

Maternidad adolescente en sectores populares: cuerpo, métodos y prácticas anticonceptivas.

Hasicic, Cintia.

Cita:

Hasicic, Cintia (2011). *Maternidad adolescente en sectores populares: cuerpo, métodos y prácticas anticonceptivas. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/64>

Maternidad adolescente en sectores populares: cuerpo, métodos y prácticas anticonceptivas

Autora: Cintia Hasicic

Pertenencia Institucional: Instituto de Cultura Jurídica, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas. Universidad Nacional de La Plata

E-mail: cintiahasicic@yahoo.com.ar

Resumen

En Argentina, de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud de la Nación destacadas en el trabajo del Celsam (Centro Latinoamericano Salud y Mujer) elaborado durante el año 2009, se estima que en el país nacen por año 107.109 hijos de madres adolescentes. El estudio destacó que el 15% de los embarazos se produce en adolescentes de entre 15 y 19 años, concluyendo que una adolescente se convierte en madre cada hora, concentrándose dicha tendencia en la Provincia de Buenos Aires¹. El mismo señala que las adolescentes más afectadas son aquellas que pertenecen a sectores populares por su escasez de recursos y su falta de información sobre métodos y prácticas anticonceptivas. Este tipo de discurso es también avalado desde el modelo médico hegemónico, cristalizado en la práctica médica.

Esta ponencia tiene como objetivo central indagar acerca de las representaciones sobre el cuerpo, como también sobre las prácticas y conocimientos de métodos anticonceptivos que poseen las adolescentes, desde su propia mirada.

Para dar cuenta de esto, efectuamos un estudio cualitativo basado en entrevistas semi-estructuradas a adolescentes embarazadas de entre trece y diecinueve años de edad que se atendieron en el Centro de Salud N°3 de Los Hornos de la ciudad de La Plata durante los meses de junio y noviembre del año 2008.

Palabras Clave: Maternidad- Representaciones sociales- Métodos anticonceptivos- Sectores populares- Adolescencia

Adolescencia(s): concepto dinámico e histórico

La noción de adolescencia ha sido ampliamente debatida y es fuente de controversia. Como señala Kaplan (1991), varios estudiosos del tema no la consideran como un estado propio por el que transita todo ser humano hasta alcanzar la madurez biológica y psicológica, sino como una transición entre dos estados; a la vez que señala que no existe un acuerdo generalizado acerca de su duración y finalización. Sostiene que ciertos autores ubican la finalización de la misma a los 20 años, mientras que otros creen que una persona se ha desarrollado de manera completa a los 18, entendiéndose que esta comienza a los 13 años de vida. Esto representa un gran problema, porque es sumamente

difícil identificar quiénes son los adolescentes, y por lo tanto, poder comprender sus particularidades.

Para nuestro trabajo, retomaremos los estudios de Obiols (1998) y de Checa (2003), en los cuales se rastrea el concepto de adolescencia desde su surgimiento en la Modernidad y las diferentes posiciones en cuanto a la misma, entendiéndola como una construcción socio-cultural que varía a lo largo de la historia, en cada contexto.

El concepto de adolescencia surge, de acuerdo a Obiols, en la Modernidad, como un artefacto creado dentro de las sociedades urbano-industriales a partir del siglo XV, a raíz de los cambios que se estaban produciendo en dichas sociedades, en las cuales las personas que se encontraban atravesando esta etapa no tenían una definición clara acerca de su condición (no eran ni niños ni adultos) (Obiols, 1998: 61). Checa, por su parte, ubica la emergencia y conceptualización de la adolescencia en épocas relativamente recientes (fines del siglo XIX), coincidiendo con la expansión capitalista que, con el desarrollo de la industrialización, produjo modificaciones en la familia. Expresa que distintos autores coinciden en atribuir a la educación formal, a través de la escolaridad, la emergencia de la noción de adolescencia y la necesidad de situarla como una etapa definida y con características propias del ciclo vital de las personas. Por medio del sistema escolar obligatorio exigido por los países en proceso de industrialización, la educación fue un punto de anclaje para el mundo moderno y occidental. En ese marco, la noción de adolescencia fue necesaria, ya que prolonga la dependencia, la socialización y el aprendizaje, posponiendo así el ingreso de los jóvenes a la edad adulta, al matrimonio y al mercado laboral (Checa, 2003: 31).

Más allá de las diferencias en cuanto al período de la emergencia del término, ambos autores entienden a la adolescencia *como una construcción social y cultural: es un proceso social-cultural complejo, es decir, es una construcción histórica social y como tal varía a través de los tiempos de una misma cultura, y dentro de ella, en diferentes clases sociales. Es decir, que no existe una definición universal de la adolescencia, sino que la misma varía de acuerdo al momento histórico, la cultura, las ideas de la época, etc* (Obiols, 1998:73).

Como proponen Krauskopf (1982) y Margulis (1996), es esencial considerar a la adolescencia desde criterios de pluralidad, entendiendo que existe una variedad de modos de ser adolescentes. La adolescencia se expresa en un tránsito que comienza biológicamente en la pubertad y se caracteriza por ser un momento conflictivo en la vida de las personas, por la búsqueda de la identidad propia, de autonomía. Sin embargo, a partir de la ubicación sociohistórica y de algunas precisiones del concepto, se ha ido consolidando la definición clásica de la adolescencia como “etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta”, en la que se identificaron características fisiológicas y psicológicas, muchas de ellas asociadas a conductas de riesgo. En esto tuvo una importante incidencia la perspectiva del modelo médico que relaciona los comportamientos adolescentes con situaciones de riesgo, y que tiende a medicalizar los cambios que se producen durante la adolescencia bajo categorizaciones de “normal” o “patológico”. Esta perspectiva ha contribuido también a fomentar la visualización de la adolescencia como un fenómeno problemático de por sí debido a su característica de mutación y por estar

situado en las fronteras de dos momentos claramente tipificados (Checa, 2003).

Nuestro punto de partida será considerar que el “problema del embarazo adolescente” está fuertemente atado a la o las formas en que pensamos la propia adolescencia y la juventud, como se plantea en el trabajo de Adaszko (2005). Coincidimos en que las características de cada edad se definen en el marco de relaciones de poder con las otras, constituyéndose así un sistema complejo en el que los diversos grupos sostienen vínculos de complementariedad y conflicto pues está en juego el acceso a recursos. Cómo es la juventud en una sociedad no puede definirse independientemente de cómo se configura la adultez en esa misma sociedad. Diversos autores indican que los grupos de mejor posición socioeconómica en la sociedad y algunos actores del campo científico y político, ponen en circulación discursos que estigmatizan el embarazo en la adolescencia como un modo de controlar la sexualidad, especialmente la de las mujeres, y los ciclos reproductivos de los jóvenes en función de sus necesidades políticas y económicas (Adaszko, 2005).

Partiendo de esta idea de heterogeneidad, entendemos que la adolescencia no es vivenciada del mismo modo en los distintos sectores sociales. Como observa Isse Moyano en su trabajo, *“En los sectores populares, el modelo social de adolescencia se aleja, se desdibuja o se pierde totalmente, ya que los factores económicos y sociales no sólo pueden acortar dicho proceso, sino que muchas veces se pasa en forma directa de la niñez a la etapa adulta”* (Isse Moyano, 2000:15).

