

**Embarazo y maternidad en la adolescencia.
Estereotipos, evidencias y propuestas
para políticas públicas**

**Embarazo y maternidad en la adolescencia.
Estereotipos, evidencias y propuestas
para políticas públicas**

**Mónica Gogna
(Coordinadora)**

**Ariel Adaszko
Valeria Alonso
Georgina Binstock
Silvia Fernández
Mónica Gogna
Edith A. Pantelides
Fabián Portnoy
Nina Zamberlin**



Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas /
Mónica Gogna...[et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires: CEDES, 2005.
344 p.; 23x15 cm.

ISBN 987-21844-2-9

1. Maternidad-Adolescencia. I. Título
CDD 306.874 3

Esta publicación ha sido editada con el apoyo de UNICEF Argentina
(Responsable Técnica: Eleonor Faur).

La investigación que dio origen a la misma fue financiada por
la CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Primera Edición:
Agosto de 2005

@ CEDES-UNICEF
ISBN: 987-21844-2-9

Fotografías de tapa: Agradecemos a Claudio Morales, Rubén Bronca y Darío Soich

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite
Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723
Impreso en la Argentina

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
Sánchez de Bustamante 27
(C1173AA) Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4865-1707/1704/1712
Web site: <http://www.cedes.org>

A las y los adolescentes
A los adultos que los acompañan, sostienen,
promueven sus derechos

“Necesitaríamos sentir el interés del ambiente familiar hacia esta evolución increíble que pasa en nosotros pero, cuando dicho interés se manifiesta, puede retenernos en la infancia o, al contrario, empujarnos con demasiada rapidez a convertirnos en adultos. En ambos sentidos, uno se encuentra acorralado por esa tensión, cuando hubiera querido ser sostenido por ella.”

Françoise Dolto y Catherine Dolto-Tolitch

INDICE

Equipo responsable del estudio	11
Acerca de los autores	15
Agradecimientos	19
Prólogo	21
<i>Ginés González García,</i> Ministro de Salud y Ambiente de la Nación	
Presentación	23
<i>Juan Carlos O'Donnell</i> Coordinador de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria	
Capítulo 1: Introducción: justificación y diseño metodológico del estudio	25
<i>Mónica Gogna</i>	
Capítulo 2: Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo	33
<i>Ariel Adaszko</i>	
Capítulo 3: El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales	67
<i>Fabián Portnoy</i>	

Capítulo 4:	
La fecundidad adolescente hoy:	
diagnóstico sociodemográfico	77
<i>Georgina Binstock y Edith Alejandra Pantelides</i>	
Capítulo 5:	
El embarazo durante la adolescencia en las	
miradas de los funcionarios públicos	113
<i>Ariel Adaszko</i>	
Capítulo 6:	
Abordajes de los servicios de salud y perspectivas	
profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo	163
<i>Valeria Alonso</i>	
Capítulo 7:	
Las organizaciones de la sociedad civil:	
entre la prevención, la asistencia y la	
promoción de derechos	215
<i>Valeria Alonso</i>	
Capítulo 8:	
Historias reproductivas, escolaridad y contexto	
del embarazo: hallazgos de la encuesta a puérperas	251
<i>Mónica Gogna, Silvia Fernández y Nina Zamberlin</i>	
Capítulo 9:	
Percepciones y conductas de las/los adolescentes	
frente al embarazo y la maternidad/paternidad	285
<i>Nina Zamberlin</i>	
Capítulo 10:	
Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas	317
<i>Mónica Gogna</i>	
Anexos	
I. Los Diálogos Locales y el Seminario Nacional	331
II. Formulario de consentimiento informado de	
la encuesta a puérperas	339

EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Equipo coordinador general

CEDES

Mónica Gogna (Coordinadora general)
Fabián Portnoy (Becario Carrillo-Oñativia)
Valeria Alonso (Becaria Carrillo-Oñativia)
Ariel Adaszko (Becario Carrillo-Oñativia)
Nina Zamberlin (CEDES)
Silvia Fernández (CEDES)

Componente de Actualización diagnóstico sociodemográfico y epidemiológico a nivel nacional

Responsable: Edith Alejandra Pantelides (CENEP-CONICET)
Becaria: Georgina Binstock (CENEP)

Equipos responsables en cada sitio

Chaco

Responsable: Pedro Picasso (Director de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud, Chaco)
Becaria: Lidia Inés Mobilio

Misiones

Responsable: Cora Cotti de la Lastra (Directora de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud, Misiones)
Becarios: Silvia Enid Nudelman y Raúl Armando Claramunt

Catamarca

Responsable: Elizabeth Margarita Nackausi y Silvia Bustamante de Villagra
(Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud, Catamarca)

Becaria: Mara Elisabeth Duhart

Buenos Aires

Responsable: Marta Arrascaeta (Responsable del Subprograma Salud Integral del Adolescente del Programa Materno Infantil, Dirección de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires)

Becaria: Paola Andreatta

Tucumán

Responsable: Graciela Melek (Jefa Departamento Materno-Infanto-Juvenil, Ministerio de Salud, Tucumán)

Becaria: Evelina Chapman

Salta

Responsable: María Antonia Casares (Jefa del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, Salta)

Becaria: Silvia S. Yocca de Sabio

Rosario

Responsable: Edgardo Abalos (Centro Rosarino de Estudios Perinatales, Vice Director)

Becaria: Fernanda Candio

El proyecto contó con dos comités asesores, uno nacional y otro internacional, integrados por profesionales con experiencia en el campo de la investigación social y biomédica en salud reproductiva. Los comités funcionaron como órganos de consulta en todos los aspectos metodológicos del proyecto, incluidos los aspectos éticos. También contó con un comité de coordinación sanitaria, conformado por funcionarios de las áreas materno-infantil y epidemiológica del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Comité Asesor Internacional

Margareth Arilha (Fondo de Población de Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico, México D.F.)

Matilde Maddaleno (Organización Panamericana de la Salud, Washington)

Claudio Stern (El Colegio de México, México D.F.)

Solum Donas (Ex Consultor OPS/OMS, San José de Costa Rica)

Comité Asesor Nacional

Silvia Oizerovich (Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil)

Eleonor Faur (UNICEF Argentina)

Cándido Roldán (Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente)
Jorgelina Pomata (Sociedad Argentina de Pediatría)
Antonio Saugy (AAGOP -Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicósomática)
Rosa Geldstein (CENEP)
Silvina Ramos (CEDES)
Ana Coll (Hospital de Clínicas/Programa de Adolescencia)

Comité de Coordinación Sanitaria

Elida Marconi (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas de Salud)
Osvaldo Rico (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Programa Vigía)
Diana Galimberti (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil)
Oscar García (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil)
Juan Carlos O'Donnell (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CONAPRIS)
Gustavo Girard (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación)

Equipo de Encuestadoras (Encuesta a Puérperas Adolescentes)**Chaco**

Cristina Delgado
María Magdalena Doyle
Rosana Fuentes
Nora García
Rosa Troncoso

Tucumán

Josefina Artero
Gabriela López
Marta Silman

Rosario

Susana Burgstaller

Catamarca

Ana Verónica Correa
Noelia María Miguel
María Vilma Vergara

Salta

Verónica Guzmán

Misiones

Mónica Barrios

Buenos Aires

Mónica Beltrán

María Teresa Belvusti

Delmira Bogarin

Cecilia Boy

Lucía Canosa

Cristina Casas

María Julia Cueto

Blanca de Miranda

Graciela Escudero

Celia Espíndola

Claudia Pérez

Silvia Ponce

Laura Rojas

Mirta Santisteban

Reneé Scopetta

Celina Tevez

Mónica Trasmontes

Silvana Varela

María Esther Varveri

ACERCA DE LOS AUTORES

Ariel Adaszko

Licenciado y Profesor en Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires especializado en antropología médica. Tesista de la maestría en Ciencias Sociales y Salud de CEDES-FLACSO. Se ha especializado también en el desarrollo y gestión de proyectos de educación y promoción de la salud. Ha participado de diversas investigaciones sobre juventud, sexualidad, VIH-sida, acceso al sistema de salud, entre otras. Se ha desempeñado como docente y consultor en diversas instituciones públicas, privadas y comunitarias sobre temas afines. Actualmente, desarrolla actividades de docencia e investigación en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires e integra el equipo de prevención de la Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Valeria Alonso

Licenciada en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. Magíster en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO sede Buenos Aires. Fue becaria de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (Foro Mundial para la Investigación en Salud, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud), y del Programa para el Mejoramiento de las Encuestas de Hogares y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe, MECOVI-Argentina (BID-CEPAL-BM-INDEC). Es consultora en instituciones públicas y privadas de salud en temas de medicamentos, salud reproductiva y reforma del sector salud. Docente invitada de nivel de postgrado en universidades nacionales y privadas del país.

Georgina Binstock

Licenciada en Sociología, Universidad de Buenos Aires. Ms. y Ph.D. en Sociología, Universidad de Michigan, Ann Arbor. Investigadora Adjunta del Centro de Estudios de Población (CENEP) y actual directora. Dictó cursos de grado y postgrado en diversas universidades. Ha realizado consultorías para la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires, y PNUD-Ministerio de Economía.

Silvia Fernández

Licenciada en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Profesora de Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Maestranda de la Maestría de Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO.

Mónica Gogna

Licenciada en Sociología, Universidad del Salvador, Buenos Aires. Diploma Superior en Ciencias Sociales, FLACSO sede Buenos Aires. Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (2001-). Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) e Investigadora Titular del CEDES. Docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO sede Buenos Aires. Ha realizado consultorías para UNICEF, el Fondo de Población de Naciones Unidas (Oficina de Brasilia), la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Edith Alejandra Pantelides

Licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires y Ph. D. en Sociología de la Universidad de Texas en Austin. Ha completado los postgrados en demografía del Centro Latinoamericano de Demografía y de la Universidad de Princeton. Es investigadora independiente del CONICET e investigadora titular del Centro de Estudios de Población, del que también fue directora. Fue presidenta de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina. Se ha desempeñado como consultora de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud y como docente de grado y de postgrado en universidades del país y del exterior.

Fabián Portnoy

Médico, Universidad de Buenos Aires. Capacitación de postgrado en Residencias completas de Medicina General y Educación para la Salud. Especialista en Medicina General. Realizó el Curso Superior en Administración de Servicios de Salud, Colegio de Médicos, provincia de Buenos Aires; capacitación en Administración en Atención Primaria de Salud, Universidad de Barcelona, y en Gestión de la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH-sida, Direction Générale de la Santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Francia. Coordinador del Área Perinatal en la Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. Consultor y docente en cursos de postgrado en instituciones públicas y privadas de salud, en áreas de gestión en salud, salud reproductiva y VIH-sida.

Nina Zamberlin

Recibió el título de Bachelor of Arts en Estudios Internacionales y Sociología (Honor Magna Cum Laude) en Hamline University, St. Paul, Minnesota, Estados Unidos. Es egresada del Programa de Postgrado en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad del CEDES. Actualmente es investigadora adjunta del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES y ha desarrollado investigaciones en temas de salud sexual y reproductiva, adolescencia, masculinidad, servicios de salud, calidad de la atención, reforma del sector salud, y las ONGs en el campo de la salud reproductiva, entre otros. Asimismo, desarrolla tareas de docencia en instituciones nacionales sobre género y salud, derechos sexuales y reproductivos y metodología cualitativa.

AGRADECIMIENTOS

La investigación que dio origen a este libro fue posible gracias al apoyo y trabajo de diversas personas e instituciones.

En primer lugar, queremos destacar el rol fundamental del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación que, a través de la CONAPRIS (Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria), apoyó la realización de un estudio multicéntrico sobre el embarazo en la adolescencia. Agradecemos la confianza depositada en el CEDES para el diseño y coordinación del estudio. En particular, nuestro reconocimiento al Dr. Juan Carlos O'Donnell por su permanente apoyo y a Cora Molesini por su acompañamiento en la gestión del proyecto.

A los integrantes de los comités nacional, internacional y de coordinación sanitaria, que aportaron su conocimiento y experiencia para responder a nuestras consultas.

A los becarios y responsables de cada jurisdicción, por la dedicación con que realizaron sus tareas y, en especial, al Dr. Edgardo Abalos por los comentarios al informe final.

A Silvia Fernández que se sumó con mucha generosidad al proyecto cuando las circunstancias, repentinamente, lo requirieron y nos acompañó con el mismo compromiso todo el camino.

A los jefes de servicio de los hospitales donde realizamos el estudio, quienes posibilitaron la realización de la encuesta a puérperas y de las entrevistas a los profesionales.

A los funcionarios, profesionales de salud y miembros de organizaciones comunitarias que estuvieron dispuestos a compartir sus opiniones y experiencias con nuestro equipo.

A las encuestadoras, por la dedicación y responsabilidad con que realizaron una delicada tarea.

A las y los adolescentes que compartieron con nosotros sus vivencias, inquietudes y expectativas, y quienes son los principales destinatarios de este trabajo.

Agradecemos muy especialmente al Sr. Representante de UNICEF Argentina Jorge Rivera Pizarro por el apoyo brindado para la realización del Seminario Nacional de presentación de los resultados de la investigación y la publicación de este volumen y a Eleonor Faur por el rol fundamental que tuvo en este proceso. También queremos destacar la dedicada colaboración de Inés Ibarlucía en la edición de esta publicación.

Finalmente manifestamos nuestro reconocimiento al Dr. Enrique Pons (Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva), la Lic. Margareth Arilha (Fondo de Población de Naciones Unidas-Equipo Técnico de Apoyo) y la Lic. Eleonor Faur (UNICEF Argentina), quienes se refirieron a la obra durante el Seminario Nacional.

PRÓLOGO

Presentar un trabajo de esta magnitud representa una satisfacción excepcional: durante todo un año, en él colaboró un equipo interdisciplinario de 13 investigadores con el apoyo de más de 60 destacados profesionales de 20 instituciones públicas y comunitarias pertenecientes a 7 provincias argentinas. Sus generosas pretensiones son equiparables a la importancia de los resultados a que arribaron: la descripción y la comparación del perfil actual de las adolescentes madres, las perspectivas y líneas de trabajo de los servicios de salud y las modalidades de implementación de políticas y programas de prevención.

La aplicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable constituyó indudablemente un hito fundamental en relación con las políticas públicas destinadas a la atención de la salud en la Argentina. Es la primera vez que desde el Estado Nacional se expresa claramente la voluntad de implementar acciones relevantes en este campo. Con el Programa se asegura la provisión de insumos de salud reproductiva en forma totalmente gratuita para la asistencia a personas que no pueden adquirirlos en farmacias, a pesar de que no han sido pocas las resistencias ejercidas por poderes sectoriales. En la Argentina, pese a que se advierte aún un elevado porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes, cierta dirigencia social sigue impasiblemente patrocinando las mismas políticas pronatalistas de hace cien-tocinuenta años.

Para el Gobierno Argentino, las políticas de salud sexual y reproductiva no son una forma autoritaria de reducir la natalidad, sino una manera de garantizar el derecho de todas las personas a elegir la forma de planificar la cantidad de hijos que quieren tener y cuándo quieren hacerlo. Junto con otras políticas acordadas con las provincias y encuadradas en el Plan Federal de Salud 2004-2007, estas acciones implican una verdadera política de Estado orientada a disminuir la mortalidad materna e infantil, a consolidar el acceso

a los servicios de salud y a los medicamentos para todos los argentinos, y a mejorar la calidad de la atención y la formación del recurso humano. Se procura así establecer un modelo sanitario más solidario, que garantice la universalidad y la equidad en la cobertura, pero también la calidad, la eficiencia y la pluralidad.

Gracias a estas políticas, ya comenzó a verificarse una disminución de la tasa de embarazos no deseados de adolescentes, si bien se siguen verificando grandes diferencias entre las regiones. Por eso, una de las principales virtudes de este trabajo reside en que describe con claridad las dificultades de diversa naturaleza que se verifican para el acceso a los insumos, así como las miradas de cada uno de los actores que intervienen en la prevención y la atención de los casos de embarazo adolescente, sin prejuzgarlas ni someterlas a un patrón normativo previo. También se incluyen aquí las visiones de 1.645 adolescentes puérperas, que constituyen una herramienta fundamental a la hora de formular políticas públicas que procuren promover conductas y estilos de vida más saludables. Para construir este diagnóstico se combinaron diferentes técnicas: entrevistas, encuestas, grupos focales, análisis de fuentes estadísticas secundarias y hasta un Seminario Nacional donde se difundieron y debatieron los resultados del estudio.

La información producida permite analizar las diferentes maneras por las que la pobreza determina las dificultades para acceder a servicios de salud sexual, que se encuentran indudablemente asociadas a la reproducción de las condiciones de pobreza entre generaciones. La tarea asumida por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es acordar políticas con los demás actores sociales involucrados para quebrar esta especie de predestinación en que viven miles de adolescentes, en el convencimiento de que la salud de la población no es sólo el resultado del desarrollo nacional, sino una de las condiciones que lo hacen posible.

Por eso, este trabajo ha contado con el impulso de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), que ha demostrado reiteradamente una enorme eficacia a la hora de reunir esfuerzos de instituciones académicas en torno al objetivo común de proveer información para sustentar la mayor transformación sanitaria de las últimas décadas. Así, juntos estamos restableciendo un compromiso común en torno a la construcción de un país más solidario, más justo y más sano.

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

PRESENTACIÓN

Cuando en el año 2003 propusimos en la CONAPRIS el Estudio Colaborativo Multicéntrico acerca del embarazo en adolescentes sabíamos que era un tema sensible y prioritario para el Ministerio. Hoy con los resultados del estudio, que he leído con interés no sólo académico y metodológico sino con un interés más abarcativo, estamos en condiciones de proponer un conjunto de recomendaciones.

Los objetivos específicos de la investigación multicéntrica fueron bien planteados y sus conclusiones son importantes.

He aprendido en los hallazgos que muchos no condicen con el imaginario colectivo del problema.

Preocupa que casi la mitad de las adolescentes madres encuestadas en las siete jurisdicciones del estudio ya estaba fuera del sistema escolar al momento del primer embarazo.

Cómo revertir ese desgranamiento escolar es un desafío para el campo social y de salud.

Es interesante la visión de las encuestadas acerca de los servicios de salud donde concurren.

Otra vez aparece como necesario adecuar la referencia y contrarreferencia. Algo que se declara, pero que no siempre está articulado en la realidad de los servicios de atención.

Las observaciones de la investigación acerca de la implementación de políticas y programas de prevención servirán, sin duda, a los responsables de servicios y programas de salud.

Es interesante analizar la distribución de los datos por provincia y las opiniones emitidas por los responsables de programas y servicios de atención, los llamados expertos, que después de leer este libro sumarán conocimientos nuevos y tendrán quizás opiniones nuevas, reafirmadas o distintas.

Las propuestas finales son elocuentes.

Estoy convencido que esta publicación será de utilidad en el mundo médico docente, en el institucional y también para los responsables sociales, cualquiera sea su disciplina, para poder entender y ayudar en la búsqueda de consensos para la acción que contribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida de nuestras adolescentes.

La problemática de las adolescentes se extiende también a los adolescentes varones.

El concepto de resiliencia es aplicable y merece ser promovido.

Es una obligación de los mayores entender la problemática y este libro abre un nuevo espacio en tal sentido.

Esta investigación multicéntrica y colaborativa debe entenderse como parte de una trilogía, en la que se incluyen otros dos estudios coordinados también por el CEDES (uno sobre morbimortalidad materna y otro sobre mortalidad domiciliaria en las mujeres en edad fértil) que arroja luz sobre la salud de las mujeres y sus necesidades de atención médica.

Felicitaciones a Mónica Gogna, al CEDES y a todos los becarios (Ariel Adaszko, Valeria Alonso, Fabián Portnoy, Paola Andreatta, Elisabeth Duhart, Lidia Mobilio, Silvia Nudelman, Raúl Claramunt, Fernanda Candio, Silvia Yocca de Sabio, Evelina Chapman) por tan importante estudio.

Dr. Juan Carlos O'Donnell

Coordinador de la Comisión Nacional de Programas
de Investigación Sanitaria (CONAPRIS)

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

Mónica Gogna

Este libro presenta los resultados del estudio colaborativo multicéntrico “El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud” realizado en siete jurisdicciones del país entre agosto de 2003 y julio de 2004. El protocolo de investigación fue elaborado en el Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES, a pedido de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.¹ El proyecto fue llevado adelante por un equipo multidisciplinario compuesto por trece investigadores con el apoyo brindado por las becas *Ramón Carillo-Arturo Oñativia*.²

La publicación está organizada en diez capítulos. El presente capítulo introduce la relevancia de la problemática y describe el espíritu y la lógica del protocolo de investigación. El capítulo 2 contiene la revisión de la literatura socio-antropológica sobre la temática y presenta el marco conceptual que ha orientado la investigación. En el capítulo 3 se presenta la revisión de la literatura biomédica acerca del embarazo adolescente y sus efectos sobre la salud materna y perinatal. El capítulo 4 presenta un diagnóstico de la fecundidad adolescente en la Argentina y sus jurisdicciones, elaborado a partir de los datos censales y de estadísticas vitales. Los capítulos 5 a 7 analizan, respectivamente, las perspectivas de funcionarios de diversos sectores (salud, educación, desarrollo social), profesionales que trabajan en los servicios de salud e integrantes de organizaciones no gubernamentales acerca del embarazo y la maternidad/paternidad en la adolescencia. El capítulo 8 describe y analiza los resultados de una encuesta aplicada a puérperas adolescentes (15 a 19

1 Agradezco a Edith A. Pantelides, Mónica Petracci y Mariana Romero sus comentarios a la versión preliminar del protocolo.

2 El Área de Salud, Economía y Sociedad asignó dos investigadoras *part-time* al proyecto (Nina Zamberlin y Silvia Fernández) como contribución a la iniciativa.

años) en catorce maternidades y hospitales públicos del país. El capítulo 9 presenta los puntos de vista de mujeres y varones adolescentes, con y sin hijos. Finalmente, en el capítulo 10 se desarrollan las conclusiones del estudio y se ofrecen recomendaciones para el diseño, monitoreo y re-orientación de programas y políticas de salud en este campo. En Anexos se presentan las principales conclusiones de los diálogos locales y el Seminario Nacional realizado en noviembre de 2004 (Anexo I) y el consentimiento informado utilizado al aplicar la encuesta (Anexo II).

1. ACERCA DE LA RELEVANCIA DE LA TEMÁTICA

Creemos que abordar la cuestión del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina es útil y necesario. Pero no por las razones que habitualmente, con buenas intenciones, se esgrimen como justificación.

Como bien señala Pantelides (2004) –entre otros autores– luego de treinta años de investigación, existe sobrada evidencia de que los riesgos de salud para las madres adolescentes y sus hijos provienen en gran medida de las deficiencias nutricionales y la falta de atención médica y/o conductas de autocuidado que frecuentemente entraña la vida en condiciones de pobreza y no de la edad de las madres *per se*. Así, por ejemplo, una serie de artículos publicados en el año 2002 por la revista *International Journal of Epidemiology* denota un desplazamiento desde una visión que presentaba el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública hacia otra que señala que los problemas sanitarios están originados en la inequidad social más que en la edad de los jóvenes (Lawlor y Shaw, 2002; Scally, 2002; Rich-Edwards, 2002; Smith, 2002). Estudios recientes realizados en México con parturientas adolescentes muestran que ellas no corren riesgos importantes o significativamente superiores a los de las adultas (Román Pérez y otros, 2001, citado en Pantelides, 2004).

Asimismo, la preocupación centrada en el argumento que afirma que la maternidad temprana es un “mecanismo de transmisión de la pobreza” también resulta relativizada. La evidencia puede ser leída en forma inversa: es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia (Pantelides, 2004).

No obstante, este discurso “contra-hegemónico” no ha logrado aún generar una corriente de opinión en el público en general ni ganado demasiado espacio entre los profesionales de salud. Con una larga trayectoria de investigación sobre el tema, Furstenberg (2003) afirma que durante los últimos cuarenta años ha sido testigo del creciente desajuste entre lo que los investigadores saben y lo que los planificadores, políticos y el público en general piensan que son los hechos acerca del embarazo adolescente.

Por tal razón creemos que es importante abordar la problemática. Fundamentalmente para identificar aquellas situaciones que sin duda son fuente de inequidad y de sufrimiento para muchísimos adolescentes (mujeres y varones) y sus hijos, y contribuir, mediante los resultados de investigación, a pen-

sar e implementar acciones tendientes a mejorar sus condiciones de vida y sus oportunidades. Más específicamente, nos interesa proveer información útil para el mejoramiento de las actividades de prevención del embarazo no planeado y de la atención del embarazo y el parto en los hospitales públicos. Finalmente, esperamos que el trabajo realizado contribuya al cuestionamiento de visiones “estereotipadas” (adulto-céntricas, sexistas y/o clasistas) que, generalmente, terminan culpabilizando a los adolescentes y diluyendo las responsabilidades de los adultos.

2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Aun cuando la investigación se propuso explícitamente focalizar la atención en el rol de los servicios de salud en la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, el proyecto fue concebido como un acercamiento global a la temática. En primer lugar, interesaba conocer cómo el tema es construido socialmente. Parafraseando a Heilborn *et al.* (2002, p.1), nos propusimos “poner en evidencia los conjuntos de categorías prácticas usadas por los ‘actores movilizados’ al delimitarlo y tratarlo”. En segundo lugar, nos abocamos a sistematizar la información disponible, actualizar datos y llenar algunos de los vacíos que, a la luz del conocimiento acumulado en la región, resultaban más evidentes (por ejemplo, qué proporción de las adolescentes estaban fuera del sistema escolar al primer embarazo). Por último, quisimos incluir las voces de las/los adolescentes, con y sin hijos, ya que rara vez son consultados acerca de cuestiones que los involucran tan centralmente como el embarazo, el aborto y la maternidad-paternidad.

El objetivo central del proyecto fue elaborar diagnósticos de situación que pudieran orientar las acciones dirigidas a prevenir el embarazo adolescente no planeado y su repetencia. Los objetivos específicos fueron:

1. Desarrollar un marco conceptual, con perspectiva de género y derechos, para el abordaje de la problemática.
2. Caracterizar a las adolescentes madres y no madres y producir información acerca de los padres de los hijos/as de las adolescentes.
3. Conocer las perspectivas de funcionarios, proveedores de servicios de salud y adolescentes (varones y mujeres, con y sin hijos).
4. Describir la historia y el comportamiento reproductivo de las adolescentes que atienden sus partos en las maternidades públicas.

Era nuestro propósito que los resultados de la investigación contribuyeran a la creación de consensos respecto de cuáles son (o podrían ser) las estrategias de acción prioritarias, tanto a nivel sectorial como intersectorial. Para ello, a propósito de la presentación de los hallazgos en cada una de las jurisdicciones, los becarios y responsables³ promovieron un “diálogo” entre los principales “actores involucrados” (funcionarios, prestadores, ONGs, investigadores) en cada una de las jurisdicciones. (Ver Anexo I)

³ En cada sitio se designó un responsable o referente que tenía por misión orientar

Como corolario de los diálogos locales, el 16 de noviembre de 2004 se realizó en Buenos Aires el Seminario Nacional “El embarazo y la maternidad en la adolescencia. Diálogo entre investigadores y responsables/ejecutores de políticas públicas, programas y servicios”. La actividad, organizada por CEDES, UNICEF Argentina y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, reunió a responsables de políticas y programas, técnicos de las Áreas de Salud y Educación, ONGs e investigadores de todas las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo del encuentro, que contó con el auspicio de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA), era difundir y discutir los resultados del estudio multicéntrico. Más específicamente, nos interesaba ofrecer a los participantes información actualizada sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia, presentarles una visión integral de la temática, con perspectiva de género y de derechos, y generar propuestas de trabajo intersectorial. La jornada de trabajo, que se realizó en el auditorio Dr. Carlos Gianantonio de la Sociedad Argentina de Pediatría, fue estructurada en dos sesiones. En la primera, los investigadores presentaron los hallazgos de los diferentes componentes del estudio. Las exposiciones fueron comentadas por los expertos Lic. Margareth Arilha (EAT-FNUAP, México), Dr. Enrique Pons (Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva) y Lic. Eleonor Faur (UNICEF Argentina). Por la tarde los participantes trabajaron en grupos (correspondientes a las diferentes regiones del país) con el objetivo de reflexionar sobre cómo se está trabajando y qué se debería hacer en torno a las diferentes dimensiones de la problemática del embarazo en la adolescencia (educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos, aborto, los varones y la salud reproductiva, retención-abandono escolar, violencia y abuso sexual). (Ver Anexo I)

Finalmente, es importante mencionar que el estudio tenía también un objetivo estratégico: favorecer el desarrollo de las capacidades de investigación a nivel local.⁴ Por tal motivo, a lo largo del período en que se desarrolló el proyecto, se realizaron en Buenos Aires tres talleres de entrenamiento de dos días de duración cada uno. En el primero se presentaron los lineamientos generales del estudio y sus diversos componentes así como información actualizada sobre la fecundidad adolescente en América Latina y en la Argentina, atendiendo específicamente a la situación de las jurisdicciones del estudio. Además, se capacitó a los becarios/as en las técnicas de recolección de datos que se utilizarían en la primera fase del estudio (las entrevistas a informantes clave, destinadas a proveer información para los diagnósticos de contexto). En el Segundo Taller se realizó una puesta en común y evaluación colectiva del trabajo realizado en la primera etapa y se presentó la encuesta a puérperas adolescentes (sus objetivos, cuestionario, módulos e indicadores)

el trabajo del becario/a. El grado de involucramiento de los responsables (nombriamiento *ad honorem*) con el proyecto varió entre sitios conforme diversas variables (disponibilidad de tiempo, formación en investigación, etc.).

⁴ Recuérdese que las becas Carrillo-Oñativía están destinadas a profesionales jóvenes que integran equipos de salud y que tienen inserción en el sector público.

y la logística para la aplicación de la misma. Finalmente, en el Tercer Taller, se presentaron, discutieron y analizaron los resultados de la Encuesta a Puérperas de 15-19 años y, además, se expusieron los resultados preliminares de los grupos focales con adolescentes.

3. COMPONENTES DEL ESTUDIO

El estudio, de carácter cuanti-cualitativo, tuvo diferentes componentes.

3.1 Revisión bibliográfica

Por un lado, se realizó una revisión de la literatura socio-antropológica que aborda la temática del embarazo en la adolescencia, analizando las premisas que generalmente han guiado estas investigaciones, con el fin de elaborar el marco conceptual del estudio. Asimismo, se revisó la literatura biomédica para conocer las perspectivas existentes en este campo acerca de los efectos del embarazo en adolescentes sobre la salud materna y perinatal.

3.2 Análisis sociodemográfico

A partir de información censal y de las estadísticas vitales se realizó un diagnóstico de la fecundidad adolescente en la Argentina y sus jurisdicciones, con el objetivo de proveer el contexto en el cual analizar y comprender los resultados de nuestro estudio.

3.3 Elaboración de diagnósticos locales

En cada uno de los sitios se elaboró un “diagnóstico de situación” con el propósito de identificar tanto posibles barreras (institucionales, culturales, de género) como “facilitadores” del trabajo de prevención del embarazo no planeado y de la atención del embarazo y el parto de las adolescentes (por ejemplo, experiencia de trabajo interdisciplinario, profesionales motivados y comprometidos con la temática). Para ello se aplicaron tres técnicas de recolección de información, destinadas a generar información útil para el diseño, monitoreo y reorientación de las actividades

- a. Entrevistas a informantes clave (de áreas Salud, Educación, Desarrollo Social, ONGs, líderes comunitarios). En estas entrevistas se recabaron sus opiniones acerca de los problemas que afectan a las/los adolescentes y, en particular, sus perspectivas acerca del embarazo y la maternidad/paternidad en la adolescencia, se relevaron las acciones de prevención en curso y se exploraron otras alternativas de intervención. En total se realizaron 111 entrevistas a informantes clave.
- b. Encuesta a las puérperas de 15 a 19 años que atendieron sus partos en las principales maternidades y hospitales públicos de los sitios inclui-

dos en el estudio. Durante un período de dos meses (diciembre de 2003-febrero de 2004) se aplicó una encuesta a todas las adolescentes de 15 a 19 años que dieron a luz en esas maternidades, que no presentaran algunas de las características previamente establecidas como “criterios de exclusión”⁵ y que manifestaran voluntad de responder. El cuestionario constó de 6 módulos: atención del embarazo y el parto; historia reproductiva; conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; situación al nacimiento del primer hijo nacido vivo; “futuro”; perfil sociodemográfico. La encuesta fue aplicada por trabajadoras de la salud (obstétricas, en su gran mayoría) especialmente capacitadas. Se aplicó un consentimiento informado en el cual se explicaba a las jóvenes el propósito del estudio, se solicitaba su participación y se daban las especificaciones de rigor.⁶ (Ver Anexo II) Fueron entrevistadas 1645 adolescentes. Al finalizar la encuesta, las encuestadoras entregaban a las jóvenes material de difusión de UNICEF.

- c. Grupos focales con adolescentes. Mediante la técnica de grupos focales se exploró la percepción de las/los adolescentes acerca del embarazo y la maternidad/paternidad en esta etapa de la vida y se intentó comprender mejor algunos resultados de la encuesta a puérperas. Por razones de tiempo y de recursos, los grupos focales, con varones y mujeres, con y sin hijos, se realizaron sólo en Resistencia, San Miguel de Tucumán y en un hospital del GBA (Florencio Varela). Se realizaron en total 10 grupos focales.

4. ¿DÓNDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO?

El estudio se realizó en las provincias de Chaco, Misiones, Salta, Catamarca y Tucumán, en el Gran Buenos Aires y la ciudad de Rosario. Los sitios fueron seleccionados atendiendo básicamente a las tasas de fecundidad adolescente, el peso de los nacimientos de mujeres de 15 a 19 sobre el total de nacimientos y los valores de algunos indicadores claves de salud reproductiva. A continuación se presentan los datos disponibles al momento de diseñar el protocolo y elegir los sitios.

⁵ Por razones éticas se decidió no aplicar la encuesta si la adolescente o el recién nacido estaban en cuidados intensivos, si el bebé había nacido muerto o si la joven tenía una patología mental.

