

Los programas de salud sexual y reproductiva y la maternidad adolescente en el partido de La Plata. Discusiones a la luz de los derechos humanos y el enfoque de género.

Susana Ortale.

Cita:

Susana Ortale (2008). Los programas de salud sexual y reproductiva y la maternidad adolescente en el partido de La Plata. Discusiones a la luz de los derechos humanos y el enfoque de género. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/341>

Los programas de salud sexual y reproductiva y la maternidad adolescente en el partido de La Plata.

Discusiones a la luz de los derechos humanos y el enfoque de género.

Susana Ortale

CIMECS/Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP.

CEREN/Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires.

e-mail: ortalemarias@speedy.com.ar

Palabras clave: maternidad adolescente, derechos humanos, enfoque de género, políticas de salud sexual y reproductiva.

Introducción

Este trabajo enmarcado dentro de proyectos más abarcativos iniciados en el 2007¹, forma parte de una línea específica de indagación cuyo objetivo es analizar el contenido de los programas de salud sexual y reproductiva vigentes en el partido de La Plata y contrastarlo con las percepciones y experiencias de maternidad de madres adolescentes pobres, grupo cuya vulnerabilidad deriva de la condensación de inequidades socioeconómicas, de género y de edad.

Sabemos que las categorías género y edad, en tanto construcciones culturales que aluden a relaciones básicas de desigualdad -atravesadas por estructuras económico-políticas particulares-, están cargadas de significados que se dirimen en un campo social predispuerto a reforzar relaciones de dominación.

En él, se registra una mirada hegemónica que estigmatiza la maternidad en la adolescencia, fenómeno que desde hace relativamente poco tiempo viene siendo objeto de interés y preocupación por parte del sector sanitario. La maternidad adolescente se construye como problema pero no lo es per se ni puede ser abstraída de contextos específicos.

Los discursos predominantes sobre el tema tienen por finalidad controlar la sexualidad -sobre todo femenina- y la reproducción en función de necesidades políticas y económicas. Desde hace unas décadas el énfasis está puesto en el riesgo que representa para la díada madre/hijo -activado por conductas “inmaduras”, “irresponsables” e “irreflexivas”- y en el aporte de la maternidad/paternidad adolescente en la reproducción de la pobreza.

Más allá del riesgo que entrañaría la adolescencia para el embarazo, el parto y la salud infantil, la exploración de la maternidad desde la perspectiva de las propias adolescentes, del significado que asume para ellas y de los problemas sentidos que se vinculan con su estatus de madre, no han tenido la atención que amerita. El interés no se ha desplazado a indagar qué tipo de situaciones y experiencias concretas rodean la maternidad de adolescentes pobres, sus razones y problemas, cuál es su particularidad, cuáles son las necesidades sentidas, cuáles las

¹ Este trabajo se inscribe en un proyecto de investigación más general sobre pobreza, políticas sociales y género, dirigido por Amalia Eguía y Susana Ortale, radicado en el CIMECS y el Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación de la UNLP, que cuenta con el apoyo de subsidios del CONICET, la CIC, la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva y el Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación Argentina

respuestas por parte del estado; preguntas que constituyen, entre otras, el núcleo de este estudio.

El trabajo representa un ejercicio inicial que pretende identificar -bajo el foco de la perspectiva de género y de derechos, perspectivas que la retórica de las políticas dicen seguir²-, la interpretación y el abordaje presente en las políticas sociales con relación a los problemas de la salud sexual y reproductiva, dimensión atravesada por valores culturales, experiencias, racionalidades y moralidades en disputa particularmente en el caso de la adolescencia.

Ubicado pues en la problemática general del reconocimiento de derechos, el recorte contrasta el marco jurídico y normativo con el significado que asume la maternidad en las adolescentes pobres y plantea reflexiones en torno a la tensión universalidad/particularidad, igualdad/diferencia, redistribución/reconocimiento presente en los programas de salud sexual y reproductiva que las tienen como destinatarias.

Antecedentes en la temática y consideraciones preliminares

El estudio de las desigualdades de clase, género y étnicas ha contribuido a reconocer la heterogeneidad de situaciones y relaciones presentes en la categoría “adolescencia”, reconocimiento que sin embargo no ha logrado incidir en el modelo de adolescencia homogéneo presente en las instituciones, permaneciendo dicha categoría soslayada del arquetipo de maternidad/paternidad predominante en nuestra sociedad desde hace poco más de 50 años. En el mismo sentido, la desnaturalización del género ha sido promovida tempranamente desde la antropología por Margaret Mead (1928) propuesta que ha sido revitalizada desde distintas perspectivas académicas y posiciones políticas. Por otra parte, sabemos que la sexualidad y la reproducción son prácticas que han sido objeto de normatización creciente desde el campo de la salud (Foucault, 1980) cuyos objetivos no siempre explicitados se han incorporado a las agendas en función de necesidades definidas históricamente (Cardacci, 2006).

“El problema” de la maternidad adolescente, construido por los adultos y por las instituciones aparece en nuestro país como preocupación de la salud pública en 1960, habiéndose edificado sobre tres campos fundamentales: el moral, el legal y el de la salud (Palomar Vereá, 2004) a partir de los cuales los adolescentes son controlados, normalizados o estigmatizados. Tal como plantea Ariel Adaszko (2005), la maternidad adolescente sigue ligada a un discurso victimizador, homogeneizador y alarmista, ubicando al evento en un lugar negativo e inaugurando una trayectoria de infortunios.

Debemos advertir que la exploración efectuada sobre el campo de la salud sexual adolescente en términos generales refiere a sectores pobres (Gogna 2002, 2005; Adaszko, 2005; Pantelides 2004, 2005; Climent y Arias, 2000, Marcús, 2006) y que los riesgos para la salud materno-infantil se han sobredimensionado, especialmente en el caso de las madres de 18 y 19 años, que concentran la mayor proporción dentro del conjunto (UNICEF/INDEC, 2003; Adaszko, 2005). Cabe destacar que tales riesgos se derivan de la condición social y no de la edad. Tal como plantean algunos autores, la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad ante determinadas presiones y situaciones de riesgo, entendiendo a la vulnerabilidad como la “exposición ante la falta de información y/o acceso a los recursos necesarios para poner en práctica la información de la que se dispone, sea esto por factores socioeconómicos o culturales como las relaciones de género.” (Pecheny, 2000: 418).

Desde el punto de vista sanitario, las desigualdades de género en la vida reproductiva se traducen en algunas tendencias epidemiológicas (cambios en la tasa de infección por HIV según género, incremento del embarazo adolescente temprano, consecuencias de abortos

² Ver Objetivo 3 de la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2005. Proyecto PNUD/Arg./04/046. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación.

inseguros) que afectan especialmente a las adolescentes pobres. Pero además, ellas también se traducen, articuladas con la situación de clase, étnica, étnica, en valores, prácticas y proyectos de vida que naturalizan desiguales posibilidades de elección en otros aspectos de la vida. Tener la posibilidad de tomar decisiones, acceder y controlar recursos, es central para el empoderamiento de las mujeres y sabemos que más marcadamente que en otros, en el espacio de la sexualidad y la reproducción, las mujeres aún se encuentran subordinadas.

En tal sentido, el marco de los derechos humanos puede dar visibilidad a la vulnerabilidad de ciertos grupos a la salud y/o violaciones de derechos no reconocibles con los instrumentos conceptuales propios de la tradición médico-sanitaria (Paiva, 2000). En nuestro país, distintos investigadores (Faur y Gherardi, 2005; Checa, 2005; CELS, 2005; Petracci y Ramos, 2006; Schuster y García Jurado, 2006) han señalado que históricamente, las mujeres argentinas han visto afectado su derecho a decidir libre y responsablemente si tener o no hijos, cuántos, cuándo y cómo tenerlos, y a pesar de la adhesión a la CEDAW³, a la de otros instrumentos internacionales de derechos humanos y al monitoreo realizado por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS)⁴, la situación persiste. Las dificultades en el acceso a la información y a los recursos anticonceptivos son especialmente marcadas en las mujeres más pobres y más jóvenes, con consecuencias en los embarazos no buscados y los abortos inducidos (Gogna, 2003).