Las adolescentes que estudiaremos, pertenecientes a sectores populares, sufren una triple vulnerabilidad: por ser mujeres, por ser pobres y por ser adolescentes. En este sentido, definiremos sectores populares como *“aquel universo poblacional que se caracteriza por ser ajeno al mundo del privilegio y al ejercicio del poder, de allí que pueda definírsele como un amplio sector de la sociedad que no disfruta de posiciones dominantes en lo económico, lo político y lo social. En él confluyen, por lo tanto, una gran variedad de oficios y ocupaciones, una gran diversidad de tradiciones culturales, de origen étnico, etc”* (Lida, 1997:29).

No obstante, Romero (1995) destaca la dificultad de ofrecer una definición precisa de los sectores populares, puesto que éstos se caracterizan por ser heterogéneos, vagos e inestables y la ampliación del número de sujetos que integran el término enfatizando que este nuevo mundo es menos preciso que el de los obreros, incluyendo a empleados o pequeños comerciantes y ciertos profesionales y al mundo de la llamada “economía informal” (Romero, 1995). Consisten en *“un espacio de la sociedad donde se constituyen identidades cambiantes, de bordes imprecisos y en estado de fluencia, que definen los distintos sujetos de los procesos históricos”* (1995:18). La noción de sectores populares no ha sido definida de manera unívoca en la historiografía, y el concepto “popular” exige reacomodos y redefiniciones según distintas épocas y lugares. Por ello nuestro estudio se trata de un campo de límites fluctuantes, ya que lo que separa a “lo popular” de lo “no popular” no se define de una vez para siempre, sino que es el resultado de la dinámica del proceso histórico y, como tal, se desplaza y modifica. En la historiografía actual se lo ha definido en general por lo negativo, por lo que éstas no son, como carencia o ausencia de poder o relieve social. Es decir, se las ha definido sobre todo por

oposición a las clases privilegiadas, aristocráticas (Lida, 1997). Caracterizando a los sectores populares, Romero (1987) destaca la dificultad de ofrecer una definición precisa de los mismos, puesto que éstos se caracterizan por ser heterogéneos, vagos e inestables y la ampliación del número de sujetos que integran el término: *“Del círculo de los obreros industriales, (especialmente en Latinoamérica) se ha pasado al más amplio “mundo del trabajo”. Los límites atribuidos a éste nuevo mundo son menos precisos que los de los obreros, involucra a empleados o pequeños comerciantes y ciertos profesionales; y hacia abajo, al mundo de la llamada “economía informal” y aún de la “mala vida” (Romero, 1987).*

Para adentrarnos en el universo de las representaciones sociales de las adolescentes, retomaremos las concepciones de Bourdieu (1993) y de la llamada Escuela Clásica (Moscovici, Jodelet), plasmados en los trabajos de Mora (2002) y de Araya Umaña (2002). Esta autora entiende que cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican, y además, los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Las personas conocen el mundo que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan esas explicaciones, y en consecuencia hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo piensa la gente y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común.

El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar (Araya Umaña, 2002). Dentro del trabajo de Araya Umaña, haremos hincapié en la escuela clásica de las representaciones sociales, cuyos máximos exponentes son Serge Moscovici y Denis Jodelet.

Parafraseando a Moscovici, Farr (retomado por Mora) escribe una definición sumaria de las representaciones sociales, entendiéndolas como *“sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios. No representan simplemente “opiniones acerca de”, “imágenes de”, o “actitudes hacia”, sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal” (Mora, 2002:7).*

Así, entendemos que el estudio de las representaciones sociales nos permite conocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio de los cuales las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además nos aproxima a la “visión de mundo” que tienen las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición frente a los diferentes objetos sociales.

Es decir, que las representaciones son construcciones simbólicas individuales y/o colectivas a las que los sujetos apelan o las que crean para interpretar el mundo, para reflexionar sobre su propia situación y la de los demás, y para determinar el alcance y la posibilidad de su acción histórica. En palabras de Bourdieu (1993) las representaciones sociales son, entonces,

percepciones y visiones sobre el mundo que los hombres utilizan para dirigir y significar su acción juntamente con su propia experiencia; para referirse a ella discursivamente; y para orientar el sentido de su acción social. Las mismas cumplen una función de guía práctica, de conocimiento de sentido común, forjadas a partir de la experiencia de los sujetos en un determinado contexto y con determinados recursos. Emergen de y se vinculan a posiciones en la estructura social, por medio de intereses y de esquemas de percepción, a los que Bourdieu llamó *habitus*.

“Los esquemas de habitus son disposiciones que, configurando las representaciones sociales, orientan las prácticas de acuerdo a normas, valores y patrones preestablecidos y compartidos socialmente” (Bourdieu, 1993, Cosas Dichas).

Otro aspecto a señalar es la necesidad de distinguir conceptualmente términos que suelen homologarse; tal es el caso de reproducción y maternidad.

La reproducción responde al plano biológico, está ligado al orden de la especie, mientras que el concepto de maternidad está contenido en el orden de la cultura, más como una función social que como un fenómeno natural. El ejercicio de la maternidad por parte de las mujeres no es un hecho invariable y universal en todas las culturas, sino que ha ido cobrando los matices propios de cada contexto, de cada momento histórico. En palabras de Genolet, *“la maternidad es un aprendizaje, una construcción social”* (Genolet, 2009:38).

Analizada desde su historia, el concepto de maternidad revela que ha sufrido modificaciones fruto de las condiciones sociales, económicas y culturales como también de las luchas que distintos actores han ido desarrollando. Por su parte, Juliana Marcús (2006) propone repensar la categoría de maternidad en términos de pluralidad. Coincidimos en este punto que es más apropiado referirnos a la maternidad no en un sentido unívoco, sino entendida como “maternidades”, como *una construcción cultural que varía en las distintas clases sociales y etnias a lo largo de la historia* (Marcús, 2006:)

Resaltamos su carácter social, plural y culturalmente construido, como un hecho histórico y no solamente biológico, dado que la idea o la representación social de la misma tanto como su ejercicio, es una construcción cultural que varía en las distintas clases sociales y etnias a lo largo de la historia y es definida como un punto central de la división sexual del trabajo (Chodorow, 1984). El ejercicio de la misma no es un hecho uniforme y universal dentro de todas las culturas, su construcción, ejercicio y por tanto, significación, varía en diversos contextos sociales.

El Centro de Salud N° 3

El lugar donde realizamos nuestro trabajo de campo es el Centro de Salud Municipal N° 3, ubicado en la calle 45 entre 146 y 147 en el barrio San Carlos de Los Hornos. Dicho Centro de Salud se encuentra en funcionamiento desde hace veinticinco años. Desde el momento de su apertura hasta la actualidad, brinda los servicios de Odontología, Clínica Médica, Ginecología, Psicología, Pediatría, Obstetricia y cuenta además con el apoyo de una Trabajadora Social. Allí se atienden los vecinos que viven en las inmediaciones del lugar, y el número diario de atendidos varía según los días y el servicio que se preste. Las áreas de Pediatría y de Ginecología son las más consultadas,

atendiendo entre veinticinco y treinta personas por día. El área de Clínica Médica, por otro lado, recibe entre diez y quince personas, mientras que en el servicio de Obstetricia, el número de pacientes no es constante, sino que es más bien irregular.