⁶ Se explicitaba a cada una de las jóvenes que tenía el derecho de participar o no participar de la encuesta, que podía interrumpir la entrevista en cualquier momento y que podía negarse a contestar alguna o algunas preguntas.

INDICADORES SELECCIONADOS DE LAS PROVINCIAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO *

	Tasa de fecundidad adolescente (15-19) (2002)**	Proporción de nacidos vivos de mujeres 15-19 (2002)	Tasa de mortalidad materna (2002)	Egresos por aborto (15-19) sobre el total de egresos por aborto (2000)	Tasa de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años (por 1000 nac. vivos) (2000)	Tasa de mortalidad infantil total (por mil nacidos vivos) (2002)	Leyes o programas de SR
Total país	62.5	14.1%	4.6	13.9%	20.1	16.8	Ley nacional
Misiones	93.8	19.1%	4.6	15.6%	,,,	22.3	Decreto
Chaco	111.8	22.8%	7.8	21.6%	,,,	26.7	Ley provincial
Tucumán	74.4	15.4%	5.3	12.6%	22.8	22.3	-
Catamarca	98.2	19.2%	6.2	10.2%	22.6	20.6	-
Salta	78.2	15.5%	6.9	14.9%	22.4	18.9	-

* Información no disponible para el Gran Buenos Aires.

** Estimación propia sobre la base de Estadísticas Vitales, Información Básica 2002 y Población según edad y sexo del Censo 2001.

,,, Tasas sin calcular porque el peso porcentual de la categoría "ignorado" es igual o mayor al 25%

Fuentes: Ministerio de Salud, 2003. Estadísticas Vitales, Información Básica Año 2002; Ministerio de Salud, 2002. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico total país y división político territorial - Año 2000; Ministerio de Salud, 2002. Defunciones de menores de cinco años - Indicadores seleccionados. Argentina 2000

Referencias bibliográficas

- Furstenberg, F.: "Teenage childbearing as a public issue and private concern", en *Annual Review of Sociology*, vol. 29, págs., 23-29, agosto 2003.
- Heilborn, M. L. *et al.*: "Por uma abordagem sócio-antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivos da juventude no Brasil: A construção da Pesquisa GRAVAD", mimeo, Río de Janeiro, 2002.
- Lawlor, D. y Shaw, M.: "Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 552-554, 2002.
- Ministerio de Salud: *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Total país y división político territorial - Año 2000*, Buenos Aires, 2002.
- *Defunciones de menores de cinco años - Indicadores seleccionados. Argentina 2000*, Buenos Aires, 2002.
- *Estadísticas vitales. Información básica, año 2002*, Buenos Aires, Dirección de Estadística e Información de Salud, 2003.
- Pantelides, E. A.: "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en CELADE-Université Paris X Nanterre, *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, págs. 167-182, 2004.
- Rich-Edwards, J.: "Teen pregnancy is not a public health crisis in the United States. It is time we made it one", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 555-556, 2002.
- Scally, G.: "Too much too young? Teenage pregnancy is a public health, not a clinical problem", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 554-555, 2002.
- Smith, S.: "Too much too young? In Nepal more a case of too little, too young", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 557-558, 2002.

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVAS SOCIO-ANTROPOLÓGICAS SOBRE LA ADOLESCENCIA, LA JUVENTUD Y EL EMBARAZO

Ariel Adaszko ¹

“Esta repetición en la manera que tiene la humanidad de tratar a los adolescentes, ¿no se debe a una especie de amargura celosa que cada generación de adultos siente hacia aquellos que le recuerdan cuán infiel ha sido a sí misma?”

(Dolto y Dolto-Tolitch, 1993, p. 69)

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad, la fecundidad y la maternidad/paternidad de los y las jóvenes menores de 20 años vienen siendo estudiadas desde hace más de cuatro décadas. Las investigaciones abordan cuestiones tan variadas como la iniciación sexual, los comportamientos, prácticas y preferencias sexuales, el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, las condiciones de acceso y uso de servicios de salud reproductiva, las trayectorias sexuales e historias reproductivas, los motivos para continuar o interrumpir embarazos, las prácticas abortivas y experiencias de maternidad/paternidad. La inmensa mayoría de los estudios intenta responder tres preguntas fundamentales: ¿cuáles son los factores que contribuyen a que los jóvenes inicien relaciones sexuales?, ¿cuáles son los factores que inciden en el uso inconsistente o el no uso de métodos anticonceptivos? y ¿cuáles son las causas y las consecuencias del embarazo, la maternidad y la paternidad en estas edades?

Las investigaciones desarrolladas en América Latina revelan que una proporción considerable de jóvenes sabe poco o nada sobre sexualidad y reproducción, carece de información suficiente sobre anticoncepción, tropieza con graves obstáculos cuando intenta acceder a los métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, quedando expuestos al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, o a embarazarse sin quererlo. A la vez, se ha señalado que

¹ Agradezco a Mónica Gogna sus comentarios a una versión preliminar y a Inés Ibarlucía por la revisión y edición de este capítulo.

en nuestra región, la profundización de las inequidades sociales acentúa aún más el acceso desigual a recursos materiales y simbólicos necesarios para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de ciudadanía en general (Weller, 2000; Gogna, 1996 y 2005; Calazans, 2000; Stern y Medina, 2000; Stern y García, 2001; Pantelides, 2004; Paiva *et al.*, 2004).

En los últimos años, el análisis de las asimetrías de género y clase permitieron comenzar a “desempacar” la categoría genérica ‘adolescencia’ para reconocer y analizar un mosaico de situaciones disímiles. Sin embargo, los enfoques tradicionales sobre salud del adolescente, que aquí llamaremos hegemónicos, se apoyan explícita o implícitamente en un marco conceptual que opera en sentido inverso al descubrimiento de la diversidad. Señalan que, independientemente de otra consideración, todos los jóvenes comparten por igual una característica que opera catalizando negativamente los factores sociales: los jóvenes, se dice, aún no tienen la suficiente madurez psicológica y no poseen las capacidades necesarias para evaluar los costos de sus acciones: una infección de transmisión sexual (ITS), un embarazo “inoportuno” pero también un embarazo buscado o en cierto modo “planificado”.

Existe una tendencia a considerar que la situación del embarazo y la maternidad/paternidad durante la adolescencia no es adecuada, independientemente de si se producen o no efectos adversos en la salud, si la joven embarazada tiene doce, dieciséis o dieciocho años, si el mismo es resultado de un abuso o si fue buscado o querido.² Mientras a otras edades el embarazo se considera un fenómeno normal y se entiende que proseguir con él o interrumpirlo es en última instancia una decisión personal o a dirimir –más o menos democráticamente– en el ámbito de la pareja, en el caso de los jóvenes el término ‘embarazo’ casi siempre va acompañado por el de ‘riesgo’, no ya como una probabilidad estadística de que ocurra un evento adverso sino que, se dice, la sexualidad de los adolescentes y el embarazo ‘son riesgosos’ en sí mismos, especialmente para las mujeres. La expresión ‘embarazo adolescente’ denota inmediatamente una valoración negativa y se entiende como un problema público sobre el cual la opinión de los adultos –padres, maestros, médicos, comunicadores, planificadores y políticos– tiene tanto o mayor peso que la de los propios jóvenes.

Pareciera que hallar los factores asociados al inicio de relaciones y a la ausencia de cuidados nos daría la clave para ‘concientizarlos’ sobre lo desventajoso de la maternidad/paternidad antes de los veinte años y por consiguiente estimular cambios de comportamientos. Si bien son claras las causas que motivan la preocupación por las infecciones de transmisión sexual y el

² Desde hace largo tiempo se discute sobre el uso de las duplas *deseado/no deseado*, *buscado/no buscado* y *planificado/no planificado* tanto en relación con la población general como en el caso de los jóvenes en particular. Aunque el tema será traído a colación más adelante, los límites de espacio no nos permitirán una discusión detallada por lo que remitimos a quienes quieran profundizar el tema a Bachrach y Newcomer (1999); Barrett y Wellings (2002) y Santelli *et al.* (2003).

VIH-sida, la intensa ansiedad, a veces pánico, que generalmente despierta entre los adultos el embarazo de una joven no se justifica desde el punto de vista sanitario. La información disponible es concluyente en el sentido de que a partir de los 15 años –el grueso de los embarazos se producen a partir de entonces y no antes, especialmente después de los 17 años– los riesgos obstétricos no son superiores a los de una mujer de mayor edad³ o incluso se ha sugerido que son biológica y socialmente menores (Lawlor *et al.*, 2001).

La mirada se dirige exclusivamente a los adolescentes pues se considera que todavía no han desarrollado cualidades (propias de los adultos) para enfrentar los riesgos potenciales que pudiera acarrear, no ya el embarazo sino la propia maternidad o paternidad. Habiendo descartado o minimizado los riesgos estrictamente médicos, ¿cuáles serían esos riesgos diferenciales? ¿Son iguales para todos los jóvenes por el mero hecho de no haber alcanzado el estatus legal de la mayoría de edad? ¿Se diferencian en algo de los que podrían enfrentar si postergasen cinco años la maternidad? ¿Tiene la maternidad o paternidad efectos exclusivamente negativos?

La literatura en su conjunto identifica una asociación entre condiciones de vida y trayectorias adversas en algunos estratos sociales. Sin embargo, desde hace más de treinta años, el punto de discusión es cómo interpretar esa asociación o, dicho en otros términos: ¿se trata de correlación o causalidad? Y en el último caso: ¿en qué dirección? (Hoffman, 1998) ¿La maternidad y la paternidad condenan a los jóvenes a permanecer o caer en la pobreza ya que al asumir responsabilidades de cuidado y manutención de sus hijos quedan impedidos de proseguir con la formación requerida por un mercado laboral cada vez más exigente? ¿O es la pobreza y la respuesta de los adultos la que genera condiciones adversas para las madres y padres jóvenes independientemente de su edad?

Preguntarse por qué todo embarazo que involucre a un adolescente es necesariamente un problema parece desafiar al sentido común. Sin embargo, como señala Heilborn (1998), “vale recordar que aquello que hoy se incluye bajo el título embarazo en la adolescencia, se refiere a una franja etaria de 14 a 18 años que, por mucho tiempo y especialmente en su último segmento, fue considerada la etapa ideal para que la mujer tuviera hijos”.⁴ Por otro lado, esta pregunta viene formulándose desde hace más de treinta años y ha sido respondida en reiteradas ocasiones, aunque, al decir de una investigadora, las respuestas menos dramáticas no han tenido el mismo espacio en los medios que la visión opuesta⁵ (Geronimus, 2003).

En efecto, al menos en el ámbito académico, la hipótesis según la cual el embarazo temprano es el pasaporte a la pobreza, idea que dominó el panora-

3 El capítulo 3 contiene una revisión actualizada de la literatura biomédica sobre la morbi-mortalidad materna y perinatal.

4 Todas las traducciones del inglés y del portugués son responsabilidad del autor de este capítulo.

5 *Public air time* en el original.

ma intelectual en los años '60 y '70, se ha ido diluyendo a favor de la segunda hipótesis.⁶

“La maternidad temprana trastorna la vida de las jóvenes madres, pero mucho menos de lo que la gente cree [...] la particularidad del asunto tiene más que ver con cómo nuestra cultura política ha respondido a los problemas asociados con la pobreza, la sexualidad, las relaciones de género y cosas parecidas, que con la amenaza planteada por adolescentes teniendo bebés antes de que ellos o sus familias lo deseen, o antes de que la sociedad se pregunte si eso es bueno para su bienestar y el de su descendencia” (Furstenberg, 2003).

Inclusive los investigadores escépticos con los nuevos consensos reconocen que, si bien existen desventajas entre las adolescentes madres en comparación con otras que no lo son pero que están en igual condición socioeconómica, este efecto, al menos a largo plazo, es mucho menos importante de lo que tradicionalmente se había pensado (Hoffman, 1998).

Por otro lado, los estudios a nivel micro, además de documentar los efectos negativos han comenzado a prestar atención a los efectos positivos que puede tener la maternidad en jóvenes de sectores populares. Pero más importante aún, 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 en el sentido de 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 (Parker, 2001).

Pese a este cambio de perspectiva en “la academia”, 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, instaurador de cambios radicales en la vida de las adolescentes y de sus familias” (Nauar Pantoja, 2003).

Nuestro punto de partida será considerar que el ‘problema embarazo adolescente’ está fuertemente atado a la o las formas en que pensamos la propia adolescencia y la juventud. Diversos autores indican que los grupos en mejor posición socioeconómica en la sociedad y algunos actores del campo científico y político ponen en circulación discursos que estigmatizan el embarazo en

⁶ Se ha propuesto una tercera teoría que explica la asociación por una causalidad circular que tiende a esencializar la cultura: los pobres poseen un sistema de normas y valores diferenciales que los condena a permanecer en esta situación. Este modelo, además de eliminar toda capacidad de agenciamiento y transformación social a los grupos subalternos, no se condice con las teorías actualmente aceptadas en las ciencias sociales.

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 (Irvine, 1994; Cherrington y Breheny, 2005; Bucholtz, 2002; Furstenberg, 2003; Petersen, 1988; Reis, 1998; Geronimus, 2003). Así, su punto de vista sobre el embarazo de las/los adolescentes no necesariamente se apoya en evidencia científica. Aun cuando el discurso en muchos servicios de salud es que el embarazo en la adolescencia debería prevenirse, estas instituciones no son capaces de articular estrategias efectivas para que las/los jóvenes que deseen postergar la maternidad/paternidad cuenten con los recursos para hacerlo.

Nuestra propuesta no pretende minimizar la importancia de algunos problemas que los profesionales de la salud ven cotidianamente en sus interacciones con adolescentes y jóvenes. Por el contrario, queremos observarlos bajo una luz diferente ya que para resolverlos es necesario primero entenderlos en su complejidad. Distintas deberían ser las acciones que se sigan según los problemas (de salud o no) de una/un joven y sus hijos sean atribuidos a una causa individual –su ‘naturaleza’ inmadura, su comportamiento irresponsable, su ‘proclividad’ al riesgo, el descuido o abandono de sus padres–, a una causalidad social –condiciones de exclusión y de miseria estructural que en muchos casos no permiten proyectar un futuro diferente, expectativas culturales que imponen ciertas metas sin brindar los medios para alcanzarlas, mensajes contradictorios que esconden una doble moral–, o se intente entender la compleja articulación entre las diversas dimensiones en el marco de contextos históricos, políticos y económicos concretos.

Al enfatizar las dimensiones colectivas tampoco restamos importancia a las variables biológicas y psicoevolutivas. Sin embargo, antes que hablar de adolescencia en general, proponemos considerar la existencia de una diversidad de grupos de jóvenes con experiencias, significaciones y prácticas diferentes en relación con la maternidad y la paternidad. A su turno, las condiciones que generan la vulnerabilidad tanto como los efectos adversos antes mencionados pueden ser de distinto orden según la posición social del/la joven en cuestión.

El concepto de vulnerabilidad nos permite apreciar con mayor claridad la compleja interacción de las diferentes dimensiones pues articula la experiencia individual con las condiciones macro en las que se desenvuelve la existencia social de cada sujeto y grupo social (Ayres *et al.*, 1998).

Con un objetivo similar, Paiva *et al.* (2004), retoman el concepto de ipso-identidad de Ricoeur que refiere a una identidad reflexiva, construida continuamente como subjetividad en relación con la otredad (en oposición a la idem-identidad, marcada por la inmutabilidad y la permanencia). Los autores señalan que “considerar las ipso-identidades que existen en relación con la adolescencia y la sexualidad nos permite, como resultado de la inclusión de los aspectos contextuales de la identidad, expandir nuestra exploración de los horizontes normativos de los jóvenes. Al mismo tiempo, somos llamados a encontrar un terreno común desde donde los diversos sujetos involucrados en nuestra investigación (...) pueden aprender libremente, discutir y validar

la variedad de discursos normativos que encontramos sobre la sexualidad y la juventud.” (Paiva *et al.*, 2004: 11)

Así, las características de cada joven serán, en definitiva, resultado de las articulaciones dialécticas entre lo individual y lo colectivo, lo universal y lo particular. Cómo son los jóvenes y cuáles son sus necesidades específicas deberá surgir del diálogo en el nivel local entre los propios jóvenes, la comunidad en la que viven, y los agentes de salud, profesionales o no, que integren dicha comunidad.

A continuación ofreceremos algunos elementos para pensar críticamente esta cuestión: ¿cuáles son las condiciones y desde qué lugares se produce la normalidad que sirve como medida de los comportamientos de los jóvenes y que tiende a estigmatizar el embarazo en la adolescencia? Analizaremos para ello la construcción social del concepto de adolescencia y veremos en qué condiciones socioculturales, económicas y político-ideológicas emerge el embarazo como ‘problema social’. Finalmente, concluiremos con dos interrogantes: ¿son posibles otras aproximaciones al tema menos generales y normativas pero a su vez más consistentes con las experiencias disímiles de una variada gama de conjuntos sociales? ¿Son posibles otras aproximaciones que nos ayuden a identificar los factores que dificultan la prevención de los embarazos no oportunos pero que a la vez reconozcan la posibilidad de que para algunos jóvenes y en algunos contextos el embarazo sea una aspiración legítima?

2. LA EMERGENCIA DEL ADOLESCENTE COMO OBJETO DE PRÁCTICAS Y DISCURSOS

Desde hace décadas la sociología, la antropología y la historia, entre otras disciplinas, se han abocado al estudio de la niñez, la juventud y la adolescencia, esta última como una de las formas que puede adquirir la segunda (Ariès, 1962; Muuss, 1980; Calazans, 2000; Hirschfeld, 2002; Bucholtz, 2002; Koops y Zuckerman, 2003; Kett, 2003; Dubas *et al.*, 2003 y Vinovskis, 2003). Como resultado, sabemos hoy que cada sociedad segmenta, clasifica y organiza el ciclo de la vida social en edades de manera diferente (en el caso de las sociedades estratificadas variando incluso de un sector social a otro) ya que la clasificación es función del modo de producción y las estrategias de reproducción de los grupos sociales (Chatterjee *et al.*, 2001). Así, mientras que antiguamente el latín contaba con siete términos para señalar posiciones en el ciclo de vida, en el francés del período del Renacimiento, éstos se redujeron a tres: niñez, juventud y vejez (Ariès, 1962).

Feixas (1996) apunta que “no debe confundirse la edad como ciclo vital –que define los grados de edad por los cuales han de pasar los miembros individuales de una cultura– con la edad como generación –que agrupa a los individuos según las relaciones que mantienen con sus ascendientes y sus descendientes y según la conciencia que tienen de pertenecer a una cohorte generacional. Ni las clases de edad formalizadas de algunas sociedades

preindustriales –una categoría de adscripción que agrupa a los individuos iniciados en un mismo período, que avanzan juntos a lo largo de los grados de edad– con los grupos de edad informales de las sociedades complejas (O'Donnell, 1985, citado en Feixas, 1996). Por último, debe diferenciarse la edad como condición social –que asigna una serie de estatus y de roles desiguales a los sujetos– y la edad como imagen cultural –que atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los mismos– (Feixas, 1996).

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. En torno a cada una de estas edades “sociales” se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas, e instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar las desviaciones a las mismas. En el caso de los jóvenes estas instituciones suelen estar controladas por los adultos.

Las identidades se producen en el marco de relaciones sociales y están cargadas de significaciones socioculturales: el género, las categorías de edad, la nacionalidad y la etnicidad, etc., se construyen, asumen o imponen en el marco de relaciones de poder, definiciones dominantes o hegemónicas sobre la manera adecuada de ‘ser’ y ‘actuar’ fijadas en estereotipos internalizados que contribuyen a cristalizar y reproducir las jerarquías sociales. A estos procesos de fijación de identidades y posiciones sociales contribuyen diversas instituciones: la escuela, el sistema penal, los sistemas médico-curativos –sean tradicionales o biomédicos–, etc. (Parsons, 1966; Freidson, 1978; Conrad, 1982; Menéndez, 1990; Conrad y Schneider, 1992; Goffman, 1992; Fabrega y Miller, 1995; Foucault, 1995 y 1996; Finn, 2001). Pero el proceso de definición de las identidades es, a su vez, un espacio de resistencia y confrontación, y las instituciones sociales contribuyen también a normalizar y reprimir aquello que ha sido definido como “desviaciones” por quienes detentan el poder. Dado que las condiciones materiales, las estructuras sociales y las relaciones de poder se modifican a lo largo del tiempo, estas identidades –ipso-identidades–, que son función de las primeras, también van cambiando.

De lo antedicho se sigue que la relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente manipulada y manipulable, especialmente en lo referido a quienes tienen escasos recursos para ejercer sus derechos, entre ellos los niños y los jóvenes (Bourdieu, 1990; Hall y Montgomery, 2000; Bucholtz, 2002). Para las ciencias sociales, no hay un modo único de ser adolescente sino más bien identidades diversas que se definen a partir de relaciones sociales con los adultos y con otros grupos de adolescentes en contextos concretos, que deben ser también descritos y analizados pues en su seno adquieren sentido las prácticas de los jóvenes, incluidas las prácticas sexuales.

En nuestra sociedad los adultos de sectores medios y altos piensan a los jóvenes, al menos a los que integran su propio estrato social, como sujetos inmaduros e incompletos y por ende no enteramente responsables/respon-

sabilizables por sus acciones. Esta idea se expresa en el concepto de adolescencia, el cual comenzó a tomar forma hace no más de dos siglos y está estrechamente vinculado con la emergencia de la noción moderna de 'individuo'. Tras el Renacimiento, la organización de la vida social dejaba de girar en torno al parentesco y cada quien quedaba librado a su suerte para construir, con los recursos que tuviera, su propio porvenir (Goldmann, 1968). Los organizadores básicos de la jerarquía social comenzaron a ser "las tres oposiciones clásicas de la vida social y determinantes de la producción cultural [moderna]: la oposición de género (hombre-mujer), la de generación (niño-joven-anciano-etc.) y la de clase social (obrero-patrón)" (Galende, 1997:13).

La representación del individuo ideal moderno era la expresión de las aspiraciones de una clase social en ascenso, la burguesía (Goldmann, 1968), que proyectaba e imponía sobre el conjunto de la humanidad su propia idea de un sujeto abstracto y universal: varón, adulto, europeo, blanco y burgués, modelo y evidencia última de la perfectibilidad del hombre y parámetro a partir del cual se mediría la normalidad o anormalidad del resto de la humanidad: mujeres, jóvenes, campesinos, minorías étnicas y nacionales en las metrópolis y habitantes nativos de los territorios que Europa iba anexando en su expansión. Éste era el parámetro de interpretación de la condición humana y toda diferencia comenzó a ser pensada como defecto o estadio inferior de desarrollo.

Junto al "individuo moderno" –autónomo y racional–, o como expresión de sus primeras etapas de desarrollo, la modernidad trajo consigo a dos nuevos actores que fueron pensados como su versión embrionaria: el niño primero y el adolescente más tardíamente. En ambos casos se los definió como sujetos inconclusos cuyos cuerpos debían ser reglados y sus espíritus moralizados antes de reconocérseles el estatus de ciudadanos (Lupton y Tulloch, 1998 y Brownlie, 2001).

La aparición de estos actores no fue azarosa. Las revoluciones económica y política que tuvieron lugar en Europa entre los siglos XVII y XIX generaron la necesidad de producir "una modalidad de socialización diferenciada de aquella ofrecida por el grupo familiar, dado que la organización social moderna demandaba una racionalidad universalista, vinculada a la nueva división social y económica del trabajo, diferente de la familiar" (Calazans, 2000:49).

Galende sostiene que, para imponer su ideología, la burguesía "necesitaba institucionalizar la infancia, pedagogizándola, considerando al niño como una 'tábula rasa' sobre la que inscribir sus valores y su moral" (Galende, 1994:68).⁷ y ⁸ En el caso de los jóvenes, parte del currículum escolar oculto

7 Ariès nota que la representación del niño como inocente "resultó en dos tipos de actitud y modos de comportarse en relación con la infancia: En primer lugar, protegerlos de la polución de la vida y particularmente de la sexualidad tolerada si no directamente aprobada entre los adultos; y en segundo lugar, fortaleciéndolos mediante el desarrollo de carácter y razón" (citado en Conrad y Schneider, 1992:146).

8 En nuestro país, la generación del '80 vio en la obligatoriedad de la enseñanza

tiene por objetivo ‘civilizar’ su cuerpo a través de un proceso prolongado de regulación, normalización y disciplinamiento (Lupton y Tulloch, 1998).

En los últimos dos siglos, la concepción cultural de la juventud pasó de una en que la caracterización psicológica no jugaba un papel importante en la definición –pues el crecimiento y desarrollo físico eran los elementos centrales para su integración activa en el mundo económico (Foucault, 1996)–, a otra en que se define al joven como “adolescente”: sujeto vulnerable que requiere una prolongada supervisión adulta (Fabrega y Miller, 1995:884).

Ante estos nuevos requerimientos, las tecnologías de control social se refinaron y los aspectos psicológicos y subjetivos entraron a jugar un papel cada vez más importante (Gergen, 1993) ya que la construcción del “yo” –self– empezó a concebirse como un proceso reflexivo de auto-conocimiento y auto-control ajeno a las certezas que antaño ofrecían las sagradas escrituras⁹ (Lupton y Tulloch, 1998). Para estos autores, en la modernidad el cuerpo y el yo se transformaron en proyectos siempre inconclusos que requieren de una participación activa de cada persona en un proceso continuo de auto-descubrimiento, apoyado en la búsqueda de conocimientos expertos y cuyos productos provisionales deben ser monitoreados por nuevas instituciones de control social.

Según Le Breton (2004), el desmembramiento de las antiguas redes produjo un cambio radical en la manera de incorporarse en el mundo adulto. Las ceremonias rituales –públicas, dirigidas por adultos y altamente sexualizadas– que antaño servían para demarcar la salida de la niñez, filiar e incorporar al mundo adulto, perdieron vigencia. A partir de la modernidad, haber nacido y crecido en una comunidad ya no era garantía suficiente de integración. Cada cual debía encontrar por sus propios medios el sentido de la vida y conquistar el derecho a una existencia social. Así, las conductas arriesgadas que se observan en muchos jóvenes, no son tan irracionales como los adultos creen sino que se vinculan con la búsqueda de auto-afirmación y reconocimiento social. Forman parte de ritos privados, solitarios, cuyos resultados suelen ser provisionales e insuficientes para significar la vida e integrarse a la comunidad. “En nuestra sociedad el rito de pasaje es una dolorosa respuesta a la ausencia de significado” (Le Breton, 2004:14). Las instituciones que se erigen para monitorear esta exploración y construcción identitaria, a las que Le Breton se refiere como estructuras preventivas, intentan controlar estos procesos pero la normalización que producen censura antes que significar positivamente la vida y allanar el camino a la integración (Le Breton, 2004; ver también Delaney, 1995).

Galende señala que: “[...] desde la Revolución Francesa y para toda la modernidad occidental, los derechos ciudadanos se vincularon fuertemente

un vehículo para socializar a los hijos de los inmigrantes en una identidad nacional, aunque debido a su política demográfica, el embarazo en población joven era evaluado de manera diferente que en la actualidad.

⁹ Esta idea está fuertemente relacionada con la ética protestante.

con determinados valores del individuo: tienen derecho pleno de ciudadanía aquellos individuos que sean autónomos, no dependientes o esclavos, dueños de su voluntad” (Galende, 1997:174). Se es individuo, con los derechos y obligaciones que ello conlleva, cuando se es reconocido como tal por quien ejerce el poder.

En el siglo XVIII la adolescencia fue un fenómeno que se restringió a unos cuantos jóvenes varones de clases urbanas acomodadas, y se generalizó con la extensión y gradación de la escolaridad en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX (Ariès, 1962). Estos nuevos sujetos, cada vez más numerosos y visibles, comenzaron a ser objeto de interés para la filosofía política y la literatura primero, y sólo a comienzos del siglo pasado para la ciencia.

En el último caso, la legitimidad que fueron adquiriendo los discursos y prácticas producidos por las nuevas ciencias durante el siglo XIX, dio como resultado que en 1904 Stanley Hall publicara el primer estudio “científico”¹⁰ sobre la temática adolescente sentando las premisas que aún hoy subyacen a buena parte de los estudios psicosociales e intervenciones dirigidas a la población adolescente. Su tesis central elaboró “científicamente” los postulados legados por la tradición roussoniana y el romanticismo alemán que veían la adolescencia como un período turbulento –aunque corto– que antecede a un segundo nacimiento (Koops y Zuckerman, 2003). La adolescencia es descrita como un período característico de *Storm and Stress* –del alemán *Sturm und drang* (turbulencia y tensión). Para Hall, los aspectos psicológicos y sociológicos altamente inestables y conflictivos¹¹ observados entre algunos jóvenes norteamericanos en su época tenían como base los cambios puberales (Muuss, 1980) y si este proceso biológico era universal, entonces sus consecuencias psicosociales también debían serlo. Al establecer un desencadenante biológico, Hall universalizó el ‘problema adolescente’ leyéndolo como padecimiento y tendió un puente que dio lugar a que la siguiente generación de investigadores interpretara todo problema vinculado con los jóvenes en términos de la oposición salud/enfermedad. La sociedad puede ser catalizadora –contexto riesgoso– pero en definitiva los conflictos se expresan porque operan en un terreno fértil: en sujetos inestables. A partir de entonces la pregunta fue: ¿qué factores generan que algunos jóvenes se extravíen en el camino de ascenso hacia la adultez? La respuesta se buscó en características, perfiles de personalidad, predisposiciones individuales, etc.

El carácter universal de la categoría definió a los jóvenes de los sectores más desfavorecidos como adolescentes igualándolos a los de clases medias y

¹⁰ Su estudio no estaba basado en investigaciones empíricas, posiblemente tampoco era representativo de los jóvenes de su época, y estaba centrado en el desarrollo sólo de los varones (Kett, 2003; Dubas *et al.*, 2003).

¹¹ La inestabilidad emocional se expresaba en oscilaciones entre “inercia y excitación, placer y dolor, auto-confianza y humildad, egoísmo y altruismo, sociabilidad y soledad, sensibilidad y desinterés, conocimiento y acción, conservadurismo y actitudes iconoclastas, sentido e intelecto” (citado en Cote, 2000).

altas aunque sus experiencias tenían muy poco en común¹² (Bourdieu, 1990). A la vez, con el auxilio de la psicología y la medicina, los fenómenos que los involucraban comenzaron a interpretarse unilateralmente desde la perspectiva de los adultos de sectores medios y altos.

Por otro lado, la teoría recapitulatoria de Hall –el desarrollo ontogenético reproduce la evolución filogenética–, inferiorizó la condición de ser joven señalando la correspondencia entre la adolescencia y el período de barbarie de la especie (Muuss, 1980) en un momento histórico en el que el evolucionismo aún era el paradigma dominante en las ciencias sociales. Así como los salvajes y bárbaros que habitaban las colonias europeas eran irracionales y todavía no estaban en condiciones de gobernarse por sí solos –la presencia del europeo se sostenía ideológicamente en la infantilización del nativo mediante un “discurso científico”, como también ocurría con las mujeres o los esclavos liberados en Estados Unidos–, tampoco los jóvenes están aún en condiciones de tomar decisiones sobre sus vidas.¹³

La teoría de Hall fue muy influyente y a ello contribuyó la existencia de un terreno político e intelectual receptivo que le permitió integrarse rápidamente a una psicología *folk* de la clase media norteamericana. Con el tiempo, la teoría fue reelaborada por algunas corrientes de la psicología que reforzaron su carácter universal. Anna Freud, “mucho más que Hall, veía el *storm and stress* como universal e inmutable, al extremo que su ausencia significaba psicopatología: ‘lo normal [escribía] durante el período adolescente es en sí mismo anormal’ (Arnett, 1999).

Pero otras corrientes de la psicología y las ciencias sociales la rechazaron parcial o totalmente, señalando que no estaba basada en investigaciones empíricas y era necesario recabar evidencia de la situación de jóvenes en otras sociedades y culturas antes de aceptar que el *storm and stress* eran universalmente válidos. En 1924 Margaret Mead, psicóloga norteamericana postgraduada en antropología, partió en el primero de una serie de viajes a los Mares del Sur con el propósito de: “... probar en qué medida los problemas de la adolescencia –llamados en alemán *Sturm und Drang* y *Weltschmerz*¹⁴– dependían por una parte de las actitudes de una cultura dada y por otra de las particularidades inherentes al desarrollo psicobiológico de la adolescencia con todas sus discrepancias, crecimiento desparejo y nuevos impulsos” (Mead, 1972:122–123).

Comparando tres grupos (prepúberes, púberes y pospúberes de sexo fe-

12 Ver también Bucholtz, 2002 y Hall y Montgomery, 2000, sobre el uso estratégico de los términos niño, adolescente y joven.

13 Hoy se suelen esgrimir otros discursos igualmente estigmatizantes que identifican a grupos subalternos y los culpabilizan por sus padeceres: al igual que los africanos negros, los jóvenes tienen una sexualidad exacerbada con tendencia al descontrol y de ahí la dificultad para prevenir el sida y el embarazo no planificado. Los jóvenes se embarazan y los africanos no pueden contener el avance del VIH-sida por su propia naturaleza (Seidel y Vidal, 1997).

14 Una traducción aproximada de *Weltschmerz* es ‘melancolía producida por el desengaño de la vida’.

menino) pertenecientes a otra cultura advirtió que no se producían las oscilaciones descritas por Hall y que las diferencias entre los grupos eran de grado pero no cualitativas. Por el contrario, se apreciaba una continuidad entre los tres sin mediar ninguna crisis disruptiva. Su conclusión fue que las transformaciones puberales se asocian con cambios en los estatus sociales, pero que la naturaleza de estos cambios (y si implican turbulencias psicológicas y conflictos intergeneracionales o normativos) depende de la comunidad, la cultura y el sector social en el que estén insertos los jóvenes (Mead, 1967).¹⁵

“Las premisas establecidas por cualquier cultura acerca del grado de frustración y realización contenido en las formas culturales pueden ser más importantes para alcanzar la felicidad humana que el hecho que tienda a desarrollar, sofocar o paralizar ciertos impulsos biológicos [...] Presumir que la gente querrá sólo alcanzar aquello que no puede tener, no es sino otra forma de provocar una indiscutible frustración, como observamos actualmente en los EEUU de América, donde los niños son educados para aspirar a una posición económica segura y ascendente, que en las condiciones económicas actuales no pueden tener” (Mead, 1967:17).

