

0/7.3002
E29

45 583

PROVINCIA DE TUCUMÁN

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Proyecto:

**EMBARAZO ADOLESCENTE Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA
PROVINCIA DE TUCUMÁN**

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

**Coordinadora: Doctora Laura Grynberg
Consultor N° 1: Dr. Facundo López Pacholczak**

JUNIO DE 2006



Resumen ejecutivo	4
Introducción	6
Definición	6
Incidencia del embarazo en la adolescencia en todo el mundo	6
Aspecto biológico del embarazo adolescente	9
Aspecto sociodemográfico	9
Actividad 1: Recopilación de estadísticas demográficas	11
Indicadores demográficos y población adolescente	11
Embarazo adolescente	14
Morbimortalidad materna	18
Actividad 2: Relevamiento de información específica de la población de madres adolescentes de la provincia	23
Características sociodemográficas	24
Indicadores críticos	33
Actividad 3: Relevamiento de programas de salud reproductiva adolescente	39
Marco legal	39
Programas nacionales	42
Programas provinciales	46
Actividad 4: Relevamiento de recursos	48
Organización del sistema de salud provincial	48
Recursos humanos e institucionales	52
Recursos económicos e insumos	58
Resultados de monitoreo nacional y provincial	61
Actividad 5: Diagnóstico de situación	71
Introducción	71
Perfil de la madre adolescente en Tucumán	72
Recursos provinciales destinados a las madres adolescentes	78

Actividad 6: Conclusiones sobre carencias y necesidades	82
Comprensión de la dimensión del problema	82
Variables asociadas al embarazo adolescente	83
Conclusiones sobre el perfil de la madre adolescente en Tucumán	84
Conclusiones sobre recursos provinciales	85
Actividad 7: Recomendaciones generales	86
Recomendaciones generales para promover la salud sexual de los adolescentes	86
Recomendaciones generales para promover la salud de la mujer adolescente embarazada	88
Fuentes consultadas	90

Resumen ejecutivo

El objetivo del presente trabajo fue la realización de un diagnóstico de situación del embarazo adolescente en la Provincia de Tucumán, considerando las características demográficas de la provincia, el perfil de la madre adolescente y los recursos destinados a la implementación de programas de salud sexual y procreación responsable para adolescentes.

Las actividades 1 a 4 consistieron sucesivamente en la recopilación de estadísticas demográficas actuales y previas de la Provincia de Tucumán, información específica de la población de madres adolescentes de la provincia y breve comparación con la misma población en otras provincias, relevamiento de programas destinados a la asistencia de la salud sexual y reproductiva adolescente y a la prevención del embarazo adolescente en la provincia, y relevamiento de recursos humanos, económicos e institucionales destinados a la implementación de dichos programas.

Posteriormente a esta serie de actividades, en la actividad 5 se procedió a la realización de un diagnóstico de la situación del embarazo adolescente en la Provincia de Tucumán, teniendo en cuenta la información recopilada y presentada en las actividades previas.

Por último, se procedió, de acuerdo a los datos recabados con anterioridad, a la confección de una serie de conclusiones y recomendaciones generales, tendientes a disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia en la Provincia, y a optimizar la salud sexual del adolescente en términos generales.

Las principales conclusiones se relacionaron con la necesidad de una mayor jerarquización de las actividades de consejería en anticoncepción y planificación familiar para adolescentes, la falta de información de los mismos relacionada con la deficiente comunicación a nivel familiar, escolar y sanitario,

la ausencia de legislación provincial en materia de salud sexual y procreación responsable, la carencia de programas provinciales de salud sexual específicamente destinados a los adolescentes, y la falta de provisión adecuada de métodos anticonceptivos a los adolescentes por diversas falencias del sistema.

Teniendo en cuenta esto, se procede a la presentación del mismo.

Introducción

Definición

Embarazo en la adolescencia significa embarazo en una mujer de 10 a 19 años de edad. En la mayor parte de las estadísticas la edad de la mujer se define como la edad que ella tiene en el momento del parto. Como existen considerables diferencias entre una mujer de 12 o 13 años y una de 19, la mayor parte de los autores distinguen dos subgrupos: las de 10-14 años (adolescencia precoz) y las de 15-19 años (adolescencia tardía).

La incidencia de embarazos o nacimientos en adolescentes generalmente se expresa en forma de tasas calculadas sobre 1000 adolescentes de 15-19 años de edad. Algunas veces se incluyen datos estadísticos sobre el subgrupo de menores de 15 años. En estados Unidos y Europa se utiliza la tasa de embarazos, es decir que se incluyen embarazos que terminan en parto pero también los abortos. Se trata de países donde la ley contempla la inducción del aborto. Los abortos provocados se expresan como tasa de aborto.

En los países donde el aborto no es legal –como es el caso de Argentina– utilizamos la tasa de fecundidad adolescente que es equivalente a la cantidad de nacimientos por cada 1000 adolescentes. Esta aclaración es trascendente para poder comparar estadísticas de países desarrollados y países en vías de desarrollo.

Incidencia del embarazo en la adolescencia en todo el mundo

En un intento por describir la distribución de las madres adolescentes en el mundo, se pueden agrupar a los países en 5 regiones (OMS 2004):

1. **África sub-sahariana.** La tasa de fecundidad promedio es muy alta: 143. Si bien algunos países están experimentando un importante descenso, se calcula que entre el 30 y el 40% de las mujeres de esta región serán madres adolescentes.

2. **Norte de África y Medio Este.** El promedio es de 56. Sin embargo las cifras son muy dispares. Israel tiene una tasa de fecundidad de 19, mientras que Arabia Saudita tiene una de 118.
3. **Asia y Oceanía.** El promedio es de 56-59 partos por cada 1000 adolescentes. Es una zona con mayor disparidad (Japón 4 y Afganistán 152).
4. **América.** El promedio de Latinoamérica es de 78. Se trata de una región donde el embarazo adolescente es un fenómeno homogéneo. Se citan algunos países para poder ubicar a Argentina en el contexto de Ibero América: Chile 56, Nicaragua 149, Méjico 84 (muy alto si se tiene en cuenta que la población adolescente mejicana representa la cuarta parte del total), Argentina 64. Norteamérica presenta una tasa muy alta para Estados Unidos (60) y muy baja para Canadá (24).
5. **Europa.** El promedio regional es de 25. Es muy bajo en Suiza (4) pero relativamente alto en el Reino Unido donde la tasa de embarazo adolescente llega a 45 por mil (fecundidad de 26 partos por mil y tasa de aborto adolescente de 19 por mil).

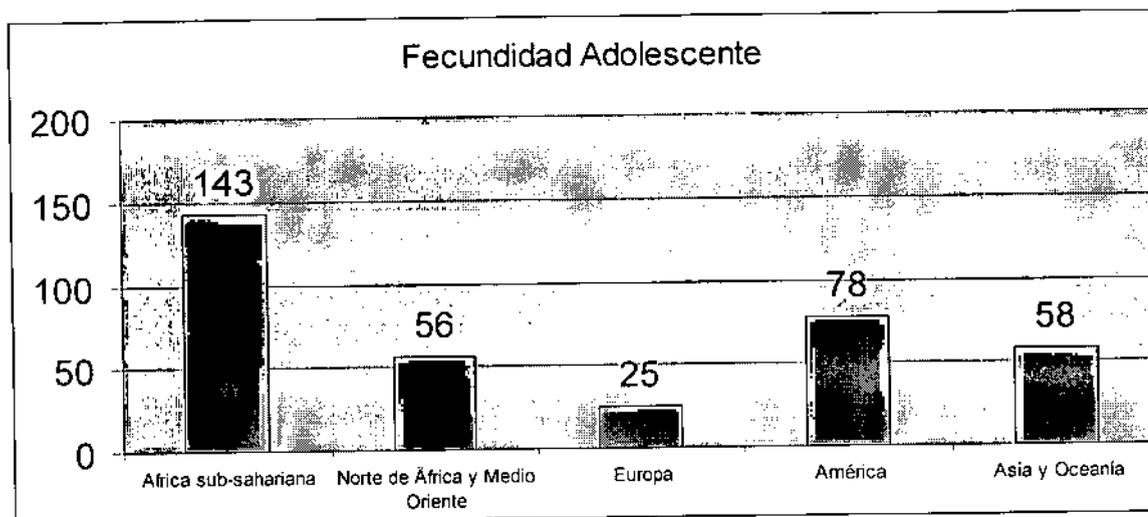


Gráfico 1. Incidencia del embarazo adolescente en el mundo. Datos de UNICEF 1998, La incidencia se expresa como cantidad de embarazos o nacimientos en mujeres de 15-19 años por cada 1000 mujeres de ese grupo etario.

El embarazo adolescente es un fenómeno muy divergente:

- La tasa de fecundidad es más alta en África sub-sahariana y en algunos países de Latinoamérica y Asia.
- Cifras intermedias corresponden a Estados Unidos, norte de África y este europeo.
- Es un fenómeno infrecuente en los países escandinavos, China, Japón, Suiza y Corea.

Llama la atención que países desarrollados como Estados Unidos y Reino Unido tengan tasas de embarazo adolescente comparables con la fecundidad media de la región americana y más alejadas de la media europea, hecho que denota una deficiente distribución de la riqueza y acceso a anticoncepción.

Embarazo adolescente. Argentina y Tucumán

La tasa de fecundidad promedio para el período 2000-2005 se estima en 49.7 por mil. Como ya se comentó, Estados Unidos se encuentra ligeramente por arriba del promedio mundial. La tasa de Latinoamérica es superior a la media mundial y Argentina tiene una tasa de fecundidad adolescente de 60.6 por mil. Esto la ubica por debajo de los países limitrofes.

De acuerdo con las últimas 4 publicaciones de la Dirección Nacional de Estadísticas Vitales la fecundidad de la población adolescente tucumana se encuentra entre las más altas del país.

La comparación con la ciudad autónoma de Buenos Aires demuestra la alta tasa de fecundidad adolescente de la provincia. La ciudad autónoma de Bs. As. tiene en términos absolutos una cantidad de nacimientos por año similar a toda la provincia de Tucumán. Sin embargo, la tasa de fecundidad adolescente es tres veces mayor en la provincia de Tucumán. No ha habido oscilaciones significativas en las dos tasas en los 4 últimos años pero la tendencia parece ser inversa: Tucumán en aumento mientras que la CABA en descenso.

Aspecto biológico del embarazo adolescente

Desde un punto de vista *estrictamente biológico* la mujer no está preparada para el embarazo sólo en los dos años que siguen a la menarca. Las adolescentes cuya menarca va quedando atrás tienen resultados obstétricos comparables a los grupos etarios mayores.

Se ha reportado una mayor incidencia de ETS -especialmente HIV- en las madres adolescentes en general y una mayor incidencia de parto pretérmino en las adolescentes precoces.

En los estudios donde se compara adolescentes con acceso a control prenatal adecuado y la población general, la incidencia de patología obstétrica directa o indirecta es similar en ambos grupos.

La vía de parto parece no estar influenciada por la edad –al menos en las adolescentes de más de 15 años de edad-. Estudios en países desarrollados reportan una mayor tasa de parto vaginal en adolescentes que en los controles de mayor edad. En los países en desarrollo, la tasa de cesáreas es mayor pero esto parece resultar de indicaciones erróneas para la cesárea que generalmente no es realizada por una desproporción feto-pelviana.

Varios estudios de países en vías de desarrollo reportan una mayor mortalidad materna para las madres adolescentes. Esto sin duda es real, pero no parece depender de la edad de la madre sino más bien de la falta de acceso al sistema de salud.

Aspecto sociodemográfico

Desde el punto de vista *epidemiológico*, el embarazo en la adolescencia es un indicador de barreras de acceso al sistema de salud. No constituye un factor de riesgo obstétrico-neonatal. Como ya se explicó, los resultados obstétricos son similares para cualquier edad si se comparan poblaciones similares en otros aspectos. Son las otras variables universales las que determinan un mayor riesgo perinatal: educación, atención sanitaria, pobreza. etc. Es una falacia pensar a la edad como factor de riesgo, cuando el verdadero riesgo surge de la

pobreza y la falta de acceso a un sistema sanitario adecuado. Se trata de un claro ejemplo de variable confundente. Los estudios americanos hacen clara referencia a que el embarazo adolescente en Estados Unidos es patrimonio casi exclusivo de los grupos marginales que tienen los peores resultados perinatales.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública en la medida en que surge de la falta de acceso al sistema de salud y a un empleo digno. Una tasa de fecundidad adolescente alta refleja un sistema de salud sin efecto sobre el grupo etario de mayor impacto: los más jóvenes.

Los factores asociados a embarazo en adolescencia con mayor asociación estadística son:

- **Pobreza.** El embarazo en la adolescencia es más frecuente en los sectores de bajos recursos. Puede ser considerado resultado de la mala distribución de la riqueza y para algunos autores es parte del “ciclo de la pobreza” porque estas madres jóvenes tendrán difícil acceso a educación y trabajo.
- **Inicio precoz de relaciones sexuales.** Se trata de un hecho ineludible. Un porcentaje alto de estos inicios tiene lugar sin el uso de anticoncepción. Este hecho es el resultado de un contexto social que a) no orienta a los jóvenes en el campo de la anticoncepción y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y b) no ofrece posibilidades de desarrollo personal que impliquen postergar el embarazo para su logro.

Recopilación de estadísticas demográficas

Indicadores demográficos y población adolescente

La provincia de Tucumán se encuentra ubicada en la región noroeste de la República Argentina (NOA); su superficie es de 22.524 km² (0,8% del total del país). El número de habitantes según el Censo 2001 fue de 1.336.664, lo que representa el 30% de la población de la región del NOA y 3,7% de la población total del país, siendo la provincia del NOA más poblada. Su densidad poblacional es la más alta del país, con 59,4 habitantes/km² según los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (2001), con oscilaciones entre 4,18 en Trancas o Tafí del Valle y 5.258,57 en el departamento Capital.

Según las proyecciones, considerando el crecimiento medio anual, esta población al 2006 será de aproximadamente 1.439.575 personas.

El 48% de esta población no tiene cobertura explícita en salud y se atiende en el subsector público.

La población urbana representa el 76,63 % de la población total; más de un 50% se concentra en el Gran San Miguel de Tucumán, constituido por las ciudades de San Miguel de Tucumán, Banda del Río Salí, Yerba Buena y Tafí Viejo.

Tucumán presenta una población predominantemente joven, con un crecimiento demográfico algo mayor al 15 por mil anual, siendo más alto que el crecimiento promedio del país (Universidad Nacional de Tucumán, 2002) y ubicándose por encima de la Tasa de Crecimiento Nacional (10,5 %) y por debajo de la región (20,2 %). Estimando exclusivamente al grupo en cuestión, es decir la población femenina en el rango de 10 a 19 años, esta población ascendía a 127.634 habitantes en el año 2001, con cifras estimadas para los años 2005, 2010 y 2015 de 133.983, 141.477 y 137.471 habitantes respectivamente. Si solamente consideramos al grupo que concentra la mayor parte del número de embarazos adolescentes, es decir la población entre 15 y

19 años, obtendremos una población de 62.724 habitantes en el 2001, con proyecciones para los años 2005, 2010 y 2015 de 63.918, 69.952 y 71.424 habitantes respectivamente.

Si relacionamos el crecimiento de la población adolescente de ambos sexos a lo largo del tiempo comparándolo con el de la población general de la provincia de Tucumán, y a su vez el crecimiento proporcional de la población adolescente en la provincia con el del resto del país y la Ciudad de Buenos Aires, obtendremos los siguientes gráficos:

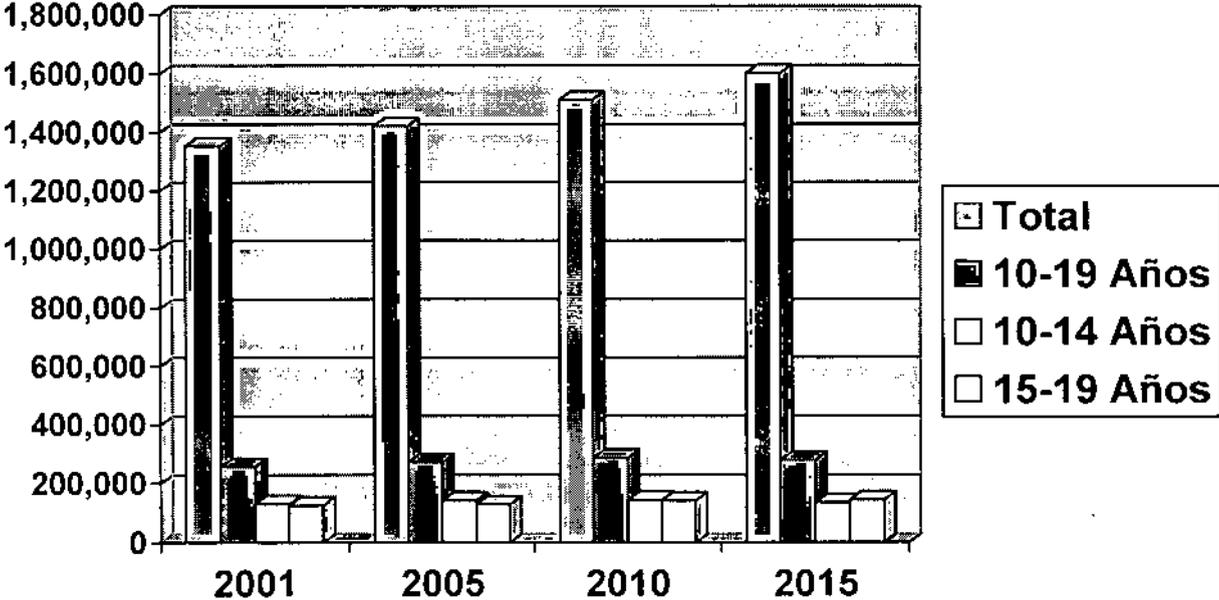


Gráfico 2- Proyecciones del INDEC para la provincia de Tucumán, crecimiento poblacional de acuerdo a grupo etario.

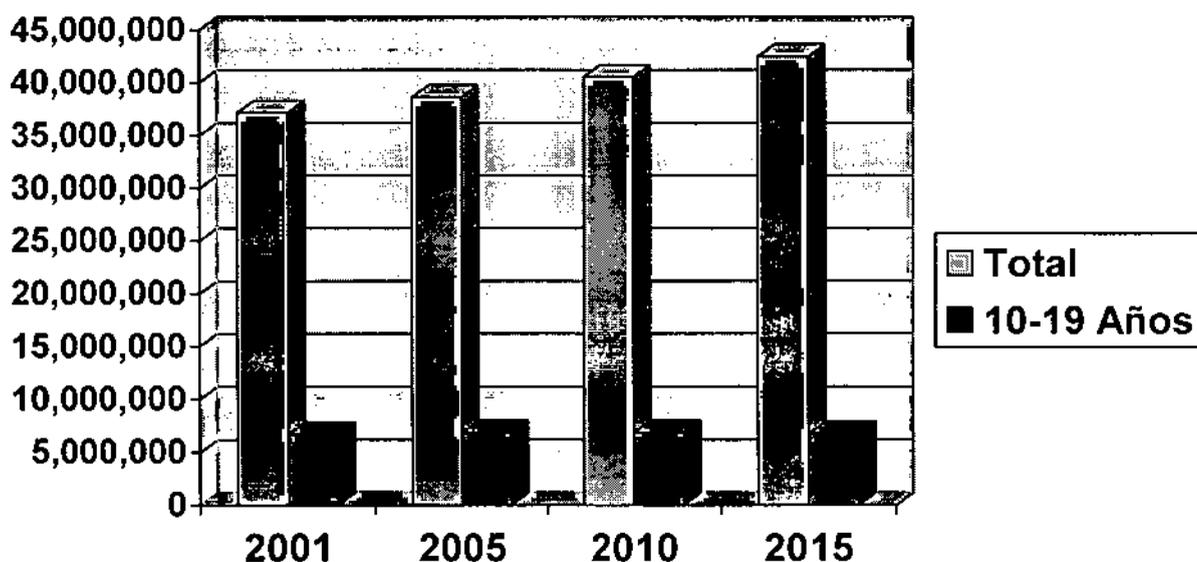


Gráfico 3- Proyecciones del INDEC para la República Argentina, crecimiento poblacional de acuerdo a grupo etario.

