

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

58

MUJER Y SALUD

M. Cristina V. de Flood



NACIONES UNIDAS

PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
“REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

MUJER Y SALUD

M. Cristina V. de Flood



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1041
Julio de 1997

Este trabajo fue preparado por la señora M. Cristina V. de Flood, consultora de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN ..	5
INTRODUCCIÓN ..	7
1.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER EN ARGENTINA ..	9
2.- ASPECTOS INSTITUCIONALES ..	11
2.1.- Metas a alcanzar para el año 2000 ..	12
3.- OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD ..	15
3.1.- Oferta de servicios ..	15
3.1.1.- Cobertura de los servicios de salud ..	16
3.2.- Demanda de los servicios de salud ..	16
4.- CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER ..	19
4.1.- Natalidad adolescente ..	19
4.2.- Parto y cesárea ..	19
4.3.- Mortalidad materna ..	19
4.4.- Procreación responsable ..	20
4.5.- Morbilidad femenina ..	20
4.6.- Causas de defunciones ..	21
4.7.- Factores de riesgo vinculados con el trabajo femenino ..	21
5.- RESUMEN Y CONCLUSIONES ..	23
BIBLIOGRAFÍA ..	25

RESUMEN

En este trabajo se caracteriza la situación de salud de las mujeres, ligándola a aspectos más amplios a los que comúnmente se la asociaba, a saber, la maternidad. Así, se encuadra dentro de una visión más general que incluye a las condiciones de salud de la mujer, que derivan de la interacción de diversos procesos biológicos, socioeconómicos y culturales, y que trascienden los límites de la biología y se incorporan en una dimensión social. Dentro del mismo, se consideran aspectos antes dejados de lado en este campo, como son la violencia y inserción de la mujer en el mercado laboral y sus riesgos.

Con el desarrollo e incorporación de otras disciplinas científicas, las conceptualizaciones más actuales trascienden el enfoque tradicional que pone el acento en el análisis de la salud de la mujer circunscripto a lo materno-infantil y lo vincula al estudio de todas las etapas y aspectos de la vida. Por lo tanto es recomendable el desarrollo de programas selectivos orientados a las mujeres en mayor riesgo biológico-social, que incluyan temas como fecundidad adolescente y sexualidad y maltrato.

Las mujeres tienen vasta experiencia en participación en los niveles micro, y debido a ello debiera fortalecerse la incorporación de mujeres en espacios de participación para la toma de decisiones en cuestiones que las afectan dentro del campo de la salud.

El perfeccionamiento y la ampliación de espacios comunicacionales donde se difundan y debatan temas de salud relativos a la mujer, posibilitarán un avance en materia de participación así como en los distintos programas que se formulen.

Debiera profundizarse el análisis y acciones para mejorar la cobertura y el acceso a bienes y servicios de la salud a las mujeres, pues puede conjeturarse que las mujeres están en desventaja relativa, mas aún si se le analiza por estratos sociales y por grupos étnicos. Es visible la ausencia de información apropiada para realizarlos, la que debería incentivarse. Ello facilitaría los diagnósticos y consecuentemente los programas y políticas serían más apropiados. Por lo tanto, es recomendable realizar análisis de formulación de programas y ejecuciones presupuestarias con enfoque de género.

El trabajo se organiza como sigue. Primeramente se describen las características de la mujer en Argentina. Luego se analizan los aspectos institucionales, así como la oferta y demanda de servicios de salud. Posteriormente, se realiza una caracterización de la salud de la mujer y finalmente se plantean las principales conclusiones que se derivan del anterior análisis.

INTRODUCCIÓN

El tema de la mujer lleva décadas de discusión y hoy en día esta problemática es reconocida por la sociedad civil, los gobiernos de los países, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales. En Argentina, en los últimos años se observan algunos avances a nivel gubernamental, tanto en la expansión de agencias orientadas a su promoción como en la realización de estudios y discusiones en ambientes académicos.

La categoría género es una cuestión que adquiere relevancia cuando se estudia cualquier sector social, pero especialmente en el caso de la salud. El género constituye una categoría de análisis de lo social que explica lo que acontece en los vínculos humanos y en particular, en la relación entre los sexos. Principalmente, se refiere 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. Por lo tanto, de acuerdo con esta visión, el impacto diferencial en la salud se explica, más allá de las particularidades biológicas, por el lugar que ocupa en la sociedad.¹

Los estudios sobre las condiciones de salud de la mujer, derivan de: a) el concepto de salud como resultado de la interacción de diversos procesos biológicos, socioeconómicos y culturales, que trascienden los límites de la biología y se incorporan en una dimensión social y b) el concepto vinculado con el hecho por el cual el "ser" mujer implica una diferenciación en el campo de la salud debido a que genera comportamientos y actitudes que determinan distintos riesgos.