Estructuralmente, el Centro de Salud dispone de tres consultorios, que en días de gran concurrencia, no alcanza a satisfacer las numerosas demandas, debiendo postergar turnos para días siguientes. Hace tres años, existió por parte del Municipio de La Plata la voluntad de ampliar el centro, construyendo dos consultorios más. Lamentablemente y por cuestiones de política local, este proyecto quedó trunco, afectando la atención de muchos pacientes.

A través de reiteradas visitas al lugar, pudimos dar cuenta que la mayor parte de los pacientes que allí se atienden son mujeres (adolescentes, jóvenes y mayores) y niños pequeños. Entre las adolescentes atendidas, encontramos numerosos casos de embarazo. Las mismas pertenecen, en términos generales, a sectores que denominamos populares.

Las adolescentes pertenecían en su mayoría al barrio y eran argentinas, sin embargo dos de las mismas eran de origen paraguayo. En la mayoría de los casos, las adolescentes concurrían al Centro de Salud sin la compañía de ningún familiar, sólo en algunos casos éstas fueron acompañadas por la madre o alguna hermana mayor.

Del análisis del conjunto de las entrevistas, encontramos que las adolescentes de nuestra investigación poseen familias extensas, conformadas por varios hermanos o hermanastros (entre siete y diez, aunque en algunos casos encontramos adolescentes con doce hermanos) y que gran parte de las mismas conviven o han convivido en hogares cuya jefatura ha sido asumida por uno de sus padres. Es decir, sólo en tres de los quince casos investigados, las adolescentes habían convivido con sus dos padres de origen desde pequeñas.

Como sostiene Isse Moyano (2000) en su trabajo, las familias pertenecientes a sectores populares, se caracterizan por estar conformadas por un número importante de miembros, cuya jefatura puede estar ejercida tanto por el hombre como por la mujer sola. En los casos particulares de nuestra investigación, pudimos dar cuenta de esta observación, además de que las adolescentes conviven en muchos casos con tíos y abuelos.

El lugar del cuerpo en la adolescencia

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de las personas caracterizada por complejos y multifacéticos aspectos en que la sexualidad se constituye como uno de los principales ejes conformadores de la identidad. La sexualidad adolescente está fuertemente influenciada tanto por los cambios corporales propios de esta etapa, producto de las modificaciones hormonales, como por los mandatos sociales y culturales que inciden en la construcción de la identidad de varones y mujeres, según la correspondencia de género y edad. De acuerdo a Checa (2003), desde la infancia y particularmente desde la pubertad, los cuerpos femeninos son disciplinados para el embarazo y la maternidad, disociados de la sexualidad como fuente de placer.

Durante esta etapa de la vida, el cuerpo ocupa un lugar de capital importancia debido a los cambios físicos sustantivos que ocurren y repercuten

a lo largo de todo el proceso de crecimiento (Checa, 2003). Tales cambios tienen su correlato en la subjetividad adolescente y se expresan en distintos niveles, a veces contradictorios: la necesidad de autonomía pero a la vez, de dependencia de los padres; la búsqueda de la identidad, entre otros. Estos cambios requieren ser procesados para lograr la apropiación del cuerpo y la práctica de la sexualidad de manera saludable y placentera.

El cuerpo, lo que comemos, cómo nos vestimos, es un agente de cultura, una poderosa forma simbólica, una superficie en la cual las normas centrales y las jerarquías son inscriptas. El cuerpo puede funcionar como una metáfora de la cultura. Como sostienen Bourdieu (2000) y Foucault (1984), el cuerpo es un lugar práctico y directo de control social. A través de los ritos cotidianos, el cuerpo se hace cuerpo y sobre él se aplican las normas y las reglas de la vida social.

Creemos entonces que el conocimiento del cuerpo y de sus funciones reproductivas son elementos cruciales en la adopción de prácticas reproductivas informadas y saludables.

Cuando hablamos de la salud sexual y reproductiva, nos referimos a las connotaciones que adquiere la salud de la mujer en la etapa de su ciclo vital en la que tiene la posibilidad de gestar. Está relacionada a un conjunto de condicionantes que la ubican básicamente en su carácter de reproductora generacional, otorgando naturalidad a dicha función, y por lo tanto, haciéndola extensiva a todas aquellas vinculadas a la maternidad, crianza de los hijos, tareas reproductivo-domésticas, así como a la promoción y atención sanitaria en su comunidad.

Esta naturalización atribuida a la maternidad se traduce en muchas mujeres en un campo de tensión entre la sexualidad y la procreación que, en el imaginario femenino, se manifiesta en una imbricación entre ambas tendiendo a una subsunción de la sexualidad con la procreación. Su consecuencia se expresa en las limitadas posibilidades de las mujeres de gozar de una sexualidad libre de la posibilidad de procreación y, consecuentemente, libre de riesgos para su salud y su vida. La definición de salud reproductiva adoptada en la Conferencia de Beijing² supuso un avance respecto a anteriores enfoques que privilegian el rol reproductivo de la mujer, concibiéndola como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esto entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre métodos para regular su fecundidad de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”* (Checa, S, Erbaro, C; 1995: 267).

De acuerdo a Checa y Erbaro (1995) la atención sanitaria que se brinda a las mujeres actualmente, está imbuida de los contenidos de la ideología patriarcal que orienta la enseñanza y práctica de la medicina en el campo de salud reproductiva, para lo cual lo esperable y deseable para la mujer es que

reproduzcan y críen hijos, promoviendo la identidad mujer-madre. Para dicha concepción el deseo de ser madre es natural y se inscribe en una condición femenina irreductible: el no querer serlo, será reprimido y castigado.

En esta misma línea, Salas Valenzuela (1994) considera que la conceptualización de mujer que sustenta la estructura sanitaria es la de mujer sólo sexuada biológicamente, es decir, la mujer con sus capacidades reproductivas como su más importante elemento distintivo.

La organización de la práctica médica visualiza a la mujer tratándola como un organismo asexuado y segmentado en las especialidades que atienden su condición de reproductora biológica. Fragmentan en lo corpóreo su integralidad obligándola a circular por distintos servicios en la atención de su salud. Se reproduce en este campo una concepción de la salud/enfermedad coherente con la fragmentación que se produce en el mundo social y del trabajo.

Amparados desde el enfoque médico hegemónico, se sostiene que el embarazo adolescente se produce en general por falta de información sobre métodos anticonceptivos o por falta de educación sexual que poseen las mismas. Existe un amplio consenso entre de los profesionales de la salud que trabajan cotidianamente con adolescentes que sostienen esta explicación y que la escasa información que las mismas disponen acerca de estos temas proviene básicamente de la escuela o del grupo de pares. Algunos señalan que tampoco en la escuela se les brinda este tipo de información (Checa, 2003). De acuerdo a los profesionales, los conocimientos que los y las adolescentes poseen sobre anticonceptivos son escasos y el uso de métodos, en general, no es el correcto. En términos generales, los profesionales de las distintas áreas coinciden en la necesidad de educar en la prevención, en sexualidad, en anticoncepción, atribuyendo este estado de salud de las mujeres de los sectores más desfavorecidos socialmente a la pobreza y la falta de educación integral (Checa y Erbaro, 2005).