Los grandes aportes realizados por Gogna en “El Estado del Arte” (2005), nos muestran cómo, en toda América Latina, los estudios realizados durante los noventa, marcaron una tendencia similar en la región en la que se devela que: “...un alto porcentaje de adolescentes de ambos sexos tienen una vida sexual activa, no tienen suficiente información acerca de la sexualidad, anticoncepción y reproducción, presentando también dificultades para tomar medidas preventivas en materia de ETS y VIH-SIDA, así como en el caso de embarazos no deseados”. (Maddaleno, cit. por Gogna, 2005).

Pero, más allá de los instrumentos jurídicos y de su contemplación por parte de las políticas sociales, es necesario aprehender cuánto del acceso a derechos se dirime en espacios definidos como privados -tal el caso de las familias y las parejas-, estructurados bajo la misma lógica de desigualdad en las relaciones, y tal vez con más fuerza, que en el resto de las instituciones sociales.

Igualdad, diferencia, desigualdad... ¿por qué mirar los derechos?

“El aprendizaje del y acerca del otro está motivado por el convencimiento de que esa persona (otra) es uno de los nuestros/as” (Martha Nussbaum, 1992. cit. por Susana Moller Okin, 1996)

La posición de la que se parte pretende integrar en el análisis de las políticas sociales dirigidas a atender la problemática de la maternidad adolescente, las nociones de igualdad de género y edad. La noción de igualdad no es escindible de la idea de justicia y del goce de derechos, igualdad que lejos de estar dada, se tiene que construir. Siguiendo a Amorós (2000), la igualdad supone equiparar diferencias bajo un mismo parámetro, homologar derechos entre partes discernibles y condenar a las jerarquías o desigualdades que se deriven de diferencias de cualquier tipo.

Así, las preguntas que subyacen son las que indagan la tensión entre la universalidad (concreción de la igualdad) y la particularidad (el reconocimiento de la diferencia) y en qué medida la interpretación de las diferencias y de las desigualdades afecta el logro de la igualdad. La concreción de la justicia como objetivo general de las políticas sociales requiere

³ CEDAW: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

⁴ Ver página del CoNDeRS: http://www.conders.org.ar/pdf/LEY_n_25673_comentarios.pdf

lidiar con esta tensión: la particularidad no se disuelve en la universalidad, sino que ésta última debe sostener las diferencias de un modo no jerárquico.

De cara a un relativismo radical o a un particularismo extremo, el marco de los derechos humanos -con sus principios de universalidad y no discriminación- posibilita sostener la igualdad y el logro de justicia a través de demandas de reconocimiento (por parte de grupos con identidades culturales subordinadas) y de redistribución (por la injusticia económica). La base de la desigualdad remite a la imposibilidad de lograr derechos sociales⁵, los que no son de aplicación automática y ponen en tensión conflictos distributivos y de reconocimiento (Fraser, 1997): ¿cómo formular políticas que los atiendan simultáneamente?

La perspectiva de derechos en las políticas sociales supone poner el foco en las obligaciones del Estado: respetar, proteger y satisfacer, incluyendo claro está, el acceso a los mecanismos de exigibilidad a todos los ciudadanos. Los derechos no modifican la realidad, las luchas lo hacen, en todo caso ellos habilitan para la lucha; tal como sostiene Birgin (2003), ejercer derechos constituye una práctica discursiva social y específica que expresa niveles de acuerdos y de conflictos.

Las convenciones internacionales de derechos humanos ratificadas por los países implican que éstos deben adecuar sus marcos jurídicos con vistas a garantizarlos, debiendo desarrollar políticas adecuadas y mecanismos necesarios para ponerlos en práctica. Asimismo, en tanto las normas no se siguen forzosamente de transformaciones institucionales, también se compromete a toda la sociedad, no sólo al Estado, a participar en su cumplimiento.

Dentro del derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, sustentados en el respeto de los derechos humanos universales y de las garantías constitucionales, “reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva. Suponen el ejercicio y la orientación de la sexualidad libre de discriminación, coacción o violencia así como el acceso a la información sobre el cuerpo, la educación y la salud sexual. El ejercicio de los mismos implica la posibilidad y capacidad de decisión respecto de tener hijos en condiciones que hagan posible elecciones libres y seguras” (Defensoría del pueblo de la ciudad de Buenos Aires, s/f).

Sabemos que las mujeres tienen desventajas tanto en términos de redistribución como de reconocimiento, que la pobreza afecta cuantitativamente más a mujeres y niños/adolescentes, que la situación de las mujeres pobres no es cualitativamente diferente del resto de las mujeres ricas: es similar aunque peor (Moller Okin, 1996:191) y que el modelo que sigue operando con fuerza vincula los derechos sociales a los laborales (pese a estar positivizados) y por tanto las mujeres acceden a ellos como dependiente del varón (Guzmán, 2001). Tal como señala Joan Scott “el género es el campo primario en el cual o por medio del cual se articula el poder y actúa como la mejor fundada de las ilusiones colectivas (1997: 64). (...) “las relaciones de género están entretejidas en el contexto más amplio de la división de los recursos y las responsabilidades, exigencias y obligaciones entre diferentes grupos sociales de mujeres y hombres en cualquier sociedad determinada. La conciencia de género en las políticas y en la planificación exige un análisis previo de las relaciones sociales de producción dentro de las instituciones pertinentes de familia, mercado, Estado y comunidad” (Kabeer, 1994: 289).

En la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1981) se establece que los países adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación de la mujer en la atención médica, garantizar su acceso igualitario a los servicios de salud, incluyendo los de planificación familiar, servicios

⁵ Los derechos económicos, sociales y culturales, vinculados con garantizar el bienestar general, el derecho al trabajo, a la educación, a la salud, a la seguridad social, a la vivienda, se caracterizan por ser derechos colectivos que requieren de la actuación del Estado y su acceso, lejos de ser de aplicación automática, es dependiente de “*las condiciones económicas de cada nación*”.

apropiados para la atención del embarazo y parto y posparto y asegurar nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia, información, asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar, decidir el número de hijos e intervalo de nacimientos, acceso a información y medios que les permitan acceder a esos derechos.

En el campo de la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento de los derechos de los adolescentes se ha ido materializando a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN, 1989 -especialmente art. 24-), de la Conferencia de Viena (la salud es un derecho humano básico, 1993), del Plan de Acción de El Cairo (1994) y de la plataforma de Beijing (1995). En ella se conceptualiza a la salud sexual y reproductiva en el marco de la equidad y de los derechos humanos, garantizando la promoción de la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones y el ejercicio de una sexualidad y reproducción saludables, libres y seguras. Aquí, es donde los adolescentes quedan claramente definidos como sujetos destinatarios de acciones públicas dirigidas a la promoción y defensa de sus derechos reproductivos. Más adelante se hará visible el vacío legislativo sobre planificación familiar y la falta de compromiso de la Argentina durante años con relación a este derecho.

La Doctrina de la Protección Integral de los Derechos de la Infancia y Adolescencia, sustentada en la CIDN, representa un cambio cualitativo en la consideración de dichos grupos: dejan de ser objeto de intervención, compasión o represión por parte de la familia, la sociedad y el estado y pasan a ser sujetos pleno de derecho, merecedores de respeto, dignidad y libertad, derecho que plantea dificultades para eludir miradas y prácticas no esencialistas.

En tal sentido, cabe destacar que la patria potestad de los padres⁶ no puede actuar obstaculizando la educación sexual de los hijos ni la atención en los servicios de salud; en tanto derechos, la patria potestad debe garantizar su ejercicio.

Sucede que por lo general, en este caso, “sus derechos son traducidos negativamente, en términos de protección, de un modo en que se deslizan los aspectos morales relativos al control social y a la suspensión de las posibilidades de auto-representación en virtud de un juicio moral” (Llobet, 2006:8). Dicha autora advierte, citando a Laclau (1996), que los representados están ausentes del sitio en que la representación tiene lugar, teniendo el representante un papel de cierre, constitutivo de la identidad del representado.

Finalmente, regresando al derecho a la salud sexual y reproductiva, las obligaciones del Estado que deben ser contempladas incluyen: disponibilidad, accesibilidad (física, económica, información, no discriminación), aceptabilidad y calidad de los servicios a las que se suman el acceso a la información y a los canales de interpelación.

