y 1997 se habría registrado un incremento del 11,9% en el número de proyectos de investigaciones.

2. Condiciones de salud de la mujer

2.1 Consideraciones generales

El problema de la situación de la salud de la mujer en la Argentina, sin considerar riesgos patológicos específicos que serán desarrollados en otros capítulos, se expresa principalmente en las problemáticas ligadas con la violencia intrafamiliar y en la persistencia de las desigualdades sociales y laborales. Esta situación determina en gran medida las condiciones en que transcurre la vida cotidiana de las mujeres e influye sobre el proceso de salud-enfermedad, constituyéndose en fuente potencial de riesgo.

Los estudios relacionados con las condiciones de salud de la mujer, pertenecen a un campo de investigación reciente, que parte de por lo menos dos consideraciones fundamentales.

Una es el concepto de salud como resultado del interjuego de diversos procesos (biológicos, psicológicos, socio-económicos y culturales), que trascienden los límites de la biología y se integran en la dimensión social.

La segunda consideración se refiere a la hipótesis según la cual el significado social atribuido a ser hombre y a ser mujer, influye diferencialmente en la salud de la población, porque genera comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo y diferentes posibilidades de acceso a los recursos de atención sanitaria.

El género es, precisamente, una categoría de análisis de lo social, que considerando las formas de conciencia y de conducta que hacen a la cultura y a la organización social, contribuye a explicar aquello que acontece en los vínculos humanos y en particular en la relación entre los sexos. Alude así no sólo a hombres y mujeres, sino principalmente a las significaciones sociales construidas por la cultura en relación con lo femenino y lo masculino y a las relaciones que de ello devengan, ya sea en términos de diferencias o jerarquías. Esto ha fundamentado una distribución asimétrica entre los sexos. Según este análisis el impacto diferencial en la salud se explica, más allá de las particularidades biológicas, por el lugar que se ocupa en la sociedad.

Dentro del reconocimiento de la multicausalidad de los fenómenos de la salud, el género se incorpora como una categoría más, proponiéndose no sólo el análisis y consideración de la mujer, sino también de ésta con relación al hombre, a fin de elaborar estrategias para un desarrollo más armónico y equitativo entre los sexos.

En el marco conceptual de la salud, el enfoque de género enfatiza el espacio fundamental de crecimiento individual, familiar y colectivo donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción.

Procura identificar las relaciones asimétricas que dan origen a un acceso y ejercicio inequitativo en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

Siendo un enfoque en construcción, se están esbozando en la actualidad las bases y lineamientos para el cuestionamiento y elaboración de nuevos paradigmas en el análisis y la práctica de la salud pública.

Los estudios de género, en los últimos tiempos, buscan establecer un contexto de análisis de la salud de la mujer que contemple aquellos aspectos que, vinculados a sus condiciones de vida, inciden en los procesos de salud-enfermedad, para ir dando cuenta de las formas específicas y diferenciales en hombres y mujeres.

El enfoque que pone el acento en las condiciones de vida para el análisis de la salud de la mujer cuestiona la perspectiva tradicional que se circunscribe exclusivamente a la situación materno-infantil.

Este enfoque también cuestiona la utilización exclusiva de indicadores cuantitativos -como la tasa de mortalidad- que solamente revelan el deterioro extremo de la salud y propone agregar a esta visión otros indicadores que permitan describir aspectos de la salud y la calidad de vida.

2.2 Condiciones sociales que inciden sobre la calidad de vida de la mujer

2.2.1 Participación de la mujer en la actividad económica

Dadas las características del trabajo doméstico, aislamiento, falta de acceso a los códigos y formas de relación con el mundo público, se puede señalar que éste representa, al estar excluido de la renta nacional, una primera y sutil forma de violencia discriminatoria contra la mujer trabajadora.

Respecto a la participación de la mujer en actividades productivas extra hogareñas, ésta se modificó substancialmente como consecuencia de la crisis. Así, mientras que entre 1987 y 1997 la tasa de actividad de los varones cayó de 74,0 a 71,5; la de las mujeres aumentó de 34,4 a 39,6. Sin que dejen de perdurar condicionantes relativos al género que provocan una diferencia notable en las tasas de actividad de varones y mujeres: la tasa masculina prácticamente duplica a la de las mujeres. Este fenómeno discriminatorio está presente aún en las mujeres de 25 a 49 años que alcanzan un nivel máximo de participación con tasas que superan el 50 %, mientras que más del 90% de los varones de esa edad están en el mercado laboral.

Otro fenómeno a destacar es que la incorporación de la mujer al mercado remunerado, no ha garantizado automáticamente condiciones de igualdad, tanto en relación a las oportunidades de acceso y promoción como en la continuidad y en la remuneración.

Si se compara la distribución por categoría ocupacional obtenida en el Censo Poblacional de 1991 con la correspondiente a los datos censales de 1980 se visualiza un decrecimiento de los asalariados que pasan del 71,5% en 1980 al 64,6% en 1991,

debido a que disminuye la proporción que trabaja tanto en el sector público como en el privado. Como contraparte se produce un incremento relativo de los patrones, de los trabajadores por cuenta propia y de los familiares sin remuneración como aparece en el siguiente cuadro.

DISTRIBUCION POR CATEGORIA OCUPACIONAL

Categoría Ocupacional	1980			1991			% de mujeres	
	M	V	T	M	V	T	1980	1991
Total %	100	100	100	100	100	100	27,4	35,5
Patrón	2,3	7,0	5,8	4,1	8,7	7,1	10,9	20,5
Cuenta Propia	12,0	22,2	19,4	16,3	26,5	22,9	17,0	25,3
Total Asalariados	82,9	67,3	71,5	71,3	61,0	64,6	31,8	39,1
Obrero/emp. S. público	26,5	18,5	20,7	21,5	16,1	18,0	35,2	42,4
Obrero/emp. S. privado	36,9	48,6	45,4	30,0	44,7	39,4	22,3	27,0
Servicio Doméstico	19,5	0,2	5,4	19,8	0,2	7,2	97,7	98,0
Familiar sin remuneración	2,8	3,5	3,3	8,3	3,8	5,4	23,3	55,0

Fuente: Situación y Evolución Social-1995. INDEC

Se observa, en general, durante la última década una incorporación ascendente de las mujeres en el mundo del trabajo remunerado. Analizando su inserción por categorías vemos que sufren una disminución más drástica que los varones en la proporción que trabaja como obrero o empleado; las diferencias de género más marcadas se dan en el sector privado. Mantienen invariable el porcentaje que se inserta en el servicio doméstico y aumentan su participación, con mayor intensidad que los varones, en la categoría familiar sin remuneración.

La precariedad del empleo constituye otro dato fundamental para conocer la calidad de la inserción laboral. Para estimar la magnitud de este fenómeno, se utiliza como indicador el porcentaje de trabajadores asalariados a los que no se les efectúan descuentos jubilatorios. Según el último Censo de 1991, el 37,2% de los asalariados del sector privado, un 5,9% del sector público y un 93% en el servicio doméstico estarían en situación de precariedad al no realizárseles los aportes jubilatorios.

ASALARIADOS SIN DESCUENTO JUBILATORIOS POR AREA DE INSERCIÓN LABORAL Y EDAD. TOTAL PAÍS 1991.



Es importante destacar que, cualquiera sea el área de inserción laboral, los trabajadores jóvenes, tanto hombres como mujeres, son los más afectados por esta situación: más de la mitad de los menores de 30 años que trabajan en el sector privado, lo hacen en condiciones precarias y la cifra sube al 75% cuando se trata de establecimientos con 1 a 5 ocupados.

2.2.2 La mujer jefe de hogar

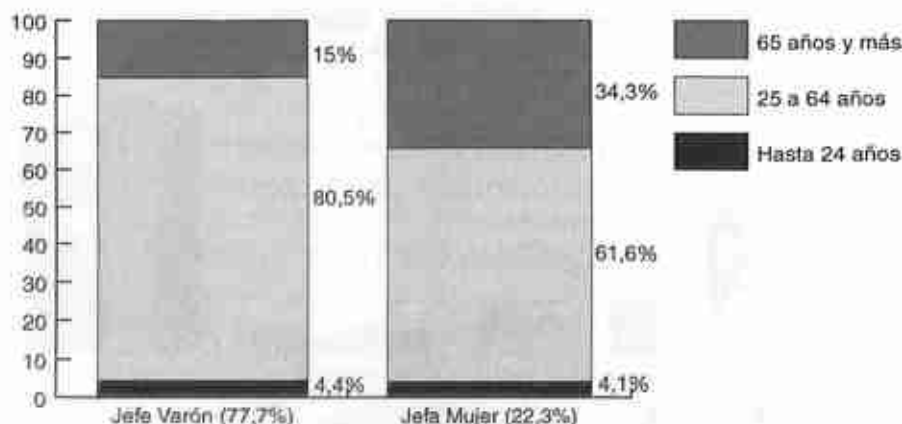
Teniendo en cuenta los indicadores básicos de la composición de los hogares y comparando los datos de los Censos de 1980 y 1991, se observa que el tamaño medio de los hogares no sufrió cambios, si los hubo en cuanto a distribución por tipo, es decir en la composición de las familias. Aumentaron los hogares de personas solas, y los conformados exclusivamente por el núcleo familiar primario; las familias extensas se redujeron del 30% al 23%.

INDICADORES DE LA COMPOSICIÓN DE HOGARES. TOTAL PAÍS 1980-1991

INDICADOR	1980	1991
Tamaño medio	3,5	3,6
Hogares unipersonal	10,5	13,3
Hogares sólo nuclear	59,3	64,2
Resto de hogares	30,2	22,5
Hogares con jefa mujer	19,3	22,3

Del 13,3% de hogares unipersonales un 55% corresponden a mujeres que viven solas y que, en la mayoría de los casos superan los 65 años. La proporción de hogares con jefes en la tercera edad, gran parte de los cuales son inactivos, aumenta significativamente entre las mujeres, duplicando la proporción que presentan los jefes varones de esa misma edad.

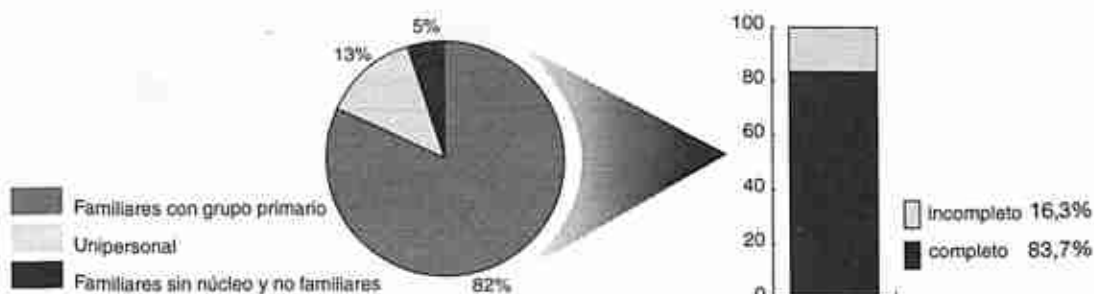
JEFES DE HOGARES PARTICULARES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. TOTAL PAÍS. 1991



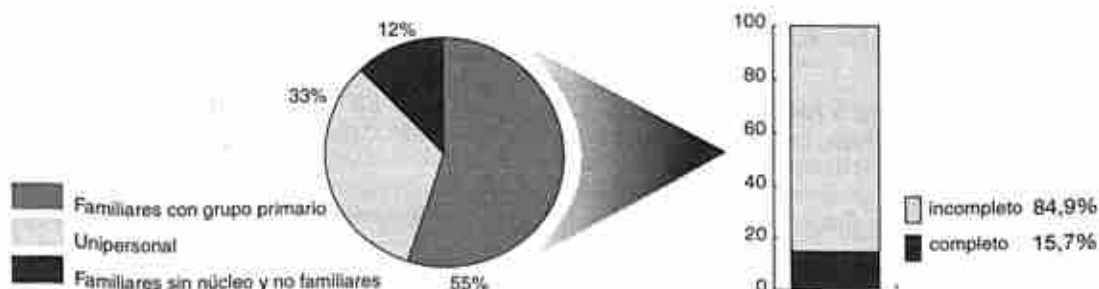
Cuando se relaciona la *distribución de hogares por tipo con jefatura femenina*, obtenemos la magnitud del problema tal como se puede observar comparando los siguientes gráficos elaborados por el INDEC sobre datos del último censo.

En el primer gráfico se observa la distribución de los hogares por tipo y la proporción de hogares que, teniendo un núcleo primario, está incompleto (16.3%) por ausencia de uno de los cónyuges. En consecuencia el padre o la madre tiene a su cargo los hijos y pueden o no convivir con otros parientes.

HOGARES PARTICULARES POR TIPO. TOTAL PAÍS. 1991



HOGARES PARTICULARES CON JEFA MUJER POR TIPO. TOTAL PAÍS. 1991



En este último gráfico observamos que cuando se trata de mujeres jefas de hogar el porcentaje de hogares incompletos se eleva a casi el 85%.

2.2.3 Acceso de la población femenina al sistema educativo

El proceso expansivo de la universalización de la enseñanza primaria se consolidó en el país a mediados de este siglo, ya el 86% de los niños de 6 a 12 años concurrían a ese nivel. Desde entonces las tasas netas de escolarización han mejorado continuamente hasta cubrir el 95,7% de la población de esa edad, según el Censo de 1991.

Como se muestra en el siguiente gráfico, sobre la base de la información de los Censos de Población de 1980 y 1991, las ganancias logradas en las tasas netas de escolarización por nivel, durante el período intercensal, resultan más leves para el

nivel primario debido a que ya en 1980 tenía una difusión masiva. Muy distinta es la situación para los niveles medio y superior: las tasas de escolarización rondaban el 40% y el 7% respectivamente.

TASA NETA DE ESCOLARIZACIÓN POR NIVEL. TOTAL PAÍS. 1980 Y 1991



A pesar de la evolución favorable de la tasa, es importante señalar que en el pasaje del nivel primario al secundario se aleja del sistema educativo una parte importante de la población escolarizada; mientras casi todos los niños de 6 a 12 años asisten al nivel primario, sólo la mitad de los jóvenes de 13 a 18 años asisten al secundario.

La situación educativa de la mujer respecto de los varones, indica que los diferenciales según género no son significativos en lo atinente al acceso a la educación.

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS QUE ASISTE A ALGÚN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO POR NIVEL DE EDUCACIÓN Y SEXO. AÑO 1991. CENSO DE POBLACIÓN.

Nivel de Educación	Total País %	Mujeres %	Hombres %
Total	100,0	50,5	49,5
Preescolar	5,5	49,4	50,6
Primaria	57,2	49,1	50,9
Secundaria	25,7	51,3	48,7
Terciaria	3,9	69,4	31,6
Universitaria	7,5	48,7	51,3
Ignorado	0,07	51,7	48,3

Respecto al nivel universitario, el Ministerio de Cultura y Educación ha realizado en 1994 un Censo de Estudiantes de Universidades Nacionales. Dicha información permite establecer un perfil de los estudiantes en dichos establecimientos.

Sobre el total de alumnos predominan las mujeres, confirmando la tendencia

al aumento de la participación femenina en los estudios superiores. Más de la mitad de los estudiantes trabajan, pero sólo el 23% tiene el trabajo personal como fuente principal de ingresos. Un 28% complementa esos ingresos con el aporte familiar.

Se destaca el hecho de que más de dos tercios de los estudiantes superan el nivel educativo alcanzado por el padre, situación que estaría indicando que la educación superior continua funcionando como un mecanismo de movilidad social intergeneracional.