Durante mucho tiempo, la salud de la mujer ha estado ligada casi exclusivamente con la maternidad, pero recientemente el desarrollo de concepciones más modernas ha incorporado otras dimensiones que la trascienden, alcanzando una visión más integradora de la salud femenina, vinculada a todas las etapas y aspectos de la vida de la mujer. Es decir que se refiere a : a) la atención ginecológica, que incluye tanto a las enfermedades infectocontagiosas en general, a la menopausia y postmenopausia, b) la salud reproductiva, c) la salud de las adolescentes, d) la violencia y los maltratos, y e) los riesgos involucrados con su inserción en el mercado laboral.

¹ MSAS La situación de la salud de la mujer en Argentina. Buenos Aires.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER EN ARGENTINA

La población argentina en el último censo fue de 32.610.000 personas, de las que 15.937.000 eran mujeres. Para el año 2025, se estima que habrá 23 millones mujeres y 22 millones de varones, debido a su mayor expectativa de vida. La esperanza de vida para mujeres y varones era de 65.1 y 60.4 años entre 1950 y 1955 y de 74.7 y 68.6 años para 1991, registrándose un aumento considerable de la diferencia de vida entre sexos privilegiando a las mujeres, así en el primer período era de 4.72 años y en el último de 6.1 años.

La población con Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en 1991 era del 19.7 % de la total, correspondiendo 19 % a mujeres y 20.4 a varones. Dicha tasa tiene dispersiones fuertes según se trate de la región geográfica, así en Capital Federal es de 7.4 % contra la región Noreste o Noroeste con 34.3 % y 31.7 %, respectivamente.

En cuanto al nivel educativo, cabe destacar que el 3.7 % de la población mayor de 10 años es analfabeta. Entre 1980 y 1991, se advierte que a medida que se avanza en edad, la incidencia de analfabetos es mayor. Entre los más jóvenes (hasta 29 años), los varones superan en la tasa a las mujeres, mientras entre 30 y 49 años la relación es bastante similar. Por el contrario, a partir de los 50 años las tasas femeninas son claramente superiores a las de los varones y a las de menores edades. Estos resultados podrían demostrar que se están superando las dificultades de acceso de las mujeres a la educación, pero que a la vez, los varones tienen exigencias laborales tempranas que los inhiben de continuar sus estudios.

Respecto a la evolución de la tasa de actividad, la que les corresponde a las mujeres crece notablemente entre los dos últimos censos, pasando de un 30 % al 40 %, mientras la de los varones ha decrecido, significando que ellas han salido a trabajar para compensar los ingresos deteriorados o la desocupación de sus cónyuges. Pero también es una realidad, que las mujeres al disponer de mejores niveles educativos, encuentran mejores incentivos para incorporarse al mercado laboral. La evolución de la estructura laboral presenta cambios significativos en las categorías ocupacionales. Así es que mientras se verifica una disminución porcentual de los empleados en relación de dependencia en los sectores público y privado, que pasaron de 72 % en 1980 a un 65% en 1991, aumenta fuertemente los empleados domésticos (mujeres), de características informales.

2. ASPECTOS INSTITUCIONALES

En todos los niveles gubernamentales (Nación, provincias y municipios) los programas no están discriminados por género, salvo algunos muy específicos vinculados con patologías determinadas de la mujer y con las funciones reproductivas.

En el subsector público nacional son contados los programas para la mujer. En el Ministerio de Salud de la Nación el programa "Mujer, salud y desarrollo", cuenta con un exiguo presupuesto para 1996 de \$ 180.000. Dentro del marco de los compromisos firmados durante la conferencia de Beijing, el Banco Interamericano de Desarrollo ofrece a Argentina una donación de \$500.000 destinados a reducir el impacto de violencia familiar que será implementado en el programa mencionado.

Dentro del mismo ministerio, se desarrolla un programa desde hace cerca de 40 años destinado a la atención de la salud materno-infantil cuyas acciones se distribuyen en todo el país (áreas urbanas y rurales). Tiene como propósito la atención y control de la embarazada y de los niños hasta 5 años y cuenta con un presupuesto para 1996 de cerca de \$ 60 millones. El Banco Mundial está apoyando otro programa focalizado llamado Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), que tiene la misma población objetivo y está formulado para orientar acciones focalizadas en áreas urbanas y con ejecución descentralizada (provincias y municipios), y su propósito es la disminución de la morbilidad materno-infantil y la prevalencia de la desnutrición materna. Este programa tiene la ventaja de estar integrado con programas de educación y salud, pero su difusión en las provincias aún no se ha generalizado.