La obstetra a cargo del Centro de Salud expresaba que:

“No tienen educación, no tienen educación sexual ni en la casa ni en la escuela. Vos fijate que las escuelas de acá, de los alrededores, están para que vayan a comer. Acá vienen a comer y por ahí repiten de grado para seguir comiendo, nada más, no les importa el estudio. Y tampoco los docentes se encargan mucho de educar ni en la parte que a ellos les corresponde, ni educarlos sexualmente. Y en las casas, o a veces por ignorancia o porque no se habla del tema, tampoco les dicen. Y empiezan a tener relaciones sin saber cómo cuidarse.”

(Sara, obstetra)

Kornblit y Mendes Diz (1994) por su parte, señalan que los conocimientos que los jóvenes tienen de fisiología en general y del ciclo menstrual son relativamente escasos y que no se observan diferencias marcadas por sexo, aún cuando las mujeres parecen estar más informadas.

Del análisis de nuestras entrevistas, pudimos dar cuenta que todas las adolescentes entrevistadas tienen conocimiento sobre su ciclo menstrual, aunque notamos cierto desconocimiento del funcionamiento de los órganos que intervienen en dicho proceso o el nombre específico de los mismos:

“Una vez en el colegio dieron una charla de eso. No me acuerdo de los nombres ni nada (Se ríe). Lo importante es que te viene una vez por mes”

(Rosario, 14 años)

“A mi hermana la tuvieron que operar de ahí... ¿Cómo se llama? Ovario, úteros, bueno una cosa así era”

(María, 15 años)

Sin embargo, cuando indagamos acerca del conocimiento que las mismas tenían sobre métodos anticonceptivos, todas las adolescentes conocían su existencia. Llamaremos “métodos anticonceptivos” a “*aquellos dispositivos, técnicas o recursos de diverso tipo destinados a impedir que una relación sexual conduzca a una concepción*” (Federico, 1995: 53).

Las adolescentes de nuestra investigación nombraron al preservativo y las pastillas anticonceptivas (o píldora) como los métodos que podían utilizar para evitar el embarazo. No obstante, en el trabajo de Geldstein y Pantelides (2001), las autoras destacan que las adolescentes de clase baja conocen, en promedio, un menor número de métodos anticonceptivos: de acuerdo a su trabajo, sólo el 35% es capaz de mencionar cuatro o más métodos, frente al 61% en la clase media. Por su parte, en la investigación de Pantelides, Geldstein y Domínguez (1995), la casi totalidad de los adolescentes de clase media y baja entrevistados (96%) sabía sobre métodos anticonceptivos. Los adolescentes de clase media conocían cuatro o más métodos, mientras que los de clase baja dos. El preservativo es el método más mencionado, como también las pastillas anticonceptivas. En general el conocimiento de los métodos anticonceptivos es menor en la clase baja. Hay un método más nombrado entre esta última, y es el de las inyecciones. Las autoras sostienen que este método sea tal vez más utilizado por las adolescentes de este sector dado que no requiere una disciplina diaria y ésta constituye un método invisible para las parejas, o en el caso de las adolescentes, para los padres.

Las adolescentes entrevistadas revelan que la escuela es la principal proveedora de información sin excepción. En segundo lugar señalan a las madres, hermanas y en general las mujeres de la familia de las adolescentes. Ambas, escuela y familia, operarían como las principales instituciones transmisoras sobre estos temas (Checa, Erbaro, Schwartzman, 2009).

Las adolescentes embarazadas de nuestra investigación demostraron tener conocimiento sobre los mismos, adquiriéndolo por medio de la escuela en primer lugar, el grupo de pares o por conversaciones con los padres, aunque esto último representa la minoría de los casos.

Silvina, Camila, Gimena y Débora comentaron lo siguiente:

“Mi mamá me contaba que había pastillas, todo eso. Ella me decía que si un día lo hacía, que le dijera, que ella me conseguía las pastillas, que ella me las conseguía para prevenir.”

(Silvina, 17 años)

“Sí, con mi mamá hablé sobre métodos anticonceptivos, pero me dijo que nunca haga nada. O sea, que siempre se cuide él, que yo nunca tome nada. Para mí está bien, yo la escuché y para mí está bien. Porque por ejemplo, mis primas toman todo eso (pastillas) y se deforman todas, y eso a mí no me gusta. Si me tengo que deformar que sea por un hijo, no por tomar eso.”
(Camila, 17 años)

“Yo sabía sobre todo eso por la escuela. Y si no, buscaba yo por otros lados, así como informarme más, porque mi mamá es así como más cerrada en ese tema, así que...No, sólo por la escuela.”
(Gimena, 18 años)

“Con mi mamá nunca hablamos de esas cosas. Yo me enteré de todo eso por la escuela”
(Débora, 19 años)

En otros casos la coerción sexual, entendida como el “acto de forzar o intentar forzar a otro individuo por medio de la violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño a participar de conductas sexuales contra su voluntad” (Checa, 2003), es otro elemento que podría estar presente. Las adolescentes por miedo a perder a su pareja, acceden a los pedidos de la misma, como cuenta María:

“Sí, sé cómo cuidarme, pero no me gusta. No sé, no tiene sentido si te cuidás, porque no, no sé. Con el chico con el que yo estaba juntada decía que era re feo cuidarse. Qué se yo, para los varones...Él no quería usar preservativos, entonces no usábamos nada. No, no queríamos. Él puede usar preservativos y yo tomar pastillas. Tomé pastillas y después las dejé. Después me confiaba, porque a mí me habían dicho que no podía quedar embarazada porque tenía un problema. Me confiaba...Aparte nosotros también queríamos tener, estábamos buscando un hijo. Queríamos tener... Él quería y quería y ahora estamos separados.”
(María, 15 años)

En la mayoría de los casos, y dado que las relaciones sexuales suelen ser esporádicas y no planificadas, no recurren de manera sistemática al uso de métodos anticonceptivos para controlar su fecundidad, aunque posean conocimientos válidos sobre anticoncepción (Checa, 2003). En el caso de Celeste, conociendo qué medidas tomar para cuidarse, no lo lleva a cabo en su práctica eventual

“Yo, jamás hablé con mi mamá sobre cómo cuidarme. No, mi mamá es de esas madres que no son de sentarse y hablarte de todas esas cosas. Yo me enteré por amigas, viste. Amigas...Con mis amigas hablamos de todas esas cosas. Pero jamás me cuidé igual, eh. Nunca me cuidé. Mis amigas, sí. Sabía igual de todo lo que había, pero nunca me cuidé yo...Fue una historia pasajera lo que tuve con este chico, igual.”
(Celeste, 16 años)

Podemos agregar que algunas de las adolescentes entrevistadas manifestaron que mantuvieron charlas con sus madres sobre este tema, pero las conversaciones no eran de carácter informativo. Es decir, las mismas se limitaban a advertir a las adolescentes sobre “cuidarse”, sobre todo en las salidas “al baile” con las amigas. Solamente en dos casos analizados, las madres explicaron a sus hijas la existencia de pastillas y diversos métodos (los casos de Silvina y Camila). La fuente de información de mayor llegada, en nuestro caso, ha sido la escuela y en segundo lugar, el grupo de pares. Existe consenso entre los investigadores en el sentido de que los interlocutores privilegiados son los pares (Méndez Ribas, 1998; Pantelides y Cerrutti, 1992 citado en Gogna 2005).