PERFIL DE LOS ESTUDIANTES EN LAS UNIVERSIDADES NACIONALES-1994

TOTAL DE ALUMNOS	6.615.796	%
SEXO	Varones	47,7
	Mujeres	52,3
EDAD	Hasta 22 años	52,1
	23 – 28 años	32,1
	29 años y +	15,8
TRABAJAN	Si	54,2
	No	45,8
EDUCACIÓN PADRE	Hasta primaria completa	31,9
	Secundario	36,4
	Superior /Universitario	31,7

Fuente: MCyE, Consejo Interuniversitario Nacional e INDEC

El análisis de la situación educativa de la mujer debe complementarse con la distribución por sexos en la calificación ocupacional, poniéndose en evidencia que el nivel educativo por sí sólo, con toda la importancia que tiene, no es suficiente para garantizar una situación de igualdad de oportunidades para ambos sexos como se puede observar en el siguiente cuadro.

POBLACIÓN OCUPADA POR NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO, SEGÚN CALIFICACIÓN OCUPACIONAL* Y SEXO – GBA, OCTUBRE 1997.

Nivel Educativo	Profesional		Técnica		Operativa		No calificada		Ignorada	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
S/instruc./P.Inc	0,9	0,8	4,4	2,4	60,9	13,1	28,7	81,4	5,2	2,3
Prim. Completa	1,5	0,3	5,1	6,5	67,5	26,9	25,3	64,9	0,6	1,5
Sec. Incompleta	1,8	-	10,0	7,3	65,6	34,0	21,3	57,2	1,3	1,5
Sec. Completa	5,4	3,5	26,0	26,3	52,2	41,6	15,5	28,6	0,9	-
Terc/Univ. Inc.	10,8	7,3	34,6	35,4	43,4	37,8	10,2	18,2	0,9	1,3
Terc/Univ.Comp	63,3	40,8	27,1	44,7	8,9	10,9	0,4	3,3	0,4	0,3
Ignorado	-	-	6,4	-	64,4	-	16,7	100,0	12,4	-

* La variable "calificación ocupacional" se refiere a la complejidad de las ocupaciones desarrolladas por los trabajadores; no debe confundirse con el nivel de instrucción de los mismos.

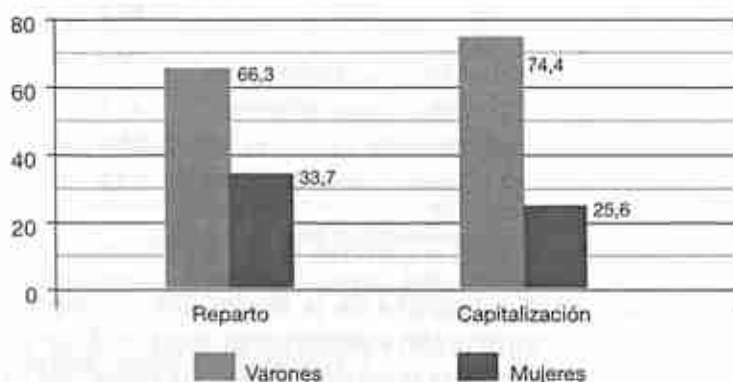
Actualmente, tanto los gobiernos como los organismos internacionales han tomado conciencia de que los aspectos fundamentales del crecimiento de la población y del cambio económico, social y cultural no pueden dejar de tener en cuenta la situación de la mujer en la sociedad y en particular su educación. Ha quedado demostrado que las mujeres mejores instruidas gozan de mejor salud y esta situación se transfiere tanto a sus hijos, a la familia, como a la comunidad.

2.2.4 La seguridad social y la población femenina

Desde 1994 con la implementación del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, la población económicamente activa puede optar por permanecer en el antiguo sistema denominado de reparto o ingresar al nuevo, de capitalización.

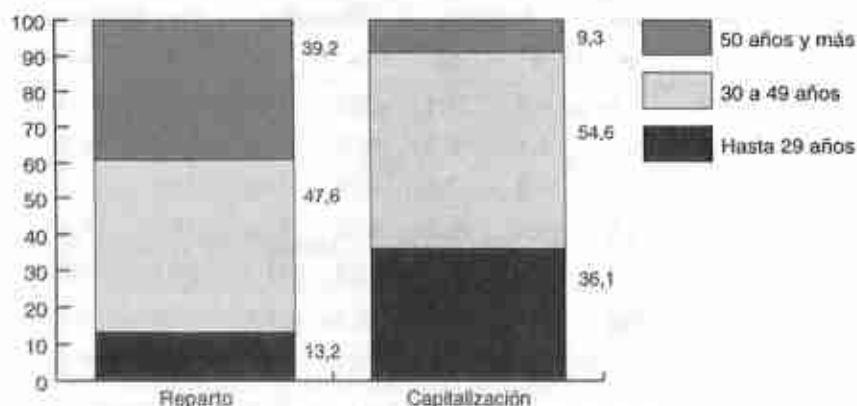
En un análisis realizado en 1995 por el INDEC sobre la base de datos de la DGI y el ANSES, se concluye que del total de aportantes al SIJP el 54,6% lo hace al régimen de capitalización, mientras que el 45,4 % restante se inscribe en el régimen de reparto. La composición por sexo de los afiliados a cada sistema es el siguiente.

REPARTO Y CAPITALIZACIÓN: POBLACIÓN AFILIADA POR SEXO. TOTAL PAÍS. 1995.



Resulta también de interés conocer la magnitud y características de la población afiliada a cada tipo de régimen según la edad.

Sistema de Reparto y Capitalización: Población Afiliada por Edad. Total País. 1995



Las diferencias en la composición de las poblaciones de ambos regímenes revelan que las personas de acuerdo a su edad, sexo y categoría ocupacional tienen un comportamiento selectivo en el momento de elegir por el sistema de reparto o de capitalización.

La población femenina se inclina por el sistema de reparto, también lo prefieren las personas de ambos sexos de 50 años o más. Los menores de 30 años prefieren el sistema privado. Las mujeres de edad intermedia (30 a 49 años) se reparten en forma equitativa entre ambos sistemas a diferencia de los varones, de este mismo grupo etario, que eligen capitalización.

Según el Censo de Población de 1991, el 65,5% del total de personas con 60 años y más percibe una jubilación o pensión. La cobertura es mayor entre los varones (68.9%) tanto urbanos como rurales, a pesar de que las mujeres predominan en este grupo de edades. El 64,6% de las mujeres urbanas tienen cobertura previsional mientras que sólo el 44,8% de las mujeres rurales están cubiertas, poniendo en evidencia el grado de desprotección de las mujeres mayores en dichas áreas poblacionales.

3. La mujer en relación al sector salud

3.1 Introducción

Históricamente en el contexto de la Salud Pública el tema de la salud de la mujer ha tenido diferentes enfoques pero, en todos ellos se ha mantenido un carácter instrumental: cuidar la salud de la mujer como requisito indispensable para producir niños saludables.

Esta percepción de la mujer, centrada en el rol reproductivo como única función, ha parcializado por años el enfoque de atención de su salud. Sus necesidades y expectativas, asociadas a los múltiples roles que la mujer cumple a lo largo de vida, han sido prácticamente ignoradas. Como también lo han sido las circunstancias del ambiente social y económico que inciden en la capacidad de la mujer para proteger y promover su propia salud y la de sus familias.

Recién a comienzos del 90 con la introducción de la dimensión de género en el análisis de la salud, con el requerimiento de: brindar igualdad de oportunidades en el acceso de servicios y que éstos se distribuyan equitativamente, con la descentralización y la participación democrática en la gestión y planificación de políticas de salud a nivel local; se han transparentado las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean de modo diferenciado los perfiles de salud y las demandas de prestaciones sanitarias de hombres y mujeres.

Esas diferencias no sólo se manifiestan en términos de exposición a riesgos, fundamentalmente ponen en evidencia las relaciones de poder e inequidad con respecto a los recursos para encarar dichos riesgos, proteger la salud e influir políticamente en la dirección del proceso del desarrollo sanitario.

La construcción de género ejerce influencia en la salud de las personas y en el papel que éstas desempeñan en el mejoramiento de la misma a través de la *socialización* de los paradigmas de masculinidad y femineidad y del *control institucional* para sancionar el acatamiento o desviación a dichos paradigmas que, por otra parte, determinan actividades y posiciones con retribución social, política y económica discriminada según sexo; recreando desigualdades intergeneréricas.

El concepto de equidad se funda en la noción de necesidad, apunta a una distribución de recursos y servicios de salud basada en la asignación diferenciada según los requerimientos particulares de individuos o grupos. Por lo tanto, la falta de equidad en materia de salud se refiere a los casos evitables de enfermedad, discapacidad y muerte.

Para el logro de la equidad se requiere de políticas públicas que reconozcan la diversidad de problemas y fomenten en el conjunto de la sociedad respuestas sociales propiciatorias de condiciones de vida saludables, así como acciones de prevención y tratamiento oportuno de problemas específicos de salud.

La inequidad intergenerérica en los niveles: social, económico y político de la

mujer es un patrón que atraviesa regiones geográficas, clases sociales, etnias, estadios de desarrollo como lo vienen demostrando distintos informes sobre desarrollo humano elaborados por el PNUD y otros estudios de diferentes investigadores y organismos internacionales. Es indispensable reconocer el riesgo que implica desconocer este hecho y la no menos importante heterogeneidad al interior mismo de la categoría de género; es imperativo por lo tanto incorporar al análisis el impacto que las variables sociales, económicas y políticas ejercen en las necesidades de las mujeres y en el carácter y magnitud de las desigualdades inter e intragenéricas.

Por lo expuesto, el abordaje de la problemática relacionada con las condiciones de salud de la mujer desde una perspectiva de género, se constituye en un campo de investigación e intervención profesional a seguir profundizando.

3.2 Morbilidad según edad y sexo

Los daños en salud de la mujer pueden ser medidos a través de distintos indicadores. Una forma de abordarlos, tradicional en el sector salud, es el análisis de la información disponible sobre morbilidad y mortalidad.

En general, la elaboración de información sobre morbilidad reconoce en nuestro país, al igual que en la mayoría de los países, dificultades importantes. Estas se expresan a nivel de cobertura temática parcial, problemas de integridad y calidad de la información.

Las estadísticas de morbilidad en el ámbito nacional corresponden a los egresos hospitalarios que se producen en los establecimientos de salud pertenecientes a dicho subsector. Dicha información, permite conocer el número de internaciones que se han producido, clasificadas por edad, sexo, diagnóstico y jurisdicción.

La última información disponible de Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico es de 1995 e indica que del total de egresos el 63,3% corresponde a mujeres y el 36,4% a egresos masculinos; la diferencia entre estos valores responde a los egresos cuyo sexo no pudo identificarse.

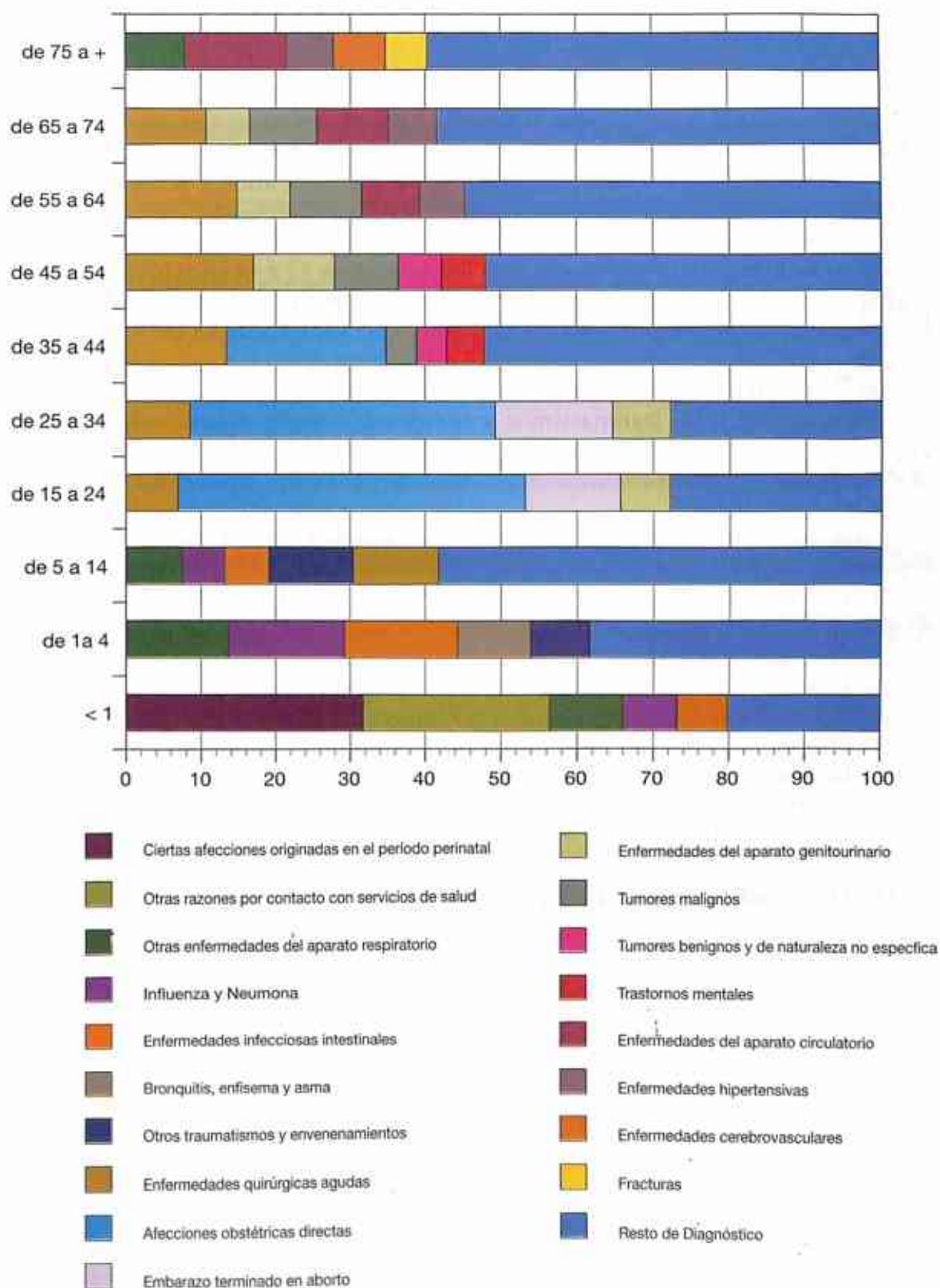
Un poco más de dos tercios de los egresos corresponden a mujeres de 15 a 44 años, lo que muestra la alta incidencia del parto normal y de los problemas de salud reproductiva.

Los principales diagnósticos de egresos para la población femenina son:

- | | |
|---|--|
| - Parto normal (27 %) | - Enfermedades infecciosas intestinales (3,1%) |
| - Causas obstétricas directas (14,7%) | - Traumatismos y envenenamientos (2,9%) |
| - Enfermedades quirúrgicas agudas (6,3%) | - Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (entre 2,8%) |
| - Embarazos terminados en abortos (5%) | - Influenza y neumonía (2,5%) |
| - Enfermedades del aparato genitourinario (4,7%) | |
| - Otras razones para contactos con servicios (4,4%) | |

El análisis de las causas de internación agrupada por sexo y edad, para los cinco principales diagnósticos de egresos, excluido el parto normal, no presenta diferencias importantes entre sexos para los menores de 4 años. Las diferencias, tanto intra como intergenérica, comienzan a manifestarse a partir de los 5 años en adelante como puede observarse en el siguiente cuadro:

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS EXCLUÍDO PARTO NORMAL, SEGÚN SEXO FEMENINO Y GRUPO DE EDAD - AÑO 1996



Entre los 15 y 44 años las principales causas de egresos en las mujeres son las causas obstétricas directas y los embarazos terminados en abortos. Existen diferencias al considerar tramos etarios más pequeños por ejemplo, entre los 15 y 34 años prevalecen las enfermedades quirúrgicas agudas y las del aparato genitourinario, mientras que entre los 35 y 44 años surgen los trastornos mentales.