A nivel provincial, Mendoza, Buenos Aires, San Juan y Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (MCBA) son las jurisdicciones que más han avanzado en programas de Mujer y Salud. En el Ministerio de Salud de Mendoza se desarrollan programas sobre Salud Reproductiva, Prevención del Cáncer Genito-mamario y de Salud mental de las mujeres, en tanto que en la provincia de Buenos Aires se implementan programas de Madre Adolescente, de Prevención Genito-mamaria y de Apoyo a la Familia Bonaerense. Dichos programas se ejecutan desde el Consejo de la Mujer y la Familia, donde también se coordinan los más importantes programas de Promoción Social (Vida, Micro-emprendimientos, Discapacitados, etc). En San Juan, la Dirección de Protección a la Mujer lleva adelante un programa de Mujer y Sida y la municipalidad de Buenos Aires realiza un Programa de vigilancia epidemiológica de la mortalidad infantil, de Mujer y Sida y de Mujer, Salud y Procreación Responsable.

Por otra parte, a partir de la llegada de la democracia se creó la Subsecretaría de la Mujer², a nivel nacional y después, con el actual gobierno, se reemplazó por el

²Ver para mayor información Villarrubia E.S et al.(1990) Información de la Subsecretaría de la Mujer, Plan de Actividades, Estrategia comunicacional para el fortalecimiento de la Subsecretaría, Diagnóstico sobre la participación de la mujer en pequeñas unidades productivas. PNUD-ARG 88/005.

Consejo Nacional de la Mujer que dependía de la Presidencia de la Nación y actualmente del Ministerio del Interior, pero sin actividad relevante para el tema de salud. En concordancia con el gobierno nacional, en la mayoría de las provincias, se crearon Consejos de la Mujer y otras organizaciones gubernamentales.³

En el Consejo Nacional de la Mujer tiene presupuesto propio, firma convenios marco de cooperación con otros ministerios y secretarías, UNICEF, PNUD, OIT, etc. Dado que la formulación de políticas públicas no es sólo competencia del gobierno nacional, las áreas provinciales participan a través de plenarios y se han constituido comisiones de asesoramiento permanente que llevan adelante programas de participación política, igualdad jurídica, empleo, calidad de vida, etc. El programa de Mujer y Salud, dependiente de dicho consejo, promueve un modelo de gestión basado en la concertación y coordinación en organizaciones no gubernamentales (ONGs). Se establecieron líneas de capacitación, investigación, asistencia médica y se realiza la difusión de directorios de servicios de procreación responsable, folletos sobre prevención del SIDA y sobre el cólera.

Dentro del subsector de las obras sociales existen algunos programas destinados a la mujer, vinculados con la reproducción y prevención. En el sector privado, hay mayor diversidad, pero el rol que desempeñan las instituciones encargadas de la salud de la mujer se circunscriben más a los aspectos curativos que a los preventivos. Como dato adicional, cabe destacarse que las empresas pre-pagas de salud, no consideran dentro de sus coberturas la compra de dispositivos intrauterinos, medicamentos anticonceptivos, etc., los que deben ser adquiridos a precios de mercado por los beneficiarios.

Las organizaciones no gubernamentales, centros de estudios e instituciones de la mujer realizan sus actividades de apoyo y promoción, con importantes contribuciones especialmente incentivadas por la reunión de Beijing. Es de destacar que mayoritariamente los directivos de estas organizaciones son mujeres.

2.1. Metas a alcanzar para el año 2000

Argentina se comprometió alcanzar, una serie de metas que se inscriben dentro del Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño. Con la cooperación de la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF se realizó, durante el año 1991, la adaptación de las metas mundiales a nuestra realidad. El carácter federal del país hizo que el compromiso fuera suscrito por representantes de todas las provincias. En sus contenidos pone énfasis en la salud materno-infantil y se establecen metas para el mejoramiento de los indicadores de calidad de vida y estado sanitario y nutricional de las madres y los niños. Las metas establecidas son las siguientes:

- Reducir a menos del 40 por cien mil la tasa de mortalidad materna en todo el país. (en 1994 se alcanza dicha meta).

³ La mayoría de las provincias crearon consejos provinciales, departamentos, direcciones, secretarías y ministerios vinculados sobre la mujer. Fueron 16 provincias sobre las 24 jurisdicciones. Los consejos creados fueron en: Capital Federal, Buenos Aires, La Pampa y Neuquén. Córdoba, La Rioja y Santiago del Estero crearon Departamentos de la mujer. Corrientes, San Luis y Santa Fe instituyeron Direcciones de la mujer. Tucumán crea una secretaría de la mujer en tanto Formosa y Entre Ríos organizan subsecretarías. Misiones incorpora la temática en el ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud. El instituto de la mujer fue establecido en Mendoza.

- Reducir en una proporción mayor la mortalidad materna en todas aquellas jurisdicciones que actualmente tienen tasas superiores al promedio nacional.
- Cobertura del 90% de las embarazadas con vacuna antitetánica.
- Detección temprana del embarazo.
- Garantizar un mínimo de 5 controles prenatales.
- Asegurar un mínimo de un control post-natal a la puérpera.
- Desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones de acuerdo al sistema de valores vigente.

3. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Una vez analizados los aspectos más sobresalientes del sistema de salud argentina (documento 1.), es conveniente incorporar la cuestión de género dentro de dicho esquema. De esta manera, analizaremos la oferta y demanda de servicios de salud y dentro de ellos identificaremos, en la medida que nos permita la información, el papel de la mujer.

3.1. Oferta de servicios

Por el lado de la oferta, tenemos los servicios ofrecidos por el sistema a través de distintos subsectores (público, obras sociales y privado) y las regulaciones de los gobiernos que afectan al ordenamiento y funcionamiento de las instituciones públicas, cuasi-públicas y privadas.

En el plano de la atención médica, podemos considerar cual es el rol de la mujer en la oferta de servicios de la salud. En este sentido estamos hablando de la mujer como trabajadora en el sector en todas las categorías que van desde las funciones administrativas y de apoyo a las profesionales y directivas.

La mujer es cuantitativamente mayoritaria en las organizaciones sanitarias de todos los subsectores (nacional, provincial y municipal) pero, como sucede en todos los ámbitos, a igual productividad con el hombre, los ingresos percibidos son en promedio levemente inferiores. Las mujeres prevalecen en las funciones administrativas en los puestos de menor responsabilidad tanto en los establecimientos sanitarios como en las dependencias públicas y privadas. En los puestos de conducción y jerarquía no es común encontrar mujeres, aunque es un deber reconocer que su aceptación es cada día más común. Argentina tiene cierta tradición en haber tenido a mujeres en los más altos niveles de conducción (Presidenta de la Nación, Directora de la principal obra social: PAMI y actualmente la Ministra de Educación, dirigentes de asociaciones médicas, etc.), claro que su número es absolutamente despreciable si se lo compara con la totalidad de posibilidades existentes.

La proporción de mujeres es mayor cuanto menor sea la jerarquía de las funciones que realicen. Así, las mujeres que cumplían funciones de auxiliares, ayudantes en 1980 en los subsectores públicos y privados, eran el 85 % del total de los empleados en dichas categorías. Las enfermeras y otras profesionales de apoyo mujeres constituían el 60 % y las médicas el 22 %. Pero es de destacar, que en cuanto a los profesionales de la salud, la fuerte primacía de los varones está cambiando substantivamente. Hoy en día, en las facultades de medicina, las mujeres representan el 61 % del estudiantado cuando tres décadas atrás sólo alcanzaban al 28 %. Pero aún

así, por lo menos hasta el momento, no tienen esa representación en los niveles de mayor responsabilidad.

3.1.1. Cobertura de los servicios de salud

La cobertura está vinculada con la organización del sistema de salud y puede referirse a la a) cobertura prestacional del subsistema público, b) cobertura prestacional del subsistema de obras sociales, c) cobertura de la población por clasificación socio-económica y c) cobertura geográfica. En nuestra preocupación por el tema de género, podemos ver a la oferta desde la cobertura institucional a través de la atención médica en los establecimientos hospitalarios, en los programas sociales y de la cobertura en sus distintas acepciones.

Los servicios del subsector público, como se dijera, brindan cobertura universal para toda la población del país, aunque un alto porcentaje de sus usuarios son los pobres, sin cobertura de la seguridad social. En el año 1991, del total de la población, el 62.2 % tiene cobertura de algún tipo de sistema de obras sociales o privado. Ello implica que subsisten casi 12 millones de personas sin protección por dichos sistemas. Los varones no cubiertos son el 38 % mientras que las mujeres son el 35 %. Muchas veces las mujeres no acceden a la cobertura debido a que no están casadas y no conocen la realización de los trámites necesarios para registrar las uniones de hecho. La cobertura es menor en las edades reproductivas y en los menores agravando la situación en los grupos etáreos en los que más se necesita la atención médica. La informalidad en la ocupación es más común entre los jóvenes que en los mayores y ello hace que no tengan la posibilidad de acceder a la obra social.

La población no cubierta por el sistema de seguridad social se concentra entre los más pobres (43 % para el 1º quintil de ingresos) y en las regiones menos desarrolladas el porcentaje de la población con cobertura es notoriamente menor.

3.2. Demanda de los servicios de salud

Desde el punto de vista de la demanda, en este trabajo, incorporamos la utilización y los requerimientos de los servicios por parte de la población, así como también sus relacionamientos con las organizaciones de salud, referidos fundamentalmente al acceso. En este sentido, las mujeres constituyen el principal enlace entre la sociedad civil y el sistema de salud ya que son las principales interlocutoras de la población del sistema porque no sólo vinculan sus propios problemas de salud sino por la de sus hijos, familiares ancianos, esposos, hermanos.

No existen estudios que discriminen el destino del gasto en salud por sexo, pero se puede conjeturar que la proporción favorece a las mujeres, y no sólo por su función reproductiva, sino por ser más numeroso el grupo femenino de edades avanzadas. Trabajos para algunas jurisdicciones señalan que las mujeres gastan cerca de un 20 % más que los hombres. En cuanto al consumo de medicamentos, las mujeres consumen alrededor de un 10% más de que los hombres.

