

S60 ADOLESCENT FERTILITY AND REPRODUCTIVE HEALTH

Chair Fátima Juárez

“FECUNDIDAD DE LOS ADOLESCENTES Y SALUD DE LA REPRODUCCIÓN EN ARGENTINA”.

Autor : **Elinor Bisig**

1. Licenciada en Sociología
Magister en Demografía
2. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas CONICET
Investigadora del Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales CIJS de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Universidad Nacional de Córdoba UNC.
Miembro del Área de Estudios de Población de la Maestría en Demografía del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba. CEA -UNC
Miembro de la Asociación Argentina de Estudios de Población. AEPA

Domicilio Particular: Dámaso Larrañaga 220 (5000) Córdoba
Domicilio Laboral: Caseros 311 (5000) Córdoba
REPÚBLICA ARGENTINA

TE: (051) 4682024 FAX (051) 4332036
Email: elinorbisig@arnet.com.ar

SUMARIO

contexto

El interés por trabajar sobre el tema de la salud reproductiva adolescente deriva de las consecuencias y de los problemas que ocasiona, a este grupo de edades, su desatención a nivel de las políticas públicas.

Alrededor de estos problemas se ha encontrado una relación inversa entre riesgo reproductivo y cobertura asistencial, lo cual expresa desigualdad social al producirse preferentemente en los estratos sociales más bajos, y pone de manifiesto la carencia de atención diferenciada en favor de este grupo de edades de gran vulnerabilidad.

metodología

Esta investigación fue realizada en la Maestría en Demografía del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba y desarrolló los siguientes objetivos de investigación:

- Describir la población adolescente respecto de su salud reproductiva durante los años 1990 a 1998.
- Establecer comparaciones entre las adolescentes y el resto de la población en edades reproductivas.
- Establecer parámetros en relación a la fecundidad, la mortalidad y la morbilidad por causas obstétricas tomando como estudio de caso a la Provincia de Córdoba.

- Evaluar el estado de la salud reproductiva de la población de adolescentes y sus necesidades específicas de atención.

Desde esta perspectiva se analizó la situación de la salud reproductiva examinando antecedentes de la fecundidad y de la mortalidad de las adolescentes en Argentina para finalmente describir la situación y tendencias de la misma en la Provincia de Córdoba en el período 1990-1998, a través de la utilización de las medidas convencionales para su análisis. Efectuándose comparaciones entre la situación de la fecundidad y de la mortalidad por causas obstétricas de las adolescentes en el resto del país y la situación en la Provincia de Córdoba. En relación con la morbilidad asociada a causas obstétricas se analiza la estructura por edades a partir de los registros de egresos de establecimientos públicos de salud de la Provincia de Córdoba en el período 1990-1998. Estableciéndose comparaciones entre las adolescentes y el resto de las mujeres en edades reproductivas, a efectos de delinear el perfil epidemiológico y factores de vulnerabilidad en la población adolescente, que tienen diversos niveles de determinación, desde socioestructural y económico hasta individual.

resultados.

El marco legal y el contexto ideológico en relación a la sexualidad y a la reproducción humanas de las políticas públicas de salud, condicionan el acceso de la población a la oferta asistencial pública de salud de la reproducción.

Los aspectos preventivos ligados al campo médico, que se vinculan con la salud de la reproducción en los adolescentes, como:

- oferta de servicios accesibles, está obstaculizada por la exigencia de autorización paterna para la asistencia a los menores de edad;
- eficiencia de los servicios de salud, se encuentra afectada por la disminución presupuestaria operada durante los últimos años;
- eficiencia en la detección precoz y diagnóstico de ciertas patologías. Esto dependía de programas públicos que han prácticamente desaparecido.
- provisión de servicios de anticoncepción, se encuentra constreñida por la imposición de una unívoca perspectiva ideológica.

Estos aspectos preventivos que trascienden el plano estrictamente clínico y que se encuentran desprotegidos, tanto desde el ámbito de la salud pública como desde el derecho, son a su vez severamente afectados por condiciones sociales, económicas y ambientales de inequidad social que vulneran y violentan a los más jóvenes y débiles de la estructura social.

conclusiones

Se recomienda formular políticas de prevención y de atención en salud reproductiva diferenciadas por grupos de edad y nivel socioeconómico que:

- En el ámbito normativo propongan legislaciones y reglamentaciones no discriminatorias.

- En los niveles de prevención y asistencia en salud amplíen la cobertura de salud, la provisión anticonceptiva, la instrumentación de programas de planificación familiar, incrementen el control precoz de los embarazos y mejoren la calidad de atención en el embarazo y el parto.
- En el ámbito educativo incorporen en los currículos educación sexual y reproductiva en todos los niveles de escolaridad.
- En las áreas de estadística y de investigación mejoren la calidad e integridad de los registros y la eficiencia del sistema de procesamiento de datos e instrumenten programas de investigación en salud integral del adolescente.

PRESENTACIÓN¹

En Argentina como en la mayoría de los países de América Latina, la salud reproductiva de las mujeres, está expuesta a riesgos. La mortalidad materna², que refleja el riesgo que corren las mujeres debido a cualquier causa relacionada con el embarazo y su atención, registrada en el país en 1980, era del orden de 7 muertes por cada 10.000 nacimientos vivos.