Metodología

Se trata de un diseño cualitativo basado en el análisis de fuentes secundarias y primarias. Las primeras comprenden las leyes nacionales y provinciales relacionadas con la salud sexual y reproductiva destacándose las siguientes: Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁷ (N° 25.763), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud, 2003), la Ley provincial 13.066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y de los documentos sobre programas provinciales y municipales vigentes en el municipio de La Plata. Entre ellos se destacan el Programa de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y los Programas de Salud Reproductiva y de Prevención y Educación Sexual dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de

⁶ Art. 264 del Código Civil

⁷ En ella importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, incorporados en 1994 en la reforma de la Constitución Nacional, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW); y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

La Plata⁸. Cabe señalar que las acciones desarrolladas en el municipio de La Plata, se enmarcan en las normativas provinciales.

El análisis apuntó a identificar sus características (fundamentos, objetivos, actividades, cobertura, destinatarios) *vis a vis* al enfoque de derechos y de género y la adecuación de los programas al marco legislativo a fin de encontrar la construcción y las interpretaciones sobre la maternidad adolescente realizada por el campo jurídico y por el sector salud. Dicha información se contrasta con la relevada mediante entrevistas realizadas a veinte mujeres adolescentes (o que lo fueron recientemente), residentes en seis barrios pobres del municipio de La Plata⁹. En ellas se profundizaron aspectos vinculados con las valoraciones, expectativas y significados que rodean a la maternidad, los cuidados reproductivos, su apreciación sobre la mirada de los adultos a la condición de madre, la participación de sus parejas u otros actores en las tareas reproductivas, el conocimiento de sus derechos a la salud sexual y reproductiva y el acceso y evaluación de los servicios de salud y de otros programas sociales que las incluyen como destinatarias.

En síntesis: en el análisis de los programas se explora la incorporación del enfoque de género y la interpretación política de los problemas de sexualidad/reproducción de las adolescentes en el marco de los derechos humanos y en el de los discursos de las entrevistadas, se indaga su interrelación.

El abordaje antropológico, centrado en la recuperación de la perspectiva de los actores, “ese universo de referencia compartido -no siempre verbalizado- que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos organizados para la interpretación y actividad de los sujetos sociales” (Guber, 1991:75) sigue el principio que indica su necesaria contextualización. El recaudo de no absolutizar el punto de vista de los actores ni abstraerlo de condiciones y posiciones determinadas estructuralmente, se basa en asumir que la estructura social y de significado refieren a condiciones de desigualdad y diferencia que se expresan en las relaciones construidas entre los actores (Menéndez, 1997) .

En esto se incluye la posición de quien investiga la que en este caso parte de la valoración de la igualdad en los términos arriba mencionados a partir del cuestionamiento de las articulaciones en términos de desigualdad y diferencias de poder. En tal sentido, la doble hermenéutica incluye la interpretación que el investigador hace de lo que interpreta acerca del sentido que el actor da a lo que dice y hace.

El contexto sociosanitario de la maternidad

Los indicadores sociales se han deteriorado en los últimos 30 años: pobreza, indigencia y desigualdad son datos estructurales.

Lupica y Cogliandro (2007) ofrecen información sociodemográfica y epidemiológica de madres de 14 a 49 años de madres de 14 a 49 años correspondiente a los principales aglomerados urbanos del país¹⁰ mostrando las brechas según condición de pobreza, nivel educativo y edad al primer embarazo.

Según un estudio del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM, 2005 cit. por INFOBAE, 2008), 6 de cada 10 madres adolescentes argentinas no planificó su embarazo. En el mismo informe, Mabel Bianco señala que el número de embarazos en las menores de 15

⁸ Debido a las dificultades de encontrar información actualizada sobre proyectos o programas de la gestión municipal iniciada en el 2007, se analizan los programas que funcionaron en el período anterior.

⁹ La Plata, municipio de 600.000 habitantes, capital de la provincia de Buenos Aires. Las tendencias en sus características socioeconómicas, son tributarias y en muchos sentidos representativas del conjunto de aglomerados urbanos de la provincia.

¹⁰ 2° semestre de 2005 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Se trata de un programa nacional de relevamiento de características sociodemográficas y socioeconómicas desde 1973. Se aplica anualmente en 28 aglomerados urbanos con + de 200 mil habitantes, comprende el 70 % de población urbana y 60 % de población total.

años se incrementó en los últimos 10 años, duplicándose desde 1990 la fecundidad del grupo de 10 a 14 años por el descenso de la edad de iniciación sexual, que se ubica entre los 13 y los 15 años (cit. por INFOBAE, 2008).

Sin embargo, la proporción del 10.7 % de madres de 14 a 19 años registradas en el censo 2001, refleja cierta estabilidad desde 1980. El 58% de los nacimientos de mujeres adolescentes ocurrió en el grupo de 18-19 años, 38.7% en el de 15 a 17 años y 3% hasta 14 años (Binstock y Pantelides, 2005). Conforme el análisis de datos del último censo¹¹ realizado por estas autoras, la Tasa de Fecundidad Adolescente Tardía (15 a 19 años), registra un descenso desde un 78.3 por mil en 1980 a 62.2 por mil en el 2001, con variaciones entre regiones, no obstante, el porcentaje que representan los nacimientos de mujeres adolescentes sobre el total de nacimientos ha subido del 10.9 % en 1960 al 14.8 en 2001, destacándose como tendencia la estabilidad de muchas parejas y la búsqueda del embarazo. Más de la mitad de las madres adolescentes convivía con su pareja, proporción que se eleva en las de mayor edad (71 % de los nacimientos de madres de 18 y 19 años¹²).

En el total del país, una de cada 10 adolescentes alfabetas son madres y en las analfabetas es madre una de cada cuatro. La proporción de madres con escolaridad primaria completa al menos triplica la proporción de madres con mayor educación. La relación entre maternidad y asistencia escolar revela que el 80 % de las adolescentes sin hijos asiste a la escuela, entre las madres eso se da en el 25 %.

En cuanto a la relación de parentesco, se trata de hijas en la mitad de los casos, cónyuges en el 27%, nueras en el 11%, convivientes con otros familiares en el 8% y jefas en el 3%. Respecto a la condición ocupacional, el 36% de las madres adolescentes son activas (10% ocupadas y 26% desocupadas) frente al 21 % de las adolescentes no madres.

Sólo el 27 % de las madres adolescentes tiene cobertura de salud, la mitad que el conjunto de adolescentes. También se observa que las condiciones de la vivienda de las madres adolescentes son mucho más precarias que las de la población general (25% en viviendas precarias), duplicando su valor. Vivienda, educación y cobertura de salud indican que la mayoría de las madres adolescentes son pobres.

Datos provistos por Faur y Gherardi (2005) señalan que en 2002 los abortos inducidos casi equiparan a los nacimientos anuales (500.000/700.000), que el 15 % de los nacidos vivos corresponden a menores de 20 años, que el 10 % de las muertes maternas se registran en las adolescentes y que la feminización del HIV en edades tempranas (13 a 24 años), muestra una razón mujer/hombre de 0.9:1.

El campo normativo y las políticas: leyes y programas

El marco en el que se inscribe la problemática objeto de estudio es el del derecho a la salud. Desde hace poco tiempo existe legislación nacional y provincial, así como planes y programas de distintos niveles gubernamentales y no gubernamentales cuyas acciones no muestran aún resultados promisorios.

En Octubre de 2002, se sanciona la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva¹³ (N° 25.763), luego de una larga historia de conflictos entre actores de la sociedad civil y de 7 años de vaivenes parlamentarios. Para los sectores conservadores y eclesiásticos representó una estocada y para el movimiento de mujeres, un logro que no cubrió todas las expectativas (Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales¹⁴).

¹¹ INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

¹² El 88 % de los nacimientos de madres de más edad se da en situaciones de convivencia conyugal.