Los varones entre los 15 a 44 años no presentan diferencias significativas entre grupos de edad más pequeños, en general siguen -en relación a los tramos anteriores- afectados por traumatismos y envenenamientos, por las quirúrgicas agudas y los trastornos mentales. Comienzan, a partir de los 35-44 años, a ser importantes los egresos por enfermedades del aparato digestivo.

Entre los 45 y 64 años, el principal diagnóstico de egresos son las enfermedades quirúrgicas agudas para ambos sexos. Para las mujeres de 35 a 44 años los problemas de salud mental ocupan la tercer causa de egreso. Comienzan a adquirir relevancia en las mujeres los egresos por tumores malignos y por enfermedades del aparato circulatorio.

En los hombres continúan siendo importantes los egresos por enfermedades quirúrgicas agudas y los traumatismos y envenenamientos; siguen los trastornos mentales afectando al grupo comprendido entre los 45 y 54 años; aparece como primer diagnóstico de egreso los tumores malignos para el grupo de hombres entre los 55 y 64 años.

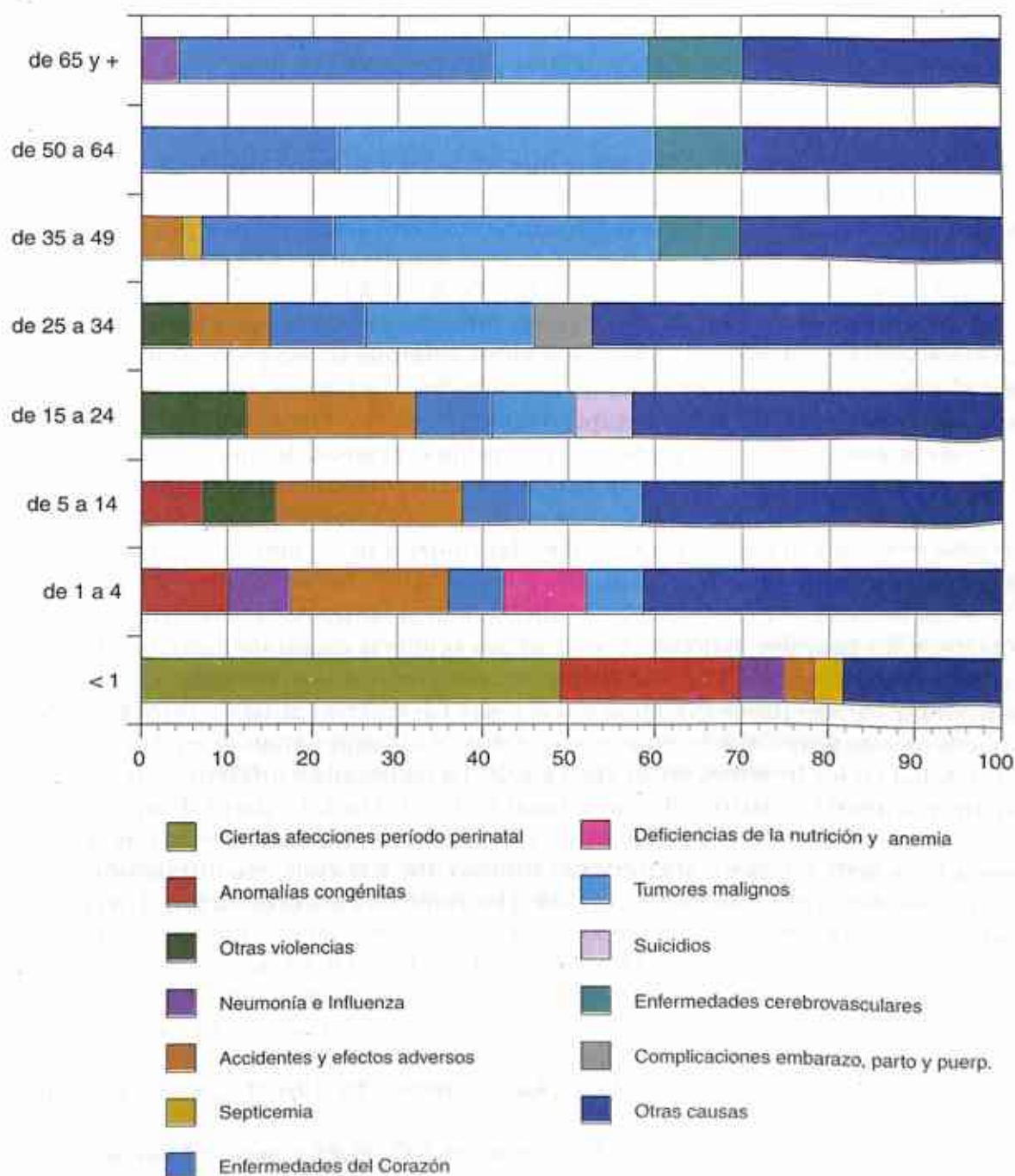
Las causas que llevan a la internación de las mujeres entre los 65 a 74 años no son diferentes de las del tramo anterior. A partir de los 75 años se agudizan los egresos por enfermedades del aparato circulatorio, continúan las hipertensivas de un modo más marcado y comienzan a manifestar su importancia las enfermedades respiratorias y las cerebrovasculares.

Para los hombres comprendidos en el tramo que va desde los 65 a más años, son las enfermedades del aparato circulatorio junto a los tumores malignos los diagnósticos mas importantes, les siguen las enfermedades del aparato respiratorio. Las enfermedades del aparato genitourinario adquieren importancia a partir de los 65 años y sólo en los hombres de 75 años y más surge como cuarto diagnóstico de egreso las enfermedades cerebrovasculares.

3.3.Mortalidad según edad y sexo

El análisis de las primeras causas de mortalidad agrupada por edad y sexo, según la última información disponible para el año 1996 de la Dirección de Estadística e Información de Salud (MS y AS), presenta la siguiente característica:

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION SEGÚN SEXO FEMENINO Y GRUPO DE EDAD - AÑO 1996



Las cinco principales causas de mortalidad de mujeres y hombres difieren en el orden de aparición para algunos grupos de edad y en otros se presentan con especificidad propia ya sea por sexo o por edad.

Tanto en el período postnatal como en el que va desde el año hasta los 14 años no se observan diferencias significativas, sin embargo resulta de interés destacar que

entre el primer año y los 4 años la cuarta causa de mortalidad para los varones es por otras violencias y para las mujeres la neumonía e influenza.

Entre los 15 y 24 años ambos sexos mantienen como las dos primeras causas de mortalidad los accidentes y efectos adversos, y otras violencias. Para los hombres la tercer causa de muerte son los homicidios y la cuarta los suicidios; para las mujeres las enfermedades del corazón se ubican como cuarta causa de mortalidad y como quinta los suicidios.

En las mujeres de 25 y 34 años la mortalidad por tumores malignos y las enfermedades del corazón ocupan las dos primeras causas de mortalidad seguida por accidentes y efectos adversos, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio ocupan el cuarto lugar y la mortalidad por otras violencias desciende pasando a ocupar el quinto lugar.

En los hombres se mantienen como primeras causas los accidentes y efectos adversos y otras violencias. Los suicidios en los hombres de ese grupo etario descienden al quinto lugar. Las enfermedades del corazón y los tumores malignos se presentan como tercera y cuarta causa respectivamente.

En el grupo de 35 a 64 años las tres primeras causas de mortalidad para las mujeres son los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares. La cuarta causa para las de 35 a 49 años son los accidentes y efectos adversos y quinta la septicemia, para las mujeres de 50 años y más comienza a ocupar este lugar la diabetes mellitus.

Los hombres desde los 35 a 65 años y más mantienen las enfermedades del corazón y los tumores malignos como las dos primeras causas de mortalidad. Entre los 35 y 49 años todavía los accidentes y efectos adversos se manifiestan como causa de mortalidad, aunque desciende al tercer lugar. Las enfermedades cerebrovasculares, a partir de este grupo etario, adquieren relevancia y representan la tercera causa de mortalidad en los hombres de 50 años y más. La neumonía e influenza y la diabetes mellitus ocupan el cuarto y el quinto lugar en la mortalidad a partir de los 65 años.

Los problemas de salud pública visualizados como específicos en la mujer están asociados a la maternidad, al embarazo adolescente, a la violencia intrafamiliar, a la morbimortalidad por infecciones, al sida, a los tumores y a las condiciones del medio ambiente laboral.

4. Atención de la salud de la mujer

4.1 Programa Mujer Salud y Desarrollo

El Programa Mujer, Salud y Desarrollo tiene como objetivos primordiales:

- Contribuir a mejorar las condiciones de salud de las mujeres. La estrategia para alcanzar este objetivo está centrada en la promoción de la participación activa y solidaria de la mujer, a través de organizaciones de la comunidad, en la gestión local para obtener una mejor calidad de vida para sí, para su familia y para su comunidad.
- Contribuir a mejorar la atención y los servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres en los distintos períodos del ciclo vital: niñez, adolescencia, edad adulta, edad mediana y vejez. El enfoque estratégico del programa para alcanzar este objetivo es el de trabajar coordinadamente con otros programas del Ministerio, partiendo del supuesto de que al transversalizar la problemática de género en la investigación y capacitación del recurso humano para la atención, prevención y promoción de la salud de la mujer estaremos contribuyendo a su desarrollo integral.

Se entiende por:

- Promoción de la Salud el proceso que conduce al fortalecimiento de la mujer para aumentar el control sobre su salud y sus posibilidades de mejorarla.
- Capacitación del recurso humano el proceso de formación de un nuevo personal capaz de reconocer las diferencias inter e intragenéricas y capaz de actuar en consecuencia, con propuestas innovadoras para planificar servicios que brinden el acceso equitativo a ambos sexos.

PRINCIPALES ACCIONES DESARROLLADAS PERÍODO 1994-1998

Capacitación Programa Mujer Salud y Desarrollo

1994

- Primera Reunión Nacional "Mujer y Salud" convocada para consensuar el documento "Situación de la Mujer en Argentina - 1994".
- Primer Jornada sobre Mujer, Salud y Desarrollo en Baradero, Pcia de Buenos Aires; en la sede de APAND (Asociación Pro Ayuda al Niño Discapacitado).

- Taller de Capacitación de Capacitadores con efecto multiplicador del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Resistencia - Chaco.
- Taller de Capacitación de Capacitadores con efecto multiplicador del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Río Gallegos - Santa Cruz.
- Taller de Capacitación de Capacitadores con efecto multiplicador del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San Miguel de Tucumán - Tucumán.
- Taller Lúdico Creativo Mujer, Género y Salud, se desarrollaron en Formosa 11 reuniones.

1995

- Taller de Capacitación de Capacitadores con efecto multiplicador del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, - Córdoba.
- Taller de Capacitación de Capacitadores con efecto multiplicador del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, - Neuquén.
- Se continuó con los talleres de sensibilización y capacitación del Programa Mujer, Salud y Desarrollo en:
 - comunidades aborígenes de Chaco y Formosa,
 - profesionales de Salud y Desarrollo Social de Misiones,
 - mujeres sindicalistas del gremio de la Salud de la MCBA y
 - mujeres concejalas de la provincia de La Pampa.

ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN INTERPROGRAMÁTICA

- Participa desde 1992 a la fecha del Directorio del Consejo Nacional de la Mujer. Presidencia de la Nación.
- El Programa asesoró a diputadas de la Nación, junto con la Dirección de Salud Materno Infantil, en la elaboración de un proyecto de ley de Procreación Responsable, 1994-95.
- Se realizó junto con la Dirección de Promoción y Protección una Reunión de Expertos sobre el tema Mujer y Violencia, 1995.
- A través de la Dirección de Salud Materno Infantil, se fomenta en las Normas de Atención Perinatólogica, la humanización del trato a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, 1995.
- Desde mediados de 1994 y hasta principios de 1995, se trabajó junto con el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, específicamente la Dirección General de Derechos Humanos y de la Mujer apoyando y aportando información en los Talleres, Encuentros Regionales e Internacionales para la preparatoria de la Conferencia Mundial a realizarse en Beijing, China.
- Participa desde 1996 a la fecha de Encuentros Regionales como miembro integrante de la Comisión Ad Hoc para el Seguimiento del Plan de Acción surgido de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing-China 1995, coordinados por la actual Subsecretaría de la Mujer - Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto.
- Se trabajó en la Comisión Intersectorial de Reglamentación de la Ley Nacio-

nal N° 24.417 contra la Violencia Familiar, 1995-96.

- Se promueve durante 1996, junto a la Dirección de Salud Materno Infantil, la conformación de una Comisión Nacional Asesora en el Control y Vigilancia de la Mortalidad Materna.
- En el marco de la iniciativa Escuelas Promotoras de Salud OPS/OMS se trabaja, desde 1996 a la fecha, con el Ministerio de Cultura y Educación en la implementación de un Programa Piloto de Educación para la Salud a ser ejecutado en 1200 escuelas seleccionadas en las 24 jurisdicciones (L.P.I Nro 8/94. Decreto 235/95. MSyAS). Dicho programa promueve, entre otros conocimientos, actitudes y prácticas, la igualdad de oportunidades intergeneracional en el cuidado de la salud.
- Participa durante 1997-98 de la Comisión Intersectorial convocada por el Ministerio de Justicia de la Nación, para la revisión y reformulación de la Ley 24.417 de Prevención contra la Violencia Familiar
- Participa durante 1998 de la Comisión de la Mujer convocada por el Ministerio de Justicia de la Nación.

ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y CON ONG

- Se concreta en 1995 la firma de un convenio con el Sindicato de Amas de Casa de la República Argentina, por medio del cual, la Subsecretaría de Atención Comunitaria se compromete a brindar capacitación a 1200 delegadas de SACRA de las 24 jurisdicciones del territorio nacional durante 1996. A su vez SACRA se compromete a ir multiplicando la capacitación a un número aproximado de 50.000 afiliadas y no afiliadas al término de un año.

Este proyecto fue ejecutado durante 1996 con financiamiento del FNUAP (Fondo de Naciones Unidas para la Población). Se elaboraron cuatro módulos de Capacitación a Líderes Comunitarias con metodología participativa sobre la "Salud Integral de la Mujer y su Familia", y se trabajó con dicho material en jornadas intensivas de dos días en cada una de las filiales de las 24 jurisdicciones. Se publicaron 3.500 ejemplares de dichos módulos.