A pesar que los discursos políticos privilegian a las mujeres y los niños, no siempre se evidencian dichas prioridades en el diseño de los programas. Por ejemplo, el caso de la fecundidad adolescente y la prevención del maltrato a la mujer son dos temas relevantes que deberían estar incorporados en la programación de los sistemas de salud, y lo están con escasos recursos o ni siquiera aparecen. Tanto los sistemas de

salud, como profesionales médicos, tienen en general un rol pasivo frente a esos problemas .

Los servicios prestados por el subsector público, descentralizados al nivel de las provincias presentan de problemas calidad en las prestaciones y escasez en la provisión de los insumos debido, en la mayoría de los casos, a las crisis fiscales de las provincias. En muchas provincias la atención a las personas se ha desmejorado por la menor cantidad de personal, el atraso en los pagos, la quita en los salarios por la no renovación de los contratos y las jubilaciones de oficio. Este ajuste no siempre ha podido ser conducido dentro de una reforma de las prestaciones, y en el corto plazo está produciendo inconvenientes a la población atendida. Por lo tanto, la población usuaria que es la de menores ingresos, padece dichos inconvenientes. Algunas consideraciones son importantes para una visión de la demanda:

- a) la población jubilada y pensionada en los sistemas nacionales, en 1995 es de 3.656 mil personas. A dicho valor se deben adicionar los jubilados y pensionados de los regímenes provinciales y municipales con las que se alcanzan los 4 millones de personas. De la totalidad de los pasivos, las mujeres son el 60 % de los jubilados y el 89 % de los pensionados. La población que goza de este sistema previsional cuenta con la cobertura de salud del PAMI y coincide con ser altamente demandante de los servicios de salud,
- b) las mujeres cubiertas por las obras sociales (OS) alcanzan al 65 % de la población, siendo ese porcentaje elevado en las mayores de 65 años (95%) y alarmantemente bajo en la edad reproductiva (55 %). Una explicación posible sería la mayor regularidad en el empleo, ya sea el de las mismas mujeres o el del cónyuge, a medida que avanza la edad,
- c) gran parte de las mujeres afiliadas a las OS, lo son como familiares a cargo y ello las torna vulnerables, lo mismo que a sus familias, en caso de pérdida del trabajo del cónyuge. La mayoría de ellas trabaja en el mercado informal y por ello carecen de cobertura social,
- d) la magnitud de mujeres sin cobertura entre los más pobres es preocupante. Asimismo existe una considerable proporción de mujeres jefas de hogar y en estos casos el trabajo doméstico es su principal inserción en el mercado de trabajo, con características informales,
- e) en cuanto al acceso, existen factores que facilitan o limitan la probabilidad del uso de los servicios por parte de las personas: acceso cultural, geográfico, administrativo, económico y que en el caso de la población carenciada los restringen y afectan,
- f) la calidad de los servicios afecta fuertemente a los resultados de las prestaciones: muchos establecimientos públicos están registrando carencias importantes en insumos y falta de mantenimiento de los equipos e infraestructura, existen obras sociales "pobres" cuyos servicios llegan en muchas oportunidades a ser francamente insatisfactorios,
- g) los costos monetarios y no monetarios que las mujeres deben incurrir al afrontar la atención, son en algunas oportunidades importantes y actúan como limitantes (viáticos, co-pagos, remedios, pérdida de horas trabajada, etc.).

4. CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

4.1. Natalidad adolescente

En Argentina, aproximadamente el 14 % de los niños que nacen, tienen una madre de 19 años o menos. Las dispersiones geográficas son muy grandes: en Capital Federal esa tasa es de 6.76, mientras que en Chaco, Río Negro Corrientes, por citar algunas provincias, es de 21, y 18%. Las madres menores de 15 años representan el 0.51 % de los niños nacidos, ubicándose sobre ese promedio las provincias con mayores necesidades básicas insatisfechas (Chaco: 1.14%).

La joven no está preparada emocional ni físicamente para ser madre, y ello le trae consigo innumerables dificultades. Un tercio de ellas no tiene compañero y por lo tanto se convierten en el único sustento para la crianza de su hijo. A ello se suma que en la mayoría de los casos poseen escasa o nula preparación educativa que constituyendo de por sí, un factor de riesgo para la evolución de la maternidad.

De hecho, la mortalidad infantil es superior en hijos de madres de adolescentes que de las mayores (en la Capital Federal el 22 por 1000, contra 17 por 10000). Lo mismo pasa con el peso al nacer, el 9 % de los hijos de adolescentes registra bajo peso, mientras que ese porcentaje es de 6 % en madres de las otras edades.