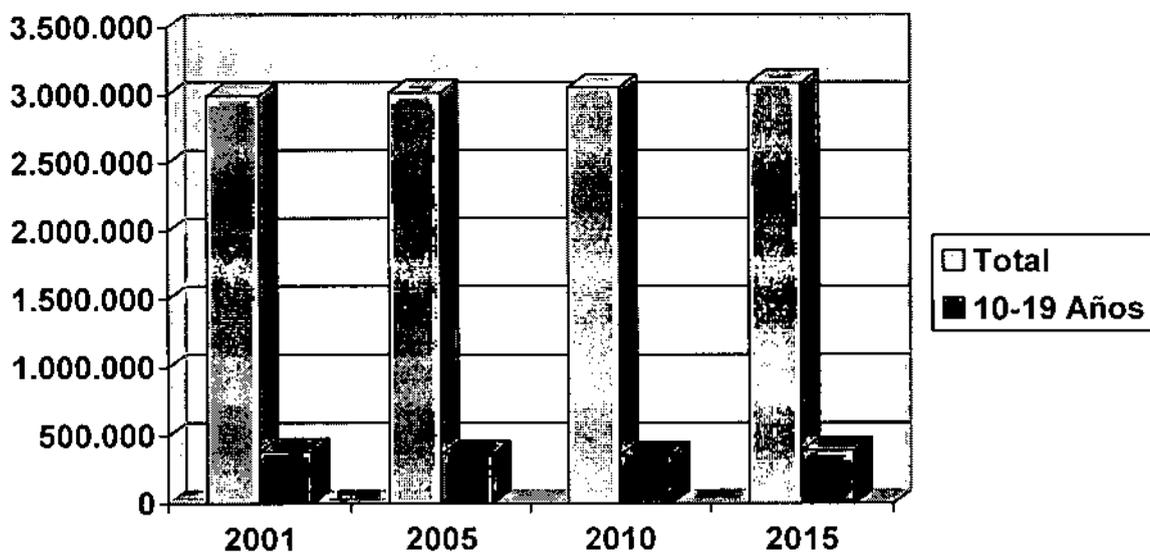


Gráfico 4- Proyecciones del INDEC para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, crecimiento poblacional de acuerdo a grupo etario.

Como puede observarse, el crecimiento demográfico estimado para la provincia de Tucumán en el período 2001-2015 será de 18,32%, mayor al del promedio nacional (14,12%) y por supuesto muy superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de 3,19% en el mismo período. Sin embargo, cuando se evalúa el porcentaje de población adolescente en cada región y su evolución en el tiempo, se observa que la población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires corresponde al menor porcentaje del país, que se mantiene estable a lo largo de los años (12,83% en 2001 y 12,64% estimado para 2015), mientras que tanto la provincia de Tucumán como el promedio nacional presentan porcentajes mayores, pero con una pequeña reducción estimada para el período (19,08 a 17,4% para el total del país y 17,92 a 15,86% para la provincia de Tucumán en el lapso mencionado).

Embarazo adolescente

Con respecto a la frecuencia de embarazo adolescente, es necesario en este punto evaluar diferentes variables, que no necesariamente evolucionan del mismo modo a lo largo del tiempo. Por un lado disponemos de información sobre el número de nacimientos de acuerdo al grupo etario de la madre, que permite calcular el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. Este dato debe complementarse con las tasas de fecundidad general y específica de la población adolescente, ya que un aumento aislado del porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años podría ser un mero reflejo del aumento del porcentaje de población adolescente con respecto a la población general, más que un fenómeno relacionado con una problemática propia de este grupo. La forma más precisa de estudiar la tendencia de la fecundidad adolescente es por medio de las tasas de fecundidad correspondientes a ese grupo de edad. A su vez la tasa de fecundidad adolescente se divide en precoz y tardía (10-14 años y 15-19 años respectivamente).

La fecundidad adolescente en Argentina es relativamente alta en relación con su nivel general de fecundidad (moderado). En ascenso durante la década de 1970, como ocurrió en todos los grupos de edad, la fecundidad adolescente alcanzó su pico máximo en 1980, para comenzar a descender luego -situándose en la actualidad en niveles aun algo superiores a los de la década de 1960. La fecundidad adolescente total –precoz y tardía – descendió del 38,7 por mil en 1980 al 31,7 mil en 1995. Este descenso se debe básicamente al descenso de la fecundidad tardía: de 76,8 por mil a 60,6 por mil, ya que la precoz se mantuvo prácticamente constante (2,2 por mil en 1980 y 2,5 por mil en 1995). No obstante el mencionado descenso en la tasa de fecundidad adolescente total, la dinámica poblacional hace que el peso de los nacimientos de madres adolescentes, sobre el total de nacimientos sea variable: del 11,2% en 1958 al 15,7% en 1995 para alcanzar un nivel del orden del 13,7% en el año 2003.

Si por un lado observamos el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años en el año 2003 en la provincia de Tucumán y lo comparamos con las cifras de la Ciudad de Buenos Aires y con el promedio del total del país, obtendremos la siguiente tabla:

Tabla 1- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años en el año 2003. Fuente: Estadísticas Vitales 2003.

	Nacidos vivos	N.V. de menores de 15 años (%)	N.V. de madres de 15-19 años(%)
Argentina	697.962	0,4%	13,25%
Tucumán	30.217	0,4%	14,12%
Ciudad Autónoma de Bs. As.	42.728	0,14%	5,73%

En esta tabla se observa que el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes en la provincia de Tucumán es ligeramente superior al del total del país, con cifras sustancialmente menores para la Ciudad de Buenos Aires. Este porcentaje era de 13,4% en el año 1991, con un leve ascenso a 14,6% en

1996, manteniéndose luego estable hasta la época actual. No ocurre lo mismo en el promedio del país y la ciudad de Buenos Aires, donde los valores del 2003 son menores a los presentados tanto en el año 1991 como en 1996. Sin embargo, la pequeña contribución de los nacimientos de menores de 15 años no presenta grandes diferencias en las diferentes zonas, siendo la variación a expensas de la fecundidad adolescente tardía.

Con respecto a las tasas de fecundidad adolescente y su evolución a lo largo del tiempo, tanto en la provincia de Tucumán como en el resto del país, disponemos de las siguientes tablas elaboradas por Binstock y Pantelides en el año 2004:

Tabla 2- Tasa de fecundidad adolescente tardía por jurisdicción de residencia de la madre. Años censales 1960-2001.

Jurisdicción	Año				
	1960	1970	1980	1991	2001
Promedio del país	58.4	65.5	78.3	69.9	62.2
Mediana del conjunto	80.0	76.9	101.4	93.0	74.5
Capital Federal	12.4	33.6	26.2	22.8	23.9
Córdoba	49.6	49.4	67.3	63.6	52.8
Santa Fe	49.7	55.1	76.2	87.1	68.0
Buenos Aires	50.6	60.5	69.7	57.3	50.7
La Pampa	53.2	73.6	97.6	94.0	71.9
Entre Ríos	56.0	70.8	84.9	86.6	79.3
Mendoza	56.2	59.1	69.9	60.3	64.8
San Luis	63.9	63.6	92.3	110.6	86.0
San Juan	65.0	63.5	75.6	75.4	66.5
Catamarca	67.4	81.5	101.4	107.0	95.3
La Rioja	67.4	74.1	103.3	103.2	68.2
Corrientes	80.0	76.9	104.0	90.9	72.0
Tucumán	84.2	78.3	89.1	65.7	67.9
Santiago del Estero	88.2	65.5	96.4	82.4	72.2
Río Negro	97.4	129.4	118.8	96.9	78.3
Salta	106.0	104.1	114.3	93.0	75.2
Chubut	110.5	100.8	124.3	98.8	82.7
Neuquén	110.6	125.9	128.4	110.6	74.5
Chaco	114.0	111.4	135.7	129.2	101.1
Santa Cruz y Tierra del Fuego*	116.1	119.8	118.0	109.7	77.9
Jujuy	116.7	144.9	114.2	75.5	80.3
Misiones	121.4	105.7	123.8	103.9	100.4
Formosa	142.3	119.7	118.9	119.7	92.2

Tabla 3- Tasa de fecundidad adolescente precoz por jurisdicción de residencia de la madre. Años censales 1960-2001.

Jurisdicción	Año				
	1960	1970	1980	1991	2001
Promedio del país	1.0	1.9	2.3	1.9	1.8
Mediana del conjunto	1.5	2.1	3.1	2.7	2.3
Capital Federal	0.1	0.8	0.6	0.6	0.6
Buenos Aires	0.7	1.5	1.8	1.1	0.9
Santa Cruz y Tierra del Fuego	2.6	3.9	4.0	2.9	1.4
Córdoba	0.0	1.4	1.4	1.6	1.4
San Juan	1.3	1.6	0.7	1.3	1.5
Salta	1.3	2.8	3.9	3.5	1.5
San Luis	0.0	1.5	3.1	2.3	1.8
Mendoza	1.1	1.6	1.7	1.9	1.8
Tucumán	1.3	1.9	2.3	1.5	1.9
La Rioja	1.5	2.7	4.8	3.2	2.0
Neuquén	3.3	3.9	5.5	3.1	2.3
Jujuy	2.2	4.2	3.3	1.8	2.3
Santiago del Estero	3.7	2.7	2.9	2.2	2.4
Río Negro	3.3	4.4	4.9	3.9	2.5
La Pampa	2.0	1.6	4.0	2.7	2.5
Chubut	3.0	2.5	5.6	4.0	2.5
Entre Ríos	0.9	2.2	2.6	2.1	2.8
Santa Fe	1.1	1.8	2.5	2.8	2.8
Corrientes	1.7	1.5	2.9	2.9	3.2
Misiones	1.8	1.6	3.1	3.1	3.5
Formosa	1.9	2.6	4.5	4.4	3.7
Catamarca	0.7	2.1	3.4	2.7	3.8
Chaco	2.1	5.0	4.9	4.5	5.2

En gris las tasas máximas del período.

Como puede observarse, las tasas de fecundidad adolescente precoz aportan un pequeño porcentaje de los embarazos adolescentes totales. Sus valores no se han modificado sensiblemente en la provincia de Tucumán en los últimos 40 años, sin presentar grandes diferencias con el promedio nacional. Las variaciones observadas son más bien la expresión de variaciones pequeñas de un fenómeno poco frecuente en valores absolutos. Estos valores que se mantienen estables a lo largo del tiempo se relacionan principalmente con situaciones de encuentro sexual no buscado, en general con individuos de

mayor edad, mientras que como veremos con posterioridad esta situación es diferente a la hora de evaluar la fecundidad adolescente tardía, donde un porcentaje considerable de los embarazos se produce con parejas estables e incluso deseo de concepción.

En cuanto a los datos de fecundidad adolescente tardía, los valores máximos se alcanzan alrededor de 1980 tanto para Tucumán como para la mayoría de las provincias y el promedio nacional. La provincia de Tucumán comienza la década del '60 con un valor muy superior al del promedio nacional, y a pesar de alcanzar luego un nivel aún mayor desciende en la actualidad a valores muy cercanos a los del total del país, reflejando un descenso mayor para esta provincia que para el resto. A su vez, si bien sus valores llegan casi a triplicar los de la Ciudad de Buenos Aires –la jurisdicción con los valores más bajos de fecundidad adolescente-, si la comparamos con el resto de las provincias del NOA encontraremos que sus valores se encuentran entre los más bajos en todos los períodos.

La tasa de embarazo adolescente tardío (15-19 años) es similar a la media nacional y superior a la de la Ciudad Autónoma de Bs- As.. De acuerdo a los datos censales la tasa de fecundidad adolescente en Tucumán es similar en los años 1991 y 2001. Parece tratarse de un fenómeno estable en el tiempo.

Morbimortalidad materna

En cuanto a los indicadores de Salud, en el año 2002 Tucumán tuvo la tasa de mortalidad general más alta del NOA (6,5 por mil). Las enfermedades del recién nacido pasaron a ser las causas más importantes de defunción; sin embargo disminuyeron las enfermedades cardiovasculares y aumentaron los tumores y las enfermedades cerebro vasculares.

La tasa de mortalidad materna en la Provincia (5,3 por diez mil para el año 2002) aumentó sostenidamente a partir del año 2000, siendo mayor que la nacional (4,6 por diez mil en el año 2002).

En relación a la salud Maternoinfantil, durante el año 2002 se produjeron 30.075 nacimientos. La tasa de natalidad, que es de 21,1 por mil, se encuentra por encima del promedio nacional de 18,2 por mil. El 16,5 % de los niños nacidos vivos en la provincia nace de madres menores de 19 años, tasa superior a la tasa nacional.

Del total de nacimientos en la provincia, el 64% de los partos se produjo en el subsector público. Del total de partos en este subsector, el 57% se produjo en la Maternidad Nuestra Sra. de las Mercedes, una de las maternidades más grandes del país. Este dato es de suma relevancia, ya que el total de partos anuales que atiende la maternidad es cercano a 12.000; en ella se reciben embarazadas de toda la provincia y de todos los riesgos obstétricos. Por lo tanto, cualquier acción destinada a la Atención Primaria de la Salud que se focalice en esta institución tendrá probablemente un costo relativamente bajo, con un alto impacto en los índices de morbimortalidad y una relación costo-beneficio aceptable.

Mortalidad Materna y Adolescencia

La mortalidad materna es uno de los indicadores de salud utilizados internacionalmente. Se expresa en forma de razón de mortalidad materna (de aquí en más RMM) que equivale al total de muertes relacionadas con embarazo, parto o puerperio por cada 10000 nacidos vivos. Cuando se comparan indicadores de países desarrollados y en vías de desarrollo, la mayor disparidad está presente en la razón de mortalidad materna (incluso más que la mortalidad infantil).

Se utiliza un evento centinela para denostar una grave falla del sistema sanitario. Dicho evento es –nada más y nada menos – la muerte de una mujer en la plenitud de su vida y durante uno de los eventos más importantes. Se estima que por cada mujer que muere (punta del iceberg) existen entre 30 y 100 que padecen graves enfermedades y lesiones a corto y mediano plazo.

La RMM ha descendido en Argentina un 34% en los últimos 20 años (descenso menos marcado que la Tasa de Mortalidad Infantil, que ha descendido un 51%).

La RMM de la provincia de Tucumán es históricamente alta. Se mantiene por arriba de la media nacional y es mucho más alta que la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

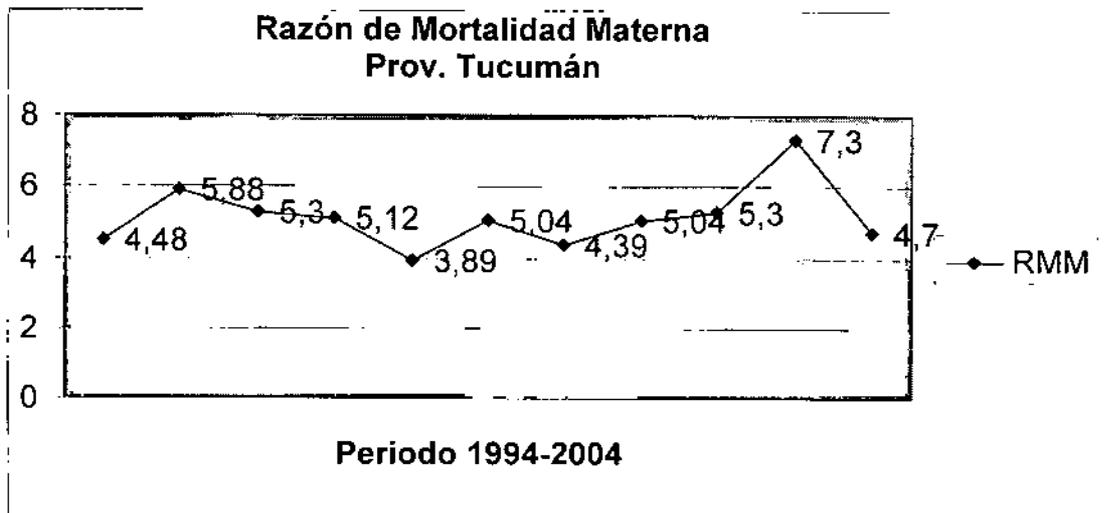


Gráfico 5- Razón de mortalidad materna de la provincia de Tucumán en la última década expresada como la cantidad de muertes de causa obstétrica por cada 10000 nacidos vivos.

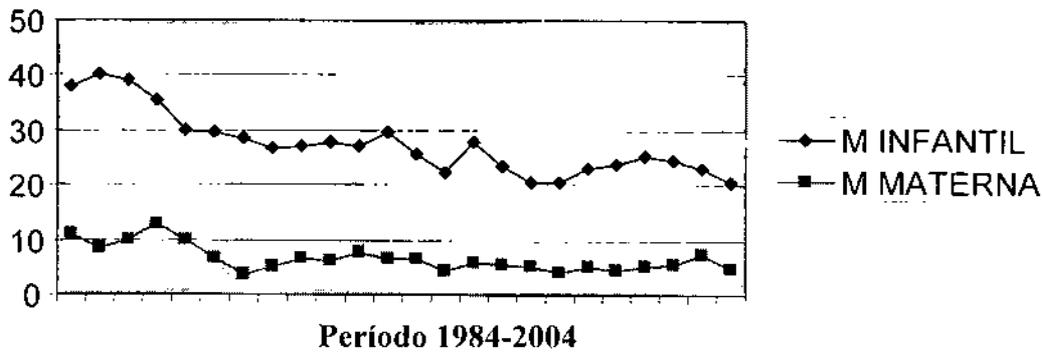


Gráfico 6- Evolución de las tasas de mortalidad materna e infantil en la provincia de Tucumán en las últimas dos décadas. Se observa similar tendencia para ambos indicadores de salud.

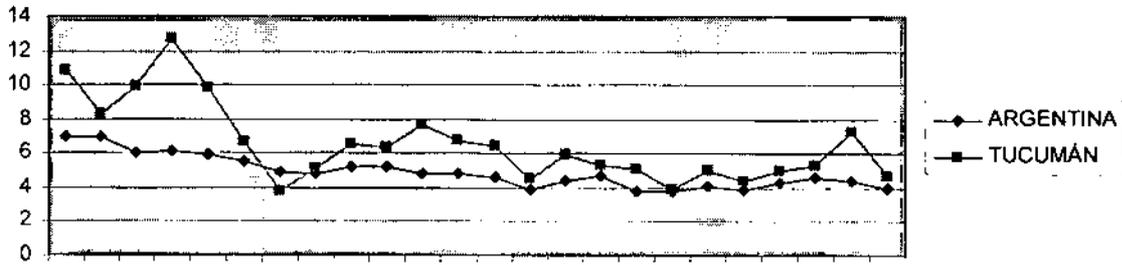


Gráfico 7- Razones de mortalidad materna de Argentina y Tucumán. Puede observarse como la RMM de Tucumán se mantiene por encima de la nacional en los últimos 20 años.

De acuerdo con el estudio de mortalidad materna realizado por CEDES en 2002, las principales causas de defunción en la provincia son: aborto, sepsis, hipertensión y hemorragia. El árbol causal es similar al del resto del país.

