

## MUJER Y SALUD

**H**acer un análisis de la situación, cualquiera sea el aspecto que deba abordarse, nos obliga a enmarcarlo necesariamente en la crisis económica que afectó con gran intensidad en las últimas décadas a la Región NEA. Como resulta obvio, esta situación afectó a los sectores más desprotegidos, pero -además- dichos sectores se ampliaron al disminuir el empleo y reestructurarse el sector público.

Este fenómeno de crisis tuvo un impacto significativo sobre los servicios, ya que proporcionar empleo, educación y salud a toda la población requiere de fuertes inversiones, tarea difícil para un gobierno que encara un déficit en la balanza de pagos y un marcado descenso en su Producto Bruto interno.

La salud es, sin duda, uno de los aspectos más vulnerables a las crisis, cuyas consecuencias aparecen reflejadas en los cambios del perfil epidemiológico de la última década. A pesar de esto se lograron disminuir las tasas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

Para este trabajo utilizamos datos provenientes del Boletín Nro. 63 del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, publicado en agosto de 1991 por el Ministerio de Salud y Acción Social. El mismo toma como base la información obtenida en el Censo de 1980 y los registros de nacimientos y mortalidad de los años 1980, 1985 y 1990, provenientes de las estadísticas vitales.

### EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER, POR SEXO

El punto medio de la esperanza de vida al nacer, que es el mejor indicador global de las condiciones de salubridad de un país, para la población femenina de la Región NEA es de 69,94 y para los hombres de 63,67 años.

El comportamiento de la esperanza de vida en esta Región es favorable si lo comparamos con esta-

dísticas internacionales, que dan para las mujeres, en 1982, un promedio de 63 años (véase gráfico Nro. 20).

### FECUNDIDAD

Analizando el comportamiento de la fecundidad en la Argentina, desde la década de 1980 a 1990, vemos que tiene una tendencia a la reducción, ya que de 3,3% pasó a un 3%, situación que la Dra. Pantelides<sup>1</sup> señala como recurrente en todos los países de América Latina.

En tanto, las tendencias al interior de las provincias que componen el NEA (véase cuadro Nro. 14) parecen encaminarse hacia la misma dirección que las tasas generales del país. No obstante, es importante señalar las situaciones diferentes en cada una de ellas.

Misiones y Formosa presentan una tasa de fecundidad que supera ampliamente la media nacional, siguiendo en orden decreciente Chaco y Corrientes. Entre Ríos lo hace muy levemente mientras que Santa Fe se encuentra por debajo de los valores nacionales.

CUADRO NRO. 14

TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL DEL PAÍS Y DE LAS PROVINCIAS QUE COMPONEN LA REGIÓN NEA

Jurisdicción	Año 1980	Año 1990
Total País	3,3	3
Corrientes	4,4	4,2
Chaco	4,7	4,5
Entre Ríos	3,6	3,2
Formosa	5,0	4,9
Misiones	5,0	4,9
Santa Fe	2,2	2,0

Fuente: INDEC, Dirección Estadística de Salud

En cuanto a la estructura de los nacimientos (vivos) por edad de la madre, aunque obviamente el mayor número proviene de mujeres en edades que oscilan entre los 20 y 34 años, existen porcentajes significativos en los dos extremos de la tabla, entre las más jóvenes y las de 40 años y más.

<sup>1</sup> Pantelides, Alejandra. Boletín N° 63. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1993.

CUADRO NRO. 15

NACIDOS VIVOS REGISTRADOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE (%)

Juris.		Edad de la madre							
		-15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40	+S/E
Total	80	0,4	13	27,5	27,3	18,1	9	3,2	1,5
País	90	0,5	13,8	26,3	26,7	18,5	9,6	3,1	1,5
Total	80	0,5	16	29	25,5	16,2	8,6	3,6	0,6
Región	90	0,7	16,5	27,6	25,4	17	9,1	2,6	1,1

Fuente: Boletín Nro. 63, Minist. de Salud Pública.

A partir de la lectura del cuadro podemos confirmar que el número de nacimientos aumenta a medida que lo hace la edad de las mujeres, tanto en el total del país como en las provincias.