¹³ En ella importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, incorporados en 1994 en la reforma de la Constitución Nacional, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW); y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

¹⁴ Ver página del CoNDeRS: http://www.conders.org.ar/pdf/LEY_n_25673_comentarios.pdf

Ella tiene por objetivos: disminuir la morbilidad materno-infantil, prevenir/disminuir abortos, promover la salud sexual y reproductiva, prevenir y tratar enfermedades de transmisión sexual, de cáncer genito-mamario, prevenir embarazos no deseados, 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 el 2003, creando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, restringió la aplicación de la ley. Los objetivos de ésta benefician a toda la población, sin diferenciación de ningún tipo pero la reglamentación en el caso de los niños¹⁵, adolescentes e incapaces, recomienda la presencia de un adulto responsable, especialmente en los menores de 14 años. Esta indicación fragiliza la atención en el "interés superior del niño"¹⁶ consagrado constitucionalmente, según el cual debería prevalecer su voluntad (en tanto, por ej. podría sentirse cohibido frente a sus padres/tutores). Además, se obliga sólo a las escuelas públicas a implementar programas de educación sexual, las que representan la mitad de establecimientos educativos del país¹⁷. Quienes asistiesen a escuelas privadas (confesionales o no) verían afectado su derecho a la información, también garantizado constitucionalmente. Otra restricción se vincula con la posibilidad de que servicios públicos de salud o profesionales particulares se exceptúen de suministrar métodos anticonceptivos, excepción contemplada en la ley para los servicios privados confesionales. Y esto atenta contra el acceso irrestricto a la planificación familiar (Shuster y García Jurado, 2006).

En la provincia de Buenos Aires, se reglamenta en el 2003 la Ley 13.066, con similares objetivos a la ley nacional, creando el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Cabe destacar que el gobernador de turno vetó la ley provincial derogando el artículo que disponía su cumplimiento en todas las escuelas, por considerar que contrariaba la libertad de culto, pues obligaba a los establecimientos privados (confesionales o no) y no respetaba las convicciones personales. Esto reflejó las presiones de sectores conservadores y religiosos, 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. Las escuelas privadas -la mayoría subsidiadas por el Estado- podían no impartir esa educación, 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.

La provisión de anticonceptivos para menores de 14 años está ligada a la firma del consentimiento informado de los padres. 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 sub-programa de Salud Sexual y Reproductiva dentro del Programa Materno Infantil. Este último tiene como

¹⁵ Con relación al artículo 1º de la Convención sobre los Derechos del Niño (CIDN), nuestro país por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad (Ley 23.849).

¹⁶ En concordancia con la CIDN, se entiende por interés superior del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

¹⁷ Recién en 2002, se promulga la Ley Nacional 25584 (2/5/2002) vinculada con la prohibición de acciones discriminatorias hacia alumnas embarazadas en las escuelas públicas del país, siendo sustituida un año y medio después (Ley N° 25.763 mediante) por la Ley Nacional 25.808 que incluye a los establecimientos privados, a los alumnos progenitores, y además especifica protecciones durante el período de lactancia.

Tres años después de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se crea el Programa Nacional de Educación Sexual (Ley Nacional 26.150; 10/2006) estableciendo 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".

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”. El programa provee de manera gratuita insumos (leche, medicamentos, instrumental), la libreta sanitaria y material de difusión y busca mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud, la niñez y la adolescencia, promover estilos de vida saludables en la población y disminuir las tasas de mortalidad de la población materno infantil¹⁸.

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 responsable¹⁹.

Tal como aparece en el documento, la Procreación Responsable 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 los embarazos no deseados. Supone también tomar decisiones luego de haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, respetando convicciones y deseos de las personas. El subprograma se sostiene sobre cuatro pilares fundamentales: información, consejería, entrega gratuita de insumos (preservativos, anticonceptivos orales, inyectables, anticoncepción hormonal de emergencia, DIU, folletería y manuales para agentes sanitarios), y control de salud (exámenes periódicos de salud para la mujer. PAP, serología en ETS, examen de mamas, controles ginecológicos).

Según un informe del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires²⁰ (Chiara, 2003:15) “La tasa de mortalidad materna pone en evidencia la existencia de deficiencias en el proceso de atención de la embarazada (captación precoz, calidad de los controles prenatales), en la calidad de la atención del parto y el puerperio y en la planificación de la fertilidad. Evidencia también la falta de respuesta ante situaciones de emergencia asistencial, tales como hemorragias, infecciones y complicaciones de la hipertensión arterial. La falta de accesibilidad a los servicios básicos de salud predomina en los sectores socioeconómicos más bajos, lo cual nos lleva a cuestionar los modelos de atención vigentes.” (...) “El embarazo adolescente representa un 23% de las consultas ambulatorias en los servicios públicos de salud²¹. (...) Sin embargo a pesar del contacto estrecho que se genera entre las adolescentes y los equipos de salud en ocasión del control prenatal, la tasa de siguientes embarazos continúa siendo alta en la Provincia^{22, 23}.”

Según datos de una encuesta citados en dicho informe, “el 49% de las adolescentes sexualmente activas que han estado embarazadas no utilizan anticonceptivos, cifra que alcanza a 61% en adolescentes sin antecedente de embarazo previo. En la Provincia de Buenos Aires, las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, después del crecimiento significativo de las tres últimas décadas se han mantenido constantes a partir de 1991, a lo que se suma el incremento resultante de los embarazos en madres menores de 15 años” (Chiara, 2003:15).

Es importante señalar que diez años después de los datos referenciados en ese informe, pese a la aprobación de la Ley y a la vigencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a fines

¹⁸ <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil.html>

¹⁹ http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html

²⁰ Los datos que contiene para el tema que nos interesa, corresponden a 1995-1997.

²¹ Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires: *Encuesta provincial nutricional en niños y embarazadas*. Ministerio de Salud. La Plata. 1995.

²² Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil: Sistema Informático Perinatal, 1995-1997.

²³ MSAS: Programa Nacional de Estadísticas de Salud N°41: *Estadísticas vitales. Información básica 1997*.

de 2006 el (sub)-programa incluía a un 25 % de menores de 20 años y estaba representada por un 98 % de mujeres²⁴.

En el municipio de La Plata, de acuerdo a un informe de gestión del 2001 de la Secretaría de Salud²⁵, 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: el 88% de ellas corresponden a pediatría, 10% a control de embarazo y 2% a consultas ginecológicas. La cobertura de mujeres embarazadas bajo control en dicho año (3.171 embarazadas) incluye al 65% de las embarazadas previstas (en función de la población y la tasa de natalidad en las áreas programáticas). Para el 2003 se proponen como metas alcanzar una cobertura de control de embarazos desde el primer trimestre superior al 80% en la población objetivo y capacitar 600 instructores “para la educación sexual formal y humanizada”.

El Programa de Salud Reproductiva está destinado a promover la procreación responsable y la planificación familiar siendo sus objetivos: prevenir factores de riesgo físico-psíquico y social; promocionar actitudes sexuales saludables mediante acciones educativas, prevenir embarazos precoces, reducir la incidencia de ETS, especialmente HIV-SIDA, 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 los educadores sanitarios, 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. Para brindar asistencia y servicios de promoción, se han designado como referentes seis Centros de Salud ubicados geográficamente según diagnóstico de “necesidad poblacional” y área programática. No obstante, los 42 centros de salud existentes brindan servicios de ginecología (n=23), obstetricia (n=21) o ambos (n=13).

Un equipo municipal de educación sexual ofrece cursos y charlas de orientación e información a la comunidad (alumnos, padres, docentes, juntas comunales, otros) dirigiendo sus esfuerzos en la formación de instructores “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, detecta que el 48 % manifiesta 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 tiende a profundizar actividades de prevención específicas en adicciones y en enfermedades de transmisión sexual, disminuir los casos de violencia y los embarazos precoces en niños y adolescentes. La exclusión de la población no escolarizada constituye un problema evidente.

En síntesis, del análisis de los documentos de los programas se aprecian algunas cuestiones: 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 (Schuster y García Jurado, 2006); c) la salud reproductiva se piensa y dirige a adultas heterosexuales y los servicios de

²⁴ http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html.

²⁵ Informe de Gestión, Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, 2002 (informe de circulación restringida).

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)sexuales²⁶; 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; h) 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, 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. En pos de identificar alguno de estos aspectos, es que indagamos la experiencia de maternidad desde la perspectiva de las propias adolescentes, la que no ha tenido la atención que amerita.

