

Salud de la población adolescente en Argentina

*Dra. Silvia Vuegen**

INTRODUCCIÓN

El presente artículo constituye un resumen de los documentos producidos durante el año 2001 por el equipo técnico del Área de Salud de los/las Adolescentes de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infanto Juveniles –UCEPMIyN– del Ministerio de Salud de la Nación, los cuales se citan en la bibliografía anexa.

Se resume la situación y principales problemáticas de la población adolescente y una síntesis de las líneas de acción propuestas por el Ministerio Nacional en el marco de un enfoque integral que pueda dar respuesta a la situación y necesidades de esa franja poblacional.

LA SITUACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

El 27% de la población argentina está comprendida entre los 10 y los 24 años de edad; esto representa a algo más de 10 millones de personas. Según el censo de 1991, 23% de los adolescentes entre 10 y 19 años provenía de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Si se agregan los jóvenes de 20 a 24 años, el porcentaje de NBI era del 22%; en total, la franja de adolescentes y jóvenes constituían el 29,1% de la población con NBI general para el mencionado año.

La adolescencia es la etapa vital con tasas de mortalidad más bajas –las muertes de la franja de 10 a 24 años en relación al total de las muertes, alcanza apenas el 2,4%– pero es imposible considerarla una etapa exenta de riesgos, en su mayor parte asociados a las conductas, hábitos y condiciones vitales de los propios adolescentes, lo cual se refleja en el hecho de que las dos primeras causas de muerte de esta franja se deben a accidentes y a las causas asociadas a violencia.

Diversos estudios estarían indicando la deficiencia en los niveles de conoci-

miento sobre salud reproductiva de los adolescentes de ambos sexos. La disponibilidad de mayores y mejores niveles de conocimiento sobre salud reproductiva es una necesidad que ya ha sido reconocida e incorporada en los planes educativos nacionales. Pero aún queda camino por transitar para aumentar la información y educación sobre sexualidad para la prevención de embarazos no deseados, procurando disminuir la morbi-mortalidad materna.

En los últimos 10 años, entre el 13% y el 16% de los nacimientos correspondieron a hijos de madres menores de 20 años. Las muertes infantiles ocurridas en hijos de madres menores de 20 años fueron casi el 20% del total; las tasas específicas de mortalidad infantil son notablemente altas para las madres que se encuentran en los tramos etarios de menores de 15 años y de 15 a 19 años. De modo que no sólo deben considerarse los riesgos que la maternidad temprana trae aparejados para el futuro de esas adolescentes, sino que se incrementa en forma muy importante el riesgo de sus hijos, comparado con el de otros niños de madres mayores. No existirían razones biológicas para esas muertes, sino que los motivos serían básicamente sociales, psicosociales y culturales: la pobreza, la nutrición deficiente, el bajo nivel educativo, la carencia de contención afectiva durante el embarazo, la falta de controles médicos, entre las más relevantes –pues, al igual que en otros países de la región, el embarazo y la maternidad adolescentes afectan principalmente a las jóvenes de los sectores populares.

Es también relevante el peso que las muertes maternas adolescentes tienen en el total de muertes maternas, el cual es mayor a la cuarta parte del total, sobre todo en los decesos debidos a trastornos hipertensivos y por abortos, donde el

* Ministerio de Salud, República Argentina.

grupo representa casi la tercera parte de los respectivos totales (30,1%).

Acerca del consumo de drogas, el alcohol predomina entre las llamadas "drogas sociales", duplicando al de tabaco. Entre las drogas ilícitas, la de uso más frecuente es la marihuana. Las edades de inicio en el consumo son cada vez más tempranas.

El nivel educativo alcanzado está fuertemente relacionado con diversos riesgos en la adolescencia. Las adolescentes que alcanzan más de 10 años de escolaridad son menos proclives a iniciar su actividad sexual antes de los 20 años y el tamaño de sus familias futuras será menor, respecto de aquéllas que tienen menos años de escolarización. Los adolescentes recogen información sobre la sexualidad de sus propios pares, de sus madres o familiares y, en tercer lugar, de las escuelas. Existe relación entre la educación formal de las mujeres y la salud de sus hijos, lo cual puede verse a través de las tasas diferenciales de mortalidad infantil. En general, se vincula el mayor nivel educativo con una menor propensión al consumo de sustancias adictivas y a las conductas delictivas.