A nivel nacional, para el año 1980, el 0,4% de los nacidos vivos tenían madres menores de 15 años y el 13% madres de edades entre los 15 y 19 años. En 1990 este índice subió al 0,5% y 13,8%, respectivamente. Si comparamos los valores nacionales con lo ocurrido en la Región NEA, deduciremos que en ambos períodos y para los mismos ítems estas cifras son mayores.

Por su parte, las mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 35 y 39 años (tanto a nivel nacional como regional) presentan un leve aumento en el número de hijos nacidos vivos. No ocurre lo mismo entre las mujeres con 40 años y más, que a nivel regional presentan un importante descenso.

Esta situación nos indica un comienzo precoz en el proceso reproductivo y una finalización tardía, probablemente con una gran cantidad de partos, lo que implica mayores riesgos.

#### FECUNDIDAD ADOLESCENTE

Uno de los aspectos interesantes de analizar son los niveles altos de nacimientos entre adolescentes. Las tasas de fecundidad en la Argentina son aproximadamente tres veces más altas que las de adolescentes europeas o americanas del norte.

En la mayoría de los países, entre la tercera y la cuarta parte de esos nacimientos ocurren antes de que las madres cumplan los 18 años. En la Argentina esto se eleva hasta el 40%.

La fecundidad adolescente total en el país en 1980 era del 38,7% por mil, mientras que en el interior de las provincias que conforman la Región NEA el comporta-

miento es diferente. Tenemos situaciones, como por ejemplo Santa Fe, donde la tasa es casi idéntica al total de la República, y Chaco que casi duplica dicha tasa para ese mismo período con un 64,2% por mil. Misiones y Formosa también presentan índices altos de fecundidad adolescente (59,4% mil y 55,3% mil, respectivamente). (Véase cuadro Nro.16).

Para el año 1985 estos valores descendieron sensible y significativamente, por ejemplo en la Provincia de Chaco. En otros lugares, en cambio, se mantuvieron con dos o tres puntos menos que en el año 1980.

Si comparamos la tasa de fecundidad adolescente precoz, o sea de 10 a 14 años, registraremos que los comportamientos variaron. En Misiones, Formosa, Entre Ríos y Corrientes los nacimientos de madres menores de 15 años aumentaron; en Chaco bajaron y en Santa Fe se mantuvieron iguales.

## CUADRO NRO. 16

TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TOTAL. PRECOZ Y TARDÍA  
POR JURISDICCIÓN Y VARIACION PORCENTUAL -REG. NEA-  
1980/1985

Jurisd.	1980			1985			Variación % 80/85		
	Total	Precoz	Tardía	Total	Precoz	Tardía	Total	Precoz	Tardía
Rep. Arg	38,7	2,2	76,8	32,9	2,1	67,9	-15	-4,5	-11
Ctes.	50,1	2,9	102,7	47,2	3	96,7	-6	3,4	5,8
Chaco	64,2	4,7	130,2	31,5	2,5	66,2	-51	-47	49,2
E. Ríos	41,8	2,5	82,8	38,6	3,4	76	-7,7	36	-8,2
Fsa.	55,3	4,4	117,5	55	5	114,9	-0,5	13,6	-2,2
Mnes.	59,4	3,1	122	56,4	3,6	115,5	-5	16,1	-5,3
S. Fe	38,9	2,5	74,9	34,9	2,3	71,4	-10	-8	-4,7

Fuente: Fecundidad en la adolescencia. Minist. de Salud y Acción Soc. de la Nación.

En promedio, la fecundidad adolescente total del país disminuyó entre los años 1980/1985, fenómeno que se explica por la disminución de la fecundidad adolescente tardía y una fecundidad adolescente precoz que se mantuvo constante.

Si centramos el análisis en la fecundidad adolescente tardía concluiremos que la mayoría de las provincias del noreste (Misiones, Formosa, Chaco y Corrientes) registran tasas de fecundidad entre un 30% y 70% superiores al promedio del país (véase cuadro Nro.25). Entre Ríos se ubica con tasas entre un 8% y 20%, mientras que Santa Fe registra para 1980 niveles entre el 2% y 15% inferiores al promedio nacional.