4.2. Parto y cesárea

En las últimas décadas se verifica una tendencia mundial a incrementar el número de cesáreas. En Argentina, hasta principios de esta década, la relación era de una cesárea por 25 nacimientos y actualmente es una cada tres o cuatro casos, no resultando sorprendente que en instituciones, por lo general privadas, esta proporción sea aún mayor. Evidentemente, la mayor propensión a utilización de cesárea está estrechamente vinculada a la maximización de los ingresos.

Indudablemente la cesárea es un recurso invalorable como procedimiento para salvar vidas, pero existen dudas justificadas acerca de sus beneficios en los casos que no existen indicaciones médicas precisas.

4.3. Mortalidad materna

Argentina se encuentra en los países con alta mortalidad materna (5 a 14.9 por 10000 nacidos vivos), ya que en 1992 se declaran 4.8 por 10000, pero con un subregistro estimado no menor del 50 %. Es muy difícil conocer las cifras oficiales, porque las

únicas registradas son las provistas por la Dirección de Estadística de Salud (MSAS), que tienen datos de organismos oficiales.

Durante ese año se registraron 328 muertes, de las cuales 97 se debieron a aborto, 52 a toxemia y 118 a causas obstétricas indirectas. Entre las mujeres fallecidas por aborto, sobresalen las adolescentes, pero en la práctica recurren a él todos los grupos socio-culturales y niveles económicos. Debe destacarse que en nuestro país, el aborto es ilegal, y es común que sea realizado por médicos, estudiantes de medicina, parteras, enfermeras o comadronas.

Según últimas informaciones, no ha crecido la cantidad de abortos en los últimos años, pero son cada vez más comunes los casos de infecciones y riesgos quirúrgicos. La operación cuesta entre U\$S 300 a U\$S 1000.

4.4. Procreación responsable

El promedio de hijos de madres con educación primaria incompleta es 4, con primaria completa o secundaria incompleta es 2.8 y con secundaria completa o más 2.2, permitiendo fácilmente concluir que a mayor nivel educativo menor es la cantidad de hijos. En el Gran Buenos Aires, con la misma clasificación, el promedio de las mujeres que usan algún método anticonceptivo, teniendo relaciones sexuales, es del 65 %, mientras que en otras ciudades ese porcentaje llega al 40 % y 38 % (Resistencia y Tucumán).(SPE, 1996).

Las personas tienen derecho a decidir libremente sobre sus pautas reproductivas y el Estado tiene el deber de asesorar para ejercer ese derecho. Ello significa realizar un aporte al proceso reproductivo en armonía con la tradición natalista argentina.

Orientar la natalidad en las edades aconsejables (20-35 años), favorecer los intervalos intergenésicos óptimos (2 años) y evitar los embarazos no deseados o en situaciones de riesgo, son los objetivos que favorecerá a la calidad de vida del grupo poblacional más expuesto a riesgos evitables. El alto número de egresos por "aborto" y los altos índices de mortalidad materna atribuibles a dicha causa, obligan a revertir esa situación promoviendo la educación para la salud.

4.5. Morbilidad femenina

En base a la información parcial del MSAS los egresos de los establecimientos públicos de salud, entre 1980 y 1990, han aumentado en un 15 %, y dos tercios de ellos corresponden a mujeres. Del total de los egresos femeninos, un 65 % ocurre entre los 15 y 44 años, lo que demuestra la alta incidencia del parto y de los problemas de la salud reproductiva.

Los principales egresos para la población femenina son:

A) vinculados a la salud reproductiva

- Parto normal (29 %)
- Abortos: espontáneos y provocados (entre 5 y 6 %)
- Afecciones perinatales (entre 2 y 3 %)
- Causas obstétricas directas (entre 5 y 7 %)

B) vinculados a la salud de la mujer

- Tumores malignos (entre 2 y 3 %)
- Bronquitis crónicas, enfisema y asma (2 %)
- Traumatismos y envenenamientos (entre 4 y 5 %)
- Enfermedades infecciosas intestinales (3 %)
- Enfermedades del aparato circulatorio (entre 5 y 7 %)

La morbilidad de las niñas menores de 5 años no difiere de las de los varones, entre 5 y 14 años, las tres primeras causas son: apendicitis, infecciones intestinales y neumonía. Entre 15-44 años, las causas más difundidas son las obstétricas directas, los abortos, apendicitis y trastornos mentales y hasta los 54 años son los trastornos mentales, tumores y bronquitis. Entre 55 y 64 las causas son originadas en el sistema osteomuscular, bronquitis, enfisema y diabetes mellitus.

Las mujeres entre 65 y 74 años padecen preferentemente enfermedades cerebro-vasculares, fracturas, bronquitis, enfisema y asma, mientras que las mayores de 75 de enfermedades cerebro-vasculares, neumonía y fracturas.