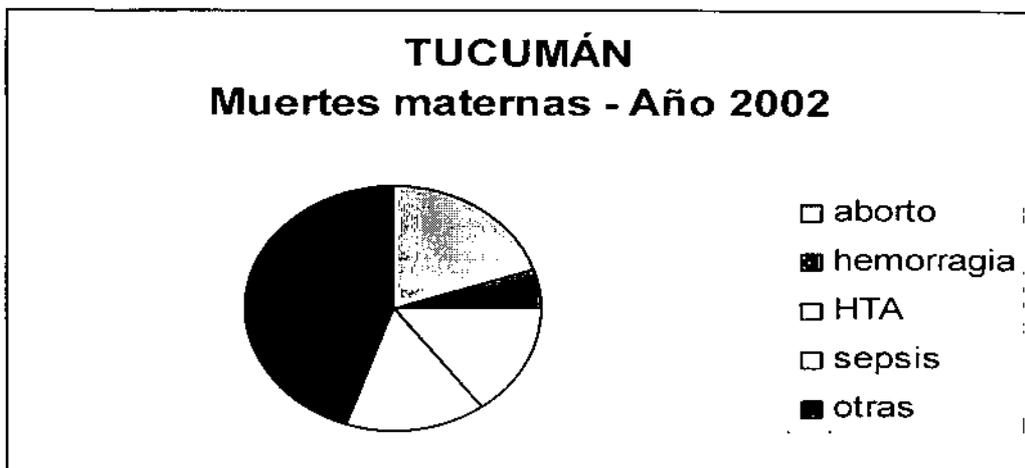


Gráfico 8- Causas de muerte materna Tucumán en el año 2002. Al igual que en todo el país el aborto es una de las principales causas.

En el mismo estudio se constató que el 25% (5 muertes maternas) de estas muertes correspondió al grupo de menores de 20 años. De todas formas la razón de mortalidad materna debe ser analizada por cautela por dos razones:

- subregistro de las muertes maternas
- fenómeno de punta del iceberg (por cada una que muere hay cientos que padecen enfermedades y sobreviven con secuelas)

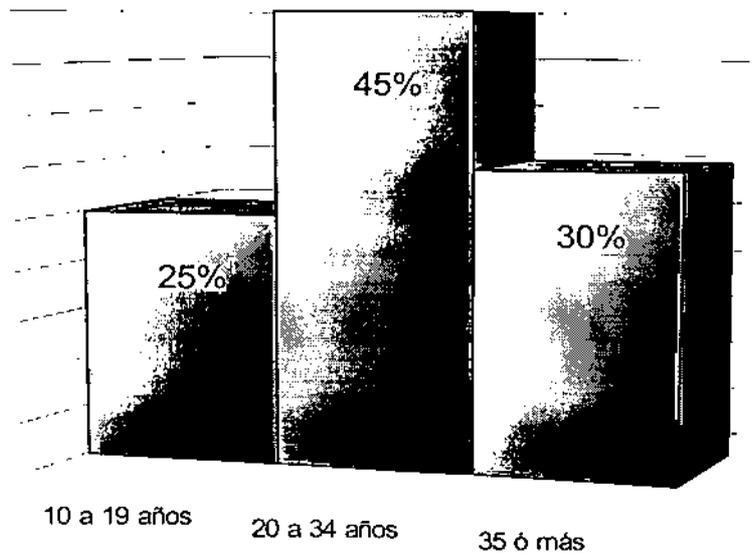


Gráfico 9- Mortalidad materna por edad en la provincia de Tucumán. Fuente: Taller de Mitad del Camino. Estudio de Morbimortalidad Materna en Argentina. CEDES-OPS- CLAP-OMS.

Sin embargo la última estadística disponible (Estadísticas Vitales 2004) informa un descenso brusco de la mortalidad materna en menores de 20 años en la Provincia de Tucumán (solamente se reportó una muerte materna). Puede tratarse de un subregistro o una mejoría en el acceso a la atención médica. Dado que el Estudio de Mortalidad Materna revisó todas las muertes en edad fértil con el objeto de eliminar el subregistro, la información del 2002 proviene de una fuente más fidedigna.

Morbilidad materna en menores de 20 años

La morbilidad materna constituye todas las enfermedades padecidas durante el embarazo, parto o puerperio que tengan relación causal directa o indirecta con la gestación. Se trata de enfermedades que no causan la muerte pero que provocan secuelas e internaciones prolongadas. Si bien se supone que las causas son las mismas que las de la mortalidad materna, no hay estudio publicado hasta el momento que analice la morbilidad materna en la Argentina. Se dispone de la información porque las provincias recopilan los egresos hospitalarios por diagnóstico, servicio, días de internación y variables

universales. Pero esta información no ha sido procesada. La única estadística de egresos institucionales publicada por Estadísticas Vitales de la Nación es del años 2000 y no hay análisis por edad.

Tabla 4. Egresos hospitalarios relacionados con el embarazo. Fuente. Egresos Hospitalarios-Estadísticas Vitales. Año 2000.

Patología	Total de egresos
Aborto	1780
Partos normales	11757
Complicaciones del embarazo	1247
Complicaciones del parto	3794
Complicaciones del puerperio	188

Relevamiento de información específica de la población de madres adolescentes de la provincia

A. Características sociodemográficas.

Se analizarán 5 variables sociodemográficas publicadas en el último censo (año 2001):

1. Edad
2. Situación conyugal.
3. Paridad.
4. Nivel de instrucción.
5. Cobertura de salud.

B. Indicadores críticos.

Se analizarán variables que se asocian con incremento en el riesgo de que se produzca un embarazo en la adolescencia (como la edad de inicio de relaciones y el uso de anticoncepción) o un mal resultado obstétrico (control prenatal inadecuado) La fuente de información es un estudio multicéntrico

realizado por CEDES en varias jurisdicciones del país –incluida Tucumán– durante el año 2004. El instrumento usado para obtener los datos fue una encuesta realizada puérperas adolescentes atendidas en las maternidades más representativas del país.

Los indicadores críticos analizados en esta encuesta fueron.

1. Edad de inicio de relaciones sexuales (IRS)
2. Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual.
3. Control prenatal.
4. Cesárea.

A. Características sociodemográficas de la madre según CENSO 2001

1. Edad

La distribución de los intervalos es homogénea en todo el país. Cerca del 60 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes se ubican en el intervalo de 18 y 19 años. El intervalo de 15 a 17 años tiene una tasa que es inferior pero que llega casi al 40%. El único intervalo con baja tasa es el de menores de 15 años (adolescencia precoz).

El embarazo adolescente es proporcional a la edad pero no lineal:

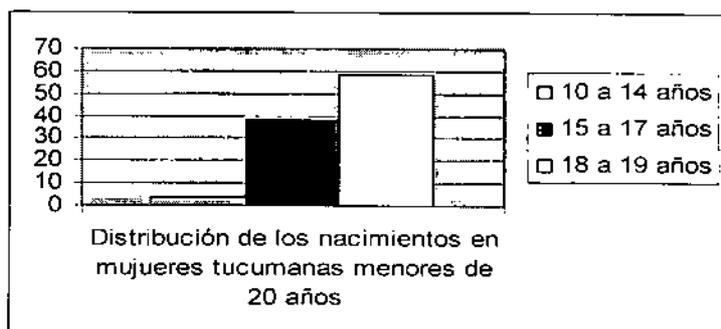
- La adolescencia precoz (10-14 años) es un período de baja fecundidad. Esto es lógico dado que la edad de inicio de relaciones en estas edades no es frecuente y la tasa de fecundidades es baja. Pero el hecho de que existan embarazos a esta edad es alarmante por dos razones: puede ser producto de abuso sexual y tiene peor pronóstico obstétrico por la inmadurez biológica de la madre.
- El intervalo de 18-19 años es el de mayor número de nacimientos pero el intervalo 15-17 años no es muy inferior (60 y 40 % respectivamente). Dicho de otra forma, más de la tercera parte de las madres adolescentes tienen 16 años.

Tabla 5. Distribución de los nacimientos de mujeres menores de 20 años. Por edad según jurisdicción de residencia de la madre. Fuente: Censo 2001.

Jurisdicción	Hasta 14 años	15-17 años	18-19 años	Total
Total país	3.0	38.7	58.2	100.0
Capital Federal	2.2	41.0	56.8	100.0
Total Buenos Aires	1.8	34.1	64.1	100.0
Partidos del Gran Bs. Aires	1.8	33.0	65.2	100.0
Resto de Bs. As.	1.8	36.0	62.2	100.0
Catamarca	4.2	41.3	54.5	100.0
Córdoba	2.7	38.5	58.8	100.0
Corrientes	4.9	46.8	48.2	100.0
Chaco	5.5	44.4	50.1	100.0
Chubut	3.3	39.7	57.0	100.0
Entre Ríos	3.7	41.6	54.8	100.0
Formosa	4.6	40.8	54.5	100.0
Jujuy	2.9	39.9	57.1	100.0
La Pampa	3.7	40.5	55.8	100.0
La Rioja	3.2	37.2	59.7	100.0
Mendoza	3.0	36.6	60.4	100.0
Misiones	3.9	40.8	55.3	100.0
Neuquén	3.4	41.4	55.2	100.0
Río Negro	3.4	42.5	54.1	100.0
Salta	2.2	37.3	60.5	100.0
San Juan	2.3	37.2	60.5	100.0
San Luis	2.4	39.4	58.3	100.0
Santa Cruz	1.8	42.4	55.8	100.0
Santa Fe	4.1	43.3	52.6	100.0
Santiago del Estero	3.6	40.3	56.1	100.0
Tierra del Fuego	3.4	36.3	60.3	100.0
Tucumán	2.9	38.8	58.2	100.0

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Datos inéditos.

Gráfico 10. Distribución de los nacimientos de mujeres tucumanas adolescentes en tres intervalos etarios. Fuente: Censo 2001.



2. Situación conyugal

La convivencia en pareja al momento del nacimiento es un fenómeno proporcional a la edad de la madre. En muchos países la edad de inicio de convivencia es un factor determinante de la edad del primer embarazo. Muchos países en vías de desarrollo con alta incidencia de embarazo adolescente presentan tasas altas de matrimonio adolescente. Sin embargo este fenómeno no se produce en Latinoamérica donde la convivencia en pareja suele ser después de los 20 años.

En África y el sudeste asiático el matrimonio y posterior embarazo tiene lugar a edades tempranas. En este contexto cultural, el embarazo adolescente es una característica de la sociedad y no una consecuencia de la falla en anticoncepción.

En Latinoamérica se observa un fenómeno opuesto. De acuerdo con la OMS la convivencia suele ser más tardía –es decir después de los 20 años- y el embarazo en la adolescencia parece ser consecuencia de la falta de planificación.

Cuando se compara madres mayores y menores de 20 años, se verifica una menor frecuencia de madres solteras en el grupo de mayor edad. Este fenómeno es lógico en el contexto social latinoamericano. De esta forma la convivencia en pareja es un fenómeno inversamente proporcional a la edad que se verifica en todas las jurisdicciones del país –incluyendo a Tucumán que se encuentra ligeramente por debajo por debajo de la promedio nacional-. Catamarca es la provincia con mayor porcentaje de madres adolescentes solteras.

La convivencia en pareja no llega al 70% en las madres adolescentes tucumanas y se estima que cerca de la mitad de las madres de 16 años son madres solteras.

Tabla 6- Situación conyugal al momento del nacimiento. Se expresan los porcentajes para los distintos intervalos de la población de madres adolescentes. Censo 2001.

Jurisdicción	Edad de la madre			
	Hasta 14 años	15-17 años	18-19 años	20 y más años
Total país	46.3	62.3	71.4	88.0
Capital Federal	44.7	65.9	77.0	94.0
Total Buenos Aires	56.5	64.8	72.8	88.6
Partidos del Gran Bs.As.	62.9	68.8	76.0	89.9
Resto de Bs.As.	44.1	57.9	66.2	85.8
Catamarca	12.9	32.6	47.1	73.1
Córdoba	36.7	59.6	71.9	89.5
Comentes	54.3	66.4	74.8	87.1
Chaco	57.1	67.8	74.2	87.2
Chubut	33.3	58.7	69.8	88.1
Entre Ríos	46.8	67.7	77.1	90.4
Formosa	48.6	64.7	68.5	83.1
Jujuy	41.1	49.1	58.8	80.4
La Pampa	44.4	59.3	67.5	90.4
La Rioja	43.3	56.6	63.9	83.5
Mendoza	45.0	68.1	79.4	91.5
Misiones	48.4	70.5	75.9	86.8
Neuquén	47.9	69.1	76.5	89.6
Río Negro	42.3	69.3	78.5	89.3
Salta	34.4	47.2	57.8	77.8
San Juan	22.0	44.2	57.9	82.7
San Luis	51.5	62.8	76.3	88.7
Santa Cruz	23.1	47.7	62.5	87.2
Santa Fe	46.6	65.2	75.5	90.3
Santiago del Estero	29.3	51.1	60.3	80.8
Tierra del Fuego	30.0	66.3	66.3	92.2
Tucumán	40.3	56.8	66.3	87.1

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Datos inéditos

3. Paridad (Orden de nacimiento).

La paridad de la madre adolescente es la cantidad de hijos que tiene incluyendo el que acaba de nacer. Se entiende como múltipara a aquella con tres o más hijos. Es la variable que identifica las mujeres adolescentes que repiten la maternidad precozmente. Este fenómeno puede acarrear efectos adversos para la salud de la madre producto de períodos intergenésicos tan cortos y multiparidad.

Cuanto menor es la madre menor es la probabilidad de que haya tenido varios hijos. Las madres de 18-19 años son las que tienen más probabilidades de tener partos anteriores.

Cuando se analiza este grupo etario en todo el país surge que el 7.6% de las adolescentes de 18-19 años tenía 3 hijos o más en el año 2001. Esta cifra asciende a casi el 10% en Tucumán. Nuevamente no se trata de la peor cifra de la nación pero es alarmante que exista un 10 por ciento de madres adolescentes que haya repetido la maternidad 3 veces o más en un período tan corto y temprano.

La peor cifra nacional es en la provincia de Chaco (14%) y la mejor en Ciuda de Bs. As. (2%). Tucumán –con un porcentaje de múltiparas adolescentes de 10%- se encuentra por encima del promedio nacional (7.6%).

Se trata de una falta de planificación familiar recurrente. Este hecho es más grave aún si se tienen en cuenta que la mujer fue atendida en muchas oportunidades por el sistema de salud que fracasó en proporcionar anticoncepción en un grupo de riesgo.

Tabla 7. Orden de nacimiento de las madres de 18 a 19 años por jurisdicción. Datos del censo 2001. Las jurisdicciones han sido ordenadas de mayor a menor según el porcentaje de multíparas.

Jurisdicción	Orden de nacimiento			
	1	2	3 y más	Total
Total país	67.5	24.9	7.6	100.0
Chaco	53.2	32.5	14.3	100.0
Misiones	52.7	33.9	13.4	100.0
Corrientes	62.5	26.0	11.5	100.0
Santa Fe	59.0	29.5	11.4	100.0
Formosa	60.3	28.3	11.4	100.0
Entre Ríos	63.6	25.5	10.9	100.0
Catamarca	57.0	32.1	10.9	100.0
Santiago del Estero	62.4	28.1	9.5	100.0
Tucumán	62.7	27.9	9.4	100.0
La Pampa	65.5	25.6	8.9	100.0
Tierra del Fuego	68.4	23.2	8.5	100.0
Salta	66.7	25.0	8.3	100.0
San Juan	66.4	25.6	7.9	100.0
Jujuy	67.4	24.8	7.7	100.0
Neuquén	67.2	25.3	7.4	100.0
Río Negro	65.7	27.2	7.2	100.0
Mendoza	68.3	24.6	7.0	100.0
La Rioja	66.0	27.2	6.8	100.0
Córdoba	71.1	22.3	6.6	100.0
Santa Cruz	68.7	24.7	6.6	100.0
Chubut	69.9	24.0	6.1	100.0
San Luis	66.9	27.4	5.7	100.0
Buenos Aires	74.9	20.9	4.2	100.0
Resto de Buenos Aires	73.4	22.3	4.3	100.0
Partidos del Gran Bs. As.	75.6	20.3	4.1	100.0
Capital Federal	82.4	15.2	2.4	100.0

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Datos inéditos.

4. Nivel de instrucción

Las sociedades urbanas con alto nivel educativo tienen una baja tasa de embarazo adolescente. En realidad el embarazo es un fenómeno menos frecuente en todos los intervalos de la edad fértil. Se trata de adolescentes más independientes de la familia, que posponen el matrimonio y evitan el embarazo para lograr sus proyectos individuales. La contrapartida es el aumento de relaciones sexuales pre-maritales con el consiguiente riesgo de embarazos.

Un bajo nivel de instrucción puede conducir a la ausencia de conocimiento anticonceptivo o a la falta de proyectos personales – que ubican al embarazo y la maternidad como la única opción de desarrollo personal y social-.

De acuerdo al último censo nacional, la población de mujeres 14 a 19 años presenta un grupo de madres analfabetas (24.3%) que es muy superior al de madres alfabetos (10.7%). Esta relación se mantiene en todo el país con provincias que llegan al 38% (Chaco) de madres adolescentes analfabetas. Es decir que existe una clara asociación entre analfabetismo y embarazo en la adolescencia.

Tabla 8. Población femenina de 14 a 19 años. Porcentaje de madres por grupo de edad según condición de alfabetismo y Jurisdicción. Censo 2001.

Jurisdicción	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		total	
	Alfabeto	Analfabeto	Alfabeto	Analfabeto	Alfabeto	Analfabeto	Alfabeto	Analfabeto
Total país	2.7	7.8	6.9	19.7	20.3	39.8	10.6	24.7
Capital Federal	1.6	0.0	2.5	6.7	7.3	15.0	4.2	7.3
Total Buenos Aires	2.5	5.6	6.1	10.8	18.4	25.1	9.6	14.9
GBA	2.7	4.9	5.9	8.7	7.3	11.0	17.6	22.6
Resto B. As.	2.2	7.2	6.4	14.7	8.1	15.6	19.9	30.2
Catamarca	3.8	10.5	10.4	20.5	28.4	47.3	14.7	28.7
Córdoba	2.0	3.2	6.1	13.0	18.1	27.6	9.6	15.8
Coriientes	3.6	6.7	8.6	20.8	24.7	37.6	12.7	24.3
Chaco	4.1	15.6	11.6	30.2	31.8	58.0	16.6	35.4
Chubut	1.1	12.5	7.0	4.1	24.6	20.6	12.2	11.1
Entre Ríos	2.8	9.6	8.2	20.0	23.3	40.7	12.0	25.8
Formosa	3.6	12.3	9.8	28.4	29.3	48.5	14.5	33.6
Jujuy	3.0	8.7	7.4	17.5	24.3	39.4	11.9	24.3
La Pampa	2.2	0.0	6.8	19.2	23.7	42.1	11.1	20.3
La Rioja	1.7	4.7	9.0	9.4	23.9	46.5	12.9	20.6
Mendoza	1.5	6.3	5.2	14.1	17.4	32.4	8.5	19.2
Misiones	1.2	10.3	9.5	27.9	28.4	53.8	14.1	34.0
Neuquén	2.9	4.5	7.3	17.9	23.0	44.6	11.7	26.2
Río Negro	2.0	5.1	7.4	15.3	24.8	34.9	11.7	18.0
Salta	3.6	9.6	9.3	11.8	27.7	49.8	13.9	34.7
San Juan	1.9	7.8	6.2	10.5	18.7	23.7	9.5	13.6
San Luis	2.9	3.8	7.9	17.6	23.7	37.8	12.2	24.9
Santa Cruz	2.8	0.0	6.6	0.0	27.0	53.8	11.8	29.2
Santa Fe	2.8	8.5	7.8	19.6	20.9	36.7	11.1	24.1
Sgo. del Estero	4.0	8.4	9.9	21.9	28.6	43.7	14.8	27.6
Tucumán	2.9	4.9	7.7	18.4	21.4	37.6	11.5	21.6
Tierra del Fuego	1.5	100.0	6.1	0.0	21.5	0.0	9.5	25.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2001.
Tabulados inéditos

Se estima que más del 80% de las madres adolescentes de la nación tiene bajo nivel de instrucción (primaria completa o menos).