- Se firmó en 1997 un convenio entre la Subsecretaría de Atención Comunitaria y SACRA para apoyar y colaborar con los Programas a ejecutar por los Ministerios de Salud de las respectivas provincias, con acciones de promoción de la salud de la mujer y su familia
- En agosto de 1997 se firma un Convenio de Cooperación con el BID (Banco Interamericano de Desarrollo), con financiamiento no reembolsable, para la implementación de un Programa Piloto de Prevención y Asistencia a la Violencia contra la Mujer a ser ejecutado en dos municipios de la provincia de Mendoza. El diseño de este Programa consta de 4 fases: Diagnóstico de Situación, Elaboración del Modelo, Implementación y Monitoreo y evaluación. El Programa se encuentra en la etapa final de la segunda fase y se desarrolla con la participación activa de las distintas instituciones que a nivel de las localidades de Maipú y Guaymallén participan en la atención de la VIF. Se prevé en 1999 contar con un modelo de prevención y atención de la violencia

intrafamiliar para ser consensuado por los referentes del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de las 24 jurisdicciones.

La Subsecretaría de Atención Comunitaria, desde el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo, tiene por objetivo para el período 1999-2000 promover y fortalecer una red de cooperación con Organismos Gubernamentales, no Gubernamentales, de Cooperación Internacional, Académicos y Científicos que atiendan al desarrollo integral de la Mujer.

4.2 La violencia contra la mujer en edad reproductiva y en la niñez

A partir de los resultados a obtener por el Programa Piloto de Prevención y Asistencia a la Violencia contra la Mujer habrá mejores pistas para investigar sobre las consecuencias de la violencia en la salud materno-infantil y sobre las funciones que pueden desempeñar los trabajadores de la salud pública en los esfuerzos intersectoriales para erradicar esta modalidad de resolver conflictos.

El sistema de atención de salud se halla en una posición particularmente importante para detectar, contener, asesorar, derivar y/o tratar a las víctimas de violencia intrafamiliar. Es la institución pública que tiene la mayor posibilidad de encuentro para interactuar con todas las mujeres en algún momento de su vida; ya que por variados motivos, alguna vez, consultan con el sector (embarazos, controles clínicos, ginecológicos, controles de los hijos, etc.), incluyendo la consulta encubierta por violencia esperando, implícitamente, encontrar ayuda al respecto.

Si bien la información internacional disponible a la fecha es insuficiente, los datos disponibles indican que la violencia física contra la mujer por parte de sus compañeros en el contexto hogareño representa entre el 16% y el 52% de los casos y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación e intento de violación en el transcurso de su vida. También es sabido que la violación y la tortura sexual contra mujeres y niñas, son usadas como estrategias de sometimiento en situación de conflictos políticos sociales.

En el último documento "Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario" del Programa Mujer Salud y Desarrollo de la OPS/OMS – Junio 1998, el Director General de la OMS expresa: "Un cúmulo de evidencias que se multiplica rápidamente indica que la experiencia de la violencia en la mujer tiene consecuencias directas no sólo para su propio bienestar, sino también para el de sus familias y comunidades. Además de huesos rotos, quemaduras de tercer grado y otras lesiones corporales, el maltrato puede tener consecuencias para la salud mental a largo plazo como es la depresión, los intentos de suicidio y el síndrome de estrés postraumático. La violencia que incluye agresión sexual también puede causar enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y otros problemas de salud sexual y reproductiva. En el caso de la niña, las consecuencias para su salud pueden persistir en su vida adulta".

En el Informe mundial sobre el desarrollo: invertir en salud. Banco Mundial – Washington, 1993; queda demostrado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva ya que tienen el doble de riesgo de aborto y un riesgo cuatro veces mayor de tener un hijo con bajo peso.

Los daños ocasionados en esta etapa son tan graves como el cáncer y podríamos agregar que su morbilidad es superior a esta enfermedad si analizamos el capítulo de los accidentes y los combinamos con lesiones autoinfligidas y/o lesiones ocasionadas por terceros en forma intencional o no intencional.

Una de las tareas del Programa Materno Infantil será promover la investigación y el registro de violencia contra la mujer a través de las fases prenatal y posnatal. En tanto estas representan, en nuestro país, una oportunidad para medir durante estos períodos la prevalencia de hechos de violencia física, psíquica y sexual, no sólo en las madres sino también en los niñas/os. Esto no debe ser interpretado como la exclusión de los otros servicios en esta tarea que es una responsabilidad de salud pública.

4.3 Programa de Salud Materno-Infantil

4.3.1 Metas para el año 2000 del compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño. (Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud - Sociedad Argentina de Pediatría - UNICEF Argentina).

Se transcriben las metas referidas a la Salud Materna:

- Reducir la Mortalidad Materna a menos del 4 por diez mil nacidos vivos a nivel nacional. En aquellas provincias en que actualmente la tasa sea superior al promedio nacional, la disminución debe ser proporcionalmente mayor.
- Alcanzar una cobertura del 90% en la inmunización de las embarazadas con toxoide tetánico.
- Aumentar la detección temprana del embarazo y elevar el número de controles prenatales a más de cuatro por mujer.
- Asegurar un mínimo de un control posnatal a la puérpera.
- Desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones, de acuerdo al sistema de valores vigente.

Para obtener los resultados mencionados se desarrollan las siguientes actividades:

- Impresión y distribución de las Normas Nacionales de Perinatología Tomo I, sobre «Atención del Embarazo Normal, Parto de Bajo Riesgo y Atención Inmediata del Recién Nacido».
- Impresión y distribución de las Normas Nacionales de SIDA en Perinatología. Anexo del Tomo I
- Impresión y distribución de las Normas Nacionales Tomo II, sobre Patologías Prevalentes de las Embarazadas y los Recién Nacidos.
- Impresión y distribución de las Normas Nacionales de Perinatología. Tomo III, sobre Promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna.
- Impresión y distribución de las Normas Nacionales Perinatales. Tomo IV, sobre Atención del Parto de Riesgo.
- En redacción las Normas Nacionales Perinatales. Tomo V, sobre Preparación Integral para la Maternidad.

- En redacción las Normas Nacionales Perinatales. Tomo VI, sobre Atención del Puerperio
- Talleres de Perinatología para mejorar la capacitación del recurso humano.
- Evaluación de Servicios de Perinatología.
- Implementación y seguimiento del Sistema Informático Perinatal a nivel Nacional.
- Asignación y distribución de medicamentos y equipamiento para el área perinatal.
- Campaña de vacunación antitetánica para mujeres en edad fértil en regiones del NOA y NEA durante 1995.
- Implementación del Programa Nacional de Control de Calidad de Atención.
- Mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna.
- Funcionamiento periódico del Comité Nacional del control de la Morbimortalidad Materna.
- Apoyo a los Comités Regionales de Morbimortalidad Materna.
- Apoyo a los Comités locales de Mortalidad General.
- Apoyo continuo para mejorar las estadísticas básicas y de salud reproductiva.
- Implementación del Sistema Informático Perinatal a nivel Nacional e implementación de la Red Informática Perinatal.
- Recolección de datos de los Programas de Procreación Responsable.
- Interacción con la Dirección de Estadísticas de Salud.
- Fortalecimiento de las acciones de Procreación Responsable para prevención del aborto, del embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha.

4.3.2 Procreación Responsable

4.3.2.1 Conceptos, propósitos y objetivos.

El derecho que asiste a las personas a decidir conscientemente sobre sus pautas reproductivas y el deber del Estado de ofrecer el asesoramiento para ejercer ese derecho, constituye la base de las actividades englobadas bajo el nombre de Procreación Responsable

Las mismas integradas a las Políticas de Salud en programas de atención materno-infantiles, no deben confundirse con Políticas de Población coercitivas basadas en aspectos demográficos.

Por el contrario, deben interpretarse como un aporte tendiente a mejorar el proceso reproductivo humano en armonía con la política natalista del país.

Sus fines están dirigidos a mejorar la salud de la Madre, el Niño y la Familia en la creencia y con el convencimiento de que la verdadera riqueza de un país se apoya principalmente en sus recursos humanos y por ende en su población.

Por lo tanto, fomentar la reproducción en edades adecuadas, favorecer intervalos intergenésicos óptimos y evitar embarazos no deseados o en situaciones de riesgo, es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del grupo poblacional más expuesto a riesgos evitables, que aún hoy sigue pagando tributo a la improvisación, desconocimiento e incompreensión.

Se entiende que dar una respuesta organizada a aquellos requerimientos den-

tro de los servicios institucionales de salud, especialmente en los que atienden el proceso de reproducción humana, constituirá el medio idóneo para alcanzarlos.

Por otra parte, el alto número de egresos por «aborto», entre los cuales el provocado se estima como el de mayor proporción, y los altos índices de mortalidad materna atribuidos a esa causa, exigen revertir con urgencia esa situación promoviendo la educación para la salud en forma integral.

Por todo lo expuesto, la Procreación Responsable, como necesidad sentida por la comunidad, constituiría uno de los aportes más trascendentes que la organización social puede brindar a través de sus servicios de salud a fin de mejorar la calidad de vida de sus componentes.

Los **propósitos** de este programa son:

- Ofrecer a la población el ejercicio pleno del derecho humano básico de decidir responsablemente respecto de su reproducción.
- Orientar y asesorar mediante programas de Educación para la Procreación Responsable, elaborados de acuerdo al sistema de valores vigente, a toda la población y a las familias en particular en lo relativo a su reproducción a fin de que pueda ser ejercida con libertad y responsabilidad.
- Asegurar a las familias de riesgo el ejercicio pleno de ese derecho.

Los **objetivos generales** son los siguientes :

- Fomentar edades adecuadas para la reproducción (20 a 35 años).
- Favorecer y estimular períodos intergenésicos no menores de dos años.
- Evitar embarazos no deseados.

Constituyen **objetivos específicos** los siguientes:

- Informar a la población en general sobre el Programa de Procreación Responsable mediante las técnicas e instrumentos de la Educación para la Salud.
- Orientar y asesorar a la población demandante en Hospitales y Centros de Salud sobre Salud Procreación Responsable y prescribir de acuerdo a sus pautas culturales y sistema de valores el método anticonceptivo más adecuado.
- Incluir la anticoncepción dentro de las actividades de los servicios de ginecología y obstetricia de los establecimientos hospitalarios públicos y privados, así como en los centros de atención primaria.
- Orientar y canalizar las demandas referidas a esterilidad e infertilidad.
- Educar, asesorar y cubrir los niveles de prevención primaria y secundaria para enfermedades de transmisión sexual y cáncer ginecológico.

4.3.2.2 Antecedentes legales - políticos

A través del decreto 2274/87 se reivindicó, por primera vez, el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número de hijos y el intervalo entre los mismos.

El Plan Nacional de Acción en Favor de la Madre y el Niño suscripto el 9 de marzo de 1994 por los Sres Gobernadores en el Pacto Federal acuerda, dentro de los objetivos específicos para la Salud Materna, «Desarrollar e implementar Programas de Procreación Responsable en todas las Jurisdicciones de acuerdo al sistema de valores vigente».

Este compromiso posibilitó el desarrollo de Programas de Procreación Responsable en 14 de las 24 jurisdicciones, existiendo a la fecha la siguiente situación:

PROCREACION RESPONSABLE

JURISDICCIÓN	NOMBRE DEL PROGRAMA	LEGISLACIÓN	OBSERVACIONES
Ciudad de Buenos Aires	Procreación Responsable		
Buenos Aires	Sexualidad Responsable	Resolución 880/96 Resolución 1094/96 1998 (Sujeto a aprobación)	Honorable Consejo Deliberante de Zárate: adhiere al Proyecto de Ley 23170 Honorable Consejo Deliberante de Berazategui: adhiere al Proyecto de Ley 23170 Plan de Gobierno Interministerial sobre Sexualidad Responsable (Ministerio de Salud, Educación y Acción Social) – Programa y Norma de Anticoncepción Responsable.
Catamarca			
Córdoba	Salud Reproductiva	Ley 0291/95	
Corrientes			
Chaco	Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable	Anexo a la Resolución 376/96 y Ley 4276/96	Cámara de Diputados
Chubut	Procreación Responsable		
Entre Ríos	Salud Reproductiva y Procreación Responsable	Proyecto de Ley	Toma como referencia la Ley 1363/91 de La Pampa
Formosa	Salud Sexual y Reproductiva		
Jujuy			
La Pampa	Procreación Responsable	Ley 1363/91	
La Rioja			
Mendoza	Salud Reproductiva	Ley 0433/96	
Misiones	Planificación Familiar	Decreto 92/98	
Neuquén	Procreación Responsable	Ley 2222/97	Reglamentación enviada el 27/5/98 para su aprobación
Río Negro	Salud Reproductiva y Sexualidad Humana	Ley 3059/96	
Salta			
San Juan			
San Luis			
Santa Cruz	Procreación Responsable		
Santa Fe			
Santiago del Estero			
Tucumán			
Tierra del Fuego	Procreación Responsable		
TOTAL 24	14	9	

En los últimos 50 años, en el país, la tasa de natalidad ha descendido de 25,4‰ a 19,2 ‰. Aún existen diferencias jurisdiccionales registrándose en Formosa (27,9‰) la tasa más alta y la más baja (13,4‰) en Capital; mientras que la tasa global de fecundidad decreció en el país de 3.15 a 2.65 hijos por mujer.

4.3.3 Maternidad Adolescente

Según la información actualizada a 1995 aproximadamente un 22,8% de los egresos por partos son de madres menores de 20 años, de los cuales el 0,9% corresponde a menores de 15 años. Estas cifras presentan variaciones según jurisdicciones, llegando a producirse en el Chaco el 28,7% de los partos en adolescentes. Muchas veces son el segundo o tercer hijo de esas jóvenes madres.

Para la mujer adolescente, ser madre significa, además de la exigencia de asumir un rol para el que todavía no está emocionalmente preparada, afrontar una serie de dificultades.

En una tercera parte de los casos no cuentan con un compañero para la crianza de su hijo, debiendo hacerse cargo de su sustento y de todo lo que un niño necesita para un adecuado crecimiento y desarrollo.

En general se trata de jóvenes con poca o nula preparación escolar. Esto constituye por sí mismo un factor de riesgo para la evolución del proceso de la maternidad.

Cuando una adolescente se embaraza, se enfrenta a la decisión de interrumpir el embarazo o continuar con él y tener el niño.

En el primero de los casos, pone en grave peligro su salud y hasta puede comprometer su vida; aunque ninguna de estas dos serias contingencias ocurra, en todos los casos, quedarán secuelas psicológicas que la acompañarán toda la vida.

En el caso de tener a su hijo, se le presentan diferentes circunstancias, dependientes de su situación: la presencia de una pareja, el que cuente con apoyo familiar o no, sus posibilidades económicas para afrontar la crianza, la preparación escolar que tenga, sus posibilidades laborales.

Es un mito que la mayoría de las adolescentes son madres solas: más de la mitad cuenta con un compañero que estará a su lado, pero este compañero es también un adolescente con las dificultades propias de esta edad para conseguir un trabajo adecuado y para ejercer un rol paternal. Se trata además, en la enorme mayoría de los casos, de parejas que se unen a partir del embarazo y cuyo futuro es, por lo tanto, incierto.

La familia de la adolescente que se embaraza toma una actitud que puede ir desde un franco apoyo, brindándole contención y ayuda en la crianza del niño y a la nueva pareja hasta un completo rechazo manifestado a través de una expulsión del seno familiar. Otras veces ignora el estado de embarazo de la joven por hallarse lejos o porque ella no se lo quiere comunicar.

Es casi la regla que una adolescente que va a ser madre abandone sus estudios, si es que los estaba llevando a cabo y tiene muchas posibilidades de perder su trabajo cuando los empleadores tomen conocimiento de su estado.

En estas circunstancias emocionales tan adversas, buscando una solución a las mismas, es muy difícil que la joven ponga atención en el cuidado de su embarazo:

esto explica lo tardío de la primera consulta al obstetra y las dificultades para que el control prenatal sea el mínimamente adecuado para garantizar mejores resultados perinatales.