Es conocido que los embarazos y partos adolescentes son un tema de preocupación para los organismos de salud, ya que esto trae aparejadas mayores complicaciones y tasas elevadas de morbi-mortalidad materna.

En estos grupos de adolescentes embarazadas también se observan una ausencia o escaso control prenatal y un creciente número de abortos. Es importante mencionar que, además de estos riesgos comprobados desde el punto de vista obstétrico, existen otros factores de riesgos psicosociales: hijo no deseado, falta de pareja estable, situación de desamparo, ausencia de cobertura sanitaria y social, carencia de conocimientos inherente al desarrollo de su propia sexualidad, desinformación sobre reproducción y anticoncepción, que conducen con frecuencia a nuevos embarazos en esta edad.

## CUADRO NRO. 17

UBICACIÓN DE LAS JURISDICCIONES QUE COMPONEN LA REGIÓN NEA SEGÚN SU NIVEL DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TARDÍA EN RELACIÓN AL PROMEDIO NACIONAL 1980-

Porcentaje respecto al promedio	Jurisdicciones
Nacional (76,8 % por mil ) Superiores entre un 30 y 70 %	Chaco, Misiones Formosa, Corrientes
Superiores entre un 8 29 % Superiores entre 2 y 15 %	Entre Ríos Santa Fe

Fuente: Boletín Nro. 63 -M.de S. y Ac. Soc. de la Nación - Año 1993-

Si bien la tasa de fecundidad se redujo significativamente en la Región NEA, no podemos desconocer que este fenómeno es una constante en el país, América Latina y el Caribe. La Dra. PANTELIDES<sup>2</sup> opina que esta situación puede atribuirse a diversos factores como por ejemplo: edad más temprana en que las mujeres se casan, incidencia del uso de anticonceptivos entre los matrimonios jóvenes, aunque estas situaciones se hallan notablemente afectadas por los niveles de educación, el grado de urbanización y las oportunidades de empleo entre las adolescentes.

La cobertura, intensidad y apoyo gubernamental a los programas de planificación familiar varían de manera muy notoria en las diferentes provincias y casi no existen en forma institucionalizada.

<sup>2</sup>Ob. cit.

CUADRO NRO. 18

TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICA POR 1000 HABITANTES SEGÚN EDAD Y SEXO, PARA EL PAÍS Y REGIÓN NEA

Juris.	1 a 4 años			5 a 14 años			15 a 49 años			50 años			y +
	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	
Total	80	1,5	1,5	1,6	0,5	0,4	0,5	2,2	1,6	2,8	29,8	24,4	36
Nacio nal	85	1	1	1	0,4	0,3	0,4	1,9	1,4	2,4	27,9	23,6	33
	90	1,1	1	1,2	0,3	0,3	0,4	1,8	1,3	2,2	28,9	24,2	34
Total	80	2,7	2,6	2,8	0,5	0,5	0,6	2,6	2,2	3,1	30,5	25	36
Regio nal	85	1,7	1,7	1,6	0,5	0,4	0,5	2,1	1,7	2,6	27,8	23,7	32
	90	1,6	1,5	1,8	0,4	0,3	0,5	21,7	2,4	27,4	22,3	35	

Fuente: Boletín Nro. 63-M.S. y Ac.Soc. -Año 1993-

## MORTALIDAD

Los niveles de vida alcanzados por los argentinos tuvieron algunos efectos positivos en las condiciones de salud ya que lograron disminuir significativamente las tasas de mortalidad, entre los años 1980 y 1990, según refleja el cuadro 18.

Para poder tener un panorama general de lo que ocurre con la mortalidad en la Región NEA nos pareció interesante tomar tres años 1980, 1985 y 1990 y comparar las tasas, discriminadas por grupos de edades, con los totales nacionales.

En la mayoría de los grupos las tasas regionales superan bastante los promedios nacionales, a pesar de que hay una disminución de la mortalidad en ambos. En el único caso en que la media se mantuvo por debajo del total del país es en el grupo de 50 años y más.