A principios de la década del 90 la tasa de mortalidad materna³ fue de 5,2 mujeres por 10.000 nacidos vivos para todo el país. Los valores de esta tasa han disminuido paulatinamente a lo largo del período, aunque con algunas oscilaciones, hasta las 3,8 muertes de mujeres por 10.000 nacidos vivos en 1998.⁴

¹ Los gráficos y cuadros que acompañan esta presentación se exhibirán en posters.

² Se consideran defunciones maternas a las muertes de mujeres mientras están embarazadas o dentro de los cuarenta y dos días completos de terminado el embarazo, independientemente de la duración y localización de este, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

³ La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo que corren las mujeres durante la gestación y el parto, suministra un índice de la discriminación de la población total por una causa determinada, incluye mujeres embarazadas hasta los cuarenta y dos días de terminada la gestación. Para su cálculo se utiliza como numerador el número de defunciones por causas maternas y en el denominador el número de nacidos vivos, como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo parto y puerperio.

⁴ Se ha trabajado sobre información publicada por INDEC, 2000

Las defunciones maternas registradas en esta última década han disminuido en cifras absolutas desde 333 muertes por estas causas en todo el país en el año 1991, hasta alcanzar las cifras más bajas en 1998 con 260 muertes de mujeres fallecidas como consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio y otras causas obstétricas directas y además por causas obstétricas indirectas. Esta última cifra representa una reducción en números del 21,9 por ciento respecto de las fallecidas en 1991.

Las defunciones maternas presentan en Argentina desde 1980 una distribución por causas cuya estructura por causas obstétricas directas⁵; no se modifica substancialmente durante la década siguiente. En 1996 la estructura por causas de las defunciones maternas se distribuía de la siguiente manera: las defunciones por abortos⁶ representaban un 36,3 por ciento del total, las hemorragias del embarazo y del parto⁷ 11,4 por ciento, la toxemia del embarazo⁸ un 16,1 por ciento, otras causas obstétricas directas⁹ -en su mayoría vinculadas con la atención del parto- que abarcan patologías tales como la septicemia, el parto obstruido, infecciones del aparato genito-urinario en el embarazo; complicaciones del puerperio y otras, representaban el 30,9 por ciento; y el 5,3 por ciento se debió a causas obstétricas indirectas¹⁰.

⁵ La tasa de mortalidad según causa relaciona las defunciones provenientes de una causa específica con la población. Suministra un índice de la disminución de la población total, por una causa determinada.

⁶ Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las veinte o veintidós semanas de amenorrea, con expulsión prematura del producto de la gestación con un peso inferior a 550 gramos.

⁷ Hemorragia del embarazo es toda pérdida de sangre de origen genital, durante el embarazo. En el parto es la pérdida sanguínea en cantidad mayor de 500 ml., durante las primeras veinticuatro horas posteriores al parto. En el posparto son las metrorragias que ocurren entre el 2º y 25º día del puerperio.

⁸ Es el grupo de alteraciones patológicas, en esencia trastornos metabólicos que se producen en mujeres embarazadas y se manifiestan por la preeclampsia y eclampsia totalmente desarrollada.

⁹ Comprende las causas correspondientes a los códigos 392 a 399 de la C.I.E. 9ª, revisión Lista Básica. En el año 1997 entró en vigencia la aplicación de la 10ª revisión de causas de muerte (CIE- 10)

¹⁰ Se deberá tener presente que el nivel de subregistro es importante en Argentina. Para el año 1995, se ha estimado, por ejemplo, un subregistro de la mortalidad materna del orden del 50 por ciento en

El aborto, se destaca desde 1980, como la causa de mortalidad materna más importante hasta comienzos de la década de 1990, donde esta causa durante algunos años aparece en segundo lugar, sin embargo recupera en 1996 su preeminencia constituyéndose nuevamente en la primera causa de mortalidad materna. Su prevalencia motiva el 33.1 por ciento de las defunciones maternas registradas en 1998.

En lo referente a la edad de la madre, en numerosos países en desarrollo las complicaciones del embarazo constituyen las primeras causas de muerte entre adolescentes.

Respecto de la mortalidad en este grupo de edades, la tasa de mortalidad materna en Argentina para las menores de 20 años ha evolucionado de manera diferenciada, según se trate de adolescentes menores de 15 años o pertenecientes al grupo de 15 a 19 años de edad.

En el primer caso, esto es, en las madres de menos de 15 años las defunciones han experimentado fluctuaciones durante el período en estudio, En 1990 presentan una tasa de mortalidad de 3,3 cada 10.000 nacidos vivos, la misma se incrementa en los años siguientes, alcanzando valores en 1997, que superan la tasa de las mujeres de edades superiores a los 34 años. En 1998 la tasa de mortalidad materna de las menores de 15 años es de 10,5 este valor supera la tasa de todos los grupos etarios menores de 40 años y resulta apenas inferior al de las mujeres de entre 40 y 44 años de edad que alcanzan una tasa de mortalidad de 10,7. En cuanto a las causales, en los últimos 5 años, se han encontrado 2 fallecimientos por abortos y 1 por causas obstétricas indirectas, sobre el total de defunciones de madres menores de 15 años -13 en cifras absolutas-, el resto corresponden a mortalidad por causas obstétricas directas.