Creemos importante en este punto distinguir por un lado *los conocimientos* sobre métodos anticonceptivos, y por otro, *el uso* de los mismos. Con respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, algunos profesionales sostienen que en muchos casos las adolescentes los conocen, pero que en la práctica no los usan o no saben cómo funcionan exactamente cada uno de ellos.

Checa (2003) sostiene que un número muy escaso de jóvenes desconoce la existencia de métodos anticonceptivos; sin embargo hay importantes diferencias de *clase social* en su *uso consecuente*. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, las adolescentes expresaron no utilizarlos, por una cuestión estética (se entiende que “deforman el cuerpo” o que no quieren “arruinarse”), por una cuestión de comodidad, y en otras por una cuestión de coerción (es decir, por el pedido implícito o explícito de su pareja). Es significativo el hecho que las adolescentes conociendo cómo prevenirse no lo lleven a cabo en la práctica.

Del análisis de las entrevistas también pudimos observar que las adolescentes en ningún momento de la realización de la misma nombraron enfermedades de transmisión sexual (ETS), como el HIV/SIDA, Hepatitis, HPV, etc, a las que estuvieron potencialmente expuestas al no usar ningún tipo de protección. La preocupación mayormente resaltada era el embarazo, no el riesgo de contagio de HIV/SIDA o de alguna ETS. Esto lo visualiza Gogna al manifestar que “*Los proveedores refieren que la mayoría de las usuarias tienen miedo a quedar embarazadas, pero no perciben el riesgo de contagio de HIV/Sida o ETS con la misma preocupación. Las usuarias consideran que si su pareja es “un chico limpio y de buena familia, entonces no hay por qué preocuparse”* (Gogna, Programas de Salud Reproductiva para adolescentes, 2001: 61)

En relación con el uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes, diversos estudios reportan una baja utilización de los mismos, aun en los casos en los que no se desea un embarazo. Así, por ejemplo, una encuesta realizada a adolescentes de clase media-baja y baja revelaba que el 40% de los adolescentes sexualmente activos no usaba anticonceptivos, aun cuando sólo una cuarta parte de éstos querían embarazarse (Pantelides, 1996; Kornblit y Mendes Diz, 1994).

En este sentido, de acuerdo a una encuesta a nivel nacional realizada por la SAGIJ a 1485 adolescentes de bajos recursos durante el año 2003, revela que el 90,5 % de las encuestadas iniciadas sexualmente, con una edad

promedio de 16,7 años, mantenía relaciones en la actualidad. Al momento de la indagación, el 27,9 % no tenía cuidados anticonceptivos. Los motivos que refirieron fueron: a) buscaba el embarazo (35 %), b) falta de información (23 %) y c) él no quería (17 %). Llama la atención el porcentaje de adolescentes que manifiesta el deseo de embarazo, porque este indicador nos demuestra que la falta de uso de métodos anticonceptivos parecería trascender la precariedad material de estas jóvenes (Marcús, 2006). Otra investigación que complementa los resultados anteriores es la realizada por el CEDES. El estudio abarcó 15 maternidades públicas de siete provincias argentinas. Se entrevistaron 1645 adolescentes con una edad promedio de 17, 6 años que dieron a luz durante diciembre de 2003 y febrero de 2004. Los motivos de la no utilización de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual fueron: a) no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento (35,8 %), b) no conocía los métodos (11,8%) y c) quería tener un hijo (9,4 %). Luego de la iniciación sexual, el motivo principal de la no utilización de métodos fue *quería tener un hijo* (21,8 %).

Estos datos revelan que la maternidad adolescente no puede ser explicada únicamente en términos de falta de información sobre métodos anticonceptivos como causa central y última.

Derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia

Finalmente, y en consonancia con lo anterior, creemos importante dar cuenta de los llamados derechos sexuales y reproductivos dado que éstos derechos constituyen la otra cara de lo que hemos llamado salud reproductiva, y creemos que el conocimiento y el potencial ejercicio de los mismos por parte de las adolescentes es central para comprender más profundamente el fenómeno que pretendemos analizar.

Los derechos sexuales y reproductivos consisten en los derechos que poseen varones y mujeres a decidir cómo, cuándo y con quién tener hijos, el derecho a una sexualidad libre de presiones, plena y autoconsciente, que incluye el derecho al placer y a la libertad de la orientación sexual, el derecho a la educación, a la información y el acceso igualitario a servicios de salud de calidad y gratuitos que respeten las decisiones y preferencias de los y las consultantes: como así también el derecho a la crianza compartida de los hijos por ambos miembros de la pareja en un ámbito sano y seguro. Así mismo incluye el derecho de disponer del propio cuerpo de las mujeres cuando ellas deciden interrumpir voluntariamente su embarazo accediendo al aborto seguro y gratuito. La existencia de tales derechos involucra directamente a las instituciones de educación y salud y al Estado en su conjunto como responsables de difundirlos, proveerlos y garantizarlos (Checa y Erbaro, 1995).

Siguiendo a Gogna (2001), los derechos sexuales y reproductivos constituyen una nueva generación de derechos cuando se consideran desde el punto de vista de su formación, pero son indivisibles de los derechos humanos, ya que no son separables ni separados de los derechos civiles, políticos y sociales. Como derecho civil, la libertad reproductiva está ligada al derecho a decidir sobre el propio cuerpo; como derecho político, la libertad reproductiva está ligada a las conquistas de los movimientos de mujeres y como derecho social, la libertad reproductiva está ligada a las políticas de salud pública. Los derechos sexuales y reproductivos implican derecho a la vida, a la libertad

individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, de equidad, de información y educación, de cuidado a la salud, de tener los beneficios del progreso científico, de privacidad o intimidad, de vivir libre de maltrato o tortura.

La obstetra del Centro de salud manifestó al respecto que

“La Educación sexual no es anticoncepción nada más. También son los derechos que tienen (las adolescentes). Ellas no saben que tienen derechos, derechos sobre su cuerpo. Yo, por ejemplo, tengo muchas chicas de catorce, quince años que les preguntas si usan preservativos y te dicen que no, porque a mi pareja no le gusta. Entonces, yo les digo, que la decisión es suya, que no es de la pareja. Si no usas preservativo, no te toca. Es sencillo. La decisión la tomás vos, y vos tenés derecho a reclamar lo que querés. Y bueno, y eso en la casa seguramente no se lo dicen. Pero yo muchas veces los entiendo. A veces no es la misma época, no todos tiene la misma mentalidad, y a veces es difícil aceptar que tu hija empieza a tener relaciones, y es como que les dá pudor hablar de esas cosas”.