Tabla 9. Población de 14-19 años. Porcentaje de madres por grupo etario y nivel de instrucción alcanzado. Censo 2001

Máximo nivel educativo alcanzado	14 años	15 a 17 años	18 y 19 años	Total
Sin instrucción	7,8	20,3	39,7	26,3
Primario incompleto	4,6	18,9	47,6	20,1
Primario completo	7,5	23,9	46,3	35,0
Secundario incompleto y más *	2,1	4,7	19,8	7,4
Secundario completo y más			7,1	7,2

Nota: * En el total y en el grupo de 18 a 19 años incluye las madres con nivel secundario incompleto exclusivamente.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2001.

Tabulados inéditos

Según el censo nacional 2001 el porcentaje de madres adolescentes con bajo nivel de instrucción en la provincia de Tucumán es de 60.2%. La encuesta realizada a puérperas por el CEDES 3 años después informó un valor incluso superior (69.7%). El subgrupo con primario incompleto alcanzó -en dicho estudio- el 23.2% (superior a la tasa descrita en el censo 2001 de 16.4%).

Tabla 9 10. Comparación de la encuesta a puérperas 2004 y el censo 2001 con respecto al nivel de instrucción.

Jurisdicción	Encuesta a Puérperas CEDES				Censo Nacional 2001			
	Prim. Inc. y menos	Prim. Comp.	Sec. Inc.	Sec. Comp. y más	Prim. Inc. y menos	Prim. Comp.	Sec. Inc.	Sec. Comp. y más
La Plata/Resto Bs. As. *	8,3	12,0	51,6	17,6	9,9	25,0	57,0	8,1
GBA	8,3	17,4	19,2	13,9	10,4	27,8	58,2	8,5
Catamarca	14,9	6,8	60,8	17,6	16,2	19,2	54,3	10,4
Chaco	16,0	24,1	49,2	10,2	35,5	25,2	34,5	4,9
Misiones	25,8	5,0	56,6	12,5	39,1	26,9	29,7	4,3
Salta	7,3	26,8	45,4	20,5	22,0	23,4	47,5	7,1
Rosario/ Santa Fe *	20,1	26,0	44,2	9,7	16,6	32,3	43,1	7,9
Tucumán	23,2	46,5	27,3	3,0	16,4	43,8	32,4	7,4

(*) Para la Encuesta a Puérperas CEDES corresponde La Plata y Rosario. Para Censo 2001, corresponde Resto de la provincia de Buenos Aires y provincia de Santa Fe.

Fuente: Encuesta a Puérperas CEDES (2004) y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001

Las madres adolescentes tucumanas raramente alcanzan niveles educativos altos. Sólo el 7% de las madres adolescentes tienen secundario completo y 16% tienen secundario incompleto. .

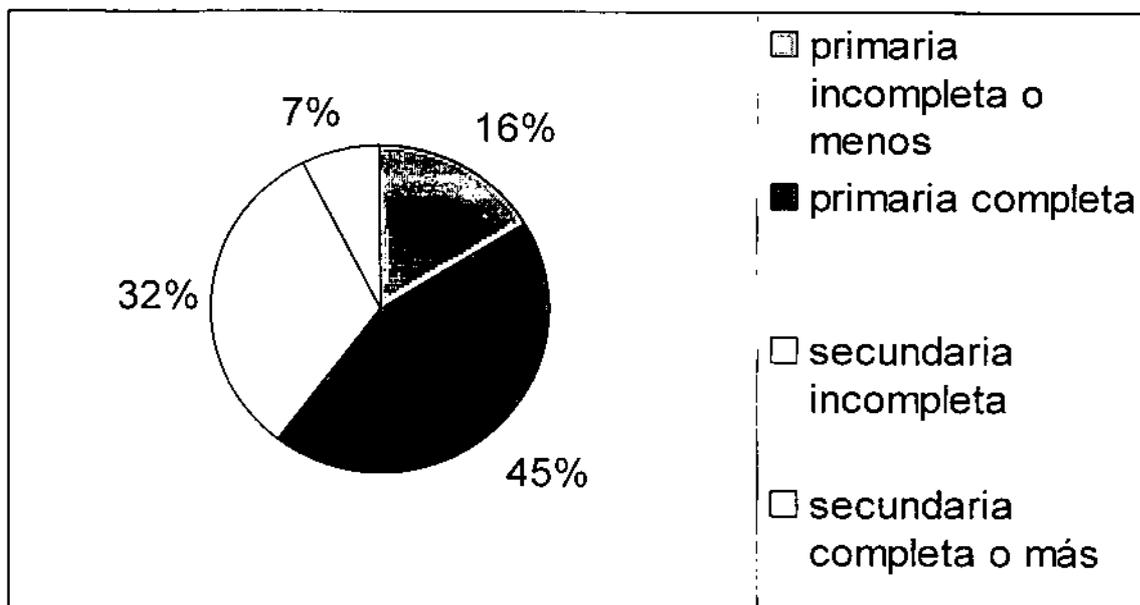


Gráfico 11- Distribución de las madres adolescentes tucumanas según nivel de instrucción en el año 2001. Más de la mitad tienen nivel bajo (primaria completa o menos).

En Tucumán, solamente el 18.4% de las madres adolescentes concurre a la escuela mientras que el 68% de las adolescentes que no son madres asisten al colegio. Esta relación es similar al resto del país y se destaca la baja escolaridad de las adolescentes en general.

1. Cobertura de salud

La cobertura de Salud incluye cualquier organismo no gubernamental de atención de la salud. Este puede ser una obra social, mutual, plan de salud privado o servicio de emergencias médicas. En Argentina sólo el 27 % de las madres adolescentes cuentan cobertura de salud. Es decir que la mayor parte de ellas se atienden en establecimientos estatales.

En Tucumán sólo el 33% de las embarazadas adolescentes tiene algún tipo de cobertura sanitaria. Este porcentaje está ligeramente por encima del nacional (27%), aunque muy por debajo del de la ciudad de Bs. As (41%).

Las madres adolescentes en Tucumán son atendidas mayoritariamente por el subsector público. Esto implica que el embarazo adolescente es un problema del Estado tanto en su prevención como en su adecuada atención.

Tabla 11. Madres adolescentes. Porcentaje que tienen cobertura de salud por intervalos de edad y jurisdicción. Censo 2001.

Jurisdicción	14 años	15 a 17 años	18 y 19 años	Total
Total país	34.4	28.3	26.4	27.4
Capital Federal	55.6	45.6	38.1	41.3
Total Buenos Aires	32.8	27.4	24.5	25.8
GBA	29.9	24.6	22.6	23.6
Resto Bs.As.	39.1	31.8	27.4	29.2
Catamarca	50.8	46.5	42.0	44.0
Córdoba	34.8	29.9	29.6	29.9
Corrientes	25.9	21.5	20.1	20.9
Chaco	21.1	18.7	13.0	15.4
Chubut	53.1	43.4	43.0	43.6
Entre Ríos	34.7	29.0	30.7	30.3
Formosa	22.1	17.3	16.2	16.9
Jujuy	37.7	34.9	30.7	32.3
La Pampa	35.5	34.5	32.3	33.1
La Rioja	60.2	43.9	44.0	44.8
Mendoza	39.3	27.2	26.2	27.0
Misiones	33.2	24.4	23.2	24.0
Neuquén	39.2	34.6	23.4	27.7
Río Negro	40.0	31.2	31.4	31.6
Salta	25.9	23.1	22.6	23.0
San Juan	29.8	27.3	25.5	26.2
San Luis	29.3	29.8	32.0	31.2
Santa Cruz	76.5	59.4	45.3	50.2
Santa Fe	36.1	28.7	28.8	29.1
Sgo. del Estero	30.9	23.2	20.9	22.1
Tucumán	43.8	33.0	32.8	33.3
Tierra del Fuego	66.7	69.0	54.9	60.2

B. Indicadores críticos

1. Edad de inicio de relaciones sexuales (IRS)

Las madres adolescentes de todo el país tienen un inicio sexual precoz. En Tucumán el 36.8% de las encuestadas habían iniciado relaciones antes de los 15 años. Tucumán presenta un inicio precoz promedio si se lo compara con Buenos Aires (28.3%) y Rosario (41.7%).

El inicio de relaciones se concretó en el 86% de los casos con el novio de la encuestada y todas las provincias presentaron porcentajes bajos de inicio sexual con pareja conviviente.

2. Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual

El grupo de puérperas de la provincia de Tucumán presentó la más baja tasa de uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual (45% de Tucumán vs. 60% del total).

Llama la atención en esta encuesta que el subgrupo de nivel instructivo alto presentó similares tasas que el de nivel bajo. En las provincias restantes hubo una clara relación entre nivel alto y uso de anticoncepción en la primera relación sexual (salto cualitativo).

Tabla 12. Proporción de adolescentes que utilizó método anticonceptivo en la primera relación sexual según nivel educativo.

Nivel educativo	Total	Sítio							
		GBA	La Plata	Caca-marca	Chaco	Rosario	Misiones	Salta	Tucumán
Total	60.1	69.6	66.9	55.4	57.0	63.2	66.7	50.2	45.4
Prim. Inc. y menos	51.3	56.1	71.7	45.5	69.0	51.2	58.1	60.0	31.0
Prim. Comp.	50.9	62.9	33.3	60.0	52.3	53.8	66.7	38.2	50.0
Sec. Inc.	63.7	70.7	71.1	53.3	56.5	69.1	60.1	50.5	47.3
Sec. Comp. y más	70.7	78.9	72.7	69.2	63.2	80.0	73.3	61.9	37.5

Nota: Se excluyen 9 casos cuya iniciación sexual fue por violación

Del Informe final de la encuesta realizada a puérperas agregado a datos de SIEMPRO 2001 se desprenden los siguientes gráficos:

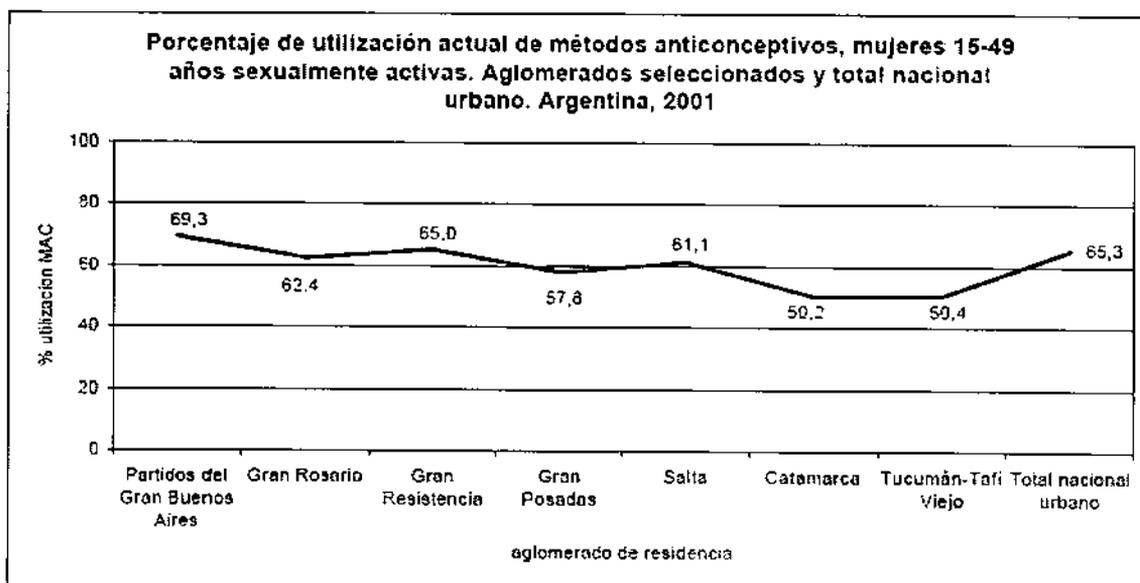


Gráfico 12- Utilización de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas, Argentina 2001. Elaborado por CEDES en base a datos de SIEMPRO 2001.

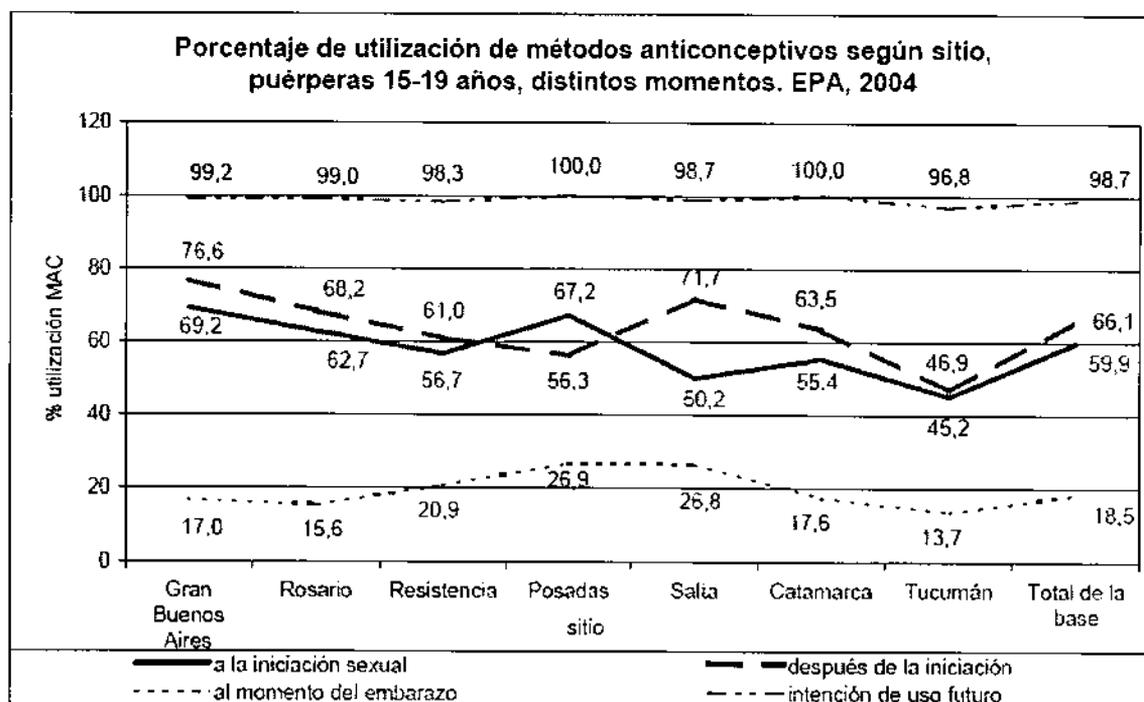


Gráfico 13- Porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos en púerperas de 15 a 19 años en las provincias encuestadas. CEDES 2004.

En estos gráficos es posible observar que la provincia de Tucumán cuenta con la menor tasa de utilización de métodos anticonceptivos en su población

adolescente, independientemente del momento evaluado (iniciación sexual o situaciones posteriores), con una alta intención de uso futuro de las púerperas, que se acerca a los valores de las otras provincias y el promedio nacional. Es importante sin embargo a la hora de evaluar el peso de las diferentes razones para la ocurrencia de este fenómeno, tener en cuenta que si se considera la población femenina sexualmente activa en su conjunto (15 a 49 años) observaremos una situación similar, siendo Tucumán la segunda provincia con menor porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos luego de Catamarca (50,4 y 50,2% respectivamente) con 15 puntos de diferencia con respecto al promedio nacional urbano de 65,3%.

De todas aquellas encuestadas que manifestaron no haber utilizado método anticonceptivo en la iniciación sexual, sólo el 26% no esperaba tener relaciones en ese momento (por debajo del promedio de 36%), mientras que casi el 20% no tenía conocimiento de los métodos anticonceptivos, valor muy superior al promedio de la encuesta (11,8%). Por otro lado, mientras que casi el 10% del promedio de las encuestadas refería deseo de tener un hijo, este valor se encuentra por debajo del promedio en la provincia de Tucumán (4,7%).

Estos datos reflejan que en la provincia, más que en el resto de las provincias encuestadas, la falta de uso de métodos anticonceptivos expresa un profundo déficit en la educación de las adolescentes tanto como en el acceso adecuado al sistema de salud.

Muchas embarazadas adolescentes manifiestan el uso de método anticonceptivo previo al embarazo. Se trata de una anticoncepción ineficaz. En Tucumán se destaca el bajo uso del preservativo (45%) –comparado con la ciudad de Buenos Aires que tuvo una tasa de uso de 87,8%-. Muchas adolescentes usan el coitus interruptus o la píldora, alcanzando ambos valores cercanos 30%.

Aunque no hay relación lineal entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el uso de los mismos, los métodos más conocidos sirven para instrumentar programas sanitarios. Los métodos más conocidos en nuestro país-en orden decreciente- son la píldora, el preservativo y el DIU. El DIU es poco conocido en Tucumán. Sólo es nombrado por el 29% de las entrevistadas en comparación con el 70% verificado en las otras jurisdicciones. En

contraposición, muchas puérperas tienen conocimiento de los inyectables (57.9%).

La fuente de esta información suele ser: sector salud, escuela o familia/amigos. En Tucumán la escuela es pocas veces la fuente de información sobre anticoncepción. Sólo el 18.1% de las puérperas adolescentes citaron a la escuela como fuente. En la ciudad de Buenos Aires, la escuela llega a valores del 50%. Por el momento la educación en anticoncepción recae sobre el sector salud de la provincia de Tucumán con poco aporte del área educación.

3. Control prenatal

El 5% de las embarazadas adolescentes tucumanas no realizó ningún tipo de control de embarazo (valor superior al 3,5% del promedio de las provincias evaluadas). Es importante señalar que la primer causa en este grupo se relacionó con dificultades para acceder al sistema de salud (casi 40%), aunque también resulta alarmante el hecho de que una cuarta parte de estas encuestadas no realizó controles por no considerarlos importantes. Más de la mitad no concurreó en el primer trimestre y realizó control prenatal incompleto – menos de 5 consultas-. Estos parámetros ubican a la embarazada adolescente en grupo de riesgo obstétrico por falta de acceso al sistema de salud.

4. Cesárea

La tasa de cesárea es la más alta del país. Mientras que la mayor parte de las jurisdicciones están cerca del 15% recomendado por la OMS (promedio nacional de 17%), Tucumán y Catamarca presentaron una tasa de 28.8% y 25.7% respectivamente. Aunque la razón puede deberse a falta de control o indicación adecuada, ambas indican un sistema de atención obstétrica deficiente y promueven la repetición del fenómeno en embarazos futuros.