Mientras que la tasa que presentan las adolescentes de 15 a 19 años ha evolucionado en disminución, aunque también de manera oscilante,

todo el país (MSyAS, 1996). Por otra parte la calidad de los registros difiere en las distintas jurisdicciones del país, y la tasa nacional encubre fuertes diferencias entre distintas provincias. Por lo cual estas cifras no estarían revelando adecuadamente la real magnitud del problema.

partiendo de 3,6 en 1990, hasta las 2,4 madres fallecidas cada 10.000 niños nacidos vivos en 1995, este grupo constituía, una de las categorías menos expuestas, con valores inferiores o similares a los de las mujeres pertenecientes a los grupos etarios en plena edad reproductiva situación que se observa hasta el final de la serie donde son 2,3 madres fallecidas cada 10.000 niños nacidos vivos en 1998.

Con respecto a las causas de muerte, sobre un total de defunciones de 151 madres adolescentes de entre 15 y 19 años, en el último quinquenio del período 1994-1998, el 28.5 por ciento de las mismas fue causado por abortos y un 70.2 por causas obstétricas directas .

Constituyendo este grupo, en virtud de los datos existentes, una categoría tan expuesta al riesgo de mortalidad materna, como la de las mujeres pertenecientes a los grupos etarios en plena edad reproductiva.

En relación con la mortalidad materna la Provincia de Córdoba se sitúa por debajo de las tasas nacionales, el total de defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio se encuentra entre los más bajos del país en 1980, y se mantiene a lo largo de la década siguiente hasta alcanzar en los registros del período 1991 - 1998, las 139 muertes por causas obstétricas, estas defunciones implican a lo largo del período, como ya se señalara, tasas por debajo del valor nacional. En el año 1998 se estimó una tasa de 3,1 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos.

En la provincia, a diferencia que en el total del país, el aborto no es la causa más importante de mortalidad materna sino que ocupa el segundo lugar en orden de frecuencias. Sobre el total de defunciones del período el 23 por ciento de las mismas han sido provocadas por abortos, aunque merece destacarse que las muertes por embarazo terminado en aborto, es probable que sean las que mayor subestimación tienen debido a los problemas de omisión y de calidad en su declaración¹¹.

¹¹ Cabe recordar que en Argentina el aborto provocado está penalizado por ley.

Respecto de la mortalidad materna adolescente, en cifras absolutas, han fallecido 11 mujeres menores de 20 años, las mismas representan el 7,9 por ciento de la mortalidad materna registrada en la provincia en el período 1991 - 1998. Respecto de la mortalidad materna adolescente precoz, a lo largo de la década en estudio, 1 de las defunciones que se ha registrado corresponde a una madre menor de 15 años.

La tasa de mortalidad que presentan las adolescentes de 15 a 19 años, en la provincia de Córdoba, también se sitúa, al comienzo del período, por debajo de las tasas nacionales, sin que se hayan registrado defunciones de menores de 20 años durante los primeros años, evolucionando luego en forma fluctuante y ascendente, aquí merece destacarse la diferencia con los niveles nacionales, hasta llegar a 2,5 madres fallecidas cada 10.000 niños nacidos vivos en 1998, este valor supera la tasa del total del país. Asimismo, los valores de la tasa de mortalidad materna de las adolescentes menores de 20 años son superiores en la provincia, en los últimos años, a los de las mujeres pertenecientes a los grupos etarios en plena edad reproductiva.

Puede afirmarse entonces, que las madres adolescentes en virtud de los datos existentes, se han conformado, en la provincia en una de las categorías cuya vulnerabilidad al riesgo de mortalidad es creciente.

Merece destacarse que, a diferencia del resto de las mujeres en la provincia, para las adolescentes de entre 15 y 19 años, la causa de mortalidad materna que se ha constituido como más importante es el aborto, la misma ha provocado, en este grupo, un tercio de las defunciones hasta 1998 inclusive.

En relación con la fecundidad en la República Argentina se estimó una tasa global de fecundidad del orden de 3,4 hijos por mujer en 1980. No obstante, el promedio del país no significa igualdad en cada provincia. Las tasas de fecundidad presentan marcadas diferencias regionales, por ejemplo, en la Capital Federal en el mismo año la tasa apenas superaba los 2 hijos por mujer mientras que en Jujuy alcanzaba a los 5 hijos¹².

¹² Pantelides, 1989.

Mientras que la provincia de Córdoba presentaba una tasa global de fecundidad de 3,2 hijos por mujer que se ubica por debajo del valor de la tasa del total del país y ha disminuido muy poco en los últimos treinta años¹³, se observa en la evolución de esta tasa desde 1980, una inflexión en 1985 que permanece con valores estables en 1991 y finalmente un decrecimiento hacia 1995 donde se sitúa en 2,4 hijos por mujer. Estos datos apuntalan la observación de que la provincia se encontraría en una etapa de transición¹⁴, de la fecundidad muy avanzada al igual que Capital Federal, y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Mendoza con una tasa global de fecundidad menor a 3 hijos por mujer¹⁵.

Asimismo, si se observa en Argentina, la fecundidad por grupos de edad de las mujeres, también se encuentran diferencias regionales y por grupos etarios, en el comienzo y en la finalización del período reproductivo donde la

¹³ Celton, 1994.

¹⁴ La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones extremas: una, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y de fecundidad, y otra final, de bajo crecimiento pero con niveles bajos en las respectivas tasas. Entre ambos extremos se pueden identificar dos momentos: el primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que la tasa de crecimiento disminuye, como consecuencia del descenso de la fecundidad. Sobre la base de los cambios demográficos, los países de la Región pueden agruparse de la siguiente manera, según su nivel de fecundidad: a) Los que están en una etapa de la transición de la fecundidad *muy avanzada*, con tasa global de fecundidad menor a 3 hijos por mujer. b). Los que se ubican en una transición *avanzada*, con tasas globales de fecundidad comprendidas entre 3 y 4.5 hijos por mujer. c). Los que presentan una fecundidad *intermedia*, con tasa global de fecundidad comprendida entre 4.5 y 5.5 hijos por mujer. d). Los que están en una fecundidad *incipiente*, con tasas globales de fecundidad mayores a 5.5 hijos por mujer.