Del análisis de las entrevistas realizadas, solo María nos comentó acerca de esta situación. Su pareja no creía cómodo la utilización del preservativo como método de anticoncepción, y ella avalaba en cierta forma esta decisión unilateral como algo compartido y sin cuestionamiento aparente. En el resto de las entrevistas no pudimos entrever éstas u otras cuestiones similares.

Por su parte, Ortale (2010) analizando la legislación nacional y provincial, expresa que desde hace poco más de seis años existe legislación nacional y provincial acerca de los mismos, así como planes y programas de distintos niveles gubernamentales y no gubernamentales, pero cuyas acciones no muestran aún resultados promisorios. En Octubre de 2002, se sancionó la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (N° 25.763), luego de un largo trayecto de conflictos entre actores de la sociedad civil y de vaivenes parlamentarios. Para los sectores conservadores y eclesiásticos representó un fuerte golpe y para el movimiento de mujeres, un logro que no cubrió todas las expectativas (CONDERS)³. Esta ley tiene por objetivos: disminuir la morbilidad materno-infantil, prevenir/disminuir abortos, promover la salud sexual y reproductiva, prevenir y tratar ETS y cáncer genito-mamario, brindar educación sexual a los adolescentes. Se reconoce el derecho de todos a acceder a métodos anticonceptivos de su elección reversibles, seguros, eficaces y aceptables y de recibir atención y adoptar decisiones sin discriminación, coacción o violencia alguna. Pero su reglamentación en 2003, creando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, restringió la aplicación de la ley en tanto no se beneficia a toda la población sino que en el caso de los niños, adolescentes e incapaces, recomienda la presencia de un adulto responsable, especialmente en los menores de 14 años, frente al cual por ejemplo, podrían sentirse cohibidos. Además, se obliga sólo a las escuelas públicas a implementar programas de educación sexual⁴ por lo cual, quienes asistiesen a escuelas privadas verían afectado su derecho a la información, también garantizado constitucionalmente. Otra restricción se vincula con la posibilidad de que servicios y/o profesionales de salud se exceptúen de suministrar métodos

anticonceptivos, obturando el acceso irrestricto a la planificación familiar (Shuster y García Jurado, 2006).

En la provincia de Buenos Aires, se reglamenta en 2003 la Ley 13.066 con similares objetivos a la ley nacional, creando el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. El gobernador vetó la ley provincial derogando el artículo que disponía su cumplimiento en todas las escuelas, por considerar que no respetaba las convicciones personales ni la libertad de culto. Esto reflejó presiones de sectores preocupados por proteger el derecho de los padres a dar la educación que consideran adecuada y por eximir a los establecimientos privados de la regulación legal, afectándose el derecho a la información de niñas y niños. En la ley aprobada se manifiesta como objetivo “valorar la maternidad y la familia”, considerada ésta como una sociedad natural existente antes que el propio Estado.

Asimismo, el Programa provincial posibilita exceptuarse de participar en los programas de salud reproductiva a aquellos profesionales que aduzcan objeción de conciencia.

En el ámbito provincial dicho programa quedó incluido como un subprograma de Salud Sexual y Reproductiva dentro del Programa Materno Infantil⁵. Si bien el subprograma explicita que la salud reproductiva se basa en la promoción en varones y mujeres del desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos a lo largo de todas las etapas de su vida, es claro su énfasis en la procreación responsable⁶. Ésta, tal como aparece en el documento, es un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja desea tener; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna, -entre otras causas- por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías; evitar embarazos no deseados. Supone también tomar decisiones habiendo recibido información sobre los métodos anticonceptivos, respetando convicciones y deseos de las personas.

En la ciudad de La Plata, de acuerdo a un informe de gestión de 2001 de la Secretaría de Salud⁷, el perfil prestacional de los centros de salud municipales revela que el 65% de las prestaciones se dirigen a la atención del binomio madre-hijo. La cobertura de mujeres embarazadas bajo control (3.171 embarazadas) incluye al 65% de las embarazadas previstas.

El Programa de Salud Reproductiva tiene por objetivos: prevenir factores de riesgo físico-psíquico y social; promocionar actitudes sexuales saludables mediante acciones educativas, prevenir embarazos precoces, reducir la incidencia de ETS, promover el control médico de las adolescentes y mujeres embarazadas del partido, incentivar en los Centros de Salud el seguimiento ginecológico, propiciar la paternidad responsable. La finalidad hace visible su orientación, a saber “lograr que la familia se fortalezca en sus vínculos como educadora primaria en la consolidación de una persona educada sexualmente, para el amor y el respeto por el otro”, “formar a educadores sanitarios y docentes en educación sexual con la finalidad de que se conviertan en educadores secundarios en la temática.” Además el programa “apunta a que los habitantes sean artífices de su propio estado de salud y propiciar la autogestión de la comunidad para el cuidado de su salud”. Las principales acciones del programa son las educativas y comunicacionales desarrolladas a través de equipos interdisciplinarios que ofrecen cursos de orientación e

información a escuelas, padres, juntas comunales, entre otros, dirigiendo sus esfuerzos en la formación “para la educación sexual formal y humanizada”.

El Centro de Capacitación Municipal, con motivo de un diagnóstico realizado en el año 2000 en 300 escuelas públicas y privadas, detectó que el 48% manifestaba incidencia de problemas de violencia y sexualidad, surgiendo así el Programa de Prevención y Educación Sexual y el Programa de Violencia, integrados en el Programa Educativo Integral en la Prevención de la Violencia y el Desarrollo de la Educación Sexual en las Escuelas. Este programa profundizó actividades de prevención de adicciones, ETS, violencia y embarazos precoces. La exclusión de la población no escolarizada constituye un problema evidente.

En síntesis, destacamos algunas cuestiones que se desprenden del análisis de los documentos de los programas efectuado por Ortale (2010): a) las acciones de salud sexual y reproductiva se dirigen principalmente a las mujeres (por otra parte a ellas captan casi exclusivamente los servicios de salud, dificultando promocionar la responsabilidad masculina en sexualidad y fecundidad); b) las leyes ponen énfasis en la salud reproductiva y en mucho menor grado se contempla la salud sexual, término por otra parte cuestionable por su reduccionismo y connotación biomédica c) la salud reproductiva se piensa y dirige a adultas heterosexuales y los servicios de ginecología excluyen a los varones; d) la inclusión de los programas de salud sexual y reproductiva dentro del programa materno-infantil refleja el interés en la díada, soslayando la sexualidad; e) se considera que la adolescencia debería abstenerse de la reproducción y las acciones prevenir y velar por los riesgos de las prácticas (hetero)sexuales; f) los programas de atención de adolescentes se centran en conductas “de riesgo” (de hecho intervienen cuando se registran daños y los programas de prevención son escasos); g) la creación de servicios con atención personalizada, integral y dirigida a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes no es contemplada en la legislación ni en los programas; h) en la provincia de Buenos Aires se protege especialmente a adultos (padres, médicos), posibilitando el desamparo de los derechos sexuales y reproductivos; i) en el partido de La Plata los derechos a la salud sexual y reproductiva, al menos en términos de disponibilidad y accesibilidad de servicios públicos, están lejos de estar garantizados a la población pobre y los programas dirigidos a los adolescentes, anclados en la identificación de sus destinatarios con riesgos múltiples, se limitan a dar charlas informativas a aquellos que se encuentran escolarizados.