En esta década, el perfil epidemiológico se caracteriza por la presencia de enfermedades degenerativas de la tercera edad y el aumento en la esperanza de vida, que en la actualidad se encuentra cerca de los 70 años y que, aunque se considere un indicador de mejores niveles de salud de la población, también es factor de una mayor demanda de servicios y bienes, principalmente salud y consumo que debe agregarse a la débil población económicamente activa.

Comparando las tasas de mortalidad entre mujeres y hombres veremos que presentan un comportamiento constante y casi similar, excepto entre los que tienen de 15 a 49 años, grupo etáreo en el que los hombres presentan valores más altos.

En los últimos 10 años la mortalidad general ha mostrado una disminución sostenida, pero en lo que respecta a la Región NEA es preocupante aún la mortalidad infantil, en el siguiente gráfico podemos comparar las tasas de mortalidad discriminadas por provincias

con respecto al total nacional para el año 1990 (véase gráfico Nro. 21).

La mortalidad infantil, indicador de primer orden para valorar la situación de salud, tiene como causa principal a las afecciones originadas en el período perinatal.

Exceptuando Entre Ríos, que se encuentra por debajo del promedio nacional, el resto de las provincias se encuentran por encima de la media. En el año 1990, en la provincia de Chaco por cada 100.000 niños que nacieron vivos murieron 36 aproximadamente.

En cuanto a la mortalidad materna, aunque es cierto que en la mayoría de las provincias el número es menor a 30, ocurre que éstas tienen dos características peculiares:

- su gran potencial de EVITABILIDAD
- el predominio en determinados grupos de mujeres

Es decir que las tasas de mortalidad materna deben ser tomadas como elementos primordiales a la hora de elaborar un diagnóstico sobre la salud.

CUADRO NRO. 19

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (CADA 100.000 NACIDOS VIVOS) REGIÓN NEA AÑOS 1980/85/90

Jurisdicción	Año 1980	Año 1985	Año 1990
Corrientes	97,78	80,91	94,04
Chaco	40,11	145,54	106,87
Entre Ríos	46,80	22,68	21,74
Formosa	128,77	100,02	195,48
Misiones	108,02	88,42	82,71
Santa Fe	83,13	60,15	63,69

Fuente: Boletín Nro. 63-M.S. y Ac.Soc. de la Nación-Año 1993-

## CUADRO NRO. 20

## MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRANDES

## GRUPOS DE CAUSAS POR JURISDICCION DE RESIDENCIA - AÑOS 1980/85/90/91

Jurisdic.	1980			1985			1990			1991		
	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I
Ctes.	4,66	93,13	0	8,56	89,93	0	9,9	84,24	0	18,76	70,35	0
Chaco	28,02	96,08	16	47,51	320,7	35	4,45	89,06	13	18,51	81,43	18
E. R.	8,51	38,29	0	9,09	36,37	0	4,35	17,39	0	12,62	29,45	0
Fsa.	36,79	91,98	0	14,22	63,97	0	50,99	144,4	0	56,77	152,3	24
Mnes.	31,51	72,01	4	71,07	153,99	0	24,81	49,6	8	31	62	0
S. Fe	25,73	49,48	8	57,69	109,62	6	10,62	48,8	4	8,56	22,2	0

A: abortos

D: defunciones obstétricas directas

I: defunciones obstétricas indirectas

Fuente: PNEs- MSAS

De la lectura del cuadro concluimos que la provincia de Formosa experimentó un proceso inverso al de otras provincias, ya que -si comparamos los índices de 1980 y 1990- la tasa de mortalidad materna aumentó significativamente, a pesar de que en 1985 había disminuido.

En Corrientes pasa un fenómeno similar, pero con la particularidad de que la tasa de 1990 no superó a la de 1980.

De la Región NEA, las provincias que se encuentran en los dos extremos con respecto a la tasa de mortalidad materna son: para 1980, Entre Ríos, (la más baja), una cuarta parte del resto, y Chaco (la más alta); para 1990, Entre Ríos sigue siendo la más baja pero Formosa es la más alta.