En el país es muy baja la proporción de los que no asistieron a ningún nivel de educación formal, pese a lo cual, entre los de 15 y los 19 años casi la cuarta parte no está inserta en el sistema educativo, aunque haya asistido previamente. En cuanto al máximo nivel de escolarización alcanzado, resulta preocupante que en la franja de los de 15 a 19 años exista un 4,1% que no ha finalizado la escolaridad primaria, mientras que en el grupo de 20 a 24 años el 3,9% está en esa situación y hay un 22,5% que no finalizó la secundaria.

Las tasas de repitencia y edad mayor que la esperada en la fecha mencionada son buenos predictores de abandono del sistema educativo, con todas las consecuencias que ese hecho implica para el desarrollo ulterior de los adolescentes, en términos de sus posibilidades de realización. Si bien en el total del país las tasas de repitencia y edad mayor que la esperada en el nivel primario son 7,8 y 31,4 respectivamente, hay provincias que se encuentran muy por encima de tales valores.

En mayo de 1999, la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC), arrojaba para todo

el país las cifras de población económicamente activa entre los 15 y los 19 y los 20 y 24 años de 26,1% y 65,2%, respectivamente.

En cuanto al desempleo, era de 36,6% y de 22,5% para esos grupos etarios. La situación en los jóvenes de los quintiles más pobres es más grave: el 45% de los jóvenes más pobres de 15 a 19 años estaba desempleado en mayo de 1999, mientras que los de la misma edad de los estratos más altos de ingresos alcanzaban entonces el 22,4% de desempleo.

El 1,5% de la franja de 15 a 19 años son jefes de hogar, lo cual implica un total de 32.607 adolescentes que sostienen en forma única o principal su hogar. Las adolescentes constituyen el 57% de ese grupo. En el grupo de 20 a 24 años, el 11,4% son jefes de hogar, en total, 235.053 jóvenes, de los cuales el 68% son mujeres. Es ocioso remarcar la influencia negativa que tiene la asunción temprana de esas responsabilidades en el sostenimiento del hogar para la terminación de la etapa escolar y para un adecuado desarrollo humano, en términos de adquisición de capacidades y habilidades que posibiliten mejores oportunidades para inserciones laborales y sociales.

Merece especial atención el fenómeno del trabajo de los menores. Por un lado, porque constituye una amenaza a la salud física, mental y espiritual de esos niños o adolescentes; por otro, porque representa una vulneración de sus derechos ya que, además de ser ilegal, según Feldman "el tiempo que un niño o una niña utilizan para trabajar es generalmente un tiempo robado a la escuela, al juego y al sueño".

Entre los niños que trabajan, el porcentaje de los que siguen estudiando con el desempeño esperado (sin registrar edad mayor que la esperada) es prácticamente la mitad que el correspondiente a los que no trabajan.

En todo el país, en la franja de 15 a 19 años, el 12,8% no estudia, ni trabaja, ni realiza tareas de cuidado del hogar; entre los de 20 a 24 años alcanzan al 14,7%. Estos últimos representan un grupo particular de riesgo, debido a que carecen de importantes marcos de contención, a que algunos de ellos no han finalizado sus estudios primarios o secundarios y, lo que es más grave, porque es escasa o nula su contribución

(actual o futura) a la sostenibilidad familiar o comunitaria, lo cual los convierte en excluidos sociales.

Hay algunas encuestas que arrojan informaciones acerca de los valores, actitudes e intereses de los adolescentes y jóvenes.

La familia es el área más valorada, seguida de los amigos para los menores, y del trabajo para los mayores. Los valores más altamente considerados para calificar a las personas fueron: la solidaridad y la inteligencia o capacidad. Las conductas éticamente más despreciables fueron: "políticos que malversan dinero público", "traficar drogas" y "funcionarios que coimean". Sobre la política, la mayoría defendió el sistema institucional democrático, en contra de los gobiernos militares. Cerca de un 80% no se identificó con ningún partido político. Una parte importante del tiempo que los adolescentes y jóvenes están en sus casas, lo pasan viendo televisión. A mayor edad también es más importante el tiempo que escuchan radio, fundamentalmente programas musicales. Los más jóvenes hacen más actividades físicas o deportivas que los adultos en sus "horas libres".