¹⁵ Según Giusti, (1993) la transición de la fecundidad se habría iniciado, en nuestro país, en distintos momentos, en algunas provincias ya estaría finalizado el proceso y en otras se estaría iniciando, la explicación de las diferentes etapas transicionales debería buscarse, no tanto en la ubicación geográfica de la población, sino más bien en su inserción en una estructura social determinada. Según indicadores seleccionados en 1980, clasifica a las provincias en tres grupos: los de transición de la fecundidad avanzada (Capital Federal, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza), de transición intermedia (Entre Ríos, La Pampa, Tierra del Fuego, Río Negro, Santa Cruz, Tucumán, San Juan, San Luis, Chubut) y de transición inicial (La Rioja, Catamarca, Corrientes, Santiago del Estero, Misiones, Neuquen, Chaco, Formosa, Jujuy, Salta).

fecundidad es mucho más baja que en las edades intermedias. También la relación entre situación de pobreza y fecundidad, se confirma en estudios realizados en distintas regiones de nuestro país¹⁶.

En el año 1991, según el Censo Nacional, la fecundidad adolescente para todo el país creció en importancia relativa respecto a la de otras edades y la fecundidad de las menores de 15 años aumentó su peso relativo dentro de la fecundidad adolescente total. Aún cuando se observa un leve descenso en la fecundidad de las adolescentes respecto de años anteriores. Sin embargo el descenso de la fecundidad dependió casi exclusivamente de la fecundidad tardía, esto es la de jóvenes de entre 15 y 19 años, porque la precoz, es decir la fecundidad de niñas de entre 10 y 14 años se mantuvo casi constante¹⁷.

En el último período intercensal 1980-1991, puede observarse que las tasas de fecundidad por cada grupo de mujeres en edad fértil, han disminuido también en la provincia de Córdoba en todos los grupos de edades. Aunque el descenso de las mismas fue menor entre las adolescentes comprendidas entre los 15 y 19 años. A partir de allí, la disminución de las tasas de las adolescentes fue considerablemente más moderada que la de los otros grupos etarios.

En la Provincia de Córdoba en 1991 se registraron 7.750 nacimientos cuyas madres tenían entre 10 y 19 años de edad, con una contribución porcentual al total de nacimientos de 13.70 por ciento. De este total 216 correspondieron a niñas con edades comprendidas entre 10 y 14 años.

Estas cifras se mantienen estables presentando una evolución ascendente paulatina a lo largo de todo el período en estudio, en el año 1998 el aporte de las adolescentes alcanza al 14,48 por ciento de los nacimientos anuales provinciales. Cabe destacar que el aporte a la fecundidad de este grupo de edad supera en el período en la provincia, al aporte de las mujeres mayores de 35 años.

¹⁶ Calandra, Vázquez, Berner, Corral y Bianculli, 1996

¹⁷ Pantelides, 1995.

Los nacimientos entre las adolescentes son relativamente más importantes que en el pasado, puesto que las mujeres de más edad, han disminuido su fecundidad más que las adolescentes. Por otra parte, la fecundidad precoz, esto es la de las menores de 15 años, aumentó su importancia dentro de la fecundidad adolescente total, debido a que los nacimientos cuyas madres no han alcanzado los 15 años de edad se mantuvieron en niveles constantes.

Estos datos apuntalan observaciones acerca de transformaciones futuras en cuanto al comportamiento de la edad media de la fecundidad en la provincia la cual se ubicaba en 26,5 años de edad a mediados del período, estos son valores inferiores a la edad media nacional. En este sentido los datos apoyan la afirmación de Celton, (1994 : 75), quien estima que la edad media de las madres se rejuvenecerá¹⁸. Mas aún si se incorpora a las madres adolescentes precoces en el análisis, esto es las menores de 15 años, las edades medias de las madres disminuirían aún más. desplazándose la concentración de la fecundidad hacia edades más jóvenes.

Asimismo insinúan respecto de la evolución de la concentración de la fecundidad en grupos de edades más jóvenes, la estructura de la fecundidad, entonces tendería, aunque en forma muy gradual, hacia una cúspide temprana¹⁹.

Los datos revelan además, la importancia que cobran los diferenciales de la fecundidad según grupo etario y nivel socioeconómico, en tanto se trata de una provincia cuya fecundidad se ubica en una transición muy avanzada y en cuanto la fecundidad adolescente precoz y tardía se incrementan.

¹⁸ La curva de fecundidad por edades alcanza una cúspide entre los veinte y los treinta años de edad y luego empieza a descender, varía según las poblaciones y dentro de una misma población puede variar en el transcurso del tiempo, desde el punto de vista de la edad cúspide de fecundidad se distingue tres diferentes curvas, cúspide temprana, tardía y dilatada. Según el grado de concentración de la fecundidad en los grupos de edades situados en la cúspide de la curva o en la proximidad de ella, se distingue una fecundidad alta cuando los grupos de edad de 15 a 19 años contribuyen a la fecundidad total con el 10 por ciento o más; las edades de 20 a 34 años con menos del 75 por ciento; y las de 35 y más años con el 15 por ciento o más. Una fecundidad baja presenta las siguientes contribuciones a la fecundidad total por grupos de edad: de 15 a 19 años con menos del 10 por ciento; de 20 a 34 años con 75 por ciento o más; y de 35 y más años, menos del 15 por ciento.