4.6. Causas de defunciones

Las cinco principales causas de defunción de las mujeres son: enfermedades del corazón (30 %), tumores malignos (20%), enfermedades cerebro-vasculares (10%), accidentes (3%) y otros el resto. Estudiadas las causas de muerte por grupo de edades, podemos observar que para menores de 1 año son las afecciones en el período perinatal, entre 1 y 14 años, los accidentes, entre 15 y 49 años, los tumores malignos, y por último, entre 50 y más las enfermedades del corazón. (MSAS)

De acuerdo con un estudio realizado (Loria D et al, 1992) se concluyó que la mortalidad por cáncer es la segunda de las causas y que el 20% de ellos es de mama, el 8 % de útero, y luego colon, estómago, etc. En este punto cabe mencionar la existencia de prácticas médicas de carácter preventivo y terapéutico para la detección temprana de los cánceres más comunes en las mujeres, que no siempre se cumplen y para los que no existen monitoreos sobre sus realizaciones. En última instancia, dependen de la decisión de las propias mujeres.

4.7. Factores de riesgo vinculados con el trabajo femenino

En muchos casos, la división del trabajo ha ubicado a la mujer como responsable principal de las tareas cotidianas vinculadas con la reproducción social y al mantenimiento de la familia. Actualmente, en los hogares encabezados por mujeres, la situación se torna más difícil porque sobre ellas recaen todas las responsabilidades y tareas. Estas mujeres representan el 22.3 % de los hogares, ubicándose en el 31.6 % en la Capital Federal. Además de esta creciente importancia de este singular tipo de hogares, merecen especial atención cuando aparecen asociados con la pobreza. Para estas mujeres su ingreso es de crucial importancia y simultáneamente es difícil su inserción en el mercado laboral por sus propias responsabilidades domésticas. La proporción de mujeres jefas de hogar sin asistencia escolar representaron en 1991 el 6.2 % (1980: 8.9%) para el total del país, con importantes diferencias entre provincias

(Chaco y Jujuy 16 % y Capital Federal 1.6%, para el año 1991). Esta cantidad importante de mujeres constituye un grupo de riesgo biológico-social, al que se tiene que atender con prioridad.

Otro tema vinculado es el de la violencia, que produce sufrimientos y daños en la salud física y mental, pudiendo quedar incapacitadas y en algunos casos tener consecuencias fatales.

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se ha caracterizado la situación de salud de las mujeres ligada a aspectos más amplios a los que comúnmente se la asociaba que era la maternidad. Así, se ha encuadrado dentro de una visión más general que incluye a las condiciones de salud de la mujer, que derivan de la interacción de diversos procesos biológicos, socio-económicos y culturales, y que trascienden los límites de la biología y se incorporan en una dimensión social. Dentro del mismo, se consideran aspectos antes dejados de lado en este campo, como son la violencia y inserción de la mujer en el mercado laboral y sus riesgos.

Con el desarrollo e incorporación de otras disciplinas científicas, las conceptualizaciones más actuales trascienden el enfoque tradicional que pone el acento en el análisis de la salud de la mujer circunscripto a lo materno-infantil y lo vincula al estudio de todas las etapas y aspectos de la vida. Por lo tanto es recomendable el desarrollo de programas selectivos orientados a las mujeres en mayor riesgo biológico-social, que incluyan temas como fecundidad adolescente y sexualidad y maltrato.

Las mujeres tienen vasta experiencia en participación en los niveles micro, y debido a ello debiera fortalecerse la incorporación de mujeres en espacios de participación para la toma de decisiones en cuestiones que las afectan dentro del campo de la salud.

El perfeccionamiento y la ampliación de espacios comunicacionales donde se difundan y debatan temas de salud relativos a la mujer, posibilitarán un avance en materia de participación así como en los distintos programas que se formulen.

La temática no se ha enraizado en los ámbitos públicos, a pesar de la existencia de algunas dependencias en los órdenes nacional, provinciales y municipales y sus productos son relativamente escasos e incoordinados con las restantes dependencias.

Históricamente la mujer es y sigue siendo considerada la responsable de la atención de la salud de la familia. Atiende las tareas vinculadas con la alimentación, higiene, cuidado de los enfermos, discapacitados, y ancianos. Transmiten las normas de higiene y limpieza, llevan a los hijos al médico o a vacunarse y siguen las recomendaciones y administran los medicamentos. En síntesis es la responsable del cuidado de la salud familiar y constituye el principal enlace entre la sociedad civil y el sistema de salud.

A pesar que los discursos políticos privilegian a las mujeres y los niños, no siempre se evidencian dichas prioridades en el diseño de los programas. Por ejemplo, el caso de la fecundidad adolescente y la prevención del maltrato a la mujer son dos temas relevantes que deberían estar incorporados en la programación de los sistemas de salud, y lo están con escasos recursos o ni siquiera aparecen. Tanto los sistemas de

salud, como profesionales médicos, tienen en general un rol pasivo frente a esos problemas .