Desde una perspectiva similar, Ruth Benedict (1969) planteó que en toda sociedad existen mecanismos a través de los cuales se condiciona y moldea la conducta individual, estimulando ciertos perfiles de personalidad y competencias y reprimiendo otras. En las sociedades etnográficas, las expectativas asociadas al rol de adulto, incluyendo las responsabilidades laborales, el cuidado de parientes menores, y la experimentación sexual, iban siendo aprendidas desde pequeños sin producirse un contraste polarizado entre un período y otro como ocurre en nuestra sociedad, donde se espera que los adolescentes, igualados a los niños, no realicen contribuciones económicas a su hogar, no participen en la crianza de sus hermanos menores, y posterguen lo máximo posible su iniciación sexual.

La crítica antropológica generó un fuerte debate en la comunidad científica y entre el público en general. Sin embargo, mientras algunas corrientes del campo de la psicología y la pedagogía redefinieron sus perspectivas y hoy la mayoría de los psicólogos rechazan la idea de que la adolescencia es tormentosa y tensa universal e inevitablemente (Arnett, 1999; Kett, 2003), los discursos dominantes en el campo de la salud siguen ajenos a esta crítica. Feixas apunta que “la crítica generacional no ha conseguido todavía deconstruir los estereotipos predominantes sobre los grupos de edad subalternos, percibidos a menudo como preparación al –o como regresión del– modelo adulto” (Feixas, 1996).

¹⁵ Durante los ‘80 y ‘90 la teoría de Mead fue atacada duramente por el antropólogo australiano Derek Freeman. La postura de Freeman no cuenta con consenso en la comunidad académica y las teorías de Hall fueron luego rebatidas con otras evidencias proporcionadas no sólo por antropólogos sino también por otras disciplinas sociales y por la psicología (Cote, 1998 y 2000; Shankman, 1998 y Freeman, 1999).

En efecto, la naturalización del adolescente como intrínsecamente inestable se fue consolidando a lo largo del siglo XX con los aportes de Coleman, Erikson y Havinghurst (Aggleton, 1996:2). El primero defendió la idea de que los adolescentes poseen valores y actitudes distintivos que los colocan aparte de la sociedad; Erikson planteó que este período se caracterizaba por la constitución de identidades y la experimentación con roles y comportamientos, y finalmente Havinghurst desarrolló la idea de que los jóvenes cumplen una serie de “tareas adolescentes” para arribar a la adultez. Si bien esto puede ser una descripción acertada para la forma en que algunas sociedades y grupos sociales organizan la experiencia de la juventud, no tiene una aplicación universal. Gran parte de las investigaciones empíricas que avalaban estas hipótesis tenían fuertes sesgos de selección: el adolescente retratado como sujeto universal y abstracto, quien lentamente iba logrando grados crecientes de autonomía, no era otro que el joven norteamericano blanco de clase media (Aggleton, 1996; Chatterjee *et al.*, 2001; Males, 1997), aquel al que se le imponía cumplir el “sueño americano”, y que en los años ‘60 comenzaba a desarrollar una cultura política contestataria. Pero incluso en la propia sociedad norteamericana, estaban operando prejuicios raciales y de género: para la mayoría de las teorías psicológicas del desarrollo de los adolescentes, mientras que los varones encontraban su identidad en relación con la autonomía, las mujeres lo hacían en el marco de la consolidación de una relación estable con un varón (McLean Tylor, 1994).

No debe llamar la atención que la criminología, la sociología de la desviación y el salubrismo comenzaran a interesarse en los jóvenes en el preciso momento en que éstos emergían como actores sociales cuestionadores de la normatividad dominante, ya sea que hablemos de los años ‘20 –“los años locos”– o de los años ‘60. El primer acercamiento de la sociología a los jóvenes fue en los años ‘20 para estudiar lo que se dio en llamar las sub-culturas juveniles de las pandillas en los barrios pobres de las grandes ciudades norteamericanas. A partir de los años ‘40 los sociólogos empiezan a interesarse también por los procesos de socialización de los adolescentes “normales”, aquellos que no tenían conflictos con las instituciones. Enfatizaron la normalidad y la funcionalidad de las sub-culturas juveniles como responsables de la transición a la vida adulta, a la vez que atribuyeron a la ‘crisis’ un valor productivo (Calazans, 2000).

Así, desde distintas disciplinas se contribuyó a naturalizar “la crisis adolescente” como parte de su normalidad. El desequilibrio observado en algunos jóvenes norteamericanos pasó de ser consecuencia de las características de una estructura social particular, a ser un presupuesto incuestionable, momento necesario del desarrollo de cada individuo de la especie. Tubert señala que “determinados ‘resultados’ producidos con mayor frecuencia por la estructura, son tomados como medida de salud, y transformados luego en ‘finalidades’” (Tubert, 1982:14). El interés se dirigió entonces hacia los mecanismos que permitirían controlar que los sujetos en crisis se adaptaran a, y alcanzaran, esas ‘finalidades’. Para este autor, la representación del ciclo evolutivo que subyace a los saberes dominantes, excluye el movimiento y la

contradicción y opera una fragmentación de un proceso histórico en etapas estáticas “entre las cuales la adolescencia es una ‘fase de transición’ cuyo parámetro último es el individuo competente para desenvolverse en una sociedad de mercado. Dentro de un esquema de este tipo, todo cambio aparece como una ‘perturbación’ que es necesario eliminar o superar para proseguir el recorrido preestablecido, y no como algo inherente a la constitución misma del sujeto y de su relación con el mundo” (Tubert, 1982:11-12). En igual dirección, Paiva *et al.* (2004) resaltan que es habitual que en los enfoques preventivistas se contraponga la visión de la adolescencia y la adultez: “es como si la vida y la sexualidad adulta no involucrase fases, pasajes o períodos transicionales, y que la adolescente sólo incluye experiencias de crisis, pasaje y transición” (Paiva *et al.*, 2004:7).

En las ciencias sociales los estudios funcionalistas y estructural funcionalistas centrados en la desviación y en la normalización punitiva entraron en crisis a mediados del siglo XX, momento en el cual emergieron nuevas corrientes que cuestionaron la reificación de la desviación y se preguntaron por los procesos políticos que llevaban a definir las conductas de los jóvenes como desviadas. En la salud pública, por el contrario, se agudizó el proceso de “medicalización” de la niñez y la adolescencia (Conrad y Schneider, 1992) que venía teniendo lugar desde finales del siglo XIX. La medicalización de la adolescencia transfirió el problema de la adaptación desde el plano moral, al cual se daban respuestas institucionales de punición, hacia el plano individual psicológico en el cual se proponían respuestas terapéutico-curativas. La construcción del adolescente como oprimido, conflictivo, acosado por sus temores, y psicológicamente turbado, por no decir simplemente enfermo (Fabrega y Miller, 1995:884), justificará las prácticas de control, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los jóvenes mientras éstos se enfrentan a una serie de pruebas o “tareas” que deberán superar con éxito para ser reconocidos como adultos responsables.

Para mediados de siglo, momento en que en los Estados Unidos y Latinoamérica¹⁶ se crean los primeros servicios de salud especializados en la atención de adolescentes, ya se había consolidado en el imaginario colectivo la representación social que aún hoy persiste sobre la adolescencia. A partir de allí, en la década siguiente, empieza a pensarse el embarazo como problema de salud pública, fenómeno que hasta entonces no había merecido mayor atención por parte del sector.

¹⁶ En Argentina también se crean los primeros servicios de adolescencia en los hospitales públicos en la década del ‘50 (Gogna, 2001; Silber, 1985).

3. RE-HISTORIZANDO EL “DESCUBRIMIENTO” DEL EMBARAZO TEMPRANO COMO “PROBLEMA” DE SALUD PÚBLICA

La tematización del embarazo en la adolescencia como un “problema” de salud pública, merecedor de atención en términos de investigación y de intervención por parte del Estado, surge en la década del ‘60 acompañando los cambios sociodemográficos, económicos, culturales, e ideológico-políticos que tuvieron lugar tras la Segunda Guerra Mundial. Estas transformaciones originaron una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes, más específicamente por aquellas conductas que pudieran minar su transición hacia una forma socialmente aceptada de ‘ser adulto’.

Tras el boom de nacimientos que siguió a la Segunda Guerra, era común y de poco interés en los Estados Unidos que la maternidad/paternidad comenzara durante la adolescencia. En 1957 la tasa de fecundidad para este grupo llegaba a 96.3 por mil: 1 de cada 10 adolescentes daba a luz cada año. A pesar de que este número descendió en los años subsiguientes, paralelamente comenzaron a ascender las tasas de nacimientos extramatrimoniales entre la población afro-americana:

“Aunque las concepciones prematrimoniales eran comunes en los ‘50 y ‘60 [al igual que la paternidad durante la adolescencia], para mediados de esa década cada vez más mujeres embarazadas [especialmente las de grupos subalternos] elegían no casarse. Nadie se preocupaba por la maternidad durante la adolescencia mientras tuviera lugar dentro del matrimonio, a pesar de que estos matrimonios tenían una alta probabilidad de fracasar dando lugar a una gran cantidad de familias monoparentales [...] Como las tasas de matrimonio declinaban, las tasas de maternidad extramarital ascendían rápidamente entre adolescentes negras –no porque las mujeres se dispusieran a tener niños fuera del matrimonio, sino simplemente porque era menos probable que recurrieran a casamientos de apuro, expresión que se volvió casi arcaica” (Furstenberg, 2003).

En ese momento comenzó un intenso debate entre la derecha y la izquierda norteamericana sobre si las desventajas observadas en los niños de estas madres se debían a que nacieran fuera de la institución de la familia tradicional –ausencia de figura paterna– o a la pobreza (Furstenberg, 2003).¹⁷

Durante algún tiempo, la derecha acudió a la teoría de la cultura de la pobreza: los pobres tienen un sistema de valores que los condena a perpetrar su condición y prefieren vivir de la asistencia pública antes que progresar por

¹⁷ Geronimus (2003) apunta que en los Estados Unidos los sectores medios condenaban (y condenan) las prácticas reproductivas de los sectores populares o asumen ingenuamente que si éstos adoptaran la familia nuclear y retrasasen su período reproductivo como lo hace la población blanca, esto solo bastaría para inducir igualdad social, económica y política.

sus propios medios, y por ello no posponen la maternidad¹⁸ (Furstenberg, 2003). La izquierda, por su lado, argumentaba que la maternidad durante la adolescencia era muy costosa para los pobres, y que por ello el Estado debía proporcionar los medios para ayudar a las jóvenes a posponerla (Irvine, 1994). El debate se intensificó en los '70 al acentuarse el sentimiento de que los políticos y la sociedad en general habían sido demasiado permisivos con los jóvenes en la década anterior (Furstenberg, 2003).

A partir de un análisis interpretativo de los recursos retóricos y estilísticos (metáforas y metonimias) utilizados en los textos de los años '60 acerca de las adolescentes embarazadas, Reis (1998) concluye que tras la preocupación de la salud pública por la denominada "epidemia" de adolescentes embarazadas, se ocultaba en realidad la preocupación por la ilegitimidad de los nacimientos ocurridos fuera del contexto del matrimonio.¹⁹ El pensamiento de salud pública de la década del '60 vehiculizaba y promovía, desde un plano latente pero no explícito, ideas y acciones orientadas mucho más hacia el fortalecimiento de normas jurídico-sociales (como el matrimonio) que hacia intereses propiamente sanitarios (como la promoción del bienestar de las adolescentes madres).

Otros autores señalan que la construcción retórica del embarazo como tema de la salud del adolescente estaba económicamente motivada tanto local como nacionalmente por la industria de salud de los Estados Unidos y que en este "juego" participó tanto la izquierda como la derecha (Bucholtz, 2002; Irvine, 1994). Otros, por su parte, apuntan que en la "preocupación" por el embarazo en la adolescencia confluyen dos tipos de argumentos: desde una postura feminista, la inquietud por asegurar un futuro para las jóvenes que no se circunscriba exclusivamente a la maternidad y, desde una postura más conservadora, una reacción política y social frente a una sexualidad, que además de ser femenina y joven, parecía haber escapado al control social (Pantelides, 2004; Furstenberg, 2003).

Lo cierto es que el proceso de definición del problema excluyó las miradas de los jóvenes –y de todos los que no eran expertos en embarazo de adolescentes– y prescribió una sola manera de responder adecuadamente al tema (Bucholtz, 2002).

Furstenberg muestra cómo la mayoría de los trabajos llevados adelante durante los '60 y '70 estaban plagados de problemas de selección con las muestras. Recién en los '80 y '90 se comenzaron a emplear nuevas técnicas muestrales, aunque para ese entonces la primera generación de estudios

18 La noción de 'cultura de la pobreza' desarrollada, entre otros, por el antropólogo Oscar Lewis (1964), explica la marginalidad por un sistema de valores diferencial desarrollado en sociedades marginales cerradas. Los niños se socializan en los valores de sus padres y los reproducen. Es la base teórica de la noción actual de 'transmisión intergeneracional de la pobreza'.

19 El autor informa que, entre las publicaciones norteamericanas de los años '60 registradas en el Index Medicus, la "ilegitimidad" representa el 16% de los doce temas más abordados en los artículos sobre adolescentes embarazadas.

ya había reforzado el estereotipo de la madre adolescente y naturalizado la idea de que la paternidad temprana perpetuaba la pobreza (Furstenberg, 2003).

Entre tanto, en otros ámbitos, las primeras investigaciones longitudinales y transculturales comenzaban a fundamentar otras opiniones. Se vio que la situación de las adolescentes negras no era mucho peor que el de otras mujeres en igual condición que tenían sus hijos años más tarde. “Los hallazgos del Baltimore Study sugieren con fuerza que los costos a largo plazo de la maternidad durante la adolescencia, por lo menos entre las familias negras, eran sólo modestos [...] En algunas situaciones, de acuerdo al propio testimonio de las madres [entrevistadas años después], tener un niño las motivó para triunfar y enfrentar el desafío creado por una maternidad temprana” (Furstenberg, 2003).

Pese a la hegemonía que los discursos tradicionales aún tienen en la salud pública, en los últimos años se ha abierto una fractura a través de la cual comenzaron, también aquí, a visibilizarse posiciones alternativas que hasta no hace mucho estaban silenciadas. Por ejemplo, en el año 2002 la revista *International Journal of Epidemiology* publicó una serie de artículos que evidencian la vigencia del debate. Lawlor y Shaw plantean allí que para los hacedores de políticas, la definición del embarazo adolescente como un problema de salud pública refleja imperativos sociales, culturales y económicos, y que por ello los investigadores y profesionales de la salud deberían pensar más cuidadosamente sobre por qué algo es definido como problema de salud pública, así como sobre el contexto social y moral en que esto ocurre y en el cual ellos ejercen su profesión (Lawlor y Shaw, 2002). Este argumento recibió varias réplicas.²⁰ Por un lado, Scally apunta que eso depende de qué se considere un problema de salud pública. El problema, a su juicio, no es que se esté dando una respuesta al embarazo no planificado durante la adolescencia, sino el que se descuiden o desfinancien otras áreas de la salud mediante políticas de recorte y ajuste en nombre de la focalización hacia los adolescentes (Scally, 2002). Rich-Edwards argumenta que las respuestas al embarazo de adolescentes deberían ser brindar a los jóvenes posibilidades de construir un futuro diferente y que esto generará un retroceso en las tasas de embarazo durante la adolescencia (Rich-Edwards, 2002).

Si bien en conjunto, los artículos denotan un desplazamiento hacia una visión que señala que los problemas sanitarios están originados en la inequidad social más que en la edad de los jóvenes (Lawlor y Shaw, 2002; Scally, 2002; Rich-Edwards, 2002; Smith, 2002), el discurso “contra-hegemónico” no ha logrado generar una corriente de opinión en el público en general ni ganado demasiado espacio entre los profesionales de salud.

Tras cuatro décadas de investigación sobre el tema, Furstenberg (2003) afirma que durante todos esos años ha sido testigo del creciente desajuste

²⁰ Polémicas semejantes reaparecen periódicamente en algunas de las revistas internacionales en salud pública más prestigiosas (ver Lawlor *et al.*, 2001; Arai, 2001; Taylor *et al.*, 2001; Ahmad, 2004; Scally, 1999).

entre lo que los investigadores saben y lo que los planificadores, políticos y el público en general piensan acerca del embarazo en la población adolescente.

En tal sentido, Paiva *et al.* (2004) señalan que los factores socio-culturales que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad de los jóvenes frente a temas de salud sexual (como el VIH) son prácticamente inexistentes en el material educacional y la información provista por los programas de prevención, que giran básicamente en torno de perspectivas biomédicas, información acerca de las vías de transmisión, el uso de preservativos, etc. Los datos obtenidos en las investigaciones que destacan la importancia del contexto social que afecta a los jóvenes (incluyendo la pobreza, violencia estructural, normas de género, acceso inequitativo a la salud, etc.) raramente son presentados a los jóvenes desde estos programas. Esos datos se utilizan, en cambio, para justificar la elección de la población objetivo, crear programas y acciones formulados en términos de “empoderamiento” o “concientización”, “pero en la mayor parte de los contextos en que estos servicios se ofrecen a la comunidad, estos factores se dan por asumidos y simplemente se toman para la elaboración de técnicas predefinidas de intervención rápida orientadas a promover un cambio en los conocimientos, actitudes o conductas individuales, o a generar habilidades individuales” (Paiva *et al.*, 2004: 4).

Habiendo explicado la relación entre la construcción social de la adolescencia y la problematización del embarazo de jóvenes, volvamos ahora a la asociación entre embarazo temprano y efectos adversos analizando en detalle la literatura en la que dicen apoyar sus acciones los decisores políticos. Nos interesa examinar las premisas de las cuales parten y las interpretaciones que se infieren de sus resultados que, adelantémoslo ahora, están atravesadas por distintos sociocentrismos –de clase, étnicos y generacionales– que dificultan la comprensión y el abordaje adecuado de los fenómenos estudiados. ¿Qué entienden por adolescencia y por qué un embarazo durante este período es considerado ‘temprano’?

4. REPRESENTACIONES DOMINANTES SOBRE LA ADOLESCENCIA Y EL “EMBARAZO TEMPRANO”²¹

Decenas de revistas científicas nacionales e internacionales publican desde hace décadas estudios sobre el tema del embarazo en la adolescencia.²² La mayoría lo aborda desde un enfoque que adquiere características ‘hegemónicas’, enfatizando una serie de asociaciones en virtud de las cuales ha llegado

²¹ Los autores de habla inglesa a veces utilizan la expresión ‘*teenage pregnancy*’ y otras ‘*adolescent pregnancy*’. En español no tenemos equivalente a *teenager* por lo cual ambos términos suelen traducirse indistintamente como ‘*embarazo adolescente*’.

²² Existen gran cantidad de revistas internacionales especializadas en adolescencia y juventud. Caballero-Hoyos (2003) refiere doce con un factor de impacto alto, en tanto que nuestra propia búsqueda incorporó otras siete, entre ellas dos latinoamericanas.

a ser casi de sentido común afirmar que no es adecuado que los jóvenes tengan hijos antes de los veinte años. Por debajo de ese límite estamos frente a un ‘problema’ que moviliza a la opinión pública y, se dice, merece la intervención del Estado. El Estado ‘debe hacer algo’ para evitar el ‘embarazo adolescente’.

Existe un importante caudal de “estados del arte” que, con matices, arriban a conclusiones semejantes: (a) los adolescentes son por naturaleza inmaduros para ejercitar con responsabilidad su sexualidad –y de allí que no deberían iniciarse sexualmente sino hasta edades más tardías–, (b) hay una relación inversa entre edad y probabilidad de que incurran en conductas que pongan en riesgo su salud y su vida –no utilización de métodos anticonceptivos–, (c) los principales riesgos que derivan de las relaciones sexuales sin protección son los embarazos no planificados, las complicaciones de abortos practicados en condiciones de clandestinidad, y/o la infección por VIH/ITS, (d) llevar a término el embarazo acarrea consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar futuro de los niños/as ya que los jóvenes son incapaces de asumir adecuadamente su cuidado y crianza y garantizar su sustento, y (e) las consecuencias negativas también recaen sobre los jóvenes, en particular sobre las mujeres, quienes ven coartadas sus posibilidades de desarrollo personal –estudio, trabajo, etc., prerequisites para el ascenso social– y esto, y no otra cosa, es lo que las condena a permanecer o caer en la pobreza.²³ A modo de ejemplo, baste recordar que sólo una década atrás, un estudio sobre jóvenes madres negras publicado en *Adolescence*, sostenía:

“Las consecuencias sociales más salientes del embarazo adolescente son: deserción escolar o interrupción de los estudios, vulnerabilidad a, o participación en, actividades criminales, aborto, ostracismo social, descuido del niño o abandono, problemas de ajuste en sus niños, violación, abuso e incesto, adopción, pérdida de la seguridad social, pobreza, repitencia del embarazo antes de los veinte años, y efectos negativos en la vida doméstica”. [En relación con la vulnerabilidad a o la participación en actividades criminales] “La inmadurez de las jóvenes madres, su inexperiencia social y falta de habilidad para criar a niños tiene efectos deletéreos en sus hijos. Ella y su niño tienen mayor probabilidad de ser víctimas del crimen –incesto, violación y violencia familiar. Las jóvenes madres negras y sus hijos extra-matrimoniales son también vulnerables a participar en actividades criminales, tales como la prostitución, tráfico de drogas, y la venta ilegal de alcohol. Como consecuencia, en los Estados Unidos este grupo está desproporcionadamente sobre-representado en las estadísticas criminológicas” (Cunningham y Boulton, 1996).

²³ Dos de los voceros más conspicuos de esta perspectiva son la Academia Norteamericana de Pediatría y la Sociedad para la Salud del Adolescente a través de sus revistas *Pediatrics* y *Journal of Adolescent Health* respectivamente. Ver American Academy of Pediatrics (1999) y Society for Adolescent Medicine (1991).

Estas conclusiones, enunciados producidos en el marco de un paradigma dado y por ende abiertos a discusión, suelen pasar a formar parte de manera a-crítica de las premisas de investigaciones de segundo nivel que las toman ya sea como resultados definitivos universalmente válidos o, inclusive, como datos inmediatos de la realidad. La caracterización psicosocial del adolescente, el 'adolescente normal' (Aberastury y Knobel, 1993), a la que Males (1997) denomina irónicamente la hipótesis del "adolescente temporalmente sociópata", antecede y no dialoga con la realidad. La última "se cartografía" sobre la primera sin dejar espacio para la complejidad o la diversidad. Una persona de dieciséis años es, por naturaleza, inestable e inmadura independientemente de cualquier otra consideración y, si asume la maternidad, estará quemando etapas y comprando un pasaje a la pobreza. A partir de allí sólo resta sumergirse en un conjunto de variables de nivel cognitivo y comportamental que expliquen por qué los jóvenes incurren en estas prácticas inapropiadas para su grado de madurez y suministren la llave para fortalecer la capacidad de los jóvenes, de sus padres y de la comunidad, para evitar estos eventos.

La mayoría de los estudios recogen información sociodemográfica con el objetivo de identificar patrones diferenciales según sexo, edad, nivel socioeconómico, lugar de residencia, origen étnico o nacionalidad. Sin embargo, el análisis de los datos, en general, no logra articular estas variables con las condiciones estructurales y, por ende, reducen esos aspectos a indicadores 'predictivos' que brindan información para que los responsables de programas de salud reproductiva focalicen sus acciones. Esta falencia no se restringe a los estudios sobre los adolescentes sino que caracteriza a buena parte de los enfoques tradicionales en epidemiología (Laurell, 1986). Las articulaciones entre las dimensiones individuales y colectivas (incluyendo las determinaciones culturales, económicas, las relaciones de poder -étnicas, de clase, generacionales o de género-, etc.) que producen los procesos de vulnerabilización se diluyen o suelen quedar reducidas a una multitud de variables que inhiben o estimulan, "desde afuera", comportamientos que en última instancia son explicados desde un plano individual.

"El análisis retrospectivo de la producción académica de los últimos años sobre los jóvenes y la salud permite detectar una serie de situaciones 'paradojales'. Los estudios que abordan esta temática comienzan casi siempre por enfatizar la necesidad de contemplar los aspectos sociales, culturales y de género para el análisis de los jóvenes, de sus problemas y de la distribución diferencial de los padecimientos. Sin embargo, a la hora de los resultados y las conclusiones habría un acuerdo dominante en ubicar los orígenes de los problemas de salud en los comportamientos individuales, arriesgados y evitables de los jóvenes (Maddaleno y Suárez Ojeda, 1995; Bayés, 1995)" (citado en Weller, 2000).

A su vez, cuando aquellos trabajos que reconocen los condicionamientos socioculturales, políticos y económicos, son recuperados por planificadores, periodistas o prestadores de salud, suele producirse un proceso de interpretación en el cual ideas tales como 'empoderamiento' son traducidas como: proporcionar a los jóvenes conocimiento científico para que puedan tomar deci-

siones racionales, o, como apuntan Paiva *et al.* (2004), “en algo que ocurre dentro de los límites de la subjetividad del individuo, más que algo que se produce en relación con la solidaridad, la construcción colectiva y los derechos sociales” (Paiva *et al.*, 2004:5).²⁴

Llama la atención que una proporción considerable de artículos se reiteran unos a otros arribando a conclusiones semejantes. Casi todos están precedidos por un apartado que advierte sobre sus límites y sugiere la necesidad de realizar más indagaciones que avalen sus resultados. Parecería que el objetivo que se proponen –arribar a conclusiones definitivas sobre los adolescentes– es inalcanzable.²⁵ Vale preguntarse en qué medida su interés es realimentado continuamente con las imágenes sociales sobre el adolescente que ella misma, la ciencia, contribuyó a crear y que los medios de comunicación se encargan de amplificar, aun cuando la evidencia sociodemográfica y epidemiológica obtenida en estos últimos treinta años las contradigan.

El lector familiarizado con esta bibliografía coincidirá en dos impresiones: en primer lugar, un numeroso conjunto de estudios identifica una correlación entre dos variables, en tanto que otro grupo igualmente numeroso la niega, hecho por el cual resulta dificultoso, sino imposible, arribar a alguna conclusión. En segundo lugar, el lenguaje del ‘riesgo’ lo impregna todo al punto que se ha llegado a hablar de una ‘epidemia del riesgo en las revistas científicas’ (Skolbekken, 1995 y Forde, 1998). Los jóvenes son uno de los grupos más afectados por esta epidemia y generalmente son descriptos como seres esencialmente vulnerables –situación que no cambió mucho con la introducción del concepto de ‘resiliencia’²⁶– y susceptibles de ser afectados por un sinnúmero de factores de riesgo (Tursz, 1997), al punto que se los definió como ‘grupo de riesgo’. En consonancia, estimulados por la posición oficial de organismos multilaterales de salud o de financiamiento, en los años ‘80 muchos servicios de salud tomaron el llamado “enfoque de riesgo” como criterio básico en la atención de jóvenes (Adaszko, 2001 y 2002).

Varios autores han señalado que buena parte de los estudios en el campo de la salud de los jóvenes adolece en el fondo de deficiencias teóricas que sesgan sus conclusiones. Irvine (1994) apunta que gran parte de esta literatura tiene una concepción estática y a-histórica de la adolescencia, la cual es

24 Para un análisis en profundidad del hiato entre la investigación y la gestión con un ejemplo de programas de salud reproductiva puede consultarse Bronfman *et al.* (2000).

25 Otros factores que no deben ser despreciados a la hora de entender por qué se reiteran tanto los estudios son: la pobreza de las revisiones bibliográficas, la circulación restringida de los resultados de investigación, la exigencia de publicar, etc.

26 ‘La resiliencia está definida como la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad. La resiliencia puede transformar la vida de las personas. Es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, salir fortalecido e incluso transformado.’ (Roldán, 2001: 462) Para una discusión acerca de los alcances, límites y dificultades del concepto de *resiliencia* puede consultarse Olsson *et al.* (2003).

aprehendida como un fenómeno universal y transcultural, omitiendo que en realidad se trata de un estadio producido recientemente por fuerzas económicas y políticas. Males (1997) se refiere irónicamente a esta concepción como la hipótesis del “adolescente alien”, una entidad esencializada cuyas condiciones de salud y enfermedad se creen independientes de las de los adultos de su propia comunidad o estrato social. En segundo término, Irvine destaca que la visión hegemónica concibe la sexualidad como un conjunto de imperativos fisiológicos homogéneos perdiendo de vista su anclaje social y político. Por último, en general son deficientes en su análisis cultural (Irvine, 1994:7).

Stern y García (2001) señalan que la inmensa mayoría de los estudios se caracteriza por definir el embarazo en esta etapa de la vida como “problema” partiendo de las siguientes ideas: (a) el embarazo de adolescentes es un fenómeno que se está incrementando; (b) existe una asociación entre embarazo adolescente y rápido crecimiento de la población; (c) existe una relación entre la edad temprana y ciertos efectos adversos para la salud de la madre y del hijo; (d) el embarazo de adolescentes es un mecanismo que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza (Stern y García, 2001).

Sus conclusiones sobre el contexto mexicano son compatibles con aquellas a las que arriba Pantelides (2004) en base a un exhaustivo análisis de la información disponible para la Argentina: a) las tasas de fecundidad entre adolescentes no se han incrementado en las últimas décadas; b) los efectos adversos, en los casos en que se producen, son consecuencia de las condiciones sociales en que tiene lugar el embarazo y no del propio embarazo, y c) el embarazo temprano tampoco explica la reproducción de la situación de marginalidad sino que, más bien, ocurre lo inverso. A partir de esos hallazgos, la autora se pregunta: “si la fecundidad adolescente no estaba aumentando, si los riesgos de salud no eran consecuencia del estado de adolescencia y si las carencias educativas y económicas no eran un resultado de la maternidad temprana, ¿qué otros factores explican la preocupación?” (Pantelides, 2004).

Stern y García proporcionan algunas claves para el contexto mexicano que aplican también en parte al caso argentino: “los elementos principales que convergen para que este fenómeno haya surgido como un ‘problema social’ son: (a) el crecimiento absoluto y relativo de la población adolescente como una manifestación de la etapa de la transición demográfica por la que atraviesa el país, (b) la menor disminución de la fecundidad de las adolescentes comparada con la de las mujeres mayores, y su interpretación como un evento demográfico que aumenta el peso de la fecundidad adolescente en el crecimiento de la población; (c) la creciente medicalización²⁷ del embarazo y el mayor acceso de la población de los sectores populares a los servicios de

²⁷ Por *medicalización* se entienden los procesos por medio de los cuales áreas de la realidad social que previamente eran externos al campo de la medicina pasan a ser dominados por el saber y las prácticas médicas imponiendo éstas su lenguaje en la interpretación de los problemas cotidianos, independientemente de si tienen alguna base biológica (Conrad y Schneider, 1992). La medicalización implica que la sociedad en su conjunto adopta un modelo médico en la interpretación de los comportamien-

salud; (d) los cambios sociales y culturales que han llevado a extender el período de riesgo²⁸ de un embarazo premarital y han modificado el contexto normativo en el que ocurren los embarazos tempranos; y (e) el incremento en la proporción y en el número de jóvenes madres solteras como resultado de cambios sociales y culturales en la familia, así como de otros cambios derivados de la crisis económica” (Stern y García, 2001:345).

Como vimos, implícito en las premisas de los estudios que apoyan la visión dominante, se encuentra un marco valorativo que desde una normalidad hegemónica define la conducta de los jóvenes como proclive a la desviación de las normas dominantes (Stern y García, 2001). Cabe entonces preguntarse si son posibles otras aproximaciones al embarazo en la adolescencia, desde las cuales pueda aprehenderse la complejidad y diversidad de situaciones en las cuales los adolescentes se encuentran inmersos. Tal como señala Weller, “la posibilidad de generar herramientas de intervención dirigidas a fomentar la equidad deben partir de *cómo son las cosas y no de cómo deberían ser*” (Weller, 2000: 35).

5. APROXIMACIONES “ALTERNATIVAS”

Al decir de Irvine (1994), en la visión tradicional lo que es “demonizado” es el embarazo adolescente, no la pobreza o el racismo. Caracterizar el embarazo en la adolescencia como “problema” sin cuestionar las estructuras de desigualdad y los procesos de vulnerabilización que afectan a adolescentes y jóvenes es, entonces, doblemente “riesgoso”. Por una parte, este punto de vista no refleja adecuadamente la realidad de los diversos conjuntos sociales. Por otra, conlleva como efecto secundario la victimización o culpabilización de los grupos subalternos sin proponer una solución realista a los problemas de exclusión que estos grupos viven cotidianamente.

Este tipo de señalamiento destaca la necesidad de incorporar un enfoque político que permita vislumbrar las condiciones materiales de reproducción de los conjuntos sociales y la vulnerabilidad social que los afecta tanto a nivel grupal como individual, y atender “a la interacción sinérgica” entre factores sociales tales como la pobreza, las relaciones de género y la exclusión social, entre otros (Parker, 2001). En otras palabras, lo que la “nueva generación de estudios” sobre el embarazo adolescente y, en particular, aquellos que han considerado el impacto a largo plazo de la maternidad adolescente, traen a la discusión es que “diferir la paternidad, sin modificaciones sustanciales en la educación y las perspectivas de los pobres... es probablemente hacer poca diferencia en la perpetuación de la pobreza” (Furstenberg, 2003).

Dicho esto, algunos autores sostienen que proponer un enfoque “alterna-

tos, aunque también supone procesos de reelaboración, síntesis, resistencia y confrontación (Williams y Calnan, 1996).