En lo que respecta al comportamiento producido en las diferentes jurisdicciones, en los períodos analizados (1980, 1985 y 1990), observamos que se incrementaron las tasas de mortalidad materna del año 1990 con relación a las del año 1985.

En cuanto a los indicadores de mortalidad materna es interesante analizar qué sucede con las muertes relacionadas con el aborto. En los cuatro años seleccionados, en las provincias de Corrientes y Formosa, las defunciones ocasionadas por abortos se incrementaron casi linealmente.

En Entre Ríos, Misiones y Chaco, los índices experimentaron fluctuaciones de alza y baja para

retomar los valores del año 1980.

Santa Fe es la única provincia que a pesar de haber tenido valores altos de muertes por abortos se ubicó luego en el último lugar de la tabla.

Mientras, las muertes por situaciones obstétricas directas presentan los mayores porcentajes, siendo las causas más frecuentes las toxemias y las hemorragias del embarazo y parto.

Por último la tasa de mortalidad por causas indirectas sólo presentan datos relevantes en las provincias de Chaco y Formosa, situación que en la primera de las nombradas aparece en forma descendente y en la segunda surge en 1991, con índices muy altos (antes de esto figura con un índice 0).

Insistimos en que la disminución de los índices de tasa de mortalidad materna es resultado de la prioridad conferida a la salubridad materno-infantil.

Esa prioridad aparece representada en la cobertura más amplia y adecuada del cuidado médico durante el embarazo, la institucionalización de la atención del parto y el mejoramiento de los servicios de salud en el post-parto. Asimismo, se evidencia en la promoción de la alimentación natural del niño por la madre y el mayor énfasis otorgado a las actividades de medicina preventiva, especialmente a la detección temprana de cáncer uterino y de mama.

CUADRO NRO. 21  
 PORCENTAJE DE PARTOS SEGÚN LLUGAR DE OCURRENCIA, POR  
 JURISDICCIÓN PERÍODOS 1980/85/90/91

Juri	1980			1985			1990			1991		
	Et. A.	Dom.	ot.									
Mnes	72,2	26,3	1,5	81,6	12,3	6,1	90	8,6	0,2	9,4	8,2	0,1
Fsa.	53,5	44,5	2	69,1	29,1	1,8	82,8	15,7	0,1	81,4	15,8	0,1
Ctes	77,5	22	0,5	85,9	13,4	0,7	91,3	8,4	0,2	92,5	7,3	0,1
E. R	96	3	1	98,4	1,5	0,1	99,2	0,6	0	99,2	0,7	0
Chac	71,1	27,1	1,8	79,5	17,3	3,2	85,4	14,5	0,2	84,4	13,7	0,2
S. Fe	94,3	2,6	3,1	94,2	2,2	3,6	98,2	1	0	98	0,9	0

FUENTE : BOLETÍN NRO. 63 -M. SALUD Y AC. SOC. DE  
 LA NACIÓN -AÑO 1993-

Del análisis de este cuadro podemos extraer varias conclusiones. Una está referida a provincias como Santa Fe y Entre Ríos, que desde 1980 tienen casi la totalidad de partos atendidos en establecimientos asistenciales (94,3% y 96,0%, respectivamente). En cambio, la provincia del Chaco para ese mismo año presentaba una distribución casi idéntica entre los partos ocurridos en los establecimientos asistenciales y los ocurridos en los domicilios (53,5% para los primeros y 44,5% para los segundos).

Misiones, Chaco y Corrientes tuvieron índices más elevados para los partos atendidos en establecimientos, sin dejar por ello de ser significativos los ocurridos en los domicilios particulares.

A medida que avanzamos en los períodos tomados como referencia podemos observar cómo los índices de partos atendidos en establecimientos asistenciales se han ido incrementando considerablemente. En el año 1991 tenemos que: Formosa casi duplicó su promedio inicial y las provincias de Misiones, Corrientes y Chaco alcanzaron valores casi idénticos a los de Santa Fe y Entre Ríos.

La calidad de nuestras estadísticas provinciales de salud es un obstáculo para analizar las causas de defunciones. Un porcentaje elevado de muertes son de naturaleza "mal definida y desconocida" lo que torna impreciso el análisis total.