El campo de las subjetividades: los discursos de las adolescentes

Las entrevistas realizadas dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones y experiencias que rodean a la maternidad adolescente.

Las entrevistadas tienen actualmente entre 17 y 22 años pero la edad media al nacimiento del primer hijo es de 16.3 años (la mayoría se concentra en los 16 y 17 años) y tienen un promedio de 1.9 hijos. Poco menos de la mitad ha nacido en provincias del interior del país (Corrientes y Misiones) o en países limítrofes (Perú, Paraguay y Bolivia). La mayoría convive con su pareja (en general pares en edad), en hogares extensos y nucleares en similares proporciones y la precariedad de las viviendas se agudiza en los hogares nucleares.

Tres no asistían a la escuela antes de quedar embarazadas, la mayoría la abandonó en esa oportunidad y sólo cinco retomaron luego sus estudios. Una ha completado el nivel secundario; las que retomaron lo están cursando pero la mayoría no logró completar 9 años de escolaridad básica. Actualmente un tercio trabaja esporádicamente en actividades precarias mientras que las que lo hacían antes de nacer el primer hijo, duplican esa proporción y todas carecen de obra social.

Podemos plantear que la participación en el mercado laboral no incidiría retrasando la edad al nacimiento del primer hijo. Asimismo, en nuestro país, las políticas para conciliar trabajo y familia son -en el mejor de los casos- débiles y frente a la dicotomía maternidad/trabajo, habida cuenta de las condiciones laborales ofrecidas a las mujeres pobres, la mayoría decide atender a sus hijos. La fuerza del rol materno se evidencia en que cualquier desajuste al mandato cultural provoca culpa, y en casos minoritarios frustración. Las ocupaciones que realizan (lavar ropa, servicio doméstico, contraprestaciones del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados), muy alejadas de las expectativas de realización personal, no resultan gratificantes ni redituables, responden en todos los casos a imperativos de subsistencia.

Antes del primer embarazo, los anticonceptivos eran conocidos por casi todas aunque utilizados por menos de la mitad.

²⁶ Vinculada a la tendencia, cuyo debate instaló entre otras Judith Butler (1996), a asimilar sexo y género y a identificar relaciones sexuales con heterosexuales.

“...no, él no quería cuidarse. Y yo no me cuidaba, quería tener también porque tanto cuidaba yo a mis sobrinos, entonces quería tener míos...” (Lucía)

“...estaba muy contenta. Siempre me conformaba cuidando los sobrinos (tiene 7 hermanas y todas habían tenido a partir de los 15 años; su madre tiene 27 nietos). Ya tenía 19 años y todas mis hermanas tenían hijos y yo era la única que estaba fuera de línea y allá en Corrientes la mayoría tienen de jovencitas, sí. Y de más jovencitas también, de 13 y 14 años. De la mayoría de ellas fui yo la más virgen digamos.” (María José)

Las que no utilizaban métodos anticonceptivos concentra a las que fueron madres entre los 14 y 16 años. El temor a la reacción de los padres es una constante en estos casos:

“No, nunca. Ahora después de que tuve yo sí. Pero antes no, pero bueno, fue un descuido... pensaba ¿qué voy a hacer? porque era chica también, justo quedé encinta cuando tenía 15. Para contarle a mi papá me dio como miedo pero no, mi papá lo aceptó, todo bien” (Lorena).

Madres y hermanas mayores representan la principal, a veces exclusiva, fuente de información o agentes que intervienen en la adopción de métodos anticonceptivos:

“...yo sabía por mi mamá que desde que me hice señorita a los 12 me dijo y me llevó ella a la ginecóloga a hacerme todos los estudios, sobre todo cuando empecé a salir con él, me llevaba más.” (Brenda)

La anticoncepción era compartida con la pareja en menos de la mitad de las que se cuidaba.

“...no. Totalmente imprevisto, pero hacía ya 5 años que éramos novios...nos cuidamos un tiempo y después no, en ese sentido éramos conscientes. (...) a la salita no, nunca había ido, mi mamá siempre me habló mucho. Somos más amigas que otra cosa. Me decía “cúdense”. Ella muchas veces me compró preservativos...pero obvio, no siempre le di bolilla.” (Laura)

El contexto familiar incide en la búsqueda del embarazo, la mayoría de las veces motivado por condiciones hostiles o de violencia:

“...en verdad era chica, fue por bronca, para cortar con ellos.” (Jenny)

Asimismo, es elocuente la influencia de los varones, padres o parejas, en las decisiones reproductivas:

“Hasta mi papá me habló a mí: un día me dijo, vamos a hablar en serio y me empezó a contar porque ya sos señorita así que empecé a cuidarte porque los hombres cuando la quieren poner la ponen así que tenés que estar segura” (...) Empezamos a salir cuando yo tenía 14 años y me cuidé hasta que él quiso tener un hijo. Antes nos cuidábamos los dos (ella con pastillas que le daban en la salita y su pareja con preservativos que compraba). Me preguntó si quería tener un hijo con él y le dije que sí. Intentamos la primera vez y no quedé pero después sí, así que él estaba re-contento.” (Brenda).

“No, contento por que el había pensado que no podía tener hijos, había estado con mujeres, en pareja estables queriendo tener hijos y no podían quedar embarazada así que suponía que no podía tener hijos, igual nunca se hizo ningún estudio, así que contento.” (Daiana)

“.. por problemas familiares. Entonces, para que estemos juntos, teníamos que tener una criatura, un bebé para que él salga del Instituto. Entonces, por ahí vino el Nahuel, pero no vino porque nosotros... para que él se salga, lo queríamos nosotros. No nació como diciendo: “me olvidé de tomar las pastilla”, no nació así, nació porque nosotros quisimos” (Cintia F)

“Mi mamá no quería que lo tuviera porque tenía miedo a lo que dijera mi papá, tenía miedo a la reacción de él. Papá y mamá querían que tomara esa pastilla para perderlo así que me rajé a lo de mis tíos a Los Hornos. El quería hacerse cargo de la criatura y yo no quería perderlo porque después vas a quedar con remordimiento. Y después mis papás también se arrepintieron y tenían miedo de que me pasara algo a mí, no sé”. (Ayelén)

La importancia del sistema educativo en la información brindada sobre sexualidad y reproducción es reducida cuanti y cualitativamente en términos de transferencia y nulo en sus efectos²⁷:

“...más o menos, esos informes que dan y te decían chicos, cuídense, pero lo normal, poquito.” (Paula)

“...lo que me dieron en el colegio no me sirvió de nada, no entendí un montón de cosas. Fue una charla.” (Cintia A)

Cabe señalar que la incorporación de contenidos sobre salud reproductiva en la currícula escolar es aún objeto de debate²⁸ y la información a través de pares puede ser inadecuada, lo mismo que la que brindan los adultos, sumándose en ellos la posible manipulación o mala intención (Mabel Bianco, cit. por INFOBAE, 2008).

Por su parte, la escasa demanda a los servicios de salud antes del embarazo limita las posibilidades de prevención:

“...no, antes iba a pedir certificado de buena salud para la escuela” (Cintia F);

“...me daba vergüenza ir a preguntar por las pastillas” (Lourdes);

“...la primera vez que tuve un control fue cuando quedé embarazada” (Paola)

A partir del contacto con los servicios de salud con motivo del embarazo y parto, todas comenzaron a controlar la natalidad con anticonceptivos abriendo la posibilidad de no tener más o “tener pocos hijos e invertir a fondo (emocional y materialmente) en ellos” (Scheper Hughes, 1997: 385), meta que señala la mayoría.

“No, ya con mi marido dijimos basta, listo, cerremos la fábrica. Vino el varón que es lo que tanto queríamos. Aparte con ellos tres nos arreglamos bien. No les falta ni ropa ni comida que es lo más esencial, así que bueno basta. Nos llevamos bien con ellos tres, los queremos...creo que uno más no lo podría aguantar.” (Paula)

Los métodos aceptados y utilizados por todas son las pastillas, manifestando resistencias hacia los métodos mecánicos.

²⁷ La mayoría de las entrevistadas tenía rezago escolar antes del embarazo, y cursaba en niveles inferiores a los establecidos por el sistema educativo para dictar contenidos sobre el tema.