28 Aquí ‘riesgo’ debe ser leído como ‘probabilidad’.

tivo” no significa meramente aceptar que para algunos grupos sociales el embarazo no es “tan negativo”, sino más bien dar espacio en la investigación para que puedan emerger los aspectos positivos de la maternidad durante esta etapa de la vida (Reis dos Santos y Schor, 2003). Otros autores, a su vez, destacan la necesidad de atender a la diversidad de experiencias que pueden darse también al interior de un mismo conjunto social. Nauar Pantoja (2003), quien analiza la situación de adolescentes brasileñas embarazadas escolarizadas, destaca la heterogeneidad de las vivencias. Para muchas jóvenes –afirma– la maternidad es un medio para reafirmar su deseo de salir adelante, continuar estudiando, o una marca de transición hacia otro estatus. Aquino *et al.* (2003), a su vez, apuntan que “en contextos fuertemente marcados por desigualdades de género y clase, la maternidad se presenta no sólo como ‘destino’ sino más bien como fuente de reconocimiento social [Le Van, 1998], para las jóvenes mujeres desprovistas de proyectos educativos y profesionales”. En una línea similar, Bucholtz (2002) sostiene:

“El embarazo durante la juventud temprana en muchos contextos no es meramente accidental, sino un acto potencialmente táctico de identidad. MicRobbie [2000] reporta que las madres adolescentes en la región económicamente desfavorecida de South Birmingham ven al embarazo como confirmación de la feminidad y como legitimación de la actividad sexual porque refuerzan una imagen de monogamia. El embarazo también puede ser una forma para las mujeres adolescentes aborígenes australianas de afirmar su autonomía y resistirse a los arreglos matrimoniales hechos por sus padres [Burbank 1987, 1988]. Sin embargo, al mismo tiempo que estas jóvenes mujeres ganan un cierto grado de libertad sexual, sabiendo que sus hijos van a ser valorados por la comunidad, también pueden ver limitado su rango de opciones, sea por las ideologías románticas, la violencia masculina, o el uso de sustancias que pueden dañar a sus fetos” [Burbank 1995]. (Bucholtz, 2002)

Con respecto a los varones, Cabral –entre otros investigadores– apunta que “el embarazo juega un papel importante en la construcción de la identidad masculina en la medida en que representa la exposición pública de su potencia y virilidad, es la asunción de la paternidad lo que ayuda a consolidar la imagen de hombre ‘maduro’, ‘responsable’ y ‘adulto’ [...] Así, el proceso de pasaje a la vida adulta en lo que concierne a la trayectoria escolar-profesional y familiar-residencial parecen tener contornos peculiares en este universo social. En cuanto a la primera, significa menos una interrupción de proyectos de escolarización en pro del ingreso en el mundo del trabajo, aunque sí una cuasi imposibilidad de retornar a la escuela y un mayor compromiso con la esfera laboral” (Cabral, 2002:23). Geronimus propone la idea de que en los contextos en los que se puede contar tempranamente con el soporte de las redes de parentesco, redes que se van desgastando con el transcurso de los años, el embarazo durante la adolescencia representa una estrategia para maximizar el bienestar de los niños (Geronimus, 1997 y 2004).

Estos trabajos develan que, aún en condiciones de fragilidad social, la

maternidad y la paternidad adquieren muchas veces un sentido positivo: reconocimiento, reafirmación de identidad, mayor autonomía, mejoramiento de acceso a recursos, etc. Estos sentidos quedan oscurecidos cuando nos acercamos al fenómeno desde los valores y modelos culturales que conciben a la sociedad como un agregado de individuos y opacan el carácter social de la conducta humana.

Ello no significa desconocer que las condiciones estructurales que impone la pobreza “implican ausencia de oportunidades” para niñas y adolescentes (y también para los varones) y que muchas veces las exponen a “experiencias vitales desvalorizantes que, enmarcadas en la doble subordinación de clase y de género” dificultan enormemente –al decir de Geldstein y Pantelides (2001)– la posibilidad de prevenir embarazos no planeados.

Por tal razón, este estudio colaborativo multi-céntrico ha procurado adoptar un punto de vista que parte del reconocimiento de que es posible la existencia de tensiones entre las perspectivas de diferentes actores acerca de la problemática que nos ocupa. Una, quizás la más obvia pero no la única, es la tensión entre las perspectivas de las y los jóvenes y las de los adultos (funcionarios, proveedores de servicios de salud, educadores, integrantes de ONGs, investigadores, políticos, madres y padres) en torno a la cuestión del embarazo y la maternidad/paternidad en la adolescencia.

Pero además, como veremos a lo largo de esta investigación, el propio concepto de adulto es engañoso pues erige una línea divisoria entre ellos, los adolescentes, y nosotros, los adultos, construyéndonos en el último caso como un grupo homogéneo y opacando las diversas posiciones y perspectivas que los adultos de diversos estratos sociales tenemos sobre el tema y que intentaremos reconocer en la investigación.

Como punto de vista que ha guiado nuestro trabajo, hemos encontrado útil y sugerente la perspectiva que propone pensar a la población adolescente como esencialmente heterogénea y con diversos grados de “vulnerabilidad”, no por alguna característica intrínseca, sino como resultado de las condiciones sociales en las que se constituyen como sujetos sociales. Originariamente, aplicado en el campo de los derechos humanos, el concepto de vulnerabilidad tenía por objetivo caracterizar sectores de la población que vivían en condiciones de gran fragilidad, ya fuera desde la perspectiva jurídica o política, teniendo como telón de fondo la ausencia de sus derechos de ciudadanía. Con el tiempo, el concepto pasó a ser empleado por aquellos que trabajaban en el campo de la salud, en particular por los investigadores preocupados por la expansión desigual de la epidemia del VIH-sida. Esta nueva comprensión sobre los sentidos de los problemas de salud permitió también el pasaje hacia un nuevo espectro de estudios, acciones y políticas.

El concepto de vulnerabilidad “puede ser resumido justamente como ese movimiento de considerar la posibilidad de exposición de las personas a la enfermedad como la resultante de un conjunto de aspectos no sólo individuales sino también colectivos, contextuales, que acarrear mayor susceptibilidad (...) y de modo inseparable, mayor o menos disponibilidad de recursos de todos los órdenes para protegerse” (Ayres *et al.*, 1998:101). Aunque en este

caso los autores se refieren a la vulnerabilidad frente al VIH-sida, lo mismo podría aplicarse al embarazo y la maternidad en la adolescencia.

En general, los análisis desde la perspectiva de la vulnerabilidad involucran tres grandes dimensiones: el *componente individual*, el *social* y el *programático*. El *componente individual* remite a la evaluación del grado o tipo de información a la que los individuos tienen acceso, a su capacidad de elaborar los y también a la posibilidad de transformarlos en prácticas efectivas. El *componente social* indica que la cualidad de la recepción y metabolización de la información, así como la posibilidad de transformar comportamientos, depende también de cómo y con qué inversión de recursos la sociedad se organiza y se estructura para “ofrecer condiciones para operar en el mundo” a un determinado grupo social. Entre estas condiciones se encuentran el nivel de escolaridad, los recursos personales y materiales, el poder político, el acceso a los medios de comunicación de masas, etc. Por último, el *componente programático o político-institucional* remite a los esfuerzos programáticos volcados al ofrecimiento de condiciones para que los individuos puedan ejercer sus derechos.

Enrolarnos en esta perspectiva supone abogar por que cualquier hipótesis diagnóstica, y el propio diseño de las intervenciones destinadas a dar respuesta a las problemáticas sociales, tomen en cuenta estos tres componentes, de modo de que las propuestas que se generen ofrezcan respuestas sociales efectivas y equitativas.

Como bien señalan Ayres *et al.*, creemos que la reducción de la vulnerabilidad requiere “una activa y genuina preocupación de las comunidades implicadas con los problemas en cuestión y la construcción solidaria y sustentada de formas realistas y efectivas para superarlos” (Ayres *et al.*, 1998: 108).

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

En este capítulo hemos intentado ofrecer una serie de herramientas para re-pensar la problemática del embarazo y la maternidad en la adolescencia con la intención de contribuir a “despejar nuestras miradas de prejuicios adultocéntricos” (Weller, 2000:34). Para ello hemos planteado la naturaleza histórica del concepto de adolescencia y contextualizado la emergencia del “problema” del embarazo y la maternidad en la adolescencia. Esperamos haber generado en los lectores una visión crítica respecto de ciertos discursos que no sólo teorizan sobre la adolescencia sino que legitiman prácticas concretas de intervención sobre sujetos que difícilmente se adecuen a ciertos estereotipos vigentes en nuestra sociedad. Nos interesaba despertar una actitud crítica respecto de un paradigma que naturaliza los procesos sociales que producen “los padecimientos” remitiéndolos a un plano individual, donde cada sujeto es responsable último por sus desventuras, encubriendo de esta forma la problemática de la desigualdad social.

Nuestro trabajo aboga por un enfoque relacional y político no esencializa-

dor de la adolescencia, de la pobreza o del género. La pregunta que quisiéramos ayudar a responder es: ¿por qué los jóvenes de una comunidad determinada se embarazan y tienen hijos?, dejando de lado la predicación implícita ‘cuando no deberían hacerlo’. A lo largo del trabajo descubriremos que las/ los adolescentes tienen hijos por las mismas “razones” que los adultos, y en particular que los adultos del sector social al que pertenecen: para realizar un deseo, cumplir con las expectativas sociales, o, “sellar una unión”, por tener dificultades para acceder a la información y los métodos anticonceptivos que permitirían evitar embarazos no planeados y/o porque la socialización de género ha exceptuado a los varones de su responsabilidad en esta materia, entre otros motivos.

Eso no significa desconocer que la sociedad y el estado tienen aún una deuda pendiente con los jóvenes y, en particular con aquellas y aquellos que viven en situación de pobreza, respecto del ejercicio efectivo de los derechos sociales: trabajo, educación, salud, vivienda, todos ellos condiciones necesarias para asegurar la salud sexual y reproductiva de las personas (Cook y Fathalla, 1996). En las páginas que siguen caracterizaremos esta “asignatura pendiente” en lo que a la prevención y atención de su salud reproductiva se refiere.

Esperamos que este trabajo sea una contribución a la construcción colectiva de acciones y políticas intersectoriales que permitan reducir la vulnerabilidad que todavía alcanza a una considerable proporción de niños, adolescentes y jóvenes en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. y Knobel, M.: *La adolescencia normal*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- Adaszko, A.: "El discurso médico y la construcción de la minoridad: el secreto profesional. Un estudio antropológico", en *Cuadernos de Antropología Social* 13, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, págs. 107-130, 2001.
- "Adolescentes en riesgo: construcción médica y proceso de atención", en *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano* 19, 2000-2002, págs. 27-48, 2002.
- Aggleton, P.: "Sexual practices, sexually transmitted diseases and AIDS amongst young people", trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad, México D.F., El Colegio de México, 1996.
- Ahmad, K.: "Pregnancy complications kill 70,000 teenagers a year", en *The Lancet*, vol. 363, N° 9421, p.1616, 2004.
- American Academy of Pediatrics: "Adolescent Pregnancy-Current Trends and Issues: 1998", en *Pediatrics*, vol. 103, N° 2, págs. 516-520, 1999.
- Aquino, E. et al.: "Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais", en *Cadernos de Saúde Pública*, 19, supl. 2, págs. 377-388, 2003.
- Arai, L.: "Early childbearing is sometimes rational", en *British Medical Journal*, vol. 323, p.1428, 2001.
- Ariès, F.: *Centuries of Childhood. A Social History of Family Life*, Nueva York, Vintage Books, 1962.
- Arnett, J.: "Adolescent Storm and Stress, Reconsidered", en *American Psychologist*, vol. 54, N° 5, págs. 317-326, 1999.
- Ayres, J. C. et al.: "Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/AIDS", en Vieira, E.M., Fernandes, M.E.L., Bailey, P. y MacKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na adolescência*, Río de Janeiro, Associação Saúde da Família, 1998.
- Bachrach, C. y Newcomer, S.: "Intended Pregnancies and Unintended Pregnancies: Distinct Categories or Opposite Ends of a Continuum?", en *Family Planning Perspective*, vol. 31, N° 5, págs. 251-252, 1999.
- Barrett, G. y Wellings, K.: "What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study", en *Social Science & Medicine*, vol. 55, N° 4, págs. 545-557, 2002.
- Benedict, R.: "Continuidades y discontinuidades en el condicionamiento cultural", en Kluckhohn et al. (comps.) *La personalidad en la naturaleza, la sociedad y la cultura*, Barcelona, Grijalbo, 1969.
- Bourdieu, P.: "La 'juventud' no es más que una palabra", en *Sociología y cultura*, México, D.F., Grijalbo, 1990.
- Bronfman et al.: *De la investigación en salud a la política. La difícil traducción*, México, D.F., Manuel Moderno, 2000.
- Brownlie, J.: "The 'Being-Risky' Child: Governing childhood and sexual risk", en *Sociology*, vol. 35, N° 2, págs. 519-537, 2001.

- Bucholtz, M.: "Youth and Cultural Practice", en *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, págs. 525-552, 2002.
- Caballero-Hoyos, R.: "Páginas de salud pública: revistas científicas especializadas en adolescencia y juventud", en *Salud Pública de México*, vol. 45, supl. 1, págs. 171-177, 2003.
- Cabral, C.: "Gravidez na Adolescência e Identidade Masculina, repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem", ponencia presentada en el III Encuentro de la Asociación Brasileña de Estudios Poblacionales, Ouro Preto, Brasil, 2002.
- Calazans, G.: "Cultura adolescente e saúde: perspectivas para a investigação", en Oliveira, M.C. (org.) *Cultura, adolescência, saúde*, Olivera, Campinas, CEDES-COLMEX-NEPO-UNICAMP, 2002.
- Chatterjee, P. et al.: "Adolescence and old age in twelve communities", en *Journal of Sociology & Social Welfare*, vol. 28, N° 4, págs. 121-159, 2001.
- Cherrington, J. y Breheny, M.: "Politicizing dominant discursive constructions about teenage pregnancy: re-locating the subject as social", en *Health*, vol. 9, N° 1, págs. 89-111, 2005.
- Conrad, P.: "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social", en Ingleby, D. (ed.) *Psiquiatría crítica: la política de la salud Mental*, Barcelona, Crítica-Grijalbo, 1982.
- Conrad, P. y Schneider, J.: *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Filadelfia, Temple University Press, 1992.
- Cook, R. y Fathalla, M.: "Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing", en *International Family Planning Perspectives*, vol. 22/23, 1996.
- Cote, J.: "Much ado about nothing: the 'fateful hoaxing' of Margaret Mead", en *Skeptical Inquirer*, vol. 22, N° 6, págs. 29-34, 1998.
- Cote, J.: "The Mead-Freeman Controversy in Review", en *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 29, N° 5, págs. 525-538, 2000.
- Cunningham, P. y Boulton, B.: "Black teenage pregnancy in South Africa: some considerations", en *Adolescence*, vol. 31, N° 123, págs. 691-700, 1996.
- Delaney, C.: "Rites of passage in adolescence", en *Adolescence*, vol. 30, N° 120, págs. 30-36, 1995.
- Dolto, F. y Dolto-Tolitch, C.: *Palabras para adolescentes. O el complejo de la langosta*, Buenos Aires, Atlántida, 1993.
- Dubas, J. S. et al.: "The study of adolescence during the 20th century", en *History of the Family*, vol. 8, N° 3, págs. 375-397, 2003.
- Fabrega, H. jr. y Miller, B.: "Adolescent Psychiatry as a Product of Contemporary Anglo-American Society", en *Social Science & Medicine*, vol. 40, N° 7, págs. 881-894, 1995.
- Feixas, C.: "Antropología de las edades", en Prat, J. y Martínez, A. (eds.), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Ed. Ariel, 1996.
- Finn, J.: "Text and Turbulence: Representing adolescence as pathology in the human services", en *Childhood*, vol. 8, N° 2, págs. 167-191, 2001.

- Forde, O. H.: "Is imposing risk awareness cultural imperialism?", en *Social Science & Medicine*, vol. 47, Nº 9, págs. 1155-1159, 1998.
- Foucault, M.: *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, México, D.F., Siglo XXI, 1995.
- *La vida de los hombres infames*, La Plata, Caronte Ensayos, 1996.
- Freeman, D.: "Freeman responds about Mead-Freeman controversy: on the ethics of skeptical inquiry", en *Skeptical Inquirer*, vol. 23, Nº 3, págs. 60-62, 1999.
- Freidson, E.: *La profesión médica*, Barcelona, Ediciones Península, 1978.
- Furstenberg, F.: "Teenage childbearing as a public issue and private concern", en *Annual Review of Sociology*, vol. 29, págs. 23-29, 2003.
- Galende, E.: "Modernidad, individuación y manicomios", en *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar, 1994.
- *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Geldstein, R. y Pantelides. E. A.: *Riesgo reproductivo en la adolescencia*, Buenos Aires, UNICEF Argentina, 2001.
- Gergen, K.: *El yo saturado*, México, D.F., Paidós, 1993.
- Geronimus, A.: "Teenage childbearing and personal responsibility: an alternative view", en *Political Science Quarterly*, vol. 112, Nº 3, págs. 405-431, 1997.
- "Damned if you do: culture, identity, privilege and teenage childbearing in the United States", en *Social Science & Medicine*, vol. 57, Nº 5, págs. 881-893, 2003.
- "Teenage childbearing as cultural prism", en *British Medical Bulletin* 69, págs. 155-166, 2004.
- Goffman, E.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.
- Gogna, M.: *El embarazo adolescente: diagnóstico de situación y lineamientos de acción*, Secretaría de Desarrollo Social, Subsecretaría de Proyectos Sociales, Buenos Aires, mimeo, 1996.
- (comp.) *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo*, Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, 2001.
- *Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002)*, Buenos Aires, CEDES-CLAM, 2005.
- Goldmann, L.: *La ilustración y la sociedad actual*, Caracas, Monte Ávila, 1968.
- Hall, T. y Montgomery, H.: "Home and away: 'Childhood', 'youth' and young people", en *Anthropology Today*, vol. 16, Nº 3, págs. 13-15, 2000.
- Heilborn, M. L.: "Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social", en Vieira, E. *et al.* (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*, Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família, 1998.
- Hirschfeld, L.: "Why Don't Anthropologists Like Children?", en *American Anthropologist*, vol. 104, Nº 2, págs. 611-627, 2002.
- Hoffman, S. D.: "Teenage Childbearing Is Not So Bad After All... Or Is It? A review of the New Literature", en *Family Planning Perspectives*, vol. 30, Nº 5, pág. 236, 1998.

- Irvine, J. M.: "Cultural difference and adolescent sexualities", en Irvine, J.M. (ed.) *Sexual Cultures and Construction of adolescent identities*, Filadelfia, Temple University Press, págs. 3-28, 1994.
- Kett, J.: "Reflections on the history of adolescence in America", en *History of the Family*, vol. 8, Nº 3, págs. 355-373, 2003.
- Koops, W. y Zuckerman, M.: "A historical developmental approach to adolescence", en *History of the Family*, vol. 8, Nº 3, págs. 345-354, 2003.
- Laurell, A. C.: "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina", en *Cuadernos Médico Sociales* 37, Rosario, CESS, 1986.
- Lawlor, D. et al.: "Teenage pregnancy is not a public health problem", en *British Medical Journal*, vol. 323, Nº 7326, pág. 1428, 2001.
- Lawlor, D. y Shaw, M.: "Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 552-554, 2002.
- Lewis, O.: *Antropología de la pobreza, Cinco Familias*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1964.
- Lupton, D. y Tulloch, J.: "The adolescent 'Unfinished Body'. Reflexivity and HIV/AIDS Risk", en *Body & Society*, vol. 4, Nº 2, págs. 19-34, 1998.
- Le Breton, D.: "The Anthropology of Adolescent Risk-taking Behaviors", en *Body & Society*, vol. 10, Nº 1, págs. 1-15, 2004.
- Males, M.: "Adolescents: daughters or alien sociopaths?", en *The Lancet*, vol. 349, Nº 1001, págs. 513-516, 1997.
- McLean Tylor, J.: "Adolescent development: Whose perspective?", en Irvine, J.M. (ed.) *Sexual Cultures and Construction of adolescent identities*, Filadelfia, Temple University Press, págs. 29-49, 1994.
- Mead, M.: *Adolescencia y cultura en Samoa*, Buenos Aires, Paidós, 1967.
— *Experiencias personales y científicas de una antropóloga*, Buenos Aires, Paidós, 1972.
- Menéndez, E.: *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, México, D.F., Alianza Editorial Mexicana, 1990.
- Muuss, R.: *Teorías de la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós, 1980.
- Nauar Pantoja, A. L.: "'Ser alguém na vida': uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil", en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, supl. 2, págs. 335-343, 2003.
- Olsson, C. et al.: "Adolescent resilience: a concept analysis", en *Journal of Adolescence*, vol. 26, Nº 1, págs. 1-11, 2003.
- Paiva, V. et al.: "Expanding the flexibility of Normative Patterns in Youth Sexuality and Prevention Programs", en *Sexuality Research & Social Policy*, vol. 1, Nº 1, págs. 1-15, 2004.
- Pantelides, E. A.: "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en CELADE-Université Paris X Nanterre, *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, págs. 167-182, 2004.
- Parker, R.: "Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research", en *Annual Review of Anthropology*, vol. 30, págs. 163-179, 2001.
- Parsons, T.: *El sistema social*, Madrid, Revista de Occidente, cap. X, 1966.

- Petersen, A. C.: "Adolescent Development", en *Annual Review of Psychology*, vol. 39, págs. 583-607, 1988.
- Reis, A. O. A.: "Análise metafórico-metonímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos '60", en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, supl. 1, págs. 115-123, 1998.
- Reis dos Santos, S. y Schor, N.: "Vivências da maternidade na adolescência precoce", en *Revista de Saúde Pública*, vol. 37, Nº 1, págs. 15-23, 2003.
- Rich-Edwards, J.: "Teen pregnancy is not a public health crisis in the United States. It is time we made it one", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 555-556, 2002.
- Roldán, C.: "Adicciones: un nuevo desafío", en B. S. Donas (comp.) *Adolescencia y juventud en América Latina*, Cartago, Costa Rica, LUR, 2001.
- Rousseau, J. J.: *Discurso sobre el origen de la desigualdad*, México, D.F., Porrúa, 1992.
- Santelli, J. et al.: "The measurement and meaning of unintended pregnancy", en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, Nº 2, págs. 94-102, 2003.
- Scally, G.: "Tackling teenage pregnancy in the UK", en *The Lancet*, vol. 353, Nº 9171, p. 2178, 1999.
- Too much too young? Teenage pregnancy is a public health, not a clinical problem", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 554-555, 2002.
- Seidel, G. y Vidal, L.: "The implication of 'medical', 'gender in development' and 'culturalist' discourses for HIV/SIDAS policy in Africa", en Shore, C. y Wright, S. (ed.) *Anthropology of Policy: Critical perspectives on governance and power*, Londres, Routledge, 1997.
- Shankman, P.: "Margaret Mead, Derek Freeman, and the issue of evolution", en *Skeptical Inquirer* 22, Nº 6, págs. 35-40, 1998.
- Silber, T.: "Adolescent Medicine: The Development of a New Discipline", en *The Health of Adolescents and Youths in The Americas*, Washington D.C., OPS, págs. 25-27, 1985.
- Skolbekken, J. A.: "The risk epidemic in medical journals", en *Social Science & Medicine*, vol. 40, Nº 3, págs. 291-305, 1995.
- Smith, S.: "Too much too young? In Nepal more a case of too little, too young", en *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, Nº 3, págs. 557-558, 2002.
- Society for Adolescent Medicine: "Reproductive Health Care for Adolescents. A Position Statement of the Society for Adolescent Medicine", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 12, Nº 8, págs. 649-661, 1991.
- Stern, C. y Medina G.: "Adolescencia y salud en México", en Oliveira, M.C. (org.) *Cultura, adolescência, saúde*, Campinas, CEDES-COLMEX-NEPO-UNICAMP, 2000.
- Stern, C. y García, E.: "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.

- Taylor, A. *et al.*: "Teenage Pregnancy is a Public Health Problem", en *British Medical Journal*, vol. 323, pág. 1428, 2001.
- Tubert, S.: "La estructura adolescente", en *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*, Madrid, Saltés, 1982.
- Tursz, A.: "Problems in conceptualizing adolescent risk behaviors: International comparisons", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 21, Nº 2, págs. 116-127, 1997.
- Vinovskis, M.: "Historical perspectives on adolescent pregnancy and education in the United States", en *History of the Family*, vol. 8, Nº 3, págs. 399-421, 2003.
- Weller, S.: "Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998", en Oliveira, M.C. (org.) *Cultura, adolescência, saúde*, Campinas, CEDES-COLMEX-NEPO-UNICAMP, 2000.
- Williams, S. y Calnan, M.: "The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity", en *Social Science & Medicine*, vol. 42, Nº 12, págs. 1609-1620, 1996.

CAPÍTULO 3

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LOS RIESGOS PERINATALES

Fabián Portnoy

Uno de los argumentos más comúnmente esgrimidos para caracterizar al embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública es el referido a los supuestos efectos deletéreos sobre la salud perinatal. A partir de una extensa revisión bibliográfica sobre estos tópicos, en este capítulo ofrecemos un diagnóstico actualizado de esta discusión. Es nuestro propósito que el mismo contribuya a dimensionar adecuadamente el peso de los diferentes factores (bio-psico-sociales) y a focalizar las acciones sectoriales e intersectoriales que deberían desarrollarse o intensificarse con miras a mejorar tanto la salud de las adolescentes madres como de los niños.

Desde la salud pública, la preocupación por el embarazo en la adolescencia está anclada en sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño y, en particular, en la mayor prematuridad y bajo peso al nacer, con el consiguiente impacto en la morbi-mortalidad perinatal (Fraser *et al.*, 1995; Ketterlinus *et al.*, 1990).

En relación con esta cuestión, cabe notar que los resultados de los estudios son controversiales y que en los últimos años distintas investigaciones han destacado que estos riesgos (obstétricos, neonatales e infantiles) serían más el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente que de su edad (Silber *et al.*, 1995; Stern, 1997). En otras palabras, este mayor riesgo podría atribuirse, sobre todo en el caso de las adolescentes de mayor edad, a la pobreza, la nutrición deficiente, el hábito de fumar, la mala salud antes del embarazo y un control prenatal insuficiente y/o inadecuado (Coll, 1997; Zuckerman *et al.*, 1983; Makinson, 1985; Pardo y Uriza, 1991).

Los investigadores también señalan que las intervenciones destinadas a mejorar la situación socio-económica de las adolescentes embarazadas han reducido la morbi-mortalidad perinatal (Olausson y Cnattingius, 1997) y que en aquellos lugares donde las adolescentes han accedido a un adecuado control prenatal también ha descendido la incidencia de parto pretérmino y del bajo peso al nacer (Scholl y Miller, 1987).

Así, existe experiencia acumulada que demuestra que con un apropiado soporte psico-social y con adecuados controles prenatales los resultados obstétricos en las madres adolescentes son comparables, o casi tan buenos, como los que se observan en mujeres mayores de 20 años (Olausson y Cnattingius, 1997; Gale y Seidman, 1989; Lao y Ho, 1997). Existe consenso en que con intervenciones médicas oportunas e integrales se reducen significativamente las complicaciones obstétricas y perinatales (Voto *et al.*, 1994).

Es sólo a edades muy tempranas (menores a 2 años post-menarca, o sea alrededor de los 13-14 años) cuando un embarazo se constituye en un evidente riesgo en términos biológicos en relación a resultados adversos, expresados en una mayor morbi-mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer (Fernández-Paredes, 1996; Eure *et al.*, 2002).

Este dato resulta útil pues indica dónde deberían centrarse los esfuerzos desde el punto de vista de la salud pública. A ello es posible agregar otra consideración que no es habitualmente mencionada en los estudios de tipo biomédico. Dado que es altamente probable que muchos de los embarazos precoces sean el resultado de abuso sexual, también la salud mental –y no sólo la física– está comprometida en el caso de las “niñas-madres”.

1. RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

A continuación profundizaremos los hallazgos de la revisión bibliográfica centrando el análisis en los factores asociados al riesgo perinatal en población adolescente: el parto pretérmino y el bajo peso al nacer.

La mayoría de los estudios revisados no permiten sacar conclusiones categóricas acerca de los riesgos evaluados. Muchos de ellos se basan en poblaciones pequeñas y/o con características o sesgos tales que hacen que los resultados difícilmente puedan ser extrapolados a nuestra realidad. Sin embargo, tomados en su conjunto, muestran tendencias y asociaciones relevantes.

1.1 Parto pre-término

Cabe tener presente que se designa con este nombre al parto que ocurre antes de la semana 38 de edad gestacional. Diversos estudios muestran que la incidencia de parto pretérmino es mayor en las adolescentes comparada con la población general, y los mecanismos asociados a este hecho no son totalmente conocidos (Fraser *et al.*, 1995; Eure *et al.*, 2002; Lang *et al.*, 1996; Perry y Mannino, 1996; Scholl y Hediger, 1994; American Academy of Pediatrics, 1999).

El estudio de Jolly M. C. *et al.* (2000), encontró una asociación significativa entre embarazos en mujeres menores de 18 años y el riesgo de parto pretérmino [RR = 1,41; (IC 95% 1,02 1,90)]. Lo mismo ocurre en el meta-análisis de Scholl T. *et al.* (1989) en el cual también fue evidente dicha asociación [RR= 1, 46; (IC 95% 1,20 1,90)].

La incidencia de parto pretérmino guarda una correlación inversa con la edad de la madre (en particular en los grupos de 13 a 15 años) y el nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbimortalidad neonatal y postneonatal (Olausson y Haglund, 1999; Draper *et al.*, 1999).

En nuestro país, un estudio realizado en la provincia de Buenos Aires (Bolzán *et al.*, 1998), revela que el parto prematuro tiene una prevalencia levemente superior en las adolescentes menores de 19 años comparadas con mujeres mayores de 20 años, pero sin significación estadística.¹

Por lo tanto, pareciera que el riesgo de parto pretérmino en madres adolescentes es independiente de otros factores sociodemográficos. La edad materna sería el mayor determinante de ese riesgo, el que se incrementa a medida que la edad disminuye (Fraser *et al.*, 1995; Olausson y Haglund, 1999; Cooper *et al.*, 1995).

La etiología del incremento del riesgo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas está discutida. Una causa posible sería la baja edad ginecológica que se define como la edad cronológica menos la edad de la menarca.

Una investigación sobre 1700 primíparas menores de 18 años, luego de estratificarlas por edad cronológica y controlar diferentes variables confundidoras, muestra que una edad ginecológica menor a 2 años está asociada con al menos el doble de riesgo de parto pretérmino y que esto estaría influenciado por la inmadurez de los órganos reproductivos de estas jóvenes adolescentes (Scholl *et al.*, 1989).

A su vez, la inmadurez uterina y del cuello de útero predispondría a las adolescentes a infecciones clínicas o subclínicas tales como vaginosis bacterianas o infecciones urinarias, con el consiguiente aumento de la secreción de prostaglandinas. Este mecanismo estaría implicado en la existencia de una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en las pacientes adolescentes (Oyarzún, 1996) y en el incremento de la incidencia de parto pretérmino en esta población (Fraser *et al.*, 1995; Jolly *et al.*, 2000).

Existe también un conjunto de investigaciones que ponen el foco en los parámetros clínicos que representan dicha inmadurez. Siendo que la adolescencia es un período de acelerado crecimiento y desarrollo, la talla alcanzada al momento del embarazo aparece como un indicador de maduración biológica (relacionado, a su vez, con las dimensiones de la pelvis ósea de las adolescentes) y algunos estudios la muestran como el mayor determinante de la duración del embarazo (Lao y Ho, 2000; Mongelli y Opatola, 1995). De acuerdo a estos estudios, a menor talla, mayor es el riesgo de parto pretérmino. Cabe destacar aquí que factores tales como la edad, las deficiencias nutricionales y/o las anemias carenciales, entre otros, guardan una estrecha relación con la talla alcanzada.

Finalmente, algunos estudios muestran que aquellas mujeres que tuvieron un parto pretérmino siendo adolescentes, duplican el riesgo (en relación

¹ Ver distribución de nacimientos por tiempo de gestación según edad de la madre para el total del país en base a datos oficiales del Ministerio de Salud en el Capítulo 4 de este mismo volumen.

a mujeres mayores de 20 años en la misma condición) de volver a tener un nuevo parto pretérmino si se vuelven a embarazar siendo aún adolescentes (Blankson *et al.*, 1993). Este dato alerta acerca de posibles riesgos biomédicos asociados a la repetición del embarazo en la adolescencia.

1.2 Bajo peso al nacer

Existe consenso en clasificar a un recién nacido como de bajo peso al nacer o pequeño para su edad gestacional si su peso al nacer está por debajo del percentilo 10 correspondiente a su edad de gestación.

Entre los diferentes factores que predisponen a la afectación del tamaño fetal se encuentran algunos asociados a los embarazos en adolescentes: madre de talla baja, escaso aumento de peso materno, parto pretérmino, anemia materna, uso de sustancias tales como tabaco y/o alcohol, antecedentes de nacimientos con bajo peso anteriores, etc.

El bajo peso al nacer (BPN) ha sido reconocido como el riesgo más estrechamente ligado a la supervivencia infantil, en particular contribuyendo como factor principal a la tasa de mortalidad neonatal (Coll, 1997).

Los resultados de diferentes estudios que relacionan el embarazo en adolescentes y el bajo peso al nacer son, al menos, contradictorios.

Numerosos trabajos han mostrado mayor incidencia de bajo peso al nacer entre los hijos de madres adolescentes comparados con los de mujeres mayores (Fraser *et al.*, 1995; Makinson, 1985; Eure *et al.*, 2002; Nayak *et al.*, 1992; Creatsas *et al.*, 1991; Lao y Ho, 1998).

Un estudio realizado en Estados Unidos con el objetivo de determinar si la edad confiere un riesgo intrínseco de resultados adversos en el embarazo ² mostró que entre las madres blancas, casadas, con nivel de educación adecuado para la edad y que recibieron adecuado cuidado prenatal, aquellas pertenecientes al subgrupo de 13 a 17 años presentaron un riesgo relativo significativamente mayor que las de 20 años y más [RR=1,7; (IC 95% 1,5-2,0)] de tener un hijo con bajo peso al nacer (Fraser, 1995).

Lee *et al.* estudiaron, también en EEUU, los resultados de más de 180.000 certificados de nacimientos correspondientes a partos de 40 semanas de gestación comparando madres menores de 15 años con madres de 24 a 35 años y encontraron que la proporción de nacidos con bajo peso para las adolescentes era el doble que para las adultas. También estudiaron otros factores tales como nivel educativo, paridad, controles prenatales y encontraron una relación significativa e independiente entre estos factores y el bajo peso al nacer (Lee *et al.*, 1988).