A esta particularidad se le suma otra: la subestimación de la mortalidad por desnutrición, debido a los criterios erróneos que maneja la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Un estudio publicado en 1975<sup>3</sup> mostró que la desnutrición es causa participante de más del doble de los certificados de defunción, en los cuales se consigna -de manera amplia- "causa múltiple de muerte".

Nuestros hospitales no son una buena fuente de información sobre desnutrición. Su clientela son los más pobres; pero los más pobres entre éstos, los que tienen más probabilidad de estar desnutridos, no acuden regularmente a los centros de salud, hospitales o periféricos.

Por esa razón, a falta de datos directos sobre desnutrición, utilizamos los indirectos que resultan del estudio del desarrollo somático de los niños. Para ello tomamos tres zonas correspondientes a tres provincias de la Región NEA: Concepción de la Sierra (Misiones), en este caso las mediciones se realizaron en comedores comunitarios; Gran Resistencia (Chaco) y Rosario (Santa Fe). También debemos aclarar que aunque estos datos no se hallan discriminados por sexo, creímos necesario brindar al menos un panorama sobre la temática.

Esta información es dispersa y fraccionada, por lo tanto, nos impide estudiar las tendencias de mortalidad por desnutrición en la Región NEA.

SIDA

Para abordar este tema creemos necesario plantear algu-

<sup>3</sup>Escudero, Jorge. "Causas múltiples de muerte". En Cuaderno Salud Pública N° 10. Bs. As.

CUADRO NRO. 22

## ESTUDIO SOMÁTICO DE CASOS ELEGIDOS

Año	Lugar y nº de casos	% desnutrición aguda	% desnutrición crónica
1981	Esc. Escuadrón Concepción de la Sierra- 6 a 14 años- 1.300 casos	3	36
1982	Asist. Serv. Sanit. Resistencia - 0 a 5 años-11.470 casos	14,8	31,4
1981	Pob. marg. de Rosario - 0 a 5 años-919 casos	4	1,3

Fuente: Red. Soc. Nro. 23 -Año 1990-

nas cuestiones referidas en particular a ubicar la especificidad del género mujer en relación al SIDA.

La actitud diferenciada que se ejerce socialmente a la hora de tratar la sexualidad es uno de los puntos centrales en torno al tema, ya que ante el peligro de contagio se tejen sanciones desde el imaginario social, especialmente para las mujeres, que encierran un profundo contenido discriminatorio.

Según lo planteado por la Dra. Mabel BIANCO<sup>4</sup>, las proyecciones estadísticas marcan un incremento considerable de mujeres infectadas por el HIV, expresado en una disminución del índice de masculinidad que concuerda con el aumento de la transmisión heterosexual.

El número de enfermos de SIDA notificados para la Región NEA está detallado en el cuadro 23.

CUADRO NRO. 23

## CASOS DE SIDA DISTRIBUIDOS SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO -PERÍODO 1982/1993-

Jurisdicción	Masculino	Femenino
S. Fe	214	47
E. Ríos	37	6
Ctes.	27	2
Chaco	17	1
Mnes.	4	0
Fsa.	2	0

Fuente: Minist. S y Ac. Soc. de la Nación -Año 1993-

Las provincias fueron ordenadas en relación al número de casos, o sea que en el extremo superior se encuentra Santa Fe, con 261 enfermos, de los cuales 214 son hombres y 47 mujeres, y en el inferior Formosa, con dos enfermos de sexo masculino.