²⁸ La incorporación en el 2004 de la asignatura Salud y Adolescencia -dentro del nivel Polimodal- por parte de la Dirección General de Escuelas de la Pcia. de Bs. As., fue objeto de observación y resistencia de la Arquidiócesis local.

“...porque han pasado casos, no sé si tanto del DIU pero creo del espiral, que han salido del espiral con los chicos en la cabeza, qué se yo, me da como impresión. También me da impresión como que tener algo que no es mío adentro del cuerpo, como que me da... no sé si es así pero...sé que hay gente que está a favor, pero a mi no me gusta, me da como impresión.” (Paula)

Dos refirieron con reproche, haber abortado -en condiciones inseguras-, el primer embarazo obligadas por sus madres y dos plantearon que tal fue la propuesta de sus padres a la que se opusieron con vehemencia -fuga del hogar mediante-, pese a que no habían proyectado el embarazo y tenían escasa edad. Sentimientos de culpa y temor a los riesgos a su salud están en la base de tal resistencia:

“Fue por mi mamá, me dijo: -si lo tenés yo me vuelo de un tiro, yo no tengo nada que perder, no tengo marido. Lo único que te tengo es a vos, sos mi única hija-. Y después de eso aborté. Y a la semana me escapé de mi casa y me vine para acá. Eso fue en febrero y en diciembre ya estaba embarazada de Abril” (Daiana)

“...mi papá. Me costó mucho decirle. En su momento fue la persona que me dijo si me lo quería sacar, que él me pagaba todo. Y como yo le dije que no, quedó ahí, nunca mas hablamos y le costó mucho acercarse al nene”. (Ayelén)

Si bien no es posible soslayar a los adultos, es claro también que las adolescentes muestran capacidad de decisión, siendo ellas, más que los adultos, quienes interpretan y defienden sus derechos.

Una refiere haber pensado autónomamente en recurrir al aborto y haber desistido, no por conflictos morales sino por inseguridad y temor:

“Pensé en sacármelo pero no conocía a nadie acá y no sabía qué hacer si llegaba a tener complicaciones” (Alicia).

La mayoría no buscó el embarazo, hecho que les era previsible:

“En el colegio sí, dieron charlas sobre anticoncepción, en el comedor de Marito también, mi mamá también me hablaba mucho sobre eso. Yo no quería quedar embarazada en esa edad que tenía. Pero pasa que cuando está caliente -perdón la palabra- no pensás en nada, y estábamos así los dos” (Ayelén)

Más de un tercio buscó el embarazo, predominando la decisión compartida aunque también sólo la de sus parejas, representando un acontecimiento que afianzó la fidelidad, ratificó la fertilidad del varón y a veces respondió a la expectativa de éste vinculada al sexo privilegiado: *“le di un varón.” (Patricia)*

Los sentimientos ante la constatación del embarazo se muestran positivos: *“lloraba de alegría” (Brenda)*, ambivalentes: *“estaba contenta pero no quería que nadie se enterara, tenía miedo, vergüenza, qué se yo” (Paola)*, negativos: *“me quería matar” (Paula)*, o indefinidos: *“nada, ni bueno ni malo, algo que puede pasar y bueno...” (Joanna)*. En estos casos, manifestaron resignación frente al destino inherente a su sexo.

Como en los sectores pobres la maternidad temprana es frecuente y más aceptada, para muchas ella constituía “el” proyecto de vida:

“Me gusta ser mamá, siempre pensé en ser mamá y que quería tener 2 o 3 hijos” (Brenda);

“quería ser mamá, siempre pensé eso” (Lucía); “yo siempre me sentí como mamá” (Paola); “a mi edad mis hermanas ya habían tenido todas, y yo no.” (María José), apreciaciones recurrentes en las adolescentes que han sido hijas de familias numerosas.

En el caso de las que han sido hijas mayores en familias numerosas, la maternidad no implica cambio marcado de roles sino continuidad de lo que venían haciendo desde temprana edad:

“Tengo experiencia por cuidar a mis hermanos. Desde los 7 años cocinaba, cuidaba a mis hermanos, los cambiaba, todo... porque mi mamá trabajaba” (Jenny)

“Yo crié a mi hermana, yo tenía 12 años y la crié así que mas o menos sabía” (Brenda)

“... yo siempre me sentí como mamá porque yo siempre le crié a mis sobrinos todos, les cambiaba... Yo cuando le tuve a mi bebé no tuve problema en cómo cambiar un pañal nada porque yo ya sabía todo, ya sabía darle mamadera, todo.” (Lucía)

“Como criás a tus hermanos sabés...y más joven podés disfrutarlo más. (Ayelén)

Como señala Juliana Marcús (2005) el rol maternal les brinda recompensas y gratificaciones que no encuentran en otros ámbitos de sus vidas. El valor afectivo de los hijos y la función de compañía que les asignan es destacado por todas las entrevistadas.

“...yo estoy feliz con ellos, porque tuve una infancia no muy linda tampoco. Nunca pensé que iba a tener mis hijos, que iba a estar acá o algo. Y estoy bien, de donde estaba”. (Lorena)

“...ellos van a hacerme compañía. Por lo menos ellos están conmigo todo el día.” (Lucía)

En otros casos, el embarazo frustró la concreción de proyectos dirigidos a completar estudios y a emprender una carrera.

“Las desventajas que puedo llegar a ver es que no llegué a ser lo que yo quería, a tener la carrera de policía que yo quería. Por eso estoy terminando el secundario. Yo quería eso apenas salía del secundario pero bueno, no pude... pero por eso mismo estoy terminando el secundario.” (Laura)

“Me hubiera gustado estudiar peluquería. Pero dije: -bueno, cuando crezca Juani- y después me quedé justo del ella, pero todavía puedo anotarme” (Lorena)

“...muchos proyectos no, yo les decía terminar la secundaria y empezar alguna carrera, pero como no me gustaba ninguna... mi problema era terminar la secundaria aunque sea y después ver en el momento que pasaba. Y en el momento vino Rocío así que... a mí siempre me gustó ser maestra jardinera igual. Yo siempre dije, cuando sea un poco más grande voy a retomar porque yo soy joven todavía...” (Paula)

Aunque aparece como norte la realización personal en el trabajo o en el estudio, todas lo ubican en un lugar subordinado a las necesidades de sus hijos: *“para poder darles lo mejor” (Cintia A), “para que tengan lo que yo no tuve” (María José),*

“Yo antes quería hacer medicina, me gustaba ser médica forense (por el programa de TV) pero como no se puede no. Ahora lo único que quiero es estar con ella nomás, con estar con ella me conformo.” (Ayelén)

“...terminar el Colegio y terminar alguna carrera para que mi hijo esté orgulloso de la madre, nada más. Si seguí la escuela era porque mi abuela me dijo que lo haga por el nene, porque sino tampoco la seguía.” (Cintia F)

Tales proyectos se definen en función de otros, y se subordinan a la estructura machista que han internalizado:

“...antes cuidaba a unos nenes y después no porque no querían que hiciera fuerza así que no fui más. Cuando me enteré que estaba embarazada mi marido no quería que haga fuerza, mi papá tampoco, así que tuve que dejar.” (Brenda)

“...porque mi marido mucho no quiere, no le gusta que yo salga a trabajar porque dice que para qué tiene las dos manos él, ‘que yo tengo que traer’. Y yo tengo que estar en la casa cuidando a mi hijo y limpiando. ‘Para eso están las mujeres’ dijo. (...). Él no quiere que yo trabaje, hasta me pide que deje la escuela; cuando llega quiere que lo atienda, y tiene razón. (...) tengo el mismo derecho que él de salir a trabajar. Pero pasa que si yo salgo a trabajar abandono a mi hijo” (Cintia F).

Las diferencias son asumidas como funcionales o instrumentales, en todas subyace la idea que “mi casa es mi reino” y ellas las reinas de los afectos y para ser un buen padre y madre debe existir una clara división del trabajo. Si bien las normas y relaciones pueden ser más laxas en la vida conyugal, las atinentes a la maternidad siguen siendo inflexibles.