En estudios clínicos realizados en países en desarrollo, la incidencia de bajo peso al nacer (definido como peso menor a 2500 gramos) y/o muy bajo peso al nacer (definido como peso menor a 1500 gramos) en hijos de madres adolescentes está incrementada en relación a la incidencia en hijos de muje-

² Se realizó un análisis estratificado de 134.084 primigestas de entre 13 a 24 años.

res mayores (Miller *et al.*, 1996), en particular cuando se asocia a baja edad gestacional. Existe una relación directa entre parto pretérmino y bajo peso para la edad gestacional. El parto pretérmino es determinante en el bajo peso al nacer y el retardo del crecimiento fetal está asociado al bajo peso para la edad gestacional. Asimismo, las carencias alimentarias y la desnutrición maternas se asocian al bajo peso para la edad gestacional siendo conocido el hecho de que el estado nutricional materno tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el peso del recién nacido (Fescina, 1997).

Si bien algunos estudios (Eure *et al.*, 2002) arriban a similares resultados indicando que es significativo el aumento de riesgo de bajo peso al nacer entre las madres más jóvenes [RR = 1,4; (IC 95% 1,3 1,6)], otros trabajos no llegan a las mismas conclusiones. En este sentido Jolly *et al.* (2000) en Inglaterra y Gales no han encontrado asociación significativa entre embarazo en adolescentes menores de 18 años y bajo peso al nacer [RR = 0,95; (IC 95% 0,82 1,09)] (Konje *et al.*, 1992).

Así, estudios que utilizaron análisis por regresión logística muestran que la edad materna no es un factor de riesgo independiente para bajo peso para edad gestacional, y que el bajo peso al nacer está primariamente asociado con el parto pretérmino. En esos estudios los factores de riesgo para bajo peso al nacer incluyen la baja edad materna asociada a inadecuados controles prenatales y bajo nivel educativo (Cooper *et al.*, 1995).

Otros estudios, que controlaron las variables sociales y los problemas de salud demostraron que la edad temprana por sí sola no es suficiente para predecir el riesgo de bajo peso al nacer o de prematuridad (Zuckerman *et al.*, 1983).

Otro de los factores que se han asociado con el bajo peso al nacer en los hijos de madres adolescentes son el peso materno previo al embarazo y el aumento de peso durante el mismo. Las jóvenes adolescentes continúan su crecimiento durante el embarazo y a las necesidades bioenergéticas habituales se suman las propias de la gestación. La relación entre masa previa e incremento durante el embarazo ha sido ampliamente documentada (Griffiths *et al.*, 1995).

Un estudio realizado en la provincia de Buenos Aires no mostró diferencias significativas en el peso al nacer, a pesar de las diferencias en el peso y altura de la madre en la muestra estudiada. Se observó menor peso inicial y mayor aumento de peso total durante la gestación en las adolescentes de menor edad (Bolzán y Guimarey, 2001).³

La paridad, en cambio, operó como factor significativo en las diferencias de crecimiento fetal, en consonancia con lo reportado por otros estudios (Onguyemi *et al.*, 1998). Este efecto de la paridad sobre el crecimiento neonatal se considera, junto a la edad materna, como uno de los principales factores de confusión en la mayoría de los estudios sobre retardo del crecimiento in-

³ Ver distribución de nacimientos según intervalo de peso al nacer por edad de la madre para el total del país en base a datos oficiales del Ministerio de Salud en el Capítulo 4 de este mismo volumen.

trauterino (RCIU) (Bolzán y Guimarey, 2001; Fujimori *et al.*, 1997; Kramer, 1987).

Pese a considerar a las adolescentes como grupo de riesgo de bajo peso al nacer y de retardo del crecimiento intrauterino (Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, 1996), estudios controlados realizados en nuestro país sugieren que no hay diferencias de mayor riesgo obstétrico y neonatal que en las mujeres adultas. En el estudio de Bolzán y Guimarey (2001) realizado en la provincia de Buenos Aires, la distribución del retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) entre las adolescentes estudiadas no mostró diferencias según la edad y sí, en cambio, frente al factor de bajo incremento de peso materno. Los autores concluyen que no parece haber evidencias decisivas en cuanto a mayor riesgo de RCIU en la adolescente gestante pero sí en lo que se refiere a su estado nutricional.

1.3 Otros riesgos

Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas.

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en las adolescentes embarazadas. Ejemplo de ello es la hipertensión inducida por el embarazo o pre-eclampsia, que es más frecuente en embarazos precoces, en mujeres de bajo nivel socio-económico y en el primer embarazo (Castro Santoro *et al.*, 1989).

Diversos estudios reportan un aumento significativo en la frecuencia de anemia e infección del tracto urinario en las adolescentes gestantes con respecto a los grupos controles (Jolly *et al.*, 2000; Martínez *et al.*, 1985; Lynch, 2000).

Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso (Bondevik, 2001).

En lo que respecta al parto, está descrito que cuanto más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en este evento. Esto se debe, principalmente, a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyéndose como un importante riesgo de ocurrencia de partos prolongados y/o finalización quirúrgica (Martínez *et al.*, 1985).

Sin embargo, los datos de diversos estudios indican que la incidencia de cesáreas es menor en la población adolescente con respecto de las mujeres adultas (Jolly *et al.*, 2000; Torres *et al.*, 1999; Avanza *et al.*, 2004).

A modo de síntesis, cabe recalcar la importancia de impulsar estudios en el grupo de mayor riesgo para resultados perinatales adversos: las menores de 16 años. Por otra parte, resulta evidente que la mejora en la atención del embarazo y en la captación temprana redundará en mejores resultados obstétricos y perinatales. Asimismo, la mejora en las condiciones de vida de las jóvenes y, en particular, de la nutrición de las adolescentes también es una prioridad en términos de las políticas públicas y de salud.

Referencias bibliográficas

- American Academy of Pediatrics: "Adolescent Pregnancy-Current trends and issues: 1998", en *Pediatrics*, vol. 103, N° 2, págs. 516-520, 1999.
- Avanza, M. *et al.*: "Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario", en *Revista Médica del Nordeste*, N° 5, págs. 512-515, 2004.
- Blankson, M. L. *et al.*: "Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescents", en *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, N° 11, págs. 184-187, 1993.
- Bolzán, A. *et al.*: "La embarazada adolescente como grupo de riesgo obstétrico de dos distritos de la provincia de Buenos Aires, Argentina", en *Obstetricia y Ginecología Latinoamericana*, vol. 56, N° 2, págs. 80-86, 1998.
- Bolzán, A. y Guimarey, L.: "Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos", en *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 99, N° 4, págs. 296-301, 2001.
- Bondevik, G. T. *et al.*: "Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in Nepal", en *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 80, N° 5, págs. 402-408, 2001.
- Castro Santoro, R. *et al.*: "Pre-eclampsia pura en adolescentes embarazadas", en *Perinatología y Reproducción*, vol. 2, N° 2, págs. 3-8, 1989.
- Coll, A.: "Embarazo en la adolescencia", en *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, N° 4, págs. 23-55, 1997.
- Cooper, L. G. *et al.*: "Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents", en *Social Biology*, vol. 42, N° 1-2, págs. 22-35, 1995.
- Costa, M. C. *et al.*: "Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa", en *Adolescencia Latinoamericana*, vol. 1, N° 4, págs. 242-251, 1999.
- Creatas, G. *et al.*: "Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 12, N° 2, págs. 77-81, 1991.
- Draper, E. S. *et al.*: "Prediction of survival for preterm births by weight and gestational age: retrospective population based study", en *British Medical Journal*, vol. 319, N° 7217, págs. 1093-1097, 1999.
- Eure, C. R. *et al.*: "Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital", en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, N° 5, págs. 918-920, 2002.
- Fernández-Paredes, F. *et al.*: "Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz", en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 53, N° 2, págs. 84-88, 1996.
- Fescina, R.: "Nutrición materna y resultados perinatales", en *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, N° 4, págs. 77-98, 1997.
- Fraser, A. M. *et al.*: "Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes", en *New England Journal of Medicine*, vol. 332, N° 17, págs. 1113-1117, 1995.
- Fujimori, E. *et al.*: "Estado nutricional de gestantes adolescentes en San Pa-

- blo, Brasil”, en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 47, Nº 4, págs. 306-310, 1997.
- Gale, R. y Seidman, D. S.: “Is teenage pregnancy a neonatal risk factor?”, en *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 10, Nº 5, págs. 404-408, 1989.
- Geldstein, R. N. y Pantelides, E. A.: “Riesgo reproductivo en la adolescencia”, en *Cuadernos de UNICEF*, Buenos Aires, 2001.
- Griffiths, E. et al.: “Relación entre el estado nutricional de embarazadas adolescentes y el desarrollo prenatal”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 118, Nº 6, págs. 488-498, 1995.
- Jolly, M. C. et al.: “Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old”, en *Obstetrics and Gynecology*, vol. 96, Nº 6, págs. 962-966, 2000.
- Ketterlinus, R. D. et al.: “Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behaviour: influences on neonatal risk status”, en *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 11, Nº 5, págs. 423-431, 1990.
- Konje, J. C. et al.: “Early teenage pregnancies in Hull”, en *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99, Nº 12, págs. 969-973, 1992.
- Kramer, M.: “Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis”, en *Bulletin of the WHO*, Nº 65, págs. 663-667, 1987.
- Lang, J. M. et al.: “Comparison of risk factors for preterm labor and term small-for-gestational-age birth”, en *Epidemiology*, vol. 7, Nº 4, págs. 360-376, 1996.
- Lao, T. T. y Ho, L.F.: “The obstetric implications of teenage pregnancy”, en *Human Reproduction*, vol. 12, Nº 10, págs. 2303-2305, 1997.
- “Obstetric outcome of teenage pregnancies”, en *Human Reproduction*, vol. 13, Nº 11, págs. 3228-3232, 1998.
- “Relationship between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancies”, en *Human Reproduction*, vol. 15, Nº 2, págs. 463-468, 2000.
- Lee, K. S. et al.: “Maternal age and incidence of low birth weight at term: a population study”, en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 158, Nº 1, págs. 84-89, 1988.
- Lynch, S. R.: “The potencial impact of iron supplementation during adolescence on iron status in pregnancy”, en *Journal of Nutrition*, vol. 130, Nº 2 (supl.), págs. 448-451, 2000.
- Makinson, C.: “The health consequences of teenage fertility”, en *Family Planning Perspectives*, vol. 17, Nº 3, págs. 132-139, 1985.
- Martínez, E. et al.: “Experiencia de una unidad de gestantes precoces”, en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 50, Nº 2, págs. 127-139, 1985.
- Miller, H. S. et al.: “Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association”, en *Obstetrics and Gynecology*, vol. 87, Nº 3, págs. 83-88, 1996.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina: *Propuesta normativa perinatal, Atención de patologías perinatales prevalentes*, tomo 2, 1996.
- Ministerio de Salud de la Nación-OPS: *Indicadores básicos. Argentina*, 2003.
- Mongelli, M. y Opatola, B.: “Duration and variability of normal pregnancy.

- Implications for clinical practice”, en *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 40, Nº 9, págs. 645-648, 1995.
- Nayak, H. A. *et al.*: “Obstetric outcome in teenage pregnancy”, en *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, vol. 42, págs. 442-446, 1992.
- Olausson, P. O. y Cnattingius, S.: “Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden”, en *Obstetrics and Gynecology*, vol. 89, Nº 3, págs. 451-457, 1997.
- Olausson, P. O. y Haglund, B.: “Teenage pregnancies and risk of late death and infant mortality”, en *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 106, Nº 2, págs. 116-121, 1999.
- Onguyemi, M. *et al.*: “Pregnancy body mass index, weight gain during pregnancy and fetal outcome in a rural black population”, en *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 7, Nº 4, págs. 190-193, 1998.
- Oyarzún, E.: *Rotura prematura de membranas. Alto riesgo obstétrico*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile, 1996, 2da. edición.
- Pardo, F. y Uriza, G.: “Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas”, en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 42, Nº 2, págs. 109-121, 1991.
- Perry, R. L. y Mannino, B.: “Pregnancy in early adolescence: are there obstetric risks?”, en *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 5, págs. 333-339, 1996.
- Scholl, T. O. y Miller, L. K.: “Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight”, en *Obstetrics and Gynecology*, vol. 69, Nº 3 Pt.1, págs. 312-316, 1987.
- Scholl, T. O. *et al.*: “Association between low gynaecological age and preterm birth”, en *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 3, Nº 4, págs. 357-366, 1989.
- Scholl, T. O. y Hediger, M. L.: “Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis”, en *Journal of Adolescent Health*, vol. 15, Nº 6, págs. 444-445, 1994.
- Silber *et al.*: “La salud del adolescente y del joven”, en Publicación Científica OPS Nº 552, 1995.
- Smith, G. y Pell, J. P.: “Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study”, en *British Medical Journal*, vol. 323, Nº 7311, págs. 323-476, 2001.
- Stern, C.: “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, en *Salud Pública de México*, vol. 39, Nº 2, págs. 137-143, 1997.
- Torres Ramírez, A. *et al.*: “Obstetric decisions concerning adolescents vs. adults”, en *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 67, Nº 8, págs. 377-384, 1999.
- Voto, L. *et al.*: “El embarazo en la adolescencia. Inconvenientes en el parto. Prevención y tratamiento”, en *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, vol. 1, Nº 2, págs. 50-57, 1994.

Zuckerman, B. *et al.*: "Neonatal outcome: is adolescent pregnant a risk factor?", en *Pediatrics*, vol. 71, Nº 4, págs. 489-493, 1983.

CAPÍTULO 4

LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE HOY: DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO ¹

Georgina Binstock
Edith Alejandra Pantelides

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es proveer el contexto para una comprensión cabal de los resultados que se analizan en capítulos posteriores. Para ello realizamos un diagnóstico de la fecundidad adolescente en la Argentina y sus jurisdicciones a partir de los censos y las estadísticas vitales. Este tipo de aproximación al tema tiene antecedentes en el trabajo de Giusti y Pantelides (1991). Antes y después, muchos autores exploraron conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes y reflejaron sus hallazgos en publicaciones que pueden ayudar a entender la realidad que aquí mostramos.²

Siguiendo la práctica internacional, en este trabajo se define como fecundidad adolescente a aquella que ocurre antes de la edad 20. El límite inferior de edad es menos claro. Las estadísticas internacionales registran solamente la fecundidad del grupo de edad 15-19, pero en muchos países la maternidad

1 Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud y al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos por proveernos de tabulados especiales para la elaboración de este trabajo. En particular, a Carlos Guevel, Cecilia Rodríguez Gauna, y Gladys Massé. También agradecemos la valiosa asistencia de Sonia Michazsula y Carolina Peterlini en la elaboración de los tabulados de este informe y a Juan Martín Bustos por su colaboración en la preparación de este documento.

2 Para citar sólo algunos: Añaños, 1993; Bisig, 2000; Calandra *et al.*, 1996; Climent, 2000; Díaz Muñoz *et al.*, 1996; Geldstein y Delpino, 1998; Geldstein y Pantelides, 2003; Geldstein *et al.*, 2000; Infesta Domínguez, 1993 y 1998; Méndez Ribas *et al.*, 1998; Necchi *et al.*, 2000; Pantelides, 1995; Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides y Geldstein, 1998; Pantelides *et al.*, 1995; Schufer *et al.*, 1996.

anterior a los 15 años no es infrecuente, ya sea por tratarse de culturas que consideran positivamente la maternidad temprana, por la supervivencia de la costumbre de matrimonios arreglados en la niñez o por relaciones sexuales no protegidas en culturas que sin embargo no evalúan positivamente a la fecundidad temprana. En este capítulo trataremos, cuando sea posible, de tomar en cuenta lo que sucede por debajo de los 15 años.

Para comprender el fenómeno de la fecundidad adolescente en la Argentina es útil, como primer paso, ubicarla en el contexto mundial. Ello nos permitirá poner en perspectiva la experiencia local, al compararla con la de otros países, algunos próximos y otros lejanos en cuanto a organización social y cultura. Haremos este ejercicio para una fecha cercana al presente y considerando solamente la fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años, ya que es para estas edades que se pueden obtener mediciones comparables para todos los países.

La tasa de fecundidad adolescente ³ promedio en el mundo se estima en 49.7 por mil para el período 2000-05, pero esta tasa está lejos de reflejar la diversidad de experiencias existentes. Los países con los niveles más altos, mayores a 200 por mil (Liberia, Níger, Sierra Leone, Somalia y Uganda), se ubican en África donde la tasa de fecundidad adolescente promedio supera los 100 por mil. En Asia ese promedio se estima en 35 por mil, un valor mucho menor que el de África, semejante al de Oceanía (32.3 por mil) y bastante superior al de Europa (20.3 por mil). El promedio asiático esconde la existencia de países con tasas superiores a 100 por mil (Afganistán, Bangladesh, Nepal, Yemen) y países con los niveles más bajos de fecundidad adolescente del mundo (Japón, China, las dos Coreas, Singapur), similares a los de algunos países europeos como Holanda, Suiza, Italia, España y Suecia, entre otros, todos con tasas entre el 3 y el 6 por mil.

Con un nivel muy similar al promedio mundial se ubica Estados Unidos (53.2 por mil) y por arriba de dicho promedio se encuentra el de América Latina y el Caribe (72.4 por mil), región en la cual conviven países con tasas superiores a 100 (Guatemala, Honduras y Nicaragua) con otros con fecundidad adolescente relativamente baja (Guadalupe, Martinica) y varios en un rango intermedio. La Argentina con un nivel estimado de fecundidad adolescente de 60.6 por mil está por debajo de sus vecinos Bolivia, Brasil, Paraguay y Uruguay, y por encima de Chile.

2. TENDENCIA DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN LA ARGENTINA

La forma más precisa de estudiar la tendencia de la fecundidad adolescente es por medio de las tasas de fecundidad correspondientes a ese grupo de edad. Trataremos, cuando sea posible, de analizar la tendencia teniendo en

³ Número de nacidos vivos de madres con edades entre 15 y 19 años en relación a la población de mujeres de 15 a 19 años, multiplicado por 1000.

cuenta sub-grupos de edad, ya que dentro de ese período que llamamos adolescencia es distinto ser madre antes de los 14 años o a los 19, para tomar ejemplos extremos. Más aún, parte de la fecundidad que ocurre dentro de la adolescencia lo es en el contexto de parejas estables que a menudo han buscado el embarazo. Éste no es el caso de los nacimientos de madres de muy corta edad (menores de 14 años), entre las cuales el embarazo es, con frecuencia, resultado de relaciones sexuales no queridas, a menudo con hombres mayores (Geldstein y Pantelides, 2003). Llamaremos “fecundidad adolescente precoz” a la que ocurre antes de los 15 años y “tardía” a la que sucede a partir de esa edad.⁴ En otras secciones también distinguiremos grupos de edad dentro de la fecundidad adolescente tardía.

2.1 Tendencias a nivel del total del país

Como puede observarse en el cuadro 2.1, la fecundidad adolescente llegó a un máximo alrededor de 1980⁵ para luego descender, pero sin llegar en el 2001 todavía a los niveles de 1960. La tendencia es la misma ya se trate de la fecundidad precoz o de la tardía. Pero mientras el punto máximo de fecundidad tardía es un 34 por ciento más alto que el punto mínimo, el punto máximo de la fecundidad precoz es un 130 por ciento más alto que el punto mínimo. En otras palabras, aunque sus niveles son muy bajos, la fecundidad adolescente precoz aumentó más que la tardía. Pero puede observarse que, en términos relativos, la disminución a partir de 1980 es casi igual en ambos grupos de edad (alrededor del 21 por ciento).

CUADRO 2.1 TASAS DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE PRECOZ (10-14 AÑOS) Y TARDÍA (15-19 AÑOS). TOTAL DEL PAÍS. AÑOS CENSALES ENTRE 1960 Y 2001

Año	Tasa de fecundidad (por mil)	
	10-14	15-19
1960	1.0	58.4
1970	1.9	65.5
1980	2.3	78.3
1991	1.9	69.9
2001	1.8	62.2

Fuente: Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 2.1)

⁴ La fecundidad adolescente tardía se calcula como el cociente entre los nacimientos de madres de 15-19 años sobre las mujeres de 15-19 años. Para la fecundidad adolescente precoz hemos adoptado como denominador la población femenina de 10-14 años. Esta es una decisión arbitraria, ya que no existe una norma establecida. En ambos casos, los nacimientos se concentran en las edades superiores del intervalo.

⁵ Como sólo consideramos los años censales no podemos señalar con exactitud el año en que se producen determinados fenómenos.

2.2 Tendencias a nivel provincial

2.2.1 La fecundidad adolescente tardía

Aunque no de manera uniforme, la tendencia general observada para el total del país se repite en las jurisdicciones. Examinémosla primero en relación a la tasa de fecundidad de 15-19 años, pues ésta es, por su magnitud, la parte más importante de la fecundidad adolescente.

En el Cuadro 2.2 hemos ordenado a las jurisdicciones según el nivel de la fecundidad adolescente tardía en 1960 y hemos grisado las tasas máximas del período estudiado. Puede observarse que en la mayoría de las jurisdicciones el máximo nivel de la tasa se alcanza alrededor del año 1980, independientemente del nivel inicial de fecundidad. Sin embargo, en aquellas jurisdicciones con un nivel inicial relativamente bajo (inferior a la mediana), el nivel mínimo se da al inicio del período estudiado y, aunque luego de ascender la tasa vuelve a bajar, todavía en el 2001 no ha vuelto al nivel inicial. Entretanto, en casi todas aquellas jurisdicciones con tasas de fecundidad adolescente iniciales altas (por encima de la mediana), también se da el ascenso que culmina en la década del '80, pero el descenso posterior avanza hasta llegar en el 2001 a tasas inferiores a las iniciales; más aún, muchas de esas jurisdicciones registran las tasas mínimas justamente en ese año, al final del período estudiado.

La Capital Federal es siempre la jurisdicción con menor tasa de fecundidad. A mucha distancia, con tasas que a veces triplican las de la Capital, siguen Córdoba y la provincia de Buenos Aires. Las provincias de Cuyo, Entre Ríos y La Pampa suelen encontrarse en niveles próximos a aquellas, mientras que las provincias del nordeste, noroeste y patagónicas presentan las tasas más altas hasta mediados del período estudiado. Hacia el 2001 las tasas de las provincias se han aproximado entre sí y la situación está menos definida regionalmente.

CUADRO 2.2. TASAS DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TARDÍA POR JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE. AÑOS CENSALES ENTRE 1960 Y 2001

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

Fuente: Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 2.1)

Notas: En gris las tasas máximas del período

* Aunque Santa Cruz y Tierra del Fuego son ahora jurisdicciones separadas, se mantuvo esta clasificación para permitir la comparación en el tiempo

El resultado de las tendencias observadas es una convergencia de los niveles de fecundidad adolescente: mientras en 1960 el valor mínimo y el máximo

entre jurisdicciones distaban 129.9 puntos, en el 2001 la diferencia se había reducido a 77.2. De todas maneras, todavía en el presente es mucha la heterogeneidad existente, y mucho el terreno para que las tasas de fecundidad adolescente sigan descendiendo, incluso aquellas más bajas.

2.2.2 La fecundidad adolescente precoz

La fecundidad adolescente precoz es una parte pequeña del total de la fecundidad adolescente, tal como se manifiesta en la respectiva tasa y, como veremos más adelante, en el número de nacimientos.

Históricamente, el comportamiento de la fecundidad adolescente precoz es menos regular que el de la tardía. Ello se debe en parte a que las tasas son sensibles a cambios menores en los números absolutos, debido al pequeño número de casos, por lo cual sus variaciones deben interpretarse con cautela. Otro motivo de cautela que es necesario señalar en este punto es que tasas iguales a cero o muy bajas en 1960 y 1970 son posiblemente debidas a subregistro de nacimientos de madres menores de 15 años o a que éstos fueron incluidos, para su publicación, en el grupo 15-19. Por ese motivo en el cuadro 2.3 hemos ordenado las jurisdicciones según la tasa de fecundidad precoz del año 2001 (en lugar de 1960, como hicimos con las tasas de fecundidad tardía), las que creemos reflejan mejor la situación de las jurisdicciones.

CUADRO 2.3. TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE PRECOZ POR JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE. AÑOS CENSALES ENTRE 1960 Y 2001

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

Fuente: Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 2.1)

Notas: En gris las tasas máximas del período

* Aunque Santa Cruz y Tierra del Fuego son ahora jurisdicciones separadas, se mantuvo esta clasificación para permitir la comparación en el tiempo

La fecundidad adolescente precoz –al igual que la tardía– presenta una tendencia a la suba de las tasas en la mayoría de las jurisdicciones hasta 1980 (relativizada por el posible subregistro de nacimientos de los años anteriores, ya señalado) y un descenso posterior, que en la mayoría de los casos continúa hasta el 2001. En 6 provincias, sin embargo, la tendencia se revierte al punto que en ellas la tasa máxima es alcanzada en el 2001 (Cuadro 2.3). El cálculo de un coeficiente de correlación entre las tasas de fecundidad precoz y tardía confirma que la relación entre ambas tasas es relativamente alta ($r=0.77$).

La Ciudad de Buenos Aires tiene las tasas de fecundidad adolescente precoz más bajas entre todas las jurisdicciones entre 1970 y 2001 y la provincia del Chaco las más altas en 1970, 1991 y 2001. En el 2001 la tasa del Chaco (5.2 por mil) es casi 9 veces mayor que la de la Ciudad de Buenos Aires (0.6 por mil) y significativamente mayor que la de otras provincias con tasas altas como Catamarca (3.8 por mil), Formosa (3.7 por mil), Misiones (3.5 por mil) y Corrientes (3.2 por mil). Adviértase que todas las provincias del nordeste presentan las tasas más altas del país. La mayor dispersión entre las tasas se da en el año 1980; de allí en adelante hay una tendencia a la convergencia.

Un último comentario respecto a ambas tasas de fecundidad adolescente: si, como se sospecha, el censo de 2001 sufre de una omisión mayor que censos anteriores, las tasas del 2001 serían en realidad algo más bajas que las aquí mostradas.

3. LOS NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES

3.1 Tendencia de los nacimientos de madres adolescentes

El análisis de la fecundidad por medio de las tasas se ve limitado por la falta de información necesaria para construirlas. En particular, no se pueden calcular tasas respecto a importantes características del nacido vivo –como el peso al nacer– o de la madre –como la paridez– porque no se cuenta con denominadores adecuados. Como alternativa, a continuación analizaremos algunas de las características de la maternidad en la adolescencia a través de los nacimientos.

Los nacimientos por edad de la madre, dato imprescindible para estudiar la fecundidad adolescente, sólo se publican en el país a partir de 1954 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1954-1960). Los nacimientos de mujeres menores a 15 años no aparecían originalmente discriminados en las publicaciones oficiales y aparentemente se los habría sumado a los del grupo 15-19. En esos casos, hemos utilizado un procedimiento indirecto para estimarlos.⁶

⁶ Detallado en Binstock y Pantelides (2004), Anexo metodológico.

CUADRO 3.1. NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES (HASTA 19 AÑOS) SOBRE EL TOTAL DE NACIMIENTOS. TOTAL DEL PAÍS. AÑOS CENSALES ENTRE 1960 Y 2001

Año	% de nacimientos de madres de hasta 19 años sobre el total de nacimientos	Nacimientos de madres de hasta 19 años	Nacimientos de madres de hasta 14 años
1960	10.9	50704	986
1970	12.9	70219	2010
1980	13.5	94247	2807
1991	14.9	103345	3174
2001	14.8	100992	3050

Fuente: Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 2.1)

Como se observa en el Cuadro 3.1, el porcentaje que representan los nacimientos de mujeres adolescentes sobre el total de nacimientos ha ido subiendo hasta el año 1991, para luego detenerse; lo mismo se observa respecto al número absoluto de nacimientos cuyas madres fueron adolescentes. La tendencia observada en el número de nacimientos es resultado de una combinación entre el aumento de la población de mujeres adolescentes (que acompaña al aumento de la población de todas las edades) y la tendencia (ascendente y luego descendente), ya comentada en la sección anterior, de las tasas a las que éstas tienen hijos.

Dada la preocupación especial que causa la existencia de nacimientos a edades muy tempranas, es interesante observar la magnitud del fenómeno en números absolutos (Cuadro 3.1). Y la misma tendencia vuelve a manifestarse: un ascenso en el número de estos nacimientos hasta 1991 y un descenso posterior. En parte el ascenso es ficticio pues, como ya indicáramos, se debe a un subregistro de estos nacimientos en los años iniciales del período estudiado.

3.2 Los nacimientos del año 2001 según características de las madres

3.2.1 Edad

La información disponible nos permite desagregar los nacimientos de madres adolescentes en grupos de edad para observar cómo se distribuyen dentro del intervalo. Como se observa en el cuadro 3.2, entre la mitad y el 65 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes se concentran en las edades 18 y 19. La excepción es la provincia de Corrientes, con un valor algo menor (48.2 por ciento) y la mayor concentración se observa en los partidos del Gran Buenos Aires. Pero las diferencias relativamente más importantes entre jurisdicciones se dan en el porcentaje de estos nacimientos cuyas ma-

dres tienen menos de 15 años. Allí se advierte la formación de grupos diferenciados. Por un lado la provincia de Buenos Aires y Santa Cruz con valores menores al 2 por ciento; en el otro extremo las provincias de Catamarca, Corrientes, Chaco, Formosa e –inesperadamente– Santa Fe, con porcentajes mayores al 4 por ciento; en el medio, el resto de las jurisdicciones, en dos grupos: siete que tienen porcentajes entre 2 y 2.9 por ciento y diez en que los valores van del 3 al 3.9 por ciento.

CUADRO 3.2. DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS DE MUJERES HASTA 19 AÑOS, POR EDAD DE LA MADRE SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE. AÑO 2001

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

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

La distribución de los nacimientos de madres adolescentes por edad depende de dos factores demográficos: de cómo se distribuye la población de mujeres edad por edad dentro del grupo 10-19 y de la tasas de fecundidad de esas mujeres; pero también depende de factores culturales: las pautas que rigen la conducta sexual de los jóvenes, y el grado de apropiación de la información y de adopción de las actitudes necesaria para adoptar conductas anticonceptivas.

3.2.2 Situación conyugal

Un porcentaje importante de las madres adolescentes vive en pareja al momento de registrar el nacimiento, como lo demuestran las cifras del cuadro 3.3.

CUADRO 3.3. PORCENTAJE DE NACIMIENTOS DE MADRES QUE CONVIVEN EN PAREJA AL MOMENTO DE REGISTRAR EL NACIMIENTO, POR EDAD DE LA MADRE SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE ÉSTA. AÑO 2001

Jurisdicción	Edad de la madre			
	Hasta 14 años	15-17 años	18-19 años	20 y más años
Total país	46.3	62.3	71.4	88.0
Capital Federal	44.7	65.9	77.0	94.0
Total Buenos Aires	56.5	64.8	72.8	88.6
Partidos del Gran Bs.As.	62.9	68.8	76.0	89.9
Resto de Bs.As.	44.1	57.9	66.2	85.8
Catamarca	12.9	32.6	47.1	73.1
Córdoba	36.7	59.6	71.9	89.5
Corrientes	54.3	66.4	74.8	87.1
Chaco	57.1	67.8	74.2	87.2
Chubut	33.3	58.7	69.8	88.1
Entre Ríos	46.8	67.7	77.1	90.4
Formosa	48.6	64.7	68.5	83.3
Jujuy	41.1	49.1	58.8	80.4
La Pampa	44.4	59.3	67.5	90.4
La Rioja	43.3	56.6	63.9	83.5
Mendoza	45.0	68.1	79.4	91.5
Misiones	48.4	70.5	75.9	86.8
Neuquén	47.9	69.1	76.5	89.6
Río Negro	42.3	69.3	78.5	89.3
Salta	34.4	47.2	57.8	77.8
San Juan	22.0	44.2	57.9	82.7
San Luis	51.5	62.8	76.3	88.7

CUADRO 3.3. (CONT.)

Jurisdicción	Edad de la madre			
	Hasta 14 años	15-17 años	18-19 años	20 y más años
Santa Cruz	23.1	47.7	62.5	87.2
Santa Fe	46.6	65.2	75.5	90.3
Santiago del Estero	29.3	51.1	60.3	80.8
Tierra del Fuego	30.0	66.3	66.3	92.2
Tucumán	40.5	56.8	66.3	87.1

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

Como era de esperarse, ese porcentaje aumenta a medida que aumenta la edad de las mujeres, pero ya es significativo (cerca al 50 por ciento a nivel nacional) aun entre las mujeres de hasta 14 años. A esa edad, sin embargo, se registran valores muy lejanos al promedio en algunas provincias: en Catamarca sólo el 13 por ciento convive con una pareja y también son bajos los valores que se registran en San Juan (22 por ciento) y Santa Cruz (23 por ciento). En el otro extremo se ubican los partidos del Gran Buenos Aires, donde el 63 por ciento de las mujeres de hasta 14 años que fueron madres en el 2001 estaban conviviendo en pareja.

Al llegar a los 18-19 años cerca de las tres cuartas partes de quienes fueron madres adolescentes en el 2001 vivían en pareja a nivel nacional y en algunas jurisdicciones (Ciudad de Buenos Aires, Partidos del Gran Buenos Aires, Entre Ríos, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis y Santa Fe) superaban el 75 por ciento. Pero en Catamarca no llegaban a ser la mitad y en Jujuy, Salta y San Juan eran menos del 60 por ciento. Adviértase, sin embargo, que en algunas provincias, alrededor de un 20 por ciento (más del 25 por ciento en Catamarca) de las madres de 20 y más años (es decir, madres no adolescentes) no conviven con una pareja.

3.3 Los nacimientos del año 2001 según características del nacido vivo

3.3.1 Orden de nacimiento

El orden de nacimiento es un dato que nos permite observar hasta qué punto las madres adolescentes repiten la experiencia de maternidad. Obviamente, cuanto más joven es la madre, menor es la probabilidad de que haya tenido varios hijos; dicho de otra manera, a medida que aumenta la edad van perdiendo peso relativo los nacimientos de orden uno. Pero los datos que presenta el cuadro 3.4 informan de algo menos obvio: el 32.5 por ciento de las madres adolescentes de entre 18 y 19 años tiene más de un hijo y un no

desdeñable 7.6 tiene 3 o más hijos. Los nacimientos representados por este último porcentaje deben sumarse a los nacimientos de orden 2 y más en las mujeres de hasta 14 años y a los nacimientos de orden 3 y más entre las mujeres de 15-17 años para pintar el preocupante panorama de la repetición de la experiencia de maternidad cuando ésta ha comenzado a edades extremadamente tempranas.