¹⁹ Cúspide temprana: cuando la distribución modal o máxima de la fecundidad se registra en el grupo de edades de 20 a 24 años.

Todo ello remite a la necesidad de formular políticas de atención diferenciada hacia la salud reproductiva de las/os adolescentes.

Para el análisis de la morbilidad asociada a la reproducción se trabajó con los egresos hospitalarios por causas²⁰ del sector público de la provincia de Córdoba registrados durante los años 1990 a 1998 inclusive.

La población atendida en el sector público provincial de salud²¹, es predominantemente femenina, con un porcentaje promedio de atención de 63.69 por ciento durante el período en estudio.

Es necesario destacar que el índice de masculinidad de los egresos hospitalarios no es homogéneo. Cuando se realiza el análisis de las prestaciones por grupos de edad se observa en los menores de un año, que los varones reciben atención hospitalaria con mayor frecuencia que las niñas, - alrededor de 127 por cada 100 niñas atendidas-; y que esas prestaciones tienden a aumentar, superando los 147 niños por cada 100 niñas hasta el grupo de edad de 10 a 14 años. Es en este grupo de edad donde se observa una importante disminución de la diferencia observada, de modo tal que las frecuencias de egresos hospitalarios para ambos sexos en este grupo etario - 10 a 14 años- presentan valores similares. A partir de allí comienzan a presentarse egresos de sexo femenino de los servicios de salud asociados a causas reproductivas.

La inversión de la tendencia del índice de masculinidad se produce desde los 15 años, a partir de este grupo de edades la presencia femenina en los egresos hospitalarios aumenta abruptamente hasta el grupo de edades de 20 a 29 años donde se observa el menor índice de egresos hospitalarios masculinos, alrededor de 18 varones por cada 100 mujeres atendidas en los servicios de salud.

A partir de los 50 años de edad vuelven a ser predominantes los varones, recuperando en el grupo de edad de 60 a 69 años los valores de los

²⁰ Es la salida de un paciente internado de un establecimiento asistencial.

egresos observados durante el primer año de vida, conservan este nivel hasta los 80 años, edad en la cual disminuyen su proporción.

Si se tiene en consideración que la población que conforma la demanda de los servicios de salud del sector público provincial es en su mayoría la de menor nivel socioeconómico²², y sin embargo se observa que a determinadas edades cambia la composición por sexo puede afirmarse entonces, que la preeminencia de población femenina que alcanza a cuadruplicar la presencia masculina en los egresos hospitalarios y es considerablemente más importante que la frecuencia de egresos masculinos hasta los 49 años de edad, se debe fundamentalmente a causas asociadas a la salud de la reproducción.

Así es posible observar que durante la serie de años en estudio, la frecuencia en las internaciones originadas en causas obstétricas a lo largo del período, se mantiene en valores constantes cercanos al 30 por ciento del total de egresos para ambos sexos.

Este grupo de causas, se ubica entonces en el total de los egresos de los servicios públicos provinciales de salud como uno de los que genera mayor demanda de prestaciones.

Si se observan las proporciones de los egresos de ambos sexos en las edades reproductivas -15 a 49 años-, discriminando los egresos femeninos por causas obstétricas, las afirmaciones precedentes quedan validadas, puesto que los egresos femeninos por causas no asociadas a la reproducción mantienen con los masculinos proporciones equilibradas o ligeramente superiores, en particular en los grupos etarios más jóvenes.

Respecto de la morbilidad reproductiva de la población adolescente puede observarse que en 1990, 84 egresos hospitalarios de cada 100 egresos correspondientes al grupo de los adolescentes son de sexo femenino.

La proporción de egresos hospitalarios de la población de sexo femenino, de entre 15 y 19 años de edad en la serie observada 1990 -1998, es

²¹ Estos establecimientos pertenecen al sector oficial público de salud, sean dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, de servicios municipales o pertenezcan a otros servicios oficiales.

²² Masciadri, 1997

semejante a la de las edades de mayor fecundidad, esto es las mujeres de 20 a 29 años. Esta proporción de egresos femeninos está totalmente asociada a internaciones motivadas en prestaciones que implican a la salud reproductiva de las adolescentes.

La relación egresos hospitalarios por causas obstétricas y nacidos vivos revela datos muy interesantes, puesto que está directamente asociada con la edad de las madres, siendo muy alta esta asociación en las edades más jóvenes. Así es que en el año 1991 por cada 100 nacidos vivos en la provincia hijos de madres de entre 10 y 14 años hay 125 egresos hospitalarios por causas obstétricas en este grupo de edades. Mientras que para las adolescentes mayores hay 91 egresos hospitalarios por causas obstétricas de adolescentes de entre 15 a 19 años por cada 100 niños hijos de madres de esas edades.

Para las madres adultas la proporción es mucho menor y se ubica alrededor de los 58 egresos por cada 100 niños nacidos vivos de madres de entre 20 y 29 años de edad.

El 67 por ciento de los nacimientos ocurridos en 1991 en la provincia de madres menores de 15 años fueron por partos normales hospitalarios y el 55 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes de entre 15 y 19 años son también partos normales hospitalarios proporción que disminuye a medida que aumenta la edad de las madres. Al final de la serie si bien la proporción es inferior a la de los primeros años sigue ofreciendo diferencias significativas entre las jóvenes y las mujeres adultas.