“...yo estoy todo el día metida acá adentro y es poco lo que salgo. Porque yo adonde voy va mi hijo. Eso es lo que tengo, y sino le podés preguntar a cualquiera, que nunca ando sola. Si ando sola es por un trámite.(...) porque ahí estás demostrando que a tu hijo no lo dejás para irte por ahí, no lo dejás con cualquiera” (Cintia F).

“Yo me la paso todo el día en mi casa, yo antes salía y ahora no, cambié un montón” (Brenda).

Estas apreciaciones nos hablan del poder que no se ve pero que actúa, aquel que ha colonizado la subjetividad. Tal complicidad abona la idea de Pierre Bourdieu (2000) para quien la lógica del género es la forma paradigmática de la violencia simbólica. El énfasis en la postergación, entrega y sacrificio aparecen recurrentemente en las entrevistas como requisitos de lo que debe ser una buena mujer/esposa/madre. Uno de los elementos constitutivos de las identidades de género es el considerar que la condición biológica que permite engendrar, se liga a una habilidad innata para criar y ser amas de casa, desempeñando un rol subordinado a los hombres (Climent, 2007:158).

Todas parecieran asumir una perspectiva conservadora sustentada en bases morales (la diferencia es correcta) y biológicas (esencialismo). El esencialismo se hace visible también en la consideración del “instinto” de los hombres, siendo las mujeres víctimas de ese impulso. De allí que, como aparece en citas anteriores, los padres traten de incidir en sus hijas para que se prevengan de esa fuerza: son ellas las que se tienen que cuidar, no puede decir que no.

La mayoría afirma las ventajas de ser madre joven, independientemente de la planificación.

“...más joven podés disfrutarlo más”; “aprendés más cosas cuando sos mamá joven”; “gracias a Dios que soy mamá joven porque cuando crezca vamos a hablar como amigas”.

La referencia a la mayor capacidad de disfrute, de paciencia, a la posesión de habilidades especiales para desempeñarse como madres refleja la internalización del maternalismo:

“A mí me parece que no importa la edad, porque si tenés un hijo...es todo y más si está bien con tu esposo. No es más difícil tampoco ser madre de joven, te dicen tantas cosas que... pero no es tanto y además son cosas que ya hacés” (Ayelén)

Es posible ver en la maternidad una forma de afirmación de la subjetividad a través de la adquisición de un nuevo status; todas consideran que el rol de padre es difícil de asumir e interpretan que las mujeres tienen ventajas comparativas: *“...están acostumbrados a salir, la mujer no” (Cintia A); “enseguida se cansan de los chicos” (Cintia F); “...les gusta salir, joder” (Brenda); “...la madre es todo, es más que el padre” (Ayelén); “no cambian tanto, salen, siguen con sus cosas.” (Paola)*

“...porque el hombre siempre es más inmaduro, la mujer madura cuando es madre, el hombre no” (Laura);

“...no lo veo al hombre, porque el hombre es como muy dejado digamos. Aparte la mujer es más cuidadosa, está en todo, arregla todo...Siempre estoy pendiente. Primero es ellos y después lo demás.” (Lorena)

Si bien los hombres han aumentado su participación en las tareas del hogar, están lejos de alcanzar los niveles de responsabilidad que tienen las mujeres y según muchas entrevistadas, es nula: *“no está casi nunca, está en el trabajo todo el día..., el padre nunca está” (Alicia).* Los progenitores de las adolescentes, en su mayoría e independientemente de la reacción inicial ante el embarazo de sus hijas, las acompañaron y acompañan en las tareas de crianza. En aquellas que viven en hogares extendidos, la colaboración de familiares, especialmente madre y hermanas, resulta sustancial. Esta situación compensa la falta de guarderías estatales y posibilita ciertos reemplazos en el desempeño de su rol, permitiendo a veces completar la escolaridad.

La mayoría percibe que, con motivo del embarazo, los adultos las miran con compasión (agentes institucionales predominantemente) y reproche (especialmente familiares y vecinos):

“...te dicen: -te arruinaste la vida, tan joven ¿a vos te parece?-. Y yo no me arruiné la vida, yo los quiero, son mis hijos. Sino no los hubiese tenido” (Paula)

“Y con lástima, porque todo el mundo te dice: -¡qué lástima, tan joven!-. Y yo pensaba: pero sí es mi hijo y lo quiero.” (Lourdes)

“Me decían “ah pobre, que chiquita” y medio que te molesta a veces eso. Porque no lo veo como “pobre” tampoco, porque uno capaz que lo buscó o fue contenta a contarlo. Pero me miraban medio con lástima, pobre, sí. Yo no lo veo “pobre” tampoco, porque uno tiene su vida y bueno... pero yo soy feliz con ellos.” (Lorena)

Con relación a los programas sociales, ninguna es destinataria de alguno dirigido específicamente a madres adolescentes. A través del Programa Materno Infantil reciben leche -cuando hay- en los controles de salud, algunas reciben irregularmente y en reducida cantidad

alimentos del Plan Vida y sólo tres reciben mensualmente el equivalente \$ 150 a través del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados o del Plan Familias dirigidos a hogares pobres. Muchas habían sido convocadas a participar de charlas y talleres vinculados a la salud materno-infantil en distintas instituciones barriales, las que -como plantea Dieren (2004)- parten del supuesto de que las amas de casa tienen tiempo disponible y que la reproducción es una responsabilidad intrínsecamente femenina. En nuestro país, la apelación a las mujeres para que participen de programas que apuntan a la promoción -en este caso de la salud- y al empoderamiento, se funda en los roles domésticos tradicionales o bien las abstrae de las condiciones concretas que posibilitarían su participación. En general, las actividades propuestas a las adolescentes entrevistadas estaba dirigidas a la formación de capacidades individuales o a la asignación de tareas en el espacio público comunitario (limpiar terrenos del barrio “*para cuidar la salud de los chicos*”).

En cuanto a los servicios de salud, la buena atención del personal parecería mitigar la falta de equipamiento, de insumos y las condiciones de los servicios. Asimismo, las dificultades para conseguir turnos y las demoras en la atención se asumen como dadas.

Sabemos que no dar los servicios y recursos necesarios y adecuados es violar por omisión los derechos. La elevada proporción de aquellas que manifiestan satisfacción por la atención recibida en los centros de salud, nos habla del horizonte estrecho de expectativas, la baja incorporación de los derechos y la consideración de los servicios como dádiva.

Comentarios finales

Las condiciones de vida de las entrevistadas reflejan una situación de desventaja social evidente -no percibida como injusta en todos los planos- y limitaciones de los programas de salud para prevenir situaciones o “conductas de riesgo”, en todo caso difíciles de alterar si no cambian las estructuras de desigualdad que las promueven.

Las limitaciones de los programas de salud se derivan de haber medicalizado un comportamiento resistente a la normatización, de la imprecisión en los parámetros para definir salud/enfermedad y su relación con la normalidad/anormalidad biológica, del etiquetamiento de la adolescencia, de una mirada restringida de la sexualidad y la reproducción, de la omisión de abordajes transversales, del desconocimiento/negación de los derechos, de su permeabilidad a presiones sectoriales, de la precariedad de servicios y recursos, entre otros factores.

Los servicios de salud ingresan en la vida de las adolescentes con motivo de su embarazo y a partir de allí se las considera desde su rol reproductivo favoreciendo el control de la natalidad y actuando los programas materno-infantiles en pro de la salud de sus hijos. La inclusión del programa de salud sexual y reproductiva dentro del Programa Materno-Infantil ejemplifica cómo a través del estado se construyen y reproducen perspectivas de género y cómo la rotulación de programas contribuyen a reforzar estereotipos.

Las intervenciones propuestas en los lineamientos de los programas se limitan al individuo y no promueven cambios en las relaciones de poder, ofreciendo beneficios sin derechos (Daeren, 2004). Además, los programas y servicios tampoco ofrecen orientaciones sobre la asistencia judicial. En tal sentido contrastan los compromisos asumidos en los acuerdos internacionales y reconocidos como derechos constitucionales con el funcionamiento de programas e instituciones.

Las entrevistas dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones y experiencias en torno a la maternidad adolescente, su relativa marginalidad respecto de los enclaves institucionales que pretenden su control y la gravitación de la familia en sus trayectorias como madres.