CUADRO 3.4. DISTRIBUCIÓN DE NACIMIENTOS DE MUJERES DE HASTA 19 AÑOS POR EDAD SEGÚN ORDEN DE NACIMIENTO. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Orden de nacimiento	Edad		
	Hasta 14 años	15-17 años	18-19 años
1	95.2	84.2	67.5
2		13.8	24.9
2 y más	4.8		
3			6.2
3 y más		1.9	
4 y más			1.4
Total	100.0	100.0	100.0

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

Para observar en forma simplificada la variación de esta realidad en las diferentes jurisdicciones nos hemos centrado en el grupo de 18-19 años. En el cuadro 3.5 las jurisdicciones han sido ordenadas según el porcentaje de los nacimientos de mujeres de 18-19 años que son de orden 3 o más. Aunque en todas las jurisdicciones más de la mitad de las madres jóvenes del grupo de edad considerado tuvo en el 2001 a su primer (y único) hijo, entre un cuarto y un tercio de ellas (excepto en la Ciudad de Buenos Aires) tuvieron su segundo hijo.

Pero el dato más preocupante se ubica en la columna de las madres que en el 2001 tuvieron su hijo de orden tres o superior. Chaco es la jurisdicción en que dicho porcentaje es más alto y la Ciudad de Buenos Aires (seguida por la provincia de Buenos Aires), donde es más bajo. En las provincias del nordeste, Catamarca, Entre Ríos y Santa Fe más del 10 por ciento de las jóvenes de 18 y 19 años que son madres tienen 3 o más hijos.

Traducir estos porcentajes en número de nacimientos nos muestra otra cara de la realidad. Entre las mujeres de hasta 14 años en todo el país el total de nacimientos de orden 2 y más son 142; entre las de 15-17 años son 6024 y entre las de 18-19 años 18752 sobre un total de 100992 nacimientos de madres adolescentes registrados en el 2001.

CUADRO 3.5. DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS DE MUJERES DE 18-19 AÑOS POR ORDEN DE NACIMIENTO SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE. AÑO 2001

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

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

Sin embargo, aun si una parte considerable de las madres se encuentra en uniones estables –como se vio en la sección anterior– y aunque todos los nacimientos fueran deseados, un patrón de fecundidad de inicio temprano y con intervalos intergenésicos cortos, como el que sin duda tuvieron las jóvenes cuyos últimos hijos son de orden 3 o más, no es aconsejable.

3.3.2 Peso al nacer

Como se considera que la fecundidad adolescente –en particular la precoz– representa un riesgo para el recién nacido, es interesante analizar si existen diferencias en el peso del hijo al nacer por edad de la madre, comparando distintos grupos de edad en la adolescencia entre sí y con las mujeres adultas, ya que el peso al nacer es un buen predictor de problemas de salud futuros del recién nacido. En el análisis (Cuadro 3.6) debe tenerse en cuenta que el grupo de 20 y más años incluye a mujeres con edades superiores a 35, entre las cuales los riesgos para el recién nacido suelen también encontrarse aumentados. La fecundidad de este grupo de edad puede tener distinta importancia según las jurisdicciones: tiene más peso en aquellas de fecundidad más alta, donde ésta se prolonga hasta la menopausia, pero también en aquellas de fecundidad baja en las que se pospone la maternidad.

CUADRO 3.6 DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS SEGÚN INTERVALOS DE PESO AL NACER POR EDAD DE LA MADRE. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Edad de la madre	Intervalos de peso al nacer (en gramos)					Total
	Menos de 2500	Menos de 1500	De 1500 a 2499	De 2500 a 3499	3500 y más	
Hasta 14 años	12.8	2.4	10.4	67.6	19.6	100.0
15 a 17 años	10.0	1.6	8.5	65.8	24.2	100.0
18-19 años	8.5	1.3	7.2	64.2	27.3	100.0
20 y más años	7.0	1.1	6.0	58.1	34.9	100.0

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

Se advierte claramente que, dentro de porcentajes modestos, los nacimientos por debajo de los 2500 gramos y sus dos componentes (menos de 1500 y 1500 a 2499 gramos) disminuyen a medida que aumenta la edad de las madres. El peso modal (2500 a 3499 gramos) también disminuye con la edad; como consecuencia, aumentan a medida que aumenta la edad de la madre los nacimientos con pesos de 3500 y más gramos; el aumento es gradual hasta el fin de la adolescencia y luego más brusco.

Si se toman como ejemplo los nacidos vivos de menos de 2500 gramos y se observan los valores provinciales,⁷ puede verse que cuanto menor es la edad de la madre, mayor es la dispersión de valores, la que se va reduciendo a medida que la edad aumenta. La reducción más grande en la heterogenei-

⁷ Estos datos pueden consultarse en Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 3.2).

dad se da cuando se pasa del grupo de edad hasta 14 años al siguiente. Llama especialmente la atención que es en la Ciudad de Buenos Aires donde se da el porcentaje más alto de nacimientos de bajo peso, especialmente de los de menos de 1500 gramos. Esto puede deberse a que en la Ciudad de Buenos Aires sobreviven (y por eso llegan a registrarse como nacidos vivos) fetos que en otras jurisdicciones resultan inviables (ver más abajo lo relativo a tiempo de gestación). Otra alternativa es que se producen derivaciones hacia la Capital de parturientas que se encuentran en condiciones especiales, aunque ello implicaría que por algún motivo (¿falsa declaración de domicilio?) los nacimientos de estas madres fueron registrados en la Ciudad de Buenos Aires y no fueron luego atribuidos –como correspondería según el criterio oficial usado para el procesamiento de esta información– al lugar de residencia de éstas.

3.3.3 Tiempo de gestación

El peso del nacido vivo al nacer y el tiempo de gestación están relacionados y por ello es lógico que las tendencias de ambos en relación a la edad de las madres sea muy similar (Cuadro 3.7).

CUADRO 3.7. DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS POR TIEMPO DE GESTACIÓN SEGÚN EDAD DE LA MADRE. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Edad de la madre	Tiempo de gestación			Total
	Pretérmino	Término	Postérmino	
Hasta 14 años	12.2	86.5	1.3	100.0
15 a 17 años	9.7	88.9	1.4	100.0
18-19 años	8.2	90.3	1.5	100.0
20 y más años	7.2	91.3	1.5	100.0

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

Como se observa en el cuadro 3.7, el porcentaje de partos pretérmino desciende sistemáticamente a medida que aumenta la edad de las madres, siendo el descenso relativamente más importante el que se da entre los nacimientos de madres de hasta 14 años y el grupo de edad siguiente. Este descenso se da a expensas del aumento de los partos en término, ya que los partos postérmino no varían con la edad de la parturienta.

Tanto los datos relativos al peso al nacer como los de tiempo de gestación indican que la maternidad adolescente precoz resulta en un aumento de los riesgos de salud para el nacido vivo, mientras que las diferencias entre nacimientos de madres de 15-19 años y madres mayores a esa edad son menores.

Pero volvamos a recordar que el grupo de edad 20 y más contiene a las mujeres del extremo superior de las edades reproductivas, las que suelen tener riesgos aumentados.

A medida que aumenta la edad de la madre, pero sobre todo al pasar del grupo de hasta 14 años al siguiente, van achicándose las diferencias entre jurisdicciones⁸ en el porcentaje de nacimientos pretérmino al mismo tiempo que va disminuyendo el valor de la mediana. Como es difícil argumentar que las madres muy jóvenes tienen características biomédicas diferentes en las distintas provincias, parece existir o un factor social o algún tratamiento diferencial de los embarazos de estas mujeres que dan razón de las diferencias encontradas. Nuevamente llama la atención el alto porcentaje de nacimientos pretérmino en menores de 15 años en la Ciudad de Buenos Aires, concorde con lo que sucedía respecto al bajo peso al nacer.

4. ADOLESCENCIA Y MATERNIDAD

En esta sección utilizamos datos provenientes del Censo de Población del 2001 para analizar el comportamiento reproductivo de las mujeres de 14 a 19 años en relación a su edad, lugar de nacimiento y educación.⁹ Asimismo, se examina a las adolescentes distinguiendo a aquellas que son madres de aquellas que no lo son en relación a su situación conyugal, relación de parentesco en el hogar, asistencia escolar, y condición de actividad. Por último, caracterizamos sólo a las madres adolescentes en términos del tipo de vivienda en el que viven y si tienen cobertura de salud.

Comenzamos el análisis examinando la proporción de adolescentes entre 14 y 19 años¹⁰ que son madres en el total del país y en cada una de sus jurisdicciones (Cuadro 4.1). Este dato difiere del presentado en capítulos anteriores pues se trata del total de las mujeres de entre 14 y 19 años que tienen hijos, independientemente del año en que los hayan tenido y de cuántos hijos hayan tenido hasta el momento del censo.

El 10.7 por ciento de las adolescentes censadas en 2001 son madres, proporción que se ha mantenido relativamente estable desde 1980, año en que era del 10.1 por ciento (Giusti y Pantelides, 1991). La Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción que muestra los niveles más bajos de madres adolescentes (4 %), seguida por Mendoza con más del doble (8.5%). En contraste, Chaco es la jurisdicción que presenta la proporción más alta de madres adolescentes (17 %), seguida por Santiago del Estero, Formosa, Misiones y Catamarca (con alrededor del 15 %). Comparando las jurisdicciones en situaciones opuestas,

⁸ Estos datos pueden consultarse en Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 3.3).

⁹ Los cuadros y tablas de este capítulo excluyen a las adolescentes que residen en instituciones que representan menos del 0.5% de las adolescentes, con excepción del Cuadro 4.4, que las incluye.

¹⁰ La pregunta del censo que permite hacer el análisis se hizo a las mujeres a partir de la edad 14.

Chaco muestra una proporción de madres adolescentes 1.6 veces la del total del país y más de 4 veces la de la Capital Federal.

Como es de esperar, la proporción de madres entre las adolescentes aumenta con la edad de éstas. Entre las adolescentes de 14 años, el 2.7% son madres, proporción que asciende al 7% y al 20.5% entre las de 15-17 y 18-19 años respectivamente.

CUADRO 4.1. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. PORCENTAJE DE MADRES POR GRUPO DE EDAD Y JURISDICCIÓN. AÑO 2001.

Jurisdicción	14 años	15 a 17 años	18 y 19 años	Total
Total país	2.7	7.0	20.5	10.7
Capital Federal	1.6	2.5	7.3	4.2
Total Buenos Aires	2.6	6.1	18.5	9.6
GBA	2.7	5.9	17.6	9.3
Resto Bs. As.	2.2	6.4	20.0	10.1
Catamarca	3.8	10.5	28.6	14.9
Córdoba	2.1	6.2	18.2	9.6
Corrientes	3.7	8.8	24.9	12.9
Chaco	4.4	12.0	32.5	17.1
Chubut	3.1	7.9	24.5	12.2
Entre Ríos	2.9	8.3	23.4	12.2
Formosa	3.7	10.1	29.7	14.8
Jujuy	3.1	7.5	24.4	12.0
La Pampa	2.2	6.9	23.8	11.1
La Rioja	3.7	9.0	24.1	13.0
Mendoza	1.6	5.2	17.5	8.5
Misiones	3.3	9.9	29.0	14.5
Neuquén	2.9	7.4	24.1	11.8
Río Negro	2.0	7.5	24.8	11.8
Salta	3.6	9.6	28.0	14.1
San Juan	2.0	6.2	18.7	9.6
San Luis	2.9	8.0	23.9	12.3
Santa Cruz	1.8	6.6	27.1	11.8
Santa Fe	2.8	7.9	21.0	11.4
Santiago del Estero	4.1	10.2	28.9	15.1
Tucumán	2.9	7.9	21.6	11.6
Tierra del Fuego	1.7	6.3	21.5	9.5

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

La Capital Federal es la jurisdicción que tiene la menor proporción de madres adolescentes en cada uno de los grupos de edad, seguida por la provincia de Mendoza pero con valores bastante superiores, particularmente entre las de 15-17 y 18-19 años.

La provincia de Chaco, en cambio es la jurisdicción que sistemáticamente muestra la más alta proporción de madres adolescentes en cada grupo de edad. Con valores levemente inferiores, le siguen Santiago del Estero, Catamarca, Formosa, Misiones y Salta.

4.1 Lugar de nacimiento

La mayoría de las adolescentes censadas son nativas y sólo el 1.6% han nacido en otro país (probablemente en su mayoría en países limítrofes y Perú). La Capital Federal es la jurisdicción con mayor proporción de adolescentes nacidas en el extranjero (6.9%), seguida por Tierra del Fuego (4.7%) y Santa Cruz (3.6%). En la mayoría de las jurisdicciones la proporción de adolescentes extranjeras es extremadamente baja, como es el caso de Chaco (0.014%), Catamarca (0.11%) y Santiago del Estero (0.14%).

A nivel nacional se observa una proporción 30% superior de madres entre las adolescentes nacidas fuera del país que entre las nativas (13.8% versus 10.6%) (Cuadro 4.2). La maternidad adolescente es más frecuente entre las extranjeras en todos los grupos de edad. Sin embargo cabe destacar que tanto entre las adolescentes de 15-17 como entre las de 18-19 años dichas diferencias son bajas (alrededor del 10%), a diferencia de lo que se observa entre las adolescentes de 14 años. Entre éstas, la proporción de madres entre las nativas es del 2.7% mientras que entre las extranjeras alcanza al 3.7%, lo que representa una diferencia del 60%.

En la mayoría de las jurisdicciones del país, la maternidad adolescente es más frecuente entre las extranjeras que entre las nativas. Así, por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires (tanto en el Gran Buenos Aires como en el resto de la provincia), Formosa, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Misiones, Salta, Santa Cruz y Tierra del Fuego, la proporción de adolescentes extranjeras que son madres supera a la proporción de madres entre las nativas, cualquiera sea el grupo de edad considerado.

Las excepciones la constituyen Catamarca, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe, donde son las nativas las que muestran una proporción mayor de madres, mientras que en San Luis, Santiago del Estero y Tucumán los niveles de maternidad adolescente son similares entre las nativas y extranjeras.

CUADRO 4.2. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. PORCENTAJE DE MADRES POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y JURISDICCIÓN. AÑO 2001

Jurisdicción	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		Total	
	Argentina	Extranjera	Argentina	Extranjera	Argentina	Extranjera	Argentina	Extranjera
Total país	2.7	3.7	7.0	7.6	20.4	22.6	10.6	13.8
Capital Federal	1.5	2.9	2.4	4.4	6.5	16.6	3.7	9.8
Total Buenos Aires	2.5	4.1	6.0	7.7	18.3	22.8	9.5	13.8
GBA	2.7	4.3	5.8	7.6	17.4	22.1	9.2	13.6
Resto Bs. As.	2.2	3.4	6.4	8.2	19.9	25.5	10.1	14.9
Catamarca	3.8	0.0	10.5	7.7	28.6	14.3	14.9	9.1
Córdoba	2.1	0.8	6.1	8.1	18.2	18.1	9.6	11.4
Corrientes	3.7	6.7	8.8	5.7	24.9	30.6	12.9	16.2
Chaco	4.4	0.0	12.0	20.0	32.5	25.0	17.1	21.2
Chubut	3.1	5.6	7.9	8.8	24.6	23.8	12.2	15.2
Entre Ríos	2.9	0.0	8.3	7.6	23.5	16.2	12.2	9.8
Formosa	3.7	0.0	10.0	18.6	29.6	34.2	14.7	23.5
Jujuy	3.0	4.3	7.4	14.5	24.2	32.6	11.8	23.3
La Pampa	2.2	0.0	6.9	1.8	23.9	11.3	11.2	5.6
La Rioja	3.7	16.7	9.0	10.0	24.1	31.8	13.0	19.0
Mendoza	1.6	2.4	5.2	6.8	17.4	25.9	8.5	15.0
Misiones	3.3	18.6	9.8	23.7	28.9	43.0	14.4	32.6
Neuquén	2.9	0.0	7.3	9.2	23.8	29.0	11.6	18.0
Río Negro	2.0	4.5	7.5	7.7	24.8	25.7	11.7	15.8
Salta	3.6	9.2	9.5	16.8	27.8	38.6	14.0	26.2
San Juan	2.0	0.0	6.2	6.3	18.7	18.8	9.6	11.0
San Luis	3.0	0.0	8.0	11.4	23.9	16.7	12.3	12.0
Santa Cruz	1.8	4.0	6.5	9.1	26.8	31.6	11.6	19.3
Santa Fe	2.8	1.9	7.9	5.6	21.0	15.5	11.4	9.4
Santiago del Estero	4.1	0.0	10.2	7.7	28.9	29.6	15.1	14.9
Tucumán	2.9	4.2	7.9	7.0	21.6	19.4	11.6	12.0
Tierra del Fuego	1.7	3.2	6.2	6.5	20.7	33.0	9.1	16.1

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

4.2 Analfabetismo

La incidencia del analfabetismo entre las adolescentes es muy baja. En el total del país menos del 1 por ciento de las adolescentes es analfabeta. La provincia de Chaco es la jurisdicción que presenta los niveles más altos de analfabetas (2.5%), seguida por Misiones (2.3%) y Santiago del Estero (1.95%), Formosa (1.8%) y Corrientes (1.5%).

CUADRO 4.3. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. PORCENTAJE DE MADRES POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y JURISDICCIÓN. AÑO 2001

Jurisdicción	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		Total	
	Alfabeta	Analfabeta	Alfabeta	Analfabeta	Alfabeta	Analfabeta	Alfabeta	Analfabeta
Total país	2.7	7.8	6.9	19.7	20.3	39.8	10.6	24.7
Capital Federal	1.6	0.0	2.5	6.7	7.3	15.0	4.2	7.3
Total Buenos Aires	2.5	5.6	6.1	10.8	18.4	25.1	9.6	14.9
GBA	2.7	4.9	5.9	8.7	7.3	11.0	17.6	22.6
Resto Bs. As.	2.2	7.2	6.4	14.7	8.1	15.6	19.9	30.2
Catamarca	3.8	10.5	10.4	20.5	28.4	47.3	14.7	28.7
Córdoba	2.0	3.2	6.1	13.0	18.1	27.6	9.6	15.8
Corrientes	3.6	6.7	8.6	20.8	24.7	37.6	12.7	24.3
Chaco	4.1	15.6	11.6	30.2	31.8	58.0	16.6	38.4
Chubut	3.1	12.5	7.9	4.1	24.6	20.6	12.2	11.1
Entre Ríos	2.8	9.6	8.2	20.0	23.3	40.7	12.0	25.8
Formosa	3.6	12.3	9.8	28.4	29.3	48.5	14.5	33.6
Jujuy	3.0	8.7	7.4	17.5	24.3	39.4	11.9	24.3
La Pampa	2.2	0.0	6.8	19.2	23.7	42.1	11.1	20.3
La Rioja	3.7	4.2	9.0	9.4	23.9	46.5	12.9	20.6
Mendoza	1.5	6.3	5.2	14.1	17.4	32.4	8.5	19.2
Misiones	3.2	10.3	9.5	27.9	28.4	53.8	14.1	34.0
Neuquen	2.9	4.5	7.3	17.9	23.9	44.6	11.7	26.2
Río Negro	2.0	5.1	7.4	15.3	24.8	34.9	11.7	18.0
Salta	3.6	9.6	9.3	31.8	27.7	49.8	13.9	34.7
San Juan	1.9	7.8	6.2	10.5	18.7	23.7	9.5	13.6
San Luis	2.9	3.8	7.9	17.6	23.7	37.8	12.2	24.9
Santa Cruz	1.8	0.0	6.6	0.0	27.0	53.8	11.8	29.2
Santa Fe	2.8	8.5	7.8	19.6	20.9	36.7	11.3	24.1
Sgo. del Estero	4.0	8.4	9.9	21.9	28.6	43.7	14.8	27.6
Tucumán	2.9	4.9	7.7	18.4	21.4	37.6	11.5	21.6
Tierra del Fuego	1.5	100.0	6.3	0.0	21.5	0.0	9.5	25.0

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

El Cuadro 4.3 muestra claramente la asociación entre alfabetismo y maternidad en la adolescencia. En el total del país, una de cada diez (11%) adolescentes alfabetas son madres mientras que entre las analfabetas dicha proporción más que se duplica, alcanzando a una de cada cuatro adolescentes (25%). Se observa que la asociación entre analfabetismo y maternidad es más pronunciada entre las adolescentes más jóvenes. Esto es, entre las adolescentes de 14 años la proporción de madres entre las analfabetas es casi tres

veces mayor que la que se observa entre las alfabetas. Entre las de 15 y 17 años la proporción de madres es 7% y 20% entre las alfabetas y las analfabetas respectivamente, también una diferencia casi 3 veces mayor. Entre las adolescentes de 18 y 19 años, el 10% de las que saben leer son madres mientras que entre sus pares analfabetas dicha proporción asciende al 25%, lo que representa una proporción 2.3 veces mayor.

Con escasas excepciones, tanto a nivel general como distinguiendo por grupo de edad, la proporción de madres entre las adolescentes que no saben leer y escribir es muchísimo más alta que la proporción de madres entre las adolescentes alfabetizadas. Las mayores diferencias se observan en Chaco, Misiones, Formosa y Salta, jurisdicciones donde la proporción de madres varía entre el 15-17% entre las que saben leer y escribir y 34-38% entre las analfabetas. El Gran Buenos Aires, seguido por La Rioja y Córdoba son, en cambio, las jurisdicciones donde las diferencias son menores.

4.3 Nivel de Instrucción

El nivel de instrucción de las adolescentes está asociado con su condición de maternidad. La proporción de madres entre las adolescentes de 14 a 19 años con baja educación (primaria completa o menos) al menos triplica a la proporción de madres entre las adolescentes con mayor educación (secundaria incompleta y más).

Sin embargo, y contrariamente a lo esperado, no se observa una relación negativa lineal que muestre que a medida que aumenta la educación disminuye la proporción de madres entre las adolescentes. En efecto, como muestra el Cuadro 4.4, entre las adolescentes de 14 a 19 años la proporción de madres disminuye del 26% entre las adolescentes sin instrucción al 20% entre aquellas con primaria incompleta, pero aumenta al 35% entre aquellas que completaron la primaria para luego disminuir significativamente a un nivel algo superior al 7% tanto entre aquellas con secundario incompleto como entre aquellas con secundario completo. Si bien no tenemos una explicación del aumento en la proporción de madres entre aquellas adolescentes con primaria completa en comparación con las de primaria incompleta, los resultados sugieren claramente el salto cualitativo que significa acceder a la escolaridad secundaria como factor protector de una maternidad temprana.

CUADRO 4.4. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. PORCENTAJE DE MADRES POR GRUPO DE EDAD Y MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Máximo nivel educativo alcanzado	14 años	15 a 17 años	18 y 19 años	Total
Sin instrucción	7.8	20.3	39.7	26.3
Primario incompleto	4.6	18.9	47.6	20.1
Primario completo	7.5	23.9	46.3	35.0
Secundario incompleto y más *	2.1	4.7	19.8	7.4
Secundario completo y más			7.1	7.2

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

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

Esta relación entre el nivel de instrucción y la maternidad se mantiene (si bien con distintos niveles) aun después de controlar por la edad de las adolescentes y la jurisdicción donde residen.¹¹

Si nos concentramos en las adolescentes entre 18 y 19 años, edades donde es esperable que aquellas que han continuado su escolaridad hayan completado el nivel secundario, observamos que no hay diferencias significativas en la proporción que ha sido madre según hayan o no completado la escolaridad primaria (alrededor del 47% son madres), pero ésta disminuye significativamente entre aquellas que han accedido al nivel secundario (20%) y más aún entre aquellas que completaron dicho nivel (7%). Esto refuerza el resultado anterior en cuanto al papel crucial de la escolaridad secundaria –ya sea completa o incompleta– en la probabilidad de ser madre durante la adolescencia.

5. COMPARACIÓN DE LAS ADOLESCENTES MADRES Y NO MADRES

Los datos censales son la única fuente que permite caracterizar y comparar a las adolescentes que tienen hijos con las que no los tienen. En esta sección las comparamos en lo que respecta a algunas variables sociodemográficas relevantes: la situación conyugal, la relación de parentesco con el jefe del hogar, la condición de actividad y la asistencia escolar. Por último, caracterizamos la situación de las madres adolescentes en dos dimensiones que se vinculan con su bienestar: si tienen cobertura de salud y el tipo de vivienda en que residen.

¹¹ Estos datos pueden consultarse en Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 4.4).

5.1 Situación conyugal

Menos del 11% de las adolescentes que tuvieron hijos son casadas y un 44.3% adicional están en uniones de hecho, es decir que algo más de la mitad de las madres adolescentes están en pareja. Entre las que no tuvieron hijos, en cambio, la absoluta mayoría es soltera, en proporción similar a lo que se observaba hacia 1980 (Giusti y Pantelides, 1991) y una minoría está en una unión de hecho (Cuadro 5.1).

CUADRO 5.1. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y GRUPO DE EDAD. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Estado conyugal	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		Total	
	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres
Soltera	67.6	98.4	51.8	97.1	38.7	94.0	44.2	96.5
Unida	24.0	1.2	41.0	2.4	47.4	4.7	44.3	2.9
Casada	7.2	0.1	6.5	0.3	13.0	1.0	10.6	0.5
Otros	1.3	0.2	0.7	0.2	0.9	0.2	0.9	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

Comparando estos resultados con los del año 1980 se observa que si bien la mayoría de madres adolescentes están en pareja, dicha proporción ha disminuido a lo largo de las dos últimas décadas. En efecto, mientras que en 1980 dos de cada tres madres adolescentes estaba o casada o conviviendo con una pareja, dicha proporción descendió a algo más de una de cada dos hacia el 2001.

Asimismo cabe destacar que también ha cambiado significativamente la modalidad de unión para aquellas que están en pareja, aumentando sustantivamente la unión de hecho o consensual en detrimento de la matrimonial. Así, en 1980, de las madres adolescentes en pareja el 33% estaba en una unión consensual y el 67% en una unión matrimonial (Giusti y Pantelides, 1991). En el 2001, en cambio, de las madres adolescentes en pareja el 80% estaba en una unión consensual y sólo el 20% en una unión matrimonial.

La proporción de solteras (sin pareja) entre las madres adolescentes desciende a medida que aumenta la edad de las adolescentes (Cuadro 5.1). Complementariamente, a medida que aumenta la edad de las adolescentes, aumenta la proporción que está en pareja, sea ésta unión legal o consensual. Cualquiera sea la edad de la madre adolescente, la mayoría de las que están en pareja (entre el 76 y el 86%) está en una unión consensual.

Cuando se examinan las jurisdicciones,¹² Catamarca se destaca por ser la que tiene la proporción más alta de solteras entre las madres (59.5%), seguida por La Rioja (57.8%), Jujuy (56.6%), Santiago del Estero (54.9%), Santa Cruz (54.8%) y Tierra del Fuego (54.6%), si bien en estas dos últimas jurisdicciones el número de madres es muy bajo. Misiones, en contraste, es la jurisdicción que presenta la proporción más baja de adolescentes madres que son solteras (34.8%), seguida por Santa Fe (40.6%), Chaco (41.1%) y Mendoza (41.3%).

Con escasas excepciones las tendencias anteriores se mantienen aun controlando por la edad de las adolescentes. La proporción de solteras entre las madres de 14 años varía entre un 62% (Tucumán) y 82% (Catamarca¹³). Entre las madres de 15-17 años la proporción de solteras varía entre 40% (Misiones) y 68% (Catamarca) mientras que entre las de 18-19 años varía entre 30% (Misiones) y 52% (Catamarca y La Rioja).

En cada una de las jurisdicciones se reproduce la tendencia observada a nivel nacional de que la mayoría de las madres adolescentes que está en pareja –independientemente de su edad– está en una unión de hecho. Mendoza es la jurisdicción que tiene la menor proporción de unidas entre aquellas en pareja –62% entre el total de madres adolescentes– mientras que en la mayoría del resto de las jurisdicciones supera el 80%.¹⁴

5.2 Relación de parentesco

La posición de las adolescentes en el hogar en que residen es consistente con lo que señala el análisis por situación conyugal. Entre las que no son madres –que son en su mayoría solteras–, alrededor del 88% aparecen como hijas del jefe del hogar y un 5% adicional como nietas (Cuadro 5.2). Entre las adolescentes madres –entre las que hay una proporción importante de ellas en unión– el 50% aparecen como hijas del jefe de hogar y un 11% adicional como nueras. Un 27% son cónyuges o pareja del jefe y un 3% son jefas del hogar.

12 Estos datos pueden consultarse en Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 4.5).

13 Tanto en Tierra del Fuego como en Santa Cruz dicha proporción es levemente superior pero se excluye dado que se basa en una baja cantidad de madres.

14 Estas cifras surgen de dividir la proporción de unidas por la suma de las unidas y casadas.

CUADRO 5.2. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. DISTRIBUCIÓN POR RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR, SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y GRUPO DE EDAD. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Relación de parentesco	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		Total	
	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres
Jefe	2.9	0.2	2.3	0.3	3.7	1.9	3.2	0.7
Cónyuge	4.9	0.1	19.5	0.7	31.9	2.1	26.6	1.0
Hija	80.2	90.5	58.5	89.4	44.1	83.3	50.4	87.8
Nuera	2.1	0.2	10.1	0.6	11.7	1.3	10.7	0.7
Nieta	5.9	5.8	3.8	4.9	2.9	3.9	3.3	4.8
Otros familiares	3.3	2.6	4.6	3.3	4.5	5.3	4.5	3.7
Otros no familiares	0.6	0.5	1.1	0.7	1.1	1.7	1.1	1.0
Serv. doméstico	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4	0.1	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

Entre las adolescentes que no son madres, observamos una estructura de parentesco con el jefe del hogar que es independiente de la edad. Entre las madres, en cambio, a medida que aumenta su edad la proporción que aparece como hijas disminuye y aumenta la de cónyuges, jefas de hogar y nueras. Esto resulta, entonces, en mayores diferencias entre las madres y no madres en relación a su posición en el hogar a mayor edad de las adolescentes.

Cuando examinamos la relación de parentesco de las adolescentes con el jefe del hogar en las distintas jurisdicciones,¹⁵ se observan diferencias de acuerdo a la edad de las adolescentes. Entre las madres más jóvenes (14 y 15-17 años) se destacan la Capital Federal, Catamarca, La Rioja, Santa Cruz y Tierra del Fuego por tener la proporción más alta de hijas, mientras que lo inverso se observa en Formosa y Chaco, jurisdicciones que tienen la proporción más baja de hijas y más alta de jefas y cónyuges. Entre las madres de 18 y 19 años, la jurisdicción que tienen la más alta proporción de jefas o cónyuges es Misiones (55%) seguida por La Pampa y Neuquén (41%). En contraste, la proporción más baja de jefas o cónyuges entre las madres de 18 y 19 años se observa en Catamarca (20%) y Santiago del Estero (24%).

5.3 Condición de actividad

Como muestra el Cuadro 5.3, hay una clara relación entre la condición de

¹⁵ Estos datos pueden consultarse en Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 4.6).

maternidad y la condición de actividad económica. En efecto, entre las adolescentes que no han tenido hijos un 21% es activa (6% trabaja y 15% es desocupada) mientras que entre las madres la proporción de activas asciende a 36% (10% es ocupada y 26% desocupada).

CUADRO 5.3. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. DISTRIBUCIÓN POR CONDICIÓN DE ACTIVIDAD, SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y GRUPO DE EDAD. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Condición de actividad	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		Total	
	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres
Trabaja	4.0	1.7	6.7	3.9	11.5	13.2	9.6	6.2
Desocupada	17.9	6.1	22.7	11.7	28.3	27.1	26.0	15.2
Inactiva	78.1	92.2	70.6	84.4	60.2	59.7	64.4	78.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

Como es esperable, la proporción que participa en el mercado de trabajo aumenta a medida que aumenta la edad, tanto entre las que han tenido hijos como entre las que no los han tenido. Sin embargo, las diferencias en la participación en el mercado de trabajo de las madres comparadas con las no madres son más pronunciadas entre las más jóvenes (14 y 15-17 años). La participación en el mercado de trabajo de las madres casi triplica a la participación de las no madres entre las de 14 años (22 versus 8 por ciento) y casi lo duplica entre las de 15-17 años (29 versus 16 por ciento). Entre las de 18 y 19 años, en cambio, el nivel de participación económica es similar independientemente si han tenido o no hijos (alrededor del 40% son activas).

Cabe aquí destacar, como se indicara al inicio de esta sección, que la mayoría de las adolescentes que participan en el mercado de trabajo, independientemente de su condición de madre, lo hace a través de la búsqueda laboral, es decir que son desocupadas. Como se puede observar en el Cuadro 5.3, las desocupadas al menos duplican a las que tienen trabajo.

En términos generales las tendencias mencionadas a nivel nacional se mantienen en las distintas jurisdicciones del país.¹⁶ Estas son, mayor participación económica a medida que aumenta la edad de las adolescentes –independientemente de su condición de madre– y mayor participación económica de las que han tenido hijos comparadas con las que no han tenido hijos. Al

¹⁶ Estos datos pueden consultarse en Binstock y Pantelides, 2004 (Tabla 4.7).

igual que la tendencia del total del país, en la mayoría de las jurisdicciones observamos que las diferencias en la participación en el mercado de trabajo entre las que han sido madres y las que no lo han sido son mayores entre las más jóvenes (14 a 17 años).

La participación económica de las madres de 14 años varía entre el 12%¹⁷ (Chubut) y 25% (Santa Fe, Gran Buenos Aires y Corrientes) mientras que entre las no madres el rango es entre el 4% (Capital, Santa Cruz y Tierra del Fuego) y 12% (Misiones).

Entre las de 15 a 17 años, Tierra del Fuego y Santa Cruz son las jurisdicciones que tienen la más baja participación económica –tanto entre las que no son madres (9%) como entre las que lo son (20%) mientras que Córdoba es la que presenta las tasas de participación económica más alta (20% entre las no madres y 35% entre las madres).