El sector salud ha tendido a ocupar un gran número de mujeres, ya sea por el tipo de los servicios prestados o por la tradición de la profesión como es el caso de la enfermería, la que siempre ha sido mayoritariamente femenina. Por lo tanto, como trabajadoras en el sector, sobresalen en cantidad, pero a medida que subimos en calificaciones, la proporción de mujeres disminuye. Aún siendo la mujer cuantitativamente mayoritaria en las organizaciones sanitarias, a igual productividad con el hombre, los ingresos percibidos son en promedio levemente inferiores. Y a pesar de que representan absoluta mayoría en las carreras de Medicina en las universidades, aún no se vislumbra esa superioridad en los puestos profesionales ni conductivos.

La participación de la mujer no se agota con el análisis del empleo. Últimamente, la participación de la mujer en la atención primaria de la salud, se ha orientado su forma de expresión a través de las organizaciones barriales, ONG 's, etc.

Debiera profundizarse el análisis y acciones para mejorar la cobertura y el acceso a bienes y servicios de la salud a las mujeres, pues puede conjeturarse que las mujeres están en desventaja relativa, mas aún si le lo analizara por estratos sociales y por grupos étnicos. Es visible la ausencia de información apropiada para realizarlos, la que debería incentivarse. Ello facilitaría los diagnósticos y consecuentemente los programas y políticas serían más apropiados. Por lo tanto, es recomendable realizar análisis de formulación de programas y ejecuciones presupuestarias con enfoque de género.

Respecto a problemas especiales de la salud de la mujer, es de destacar que las tasas de mortalidad materna van disminuyendo de manera importante, pero aún son altas comparadas con otros países. Si bien las tasas de fecundidad adolescente han decrecido entre 1980 y 1985, aún se mantenían altas respecto de otros países y existe la impresión de numerosos especialistas que en los últimos años pueden haberse incrementado, lo cual implicaría aumentos de riesgos diversos, en particular, de muertes maternas y de chicos de bajo peso al nacer. Dicho fenómeno podría ser contenido o disminuido con acciones sectoriales e intersectoriales, referidos a la prevención y educación en materia de sexualidad adolescente. La implantación de programas de esclarecimiento dirigidos no sólo a mujeres, sobre formas de control de la concepción, parece una consecuencia ineludible de ambas cuestiones

BIBLIOGRAFÍA

- Bianco Blanca Mabel (1984) La mujer y la salud en la Argentina. Medicina y Sociedad. Buenos Aires.
- Bianco Blanca Mabel (1984) La mujer y la salud en la Argentina. Medicina y Sociedad. Buenos Aires.
- Birgin Haydée (1995) Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural. Buenos Aires.
- Birgin Haydée, et al (1987) Políticas dirigidas a la mujer. Fundación Arturo Illia y la Paz patrocinado por Fundación Friederich Naumann. Buenos Aires
- Feijoo, María del Carmen (1989) El mundo de la pobreza: diferenciando visiones y estrategias de los protagonistas. INDEC. Buenos Aires.
- INDEC (1995) Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de metas sociales. Buenos Aires.
- INDEC (1991) Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados definitivos. Características generales. Serie C. Buenos Aires.
- MSAS (1990) Programa Nacional de estadísticas de salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, Buenos Aires.
- MSAS (1990) Programa Nacional de estadísticas de salud. Agrupamiento de causas de mortalidad por jurisdicción de residencia, edad y sexo. Buenos Aires.
- MSAS (1990) Boletín epidemiológico Nacional. N° 2. Buenos Aires.
- Novick Susana (1993) Mujer, Estado y Política. Biblioteca Política Argentina. Buenos Aires.
- Loria, Dora Dra, Vilensky M, y Mattos Elena.(1992) Mortalidad por tumores malignos. Instituto de Oncología Angel Roffo, MSAS, Buenos Aires.
- PRONATASS-MSAS-INDEC. (1994) Encuesta a la Población . Módulo de utilización y gasto en servicios de salud Aglomerado Gran Buenos Aires. Situación sanitaria de la población. Cifras definitivas, Buenos Aires.
- Wainerman C y Binstock G (1993) CENEP Ocupación y género: mujeres y varones en enfermería. Buenos Aires.

Serie Financiamiento del Desarrollo *

N°	Título
1	"Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989
2	"Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989
3	"Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990
4	"Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990
5	"La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990
6	"Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991
7	"El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991
8	"Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991
9	"Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991
10	"¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991
11	"La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992
12	"Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992
13	"Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993
14	"Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993

* El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 15 "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994
- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995

- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997

- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997
- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997
- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997
- 52 "A comparative study of health care policy in United States and Canada: what policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the North" (LC/L.1033), julio de 1997
- 53 "Reforma al sector salud en Argentina" (LC/L.1035), julio de 1997
- 54 "Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile" (LC/L.1036), julio de 1997
- 55 "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1037), julio de 1997
- 56 "Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile" (LC/L.1038), julio de 1997
- 57 "Gasto y financiamiento en salud en Argentina" (LC/L.1040), julio de 1997
- 58 "Mujer y Salud" (LC/L.1041), julio de 1997