La población adolescente es la que hace menos utilización de los servicios de salud, en parte porque ello no surge como real necesidad, pero también podría deberse a la existencia de barreras de diverso tipo –económicas, geográficas, legales, y relacionadas con la organización de los servicios (horarios inadecuados, carencia de recursos humanos capacitados, falta de espacios que permitan cierta privacidad, entre otros)– que impedirían un acceso oportuno.

Si, salvo contadas excepciones, los establecimientos de salud aún no se han abierto en nuestro país a procesos de participación por parte de la población general, no es fácil imaginar que tales procesos se desencadenen en forma espontánea para una franja poblacional que gran parte del resto de la sociedad mira con recelo o temor. Se requiere, en consecuencia, de una acción consciente y programada que tienda, por un lado, a la apertura institucional para la participación y protagonismo de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, y por otro, a la calificación de la demanda, debido a que la participación exige conocimientos y un nivel básico de información.

LA PROPUESTA PARA LA ACCIÓN

El propósito del programa nacional es contribuir a la construcción de una política de Estado orientada al desarrollo integral de la población adolescente, con énfasis en la función específica del sector salud, que es la de promover, proteger y mantener la salud física, mental y social de esta población, reduciendo sus riesgos y consecuencias, en términos de morbi-mortalidad.

Para el cumplimiento de ese propósito, la propuesta se centra en cuatro grandes ejes de acción:

- Fortalecimiento de las áreas gubernamentales de salud de la adolescencia (instalación en las agendas sectoriales nacionales y provinciales).
- Fortalecimiento de los servicios de salud para los adolescentes de ambos sexos: aumento de la cobertura y la calidad de atención.
- Desarrollo de la comunicación social y la abogacía (concepciones y compromiso de actores sociales relevantes).
- Promoción de la participación de adolescentes y jóvenes en materia de salud (autocuidado, cuidado mutuo y del ambiente, protagonismo en los servicios y en proyectos, como vía para la construcción de ciudadanía).

Se consideran principalmente los siguientes ámbitos de acción:

- Las estructuras gubernamentales de salud y otros sectores, de los niveles nacionales, provinciales y municipales.
- Los servicios de salud, especialmente los del primer nivel de atención.
- Las familias, como ámbitos donde se ponen en juego las prácticas de crianza y de estimulación que darán mayores o menores oportunidades de crecimiento y desarrollo a los niños y los adolescentes.
- La escuela como espacio de promoción de las habilidades para la vida, un espacio en el cual los niños, las niñas y adolescentes tengan la oportunidad de desarrollar las destrezas cognitivas (lenguaje y autoestima) para apropiarse del conocimiento socialmente significativo.
- Los espacios comunitarios (clubes, parroquias, casas del joven, etc.) que incluyan a los/las adolescentes en un marco común socializante. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Feldman S, García Méndez E, Araldsen H. Los niños que trabajan. Buenos Aires: Cuadernos de UNICEF, 1997.
- UNICEF / Graciela Römer y Asociados. Sin voto pero con voz. Estudio realizado para UNICEF Argentina. Buenos Aires, 1995. (Documento preliminar).
- Deutsche Bank. Jóvenes hoy. Buenos Aires: Editorial Planeta, 1999.
- Ministerio de Salud, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infante Juveniles y Nutricionales –UCEPMIyN–. Salud en la adolescencia: avances hacia un enfoque integral. Buenos Aires, 2001.
- Ministerio de Salud, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infante Juveniles y Nutricionales –UCEPMIyN–. Salud de la adolescencia en la Argentina: Información diagnóstica. Buenos Aires, 2001.
- Ministerio de Salud, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infante Juveniles y Nutricionales –UCEPMIyN–. ¿Todo bien...? Programa de Salud para los / las adolescentes. Buenos Aires, 2001.

Sólo hay una cura real para la adolescencia: la maduración. Combinada con el paso del tiempo produce, a la larga, el surgimiento de la persona adulta. No se puede apresurar el proceso, aunque, por cierto, se lo puede forzar y destruir con una manipulación torpe. A veces necesitamos que se nos recuerde que el adolescente, en pocos años, se convertirá en un adulto, debiendo superar esta etapa de su desarrollo por medio de un proceso natural, al que podríamos llamar "fase de desaliento malhumorado del adolescente".

La sociedad tiene que incluir este fenómeno entre sus características permanentes, tolerarlo e ir a su encuentro, pero no debe curarlo.

Cabe preguntarse si nuestra sociedad es lo bastante sana como para hacer esto.

DONALD WINICOTT, 1961