Si bien con un adecuado control prenatal los resultados perinatales son iguales o mejores que los de mujeres de más edad, sobre lo que se debe efectuar un acompañamiento por un largo período, de por lo menos dos años, es la relación madre hijo: la maternidad es un rol de la mujer adulta. Las adolescentes, sobre todo las más pequeñas, sin duda tienen más dificultades para hacerse cargo de la crianza de sus hijos. La preparación para ser madre depende mucho de la historia familiar y de la propia cultura.

El sector salud y otros sectores (educación, acción social, justicia, trabajo) que tienen contacto con adolescentes embarazadas deben tener en cuenta todos estos factores para poder llevar a cabo acciones intersectoriales que puedan posibilitar el desarrollo de las jóvenes: consultorios de atención diferenciados para adolescentes en centros de salud cercanos a donde ellas se encuentran, manejados por equipos interdisciplinarios que puedan hacer un abordaje integral, programas de seguimiento de la relación madre-hijo, posibilidades de continuar sus estudios y conseguir trabajos con cobertura social, jardines maternos accesibles para que puedan cumplir con su trabajo o estudio, programas de procreación responsable para que puedan posponer un próximo embarazo para un momento más oportuno en su vida.

Básicamente se debe tener en cuenta que la maternidad no madura espontáneamente a una adolescente para ejercer un rol adulto y que los programas de asistencia deben estar orientados a conseguir un crecimiento personal fomentando la autogestión, acompañar ese crecimiento y el de su pareja y fortalecer el vínculo madre-hijo.

Para la Prevención de los embarazos adolescentes y la Promoción de la salud integral para este grupo etario, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, en 1994 se publica y se lo distribuye con el propósito de contribuir a la salud adolescente promoviendo una oferta de servicios de amplia cobertura y calidad, adecuados a las reales necesidades de este grupo poblacional y con especial énfasis en las actividades de protección y prevención.
- Lineamientos Normativos de Salud Integral del Adolescente, publicados en 1996.
- Taller Nacional "Estrategias de prevención del embarazo adolescente", realizado en agosto de 1997 con el apoyo financiero de PNUD y con la asistencia de los referentes de Adolescencia de las 24 jurisdicciones a fin de intercambiar experiencias y optimizar las acciones estratégicas de prevención y atención a nivel de programación local.

4.3.4 Parto y Cesárea

En el último decenio, de manera estable se mantiene anualmente un promedio de 670.000 nacimientos, de los cuales en 1996 el 98,2% fueron atendidos en establecimientos de salud.

El parto institucional es una modalidad extendida en todo el territorio del país desde hace décadas. Si bien reconoce diferencias entre jurisdicciones, aún la que registra el porcentaje más bajo (Santiago del Estero) actualmente está en el orden del 85%.

La cesárea es una intervención quirúrgica destinada a la extracción del feto por vía transparietal.

En la actualidad la operación cesárea es una acción terminal que emplea un cúmulo de conocimientos obstétricos y que se aplica en razón de un considerable número de diagnósticos.

Se ha constituido en la última década en la solución única de una serie de situaciones que cubren un abanico de gradaciones de complejidad.

Tal como se señala en La Propuesta Normativa Perinatal IV, las 10 indicaciones más frecuentes de cesáreas son:

- ✓ Cesárea anterior
- ✓ Sufrimiento fetal agudo
- ✓ Desproporción cefalopélvica
- ✓ Presentación podálica
- ✓ Toxemia
- ✓ Fracaso de inducción
- ✓ Placenta previa
- ✓ Parto prolongado
- ✓ Desprendimiento normoplacentario
- ✓ Situación transversa

De estas indicaciones la mitad son discutibles. En el año 1916 Craigin acuñó la frase «una cesárea, siempre cesárea», con el propósito de evitar la rotura uterina anteparto e intraparto. Así nació una indicación quirúrgica válida en aquella época pero, *en el momento actual la cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna excepto, el hecho de no estar correctamente indicada.*

«El incremento de la tasa de cesáreas más allá del límite de sus beneficios, agre- ga morbilidad y costo y se transforma de solución en problema»

Los avances tecnológicos han reducido el riesgo de muerte atribuible a la inter- vención cuando se garantizan niveles óptimos de calidad de atención. Sin embargo, debe limitarse las indicaciones de la cesárea a favor del parto vaginal por cuanto aquél se asocia con mayor morbilidad y mortalidad expresadas en :

- Aumento de hasta 12 veces de la mortalidad materna.
- Aumento de 7 a 20 veces de la morbilidad materna.
- Duplicación de la estadía hospitalaria.
- Convalecencia y alteraciones psicoafectivas.
- Asfixia al nacer.
- Trastornos respiratorios neonatales.
- Prematurez iatrogénica.
- Alteración del vínculo precoz madre-hija/o.
- Retraso en la instalación de la lactancia.

No hay evidencias para asegurar que el incremento de cesáreas permita dismi-

nuir la tasa de mortalidad perinatal. Existen países que presentan tasas bajas de mortalidad perinatal (y materna) y que a la vez registran frecuencias proporcionalmente bajas de cesáreas como ocurre en Japón y Holanda, entre otros.

Se podrían optimizar los resultados perinatales en condiciones de seguridad si se evitaran cesáreas no necesarias. Para ello, pueden ser de utilidad los lineamientos que figuran en el Capítulo IV de la Propuesta Normativa Perinatal:

- ✓ Se deberá requerir una segunda opinión autorizada e independiente, toda vez que sea posible y, en particular, cuando hay dudas.
- ✓ Conviene que el equipo revise periódicamente los resultados locales y actualice los conocimientos acerca de las principales indicaciones.
- ✓ La cesárea iterativa no debe ser automática, sobre todo si la cesárea anterior fue segmentaria y si la indicación no es recurrente.
- ✓ El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo intraparto realizado por monitoreo electrónico fetal, debe confirmarse por el Ph de sangre capilar fetal; o bien ser lo suficientemente claro por auscultación, ser extensivo y no desaparecer con los tratamientos.
- ✓ Debe reconsiderarse la indicación de inducción del parto si el cuello uterino no está maduro.
- ✓ Hay que extremar la selección de casos antes de indicar cesáreas electivas en pretérminos.
- ✓ Realizar «la prueba del parto» cuando se diagnostica desproporción céfalo-pélvica relativa.
- ✓ En múltiples hay que considerar la vía vaginal como alternativa para el parto en pelviana.
- ✓ Hay que desechar las indicaciones no médicas, incluyendo la solicitud materna no justificada, o la oportunidad para realizar otra cirugía.
- ✓ La madre debe recibir información adecuada durante el embarazo y apoyo psicológico durante el trabajo de parto a fin de disminuir el estrés y obtener mayor colaboración.

4.3.5 Prevalencia de anemia en embarazadas

Es un hecho probado que la anemia durante el embarazo ocasiona una mayor tasa de mortalidad materna, parto prematuro y/o bajo peso al nacer.

Los datos disponibles sobre prevalencia de anemia en la mujer embarazada son escasos. Entre los estudios existentes se observa el siguiente estado de situación:

PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL			
Provincia	Año	Embarazada %	No embarazada %
Salta	1975		40,7
Corrientes	1978	61,0	32,0
Gran Buenos Aires	1986		25,8
Tierra del Fuego	1994	38,6	10,3

En el estudio del Gran Buenos Aires, también se demostró que la mediana de depósitos de hierro, evaluados por ferritina sérica inferior a 12 ug/L, fue de 150 mg. Este último dato permite inferir que un porcentaje muy elevado de estas mujeres no estaría en condiciones de solventar la demanda de hierro que significaría un nuevo embarazo.

El estudio de Tierra de Fuego mostró mayor prevalencia de anemia en el segundo y tercer trimestre; se observó una deficiencia de hierro y folatos en la dieta de las mujeres embarazadas.

De los datos precedentes se puede estimar que la prevalencia de anemia durante el embarazo estaría en (o por encima de) un 30%, cifra considerada como indicativa de un problema de salud pública que requeriría la suplementación universal con hierro durante el embarazo. Es decir, suplementar a todas las embarazadas independientemente de su nivel individual de concentración de hemoglobina.

4.3.6 Mortalidad materna

La Argentina se encuentra entre los países con Mortalidad Materna alta. Estudios previos que datan de la década pasada y principios de la presente, demostraron la existencia de un importante subregistro de muertes maternas alcanzando al 50 %. Actualmente se estima una importante mejora en el registro que justificaría el enlentecimiento del descenso de este indicador.

En 1996 se registró el 47 o/oooo lo que equivale a 317 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y/o el puerperio. De éstas 115 fueron por aborto, 36 por hemorragias, 51 por toxemia, 98 por causas obstétricas directas y 17 por causas obstétricas indirectas. Cabe señalar que estas muertes son en su mayoría prevenibles, aproximadamente en un 70 %.

Las líneas de acción que la OPS/OMS recomienda a los países en su Plan Regional de Acción para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, son las siguientes:

- Mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna y de las estadísticas básicas y de salud reproductiva.
- Fortalecimiento de las acciones hacia una procreación responsable
- Aumento de la cobertura del control prenatal.
- Implantación y/o expansión de los modelos complementarios de atención materna. (Parto Limpio Domiciliario, Casas de Parto, etc.)
- Mejoría de la calidad de atención del parto institucional y de las maternidades del primer nivel de referencia.
- Desarrollo de indicadores para la evaluación del impacto, proceso, accesibilidad y calidad de los servicios.

Lineamientos que se refuerzan con la estrategia para la reducción de esas muertes que la OPS/OMS difundió el día Mundial de la Salud, 7 de abril de 1998, con el lema *Maternidad Segura*.

4.4 Los casos de SIDA en la mujer

La década del 90 tiene un perfil diferente en el impacto de la mujer dentro de la epidemia del SIDA. Si la década pasada estaba caracterizada por una epidemia centrada en los hombres, en la actualidad la mujer como grupo vulnerable queda demostrado por las siguientes evidencias : una razón de masculinidad para los casos de SIDA entre 3 y 4 a partir de 1992, con regiones donde este indicador desciende a 2.5 hombres por cada mujer ; el incremento sustancial del factor heterosexualidad como vía de contagio ; el número de niños con SIDA por transmisión madre hijo, 845 (6.9 % del total de casos) y estudios sobre seroprevalencia en mujeres embarazadas que muestran tasas de infección por VIH de 0,8 a 3 %.

**Casos de SIDA totales y por sexo.
Argentina 1982-1998**

años	masculinos	femeninos	s/ información	razón h/m
1982-1987	169	1	1	89.0
1988	188	13	0	14.5
1989	263	31	2	8.5
1990	426	64	5	6.7
1991	644	90	3	7.1
1992	909	209	5	4.3
1993	1137	312	13	3.6
1994	1684	450	24	3.7
1995	1664	433	31	3.8
1996	1822	538	18	3.4
1997	1310	409	9	3.2
1998	173	79		
TOTAL	10390	2629	111	4.0

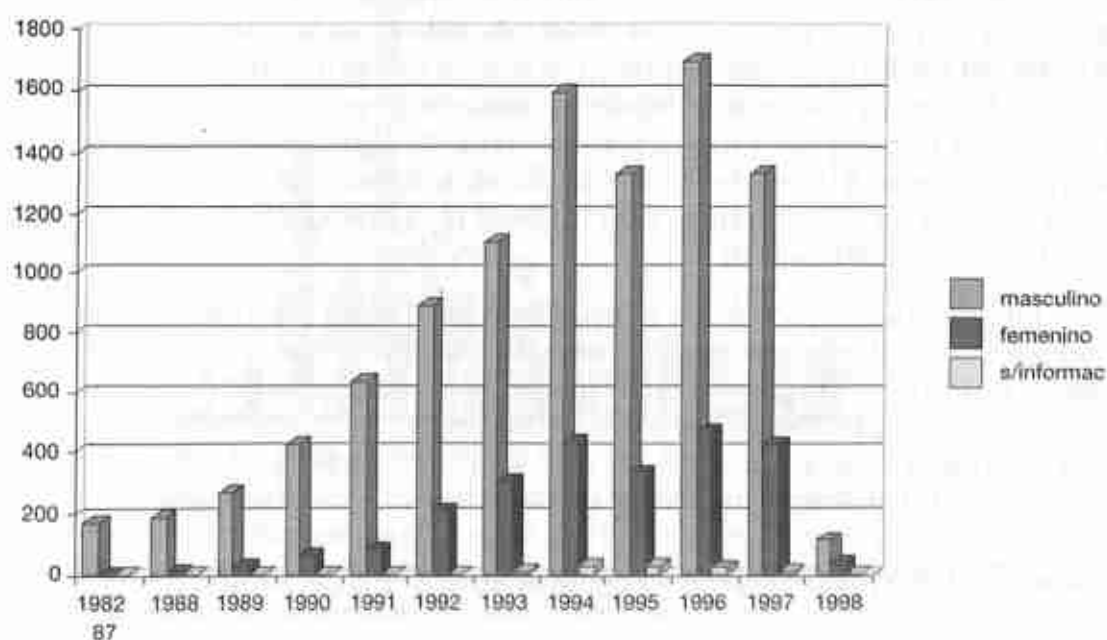
Datos al 31/07/98

**Casos de sida femeninos según factores de riesgo
Argentina 1987-1998**

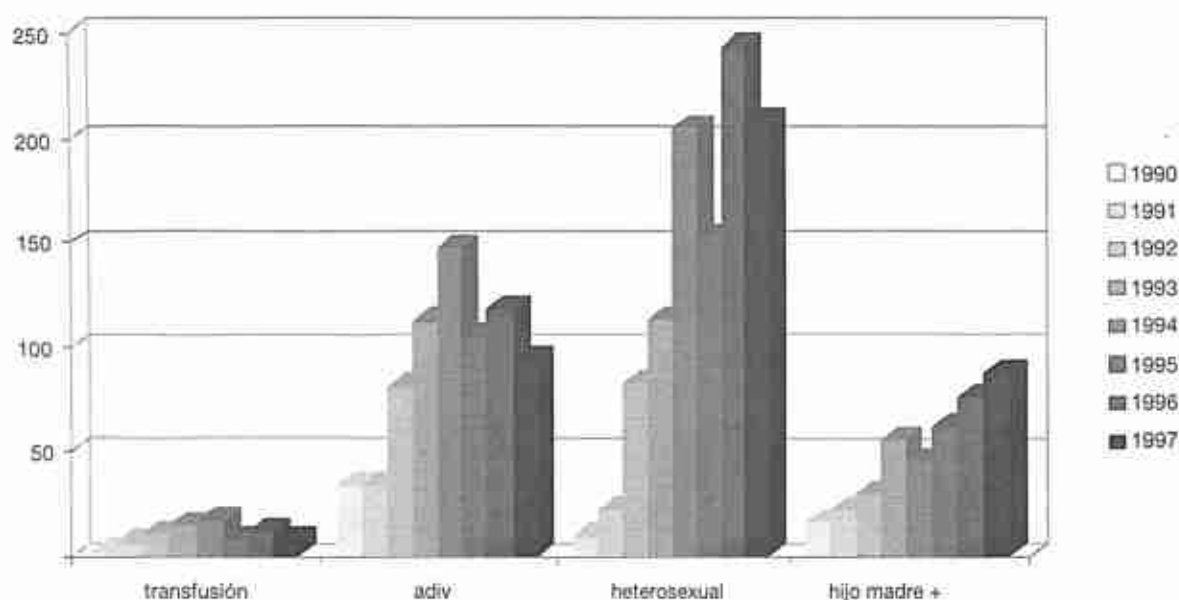
años	transfusión	a.d.i.v.	Hetero- sexual	hijo madre +	otros
1987	0	1	0	0	0
1988	1	8	1	2	1
1989	7	8	8	8	0
1990	2	34	10	16	0
1991	6	34	22	22	3
1992	11	80	82	30	4
1993	14	112	113	55	10
1994	17	147	204	45	15
1995	8	104	153	62	6
1996	12	118	242	75	25
1997	8	94	208	87	23
1998	0	5	18	8	5
total	86	745	1061	410	92

Datos al 15/03/98

**CASOS DE SIDA POR SEXO
ARGENTINA 1982-1998**



**CASOS DE SIDA FEMENINOS S/ FACT. DE RIESGO
ARGENTINA 1990- 1997**



4.5 Las enfermedades no transmisibles en la mujer

4.5.1 Propuesta de programas integrados de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo

A través del Proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles), se espera realizar un conjunto de acciones en áreas seleccionadas para reducir los múltiples factores que inciden en el grupo de enfermedades no transmisibles (ENT) que afectan a la población joven y adulta en general y en particular a la mujer; afectada en las últimas décadas por condiciones del medio ambiente laboral y por nuevos estilos de vida y de consumo.