Si en lugar de considerar las tasas de actividad de las adolescentes de 14 y de 15-17 años –que incluye mayoritariamente a las desocupadas– tenemos en cuenta cuántas del total de las adolescentes trabajan en cada grupo de edad, se destaca Misiones con la proporción más alta de ocupadas tanto entre las madres (10-11%) como entre las que no lo son (6-9%).

Entre las de 18 y 19 años, Formosa, Chaco, Santiago del Estero y Misiones son las jurisdicciones con más baja participación en el mercado de trabajo, tanto entre las madres como entre las que no lo son (con un nivel de alrededor del 30%). Tierra del Fuego, la Capital Federal, el Gran Buenos Aires y Córdoba, en cambio, se destacan por la más alta participación (entre el 43 y 50%). Por otra parte, Tierra del Fuego y la Capital Federal son también las jurisdicciones con la mayor proporción de adolescentes que trabajan (19-28% entre las madres y 18-20% entre las que no lo son).

5.4 Asistencia escolar

La relación entre la condición de maternidad y la asistencia escolar es claramente negativa. Como se puede observar en el Cuadro 5.4, el 80% de las adolescentes que no tuvieron hijos asisten a un establecimiento educativo mientras que entre las madres dicha proporción es sólo el 25%.

¹⁷ Se excluyen Santa Cruz y Tierra del Fuego por la baja frecuencia de madres entre las adolescentes de 14 años.

CUADRO 5.4. POBLACIÓN FEMENINA DE 14 A 19 AÑOS. PORCENTAJE DE MUJERES QUE ASISTEN A LA ESCUELA SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y GRUPO DE EDAD, POR JURISDICCIÓN. AÑO 2001

Jurisdicción	14 años		15 a 17 años		18 y 19 años		Total	
	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres
Total país	76.4	93.2	34.9	85.1	17.4	64.2	25.7	80.5
Capital Federal	82.1	97.0	50.2	93.4	26.4	78.5	36.4	88.6
Buenos Aires	86.1	97.0	42.2	89.3	19.1	64.7	29.5	83.4
GBA	87.0	97.0	43.8	89.3	19.3	63.5	30.3	82.9
Resto Bs. As.	84.4	97.0	39.7	89.3	18.9	66.8	28.1	84.3
Catamarca	80.3	96.2	43.0	89.2	24.9	68.9	34.0	85.3
Córdoba	70.7	91.5	29.8	83.4	14.7	64.5	21.4	79.0
Corrientes	63.2	87.0	28.3	76.9	14.6	57.9	21.9	73.8
Chaco	58.6	84.5	24.3	74.9	15.2	58.3	20.4	72.6
Chubut	90.8	97.2	45.5	91.6	23.3	65.9	33.6	85.8
Entre Ríos	74.3	92.4	28.8	82.7	15.6	62.3	22.6	78.9
Formosa	62.5	88.8	26.6	78.0	14.9	57.1	21.2	75.1
Jujuy	73.5	94.0	44.2	87.7	26.7	68.3	34.3	83.7
La Pampa	77.4	95.8	30.4	88.1	17.4	61.7	23.7	82.8
La Rioja	80.6	93.6	43.8	85.7	24.7	68.1	34.2	82.3
Mendoza	74.9	93.3	26.3	82.6	12.7	59.7	18.9	78.0
Misiones	58.2	80.3	21.3	70.3	9.6	54.3	15.7	68.3
Neuquén	78.3	95.5	36.7	86.8	22.1	67.4	29.2	83.3
Río Negro	71.3	94.8	40.0	88.1	24.8	68.2	31.2	84.3
Salta	75.3	93.0	35.5	85.6	19.6	64.3	27.7	81.6
San Juan	78.1	92.3	33.2	83.3	14.3	63.0	22.7	79.0
San Luis	78.8	93.5	34.3	84.8	19.7	63.4	26.9	80.4
Santa Cruz	91.2	98.1	56.7	94.8	32.3	71.2	41.0	89.7
Santa Fe	76.5	95.0	32.1	86.3	14.9	65.2	23.5	81.7
Sgo. del Estero	65.3	79.5	25.5	67.6	12.3	51.0	19.3	65.5
Tucumán	66.4	81.9	26.5	70.8	10.6	54.3	18.4	68.0
Tierra del Fuego	88.9	98.9	67.8	96.0	40.5	72.6	51.7	91.1

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

Como es esperable, observamos una relación negativa entre la edad y la asistencia escolar. Es decir, a medida que aumenta la edad, disminuye la proporción que asisten a un establecimiento educativo tanto entre las madres como entre las que no lo son. Sin embargo, esta asociación negativa es mucho más pronunciada entre las madres. Entre éstas la proporción que asiste a

la escuela es del 76% entre las de 14 años, disminuyendo casi a la mitad (35%) entre las de 15-17 años y al 17% entre las de 18 y 19 años. Entre las que no son madres, las proporciones respectivas son 93, 85, y 64 por ciento. Esto resulta, entonces, en mayores diferencias entre las madres y no madres en relación a su asistencia escolar a mayor edad de las adolescentes.

En las distintas jurisdicciones se observan diferencias de acuerdo a la edad de las adolescentes, si bien cabe destacar que Misiones muestra consistentemente la menor proporción de adolescentes que asisten a la escuela tanto entre las madres como entre las que no lo son independientemente del grupo de edad.

6. MADRES ADOLESCENTES: COBERTURA DE SALUD Y VIVIENDA

Sólo el 27% de las madres adolescentes (14-19 años) tiene cobertura de salud¹⁸ (Cuadro 6.1). Si comparamos estas cifras con la situación del total de las adolescentes (sean madres o no) se observa que las que son madres están en una situación de mayor vulnerabilidad.¹⁹

La proporción de madres que tiene algún tipo de cobertura disminuye a medida que aumenta la edad de la adolescente: 34% entre las de 14 años, 28% entre las de 15-17 años, y 26% entre las de 18-19 años. Tierra del Fuego es la jurisdicción que tiene la proporción más alta de madres con cobertura (60%), seguida por Santa Cruz (50%) y la Capital Federal, Catamarca y La Rioja (41-45%). Chaco y Formosa, en cambio, muestran la proporción más baja (15-17%).

¹⁸ Cobertura de salud incluye emergencia médica, plan de salud privado, mutual u obra social.

¹⁹ Esta conclusión se basa en las adolescentes (madres y no madres) de 15 a 19 años, que son las únicas para las que contamos con datos. Entre ellas, el 53.2% tienen cobertura de salud.

CUADRO 6.1. MADRES DE 14 A 19 AÑOS. PORCENTAJE QUE TIENE COBERTURA*
DE SALUD POR GRUPO DE EDAD Y JURISDICCIÓN. AÑO 2001

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

Nota: * Incluye emergencia médica, plan de salud privado, mutual y obra social.

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

La mitad de las madres adolescentes vive en casas o departamentos mientras la mitad restante vive en condiciones más precarias, mayoritariamente en casas precarias, o en ranchos y casillas (Cuadro 6.2). Comparándolo con la estructura del tipo de vivienda en que vive la población del país –únicos datos disponibles para realizar algún tipo de comparación– se observa que las condiciones de vivienda de las madres adolescentes son mucho más precarias

que la del total de la población. A nivel nacional, alrededor del 25% de la población vive en viviendas precarias (casa tipo B, rancho, o casilla).

CUADRO 6.2. DISTRIBUCIÓN DE MADRES DE 14 A 19 AÑOS POR TIPO DE VIVIENDA, SEGÚN GRUPO DE EDAD. TOTAL DEL PAÍS. AÑO 2001

Tipo de vivienda	14 años	15 a 17 años	18 y 19 años	Total
Casa tipo a + Depto.	53.1	47.1	50.5	49.5
Casa tipo b	33.4	36.8	34.5	35.2
Inquilinato + Hotel pensión	0.5	0.9	1.2	1.1
Rancho + Casilla	12.8	15.0	13.4	13.9
No habitac. + Viv. Móvil + En la calle	0.2	0.3	0.3	0.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Casa tipo a: Se refiere a todas las casas no consideradas tipo b.

Casa tipo b: Se refiere a todas las casas que cumplen por lo menos con una de las siguientes condiciones: tienen piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tienen piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado) o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no disponen de inodoro con descarga de agua.

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

La Pampa, seguida por la Capital Federal, Neuquén, Chubut y Córdoba son las jurisdicciones en que las madres adolescentes gozan de mejores condiciones de vivienda, dado que entre el 58 y 80 por ciento de ellas habitan en viviendas adecuadas. En el extremo opuesto se encuentran Formosa, Chaco y Misiones donde 3 de cada 4 madres adolescentes viven en viviendas precarias.

En términos generales no se observan grandes diferencias en las condiciones de vivienda según la edad de la madre adolescente. En algunos casos las madres más jóvenes (14 años) muestran una leve mejor situación habitacional que sus pares más grandes. Esto seguramente responde a que las madres más jóvenes continúan mayoritariamente viviendo en sus hogares paternos, como hemos visto previamente.

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El nivel de la fecundidad adolescente en la Argentina con 62.2 por mil se encuentra por debajo del nivel general de América Latina y el Caribe e incluso

por debajo de América del Sur, pero muy lejos de los niveles alcanzados por algunos de los países europeos y asiáticos.

Como todo promedio, la tasa de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años) del país esconde importantes desigualdades, ya que el nivel de fecundidad de las jurisdicciones varía entre el 23.9 en Capital Federal (levemente superior al promedio en Europa) y el 101.1 en Chaco (levemente inferior al promedio en África).

Desde 1980 la fecundidad adolescente en la Argentina está descendiendo lentamente casi alcanzando el nivel observado en 1960, momento a partir del cual se dispone de información confiable. Esto mismo sucede en la mayoría de las jurisdicciones, con excepción de aquellas que en 1960 presentaban los niveles más altos del país que, para el 2001, logran las tasas mínimas de su historia.

La fecundidad adolescente precoz (menores de 15 años) es un motivo de preocupación, no tanto por su magnitud –que es pequeña y está descendiendo– sino por sus implicaciones en el bienestar de la madre y el hijo.

Tanto las tendencias observadas en las tasas de fecundidad adolescente como en el volumen de nacimientos de madres de menos de 20 años muestran que las noticias sobre un aumento de la maternidad en la adolescencia no son fundadas. Esto no significa sacar esta temática de la agenda de políticas sociales y de salud, como queda claro a partir de los resultados de este informe: los nacimientos de bajo peso y pretérmino son más frecuentes entre las madres adolescentes, en especial si son menores de 15 años. Además, la maternidad adolescente suele ocurrir fuera del contexto de una pareja estable con mayor frecuencia que entre las mujeres de mayor edad. Por otro lado una proporción de los nacimientos de madres adolescentes son de orden 2 o superior, lo que indica un patrón de fecundidad de inicio temprano y con intervalos intergenésicos cortos, que no es aconsejable.

La maternidad adolescente es más frecuente entre las extranjeras que entre las nativas. En concordancia con la literatura, nuestros resultados muestran que la escolaridad tiene un papel crucial en la ocurrencia de la maternidad durante la adolescencia. Por un lado, la probabilidad de ser madre entre las analfabetas es más del doble que entre las que no lo son. Por otro lado, el acceso al nivel secundario, y más aún completarlo, disminuye significativamente la probabilidad de tener hijos en la adolescencia.

De la comparación de las adolescentes madres con aquellas que no lo son surgen interesantes diferencias. Las adolescentes que no son madres son mayoritariamente solteras, viven con sus padres, asisten a un establecimiento educativo y no trabajan. Por su parte, algo más de la mitad de las adolescentes que son madres son casadas o unidas, sólo la mitad vive en el hogar de origen, y la mayoría no asiste a un establecimiento educativo y no trabaja.

La comparación con el total de las adolescentes y con la población en general muestran que las madres adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad tanto en cuanto a cobertura de salud como en cuanto a la calidad de la vivienda que habitan. Estos y otros indicadores indirectos

señalan, sin duda, que son las adolescentes pobres aquellas que con mayor frecuencia tienen hijos.

Por último, a lo largo de este capítulo hemos señalado las importantes diferencias observadas en las distintas jurisdicciones. Si bien no las volveremos a detallar aquí, cabe destacar que las diferencias en los niveles de fecundidad adolescente se han ido achicando en el tiempo.

Referencias bibliográficas

- Añaños, C.: “Fecundidad y madres adolescentes de la ciudad de Rosario: tendencias 1980-1991”, en *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, AEPA y Honorable Senado de la Nación, 1993.
- Binstock, G. y Pantelides, E. A.: Fecundidad adolescente: diagnóstico sociodemográfico. Informe final de investigación, Estudio colaborativo multicéntrico sobre embarazo adolescente, 2004. (Disponible en: www.msal.gov.ar/html/site/zip/Binstock%20inf%20final%20fec%20adolescente.zip)
- Bisig, E.: “La salud reproductiva adolescente en la provincia de Córdoba”, en Domínguez Mon, A. et al. (comps.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Dunken, 2000.
- Calandra, N. et al.: “Embarazo adolescente: investigación sobre los aspectos biopsicosociales”, en *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, CENEP/OMS-CEDES-AEPA, 1996.
- Climent, G.: “Maternidad adolescente: desigualdades sociales y marginación”, en Domínguez Mon, A. et al. (comps.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Dunken, 2000.
- Díaz Muñoz, A. R. et al.: “Comportamiento reproductivo de las adolescentes”, en *Infancia y condiciones de vida: encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1996.
- Dirección Nacional de Estadística y Censos: *Hechos demográficos en la República Argentina: 1954-1960*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, s.f.
- Geldstein, R. y Delpino, N.: “De madres a hijas. La transmisión de pautas de cuidado de la salud reproductiva”, en Honorable Senado de la Nación, *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA)*, Buenos Aires, Secretaría Parlamentaria, Dirección Publicaciones, 1998.
- Geldstein, R. y Pantelides, E. A.: “Coerción, consentimiento y deseo en ‘la primera vez’”, en Checa, S. (comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Geldstein, R. et al.: “La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas”, en Pantelides, E. A. y Bott, S. (eds.) *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Buenos Aires, Biblos-OMS, 2000.
- Giusti, A. y Pantelides, E. A.: *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*, Buenos Aires, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, Nº 11, Ministerio de Salud y Acción Social, 1991.
- Infesta Domínguez, G.: “Fecundidad adolescente: un análisis de los diferenciales socioeconómicos”, en *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, AEPA y Honorable Senado de la Nación, 1993.
- “Dificultades para la articulación de un comportamiento anticonceptivo eficaz en las mujeres adolescentes”, en Honorable Senado de la Nación, *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA)*, Buenos Aires, Secretaría Parlamentaria, Dirección Publicaciones, 1998.
- Méndez Ribas, J. M. et al.: “Iniciación sexual en adolescentes escolarizados

- de la ciudad de Buenos Aires”, en Honorable Senado de la Nación, *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA)*, Buenos Aires, Secretaría Parlamentaria, Dirección Publicaciones, 1998.
- Necchi, S. *et al.*: “Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta”, en Pantelides, E. A. y Bott, S. (eds.) *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Buenos Aires, Biblos-OMS, 2000.
- Pantelides, E. A.: “La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX”, en *Cuadernos del CENEP*, Nº 41, Buenos Aires, CENEP, 1989.
- *La maternidad precoz: la fecundidad adolescente en la Argentina*, Buenos Aires, UNICEF, 1995.
- Pantelides, E. A. y Cerrutti, M. S.: “Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia”, en *Cuadernos del CENEP*, Nº 47, Buenos Aires, CENEP, 1992.
- Pantelides, E. A. *et al.*: “Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia”, en *Cuadernos del CENEP*, Nº 51, Buenos Aires, CENEP, 1995.
- Pantelides, E. A. y Geldstein, R. N.: “Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos”, en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, AEPA-CEDES-CENEP, 1998.
- Schufer, M. *et al.*: “Tipología de adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires según sus conductas en la iniciación sexual”, en *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, CENEP/ OMS-CEDES-AEPA, 1996.

CAPÍTULO 5

EL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA EN LAS MIRADAS DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

Ariel Adaszko¹

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo, al igual que los capítulos 6, 7 y 9, es producto del componente del estudio destinado a recuperar los conocimientos y experiencias acerca del embarazo en la adolescencia de un conjunto de actores sociales relevantes (funcionarios, proveedores de servicios de salud, ONGs, adolescentes). El mismo contiene los resultados del análisis de entrevistas a 43 funcionarios que desempeñan cargos gerenciales en distintos niveles de las administraciones públicas provinciales (Ministerios, Secretarías y Direcciones Generales): funcionarios políticos de primera y segunda línea y responsables técnicos. También se incluyen funcionarios de los poderes judiciales y legislativos de nivel provincial. En general todos ellos están directa o indirectamente relacionados con programas vinculados a la salud y el desarrollo de los jóvenes.

Como se explicitó en la discusión conceptual de la problemática (Capítulo 2), partimos de la premisa de que la construcción social del “problema embarazo adolescente” está fuertemente atada a la representación que los sectores medios y altos de la sociedad tienen sobre la adolescencia así como a la normatividad vigente y las respuestas político-programáticas. Por tal motivo, resultaba oportuno entrevistar funcionarios públicos con la intención de reconstruir el conjunto de normas y valores acerca del embarazo y la maternidad/paternidad de las/los adolescentes que resultan dominantes en los contextos locales y conocer las posturas de quienes son responsables de definir prioridades en materia de políticas públicas y movilizar los recursos necesarios para llevarlas adelante.

El capítulo presenta los modos en que los funcionarios piensan la adolescencia, las condiciones de vida y los principales problemas que afectan la

¹ Agradezco a Mónica Gogna por la edición final del capítulo.

salud y el desarrollo de los jóvenes, sus opiniones y experiencias vinculadas con el embarazo, y su evaluación de las políticas públicas que abordan el embarazo y la maternidad/paternidad en esta etapa de la vida. Finalmente presentaremos los principales obstáculos para el desarrollo de políticas y programas identificados por los informantes y su opinión acerca de qué medidas deberían implementarse para profundizar o reorientar las acciones en curso.

2. METODOLOGÍA

A través de las entrevistas a informantes claves se buscó recuperar el saber que distintos actores poseen sobre el problema, reconociendo que este saber es contextual: es producto de su formación profesional, su inserción institucional, su experiencia cotidiana, así como de ciertos posicionamientos políticos e ideológicos. Más allá de la singularidad de cada sujeto, los informantes reflejan la manera en que los conjuntos sociales de los que forman parte perciben y construyen los problemas y responden a ellos. La forma de conceptualizar la adolescencia y de interpretar el fenómeno de la fecundidad adolescente determina prioridades, orienta sus acciones y, fundamentalmente, la naturaleza de estas últimas. Sin negar el peso que indudablemente tiene la disponibilidad o ausencia de recursos, partimos del supuesto de que aún en condiciones macroeconómicas semejantes pueden desplegarse respuestas muy diversas conforme se conceptualice la problemática.

Teniendo en cuenta estas premisas teórico-metodológicas y sobre la base de un muestreo teórico,² en cada sitio se seleccionó y entrevistó un número variable de funcionarios³ aplicando una guía de entrevista semi-estructurada. En la mayoría de los casos las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas en una matriz. En los casos en los que no se contó con la autorización de los entrevistados para el registro magnetofónico, se utilizaron las notas de campo para construir los datos. Dada la naturaleza cualitativa del estudio, no pretendemos generalizar los hallazgos al universo de funcionarios públicos. No obstante, en la detallada descripción de los puntos de vista de los entrevistados, los lectores de provincias con similares características

2 “La lógica y la potencialidad del muestreo intencional (*purposeful sampling*) radica en seleccionar casos ricos en información para ser estudiados en profundidad. Los casos ricos en información son aquellos de los que uno puede aprender mucho acerca de cuestiones que son de vital importancia para el propósito de la investigación.(...) Nada captura mejor la diferencia entre los métodos cuantitativos y cualitativos que las diferentes lógicas que subyacen a las estrategias de muestreo.” (Patton, 1990. p. 169, *nuestra traducción*).

3 El protocolo de investigación contemplaba que en cada sitio se realizaran al menos 5 entrevistas a funcionarios, lo cual daba un total de 35 para esta sub-población. En algunos sitios los becarios enfrentaron una serie de obstáculos para acceder a los funcionarios y concretar dichas entrevistas. Por tanto la cantidad de entrevistas varía considerablemente entre sitios (mínimo:2; máximo:10).

socio-culturales y económicas podrán ver reflejados ciertos patrones que seguramente resultarán familiares.

La diversidad en el origen de los entrevistados garantizó una amplia base para el análisis, pero a la vez complejizó el proceso ya que la cantidad y calidad de la información respecto de algunas cuestiones (en particular las acciones concretas en materia de salud sexual y reproductiva) es desigual y ello dificulta (o impide en algunos casos) la comparación entre las perspectivas de diferentes entrevistados. Otro elemento que complejiza el análisis es la heterogeneidad del nivel organizacional en los que se encuentran las instituciones relevadas, y el dispar grado de responsabilidad de los informantes (Tabla 2). A medida que aumenta el nivel de gestión, las respuestas sobre acciones concretas tienden a ser menos precisas y, de manera inversa, a medida que decrece el nivel gerencial la realidad que describe el informante está más circunscripta y las acciones tienen menor impacto. No obstante, no resulta apropiado generalizar: no siempre el mayor nivel jerárquico aseguró un mayor nivel de definición política ni la cercanía con el nivel operativo una descripción más detallada de las acciones. Este último punto no se relaciona con el instrumento utilizado para relevar los datos sino con la disposición de algunos entrevistados para conversar sobre ciertos tópicos o el alcance real de las políticas o programas que encabezan.

La guía de entrevista contenía los siguientes ejes de indagación:

1. Caracterización de la población adolescente local.
2. Principales problemas de los adolescentes.
3. Definición del problema 'Embarazo durante la adolescencia'.
4. Actitud de los adultos ante este fenómeno.
5. Perfil institucional y oferta de servicios para el abordaje de adolescentes embarazadas y de adolescentes padres/madres.
6. Programa, proyecto o línea de acción en curso.
7. Política vinculada con la anticoncepción, acceso y provisión de métodos anticonceptivos, y obstáculos organizacionales, culturales e ideológico-políticos para el desarrollo de estrategias vinculadas con esta área, especialmente las que se dirigen a adolescentes.
8. Políticas y acciones relacionadas con la prevención de la transmisión del VIH-sida en adolescentes.
9. Políticas y acciones vinculadas con el aborto.
10. Políticas y acciones vinculadas con el abordaje de situaciones de violencia y abuso sexual en menores.
11. Evaluación de la política estatal y recursos disponibles para soporte de adolescentes en situación de embarazo.
12. Propuestas para profundizar o reorientar las políticas y estrategias.
13. Articulaciones intersectoriales para la implementación de acciones.

Se procuró una protección frente a eventuales sesgos que pudiera introducir el entrevistador a partir de distintos resguardos metodológicos. Así, por ejemplo, las guías se diseñaron con el propósito de que fueran los propios informantes quienes definieran los problemas, especialmente 'el embarazo adoles-

cente’, y explicaran por qué lo hacían de un modo determinado. Para detectar posibles variaciones inter e intrajurisdiccionales no se fijó a priori un rango etario para la ‘adolescencia’ y se evitó categorizar a los adolescentes en subgrupos (en función de criterios socioeconómicos, de género, étnicos o culturales, etc.) a la hora de formular las preguntas a los entrevistados. Por una razón similar, preferimos utilizar la expresión “embarazo en la adolescencia” y no “embarazo adolescente”, en tanto ésta última pareciera estar caracterizando negativamente el embarazo.⁴ Otras expresiones que se evitaron intencionalmente en la pauta guía fueron ‘embarazo no deseado’, ‘riesgo’ y ‘embarazo precoz’.

2.1 Características de la muestra

Se realizaron 43 entrevistas a funcionarios cuya distribución por jurisdicción y por área de desempeño puede apreciarse en la tabla 1:

TABLA 1
FUNCIONARIOS ENTREVISTADOS SEGÚN ÁREA
DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y JURISDICCIÓN

Jurisdicción	Salud	Desarrollo Social	Educación	Otros	Total
Catamarca	3	4	1	1	9
Chaco	3	5	2		10
Buenos Aires	1	3	1		5
Rosario	3			1	4
Misiones	2	3	1		6
Salta	3	3	1		7
Tucumán	2				2
Total	17	18	6	2	43

El 42% de las entrevistas corresponden a áreas de desarrollo social, 40% al sector salud y el 14% a educación. La categoría ‘*otros*’ incluye a un senador y a un juez. La mayoría de los informantes categorizados en ‘*Desarrollo Social*’ pertenecen a Direcciones o Programas dirigidos a mujeres, niños y jóvenes. Es interesante destacar que la mayoría de las intervenciones dirigidas a ‘*adolescentes*’ quedan subsumidas o subordinadas dentro de estas áreas mayores. Si bien en algunos sitios existen programas o servicios de salud dirigidos específicamente a la población adolescente, en general las intervenciones los abordan en tanto integrantes de conjuntos sociales más amplios: jóvenes –categoría que se extiende hasta los 25 años–, mujeres en edad reproductiva, población con necesidades básicas insatisfechas, etc.

⁴ Debemos este señalamiento a Solum Donas (comunicación personal, abril de 2003).

En la tabla 2 se pueden observar las dependencias relevadas por área. Las mismas corresponden, casi en su totalidad, a Ministerios, Secretarías, Subsecretarías, Direcciones Generales, Programas y Proyectos.

TABLA 2
DEPENDENCIAS RELEVADAS POR SITIO

Provincia	Dependencia/Organización	Provincia	Dependencia/Organización	
Catamarca	Departamento de Maternidad e Infancia	Rosario	Programa de Procreación Responsable y de Salud Integral de la Mujer	
	Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable		Dirección General de Servicio de Salud	
	Subsecretaría de Acción Social		Juez de Menores	
	Dirección de Políticas Juveniles		Dirección de Atención Primaria	
	Otro	Misiones	Prog. Prov. de Salud Sexual, Reproductiva y Planificación Familiar	
	Otro		Dirección de Enseñanza de Polimodal, Superior y Regímenes Especiales	
	Dirección de Medicina Preventiva		Programa Salud Sexual Reproductiva	
	Dirección de Políticas Nutricionales		Subsecretaría de la Mujer y la Familia	
	Dirección de Educación Inicial y General Básica		Departamento de Mujer y Salud de la Dirección de la Mujer	
			Subsecretaría de la Juventud	
Chaco	Programa Salud Escolar	Salta	Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual	
	Instituto Provincial de la Mujer		Consejo de la Mujer Municipal	
	Programa Salud Reproductiva Procreación Humana y Responsable		Subsecretaría de Desarrollo Familiar	
	Dirección Materno Infantil y Nutrición		Prog. del Área de Primer Nivel de la Coordinación de Producción y Gestión Hospitalaria y Centros de Salud	
	Programa Salud Escolar		Dirección General de Educación Polimodal	
	Instituto Provincial de la Mujer		Dirección de la Mujer	
	Programa Materno Infantil y Nutrición		Programa Materno Infantil	
	Centro de Inclusión Social		Instituto de Maternidad	
	Otro		Tucumán	Atención Primaria
	Subsecretaría de Coordinación Técnico Administrativa de la Sec. de Desarrollo Social			
Buenos Aires	Dirección de Medicina Preventiva			
	Dirección Provincial de Juventud			
	Hogar Materno Infantil Casagrande			
	Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo			
	Dirección de Psicología y Asistencia Social Escolar			

El cuerpo de entrevistas analizado se conforma por un total de 450 páginas a interlineado simple de transcripciones. Se diseñó una base de datos en Microsoft Access para codificar las entrevistas, procedimiento que fue complementado en una segunda instancia con el software NUD*IST v.4. Se trabajó con 22 categorías/ejes temáticos predefinidos. De la lectura del material emergieron nuevas dimensiones que condujeron a una segunda categorización, producto que constituye la base del presente capítulo.

En el análisis hemos querido privilegiar la voz de los funcionarios transcribiendo fragmentos de sus entrevistas, las que han sido editadas mínimamente para facilitar la lectura.⁵ Cabe recordar que el propósito de este componente ha sido reconstruir la mirada de los actores en sus propios términos. Más que brindar respuestas unívocas, la intención es desplegar el abanico de miradas sobre los temas abordados, intentando cuando resultó posible producir algún tipo de clasificación de las respuestas y una interpretación que necesariamente toma en cuenta el marco conceptual que ha guiado la investigación.

Probablemente el/la lector/a advertirá puntos de contacto y también discrepancias entre la visión de los funcionarios y el cuadro de situación que surge de los datos estadísticos presentados en otros capítulos (en particular, los capítulos 4 y 8) o entre sus perspectivas y las de otros actores. Este es justamente uno de los hallazgos del trabajo: la persistencia de “visiones” más ligadas al sentido común, los mensajes que difunden los medios de comunicación masivos y/o los prejuicios (de clase, de género, generacionales) que al conocimiento acumulado y a las evidencias disponibles.

3. LAS “ADOLESCENCIAS” EN LOS CONTEXTOS LOCALES

3.1 Definiciones de la adolescencia

Al comenzar las entrevistas se solicitaba a los informantes que precisaran a qué sujetos se referían cuando utilizaban el término adolescencia y cuáles consideraban que eran los principales problemas que enfrenta esta población en sus respectivos contextos. En términos generales se observó que ésta no resultó una tarea sencilla para los funcionarios entrevistados.

Con respecto a la definición de adolescencia, la gama de respuestas fue amplia, incluyendo tanto las definiciones técnico-operativas de la OPS/OMS –que subsumen la experiencia de todos los jóvenes de una franja etaria bajo el rótulo ‘adolescentes’– como posturas que relativizaron la posibilidad de ofrecer respuestas unívocas.

⁵ A los fines de resguardar la confidencialidad y evitar la posible identificación de los informantes, no hemos incluido datos sobre sexo y edad. En los testimonios, se consigna solamente el sitio de procedencia del entrevistado de modo de reflejar, en cierta medida, las diferencias entre los contextos.

*“No se los puede definir biológicamente, es una construcción cultural.”
(Rosario)*

“No me animaría a poner edades fijas, sino períodos o sea hasta que ellos se constituyen en responsables de sí mismos, constituyen una familia y hacerse cargo de ella.” (Salta)

“Hasta los 20-21 a menos que haya algo, como el embarazo, que haga ‘crisis’ antes.” (Catamarca)

La gran mayoría señaló los 10-11 y los 19-20 como edades límites. En algunos casos, el extremo inferior fue señalado como los 13-14 años y el superior adelantado hasta los 16-17 o postergado hasta los 23-24. Prácticamente no se mencionaron criterios biológicos ni psico-evolutivos para definir los límites inferior y superior. Sin embargo, este último criterio era utilizado con cierta frecuencia como explicación de por qué no es adecuado que un adolescente tenga hijos, sin quedar en claro cuándo el proceso de maduración está lo suficientemente avanzado para hacerse cargo ‘adecuadamente’ del cuidado y crianza de los hijos.

No obstante la variabilidad en las definiciones existe consenso en que el embarazo, o más específicamente llevarlo a término y asumir el rol materno es una divisoria de aguas entre la minoridad y la adultez. Esta ruptura es explicada por algunos funcionarios como un fenómeno normal, socialmente determinado, en tanto otros lo califican como ‘precocidad’ casi patológica.

Entre algunos entrevistados primaron las generalizaciones que afirmaban que en última instancia, independientemente de su extracción social, los jóvenes comparten el atributo de ser sujetos incompletos que aún no tienen la capacidad de asumir responsabilidades, fundamentalmente las vinculadas con la maternidad/paternidad. De allí que el embarazo constituya una desviación individual con respecto a un desarrollo ‘normal’ que debe atravesar toda persona.

La mayoría, en cambio, optó por “contextualizar el carácter problemático del embarazo”, indicando la existencia de más de una adolescencia, con perfiles y necesidades muy diferentes. Preguntados acerca del perfil de las jóvenes que se embarazaban, predominaron las referencias a “chicas” de sectores pobres y marginales.

*“En cuanto al perfil de este grupo mayoritariamente tiene que ver con niñas, jóvenes que no han completado su escuela primaria, un porcentaje importante o mayoritario proviene de estrato socio-económico muy bajo de barrios periféricos de esta ciudad o de zonas rurales de la provincia.”
(Chaco)*

Aunque el embarazo en la adolescencia puede darse en todos los sectores sociales, los funcionarios tendían a asociarlo a la población objetivo de sus áreas: las jóvenes beneficiarias de políticas sociales. Cuando utilizan la expre-

sión ‘mamá adolescente’, refieren casi exclusivamente a las jóvenes de sectores pobres, ya que en los estratos medios –según los relatos– es muy frecuente que el embarazo no llegue a término.

A lo largo de las entrevistas pudimos identificar cuatro criterios, no siempre explícitos, a través de los cuales se segmentaba el gran conjunto ‘adolescente’: nivel socio-económico, lugar de procedencia/residencia,⁶ nivel cultural y edad. En base a ellos, los entrevistados construyen el perfil y las trayectorias de vida de tres grupos de jóvenes. Nos valdremos de la propia terminología utilizada por ellos para referirnos a cada uno de los tres grupos: (a) las *niñas* madres, (b) las *adolescentes* embarazadas de sectores medios y (c) las *mamás* jóvenes de sectores populares. La existencia o no de problemas, como consecuencia del embarazo, es distinta en los tres grupos.

Inclusive variará la preocupación –entendida como ansiedad y percepción de la necesidad de ‘hacer algo’ según el grupo.

“En lo personal lo que vi me duele. ¿Por qué me duele?, [porque] soy mamá y tengo hija adolescente, más allá de mi profesión, y veo esa, ese crecimiento de la vida en otra vida que todavía no está preparada para administrar su propia vida.”(Catamarca)

En términos generales, la mirada está centrada en las menores de 15 años, a las cuales en muchas ocasiones se alude con el término de ‘niñas madres’ o ‘niñas teniendo niños’, independientemente de su condición socioeconómica, y en las adolescentes de sectores medios –independientemente de su edad. Mientras que en estos dos grupos el embarazo ‘no debería ocurrir’ en virtud de no estar preparadas ni biológica ni psicológicamente, en el caso de las jóvenes de sectores populares el núcleo problemático se vincula más con las condiciones sociales en las que tiene lugar el embarazo, que con el embarazo en sí. Cabe recordar que la gran mayoría de los embarazos corresponden precisamente a este grupo de jóvenes.