Resumen de marcadores críticos

Las adolescentes puérperas de Tucumán presentaron los peores valores en los marcadores críticos seleccionados en la encuesta. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentó los mejores valores. La tabla 12 resume los 12 marcadores seleccionados en la encuesta

Tabla 13. Encuesta a 700 puérperas de 8 jurisdicciones realizada en 2004.
Selección de marcadores críticos

Indicador	Total	Sitio							
		GBA	La Plata	Catamarca	Chaco	Rosario	Misiones	Salta	Tucumán
No estudiaba y no había completado el secundario (a)	42.4	38.6	31.1	26.9	48.1	41.5	39.3	28.1	59.0
Iniciada sexualmente a los 14 años o menos (b)	30.9	26.3	35.5	27.1	32.2	41.7	21.7	21.5	36.8
No utilizó método en la iniciación sexual (b)	19.8	30.4	13.1	41.6	41.0	26.1	32.8	19.8	54.5
Utilizó método poco eficaz o no utilizó en la iniciación sexual (b)	45.9	33.0	15.0	56.8	53.0	39.1	43.7	57.1	59.1
Nunca se hubo un control durante este embarazo	1.5	2.8	3.2	6.5	1.6	1.9	4.3	4.8	4.8
No controló el embarazo durante el primer trimestre (c)	45.2	41.1	40.8	30.6	31.0	33.3	69.2	59.8	55.3
Primíparas	40.8	37.8	33.3	30.0	20.9	29.7	45.7	56.0	51.4
Multíparas	57.5	50.5	60.0	31.8	53.4	49.7	61.5	50.8	64.2
Tuvo menos de 3 controles durante este embarazo	31.1	21.1	38.0	10.5	26.9	17.2	27.5	18.1	42.8
Primíparas	25.0	17.7	32.2	36.8	18.8	10.3	22.3	10.5	41.3
Multíparas	47.7	32.0	42.9	54.5	44.8	40.2	46.2	21.2	61.9
Tuvo primer hijo nacido vivo por cesárea	17.1	13.8	18.4	26.7	16.6	13.0	9.2	10.2	29.5

(a) Se refiere a las primíparas.

(b) Excluye a aquellas cuya iniciación sexual fue una violación.

(c) Incluye a quienes no se hicieron ningún control durante el embarazo.

Relevamiento de programas destinados a la Salud **Reproductiva Adolescente**

Marco legal

Ley Nacional N° 25.673

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionaron en octubre del año 2002 con fuerza de Ley la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Se realizará una mención de cada uno de los artículos de la ley, porque en ellos se fundamenta el funcionamiento del programa.

Ámbito y objetivos

La ley establece que dicho programa se realizará en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, (artículo 1) y que tiene 7 objetivos básicos (artículo 2):

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamaria;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Alcance

Tiene como alcance la población general y considera primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849), inscribiéndose en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad (artículos 3 y 4 respectivamente).

Ministerios

Colaborarán en el programa los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente (artículo 5). Las actividades conjuntas se desarrollarán con el fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

Métodos anticonceptivos (MAC) y difusión del programa

Se distribuirán MAC a demanda de la población respetando: creencias y deseos de los usuarios así como el criterio médico (artículo 6). El artículo 7 se refiere a la inclusión de los MAC en el Programa Médico Obligatorio (PMO). El artículo 8 establece la difusión del programa y los artículos 9 y 10 establecen la participación de las instituciones educativas en el marco de las convicciones de cada institución.

Obligaciones de la autoridad encargada del programa

El artículo 11 establece que la autoridad encargada del programa deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro Nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gastos

El artículo 12 establece que los gastos del sector público corren por cuenta del Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

Invitación a las provincias

El artículo 13 invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

Legislación provincial

La provincia de Tucumán no tiene ley propia ni adhirió formalmente a la ley nacional. Existe un proyecto de ley aún no sancionado. Hay un programa provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable en ejecución a cargo de una autoridad provincial bajo la coordinación y utilizando los insumos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación.

Dicho programa no implementa anticoncepción de emergencia ni métodos quirúrgicos.

Programas nacionales

Ministerio de Salud de la Nación y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Organigrama institucional.

El Ministerio de Salud posee una Secretaría de Programas Sanitarios, uno de cuyos integrantes es la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Este es el órgano de formulación y aplicación de las políticas maternoinfantiles. Allí se desarrolla el Programa Materno Infantil, que se financia con fondos nacionales y externos.

La propuesta estratégica de la Dirección Nacional se enmarca en el concepto de derechos ciudadanos presente en el "Compromiso a Favor de la Madre y el Niño", asumido ante la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990) y, muy especialmente, en la "Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño" (1989) y la "Convención sobre la eliminación de Todas Formas de Discriminación contra la Mujer" (1979), las que tienen como meta la equidad en materia de salud.

A través de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias argentinas la Dirección Nacional procura múltiples objetivos entre los que se encuentran:

- Reducir la morbimortalidad de la población de mujeres, niños y **adolescentes**.
- Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud.

Una vez declarado el estado de emergencia sanitaria, se diseñaron tres ejes estratégicos. Esos ejes son: **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable**, Programa de Perinatología y Programa de Salud Infantil.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Objetivos y alcances.

Objetivos

Dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, el **embarazo adolescente** y el contagio de SIDA u otras Infecciones de Transmisión Sexual a causa de relaciones sin protección, entre otros.

Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener. Por eso, promueve la **Consejería** en Salud Reproductiva y Procreación Responsable en los servicios de salud pública de todo el país, es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a una elección informada en materia de procreación responsable.

Está dirigido tanto a varones como a mujeres, de todas las edades, respetando la perspectiva de género.

Al mismo tiempo, favorecerá la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/SIDA.

Alcance

La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca

1. Entrega de insumos (MAC y publicaciones).
2. Asistencia técnica y capacitación.
3. Monitoreo y auditoría.

1- Entrega de insumos

Métodos anticonceptivos.

Destinatario (efectores)

Se entregan MAC a la autoridad provincial para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de los usuarios, con asesoramiento o consejería especializada. Cuando se inició el programa se estableció la meta de cubrir el 100% de los efectores provinciales a los 3 años de implementado el programa.

Cantidad de MAC entregados

El cálculo de MAC para cada compra es en base a estimaciones de las autoridades Provinciales y Nacionales. Las estimaciones se realizan en base a las mujeres en edad reproductiva, y nacimientos por año en la población sin cobertura social. En las provincias dónde existían programas funcionando previamente a la Ley Nacional esta estimación se realizó en base a consumo previo de insumos. Siempre se realiza un análisis de los insumos solicitados por las provincias con asesoramiento y eventual corrección de dichas estimaciones.

Cuando se inició el plan (año 2003), se entregaron en todo el país:

- 8.300.000 de blisters de anticonceptivos hormonales orales (ACO).
- 820.000 anticonceptivos hormonales inyectables (ACI).
- 283.000 Dispositivos Intrauterinos (DIU's).

Tipo de MAC

Con el fin de proveer un abastecimiento continuo de métodos anticonceptivos a las distintas jurisdicciones, el Programa Nacional ha realizado varias compras a través de Licitaciones Públicas Internacionales (LPI: 002, 008 y 013).

Los métodos adquiridos son:

- DIU (Tcu 380): Origen India,
- Preservativos: Origen Argentina,

- Anticonceptivos orales (ACO): (Etinilestradiol 0,03 mg.+ Levonorgestrel 0,015 mg.): Origen India
- ACO para lactancia (Levonorgestrel solo 0,03 mg.): Origen India
- AC inyectables mensuales (Enantato de noretisterona 50 mg +Valerato de estradiol 5mg.): Origen Argentina.

2- Asistencia técnica y capacitación

Las actividades consisten básicamente en:

- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos, obstétricas, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios).
- Entrega gratuita de publicaciones relacionadas con el tema.
- Promoción de actividades de Comunicación Social, sobre Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Articulación con el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, ONG's, Dirección Nacional de Juventud, Ministerio de Educación.

Entre otros elementos se han distribuido

- Kits de instrumental para la colocación de DIU's: Origen Argentina.
- Materiales Bibliográficos relacionados con los MAC (por ej. Guías para el uso de métodos anticonceptivos, Manuales para agentes sanitarios y material de comunicación Social: Folletos explicativos de la Ley 25.673 y otro del Programa Nacional).

3- Monitoreo y auditoria

Las autoridades nacionales realizan monitoreo continuo de la tasa de uso de cada MAC. A nivel nacional, se destaca el uso de anticonceptivos orales y en menor medida de preservativos. El DIU es un método poco usado. De hecho la tasa de uso de anticonceptivos inyectables es superior a la de DIU.

La cobertura nominal y seguimiento individual de los beneficiarios, queda bajo exclusiva responsabilidad de los efectores o servicios.

El Ministerio realiza monitoreo de las actividades realizadas en las provincias. Existen 6 metas de proceso y 4 de impacto que son revisadas periódicamente. El resultado del análisis de estas metas en el último año se menciona en forma independiente en la actividad siguiente.

Programas provinciales

La provincia de Tucumán cuenta con el Programa de Salud MaternoInfantoJuvenil, instituido dentro del marco del Plan Maternoinfantil Nacional.

Los comienzos del Plan Maternoinfantil se remontan a la década del '40.

El Plan con sus características actuales se implementa en 1993, agregándose en 2002 el Plan de Procreación Responsable.

Los objetivos generales del plan son:

- Fortalecer la salud de mujeres en edad fértil, embarazadas, madres, niños y adolescentes de todo el país.
- Articular acciones intersectoriales con educación para la promoción integral de la salud en la comunidad.

Para ello, se han fijado tres ejes estratégicos como prioritarios para la implementación de las políticas de salud maternoinfantil en la provincia:

- Programa de Atención Integral de la Mujer
- Programa Pediátrico

- Programa de Salud Escolar

Todas las actividades relacionadas de alguna manera con la salud reproductiva adolescente se encuentran incluidas dentro del Programa de Atención Integral de la Mujer, que se ocupa de las siguientes acciones:

- Captación y recaptación de las embarazadas.
- Promoción del control de embarazo y la lactancia materna.
- Realización del control prenatal según normas.
- Promoción de los derechos de las adolescentes, conformación de promotores de salud con grupos de adolescentes seleccionados como líderes comunitarios.

Para el cumplimiento de estas tareas, se realizan las actividades de prevención y atención en los centros de atención primaria de la salud que funcionan en toda la provincia y en los casos necesarios se coordinan acciones con el segundo y tercer nivel de atención.

El programa es de alcance universal para todas las mujeres en edad fértil y adolescentes de toda la Provincia, aunque se autofocalice en los demandantes del sector público de salud.

A su vez, el Programa de Atención Integral de la Mujer está conformado por:

- Programa de control del embarazo.
- Programa de control del puerperio.
- Programa de adolescencia.
- Programa de salud sexual y procreación responsable.

Los dos últimos programas provinciales mencionados son aquellos en los que debemos focalizarnos para obtener una visión integral de la atención del adolescente, tanto en los aspectos de promoción, prevención y protección de la salud como en lo que hace a las medidas terapéuticas y de seguimiento. En la siguiente actividad se hará referencia específica a los recursos humanos, económicos e institucionales con que cuenta cada programa para su adecuada implementación.

Relevamiento de recursos

Organización del sistema de salud de la provincia

Distribución geográfica de la población

La provincia de Tucumán se encuentra dividida en 17 departamentos provinciales, con diferentes superficies y densidad de población:

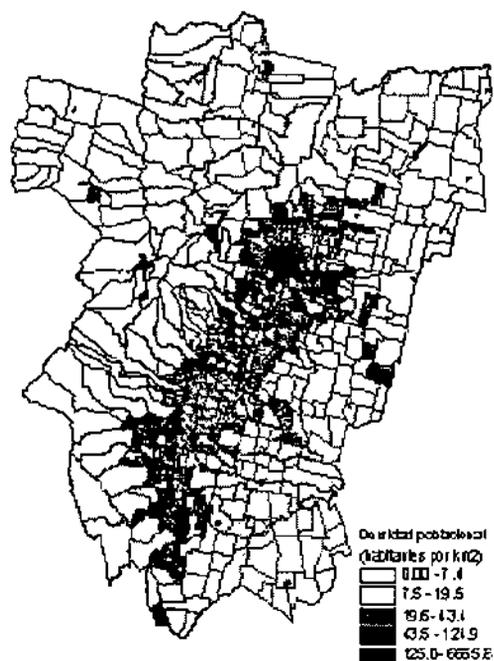
Gráfico 14- Distribución de la población por departamentos



DEPARTAMENTOS PROVINCIALES

Departamento	Km2	Habitantes	Densidad
1. Burreyacu	3.605	29.064	8,06
2. Cruz Alta	1.255	131.860	105,07
3. Leales	2.027	47.311	23,34
4. Simoca	1.261	30.524	24,21
5. Graneros	1.678	11.834	7,05
6. La Cocha	917	14.614	15,94
7. Juan Bautista Alberdi	730	24.368	33,38
8. Río Chico	585	46.160	78,91
9. Chichigasta	1.267	63.746	50,31
10. Monteros	1.169	51.863	44,37
11. Famalla	427	26.641	62,39
12. Lules	540	44.698	82,77
13. Yerba Buena	160	43.612	272,58
14. Capital	90	473.271	5258,57
15. Tafi Viejo	1.210	79.306	65,54
16. Trancas	2.862	11.977	4,18
17. Tafi del Valle	2.741	11.449	4,18

Gráfico 15- Distribución de la población en la Provincia de Tucumán de acuerdo a radios censales (extraído de Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007).



La distribución de la población es tal que existen zonas en las que la densidad es muy elevada, y en las que las vías de comunicación constituyen ejes vertebrales. Así es que la mayor parte de la población se concentra en zonas claramente definidas, tal como lo muestra el mapeo de la distribución de la población según radios censales.

Reseña de recursos asignados al área de Atención Primaria de la Salud

El sistema de salud tucumano, como es característico en todo el país, está compuesto por diversos sectores: Obra Social Provincial (Subsidio de Salud), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), obras sociales nacionales, prepagas y mutuales y sistema público (Si.Pro.Sa.). La cobertura de salud de la población de Tucumán se distribuye (citando las referencias del Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007) de la siguiente manera:

- Subsidio Salud (OS Provincial) 23% de población beneficiaria
- PAMI 7%

- OSN y mutuales 13%
- Prepagas 9%
- Si.Pro.Sa. 48%

A pesar de esta afirmación, en los hechos la cobertura real del Si.Pro.Sa. puede alcanzar a más del 50% de la población, ya que un elevado número de beneficiarios de los otros subsistemas, al no recibir atención de sus prestadores, se vuelca al sector público para recibir atención (la cobertura de muchas obras sociales, mutuales y prepagas corresponde sólo a atención de baja complejidad. En el caso de atención de mayor nivel de complejidad los beneficiarios de dichos subsistemas deben pagar las prácticas de sus bolsillos o atenderse en el Si.Pro.Sa., elevando el número de beneficiarios que se atienden en el subsector público).

El Sistema Provincial de Salud (Si.Pro.Sa).

El Sistema Provincial de Salud fue creado con la idea generatriz de un órgano central normativo que debe planificar todas las acciones de salud y medio ambiente de la Provincia, para los subsectores público, privado, y de la seguridad social. Propone una descentralización operativa, cuyas acciones deben ser ejecutadas por cada uno de ellos de manera independiente, interrelacionándose entre sí en el aspecto técnico funcional.

El gobierno del Sistema Provincial de Salud está a cargo de un Cuerpo Colegiado que se denomina Consejo Provincial de Salud (Co.Pro.Sa.). Conforman el Sistema Provincial de Salud junto al Nivel Político de Conducción (Co.Pro.Sa.), un Nivel Central (administrativo, contable, técnico, normativo, de asesoramiento y apoyo), y un Nivel Operativo integrado por Direcciones de: hospitales de capital, de Áreas Programáticas (A.P.) y de Áreas Operativas (A.O.) de la Red de Servicios constituida por hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

En el Nivel Operativo, el territorio provincial está dividido en cuatro Áreas Programáticas (A.P.) dependientes del Co.Pro.Sa. Las mismas se subdividen en 36 Áreas Operativas (A.O.), de las cuales dependen los 25 hospitales del interior y 289 centros del primer nivel de atención de salud (CAPS), de los cuales 14 no tienen área de responsabilidad y dependen de otros que sí la

tienen. De la totalidad de los centros, 21 dependen de municipios o comunas, y se les han asignado áreas de responsabilidad como a los dependientes del Si.Pro.Sa., trabajando dentro de convenios que buscan armonizar su funcionamiento.

En San Miguel de Tucumán, se encuentran los 7 Hospitales de mayor complejidad, cuyas direcciones tienen dependencia directa del Consejo Provincial de Salud.

La red de servicios está organizada en tres niveles de atención, de complejidad creciente, según la capacidad de resolución y la complejidad de los servicios.

El primer nivel de atención ambulatorio está constituido por la red periférica de CAPS distribuidos en toda la provincia, con horarios de atención de 6, 12 y 24 hs., a los que se les ha asignado un área de responsabilidad, a la que se encuentra asociada la población a cargo.

El segundo nivel de atención está conformado por los hospitales de mediana complejidad, en que se realiza consulta médica de especialidades básicas, y algunas especialidades críticas, guardia médica de 24 horas, prácticas de diagnóstico y tratamiento, internación clínica, quirúrgica de urgencia y programada, así como traslados programados y no programados a otros niveles de atención. También tienen población a cargo.

El tercer nivel de atención (representado por los hospitales de referencia: Hospital Padilla, Centro de Salud, Maternidad y Niños), incluye el mayor nivel de resolución en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El primer y segundo nivel de atención (25 hospitales del interior) están bajo la conducción de las A.O. (en 25 de ellas el director del área es también el director del hospital cabecera). En las A.O. se consolida información estadística, se administran fondos de funcionamiento y se realizan actividades relacionadas con la administración de personal. El equipo de salud de las A.O. está integrado por un médico, un supervisor de agentes sanitarios y una supervisora de enfermería.

Las A.O. dependen de las A.P. La función de las A.P. es coordinar las acciones administrativo sanitarias de las A.O. Cuentan con un equipo de apoyo administrativo de magnitud variable y con departamentos de Atención Primaria de la Salud y Técnico.

Recursos humanos e institucionales

La distribución de CAPS en las diferentes áreas programáticas se realiza de la siguiente manera:

Tabla 14- Distribución de CAPS de acuerdo a áreas programáticas.

Áreas Programáticas	Población Total	Áreas Operativas	Hospitales	CAPS*
I-CENTRO	680.155	6	7**	77
II- OESTE	163.687	9	5	60
III-ESTE	256.523	12	9	78
IV-SUR	283.017	9	11	74
TOTAL	1.383.382	36	32	289

* Se incluyen centros sin área de responsabilidad

** Los 7 hospitales de Capital no dependen del AP centro.

Con respecto a los recursos humanos en salud, de acuerdo a las publicaciones de Indicadores Básicos 2004 y 2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, el número de médicos con que contaba la provincia de Tucumán en el año 1998 era de 4.520, obteniéndose un promedio de un médico cada 287 habitantes, superior a la media nacional para ese entonces de 342 hab/med. Este número aumentó a 369 hab/med en la actualización realizada en el año 2005, con una media nacional de 312. Sin embargo, este dato no necesariamente se traduce en una mayor o menor asistencia médica efectiva a la población, ya que el número de efectores del sistema de Atención Primaria de la Salud es sensiblemente menor a la cifra mencionada.

Según datos del Si.Pro.Sa. actualizados en agosto del 2004, existían en esa fecha 256 médicos residentes de las diferentes instituciones, considerando en conjunto aquellos que recibían remuneración de la Nación o de la Provincia.

La cantidad de médicos en los CAPS se encuentra alrededor de los 680, con un promedio para la Provincia de un médico cada 2058 habitantes, muy inferior a la población a cargo sugerida. Existen importantes variaciones entre las diferentes Áreas Operativas, que varían desde 1205 habitantes por médico en el área Sur hasta 2566 habitantes/médico en el área Centro.

El número de agentes sanitarios que recibió remuneración por el Programa de Agentes Sanitarios en el año 2004 fue de 200.