Si indagamos acerca de los factores de riesgo tendríamos que observar el siguiente cuadro:

CUADRO NRO. 24

## CASOS DE SIDA DISTRIBUIDOS SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO -PERÍODO 1982-1983-

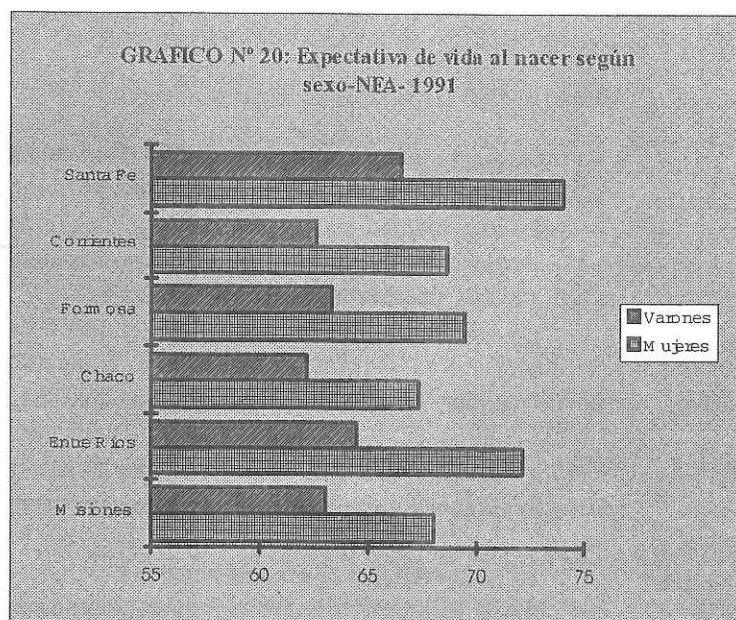
Jurisdic	Casos	Bi./Hom.	Droga Ev.	Hemof.	Heterosex.	Transf.	Perina.
S. Fe	261	20,7	64	1,1	5,4	1,9	5,4
E. Ríos	43	58,1	20,9	2,3	11,6	4,6	2,3
Ctes.	29	62,1	3,4	0	24,1	6,9	0
Chaco	19	52,6	31,6	5,3	0	10,5	0
Mnes.	4	50	0	50	0	0	0
Fsa.	2	50	0	0	50	0	0

<sup>4</sup>"El SIDA en Argentina". En DESIDAMOS N°2, Bs.As. 1993.

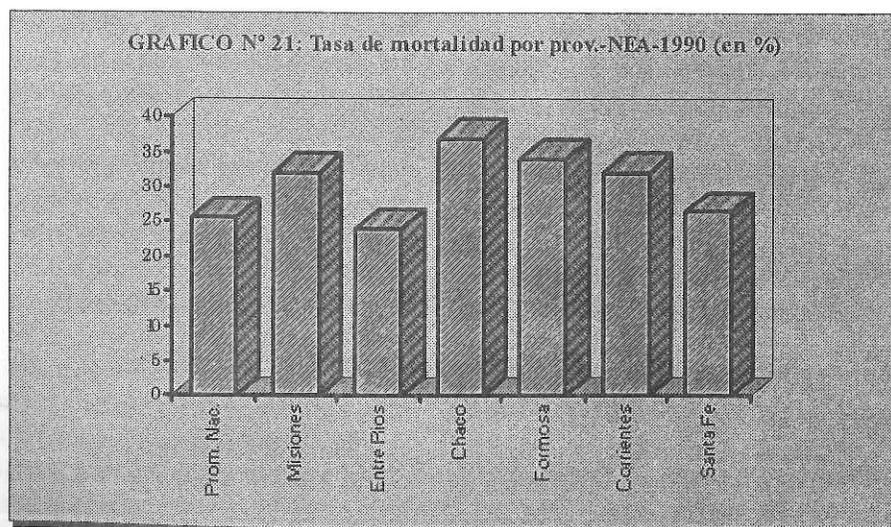
Las formas de transmisión más frecuentes son las relacionadas con la vía sexual y el consumo de droga por inyección endovenosa. La información que presentamos no está discriminada por sexo, pero se sostiene que en las mujeres adultas es más alta la transmisión por transfusión que en los varones, lo que se explica por la mayor frecuencia de transfusiones

en las mujeres jóvenes a causa de problemas de embarazo, parto o puerperio.

En cuanto al SIDA pediátrico, no tenemos información para la Región NEA. Sin embargo, de los datos nacionales se concluye que el mismo aumentó en forma paralela al incremento de SIDA entre las mujeres, predominando la vía de transmisión perinatal.



FUENTE: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación- Año 1993



FUENTE: Elaboración propia/s/datos