Con relación a esto último, tal como se constata en los relatos, la familia es un espacio de distribución de recursos y de poder y las relaciones intrafamiliares un mecanismo de socialización que promueve la desigualdad. Además, se observa también que “la naturaleza de

la vida familiar requiere que no se ponga énfasis explícitamente en los elementos conflictivos y a veces las mujeres desfavorecidas no pueden siquiera evaluar sus privaciones relativas” (Sen, 2000: 237). Han interiorizado de tal forma su posición subordinada que no tienen sentido de aquello a que tienen justo derecho como personas.

Las situaciones estudiadas muestran que los roles y espacios propios de las mujeres y de los hombres permanecen intactos. La asimetría en las relaciones de género y edad se constata en la autoridad que ejercen en primer lugar los hombres y luego los adultos sobre las adolescentes en las decisiones y percepciones sobre la sexualidad, la reproducción y la maternidad. En ellas, la incidencia de las leyes aún no se hace sentir.

Pero, en tanto el locus de generación de género se ubica en la esfera privada, en la vida cotidiana, hay que pensar en ese lugar porque la ampliación de derechos, aunque sea mínima, comienza allí (Di Marco, 2005).

El grupo estudiado está sometido a ambos tipos de injusticia (económica y cultural) de modo que requiere necesariamente políticas de reconocimiento y de redistribución. Hay que tener en cuenta que la mayor o menor orientación de las políticas hacia alguno de estos tipos de injusticia, corre el riesgo de favorecer las desigualdades: “una aproximación dirigida a resolver las injusticias de redistribución puede terminar generando injusticias de reconocimiento” (Fraser, 1997: 42). Tal como se desprende de la letra y las acciones de los programas, el supuesto de que mejorando la distribución de recursos se mejora el reconocimiento, tiene como resultado la reproducción de roles y la reproducción de beneficiarias.

Lidiar con retórica de la universalidad de los derechos frente a la evidencia de su conculcación en actores subordinados a través de relaciones de clase, género y edad, con diferentes percepciones y representaciones sobre sus derechos supone, siguiendo a Fraser (1997), ensayar políticas transformativas que tiendan a deconstruir y desestabilizar las diferencias entre los grupos. Lejos están de ello los programas y las prácticas institucionales. La progresiva integración de la problemática planteada dentro del discurso de derechos y las luchas por la ampliación de los mismos, tendría que comenzar por revelar en qué medida los programas pueden, buscan o deberían incidir transformadoramente en las relaciones de desigualdad más naturalizadas.

La vigencia de derechos obliga a prestar atención a estos -y otros- grupos vulnerados y a presionar por garantizarles igualdad de oportunidades. Y para esto, hay que garantizar igualdad de trayectorias, compensando desigualdades iniciales.

Bibliografía

- Adasko, Ariel (2005) “Perspectivas socioantropológicas para la adolescencia, la juventud y el embarazo” en Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, CEDES, Buenos Aires.
- Amorós, Celia (2000) “Elogio de la vindicación”, en Ruiz, A. (Comp.): *Identidad femenina y discurso jurídico*. Biblos, Fac. Derecho, UBA. Buenos Aires.
- Binstock, Georgina y Pantelides, Edith (2005) “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico socioedemográfico” en Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, CEDES, Buenos Aires.
- Birgin, Haydée (2003) Darle poder a la ley: herramientas de acción ciudadana. En Faur y Lamas (comp) *Derechos universales, realidades particulares*, UNICEF, Buenos Aires
- Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.
- Butler, Judith. (1996) “Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault” en Lamas, Marta (comp.) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG/Miguel Porrúa Editores, México.

- Cardacci, Dora (2006) “Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer” en *Salud Colectiva -Salud y Género-* vol 2 N° 1, Universidad Nacional de Lanús.
- CELS-CEDES (informe final) (2005) “La salud y los derechos sexuales y reproductivos avances y retrocesos” CEDES, Buenos Aires.
- Climent, Graciela Arias, Diana (2000) "Representaciones sociales y comportamientos reproductivos de las mujeres de sectores populares", *Cuadernos Médico Sociales* N° 70, Rosario.
- Climent, Graciela (2007) “Aprendizajes escolares, sexualidad y embarazo en la adolescencia”. En López, E.y Pantelides, E. *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, CENEP/CEDES, AEPA, UNFPA, Buenos Aires.
- Checa, Susana (2005) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Chiara, Magdalena (coord.) (2003) Plan de Acción Materno infantil julio 2000 a junio 2002. Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires
- Daeren, Lieve (2004) “Mujeres pobres ¿prestadoras de servicios o sujetos de derecho? Los programas de *superación* de la pobreza en América Latina desde una mirada de género”, CEPAL, Quito.
- Di Marco, Graciela (2005) *Democratización de las Familias*, UNICEF, Paidós, Buenos Aires.
- Faur, Eleonor y Gherardi (2005) “*Sexualidades y reproducción: la perspectivas de los derechos humanos*” En: Informe sobre género y derechos humanos. Equipo Latinoamericano de Justicia y género – Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (1980) *La Historia de la Sexualidad*, Siglo XXI ed., Madrid.
- Fraser, Nancy (1991) “La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío”. *Debate Feminista*, Año 2, vol 3, México.
- Fraser, Nancy (1997) *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'*. Universidad de Los Andes- Siglo del Hombre Editores, Bogotá.
- Gogna, M (comp.) (2003) *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile*, CEDES/BID, Buenos Aires.
- Gogna, Mónica (2005) Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina: 1990-2002, CEDES, Buenos Aires.
- Gogna, Mónica et al. (2005) “Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”, CEDES, Buenos Aires.
- Guber, Rosana (1991) *El salvaje metropolitano*, Editorial Legasa, Buenos Aires.
- Guzmán Virginia (2001).: La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis. Unidad Mujer y Desarrollo, *Serie Mujer y Desarrollo* 32, CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile.
- INFOBAE (2008) “Cada vez hay más casos de embarazo adolescente”, Artículo de Bárbara Roesler, 11 de abril de 2008, www.infobae.com
- Kabeer, Nayla (1994) *Realidades Trastocadas, Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, Editorial Paidós, México.
- López, Elsa y Pantelides, Edith (2007) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva, CENEP/CEDES, AEPA, UNFPA, Buenos Aires.
- Lupica, Carina y Cogliandro, Gisell (2007) *Anuario de la maternidad Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina*, Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires.

- Llobet, Valeria (2006) “Las Políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología”. En *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 4, N°1.
- Marcús, Juliana (2006) “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad”, en *Revista Argentina de Sociología* vol. 4 N° 7, Buenos Aires.
- Mead, Margaret (1993) *Sexo y Temperamento en tres sociedades primitivas*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Mead, Margaret (1993) *Masculino y Femenino* (1949), Editorial Paidós, Buenos Aires
- Menéndez, Eduardo (1997) “El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad”, en *Relaciones* N° 69.
- Moller Okin, Susana (1996) “Desigualdad de género y diferencias culturales” en Castells Carmen *Perspectivas feministas en teoría política* Paidós, Barcelona.
- Paiva, V. (2000) *Analizando cenas e sexualidades: a promocao de saude na perspectiva dos direitos humanos*, NEPAIDS, San Pablo.
- Palomar Vereza, Cristina (2004) “Malas madres: la construcción social de la maternidad” en *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, México.
- Pantelides, Edith Alejandra; Mychaszula, Sonia M.; Gaudio, Magalí (2005) *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe* FNUAP; CENEP, Buenos Aires.
- Pecheny, Mario (2000) “Sobre el cuidado y el riesgo”. Ana Lía Kornblit, ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Petracci, Mónica y Ramos, Silvina (2006) *Política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos*. UNFPA/CEDES, Buenos Aires.
- Scheper-Hughes, Nancy (1997) *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ed. Ariel, Madrid.
- Scott, Joan (1997) “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Navarro, M. y Stimpson, A. (comp.) *Un nuevo saber. Los estudios de mujeres. Sexualidad, género y roles sexuales*, FCE, México.
- Sen, Amartya (2000) *Desarrollo y libertad*, Ed. Planeta, Buenos Aires.
- 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*, CEDES/UNFPA, Buenos Aires.
- UNICEF-INDEC (2003) “Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990-2001”, *Serie de Análisis Social* 2, Buenos Aires.