En cuanto a los establecimientos asistenciales en los que se realiza diagnóstico y seguimiento del embarazo adolescente, resulta difícil recabar datos previos al momento del parto. El control del embarazo en esta población es variable y no existen estadísticas oficiales de los CAPS, así como tampoco de la población general de embarazadas (sólo se dispone de información parcial del área programática centro, que reporta un 26% de la población con adecuado control de embarazo, y 58% de la población con algún tipo de control prenatal, adecuado o inadecuado, de acuerdo a datos provisorios del PROMIN del año 2003. Estas cifras se encuentran muy por debajo del porcentaje observado en las otras provincias analizadas).

Con respecto a los partos, de acuerdo a la publicación de Indicadores Básicos 2005 del Ministerio de Salud, el porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales con respecto al total de nacidos vivos es de 98,9%, muy cercano al 99,1% de la media nacional (datos actualizados al 2003). El 92,7% de los partos es atendido por médicos y casi el 7% por parteras.

Del total de nacimientos en la provincia (alrededor de 30.000 nacimientos anuales en los últimos periodos) aproximadamente el 65% de los partos se produce en el subsector público (18.486 partos de nacidos vivos en establecimientos del Si.Pro.Sa. en el año 2004). Del total de partos en este subsector, el 57% se produjo en la Maternidad Nuestra Sra. de las Mercedes, una de las maternidades más grandes del país. Este dato es de suma relevancia, ya que el total de partos anuales que atiende la maternidad es cercano a 12.000; en ella se reciben embarazadas de toda la provincia y de todos los riesgos obstétricos. De acuerdo a un estudio realizado en forma preliminar al Plan cuatrienal de Salud, la tasa de ocupación es alta, lo cual no promueve una utilización óptima de los recursos. La tasa de mortalidad es alta para una maternidad, y el porcentaje de cesáreas es alto y la tendencia es creciente. Concentra el 79% de las muertes maternas del sector público.

Tanto la gestión asistencial como la de administración aparentan como altamente mejorables.

Del resto de los hospitales de referencia mencionados, aquellos que poseen servicios de maternidad y neonatología dentro del sector público son:

- Hospital Avellaneda (concentra aproximadamente el 18% de los partos del sector público)
- Hospital Padilla (16% de las muertes maternas del sector público)
- Hospital Centro de Salud

De acuerdo a una presentación realizada para la provincia de Tucumán del trabajo del CEDES "Morbimortalidad materna y perinatal en Argentina, diagnóstico para la reorientación de las políticas y programas de salud", las características de la atención obstétrica en la provincia de Tucumán son:

- Gran concentración de la atención en el área centro.
- La Maternidad es el único servicio que brinda atención obstétrica de tercer nivel de complejidad.
- La red periférica, los hospitales pequeños y aún los regionales, tienen muy poca capacidad resolutive (falta de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y capacitación).
- Problemas suplementarios: descreimiento en un sistema de salud que no satisface la demanda, autoderivación, dificultades inherentes al traslado y interrupción familiar por la internación de la madre en un centro alejado de su domicilio.

Programa de salud integral del adolescente

Responsable: Dra. Alicia María Saad de Carilla.

Recursos humanos: dos médicas.

Recursos institucionales: no cuenta con recursos propios.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

Desarrollo del material de difusión para la comunidad.

Desarrollo de un espacio adecuado para la atención del segundo y tercer nivel.

Monitoreo de la cobertura de adolescentes y de las actividades

desarrolladas.

Programa de salud sexual y procreación responsable

Responsable: Dra. Cecilia Luna.

Recursos humanos: una médica. Los efectores del programa son todos aquellos profesionales de la salud que se desempeñan en los CAPS y hospitales en las áreas de medicina familiar y general, tocoginecología y pediatría.

Recursos institucionales: en la actualidad 237 de los 289 CAPS se encuentran incorporados al programa.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

El alcance de metas nacionales y provinciales del programa será mencionado en forma independiente al referirnos a los resultados de monitoreo y auditoría.

Conocimiento de la ley y los programas por parte de los profesionales de la salud

El Ministerio distribuyó publicaciones sobre la ley al personal de salud de la provincia. Sin embargo, un estudio realizado por la AASSER informó que la mayoría del personal de salud no la había leído ni conocía sus contenidos (estudio multicéntrico 2004-2005).

De acuerdo con este estudio existe un acuerdo teórico con los distintos artículos de la ley pero se reconocen las siguientes dificultades para su correcta implementación:

1. La mayoría de los médicos se niegan a dar MAC a **menores de edad**. (patria potestad)
2. **Oposición de la iglesia** a los MAC y a la difusión del programa en las escuelas.
3. **Falta de capacitación** del personal de salud y **objeción** de algunos médicos **a colocar DIU** (de tipo económica).

Se señaló como dificultad en casi todas las localizaciones, la falta de continuidad en el suministro de determinadas formas o marcas de MAC, lo cual hace perder credibilidad de la población usuaria en los programas, los servicios y/o los profesionales, ya que una vez que se habitúan a un determinado tipo de método, se ven obligadas a cambiarlo.

Las barreras administrativas existentes para el acceso a los servicios fueron referidas en todas las localizaciones, aunque adoptando diferentes expresiones: los horarios de atención inadecuados, la incomodidad para conseguir turnos (tener que acudir personalmente en horas de la madrugada), las largas esperas presenciales, los horarios restringidos para la entrega de MAC.

Los médicos pediatras tienen un importante rol para la plena implementación de la ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, especialmente en la población adolescente. En forma paralela al estudio previamente mencionado, se realizó durante el año 2005 un estudio multicéntrico entre CONAPRIS y la Sociedad Argentina de Pediatría, orientado a evaluar el conocimiento de los pediatras sobre la ley y programa de salud reproductiva y procreación responsable.

En términos generales los pediatras entrevistados desconocen o conocen en forma muy superficial la legislación sobre estos temas, tanto en su contenido como en su implementación. Los aspectos más conocidos son los que tuvieron difusión a través de los medios de difusión.

El tratamiento de la Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes es un terreno donde conviven diferentes discursos. Estos evidencian tensiones producto de las indefiniciones relativas a la competencia de los pediatras en su tratamiento y al hecho de que se presume la incapacidad relativa de los adolescentes para tomar decisiones y de ejercer su sexualidad, con independencia de la opinión de sus padres. Por ello las estrategias para el tratamiento de SSyR con adolescentes son múltiples y pautadas. En líneas generales suponen alguna instancia de conversación con los progenitores. Con relación al supuesto caso en el que un adolescente solicita la prescripción de anticonceptivos, en líneas generales, los pediatras derivan a la paciente a una consulta con un ginecólogo, la mayoría da información, menos frecuentemente sugieren el uso de preservativos y sólo excepcionalmente prescriben anticonceptivos hormonales.

En general los pediatras reconocen que no están capacitados para abordar la temática de la SSyR. Existen no obstante diferentes posiciones y actitudes derivadas de esta falta de conocimiento que afectan las prácticas que ellos realizan. Una de ellas es que a pesar de no tener conocimientos suficientes,

consideran que tienen elementos básicos para trabajar y le permiten realizar las actividades que le competen como pediatras. La otra posición determina que la falta de conocimientos, tiempo, etc., se traduzca en una visión “derivadora” o “excluyente”, que desplaza el problema a otros campos y favorece una actitud negativa u obstaculizadora de toda posible acción en SSyR.

Las propuestas de los pediatras para abordar la salud sexual y reproductiva giraron en torno a tres ejes básicos:

- Generación y difusión de información específica.
- Normatización y creación de protocolos para la consulta.
- Grupos de reflexión y acción.

Conclusión: La provincia tiene programa de salud reproductiva en ejecución pero no ley de Salud Sexual y Procreación Responsable propia. Hay falta de difusión de la ley nacional, no sólo en la población general si no en los propios efectores. Los principales obstáculos para el desarrollo del programa son la falta de capacitación y las objeciones inválidas por parte de los efectores (patria potestad, negación al uso del DIU) así como la negativa de la Iglesia a la difusión del programa en el ámbito educativo.

Los pediatras se encuentran en una posición sumamente sensible en relación a esta controversia, por diversos motivos. En primer lugar, porque uno de los ejes críticos en la Argentina es la posibilidad de que los menores y los adolescentes sean informados en materia de SSyR e inclusive que se les prescriba anticonceptivos sin la autorización de sus padres. En segundo lugar, porque la salud sexual en los niños es un tema sobre el cual no se tematiza, y por ende, les resulta muy problemático. En este sentido resulta un serio agravante la falta de protocolos para la consulta, resultante de la poca reflexión en ámbito médico –científico sobre el alcance de SSyR.

Recursos económicos e insumos

Recursos Económicos

La Provincia contó para el año 2004 con una partida de \$1.274.783 asignados para el Programa Maternoinfantil, destinados casi exclusivamente a la compra de leche. No existen partidas presupuestarias provenientes de Nación para los programas mencionados, excepto por las utilizadas para la compra y envío de insumos a las provincias.

Programa de salud integral del adolescente

Responsable: Dra. Alicia María Saad de Carilla.

Recursos económicos: no cuenta con partida presupuestaria específica ni otros recursos propios.

Necesidades: Desarrollo del material de difusión para la comunidad.

Programa de salud sexual y procreación responsable

Responsable: Dra. Cecilia Luna.

Recursos económicos: medicamentos, insumos y registros provenientes de la Nación.

No cuenta con partida presupuestaria específica independiente de la entrega de MAC y otros insumos.

Necesidades: Capacitación del equipo de salud.

Insumos

Nos referiremos tanto a las publicaciones como a los métodos anticonceptivos entregados regularmente por la Nación a la Provincia.

Publicaciones

Se entregan en forma gratuita publicaciones para los efectores y para la población general.

A. Con destino al equipo de Salud:

- "Guía para el uso de métodos anticonceptivos"
- "Manual de apoyo para el trabajo de los agentes de salud del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable".
- Póster "Cuadro de referencia para los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, para la prescripción de métodos anticonceptivos",
- Miniafiches: "Cuadro de procedimientos previos para la prescripción de métodos anticonceptivos", "Utilización de la Dehidroxiprogesterona.", "Práctica de la colocación del Dispositivo Intra Uterino"

B. Con destino a la población en general:

- Folleto institucional sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Folleto de comunicación popular sobre el Programa.
- Afiche sobre el Programa.

Métodos anticonceptivos (transferencias)

Fondo población (UNFPA)

Desde el año 2003, en el que se iniciaron las transferencias de MAC a la provincia de Tucumán por parte del programa nacional, se han transferido hasta la actualidad cantidades variables de Anticonceptivos Orales (ACO), Anticonceptivos Orales para Lactancia (ACO/LAC), Anticonceptivos Inyectables (ACI), Dispositivos Intra Uterinos (DIU), condones y kits de colocación de DIU:

Insumos 2003

<i>ACO</i>	<i>ACO/LAC</i>	<i>ACI</i>	<i>DIU</i>
278.744	No	21.442	3.431

Insumos: 2004

<i>ACO</i>	<i>ACO/LAC</i>	<i>ACI</i>	<i>DIU</i>	<i>CONDONES</i>	<i>KITS</i>
223.900	15.463	21.584	9.307	155.119ud	120

Insumos: 2005

<i>ACO</i>	<i>ACO/LAC</i>	<i>ACI</i>	<i>DIU</i>	<i>CONDONES</i>	<i>KITS</i>
165.000	43.000	51.000	16.600	2.140 gru	107

Las tasas de uso se mencionan en el próximo punto.

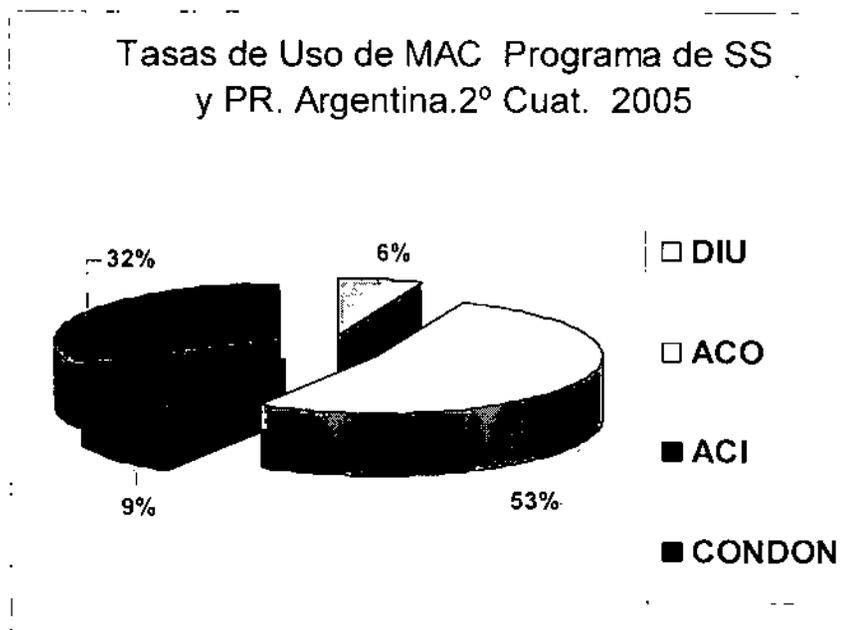
En cuanto al stock de los diferentes MAC según áreas programáticas, cabe destacar que en los monitoreos se observa un adecuado reporte de stock por parte de las áreas Sur y Oeste, mientras que el área Este y el área Centro no informan stock discriminado por tipo de MAC ni por fecha de vencimiento, hecho que dificulta la evaluación del uso actual y los requerimientos posteriores.

Resultados de monitoreo nacional y provincial

Tasa de uso a nivel nacional

Las autoridades nacionales realizan monitoreo continuo de la tasa de uso de cada MAC. Como ya ha sido mencionado, a nivel nacional se destaca el uso de anticonceptivos orales y en menor medida de preservativos. El DIU es un método poco usado. De hecho la tasa de uso de anticonceptivos inyectables es superior a la de DIU.

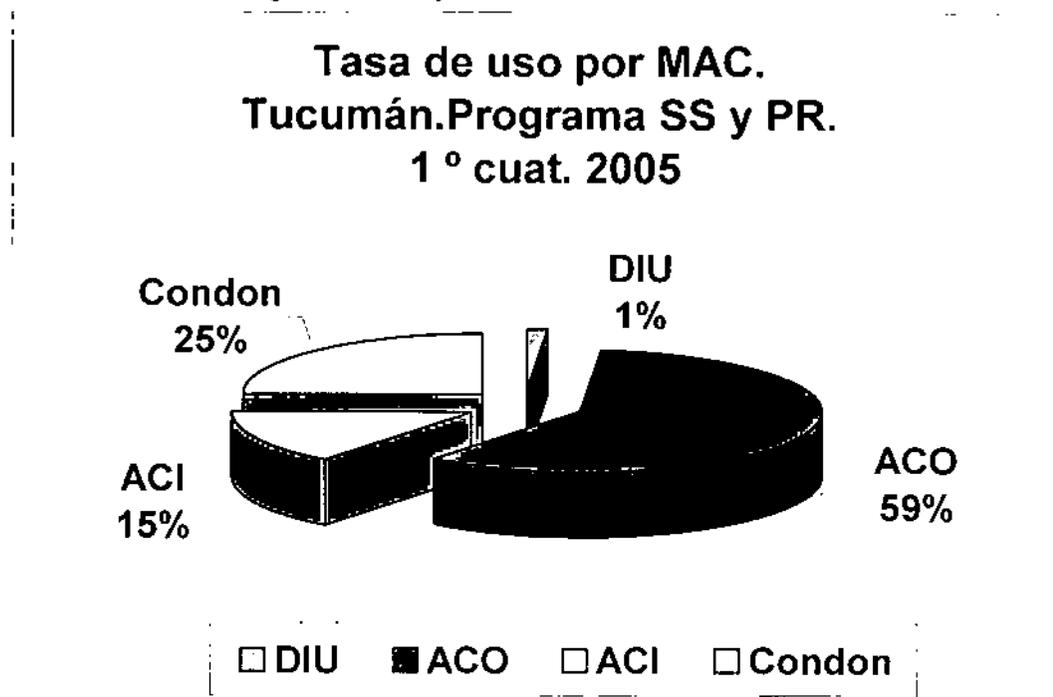
Gráfico 16- Tasa de uso de MAC en el año 2005 en toda la República Argentina. Fuente: Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable



Tasa de uso a nivel provincial

En el siguiente gráfico puede observarse la tasa de uso provincial discriminada por MAC que se reportó para el primer cuatrimestre del 2005. Existen algunas diferencias con respecto al uso observado para el total nacional:

Gráfico 17- Tasa de uso por MAC 2005 Provincia de Tucumán. Fuente: Ministerio Salud. Programa de SS y PR.



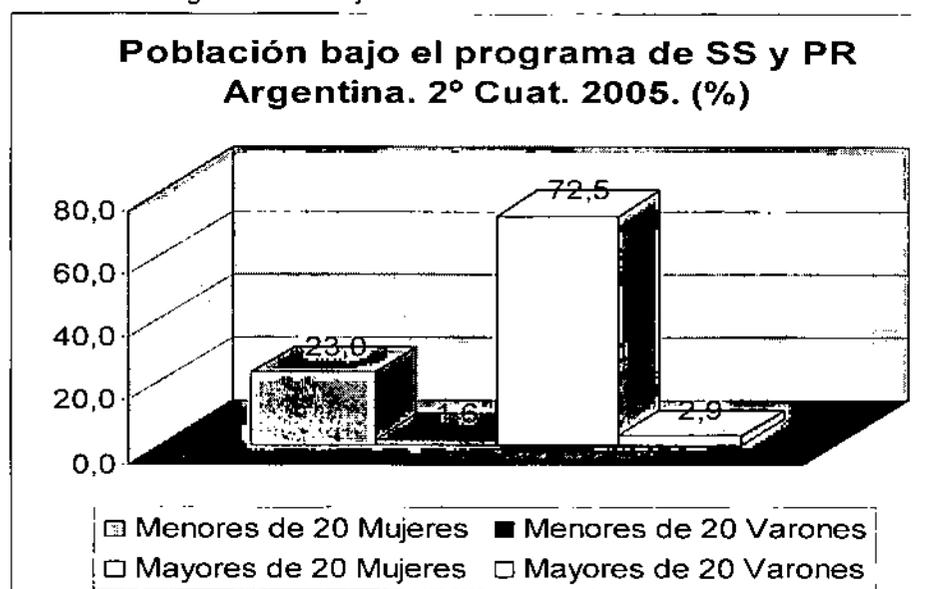
Como puede observarse, el porcentaje de elección de ACO como método anticonceptivo es aún mayor que el observado en la media nacional, de la misma forma que los métodos inyectables, ambos en detrimento del preservativo. El porcentaje de uso de DIU también resulta sensiblemente menor que el promedio nacional.

Población total y adolescentes bajo programa

La población dentro del Programa de Procreación Responsable es la cantidad de habitantes que reciben consejería y método anticonceptivo en consultorios estatales. Se calculan en forma cuatrimestral sobre la base de los MAC entregados.

Se estima que la cuarta parte de la población que ingresó al programa nacional es adolescente –según los cálculos del año 2005-. La proporción de varones es extremadamente baja tanto en la población adolescente como en los mayores de 20 años.

Gráfico 18- Población dentro del Programa de SS y PR. Año 2005. Distribución por sexo y grupo etario. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Programa de SS y PR.



Con respecto a la población bajo programa discriminada por grupo etario en la provincia, se calcula que el 20% corresponde a población adolescente, porcentaje inferior al observado a nivel nacional.