La Dirección Nacional de Medicina Sanitaria tiene a su cargo la elaboración, seguimiento y control de los programas de las ENT, entre las que se encuentran el tabaquismo, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Todos estos temas son de especial relevancia para la mujer pues la mayoría de estas patologías está en franco aumento entre ellas.

Tabaquismo: El 26% de las mujeres consume tabaco habitualmente según los resultados de la última encuesta realizada por MORI-Argentina. La prevalencia está aumentando en las mujeres mientras que en los hombres está disminuyendo, incidiendo sobre ello el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, el acceso de la mujer a empleos remunerados y la mayor accesibilidad a los medios de comunicación. Este hábito tiene efectos perjudiciales no solo en su impacto sobre aparato respiratorio sino que también lo hace sobre aparato reproductivo. El tabaco origina serios problemas asociados a la salud materno infantil, habiéndose comprobado una notoria asociación con un mayor número de abortos espontáneos, muertes

fetales, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Enfermedades cardiovasculares: La enfermedad cardiovascular constituye la primera causa de muerte en la República Argentina. En estudios epidemiológicos se han identificado los siguientes factores de riesgo asociados a la misma:

- Hiperlipidemias
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Tabaquismo

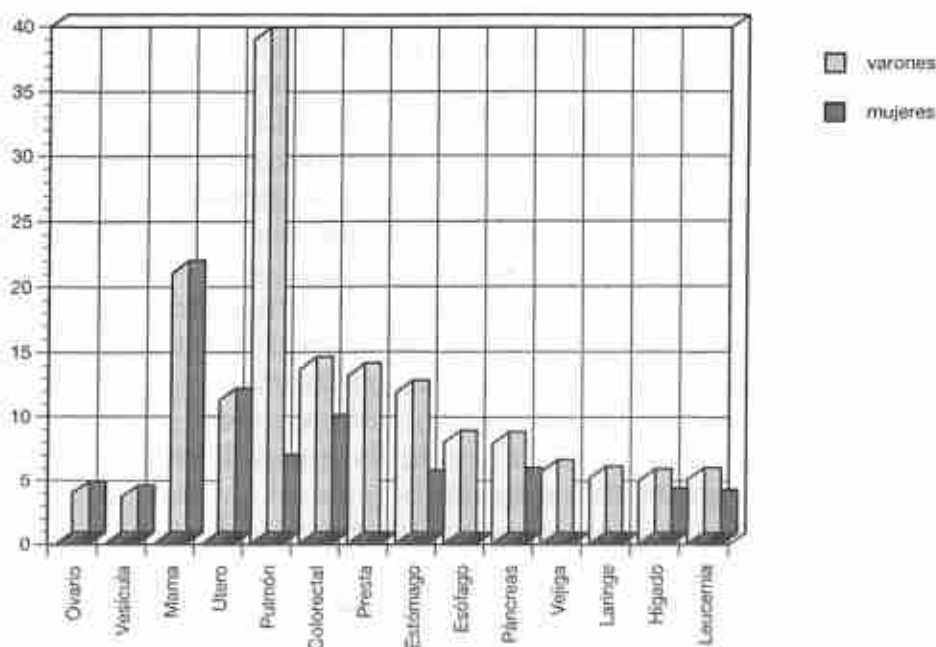
Específicamente para el Infarto Agudo de Miocardio, según el estudio Fricas, el principal factor de riesgo es la hipertensión arterial, seguidos de la hipercolesterolemia, el tabaquismo y la diabetes. Durante los años 1995 y 1996 las enfermedades del corazón tuvieron una incidencia de alrededor del 46% entre las mujeres, con una tendencia en aumento en relación a años anteriores.

Diabetes: La mortalidad por diabetes mellitus es muy similar entre el hombre y la mujer en valor absoluto. Se debe remarcar el impacto negativo que la enfermedad posee sobre el embarazo y los riesgos asociados al parto.

4.5.2 Los tumores malignos

La mortalidad por cáncer es la segunda causa de muerte en Argentina y representa el 19,2% de las defunciones acaecidas en el año 1996 sólo superada por las enfermedades del aparato circulatorio. Su estudio permite identificar poblaciones de alto riesgo que pueden ser objeto de Programas de Prevención.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN SEGÚN TUMORES MALIGNOS Y TASAS BRUTAS Y AJUSTADAS POR 100.000 HABITANTES. REP. ARG. ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER. ARGENTINA 1989 A 1992



Fuente: Dras. Matos Elena, Loria Dorá, Vilensky Marta y García Camilo con la colaboración de profesionales y técnicos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (Ministerio de Salud y Acción Social - Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 5 N°34-1993 y N°36-1994)

En estos gráficos se presentan los datos del país para los tumores que dieron mayor número de defunciones para ese período.

Para las localizaciones que dan mayores tasas, hay generalmente diferencias considerables entre los valores encontrados en ambos sexos, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, colorectal, estómago, páncreas, hígado, leucemias, son más altas en los varones.

Además de los tumores propios de cada sexo, en los varones marcan cierta especificidad los que se localizan en: esófago, laringe y vejiga; en las mujeres adquiere relevancia el tumor de vesícula.

La mortalidad por cáncer de colon fue moderadamente alta en ambos sexos. Debe recordarse que en Argentina el consumo de carnes rojas y grasas animales, factores considerados como probables agentes etiológicos de este tumor, es elevado.

Entre las mujeres, la mortalidad más alta la produjo el cáncer de mama, con una tasa ajustada de 21,2 (revelando un leve incremento a la tasa de 20,3 señalada para el período anterior 1980-1986). El segundo lugar lo ocuparon las defunciones por cáncer de útero con una tasa cercana a la mitad de la anterior (11,3).

El cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las causas de defunción por cáncer en todas las provincias excepto en Salta y Jujuy.

El alto porcentaje de muertes por cáncer de útero donde no se especifica la localización no permite conocer exactamente cuál es la verdadera situación de la mortalidad por cáncer de cervix y de cuerpo.

Si se consideran todas las defunciones por cáncer de útero en conjunto, el porcentaje de estos tumores en mujeres crece al 10,2%, poniéndolo en segundo lugar luego del cáncer de mama, con un total de 2363 defunciones para el año 1996, pasando el cáncer de colon a tercer lugar. Entre los 35 y los 60 años se produjeron la mayor cantidad de decesos por CCU.

En Salta y Jujuy el CCU es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (alrededor del 10%) y en Chaco, Chubut, Formosa, Misiones y Río Negro es la segunda causa luego del cáncer de mama, entre los años 1989 y 1992.

Se desconoce aún la etiología del CCU pero se han encontrado asociaciones causales con la edad temprana de la primera relación sexual, la existencia de múltiples compañeros sexuales, la paridad, el tabaquismo, el nivel socioeconómico y el uso de anticonceptivos orales.

Tanto el cáncer de mama como el de cuello uterino integran el grupo de patologías que pueden ser pasibles de prevención secundaria, en etapa precoz. El Programa Nacional de Control de Cáncer está trabajando, en forma conjunta con entidades científicas, para la normatización de esta actividad, que se espera poder implementar a través de las distintas provincias y que como norma integrará las que se ofertarán a los hospitales de autogestión.

Actividades relacionadas con los Subprogramas de detección temprana del Cáncer de Cuello de Utero y de Mama:

- Constitución de la Comisión Nacional Asesora de Prevención de la Diabetes creada por Resolución Ministerial 45/94.
- Constitución de la Comisión Nacional Asesora de detección temprana del Cáncer de Cuello de Utero - 1996.

- Participación en la Reunión Constitutiva del Directorio de las Américas para la implementación del Proyecto CARMEN OPS/OMS.- Montreal, Canadá 1997.
- Reunión Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles. Villa Giardino, Córdoba – Nov. 1997.
- Reorganización y jerarquización por Resolución Ministerial 527/97 de la Comisión Nacional de Lucha Antitabáquica creada por Resolución Secretarial 303/92.
- Presentación en la Reunión del Directorio de las Américas para la implementación del Proyecto CARMEN, del informe de avance del Proyecto en la República Argentina en áreas seleccionadas. Washington, USA. Mayo 1998.
- Constitución de la Comisión Nacional Asesora de detección temprana del Cáncer de Mama – 1998.
- Constitución de la Comisión Nacional Asesora de Enfermedades Cardiovasculares por Resolución Ministerial 444/98.
- Elaboración de Normas Técnicas y Programa de Acción (Resolución Ministerial 480/98), el cual comienza a desarrollarse con las siguientes jurisdicciones: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Neuquén, San Luis, Santa Fe, Tucumán.
- Reunión Nacional de Presentación del Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello Uterino, donde participaron representantes de todas las jurisdicciones durante la cual se los invitó a adherir al Programa y se les brindaron herramientas para la implementación del mismo en cada Jurisdicción.
- Se implementa en la República Argentina, a través de LALCEC (Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer) y con la participación de los Subprogramas en el Comité Ejecutivo, el Programa Latinoamérica contra el Cáncer coordinado por la Comisión Europea, la Asociación Ligas Iberoamericanas contra el Cáncer, Ligas Europeas de Cáncer.
- Se gestiona la transferencia de fondos a las provincias de Misiones y Jujuy para: capacitación de recurso humano, apoyo técnico y provisión de insumos, vinculados a la implementación del Subprograma detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino en poblaciones aborígenes con un fuerte componente de educación comunitaria para fortalecer las capacidades de autocuidado de la salud de la mujer aborígen.
- Provisión de drogas citostáticas a pacientes oncológicos carenciados.
- Reunión Nacional de Tabaquismo realizada en la ciudad de Mendoza para el análisis, elaboración de propuestas y consenso del Programa Nacional de Lucha Antitabáquica con los representantes de todas las jurisdicciones, Mendoza, 1998.
- Reunión Nacional de Control de Enfermedades Cardiovasculares realizada en el junto con el congreso de la Sociedad Argentina de Cardiología con representantes todas las provincias para el análisis, elaboración de propuestas y consenso del Programa Nacional, Buenos Aires, 1998.
- Preparación de la 2da Reunión Nacional de Prevención y Control de Enfer-

medades no Transmisibles con el objetivo de evaluar el programa de acción y estado de situación del Proyecto CARMEN OPS/OMS, en las provincias involucradas.

4.5.3 Factores de riesgo asociados al trabajo de la mujer

La ausencia de datos sobre factores de riesgo, accidentes y enfermedades ocupacionales constituye una limitación para conocer el alcance del problema de la salud ocupacional tanto masculina como femenina.

Según la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, de reciente creación, de las 400.000 empresas afiliadas al nuevo sistema de seguridad social de nuestro país, sólo 8.000 completan el informe anual de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales.

Sería deseable una coordinación entre los sectores responsables de la salud de los trabajadores para conformar un registro nacional unificado y homogéneo para una mejor planificación de las intervenciones.

La deficiencia y/o la ausencia de datos dificulta no sólo el análisis de los tradicionales factores de riesgo sino, también, de las modificaciones producidas por los cambios socioeconómicos respecto de emergencia de nuevos grupos laborales no cubiertos por servicios de salud, la incorporación de nuevos riesgos asociados al proceso de innovación tecnológica, la dificultad de establecer asociaciones etiológicas entre exposiciones y enfermedades con largos periodos de latencia.

La OMS ha llamado la atención sobre la exposición a factores de riesgo en los lugares de trabajo, siendo los mas frecuentes en los países en desarrollo los biológicos, los físicos, los químicos y los reproductivos; aludiendo con esta denominación a las sustancias químicas teratógenas o mutagénicas que afectan particularmente a la salud materna y reproductiva de los trabajadores.

La ausencia de estudios sumado a las diferencias de criterios de calificación, diagnóstico y registro en salud ocupacional complican el análisis e impiden observar las inequidades y los cambios de perfil de la morbilidad laboral. A pesar de estas dificultades advertimos algunos datos sobre condiciones sociales de trabajo que permiten inferir la situación de salud laboral de la mujer.

La división sexual del trabajo ha ubicado a la mujer como responsable principal de las tareas cotidianas vinculadas a la reproducción social y mantenimiento de los miembros de la familia.

Las características que presenta el *trabajo doméstico*, sobrecarga de tareas, rutina, aislamiento, dependencia económica, suelen acarrear, entre otros trastornos, situaciones de estrés psicológico y problemas psicosomáticos.

Los mecanismos que vinculan el estrés del ama de casa con la enfermedad, incluyen graves alteraciones de los sistemas neuroendocrino o inmunitario por marcados cambios en los estilos de vida, como toxicomanías, mala alimentación, conducta arriesgada, postergación de sí misma, con el consecuente descuido de su salud. Siguen sin examinarse los efectos que tienen la fatiga y el agotamiento en la salud mental de la mujer, particularmente en la somatización y la depresión.

Como ya se señalara, se observa un incremento en la participación de la mujer

en el mercado de trabajo, sobre todo en el informal. La situación laboral de *la mujer en el sector informal* en comparación con la del hombre muestra diferencias en tanto está sometida a una doble y hasta triple carga de trabajo, lo que supone mayores riesgos, en particular, para su salud reproductiva y ergonómica.

En las *actividades administrativas* predomina el trabajo femenino, con problemas de estrés, visuales, auditivos, ergonómicos, trastornos de columna, fatiga y accidentes. Además de las consecuencias psicológicas por la discriminación a la que se ven sometidas a la hora de promover personal a puestos jerárquicos o funciones de conducción.

Las *trabajadoras rurales* al igual que las *mujeres aborígenes* son las que tienen las jornadas de trabajo más extensas, entre otras cosas debido a la falta de acceso a una red de servicios (agua corriente, luz, transporte, etc.) que le permita aliviar sus tareas hogareñas.

Los hogares encabezados por mujeres, hacen que para éstas la situación se torne más difícil, por su condición de mujeres solas a cargo de todas las tareas y responsabilidades, más aún cuando aparecen asociados con la pobreza.

Según información de los Censos Nacionales de Población, en el año 1960 las mujeres solas a cargo de hogares representaban el 4,9%, en 1980 el 19,2% y en 1991 el 22,3%; ubicándose la cifra más alta en la Capital Federal donde alcanzó un 31,6%.

Esta creciente importancia numérica no está asociada a una modernización de las relaciones laborales, sino a la necesidad de solventar al grupo familiar. Los hogares encabezados por mujeres, rurales o urbanas, merecen especial atención para los programas y la planificación de los horarios de los servicios de salud pública a nivel local.