Queda demostrado, entonces que la proporción de nacimientos en hospitales tiene una relación inversa con la edad de las madres, esto es que a menor edad de las madres, es mayor el nivel de partos normales en hospitales. Todos estos datos revelan asimismo, que esta población adolescente carece de otros servicios a los cuales recurrir, lo cual es coincidente con la relación entre edad y cobertura asistencial²³ que revelan fuentes estadísticas, donde se

²³ INDEC, 1996 : 317

observa que, para las edades adolescentes la cobertura de obra social y planes médicos o mutual en salud es inferior a la que presentan otros grupos de edad.

Es importante destacar la proporción de egresos por abortos que presenta valores muy significativos en las adolescentes, en particular en las muy jóvenes, las menores de 14 años tienen a mediados del período en estudio, una proporción de 16,66 egresos hospitalarios por abortos cada 100 partos normales, estos niveles son semejantes a los de las mujeres en plena edad reproductiva y superiores a los de las adolescentes de mayores edades (15 a 19 años).

Debe sin embargo atenderse al subregistro en relación con esta causa, puesto que otras investigaciones señalan que en un sólo establecimiento de la jurisdicción de Córdoba Capital, se atendieron en el período 1984 - 1993, abortos en adolescentes a razón de 318,6 por año²⁴. Se trataría de abortos sépticos – que en la clasificación de los egresos hospitalarios estarían incluidos bajo la denominación de la categoría "otros abortos"²⁵.

Si se estima en función de estos valores la proporción de abortos sépticos en adolescentes en la Jurisdicción de Córdoba Capital respecto del número de nacimientos de madres adolescentes registrados en esta jurisdicción entre los años 1991 y 1993, esta relación es de 11.8 abortos sépticos por cada 100 nacidos vivos de madres adolescentes en los dos primeros años, con un incremento hacia el 14.5 por ciento en 1993²⁶.

Estos datos estarían dando cuenta del paulatino deterioro de la salud reproductiva de las adolescentes, como asimismo de la importancia que reviste asegurar la cobertura oficial en materia de planificación familiar, educación sexual y garantizar las prestaciones en salud sexual y reproductiva para este grupo de edades.

²⁴ Ponte, Castelli, Pesce, Sanguino y Jakob, 1994.

²⁵ Los registro de "abortos" que se engloban en la categoría "otros abortos", junto con la categoría "otras causas obstétricas directas", representan el 29 por ciento del total de egresadas por causas obstétricas que no estaban suficientemente especificadas en la fuente de datos.

²⁶ Merece destacarse que se trata de estimaciones realizadas sobre información de fuentes secundarias, provenientes de estudios retrospectivos (Ponte Castelli, Pesce, Sanguino y Jakob, 1994) sobre historias clínicas de pacientes egresadas del Hospital Rawson, institución especializada en infecciosas. Para un análisis amplio sobre este

En la República Argentina, desde 1983 con el advenimiento del gobierno democrático, los derechos reproductivos comienzan a aparecer como un tema de derechos humanos y de política de salud.

En 1984 se suscribió el Plan Mundial de Acción sobre Población, en 1985 se aprobó la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer por ley N° 23179, también las Estrategias de Nairobi para el avance de la mujer, y se sancionó la ley antidiscriminatoria N° 23.592.

En 1986 el Ministerio de Salud mediante el Decreto N° 2274 derogó los decretos que se oponían a la planificación familiar estos son: el decreto N° 659 de 1974 que establecía limitaciones a la venta de anticonceptivos y prohibía el desarrollo de actividades de control de la natalidad, y el decreto N° 3998 de 1978 denominado "Política de población", que hacía eje en la necesidad de expansión de los mercados y en ocupar "vacíos demográficos". Se derogaron entonces los decretos que se oponían a la planificación familiar, los cuales establecían limitaciones a la venta de anticonceptivos y prohibían el desarrollo de actividades de control de la natalidad.

Por otra parte, en 1994 con la reforma constitucional se suscriben y aprueban todos los Planes, Convenciones y Normativas Internacionales, las cuales, a partir de allí tienen rango constitucional.

En los acuerdos internacionales, las normativas en el área de la salud de la reproducción referidas a las acciones educativas y asistenciales en la aparecen como pertenecientes al campo de los derechos humanos y como una necesidad ampliamente consensuada. Tales acciones son destinadas a evitar daños en la salud psicofísica y se ubican bajo la responsabilidad de los Estados como un tema de políticas públicas de salud, generales y necesarias al desarrollo de las poblaciones. En el plano internacional se han realizado claros avances conceptuales en la definición de salud reproductiva y múltiples señalamientos en relación con la atención de la misma.

No obstante los avances señalados precedentemente, nuestro país ha efectuado por primera vez en la Conferencia de El Cairo, reservas alrededor de estas temáticas, situación que se ha repetido ante otras Conferencias y Programas de Acción posteriores. Estas reservas ponen de manifiesto la perspectiva y el énfasis de las preocupaciones del gobierno nacional respecto de estos temas.

En oportunidad de la Conferencia de El Cairo, Argentina efectuó las siguientes reservas:

“La República Argentina acepta el Principio 1, teniendo en cuenta que la vida existe desde el momento de la concepción y desde ese momento la persona, en su dimensión única e irrepetible, goza del derecho a la vida, siendo éste fundante de todos los otros derechos individuales.”