Según las últimas actualizaciones provinciales correspondientes al último cuatrimestre del 2005, el número total de personas bajo programa ha presentado un crecimiento mayor al 100% con respecto a los datos previos del cuatrimestre anterior, que contaban con una población bajo programa de 27.243 beneficiarios. De acuerdo a los datos más recientes, el número actual de adolescentes bajo programa en Tucumán sería de 11.818. El porcentaje de beneficiarios discriminados por sexo es similar al de la media nacional.

27.243 beneficiarios. De acuerdo a los datos más recientes, el número actual de adolescentes bajo programa en Tucumán sería de 11.818. El porcentaje de beneficiarios discriminados por sexo es similar al de la media nacional.

Según el último informe de Estadísticas Vitales (2004) la población tucumana de ambos sexos entre 15 y 19 años es de aproximadamente 130.000. Por lo menos la mitad de ellos depende del subsector público. Si consideramos el total de adolescentes de la provincia y el número estimado de adolescentes dentro del programa observaremos que sólo alrededor del 9% de los adolescentes tucumanos recibe algún tipo de beneficio por parte del programa provincial.

Metas nacionales de proceso al 2005

Como ha sido mencionado con anterioridad, existen 6 metas de proceso y 4 de impacto cuyos resultados son monitorizados en forma periódica por las autoridades nombradas a nivel del Ministerio de Salud de la Nación:

- Meta 1: implementar el Programa en todas las provincias. *Cumplida 100%*.
- Meta 2: Implementar sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación en todas las provincias. *Cumplida al 100%*.
- Meta 3: Incorporación de al menos el 50% de efectores de las provincias. Cumplida, 63% del total de efectores. Hasta marzo de 2005 los centros de salud y hospitales con prestaciones del Programa alcanzan a 5.000 en todo el país, mientras la cantidad de beneficiarios llegó a 1.500.000.
- Meta 4: Lograr que el 80% de los efectores cuenten con insumos. Cumplida al 100%.
- Meta 5: Lograr que todas las provincias realicen actividades de información. Cumplida, 91,7 % del total de efectores.
- Meta 6: Asegurar que todas las provincias incluyan actividades de Consejería. Cumplida, 74,8 % del total efectores.

Metas de impacto nacionales

- Meta 7: Reducir en al menos un 15% para el 2005 la tasa de mortalidad materna en todas las jurisdicciones. (Reducción global del 7% al 2004). No se cuenta aún con datos completos del 2005 avalados por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Meta 8: Reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto a cinco años de iniciado el Programa respecto de los valores del año 2000. Se debe tener en cuenta que el número de hospitalizaciones por aborto que no genere muerte tiene un considerable subregistro. Se deben mejorar los registros correspondientes para la adecuada evaluación de esta meta.
- Meta 9: Disminuir la Tasa de Fecundidad adolescente en al menos el 10% en cinco años de implementado el Programa. No se dispone aún de la información necesaria para la evaluación de esta meta.
- Meta 10: asegurar que todas las mujeres bajo Programa Provincial realicen PAP en los últimos tres años. Se requiere aún de la información estadística consolidada.

Metas provinciales de proceso

En la siguiente tabla es posible observar la evolución en el cumplimiento de las metas de proceso en la Provincia de Tucumán durante los años 2004 y 2005.

Tabla 15- Evolución de las metas del Programa de SS y PR en la Provincia de Tucumán.
Años 2004 y 2005.

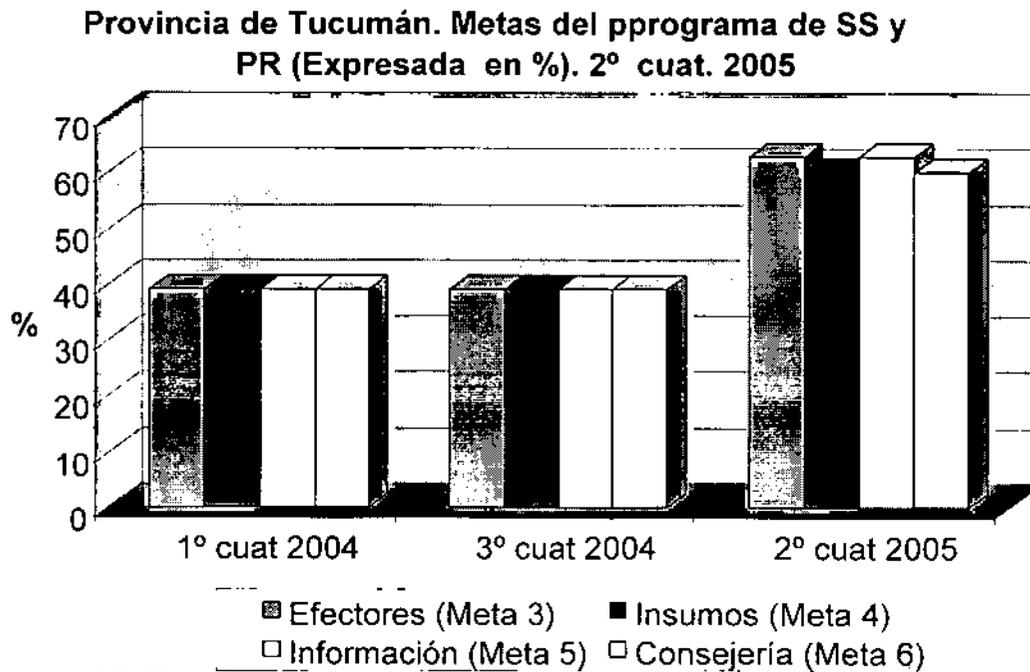
Evolución de las Metas del Programa. Tucumán

Metas	Indicadores	1º cuat 2004	%	3º cuat 2004	%	2º cuat 2005	%
Efectores (Meta 3)	Nº efectores al inicio y final del programa /	135	39	135	39	216	63
	Efectores prov. Programados	343		343		343	
Insumos (Meta 4)	Efectores con disponibilidad regular de Insumos /	135	39	135	39	205	60
	Total de efectores	343		343		343	
Información (Meta 5)	Efectores con actividades de Información /	135	39	135	39	216	63
	Total de efectores x prog. provincial	343		343		343	
Consejería (Meta 6)	Efectores con actividad de Consejería /	135	39	135	39	205	60
	Total de efectores	343		343		343	

En la tabla se observa que el porcentaje de cumplimiento provincial de la meta 3 es el mismo que el observado a nivel nacional, mientras que el cumplimiento de las restantes metas de proceso es sensiblemente menor que el promedio nacional.

Se dispone de algunos datos provinciales aislados con mayor nivel de actualización, que informan con respecto a la meta 1 de proceso un porcentaje actual de efectores bajo programa del 76% del total de los efectores, que corresponde a un número absoluto de 260 efectores. Sin embargo, es de destacar que la distribución absoluta de los efectores de acuerdo a las diferentes Áreas Programáticas presenta marcada heterogeneidad, con más de 50 servicios bajo programa en las áreas Centro, Este y Oeste, y menos de 10 en el área Sur, Municipalidad y Hospitales de la Capital. Se programa para el año 2006 la incorporación de 46 nuevos efectores.

Gráfico 19- Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa de SS y PR. Provincia de Tucumán. Años 2004 y 2005.



Con respecto al cumplimiento de las metas de impacto a nivel provincial, si bien no existe aún información estadística consolidada y no ha transcurrido aún el tiempo suficiente para su evaluación (las metas 8 y 9 deberían ser evaluadas en el año 2008) se dispone de algunos datos aislados que pueden mencionarse:

- Con respecto a la meta 7 de reducción en al menos un 15% para el 2005 de la tasa de mortalidad materna en todas las jurisdicciones, si bien no se cuenta aún con datos completos del 2005 avalados por el Ministerio de Salud de la Nación, la tasa de mortalidad materna reportada para la Provincia para el año 2004 fue de 5,07 cada 10.000 nacidos vivos, con tasas previas de mortalidad materna provincial de 5,3 para el año 2002, año de inicio del programa. Esto implica una reducción en este periodo del 4,34%, menor a la observada a nivel nacional de 7%. Sin embargo, no debemos olvidar que a pesar de ser pequeño, este descenso en la razón de mortalidad materna en la provincia pareciera indicar el comienzo de una curva descendente, ya que dicha razón había presentado un aumento previo del 30% en el periodo 1990-2002.

- En cuanto a la meta 8 de reducción de al menos un 20% en el número de hospitalizaciones por aborto a cinco años de iniciado el Programa respecto de los valores del año 2000, el número de egresos por aborto registrado en la Provincia en el año 2004 es de 3.884 (Fuente: Programa Provincial de prevención del Cáncer de Cuello Uterino). Se dispone de cifras previas oficiales del año 1999, que informan 2821 egresos por aborto (con 378 egresos por aborto dentro del grupo adolescente). Con el comentario realizado previamente con respecto al subregistro, en este punto resulta complicado evaluar si este aumento en el número de egresos por aborto corresponde a un aumento verdadero o simplemente a una mejoría inicial en el registro de dichos egresos.
- Meta 9: Disminuir la Tasa de Fecundidad adolescente en al menos el 10% en cinco años de implementado el Programa. No se dispone aún de la información necesaria para la evaluación de esta meta, que debe ser revisada en el 2008.
- Meta 10: asegurar que todas las mujeres bajo Programa Provincial realicen PAP en los últimos tres años. Se requiere aún de la información estadística consolidada. El número de mujeres que realizaron PAP en la Provincia durante el año 2004 es de 18.555.

Actividades

A continuación se presenta una síntesis de las actividades del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en sus primeros años de implementación:

- Fortalecimiento de los programas provinciales a través de acciones de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de referentes provinciales del Programa para reforzar los equipos existentes.
- Adquisición centralizada y distribución a las 24 jurisdicciones del país de métodos anticonceptivos por alrededor de \$ 33.000.000.
- Actividades de capacitación a equipos de salud provinciales y agentes sanitarios, tanto en aspectos de gestión como en temas específicos: salud integral de la mujer, consejería, atención integral del adolescente y tecnología

anticonceptiva. Participaron en estos talleres alrededor de 600 profesionales de la salud en distintas provincias.

- Talleres de capacitación específicos sobre colocación de DIU en los que participaron unos 584 profesionales de 5 provincias.
- Talleres de capacitación en salud sexual y procreación responsable destinados a organizaciones de la comunidad, con unos 2.500 participantes.
- Actividades y talleres sobre salud sexual y procreación responsable destinados a adolescentes. Estas actividades fueron realizadas en conjunto con la Dirección Nacional de la Juventud (DINAJU) con el objetivo de generar la formación de grupos capacitados. Participaron más de 3.000 jóvenes en varios puntos del país.
- Elaboración, distribución y difusión de materiales de capacitación y comunicación social destinados a los equipos de salud y a la comunidad.
- Implementación de una campaña de comunicación social en radio y actividades de consejería en los principales centros de veraneo del país (Costa Atlántica y Festivales de Rock en Córdoba).
- Apoyo a campañas locales de comunicación.
- Está en marcha la campaña en medios de difusión masiva, destinada a informar a la comunidad sobre sus derechos, sobre las prestaciones del Programa en todo el país y promover conductas saludables.
- Por otra parte, en la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias se conformó una Unidad de Género y Salud que elaboró un Plan de Capacitación en Género y Salud Reproductiva. El Plan involucra actividades de capacitación a docentes, trabajadoras/es de la salud, realización de talleres y formación de promotores/as comunitarias de salud sexual y reproductiva. El plan será desarrollado en forma conjunta por representantes del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, de la Unidad de Género del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y la participación de representantes del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y de la sociedad civil que surjan del Consejo Consultivo.

Observaciones del monitoreo provincial

A continuación se detallan las observaciones realizadas por las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación a raíz de los resultados del monitoreo provincial:

- Se implementan las actividades del programa. En menor medida Consejería.
- Se debe mejorar el envío de la información de manera sustancial.
- Incrementó la población bajo programa en un 30% el último cuatrimestre.
- Se cumplió con la meta de efectores bajo programa.

Diagnóstico de situación

Introducción

Se elaborará un diagnóstico de situación del embarazo adolescente en la Provincia de Tucumán, incluyendo características de la población en estudio y relevamiento de recursos provinciales, así como breve comparación con la misma población de diferentes jurisdicciones y países.

En primer lugar se describe el perfil sociodemográfico de la madre adolescente tucumana. El mismo se construyó a partir de los datos epidemiológicos disponibles-expuestos en las actividades 1 y2--.

En segundo lugar se relevarán los recursos provinciales dedicados a esta población, considerando el marco legal de los programas implementados y los recursos destinados para su ejecución en sí mismos.

Se debe tener en cuenta antes que nada ciertas características de Tucumán que la diferencian de otras jurisdicciones.

- Es una provincia con población predominantemente joven y urbana.
- El Estado está a cargo de la salud de la mayor parte de la población.
- La morbilidad materna se mantiene por encima de los niveles deseados por la OMS.
- La provincia de Tucumán presenta una incidencia de embarazo adolescente elevada. La tasa de fecundidad adolescente es ligeramente inferior a otras jurisdicciones de América Latina y similar al promedio nacional. Sin embargo está muy por encima de la Ciudad de Bs. As. y los países europeos.
- El embarazo en la adolescencia se mantiene estable en los últimos 2 censos. Esto indica que es un fenómeno no sólo frecuente sino también constante en el tiempo.

Perfil de la madre adolescente en Tucumán

La madre adolescente en la provincia de Tucumán tiene 9 características fundamentales que se desarrollarán a continuación:

- 1. Madres adolescentes antes de los 17 años**
- 2. Madres solteras**
- 3. Madres adolescentes con varios hijos**
- 4. Analfabetismo y bajo nivel de instrucción**
- 5. Deserción escolar**
- 6. Atención casi exclusiva en instituciones públicas**
- 7. Conducta sexual de riesgo**
- 8. Falta de información sobre Métodos Anticonceptivos**
- 9. Falta de atención durante el embarazo y malos resultados obstétricos**

1. Madres adolescentes antes de los 17 años

Al igual que en el resto del país hay pocas madres de menos de 15 años de edad. El embarazo a edades tan tempranas es afortunadamente raro pero relevante porque identifica situaciones de alto riesgo.

La provincia tiene muchas madres de tan sólo 16 o 17 años de edad (40% del total de las madres adolescentes). Este porcentaje es similar a la media nacional porque todas las provincias presentan similar número de madres de 15 a 17 años de edad.

No debe subestimarse el embarazo adolescente pensando que se trata de mujeres de 19 años porque casi la mitad tiene en promedio 16 años de edad.

Tabla 16- Distribución de los nacimientos en la adolescencia en tres intervalos (porcentaje). Se compara Tucumán con el total del país y la ciudad de Bs. As. Fuente Censo 2001.

Edad (Intervalo)	10-14 años	15-17 años	18-19 años
Total del país	3.2%	38.7%	58.2%
Ciudad Autónoma de Bs. As.	2.2%	41.0%	56.8%
Tucumán	2.9%	38.8%	58.2%

2. Madres solteras

Más del 40% de estas madres no tiene pareja al momento de parir. Las más jóvenes son las que generalmente están más solas en este momento. Hay más madres solteras en Tucumán que en la mayor parte del país aunque no llega a la cifra alarmante de Catamarca.

Tabla 17- Situación conyugal para todos los grupos en edad fértil (porcentaje). Se incluye a la provincia de Catamarca porque presentó los valores más bajos en el censo 2001.

Edad (Intervalo)	10-14 años	15-17 años	18-19 años	+ de 20 años
Total del país	46.3	62.3	71.4	88
CABA	44.7	65.9	77	94
Tucumán	40.5	56.8	66.3	87.1
Catamarca	12.9	32.6	47.1	73.1

3. Madres adolescentes con varios hijos

El embarazo adolescente es un fenómeno recurrente en la provincia. Muchas madres adolescentes tienen varios hijos. Es un fenómeno que se repite sin aprendizaje –modificar conducta- tanto para la mujer como para el sistema de salud. La provincia de Chaco presenta los peores valores pero Tucumán está lejos de la Ciudad Autónoma de Bs. As.

Tabla 18- Paridad de las madres menores de 20 años. Se incluyen los porcentajes de Tucumán, ciudad de Bs. As., Chaco (provincia con mayor cantidad de madres adolescentes de alta paridad) y total del país. La cantidad de hijos incluye al recién nacido. Fuente: censo 2001

Hijos	1	2	3 o +
Total del país	67.5	24.9	7.6
Tucumán	62.7	27.9	9.4
CABA	82.4	15.2	2.4
Chaco	53.2	32.5	14.3

4. Analfabetismo y bajo nivel de instrucción

Las madres analfabetas representan las dos terceras partes de todas las madres adolescentes. Las que saben leer generalmente no tienen ni siquiera nivel secundario. La clara asociación con bajo nivel educativo demuestra que la salud depende en gran medida de la educación que recibe el adolescente.

Es un problema nacional pero Tucumán es una de las provincias con peores estadísticas educativas, particularmente en este subgrupo – embarazadas y adolescentes-.

Tabla 19- Porcentaje de madres adolescentes por condición de alfabetismo. Es decir que del total de madres de Tucumán, el 11.5% son adolescentes y alfabetos, mientras que el 21.6 son adolescentes y analfabetas. Se incluye la provincia de chaco por presentar el peor índice del país.

Jurisdicción	Alfabetas	Analfabetas
Total del país	10.6	24.7
CABA	4.2	7.3
Tucumán	11.5	21.6
Chaco	16.6	38.4

5. Deserción escolar

El 68% de las madres adolescentes tucumanas encuestadas por Cedes había dejado la escuela antes del embarazo. Es la tasa más alta de deserción escolar registrada por la encuesta. Refleja que deserción y embarazo presentan una fuerte asociación. Quizás no exista relación causa-efecto pero es seguro que ambas surgen de un mismo contexto social. Este fenómeno la distingue de la provincia de Catamarca que posee variables con valores alarmantes pero un nivel de deserción muy bajo (28%).

6. Atención casi exclusiva en instituciones públicas

Son muy pocas las madres adolescentes que tienen algún tipo de cobertura de salud. Se atienden en servicios públicos y constituyen un problema que enfrenta casi exclusivamente el estado provincial.

Tabla 20- Porcentaje de madres adolescentes con cobertura de salud en todo el país, ciudad de Bs. As. y Tucumán. Fuente Censo 2001.

Jurisdicción	Madres adolescentes con cobertura de salud
Nación	27%
CABA	41%
Tucumán	33%

7. Conducta sexual de riesgo

- Las madres adolescentes tucumanas refieren haber iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años de edad. La mitad no usó método anticonceptivo ni en esta primera relación ni después de la misma.

- Las que usan método anticonceptivo usan poco el preservativo (baja prevención de ETS) en comparación con otras jurisdicciones y tienen preferencia por pastillas o métodos poco eficientes como el coitus interruptus.

8. Falta de información sobre Métodos Anticonceptivos

Hay ignorancia sobre anticoncepción y riesgo de enfermedades de transmisión sexual:

- La madre adolescente generalmente no recibió información sobre anticoncepción en la escuela.
- Muchas ignoran la existencia métodos como el DIU, que es muy popular en otras áreas del país.

9. Falta de atención durante el embarazo y malos resultados obstétricos.

La mitad de las embarazadas adolescentes de la provincia no concurre al médico en el primer trimestre de su embarazo y algunas nunca lo hacen. Las causas de esta conducta son: ignorancia y falta de acceso al sistema de salud. La finalización del embarazo por cesárea es muy frecuente a pesar de que la edad en sí misma no constituye una causa de este fenómeno.

Resumen

Como el objetivo de esta actividad es generar un perfil y compararlo con otras jurisdicciones, hemos construido una tabla -a modo de resumen-comparando Tucumán (peores valores) con Buenos Aires (mejores valores) y la totalidad de la Nación Argentina.