En síntesis, al igual que el resto de la población trabajadora, la mujer está expuesta a agentes químicos (plaguicidas, sustancias químicas tóxicas), físicos (temperatura, cargas pesadas) y psíquicos derivados del estrés de la sobrecarga, de la inestabilidad laboral y de la precarización de las condiciones de trabajo; esta última situación es aún mayor respecto de las del hombre.

El Programa Nacional de Salud del Trabajador propone para contribuir con la Salud de la Mujer Trabajadora:

- Promover políticas que otorguen igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y ocupación
- Propiciar el estudio de normas y leyes no discriminatorias para la mujer evaluando algunos riesgos puntuales como los del trabajo en el agro.
- Difundir el Convenio 111 de la OIT ratificado por el país sobre Discriminación, Empleo y Ocupación entre la población trabajadora y los empleadores del sector salud.
- Brindar asesoramiento e información a la población trabajadora del sector acerca de los problemas relacionados con el acoso sexual o la discriminación laboral por motivos de sexo.
- Incluir en los programas de acción gremial la igualdad de remuneraciones con evaluación de valor comparable, acceso a la formación y la extensión de la cobertura sanitaria y social.
- Estudiar y proponer la adopción de las medidas necesarias que permitan ampliar la cobertura sanitaria de las mujeres trabajadoras de todos los sectores.

4.5.4 Daños vinculados al uso de la tecnología y la medicalización

Los avances en el desarrollo tecnológico aplicado a la salud, han aportado beneficios pero también riesgos, tanto por el uso indebido como por su utilización excesiva. Es posible detectar algunos campos de la atención de la salud de la mujer, que se ven especialmente afectados por el uso indebido de la tecnología.

La función reproductiva de la mujer la hace particularmente vulnerable a una amplia gama de problemas de salud, siendo objeto de una serie de procedimientos que pueden en caso de un uso indebido acarrear más problemas que beneficios. Los problemas se agudizan afectando a todos los estratos sociales y culturales en mujeres de sectores sociales más carenciados, por desconocimiento y dificultad para interrogar y decidir.

Más allá del impacto que las innovaciones introducidas en la atención obstétrica han tenido sobre la morbilidad materna, la creciente medicalización ha generado una fuerte dependencia hacia el saber médico.

Algunos de los procedimientos a considerar, que responden a esta creciente medicalización de la maternidad, incluyen rotura artificial de la bolsa, inducción del parto, episiotomía, utilización de fórceps, acelerada extracción de la placenta y cesárea.

Dado que en las mujeres recae la mayor responsabilidad en la regulación de la fecundidad, los efectos de los anticonceptivos para la salud de la mujer a largo plazo constituyen un motivo de particular preocupación.

Es necesario mencionar otro grupo de tecnologías y prácticas médicas de carácter preventivo y terapéutico como los estudios para la detección del cáncer de mama y cervicouterino, que en algunos grupos de mujeres su utilización puede ser excesiva, e insuficiente en grupos de riesgo.

En muchos países del mundo, se manifiesta una creciente preocupación por el incremento de ciertas tecnologías quirúrgicas, como las histerectomías, evaluándose que muchas de esas intervenciones no se justifican por razones médicas, y que a menudo son causa de peligrosas complicaciones tanto físicas como psíquicas.

La razón más común para recomendar una histerectomía es el diagnóstico de tumores fibroides, afección que no es peligrosa y que en general no requiere ninguna clase de tratamiento.

Desde hace algunos años se emplea la terapia de sustitución de estrógenos para tratar los síntomas de la menopausia. Los beneficios de esta terapia parecen ser la protección contra la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo para muchas mujeres, así tratadas, el riesgo de estas enfermedades puede ser poco o nulo e incluye el riesgo de cáncer de mama, dado que los estudios al respecto no han sido definitivos. Más aún algunos de ellos mostraron que las mujeres que toman dosis altas (de 1,25 mg) por cinco años o más, duplican sus posibilidades de manifestación de cáncer de la mama.

En el ámbito de la salud mental, las mujeres son el principal grupo de consumidores de medicamentos psicotrópicos, ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos y antidepresivos. Este problema reconoce por lo menos dos vertientes importantes. Una es el abuso de la prescripción médica como forma de control de los

estados de ánimo, especialmente cuando muchos de ellos están ligados con las condiciones de vida y requerirían de otro tipo de abordaje. («El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada». Mabel Burin, Esther Moncarz, Susana Velázquez. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991)

El otro aspecto ligado al abuso de estas drogas, es el que tiene que ver con la *automedicación*, que puede realizarse de variadas formas. Es frecuente que las mujeres prolonguen el plazo prescripto, alteren las dosis o las sustituyan por otras similares, las usen para otros fines que los indicados o combinándolas con otras drogas como el alcohol o antihistamínicos logrando potenciar sus efectos.

LISTADO DE PARTICIPANTES

Participantes	Jurisdicción
Dora Vilar de Saráchaga	MSAS Señora Subsecretaria de Atención Comunitaria
Jorge Gilardi	Ciudad de Buenos Aires
Adriana Moiso	Provincia de Buenos Aires
Mabel Villena	Provincia de Buenos Aires
Elvira Guidi	Provincia de Buenos Aires
Lía Herrera Bizzotto	Provincia de Catamarca
Mariela Mercadin	Provincia de Chaco
Marta Da Silva	Provincia de Chubut
Alicia Campanini	Provincia de Córdoba
Hipólito Sodero	Provincia de Corrientes
Patricia Villanueva de Smith	Provincia de Entre Ríos
María Aranda	Provincia de Formosa
Liliana Antonia Vega Reynoso	Provincia de La Rioja
Martha Sonia Victoria Lagos	Provincia de Mendoza
Sandra Daniela Giménez	Provincia de Misiones
Mónica Oppezzi	Provincia de Neuquén
Cristina Lobo	Provincia de Salta
Pamela Alfonsina Pérez	Provincia de San Juan
María Gianello	Provincia de San Luis
María Lidia Righi	Provincia de Santa Cruz
Guillermo Kerz	Provincia de Santa Fe
Silvia Camaroni	Provincia de Santa Fe
Carlos Marradán	Provincia de Santiago del Estero
Marta Noemí Baceski	Provincia de Tierra del Fuego
Raúl Eugenio Martín	Provincia de Tucumán
Paula Flores	Consultora PNUD
Beatriz Spaghi	MSAS - Asesora de la Subs. de Atención Comunitaria
Yolanda Awada	MSAS - Asesora de la Subs. de Atención Comunitaria
Stella Garrido	MSAS - Asesora de la Subs. de Atención Comunitaria
Oksana Kaczmar	MSAS - Direc. de Promoción y Protección de la Salud
Luisa Brunstein	MSAS - Direc. de Promoción y Protección de la Salud
Daniela Mele	MSAS - Departamento de Educación para la Salud
Mabel Da Cruz Pinheiro	MSAS - Dirección de Salud Materno Infantil
María Fernanda Montecchia	MSAS - Dirección Nacional de Medicina Sanitaria
Malena Murga	MSAS - Subsecretaria de Atención Comunitaria

Sugerencias para optimizar las estrategias de prevención y atención integral de la mujer

A continuación de la lectura del documento actualizado "Situación de Salud de la Mujer en Argentina", y habiendo consenso por parte de las/los referentes jurisdiccionales que asisten a la jornada, se procedió a trabajar grupalmente para intercambiar experiencias y formular propuestas que optimicen las estrategias de Prevención y Atención Integral de la Salud de la Mujer.

La conformación de los cinco grupos de trabajo, a sugerencia del referente de Santiago del Estero, tuvo como criterio la heterogeneidad entre jurisdicciones a fin de lograr, en el intercambio de experiencias con distinto grado de desarrollo, propuestas más enriquecedoras.

Los grupos quedaron conformados del siguiente modo:

GRUPO I

Guidi, Elvira	Buenos Aires
Mercadín, Mariela	Chaco
Vega Reynoso, Liliana	La Rioja
Baceski, Martha N.	Tierra del Fuego
Brunstein, Luisa	Nación

GRUPO II

Bizzotto, Lía H. de	Catamarca
Villanueva, P. Smith de	Entre Ríos
Lagos, Martha	Mendoza
Righi, María Lidia	Santa Cruz
Kaczmar, Oksana	Nación

GRUPO III

Da Silva, Marta	Chubut
Sodero, Hipólito	Corrientes
Gimenez, Sandra	Misiones
Lobo, Cristina	Salta
Perez, Pamela	San Juan
Da Cruz Pinheiro, Mabel	Nación

GRUPO IV

Campanini, Alicia	Córdoba
Oppezzi, Mónica	Neuquén
Kerz, Guillermo	Santa Fe
Camaroni, Silvia	Santa Fe
Gianello, María Cecilia	San Luis
Martin, Raúl	Tucumán

GRUPO V

Marradán, Carlos	Sgo. del Estero
Aranda, María	Formosa
Moiso, Adriana	Buenos Aires
Mele, Daniela	Nación

SINTESIS DE LAS PROPUESTAS

- Fortalecer el autoestima de la mujer promoviendo el autocuidado y el cuidado mutuo a través de los medios formales e informales, masivos y personalizados
- Priorizar los recursos de la Atención Primaria de la Salud y las Redes Sociales para prevenir los principales problemas de salud
- Elaborar estrategias de prevención y promoción de salud de la mujer respetando las pautas culturales.
- Desarrollar programas de Procreación Responsable demostrando el impacto sobre la calidad de vida de la mujer y de su familia.
- Articular intersectorialmente proyectos locales de prevención y promoción de la salud de la mujer
- Articular intrasectorialmente los servicios y programas locales para la atención integral de la mujer
- Optimizar los recursos humanos existentes intra e intersectorialmente a través de la capacitación continua con enfoque de género
- Promover la investigación de los problemas de salud de la mujer en relación a la construcción de la femineidad y según las diferentes etapas evolutivas
- El conjunto de las propuestas deberían ser implementadas a nivel local a fin de asegurar una respuesta equitativa a las necesidades reales de la mujer.
- Las acciones tendientes a optimizar las actuales estrategias de prevención y atención integral de la mujer deberán transversalizar los programas existentes.
- Optimizar los recursos financieros a través de la descentralización a fin de posibilitar la sustentabilidad de las actividades planificadas en cada municipio, de manera tal de dar cumplimiento a las metas propuestas en cuanto a mejorar la calidad de vida de la mujer.

Anexo

Porcentaje de población por grupos de edad seleccionados según división político-territorial. 1970-2010

División Político-territorial	1990			2000			2010		
	0-14	15-64	65 +	0-14	15-64	65 +	0-14	15-64	65 +
Total país	30,6	60,5	8,9	27,4	62,8	9,8	25,5	64,2	10,3
Capital Federal	19,1	64,6	16,3	17,3	65,8	17,2	15,7	67,3	17,0
Buenos Aires	28,8	61,8	9,4	26,0	63,7	10,4	24,0	65,0	11,0
Catamarca	36,9	56,3	6,8	32,2	60,4	7,4	29,5	62,5	8,0
Córdoba	29,1	61,6	9,3	25,9	63,6	10,6	23,8	64,8	11,5
Corrientes	37,2	56,4	6,4	33,5	59,7	6,8	30,4	62,2	7,5
Chaco	38,6	56,3	5,1	34,0	59,9	6,1	31,1	61,9	7,1
Chubut	35,5	59,5	5,0	30,6	63,3	61,1	28,0	64,7	7,4
Entre Ríos	32,6	58,6	8,8	28,9	61,3	9,8	26,4	62,7	10,9
Formosa	40,0	55,3	4,7	35,4	59,1	55,5	32,1	61,5	6,4
Jujuy	39,3	56,0	4,7	33,0	61,1	5,9	30,7	62,2	7,1
La Pampa	31,3	59,8	8,9	28,4	62,1	9,5	25,9	63,3	10,8
La Rioja	36,5	57,2	6,4	32,4	60,8	6,8	29,7	63,0	7,3
Mendoza	32,0	60,3	7,8	28,7	62,2	9,1	26,3	63,7	10,0
Misiones	40,3	55,2	4,5	36,0	58,7	5,3	32,7	61,2	6,1
Neuquén	37,2	58,9	3,9	32,5	62,7	4,7	29,3	64,7	6,0
Río Negro	35,5	59,2	5,3	30,7	62,8	6,4	27,5	64,9	7,6
Salta	38,6	56,4	5,1	33,6	60,3	6,0	31,1	62,0	6,9
San Juan	33,8	59,6	6,6	29,3	62,4	8,3	26,6	63,7	9,8
San Luis	33,1	59,6	7,3	30,1	62,6	7,4	27,6	64,6	7,8
Santa Cruz	34,9	61,3	3,9	31,8	63,4	4,8	29,6	64,8	5,6
Santa Fe	29,6	59,9	10,5	26,4	62,3	11,3	24,8	63,7	11,6
Sgo. del Estero	38,6	54,5	6,9	33,4	59,0	7,6	30,9	60,7	8,5
Tierra del Fuego	36,0	62,1	1,9	36,2	61,9	1,9	35,8	62,1	2,1
Tucumán	34,9	58,8	6,3	30,0	62,6	7,4	27,6	64,4	8,0

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1970 y 1980
 INDEC-CELADE, Estudios 23, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050
 INDEC-CELADE, Serie Análisis Demográfico 2, Proyecciones de la Población por Provincia según Sexo y Grupos de Edad 1990-2010