Por tanto, Ortale (2010) concluye que a pesar de que el derecho a la salud reproductiva de los adolescentes está reconocido, las oportunidades y garantías no les están dadas existiendo asimismo barreras sociales, culturales y religiosas e institucionales que afectan su promoción.

Gogna (2001) por su parte, señala que el Estado no posee metas explícitas para adolescentes y por lo tanto, un programa en salud adolescente específico o de salud reproductiva integral.

Cuando se trata de la salud de las mujeres, los programas y servicios que las atienden enfatizan los factores biomédicos relacionados a su ciclo reproductivo, es decir, la salud materna, en desmedro de una visión integral de su salud y calidad de vida.

En este sentido, Checa y Erbaro (1995) advierten que la segmentación del sistema de atención no facilita el acercamiento al mismo y la fragmentación de los servicios en las distintas especialidades que atienden la salud reproductiva impide una visión integral de la paciente. La mujer entonces, es atendida parcialmente o es una potencial desertora. De esta manera, la puerta de entrada al sistema sanitario no sólo es estrecha, sino que fundamentalmente expulsiva antes que oferente (Checa y Erbaro, 1995)

En la situación de salud de las mujeres se expresan no solamente los déficits del sistema sino aquellos provenientes de una cultura médico patriarcal que visualiza a la mujer en su condición de reproductora generacional, por lo cual es atendida en su función primordial de madre.

Las autoras reflejan que en algunos relatos de las entrevistas, se expresan modalidades de atención y trato hacia las pacientes inscriptos en actitudes desvalorizantes y paternalistas. Estas actitudes colaboran a perpetuar en estas mujeres el paradigma de la mujer ignorante de su cuerpo, de su sexualidad que obstruye la posibilidad de la incorporación de prácticas preventivas de su salud en general y de su condición reproductiva en particular.

Palabras Finales

Para concluir, debemos tener en cuenta que para dar respuesta a los interrogantes planteados necesitamos un estudio en mayor profundidad, debido a la complejidad del fenómeno. La adolescencia como tal constituye un momento de crisis de los sujetos en su tránsito a la adultez que cobra una significación especial cuando éste se realiza en situaciones de debilidad y precariedad en los vínculos relacionales, familiares y sociales.

La maternidad adolescente presenta diversidad y complejidad en cada uno de los casos investigados, por eso deberíamos hablar de maternidades y adolescencias, tal como sugería Marcús. Las condiciones de vulnerabilidad y pobreza refuerzan una condición de género femenino subordinado al ejercicio de roles tradicionales centrados en la crianza de los hijos y el trabajo doméstico así como la exclusión de instancias de participación social y educativas. A partir de las entrevistas realizadas se puede visualizar que el ejercicio de la maternidad es una tarea que asumen las adolescentes, deseada o no y que se encuentra connotada, cargada con los valores y funciones propios que el sistema social y cultural ha asignado a las mujeres.

En los últimos años, los análisis han ilustrado la relación entre las prácticas sexuales y reproductivas de las jóvenes y los factores culturales, políticos y económicos que producen los procesos de vulnerabilización. Gracias a ello cada vez es mayor el consenso que sostiene que difícilmente se pueda incidir sobre las conductas de los jóvenes si no se transforman las estructuras de desigualdad social que determinan la ocurrencia, el significado y los resultados de dichas prácticas.

Sin embargo, el embarazo sigue siendo presentado por los medios de comunicación y los responsables políticos mediante un “discurso victimizador, homogeneizador y alarmista” en el cual el evento asume un carácter siempre negativo (Adaszko, 2005).

Es importante entonces, considerar políticas públicas que no consideren a las adolescentes como potenciales desviadas cuyo comportamiento debiera

ser corregido, sino que se orienten a planificar acciones para apoyar y posibilitar el acceso a oportunidades educativas y/o laborales que potencien condiciones de vida más favorables. En este sentido, creemos de suma importancia entender a los adolescentes como sujetos de derecho ya que desde una perspectiva social, los adolescentes no tienen representación política como un colectivo social, es decir, con una entidad propia que los convoque en la defensa de sus derechos particulares. Al ser considerado como una fase en transición a otra, se pierde de vista la conceptualización de los mismos como sujetos de derecho. El abordaje de la problemática adolescente involucra múltiples disciplinas y privilegia un abordaje integral, incluida la perspectiva de género y es además una cuestión que deben encarar las políticas públicas en el marco del respeto y promoción de los derechos de los jóvenes (Checa, 2003). Los jóvenes no son pensados desde el Estado como sujetos políticos capaces de participar en la toma de decisiones que involucran sus vidas. En el campo de los derechos sexuales y reproductivos no son convocados a participar. Un ejemplo de ello fue la formulación del Plan Nacional de Salud del Adolescente, que se llevó a cabo sin la intervención o consulta de los jóvenes y las adolescentes a quienes iba dirigido (María Alicia Gutiérrez, 2003: 80 en Checa, 2003).

Los embarazos en la adolescencia, así como la dificultad para hacer uso de métodos de protección en las jóvenes de sectores más pobres, constituyen indicadores que muestran la dificultad que tienen las mujeres para el ejercicio de su autonomía y de derechos vinculados a la construcción de su voz propia que pueda fortalecer sus demandas, expresarlas y que sean tenidas en cuenta.

Son escasos los programas y políticas con los que cuentan los adolescentes para promover la superación de estos obstáculos.

Al observar la legislación y las políticas existentes en Argentina en relación con la protección de la procreación responsable, vemos que en los últimos años se han aprobado leyes de salud reproductiva en catorce provincias, y en muchas de ellas se crearon programas especiales en hospitales públicos (CEDES 2002). Sin embargo el grado de implementación de estas disposiciones es muy heterogéneo y además existen obstáculos, particularmente ideológicos, para su extensión hacia la totalidad del territorio nacional, lo que conlleva una importante discriminación en el acceso de las mujeres a estos servicios en función de una característica tan aleatoria como su lugar de residencia.

Creemos, asimismo, que la relación médico-paciente es decisiva en la incorporación por parte de las adolescentes, de comportamientos preventivos sobre su salud en general y reproductiva en particular. Un cambio de actitud y de enfoque hacia un modelo médico más humanista que respete y reconozca a la paciente como sujeto pleno de derechos, que esté abierto a escucharlas y que tenga en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que la rodean, como plantea Londoño (1991)⁸, facilitaría un mejor entendimiento y un trato menos autoritario y distante en la interrelación médico-paciente.

Un importante aporte provendría de una capacitación continua a los profesionales incorporando la perspectiva de género y un enfoque integral de la salud de la mujer privilegiando los componentes sociales que inciden decisivamente en los procesos de salud-enfermedad-atención en las distintas etapas del ciclo vital de las mujeres.