Tabla 21. Encuesta a puérperas adolescentes. Se seleccionaron 12 marcadores críticos. Se expresan los porcentajes del total de las puérperas adolescentes encuestadas, la ciudad de Bs. As. y Tucumán.

Marcadores críticos	Total	Ciudad de Bs. As.	Tucumán
Secundario incompleto o menor nivel de instrucción	42.4	38.6	69.9
IRS antes de los 15 años	30.9	28.3	36.8
No usó método anticonceptivo en IRS	39.8	30.4	54.5
Usó método poco eficaz o ninguno en IRS	45.9	33.0	63.3
Nunca realizó control prenatal	3.5	2.9	4.8
No realizó control prenatal en primer trimestre	45.2	41.9	55.3
Primíparas	40.8	37.8	51.4
Múltiparas	57.5	51.6	64.2
Menos de 5 controles prenatales	31.1	21.1	47.8
Primípara	25.0	17.7	41.3
Múltipara	47.7	30.0	61.9
Primer RN vivo por cesárea	17.1	14.9	29.5

Recursos provinciales destinados a las madres adolescentes

Analizaremos en forma sucesiva nueve aspectos a considerar con respecto a los programas provinciales y los respectivos recursos destinados a su implementación:

- 1. Marco legal**
- 2. Ausencia de trabajo colaborativo con otros ministerios**
- 3. Ignorancia de la ley y dificultades para su ejecución**
- 4. Ausencia de un programa de Salud sexual orientado a los adolescentes**
- 5. Falta de presupuesto propio y personal**
- 6. Distribución heterogénea de métodos anticonceptivos**
- 7. Reducido número de usuarios dentro del programa**
- 8. Falta de acceso al programa**
- 9. Logro de las metas**

1. Marco legal

El marco legal es la primera carencia del sistema. Pasaron cuatro años desde la sanción de la ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable pero todavía no hay una ley provincial en la provincia de Tucumán. Esto quiere decir que la provincia adhiere por inercia a la ley Nacional. Sin embargo, muchas provincias tienen ley propia adaptada a las necesidades locales y que le otorga más fuerza a las intervenciones realizadas en este ámbito por existir un marco legal y político para las acciones de los servicios de salud.

2. Ausencia de trabajo colaborativo con otros ministerios

La ley nacional establece la colaboración en el programa de los ministerios de Educación y Desarrollo Social. Por ahora no hay medidas emprendidas

por las autoridades del programa que impliquen en forma concreta a estos dos ministerios. Esto es particularmente importante en la provincia de Tucumán donde el embarazo adolescente tiene lugar en un contexto educativo de importante deserción escolar y bajo nivel de instrucción.

3. Ignorancia de la ley y dificultades para su ejecución

- La mayor parte de los pediatras ignora los contenidos de la ley (simplemente derivan a ginecología).
- Muchos ginecólogos no indican anticonceptivos a adolescentes si sus padres no están presentes (patria potestad vs. derecho del adolescente).
- Existen profesionales que no colocan DIUs en instituciones públicas porque se trata de una intervención que habitualmente realizan en forma privada cobrando sumas considerables (oposición económica).

4. Ausencia de un programa de Salud sexual orientado a los adolescentes

El embarazo en la adolescencia es reconocido claramente en la ley nacional como uno de los problemas esenciales. La ley establece como objetivo la salud sexual de los adolescentes y en el artículo 5 establece como actividad brindar apoyo a los grupos de riesgo. El adolescente representa un elemento de riesgo por la conducta sexual descrita en las actividades anteriores y por representar el futuro de la Provincia. Hay diversos programas orientados a la salud de los adolescentes pero ninguno específico para la salud sexual. La salud sexual de los adolescentes recae en el programa nacional dirigido hasta el momento a toda la población en edad reproductiva.

5. Falta de presupuesto propio y personal

Tanto en la provincia de Tucumán como en el resto del territorio no hay una partida propia destinada exclusivamente a procreación responsable. Los insumos no faltan porque Nación distribuye MACs y material didáctico a demanda. Pero los efectores del programa son los mismos que se desempeñan en otras áreas con la consiguiente sobrecarga en sus labores y no habiendo personal designado específicamente nombrado para estas actividades.

6. Distribución heterogénea de métodos anticonceptivos

La distribución de métodos anticonceptivos es probablemente el objetivo mejor logrado del programa. El ministerio de Salud provee a través del programa insumos en métodos anticonceptivos a demanda de todas las provincias. Hay monitoreo cuatrimestral de los insumos y los anticonceptivos enviados a la provincia son cada vez más debido a la incorporación de cada vez más personas en el programa (aumento de la demanda). Se está cumpliendo en forma estricta con la inclusión de los MAC (en todas sus formas) dentro del PMO (Plan Medico Obligatorio). Esto implica que no tienen costo alguno para los usuarios del sistema de salud. Este es el principal logro del programa a nivel nacional y específicamente en la provincia de Tucumán. Pero se trata de un avance cuantitativo pero no cualitativo porque la tasa de uso de los diferentes métodos no es la esperada.

- Se colocan pocos DIUs en Tucumán. La tasa de uso llega a penas al 1% a pesar de que se cuenta con los insumos para elevar esa tasa. Las causas de este fenómeno son la falta de consejería adecuada y de programas de educación que los promuevan.
- El uso de preservativos es bajo (sólo la cuarta parte de las usuarias del programa). Esto trae apareado el aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

7. Reducido número de usuarios dentro del programa

Ya se explicó que la cuarta parte de los usuarios del sistema son adolescentes. Esto es un logro importante pero se encuentra por debajo de la media nacional. En términos absolutos hay cerca de 12.000 adolescentes en el programa lo que equivale a la sexta parte de la población adolescente de la provincia. Por tratarse de un grupo de interés particular es necesario incorporar aun más adolescentes.

Otra carencia del programa a nivel nacional y particularmente en la provincia de Tucumán es la falta de alcance al sexo masculino. Se incurre lamentablemente en una discriminación de género. Las mujeres pero no los hombres son las principales usuarias del sistema incurriendo en la clásica discriminación de género en ambos sentidos.

8. Falta de acceso al programa

Como ya se explicó anteriormente el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable plantea diferentes metas de proceso y de impacto. El programa ha sido implementado y monitorizado en la provincia de la misma forma que en todas las restantes jurisdicciones del país. Se incorporó personal de salud en forma progresiva desde el inicio. La provincia contaba aproximadamente con 216 efectores (63% del total) a fines del 2005. Es poco probable que se haya incorporado el total de los efectores desde entonces por lo que hay personas que no tienen acceso al sistema por el hecho de residir en área sin efectores. De hecho la distribución de médicos que forman parte del programa es geográficamente muy irregular. Hasta no incorporar el total de los mismos e incluso generar nuevos puestos de atención el acceso global será imposible. En lo referente a las actividades realizadas por estos efectores (información y consejería) y la provisión de insumos, se ha logrado que casi todo el personal trabajando para el programa en la provincia esté realizando dichas actividades y disponga de MACs para entregar a los usuarios. De esta forma parece que se trata de un problema cuantitativo más que cualitativo. Hacen falta más efectores.

9. Logro de las metas

Las metas de impacto aún no pueden ser evaluadas. La tasa de fecundidad adolescente sólo puede calcularse con certeza con un censo provincial. La cantidad de egresos por aborto sigue siendo alta pero la mortalidad materna presenta una tendencia descendente (aunque inferior que la nacional). La cantidad de PAPs por año sigue siendo baja. Hay una mejoría desde la aplicación del programa pero no hay resultados espectaculares debido a las necesidades y carencias del sistema.

Conclusiones

Comprensión de la dimensión del problema

El inicio precoz de las relaciones sexuales es un fenómeno mundial. Tucumán no es la excepción. Las autoridades encargadas de la salud de los adolescentes han establecido públicamente que es necesario reducir la fecundidad adolescente (ver sección Metas de impacto del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable). Sin embargo esta meta es imposible de lograr si no hay una decisión por parte de los protagonistas – los adolescentes-. La planificación familiar es el objetivo inmediato. Si se logra un sistema adecuado de consejería y distribución de MACs para los adolescentes, ellos podrán decidir sobre sus deseos de fertilidad. Se debe recordar siempre la implicancia de la Planificación Familiar en el ámbito de la Salud Pública (Jekel James y colaboradores):

- Es una forma de promoción de la salud –permite el espacio temporal adecuado entre un nacimiento y otro- y forma específica de protección (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados).
- Es imposible lograr el control de la natalidad –por mejor que sea el sistema de salud- si los deseos de fertilidad de la población no son lo suficientemente bajos. Planificación familiar no equivale a control de la

natalidad aunque puede contribuir a este. Dicho control sólo se logra cuando la política del Estado coincide con los objetivos de la población.

- El espacio dedicado a planificación familiar también puede ser utilizado para realizar cuidados preconcepcionales –si la mujer desea gestar– como provisión de ácido fólico (prevención de malformaciones del tubo neural) y administración de vacuna contra rubéola si la mujer no cumplió el esquema básico de vacunación (prevención de rubéola congénita).

La fecundidad adolescente es la punta del iceberg de un problema más complejo. Es la consecuencia de un conjunto de variables sociales que deben ser atendidas para lograr el descenso de la fecundidad en esta población que representa el futuro del desarrollo económico de la provincia.

Variables asociadas al embarazo adolescente

Un programa orientado a la salud de los adolescentes debe tener entre sus objetivos la reducción de la tasa de fecundidad. Se deben mejorar las condiciones sociales y brindar la información y los métodos para que los adolescentes decidan sobre sus embarazos.

El inicio sexual precoz de hombres y mujeres es un hecho inevitable pero que no conduce por sí sólo al embarazo. Los adolescentes tucumanos tienen poco conocimiento sobre anticoncepción y bajo uso de estos métodos –no sólo en la primera relación sino también en las siguientes-. La fuente de esta información –deficiente en este caso- es:

- Familia. Hay falta de diálogo con los adolescentes que implica la negación de la sexualidad de los mismos.
- Escuela. No se imparte conocimiento sobre el embarazo, la responsabilidad que implica y las formas de evitarlo.
- Médicos. No hay acceso a consejería efectiva que puede estar a cargo de cualquier especialista relacionado con los problemas de los adolescentes (médico generalista, pediatra o ginecólogo). Este médico

además deberá brindar en forma casi inmediata los métodos necesarios en la primera consulta y al alta de la puérpera.

Por otra parte el contexto socioeconómico donde el desarrollo personal parece tan difícil lleva a dos consecuencias:

- Deserción escolar
- Considerar el embarazo como la única forma de logro personal.

Un programa racional para reducir la fecundidad adolescente no debe ignorar sino que debe necesariamente abordar todas las variables mencionadas. Las medidas deben incluir a los dos sexos porque los hombres adolescentes constituyen la mitad del problema.

Conclusiones sobre el perfil de la madre adolescente en Tucumán

A continuación se enumerarán brevemente las conclusiones con respecto al perfil de la madre adolescente en la Provincia de Tucumán, teniendo en cuenta los datos mencionados en las actividades 1, 2 y 5. Puede resumirse que las madres presentan básicamente las siguientes características:

- Considerable porcentaje de madres adolescentes antes de los 17 años.
- Importante número de madres solteras, a predominio de las de menor edad, con cifras mayores a las del promedio nacional.
- Preocupante incidencia de madres adolescentes con varios hijos, cercana al 40% y con cifras mayores a las del total del país.
- Más del 20% de madres adolescentes analfabetas y con bajo nivel de instrucción, con cifras aún así inferiores al promedio nacional.
- Alarmantes tasas provinciales de deserción escolar, aunque en general previa al embarazo.
- Atención casi exclusiva en instituciones públicas, con sólo 33% de las embarazadas con otro tipo de cobertura en salud.

- Conducta sexual de riesgo, caracterizada por inicio precoz de relaciones sexuales, escaso uso de métodos anticonceptivos e insuficiente utilización de preservativo para prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Falta de información sobre Métodos Anticonceptivos y riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
- Falta de atención durante el embarazo y malos resultados obstétricos, relacionados con ignorancia y falta de acceso adecuado al sistema de salud.

Conclusiones sobre recursos provinciales

Se procederá a la enumeración de las conclusiones sobre recursos provinciales en el área de Salud Sexual y Procreación Responsable para adolescentes, de acuerdo a los datos recopilados y mencionados en las actividades 3, 4 y 5. Podría decirse que las principales condiciones que caracterizan la situación de la salud sexual adolescente en la provincia son:

- Falta de un adecuado marco legal, por ausencia de legislación provincial sobre salud sexual y procreación responsable.
- Ausencia de trabajo colaborativo con otros ministerios, a pesar de lo que establece la legislación nacional.
- Ignorancia de la ley y dificultades para su ejecución por parte del personal de salud.
- Ausencia de un programa de Salud Sexual específicamente orientado a los adolescentes.
- Falta de presupuesto propio del programa de salud sexual, con recursos económicos exclusivamente dedicados a la entrega de insumos y ciertas actividades de difusión.
- Carencia de personal contratado y entrenado con este objetivo, con la consecuente sobrecarga laboral del personal habitual y las falencias en la

atención relacionadas con ignorancia, prejuicios o falta de experiencia en estos temas.

- Distribución heterogénea de métodos anticonceptivos, con baja tasa de uso de DIU y preservativos. Aceptable número de anticonceptivos entregados, con adecuado monitoreo y auditoría.
- Reducido número de usuarios adolescentes dentro del programa, con cifras menores a las del promedio nacional.
- Insuficiente alcance al sexo masculino.
- Falta de acceso al programa, por no haber logrado incorporar hasta el momento a la totalidad de los efectores.
- Aceptable cumplimiento de las metas de proceso. Imposibilidad de evaluación de las metas de impacto por encontrarse el programa nacional aún en etapas tempranas.

Recomendaciones generales

Recomendaciones generales para promover la salud sexual de los adolescentes

1. Promover el diálogo sobre sexualidad en la familia. El objetivo básico es que los padres reconozcan la sexualidad de los hijos adolescentes y que estos comprendan la responsabilidad del embarazo y la maternidad (o paternidad según corresponda).
2. La escuela debe transformarse en un ámbito que brinde información básica sobre embarazo y anticoncepción en forma obligatoria. En los casos en que esto se contraponga a las creencias de la institución, los adolescentes deberán ser referidos a algún organismo educativo que se encargue de impartir este conocimiento.
3. Los distintos niveles de atención de la salud (desde salas de atención primaria hasta los centros de alta complejidad) deben brindar consejería

y métodos anticonceptivos en todo contacto que se realice con la institución. Para que este objetivo se logre hay que entrenar a médicos generalistas y pediatras para que el ginecólogo no sea el único referente porque se perderían numerosas oportunidades de prevención. Se debe llegar a un consenso general sobre el manejo de la patria potestad, teniendo en cuenta que la ley nacional incluye a los adolescentes y que no brindar consejería y anticoncepción a esta población es una forma seria de negligencia médica (derechos de la madre y el niño) y va en contra de la constitución nacional (ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable). Dada la recurrencia del embarazo en la adolescencia (madres adolescentes con varios hijos), no se debería entregar el alta médica sin que la madre haya sido adecuadamente informada, haya optado y tenga acceso a un método anticonceptivo efectivo.

4. Los servicios de asistencia social deben pesquisar a los adolescentes que se hallan fuera del sistema educativo –por deserción o que nunca hayan concurrido a la escuela- para brindar las posibilidades de una instrucción mínima. Se debe tener en cuenta que el grupo de baja instrucción es considerado de riesgo de embarazo en la adolescencia. Si hubiera que focalizar un programa de planificación familiar en adolescentes en un grupo de riesgo, sería coherente empezar por este subgrupo.
5. Generar programas de capacitación con salida laboral garantizada. Este tipo de medidas lograrán en cierta medida posponer el embarazo o programarlo como una prioridad a futuro mediato(luego de la inserción laboral)

Recomendaciones generales para promover la salud de la mujer adolescente embarazada

En segundo lugar se debe tener en cuenta que una vez producido el embarazo, el control prenatal es considerado como parte de la buena práctica médica. Idealmente el control prenatal tiene como objeto los tres tipos de prevención (Barnes y cols):

- **Primaria.** Consejo sobre conductas saludables y referencia a programas y especialistas apropiados. Los programas pueden incluir desde provisión de alimentos hasta atención por especialistas (por ejemplo en madres adolescentes).
- **Secundaria.** Tamizaje de infecciones de transmisión vertical como HIV y sífilis. Prevención de isoimmunización en madres Rh negativas.
- **Terciaria.** Control de enfermedades producidas por el embarazo (ej. preeclampsia) o empeoradas por el mismo (ej. cardiopatía).

Los adolescentes tienen menor acceso a un control prenatal completo y suficiente -con todas las formas de prevención antes mencionadas y la cantidad de controles mínimos-. Se deben implementar medidas para que el control prenatal sea adecuado porque esta es la única variable que lleva a los malos resultados obstétricos (recién nacidos de bajo peso, alta tasa de cesáreas). En otras palabras, sabemos que los adolescentes consultan menos durante el embarazo y hay que revertir este fenómeno para que los riesgos de la gestación sean tan bajos como los de cualquier mujer. Para logra esta meta se recomienda:

- Informar a la población general y adolescente en particular sobre los beneficios de la consulta precoz en el embarazo.
- Una vez realizada la primera consulta, localizar a la madre que no ha concurrido en el tiempo indicado y darle nueva cita. Si no concurre nuevamente, el servicio social deberá intervenir porque esto es en detrimento de la salud propia y del recién nacido.
- Posibilitar que estas madres concurren a la escuela y desarrollen cualidades laborales.

- Realizar consejería anticonceptiva durante la gestación para evitar nuevo embarazo. Si esto no fuera posible brindar método efectivo al alta de la puérpera. Por tratarse de un grupo de riesgo, el servicio social debería localizar a las madres que no concurren a retirar los métodos anticonceptivos (píldoras, inyectables o preservativos) o no asistan a la colocación del DIU.

Fuentes consultadas

- Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Tucumán.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).
- "Mortalidad materna en la Argentina: Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud", Ministerio de Salud de la Nación, CEDES, OPS/OMS, 2004.
- "Estadísticas vitales 2003", Ministerio de Salud de la Nación.
- Boletín de Indicadores Básicos Tucumán 2004, Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud.
- "Para que cada muerte materna importe". Ramos S, Romero M, Karolinski, A, Mercer R, Insua I; del Río fortuna C. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-CEDES. 2002.
- "Adolescent pregnancy. Issues in adolescent health and development". World Health Organization. 2004.
- Teenage pregnancy. Presentation to the Parliament. Blair T and cols. 1999.
- Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, INDEC. 2005.
- "El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud", Informe final. Ministerio de Salud/CONAPRIS, CEDES. 2004.
- "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas". Mónica Gogna y col. UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2005.
- Salud Reproductiva de los/las Adolescentes. Argentina 1990-1998. Silvana Weller. CEDES. 2000.



- Indicadores Básicos 2003-2005, Ministerio de Salud de la Nación.
- Informe final del proyecto "Situación de la Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Tucumán", Consejo Federal de Inversiones, Dra. Laura Grynberg, 2005.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley Nacional 25.673/02.
- Conocimiento y actitud de los profesionales frente a la ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución, AASSER-CONAPRIS, 2004 a 2005.
- Estudio Colaborativo Multicéntrico "Conocimiento y actitud de los/as profesionales pediatras frente a la ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución". Comisión Nacional para la Investigación Sanitaria (CONAPRIS), Sociedad Argentina de Pediatría, 2005.
- Presupuesto 2004 Provincia de Tucumán.
- Guía de Programas Sociales 2004, Secretaría General de Políticas Sociales, Gobierno de Tucumán.
- Presupuesto 2005 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.