“La República Argentina, no puede admitir que en el concepto de “salud reproductiva” se incluya el aborto ni como servicio ni como método de regulación de la fecundidad. La presente reserva fundada en el carácter universal del derecho a la vida, se extiende a todas las menciones que recojan ese sentido.”

En oportunidad de la Conferencia de Beijing, presentó una declaración que señala:

“Ninguna referencia de estos documentos al derecho al control sobre cuestiones relativas a la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, puede ser interpretada como limitativa del derecho a la vida ni abrogatoria de la condena del aborto como método de control de la fertilidad o instrumento de políticas de población...” “...ninguna propuesta de los documentos podrá interpretarse para justificar programas de esterilización femenina o masculina como variable de ajuste para erradicar la pobreza.”

En oportunidades posteriores las reservas y declaraciones han conservado el mismo sentido y contenidos que las formuladas ante El Cairo y Beijing, ignorando que en los propios textos de las Conferencias se plantea *“la necesidad de evitar los abortos y que no deben promoverse como método de planificación familiar”*.

Respecto de las acciones estratégicas en torno a la educación sexual, Argentina apela a la Convención Internacional sobre los derechos del niño, a efectos de depositar la responsabilidad de la educación sexual en los padres y declara que *“la “obligatoriedad” respecto de la “educación sexual” no altera el principio de la responsabilidad primaria de los padres respecto de la educación de sus hijos, de acuerdo a lo establecido por la Convención sobre los derechos del niño.”*

Cabe aclarar que Argentina formulo respecto de la planificación familiar prevista en el artículo 24 de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño, la siguiente reserva: *“las cuestiones vinculadas con la planificación familiar atañen a los padres de manera indelegable ... es obligación del Estado ... adoptar las medidas apropiadas para la orientación a los padres y la educación para la paternidad responsable”*.

Queda claro entonces que las diversas reservas y declaraciones realizadas por nuestro país desconocen el carácter de indivisibilidad, interdependencia y relación de los diferentes derechos humanos, su igualdad y el mismo peso y la obligación de los Estados de proteger todos los derechos humanos, obligación que emana de todos los compromisos suscriptos en la materia, incluidos los derechos reproductivos.

Por otra parte, en las reservas mencionadas, se desconoce la obligatoriedad y responsabilidad de los Estados que plantea la Convención Internacional sobre los derechos del niño²⁷, la misma establece que: *“Los Estados prestarán la asistencia apropiada a los padres...para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño”*. Como asimismo que (art 24 inc.f) *“adoptarán las medidas apropiadas para.... desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.”*²⁸. Esto adquiere particular significación cuando se trata de la protección de la salud reproductiva de los adolescentes.

Existe entonces, un salto cualitativo entre los acuerdos y los compromisos internacionales suscriptos en el ámbito nacional en materia de

²⁷ Artículo 75 de la Constitución de la Nación Argentina. Ley 23.849

²⁸ Naciones Unidas, 1989.

salud reproductiva y la normativa y políticas de acción en los sectores públicos de salud, donde las decisiones reguladoras de la fecundidad, se encuentran obstaculizadas en cuanto a su disponibilidad y accesibilidad, a pesar de los avances en el contexto legal y normativo.

La legislación interna mediada por las discusiones y disensos de grandes grupos de opinión instala la temática como un problema de orden moral, de elecciones individuales y perteneciente al ámbito privado y no como una política de desarrollo de salud pública. Desde allí cobra importancia la defensa de las objeciones de conciencia y la libre elección en la educación de los individuos, que lejos de estar siempre presentes son raramente plasmadas por las leyes en otros temas de políticas de población y desarrollo.

No obstante, en los últimos años, aunque con fuertes disidencias, discusiones y oposiciones entre diferentes grupos de opinión, la planificación familiar ha comenzado a delinearse como un tema de salud pública y de políticas sociales, ello ha contribuido a la secularización de las polémicas en torno a esta materia.

En la Provincia de Córdoba la legislación referida a la salud sexual y reproductiva tampoco vehiculiza el espíritu de los acuerdos internacionales, aparecen explicitadas en la legislación excepciones de moral individual tales como aquellas referidas a la objeción de conciencia de los profesionales del ámbito de la salud pública, frente al tema de la planificación familiar y la anticoncepción, o aquellas que subordinan la educación sexual y reproductiva al acuerdo explícito de los padres.

Entonces, es posible afirmar que la normativa provincial lejos de canalizar las acciones necesarias para la prevención en esta materia y garantizar la salud y los derechos reproductivos de la población, se constituye más bien, en un obstáculo al ejercicio de estos derechos. Toda vez que garantiza la objeción de conciencia de los profesionales prestadores de los servicios públicos de salud, en desmedro de la defensa del derecho a la vida, a la salud y a la libre elección de los destinatarios de esos servicios.

En la medida en que la normativa provincial no provee al conocimiento y facilidad para la consulta en materia de anticoncepción que posibilite al menos, la planificación adecuada de los embarazos e intervalos intergenésicos, desnaturaliza y desprotege aspectos básicos que atañen a la salud y que son responsabilidad ineludible de los servicios de salud pública.