Creemos primordial rescatar las sugerencias realizadas por Gogna (2001) en su trabajo a fin de desarrollar estrategias que incluyan como condición básica la participación de los adolescentes, quienes son los que conocen mejor sus propias necesidades. En primer lugar, la introducción de la perspectiva de género y de derechos en la currícula de la formación de los proveedores de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, personal administrativo, etcétera) es esencial como un nuevo punto de partida en la formulación de políticas y programas para adolescentes. La formulación de las mismas será eficaz en la medida en que estén orientadas a los intereses de los adolescentes, incluyendo a los mismos en su diseño y producción.

Estos programas, a su vez, deberían interrelacionarse con diferentes áreas como salud, educación y trabajo, para poder captar la demanda que no accede voluntariamente al servicio. Creemos también de vital importancia establecer una estrecha vinculación entre los hospitales públicos, los organismos gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales como escuelas, clubes, etcétera, para articular estrategias que concedan un lugar privilegiado a la prevención y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En esta tarea, los medios masivos de comunicación juegan un papel primordial a la hora de producir y diseminar información, también teniendo en cuenta la participación de jóvenes en el diseño e implementación de las campañas. Finalmente, una legislación que exprese la voluntad de considerar a los adolescentes como sujetos activos de derechos, conjuntamente con programas que atiendan las especificidades de su demanda y servicios de atención de la salud integral de calidad permitirán, junto con los esfuerzos realizados en otros ámbitos sociales, la formación de una adolescente o un adolescente solidario, autónomo y participativo.

¹ Dirección de Estadísticas e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales, serie 5

² La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer fue celebrada en Beijing en 1995. Allí se propuso una nueva definición de Salud Reproductiva que corrige y mejora aquella estipulada por la OMS en 1994, ya que refiere al libre acceso de métodos anticonceptivos que no estén legalmente prohibidos

³ Ver página del CoNDeRS: http://www.conders.org.ar/pdf/LEY_n_25673_comentarios.pdf

⁴ Recién en 2002 se promulga la Ley Nacional 25584 prohibiendo acciones discriminatorias hacia alumnas embarazadas en las escuelas públicas del país, siendo sustituida un año y medio después por la Ley Nacional 25.808 que incluye a los establecimientos privados, a los alumnos progenitores, y especifica protecciones durante la etapa de lactancia. En 2006 el Programa Nacional de Educación Sexual (Ley Nacional 26.150) establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos y privados aunque “con una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente”.

⁵ Este último tiene como propósito “contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias bonaerenses, promoviendo el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus comunidades”.
<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil.html>

⁶ http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html

⁷ Informe de Gestión, Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, 2002

⁸ Londoño, E. y Ladi, M. (1991), “*Prácticas de libertad en sexualidad y derechos reproductivos*”, Cali, Colombia.

Bibliografía

- Adaszko, Ariel (2005) “Perspectivas socioantropológicas para la adolescencia, la juventud y el embarazo” En: Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Buenos Aires, CEDES.
- Araya Umaña, Sandra (2002), “Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión”, en Cuadernos Sociales, FLACSO, Costa Rica.
- Bourdieu, Pierre (1993), *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (2000), *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama
- Checa, S. (comp.) (2003), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Editorial Paidós, Buenos Aires
- Checa, S., y Erbaro, C. (1995), “*La salud reproductiva en las representaciones y prácticas de los servicios públicos de salud*”, Salud y población, cuestiones sociales pendientes.
- Checa, S; Erbaro, C; Schvartzman, E. (2009), “Representaciones y prácticas sexuales y reproductivas en mujeres adolescentes de sectores populares urbanos. Reconstrucción de la memoria intergeneracional”, VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población, UBA.
- Dirección de Estadísticas e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales, serie 5.
- Estadísticas del Centro Latinoamericano Salud y Mujer, CELSAM, Ministerio de de Salud de la Nación, septiembre 2009.
- Federico, A. (1995), “Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres pobres del Conurbano bonaerense”, Salud y Población, Cuestiones sociales pendientes.
- Fernández, A (1994), “La mujer de la ilusión”, Paidós, Buenos Aires.
- Geldstein, R; Pantelides, E, Infesta Domínguez (1995); “Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia”, Buenos Aires, Cuadernos del CENEP n° 51
- Genolet, A (2001) Estudio sobre maternidad adolescente en la ciudad de Paraná”, en Hecho en Red, por la salud de la mujer, compilado por la Mesa Coordinadora de la Red Nacional por la Salud de la mujer, Buenos Aires Argentina pp 63-80
- Genolet (2004) “La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia”, revista Ciencia, Docencia y Tecnología, Universidad Nacional de Entre Ríos
- Gogna, M, (2005) “Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002). CEDES
- Gogna, M, (2005), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, CEDES, UNICEF.
- Gogna, M (2001) Programas de Salud Reproductiva para adolescentes, Los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo, Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano
- Isse Moyano, Ma del Carmen, (2000), “Maternidad precoz en mujeres de sectores populares urbanos”, proyecto de investigación en el marco de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora.

-
- Kaplan, Luisa, (1991), *Adolescencia. El adiós a la infancia*, Editorial Paidós, Bue Lida, Clara, (1997), “¿Qué son las clases populares?”, en Revista Historia Social N° 27, Valencia.
- Londoño, E. y Ladi, M. (1991), “*Prácticas de libertad en sexualidad y derechos reproductivos*”, Cali, Colombia
- Mancini, I. (2004), “Modelos de maternidad entre los jóvenes de sectores medios de Buenos Aires”, ponencia presentada en el VII Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Marcús, Juliana (2006), “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad”, proyecto elaborado en el marco de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Margulis, M (1996) “La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura juvenil”, Biblos, Buenos Aires
- Mora, Martín, (2002), “La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici”, Atenea Digital, N° 2.
- Obiols, Guillermo; (1998), *Adolescencia y posmodernidad*, Editorial Kapelusz, Buenos Aires.
- Ortale, S (2010) “Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata” (Buenos Aires, Argentina), Fronteras de la Antropología, IX Congreso de Antropología Social, Misiones, Argentina.
- Pantelides, E y Binstock, G (2007), “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI”, Revista Argentina de Sociología. Año 5 nro 9, pp 24-43.
- Pantelides, E y Cerruti, M, (1992), “Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia”, Cuadernos del CENEP N° 47.
- Petracci, M, Ramos, S. (2006) “La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia”, CEDES.
- Piovani, Juan Ignacio; Marradi, Alberto; Archenti Nélica, (2007), Metodología de las Ciencias Sociales, Emecé, Buenos Aires.
- Romero, Luis Alberto, (1987), “Los sectores populares en las ciudades latinoamericanas del siglo XIX”, en Revista Desarrollo Económico N° 106.
- Romero, Luis A, Gutiérrez L, (1995), *Sectores populares, cultura y política, Buenos Aires en la entreguerra*, Editorial Sudamericana.
- Salas Valenzuela, M. (1994), “La capacidad reproductiva de las mujeres. Determinante en la elaboración de programas gubernamentales de salud”, en Repensar y Politizar la Maternidad. México, GEM
- Shuster, Gloria y García Jurado, Mariana 2006. “Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en maternidad de salud sexual y reproductiva”. En: Petracci y Ramos (comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires, CEDES/UNFPA.
- Stern, C. y García, E (2001), “Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente”, en Stern, C. y Figueroa, J.G. (coords.) Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación, México, D.F., El Colegio de México, 2001.