Indicadores de la dinámica demográfica futura. Total País 1995-2005

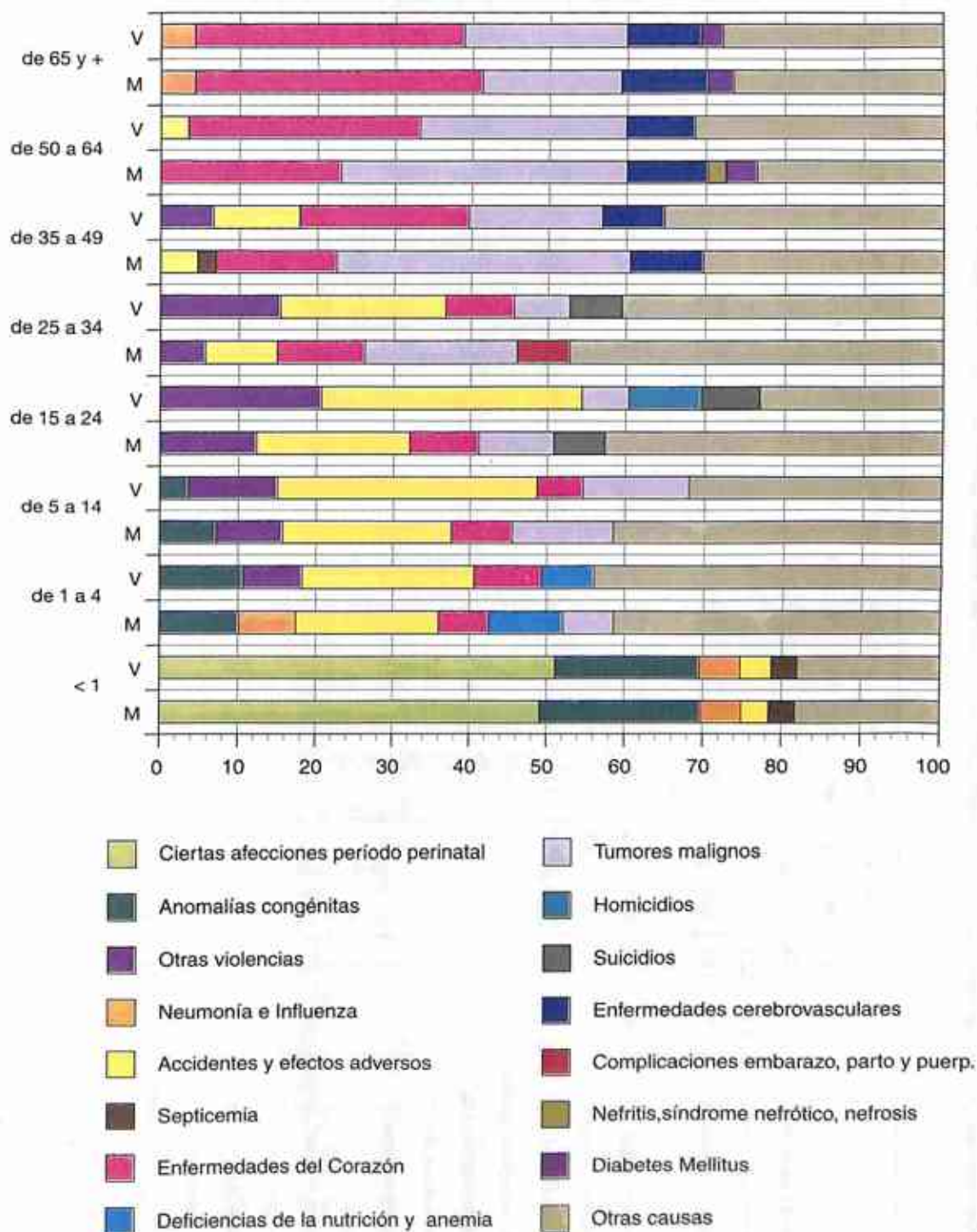
Indicador (1)	1995/2000	2000/2005
Tasa de crecimiento total (o/oo)	12,69	11,97
Tasa de crecimiento natural (o/oo)	11,94	11,26
<i>Fecundidad</i>		
Tasa bruta de natalidad (o/oo)	19,89	19,05
Tasa global de fecundidad	2,62	2,44
Tasa neta de reproducción	1,24	1,16
<i>Mortalidad</i>		
Tasa bruta de mortalidad (o/oo)	7,95	7,79
<i>Esperanza de vida al nacer</i>		
Ambos sexos	73,13	74,12
Varones	69,65	70,64

Fuente: INDEC-CELADE, Serie Análisis Demográfico 5, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2000

Distribución porcentual de las cinco principales causas de defunción según sexo y edad — Año 1996

CAUSAS	< 1		de 1 a 4		de 5 a 14		de 15 a 24		de 25 a 34		de 35 a 49		de 50 a 64		de 65 y +	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Ciertas afecciones período perinatal	49,1	51,1														
Anomalías congénitas	20,6	18,4	10,1	10,6	7,2	3,6										
Otras violencias																
Neumonía e Influenza	5,2	5,2	7,3		8,5	11,4	12,3	20,6	5,7	15,3		6,7			4,3	4,3
Accidentes y efectos adversos	3,5	4,0	18,6	22,4	21,9	33,7	19,8	33,8	9,2	21,4	4,7	11,0		3,5		
Septicemia	3,3	3,2									2,3					
Enfermedades del Corazón			6,5	8,7	7,9	5,9	9,0		11,3	8,9	15,5	21,9	23,0	29,7	37,0	34,6
Deficiencias de la nutrición y anemia			9,6	6,8												
Tumores malignos			6,5		13,0	13,4	9,7	6,0	19,8	7,2	38,0	17,3	37,0	26,7	17,9	21,0
Homicidios							9,1									
Suicidios							6,6	7,4		6,7						
Enfermedades cerebrovasculares																
Complicaciones embarazo, parto y puerp.									6,8							
Nefritis, síndrome nefrótico, nefrosis											9,2	7,9	10,2	8,7	11,0	9,4
Diabetes Mellitus													2,3		3,3	2,8
Otras causas	18,3	18,1	41,4	44,0	41,5	31,9	42,6	23,1	47,2	40,5	30,3	35,2	23,6	31,4	26,6	27,9

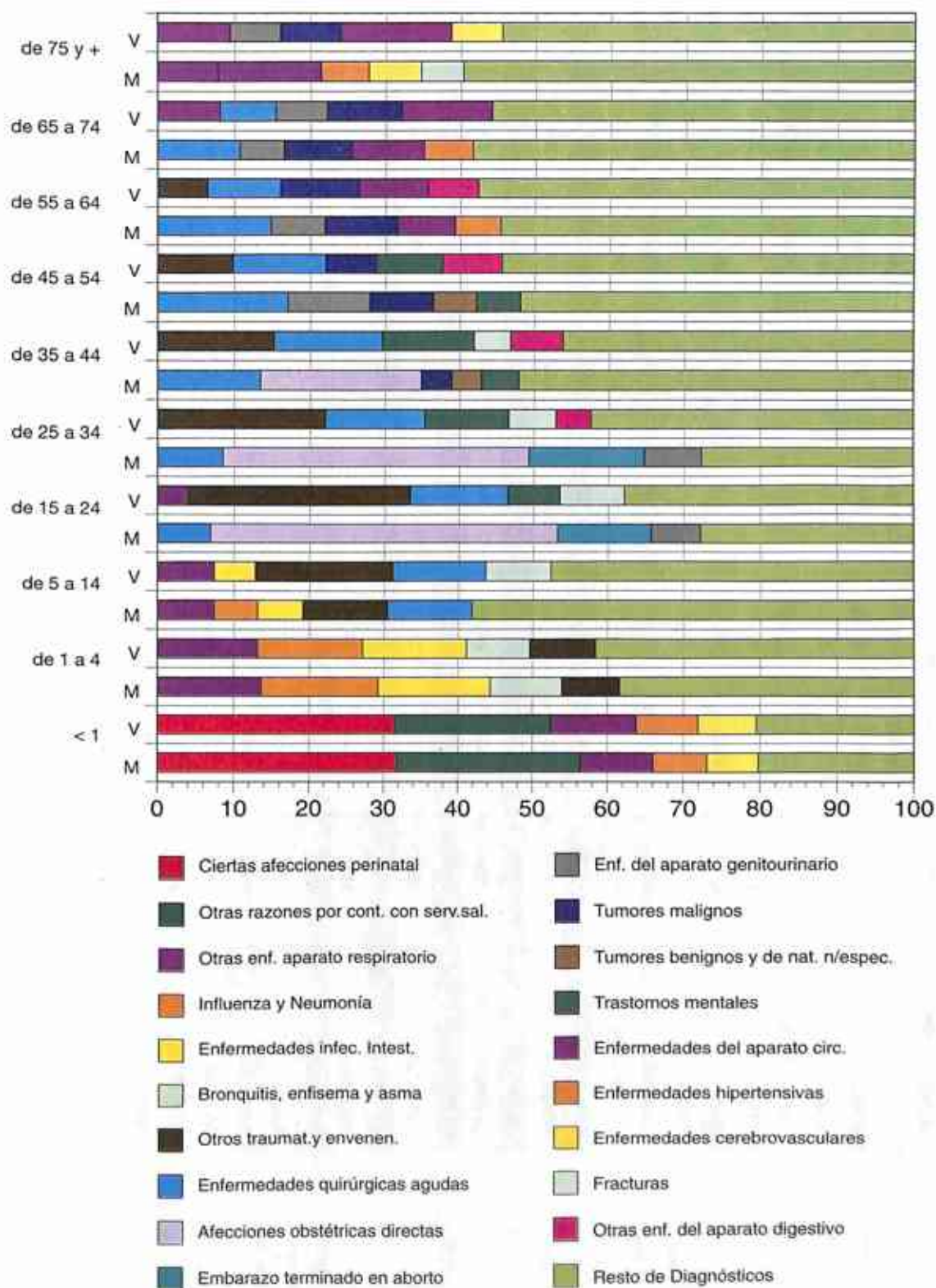
Gráfico de la distribución porcentual de las cinco principales causas de defunción según sexo y edad — Año 1996



Distribución porcentual de las cinco principales causas de egresos excluido parto normal, según sexo y edad — Año 1996

CAUSAS	< 1		de 1 a 4		de 5 a 14		de 15 a 24		de 25 a 34		de 35 a 44		de 45 a 54		de 55 a 64		de 65 a 74		de 75 a +	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Ciertas afecciones perinatal	31,7	31,4																		
Otras razones por cont. con serv.sal.	24,7	21,0																		
Otras enf. aparato respiratorio	9,6	11,4	13,6	13,1	7,4	7,4	3,9									8,1	7,8	9,4		
Influenza y Neumonía	7,1	8,1	15,6	14,0	5,7															
Enfermedades infec. intest.	6,7	7,6	15,1	14,0	6,0	5,4														
Bronquitis, enfisema y asma			9,6	8,5																
Otros traumat. y envenen.			7,7	8,8	11,3	18,3	29,5		22,0		15,2		9,8		6,5					
Enfermedades quirúrgicas agudas					11,4	12,5	6,9	13,1	8,5	13,3	13,4	14,4	17,0	12,2	14,8	9,5	10,7	7,3		
Afecciones obstétricas directas							46,3		40,8		21,4									
Embarazo terminado en aborto							12,5		15,4											
Enf. del aparato genitourinario							6,5		7,6				10,9		7,1		5,8	6,8	6,6	
Tumores malignos											4,1		8,5	6,7	9,6	10,4	9,0	9,9	8,0	
Tumores benignos y de nat. n/espec.											4,0		5,8							
Trastornos mentales							7,0		11,3		5,0	12,3	5,9	8,9						
Enfermedades del aparato circ.															7,8	9,3	9,6	12,1	13,6	14,7
Enfermedades hipertensivas															6,1	6,5			6,3	
Enfermedades cerebrovasculares																			7,0	6,8
Fracturas					8,8		8,6		6,3		4,9								5,6	
Otras enf. del aparato digestivo									4,7		7,0		8,0		6,7					
Resto de Diagnósticos	20,2	20,5	38,4	41,6	58,2	47,6	27,8	37,9	27,7	42,4	52,1	46,2	51,9	54,4	54,6	57,6	58,4	55,8	59,7	54,5

Distribución porcentual de las cinco principales causas de egresos excluido parto normal, según sexo y edad — Año 1996



Maternidad adolescente

JURISDICCION	PAIS	de 10 a 19		de 10 a 14		de 15 a 19	
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
TOTAL	283480	67068	22,85	2605	0,89	64463	21,97
BUENOS AIRES	91723	19790	21,58	617	0,67	19173	20,90
CAPITAL FEDERAL	21834	3927	17,99	123	0,56	3804	17,42
CATAMARCA	3417	788	23,06	24	0,70	764	22,36
CHACO	14772	4246	28,74	246	1,67	4000	27,08
CHUBUT	3540	977	27,60	43	1,21	934	26,38
CORDOBA	13768	3165	22,99	126	0,92	3039	22,07
CORRIENTES	13363	3270	24,47	151	1,13	3119	23,34
ENTRE RIOS	11916	2827	23,72	112	0,94	2715	22,78
FORMOSA	7217	1830	25,36	89	1,23	1741	24,12
JUJUY	8262	1914	23,17	83	1,00	1831	22,16
LA PAMPA	2551	629	24,66	24	0,94	605	23,72
LA RIOJA	2807	627	22,34	27	0,96	600	21,38
MENDOZA	11922	2519	21,13	63	0,53	2456	20,60
MISIONES	11822	2941	24,88	145	1,23	2796	23,65
NEUQUEN	5552	1341	24,15	54	0,97	1287	23,18
RIO NEGRO	4899	1191	24,31	53	1,08	1138	23,23
SALTA	15226	3565	23,41	155	1,02	3410	22,40
SAN JUAN	4506	944	20,95	20	0,44	924	20,51
SAN LUIS	2439	562	23,04	13	0,53	549	22,51
SANTO DEL ESTERO	9812	2240	22,83	98	1,00	2142	21,83
SANTA CRUZ	1640	369	22,50	14	0,85	355	21,65
SANTA FE	17083	4566	26,73	227	1,33	4339	25,40
TIERRA DEL FUEGO	1433	208	14,52	3	0,21	205	14,31
TUCUMAN	11976	2632	21,98	95	0,79	2537	21,18

Tamaño y ritmo de crecimiento de la población según división político-territorial 1990-2010

División Político-territorial	Población					Tasa de crecimiento medio anual (a/a)		
	1990	1995	2000	2005	2010	1995/2000	2000/2005	2005/2010
Total país	32.527.095	34.768.455	37.031.803	39.301.755	41.473.702	12,7	12,0	10,8
Capital Federal	2.992.539	2.988.006	2.979.972	2.963.952	2.963.952	-0,5	-1,1	0,0
Buenos Aires	12.579.900	13.333.670	14.085.188	14.831.655	15.520.980	11	10,4	9,1
Catamarca	261.770	287.566	314.642	342.917	371.264	18,2	17,4	16,0
Córdoba	2.765.477	2.914.972	3.059.874	3.199.173	3.327.130	9,7	8,9	7,9
Corrientes	792.026	852.686	911.591	969.506	1.024.760	13,5	12,4	11,1
Chaco	836.447	890.548	940.910	988.553	1.031.513	11,1	9,9	8,5
Chubut	352.076	396.800	442.940	488.923	530.549	22,2	19,9	16,5
Entre Ríos	1.021.406	1.063.416	1.101.791	1.137.778	1.169.447	7,1	6,4	5,5
Formosa	392.996	444.367	498.304	555.595	615.327	23,2	22,0	20,6
Jujuy	508.345	551.804	597.061	643.771	688.637	15,9	15,2	13,6
La Pampa	258.068	280.876	302.922	323.627	341.101	15,2	13,3	10,6
La Rioja	217.702	246.158	227.091	310.549	345.670	24	23,1	21,7
Mendoza	1.408.582	1.500.818	1.590.581	1.678.533	1.761.792	11,7	10,8	9,7
Misiones	778.557	877.904	981.625	1.081.200	1.205.067	22,6	21,4	20,0
Neuquén	378.142	460.395	554.068	657.639	766.034	37,7	34,9	31,0
Río Negro	500.515	556.674	611.364	688.548	725.193	18,9	18,0	16,4
Salta	856.303	952.174	1.054.655	1.163.781	1.275.601	20,7	19,9	18,5
San Juan	528.759	550.641	569.816	588.071	598.113	6,9	5,6	4,1
San Luis	282.702	320.109	359.369	399.506	437.792	23,4	21,4	18,5
Santa Cruz	157.254	180.116	204.478	230.201	255.598	25,7	24,0	21,1
Santa Fe	2.800.373	2.934.220	3.067.507	3.201.892	3.330.891	8,9	8,6	7,9
Santiago del Estero	672.435	696.092	717.893	738.380	754.736	6,2	5,6	4,4
Tierra del Fuego	64.907	96.917	145.123	211.868	306.813	84,1	78,6	76,9
Tucumán	1.139.239	1.209.716	1.279.026	1.346.127	1.407.099	11,2	10,3	8,9

Fuente: INDEC-CELADE, Serie Análisis Demográfico 2, Proyecciones de la Población por Provincia según Sexo y Grupos de Edad 1990-2010
 INDEC-CELADE, Serie Análisis Demográfico 2, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050, Total del país, Versión revisada

Este libro se terminó de imprimir
en marzo de 1999, por Marcelo
Kohan / Impresión & Diseño, José
Cubas 4530, Capital Federal.