Esta normativa se constituye inclusive en un riesgo encubierto, en cuanto no garantiza el acceso a la información profesional adecuada y necesaria para el logro de una sexualidad saludable, esto es, no expuesta al riesgo de contraer enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

- Bisig, Nidia Elinor (1999) “Adolescencia, Morbimortalidad y Salud Reproductiva. Provincia de Córdoba” Colección: Tesis de Maestría. Maestría en Demografía. Centro de Estudios Avanzados Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba, Editorial Universitas Científica Universitaria Córdoba.
- Butinof, M.; Reyna, S.; Batrouni, L.; Sabulsky, J. [1996]. *“Características reproductivas y riesgo asociado a la maternidad en una muestra de 650 mujeres provenientes de diferentes estratos sociales Ciudad de Córdoba –Estudio C.L.A.C.Y.D. 1993-1995”*, en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- Calandra, N.; Vázquez, S.; Berner, E.; Corral, A.; Bianculli, C. [1996]. *“Embarazo adolescente. Investigación sobre los aspectos biosicosociales”*, en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- CEDES-CENEP (1993). *“Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad”*, Programa Regional de investigación Social, Entrenamiento y Asistencia Técnica en Salud Reproductiva y Sexualidad CEDES. Programa Regional de Enlace y de Entrenamiento para la Investigación sobre Aspectos Sociales de la Salud Reproductiva CENEP. 1 y 2 de noviembre de 1993, Buenos Aires.
- Celton, D. E. (1994). *“Informe Demográfico de la Provincia de Córdoba”*. Colección debates. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Díaz-Muñoz, Dinardi y Giusti, (1995) *“Comportamiento reproductivo de las adolescentes”*, en INDEC, Infancia y condiciones de vida, Buenos Aires.
- Giusti, A. (1993). *“¿Finalizo la transición de la fecundidad en la Argentina?”* INEGI-IISUNAM, México.
- Gogna, M.; Ramos, S.; Romero, M. (1997). *“La salud reproductiva en la Argentina: Estado de situación y problemas críticos”*. Trabajo presentado en las IV Jornadas Argentinas de Población. Resistencia, Chaco. 17 y 18 de septiembre de 1997. CEDES. Buenos Aires.
- INDEC (1996, 1997, 2000) Anuario estadístico de la República Argentina.
- INDEC (1996). *“Infancia y Condiciones de Vida”, Encuesta Especial para el Diagnóstico y la Evaluación de las Metas Sociales, Buenos Aires.*
- INDEC (1997). *“La mortalidad en Argentina entre 1980 y 1991”*, Serie Análisis Demográfico, Nº 9, Buenos Aires.
- Kornblit, Mendes Diz, Ubillos y Páez, (1993) *“Percepción del riesgo y conductas preventivas en relación con el embarazo y el sida en jóvenes escolarizadas”*, en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad,

Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.

- López, E.; Tamargo, M. C. (1996). *“La salud de la mujer”*, en INDEC, Infancia y condiciones de vida. Encuesta Especial para el Diagnóstico y la Evaluación de las Metas Sociales, Buenos Aires.
- López, E.; Vinocur, P. (1996). *“Metas para el año 2000, un compromiso Nacional”*, en INDEC, Infancia y Condiciones de vida, Encuesta especial para el Diagnóstico y la Evaluación de las Metas Sociales, Buenos Aires.
- Lubertino, María José. (1996). *“Los derechos reproductivos en la Argentina”*, en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- Masciadri, V. A. (1997). *“Diagnóstico y Proyección de la demanda y de la oferta de personal de salud de la Provincia de Córdoba: enfermeros, médicos y odontólogos”*, Tesis para optar al grado de Magister en demografía. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba (Mimeo).
- Naciones Unidas [1991]. *“La mujer. Retos hasta el año 2000”*, Nueva York.
- Naciones Unidas (1989). *“Convención sobre los Derechos del Niño”*, Nueva York
- Network en Español (1997). *“Salud de la reproducción de los adolescentes”*, Family Health International Vol. 17 N° 3. North Carolina. EE.UU.
- Pantelides, [1992) *“Maternidad en la Adolescencia en la Argentina”*. CENEP, Buenos Aires.
- Pantelides y Cerrutti, (1992) *“Conducta Reproductiva y Embarazo en la Adolescencia”* CENEP, Cuaderno del CENEP N° 47, Buenos Aires.
- Pantelides, Gedstein e Infesta Dominguez, [1995]. *“Maternidad en la Adolescencia en la Argentina”*. CENEP, Buenos Aires.
- Peláez, E. (1998). *“Análisis del Nivel y Cambio de la Mortalidad por Causas en la Provincia de Córdoba entre 1980 y 1995”*, Tesis de Maestría en Demografía. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba Editorial Universitas 1999.
- Plataforma Beijing 95. (1996): *“Un intento de acción para las mujeres”*. Isis Internacional. Santiago de Chile.
- Ponte, G.; Castelli, N.; Pesce, A.; Sanguino, S.; Jakob, E. (1994). *“Adolescentes en riesgo de aborto séptico”* XXI Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia 6ª Reunión del Cono Sur (FLASOG)
- Programa Nacional de Estadísticas de la Salud (1991). *“Fecundidad en la adolescencia”*. Serie 8, N° 11. Dirección de Estadísticas de la Salud, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires.

- Ramos, S.; Viladrich, A. (1993). “*Abortos Hospitalizados. Entrada y salida de emergencia*”, en Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. CEDES- CENEP. 1 y 2 de noviembre de 1993, Buenos Aires.
- Torrado, Susana. (1993). “Procreación en la Argentina, Hechos e Ideas”. Centro de Estudios de la Mujer. Ediciones la Flor. Buenos Aires.