3.2 Situación de los jóvenes en las provincias

A continuación, para contextualizar sus opiniones respecto del embarazo y la maternidad, describiremos cuáles son –desde la óptica de quienes tienen la responsabilidad de definir e implementar las políticas sociales– las condiciones de vida y los principales problemas que afrontan los jóvenes. La presentación permitirá apreciar cómo los funcionarios van vinculando las distintas problemáticas al fenómeno del embarazo.

⁶ Los entrevistados espontáneamente distinguieron entre los jóvenes “del interior” y los de la ciudad. Mientras que algunos informantes caracterizaron a los primeros como más ‘aniñados’, otros los describieron de manera inversa (casi ‘adultos’). Esto incidiría en la posibilidad de ejercer ‘adecuadamente’ la maternidad/paternidad.

A modo de introducción, cabe consignar que algunos entrevistados tienden a enfatizar aquellos rasgos que serían comunes a todos los adolescentes.

“En cuanto a la problemática en general del adolescente es un poco la búsqueda de identidades que tienen, no es cierto, ese desequilibrio propio de la edad.” (Chaco)

“Me parece que tiene que ver con una característica adolescente, que es lo fortuito, digamos..., lo efímero, lo ocasional, o ‘ya fue’, y ahí quedó el embarazo, porque bueno, también uno puede pensar que ya fue esa música, o ya fue esa relación.” (Buenos Aires)

“Sabemos que el adolescente naturalmente se cree omnipotente, de que a él no le va a pasar estos problemas, el problema le ocurre a los otros, tiene una pequeña omnipotencia propia de la edad ... eso crea una especie de, una irresponsabilidad característica de, especialmente, la primera etapa de la adolescencia. Entonces empiezan a advertirse, a desarrollarse sus sentidos y no toman precauciones, no toman las precauciones debidas y ya se encuentran con el embarazo no deseado.” (Misiones)

Otros, en cambio, advierten que existen diferencias según el sector social de pertenencia.

“Eso varía de acuerdo a sectores con distintas realidades socioeconómicas ... [pero] en sí, la problemática atraviesa todos los sectores en cuanto a las dificultades para asumir ciertas responsabilidades.” (Salta)

“Yo creo que son problemas comunes y son distintos en... el adolescente del interior que el adolescente de Capital [...] creo que son problemáticas totalmente distintas y giran en torno, más bien, a la falta de oportunidades que tienen los jóvenes, hoy, de insertarse ya no laboralmente, porque eso en muchos casos ha quedado muy, muy afuera de las posibilidades de la mayoría de los jóvenes, sino de insertarse desde el punto de vista educativo, sobre todo desde el punto de vista social.” (Catamarca)

“El nivel de penetración del problema (la falta de acceso a la escuela) en cada estrato social ... es diferente.” (Chaco)

Los entrevistados identificaron una serie de problemas; básicamente, en orden de importancia, el consumo de alcohol, el uso de drogas, el embarazo no planificado, la violencia y la exclusión.

“Como sociedad... no estamos ofreciendo modelos de autoridad que impliquen un claro conocimiento de los límites que necesitan. Ellos indican esto con conductas que no son apropiadas porque hacen daño, se hacen daño a sí mismo; tenemos muchos problemas de alcohol, de adicciones.” (Salta)

“El problema del consumo excesivo de alcohol que existe en este momento, no tan entendido (como) el tema de drogas y no tan promocionado pero que existe.” (Chaco)

“Lamentablemente lo que hace unos años no se veía en Catamarca que eran los chicos sentados en la calle tomando una cerveza, hoy es muy habitual ... no sé si es un problema de los chicos o es un problema de los adultos.” (Catamarca)

“Los problemas que tienen que ver con sexualidad o con embarazo adolescente son mucho más desde el punto de vista numérico en los niveles sociales inferiores o en los grupos más pobres por algún tipo de resolución al problema que tienen los niveles sociales con mayor poder adquisitivo, llegando eventualmente a solucionar el tema del embarazo a través del aborto.” (Chaco)

Algunos comparten la idea de que la falta de atención por parte de los adultos está vinculada con los problemas específicos antes mencionados. En otras palabras, cualquiera sea el sector del que provengan, los jóvenes se estarían criando sin referentes que les puedan transmitir valores.

“El problema de los adolescentes de nuestra ciudad, y quizás en general de todos los adolescentes, es la falta de contención familiar, la falta de la presencia de la familia, en cada una de las cosas, de los jóvenes.” (Chaco)

“Bueno, los chicos... aprenden generalmente en la calle, son muy pocos los chicos que reciben información directa de los padres o de algún adulto, generalmente aprenden todo en la calle.” (Misiones)

“Yo creo que el hacinamiento es un factor clave ... y por supuesto, también [la] cada vez más frecuente, desligada que tienen los padres... del cuidado de los chicos.” (Catamarca)

Esta situación generaría una ausencia de autoridad y la consiguiente falta de límites, lo cual resulta peligroso cuando se trata de sujetos caracterizados como carentes aún de las herramientas para gobernar con responsabilidad sus vidas.

“Creo que es una época de múltiples tentaciones. No me refiero a tentaciones al pecado, sino que me refiero a una sobre-estimulación al adolescente como sujeto de consumo. Y como sujeto expuesto a libertades que para la etapa de maduración del adolescente, de pronto no sería un común denominador con lo necesario para su formación.” (Salta)

La violencia es referida como otro de los problemas críticos. A modo de ejemplo, un testimonio que trasunta una cierta ambigüedad, en tanto los

jóvenes aparecen como víctimas y a la vez como potenciales victimarios.

“Entrevistado: Nosotros vemos que los jóvenes han tenido un cambio muy importante en su forma de convivencia en el medio, en su protagonismo y creemos que está inmerso permanentemente en un ambiente de violencia.

Entrevistador: ¿Por qué cree que se produjo ese cambio?

Entrevistado: No podemos decir que ellos sean generadores de violencia pero están inmersos en un ambiente de violencia y esto los hace cada vez más vulnerables a los jóvenes.” (Catamarca)

La violencia de la que los adolescentes son víctimas se expresa de diversas maneras que van desde el maltrato doméstico, físico o psíquico, pasando por la violencia callejera a la violencia institucional. A su turno, la violencia está asociada estructuralmente a un sistema de género que pone a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad y puede conducir, merced al abuso sexual, a un embarazo. El embarazo, a su vez, puede dar lugar a más violencia: maltrato, rechazo y abandono de los padres y de la pareja de la joven cuando se enteran que está embarazada. En todo caso los jóvenes, y en especial las mujeres, son presentadas como inmersas en un ambiente violento y como sumamente vulnerables.

“Y tenemos también una gran cantidad de niñas que son embarazadas por abuso.” (Catamarca)

“Indudablemente el embarazo entre los 10 y 14 años habría que ver qué pasa con la violencia, la coerción, el abuso.” (Rosario)

Es interesante resaltar que el abuso es principalmente referido a los estratos bajos, habitantes de las zonas marginales o rurales, mientras parece quedar invisibilizado en las capas medias y altas urbanas. Para el primer grupo, la “cadena de causalidad” va de la pobreza, al hacinamiento, de allí al co-lecho y finalmente a las relaciones sexuales intergeneracionales. Para muchos funcionarios estas relaciones en los estratos bajos estarían atravesadas por pautas culturales y no siempre serían producto de la coerción y el abuso –volveremos a este punto más adelante.

“Quizás tengamos que hacer una investigación de que todas estas embarazadas adolescentes muy menores, digamos un rango de 12,13,14 años, comenzar a hacer un análisis, que hay muchas chicas, especialmente del interior, que ese primer embarazo se debe o no a un abuso sexual. Esta es una situación muy, muy, muy frecuente en el interior de la provincia.” (Catamarca)

“Al abuso sexual, dentro de la relación, o sea, lo ven como algo normal, natural hasta que se lo habla, y ahí empiezan con los ‘click’, a darse cuenta.” (Chaco)

Lentamente los distintos problemas fueron siendo referidos a una matriz común, la situación de fuerte crisis social y exclusión, real o potencial, que determina, no sólo en el caso de los jóvenes, la desesperanza y la incertidumbre respecto del futuro.

“Creo que todo está relacionado con la crisis social.” (Salta)

“No tienen un proyecto de vida personal donde puedan trasladar la energía que tienen.” (Salta)

“En los barrios en los que estamos trabajando es un problema reconocido como el prioritario la desocupación, como un problema que [se] instala en el conjunto de la comunidad pero que fundamentalmente vulnerabiliza más aún a los jóvenes y tal vez se exprese con mayor violencia en ellos esta imposibilidad de articular un proyecto, de imaginar un proyecto futuro con las manifestaciones que en cada comunidad y en cada grupo esto pueda producir: desde la violencia como una forma vincular hasta el abuso de sustancias como últimamente el alcohol, pero también otro tipo de sustancias, que por otro lado su venta se instala como una estrategia de supervivencia.” (Rosario)

La vulnerabilidad que se dice ‘propia’ de la inmadurez de los adolescentes se potencia por la situación de marginalidad en la que vive una importante proporción de los adolescentes y jóvenes.

“En cualquier etapa de la vida vos te preguntás ‘¿para dónde voy?’. Imaginate [en] un adolescente ... es una pregunta muy grossa... preguntarle por una idea de progreso ...ni siquiera la pregunta tengo como una meta ... Entonces es complicado esto ... no es lo mismo decir ‘¿qué me va a tocar mañana?’ cuando llegaste a tu casa y más o menos tu ropa está ordenada y tu vieja te pudo hacer, o tu abuela o quien te cuida, un plato de comida. Y otra cosa es ‘¿qué va a pasa mañana?’ cuando ni tengo para... mate cocido.” (Buenos Aires)

La situación de pobreza extrema está asociada, según los entrevistados, a la pérdida de capital simbólico que contribuye a la reproducción de la situación de vulnerabilidad. Esto se refleja en el siguiente testimonio, que presenta un claro sesgo etnocéntrico.

“El problema mayor es la ignorancia. El porcentaje de jóvenes que no saben leer ni escribir es impresionante. Nosotros tenemos casos de adolescentes que por recomendación de su mamá vinieron a Posadas para trabajar en algún lugar y era impresionante las chicas no conocían la escoba, no conocían cómo usar un detergente y mucho menos los artefactos eléctricos. Mucha, mucha ignorancia.” (Misiones)

Luego de haber mencionado como problemas prioritarios el consumo de alcohol, la violencia, el abandono y la exclusión, los funcionarios mencionaron el embarazo y dos problemas estrechamente asociados: el aborto y la mortalidad materna, a los que nos referiremos en el próximo apartado.

Muy pocos informantes mencionaron espontáneamente el VIH-sida y las infecciones de transmisión sexual. Preguntados acerca de esto, algunos manifestaron que se trata de un problema y otros que se vislumbra como un problema a futuro.

“Tenemos un altísimo nivel de sífilis en la provincia [...] Y estamos también con la terrible consecuencia de un altísimo índice de sífilis congénita al nivel de países africanos más pobres. Muchas veces manifestar estas cifras a veces no es muy bien visto por ciertas autoridades que con una visión un poco estrecha y corta piensan que cómo es posible que durante su gestión tenga sífilis [...] De más está decir que también nos enfrentamos con otro problema mucho más grave que es la infección por HIV-sida.” (Misiones)

“Entrevistador: ¿En esta zona, el sida es un problema?”

Entrevistado: Sí ... Lo estamos viendo de manera creciente y lamentablemente a veces lo diagnosticamos después que tienen el hijo y después que han dado el alta.

Entrevistador: ¿En la provincia se te ocurre que puede llegar a ser un problema el sida?”

Entrevistado: Creo que es el gran problema del futuro, sí.” (Tucumán)

4. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: ¿UN PROBLEMA? ¿PARA QUIÉN? ¿POR QUÉ?

4.1 ¿Está aumentando el embarazo en la adolescencia?

Los funcionarios difieren en su percepción acerca de la magnitud del embarazo de adolescentes y si ha variado o no en los últimos años. En términos generales señalan que la tasa se ha incrementado en las menores de 15 años mientras que se mantendría estable entre las jóvenes de 15 a 19 años.

“El embarazo en la adolescencia es un problema serio en la provincia de Catamarca ... La tasa de embarazo en la adolescencia se mantiene estable por lo menos en los últimos 5 o 6 años con quizás el agravante de que en el último año se ha encontrado un incremento del embarazo en la adolescencia precoz, esto es entre mujeres menores de 15 años que han triplicado el número en relación a años anteriores.” (Catamarca)

Inclusive en un mismo contexto, se registran opiniones encontradas.

“El embarazo adolescente numéricamente mantiene valores similares a los de hace veinte años.” (Chaco)

“Esta situación se va agravando año tras año.” (Chaco)

“Es una situación que se mantiene constantemente.” (Chaco)

En tanto algunos entrevistados apoyan sus aseveraciones citando información estadística o resultados de investigaciones, otros desconfían de las cifras oficiales.

“Creo que es mucho más alto de lo que se difunde... Creo que en estos últimos cinco años tengo la sensación de que se dio una explosión en los embarazos adolescentes.” (Salta)

4.2 El embarazo en la adolescencia: ¿Es un problema? ¿Para quién?

A diferencia de la homogeneidad de opiniones respecto del carácter problemático de las adicciones o la exclusión social sobre la vida y las posibilidades de desarrollo de los jóvenes, las reacciones frente al embarazo fueron más heterogéneas. Se observó un amplio rango de posturas, como bien lo ejemplifican los siguientes testimonios.

“Yo creo que es un problema de acuerdo al contexto de la situación en que se crea ese embarazo adolescente ... del área que trabajamos es muy recurrente esta situación en familias muy pobres. Ahí si es un problema ... por el hecho de que no tienen lo mínimo para criar esa criatura que ya de hecho surge de otra persona que no está con la madurez suficiente ... y no se le puede brindar todos los elementos necesarios para el normal desarrollo tanto a nivel físico, biológico, como social, por el mismo sistema de pobreza.” (Misiones)

“No sé para quién es el problema. Esto debería preguntarle a las personas que creen que es un problema. Es una circunstancia como tantas otras de la vida, en las cuales no podemos juzgarlas, sino desde las políticas públicas colaborar a que las personas y las comunidades resuelvan las situaciones en un sentido positivo.” (Salta)

“Para mí es un mal social, ya que la adolescente se embaraza sin quererlo. Los padres no lo aceptan, el bebé es repudiado por la madre y por los adultos, encima no tiene padre.” (Salta)

La posición “intermedia”, la que dista tanto de la visión “catastrófica” cuanto de considerarla una “circunstancia vital más” es la mayoritaria entre los entrevistados. Otros consensos que es posible inferir de la lectura de las entrevistas son la preocupación por los embarazos producto de violación o

incesto y la noción de que el embarazo en la adolescencia afecta diferencialmente a las jóvenes según el sector social de pertenencia. En muchos testimonios se advierten sesgos de clase por cuanto el abuso sexual es referido exclusivamente como fenómeno que ocurre entre los sectores populares.

“Tenemos dos [formas] de llegar al embarazo en nuestra provincia que me parece que hay que tratarlos por separado ... Por un lado tenemos las chicas que se embarazan a partir de una relación sexual afectiva con un compañero, un novio de su edad, en forma natural donde se decide comenzar, que lamentablemente cada vez hay como un comienzo más temprano de la puesta en práctica de la sexualidad, que la lleva por falta de información, por falta de contención de su familia, por falta de sentarse a pensar y llega la consecuencia del embarazo. Y tenemos también una gran cantidad de niñas que son embarazadas por abuso, de sus propios familiares, de vecinos, de tíos, en donde ellas no tienen la oportunidad de decidir el querer tener o no una relación sexual que después termina en embarazo.” (Catamarca)

“Depende de los distintos lugares, de los distintos microambientes que rodean al adolescente, de los distintos estratos sociales al que pertenece. Tenemos el embarazo adolescente forzado por una violación en los barrios marginales, tenemos en los mejores estratos sociales de la provincia, como búsqueda de huida del seno familiar, de comunicación entre los miembros de la familia, fundamentalmente los padres.” (Tucumán)

Los entrevistados manifiestan que ya sea porque la propia madre de la adolescente fue madre joven, porque otras hermanas ya han pasado por esa experiencia, o porque dentro de la red de parentesco o de vecindad es habitual, en los sectores populares el embarazo antes de los veinte años es un fenómeno cotidiano que, tras una reacción inicial, termina siendo aceptado y no perturba significativamente el transcurrir de la vida. No es una situación disruptiva en el grado en que puede serlo para una adolescente de clase media. La joven se adapta a un rol que en alguna medida ya había ejercitado en relación con sus hermanos menores, o cuenta con el apoyo del entorno.

“La actitud del adulto ... que se convierten casi en jueces pero a su vez siguen de largo, no se detienen y no colaboran en cómo hacer para solucionar este problema [...] pienso que lo ven, que se asombran y se convierten en jueces con los adolescentes en los dos estratos sociales, pero, que aceptan como más natural que el estrato, donde se desarrollan los adolescentes pobres, es una cuestión más esperada.” (Chaco)

“Los de clase social alta son los que desprecian, son los que buscan sacárselo o venderlo. En la más baja lo aceptan más.” (Salta)

“Al que le toca de lejos lo ve muy distinto, ¡muy distinto!, porque por

ejemplo personas que no tienen dentro de su entorno ninguna persona, ninguna mamá niña entonces hablan de una manera, pero los que tienen un caso testigo lo toman como una [situación] no te digo normal pero bueno, ya está.” (Misiones)

“En el nivel bajo, vemos que es como más común, es más frecuente, entonces, ya tienen otros hijos que les ha pasado lo mismo, entonces, fuera como que por ahí lo aceptan más.” (Tucumán)

Es frecuente que en las entrevistas se recurra a la metáfora del ‘círculo de la pobreza’, es decir, las carencias materiales y simbólicas de los padres dan lugar a que sus hijos se embaracen a edades tempranas, abandonen la escolaridad, no consigan insertarse en el mercado laboral o si lo hacen, no obtengan puestos calificados y reproduzcan las condiciones iniciales de pobreza. Este argumento está relacionado con la idea de una ‘cultura de la pobreza’ que se reproduce transmitiéndose de generación en generación. Un sistema cerrado en el que se encuentran atrapados los protagonistas y que no puede romperse si no es a través de la intervención de un agente externo, en general el Estado.

“Es un problema cultural que, agregado a la falta de educación, reproduce el círculo de la pobreza.” (Buenos Aires)

“Considero que el embarazo en algunos sectores, en los sectores pobres de nuestra sociedad se produce en edades tempranas de la vida, se produce en función de razones culturales y que la cultura, los grupos no la eligen [...] Está más determinado por factores culturales que por la propia elección.” (Rosario)

“En el caso del adolescente pobre, me parece que es casi una cultura inevitable, que el adolescente se convierta en madre, la falta de educación, la lleva a la pérdida de la escolaridad y vuelta al ciclo, y vuelta a la maternidad, yo lo pondría como valores, como falta de valores a estos dos aspectos, que contribuyen a que las niñas se embaracen.” (Chaco)

Los puntos de vista de los funcionarios también difieren en términos de las “causas” y el significado que puede tener un embarazo en la adolescencia. Un primer grupo, sostiene que las adolescentes se embarazan sin quererlo, básicamente debido a la falta de información.

“La falta de información, me parece que es fundamental porque nos consta que donde las chiquitas reciben información se protegen, con anticonceptivos orales la mayoría.” (Misiones)

“El principal problema ... la falta de información ... en las distintas problemáticas, como puede ser el embarazo, como puede ser el tema de las

drogas, del alcoholismo, de todo lo que es iniciar esta nueva etapa de transición donde el chico prueba.” (Catamarca)

“Las personas mayores decimos, bueno, ‘¿Cómo no se va a cuidar esa mujer!’ pero desconocen que realmente ignoran todas posibilidades de cuidarse.” (Misiones)

“Me parece que está fallando mucho el apoyo del adulto, el adulto significativo para el adolescente, del padre o de la madre o de la tía, de la maestra, del profesor, eh..., que les ayude a asimilar, y a procesar la información que tienen de todos los ámbitos.” (Catamarca)

Otros, en cambio, señalan que de lo que se trata es de “falta de conciencia” o “irresponsabilidad” por parte de los jóvenes y no de falta de información, mientras que algunas voces aisladas apuntan a la responsabilidad de los adultos: los jóvenes, nos dicen, no tienen conciencia de que tienen “derechos reproductivos”.

“En fin, esto hace que los jóvenes con la información que manejan que no siempre es tan poca, utilizan su propia irresponsabilidad para el ejercicio de la sexualidad sin tomar en cuenta las consecuencias que esto tiene, aun a sabiendas de que existen estas consecuencias que no son agradables para ellos.” (Catamarca)

“Hay un poco de ignorancia, de desconocimiento de todo lo que tiene que ver con la sexualidad, con los derechos, con la reproducción, es como si no se conociera que es un derecho prevenir el embarazo.” (Salta)

Llamativamente las dificultades de acceso de las/los adolescentes a los métodos anticonceptivos están prácticamente ausentes del discurso de los entrevistados, a pesar de que el trabajo de campo fue realizado en un momento en el cual el suministro de insumos no estaba aún normalizado. Caben aquí dos hipótesis de trabajo. La primera es que los entrevistados evitaron mencionar un déficit del cual podían ser responsables en cierta medida. La otra es que, en contextos muy tradicionales, la provisión de información suele resultar menos conflictiva que la provisión de métodos. En consecuencia, consciente o inconscientemente, esta cuestión quedó fuera del discurso de la mayoría de los entrevistados.

Otro grupo de entrevistados cuestionó abiertamente la perspectiva que centra la atención en los aspectos cognitivos como principal determinante de la adopción de conductas preventivas. Estos testimonios, que revelan una visión más compleja de la problemática en cuestión, apuntan al peso que los mandatos culturales de género tienen sobre la posibilidad de las mujeres para adoptar conductas anticonceptivas.

“Falta de información es lo menos, lo más importante es la imposibilidad

de negociar preservativos, problemas para acceder gratuitamente, mandatos culturales.” (Chaco)

“No es sólo la falta de información de cómo cuidarse, sino muchas veces mandatos que tienen que ver con lo cultural, con lo social, con los cuales debemos trabajar para que las mujeres y las personas en general puedan tomar decisiones con mayor libertad.” (Salta)

También hubo quienes cuestionaron la idea de que el embarazo en la adolescencia es siempre un embarazo que no pudo evitarse, sea porque no se disponía de la información y los métodos o porque no pudo negociarse su uso. Estos testimonios remarcan que en algunos casos, sea conciente o inconcientemente, el embarazo es buscado y valorado por la joven/la pareja.

“Tenés de todo, tenés el que lo busca también al chico para una reafirmación, para tener algo de ella, para tener algo propio, eso también está y eso es atravesado culturalmente porque yo no creo que actualmente en nuestra cultura no haya quien no quiera ser mamá pese a que vos digas que debiese ser una elección.” (Rosario)

“Decir que sólo falta información de no saber cómo cuidarse, nos parece que es una respuesta ingenua, por lo menos es ingenua. Parece que muchas veces es una decisión quedar embarazada y tener un hijo. O sea, es una manera de proyectarse, una manera de tener algo, y esto produce nuevas familias, por supuesto.” (Buenos Aires)

“Generalmente se dice que hay falta de información sobre educación sexual en las escuelas, que las chicas no saben cómo cuidarse... creo que es más profundo que esto, me parece que no tenemos que despreciar la mirada respecto de lo que significa el embarazo como afirmación personal, del sentido de vida que tiene que ver con pautas culturales.” (Salta)

Frente a esta posibilidad, nuevamente encontramos diversas posturas: la aceptación o el cuestionamiento de esta realidad.

“Si es un embarazo no deseado, obviamente es un problema, ahora si es un embarazo de adolescente que se embaraza planificando su embarazo y no, no parecería un problema en realidad.” (Tucumán)

“Una de las cosas que más me preocupan es que no siempre el embarazo adolescente es un embarazo no deseado.” (Rosario)

“Para mí es un problema, porque para mí el proyecto de vida de un adolescente, no puede ser tener un hijo, a mí, ese no sería un proyecto de vida, aunque algunos lo tengan, y es un problema porque deberíamos promo-

ver, que lleguen por lo menos a los 19, 20 años, este, con una madurez como para decidir si quieren o no ser madres.” (Chaco)

4.3 Los argumentos basados en el “riesgo biológico”

Algunos funcionarios caracterizan al embarazo en la adolescencia como un problema por el riesgo biológico (mayor morbi-mortalidad materna y perinatal) que entraña. Algunos hablan de la adolescencia “en general” mientras que otros explícitamente ubican en esta situación de “mayor riesgo” a las menores de 15 años.

“En aquellas adolescentes muy jóvenes (12, 13, 14 años) está el riesgo desde lo biológico para la madre tanto como para el niño. En las adolescentes mayores y en muchas de ellas a partir de los 16 años en adelante la gran posibilidad de que no sólo tengan un hijo, sino que sean varios y en forma repetida. Ya disminuye el riesgo biológico para la madre pero está el riesgo biológico para el hijo con menor tamaño y el alto riesgo de enfermar o morir de los chicos.” (Chaco)

“Está comprobado, hay más muerte maternas, hay además, las consecuencias del aborto que sabemos que es también elevado y además no sólo en el adolescente, sino en el hijo, que puede nacer prematuro, y casi siempre con menor peso, que si la mamá tuviera una edad mayor...” (Chaco)

“Es un problema porque sabemos que los embarazos en la adolescencia tienen mayor riesgo que en las no adolescentes. El problema no es tanto en el embarazo, sino en los niños recién nacidos, con mamás no preparadas, en medio de una situación social desfavorable es más probable que tengan mayor mortalidad y morbilidad ... Vemos que muchas de las mujeres adolescentes han tenido niños de bajo peso o prematuros, siendo éstas las primeras causas de mortalidad perinatal de la provincia.” (Salta)

Otros entrevistados, en cambio, cuestionan los argumentos de tipo biológico y ponen el énfasis en las consecuencias que la maternidad en la adolescencia puede acarrear a las jóvenes.

“Comparamos embarazadas adolescentes y no adolescentes y hemos visto que los resultados, tanto digamos de la vía de terminación del parto como los resultados perinatales, no son peores en la adolescente que en la no adolescente. Esto no es lo que nos asusta porque está demostrado que no es, que los resultados no son peores, sino el contexto en que el adolescente tiene su niño, es decir cómo trunca su desarrollo, de la mujer, en cuanto a que no puede realizarse, porque de ser madre tan joven y sin tener recursos, eso trae aparejado toda una serie de elementos sucesivos, que no es lo que toda mujer desearía en su vida.” (Tucumán)

“Físicamente una chica sana puede tener un chico sano, pero, no permite su crecimiento total y por supuesto que rompe su proyecto de vida.” (Chaco)

4.4 El embarazo como “problema social, económico y familiar”

Algunos entrevistados, en cambio, lo plantean como un problema “social”, “económico” y/o “familiar”. A los fines analíticos intentaremos desbrozar los argumentos expuestos, los que en muchas ocasiones se superponen.

Un primer tipo de preocupación por las “consecuencias” del embarazo adolescente es su efecto sobre la adolescente y sus posibilidades de desarrollo personal.

“La niña o adolescente embarazada no es un problema pero es una preocupación muy grande ... porque generalmente terminan viviendo en una casita de 4 por 4, ella, su embarazo, los 6 o 7 hermanos, la mamá, el papá o el padrastro de turno ... Es muy difícil que en alguna familia organizada la chica quede embarazada y siga viviendo dentro del grupo familiar. Generalmente [los padres] le hacen una piecita al lado o de la casa materna o de la casa paterna y viven su matrimonio, y en este caso hay muchos en el interior de pueblitos chicos.” (Misiones)

Una importante proporción de entrevistados señala que el embarazo redundaba en el abandono escolar. Cabe destacar que muchos de ellos explícitamente señalan que esto ocurre entre las jóvenes que aún están escolarizadas, dando a entender así que la deserción es un fenómeno extendido y que ellos tienen conocimiento de que en muchos casos el abandono escolar preexiste al embarazo.

“En las chicas que van a la escuela, donde existe la deserción escolar, el rechazo familiar, el rechazo a veces de la misma pareja es como que quedan muy vulnerables ante la vida.” (Misiones)

“En aquella adolescente que está todavía inmersa en el sistema educativo es el abandono de posibilidades de educación y desarrollo, cambiar su expectativa de vida y modelo de vida.” (Chaco)

“Desde el punto de vista social si bien hay muchas cosas superadas, aún uno se encuentra con temas como que en tal escuela la niña no puede seguir concurriendo, o, la ubicación de los horarios. La gente si consigue un trabajo... y ser sola a veces no la aceptan tampoco porque saben que la responsabilidad de ella está primero puesta en el hijo, entonces desde el punto de vista laboral, muchas veces no es aceptada.” (Chaco)

“El problema pasa por todo esto, porque las posibilidades de realizarse, las posibilidades de seguir sus estudios, las posibilidades de capa-

citarse para luchar en la vida son más difíciles cuando tenés un hijo de por medio, además cuando tenés una criatura que criar a otra criatura. No le conviene a la mamá, no le conviene al bebé, no le conviene a la sociedad en su conjunto, tendría que ser la sociedad que asuma esto.” (Rosario)

Otros señalan como posibles implicancias negativas que el embarazo puede generar conflictos familiares o la estigmatización de la adolescente.

“Y desde el punto de vista familiar porque generalmente suele traer conflictos con los progenitores de la menor embarazada y eso hace que también [que] se pueda vivir en un grupo desestructurado.” (Rosario)

“Tienen que dejar de estudiar, muchas veces son rechazadas ... en algunas escuelas me comentaban que ya quedan tildadas como las loquitas del grupo, cuando en realidad todas están por ahí teniendo su vida sexual activa ya. Sin embargo ellas por ser embarazadas ya quedan estigmatizadas como las loquitas, o como las rápidas, o como las que siempre dicen que sí. Les genera por ahí el rechazo de su propia familia.” (Catamarca)

“En general [el] rechazo del embarazo del adolescente, y la culpabilización del adolescente mismo cuando en realidad la culpa no debería recaer sobre ellos.” (Chaco)

“Es primero una negación a toda la situación. Hay una resistencia a una realidad que en algunos casos, con el tiempo, a medida que se va aceptando esta realidad, después hay un acompañamiento hacia el adolescente, hacia los adolescentes. En otros casos pasa todo lo opuesto, esa resistencia o negación se mantiene y el adolescente queda desprotegido.” (Catamarca)

Algunas voces indican que la reacción social frente al embarazo afecta diferencialmente a varones y mujeres.

“Diferencia por género, se culpabiliza a la mujer, incluso si fue violada o abusada.” (Catamarca)

“Pautas culturales, se toma como un hecho natural que una nena pueda ser mamá a edad temprana porque colabora con las cosas del hogar y no es prioridad la educación para la mujer como lo es para el varón. Apenas tienen una dificultad en la escuela se produce la deserción.” (Salta)

De todas maneras, apuntan diversos informantes, la estigmatización de las adolescentes embarazadas es actualmente mucho menor que en el pasado.

“Actualmente hay como un mayor nivel de apertura, creo que ya no es tan

tajante como antes en donde había un rechazo absoluto, aunque todavía sigue habiéndolo. Todavía hay padres que durante meses no les hablan a sus hijas porque están embarazadas o las echan de la casa por vergüenza.” (Catamarca)

“Yo creo que ahora está mucho más aceptado, más institucionalizado que hace un par de años, yo creo que antes, hace un par de años había mucho rechazo por parte de la comunidad, precisamente a casos excepcionales que se podían distinguir de embarazos adolescentes, había un rechazo quizás desde la misma familia hacia el hijo o la hija porque ... parece que se convertiría en algún castigo.” (Catamarca)

En un segundo grupo de argumentos, la preocupación se desplaza de la joven al hijo/a y en particular a los supuestos déficits en su desarrollo psico-afectivo.

“Problema social en tanto y en cuanto los niños no están criados, en la mayoría de los casos, con la figura paterna por razones obvias o de separación o lo que fuere, en la mayoría de los casos falta la figura paterna, que es importantísima. Desde el punto de vista económico generalmente no están dadas las condiciones como para tener un niño en las debidas condiciones ... desde el punto de vista alimenticio y material y ello trae connotaciones afectivas también.” (Rosario)

“Me parece que las consecuencias son graves en el sentido de que la falta de imagen de un padre, o la imagen de una madre, por ahí que se confunden los vínculos donde la madre viene a ser después la hermana, y todo eso, me parece que en la personalidad del chico, en el psiquismo del chico, no soy psicóloga pero me imagino, y de acuerdo a lo que pude hablar con un psicólogo, y todo esto que, seguramente trae, acarrea problemas, en la vida en un futuro del niño y en la vida adulta.” (Catamarca)

“Las chicas, tan jovencitas, no están preparadas para atender, criar y mucho menos educar a los niños. Entonces terminan siendo educados por sus abuelas generalmente ... Con el consiguiente abandono, también, del padre de este chico y a la adolescente.” (Catamarca)

Inclusive, algún entrevistado llega al extremo de establecer una suerte de cadena causal en la cual el hijo de una adolescente termina siendo un delincuente.

“Yo creo que las consecuencias centrales que trae es ... cuál es la capacidad de esa criatura de hacerse cargo de otra criatura. Entonces las consecuencias pasan por el chiquito que va a estar más abandonado que otro, pasa por las ‘neos’ que probablemente pase más ese niño, que esté más abandonado, que la agresividad que sufre en el medio, que lo abusos que sufre en el medio, que la droga, que terminen siendo asesinos.” (Rosario)

5. LAS NIÑAS MADRES

Todos los entrevistados coinciden en que, en números absolutos, el peso de los nacimientos de menores de 15 años es relativamente pequeño en comparación con el de las jóvenes de 15 a 19 años pero que la tasa de fecundidad en la adolescencia temprana va en aumento. Este tipo de embarazo es el que genera mayor preocupación. Si bien se plantea que ocurre en todos los estratos, todas las explicaciones que recibimos se referían a niñas de sectores pobres. En estos grupos se lo asocia con varios factores, en algunos casos pautas culturales; en otros, condiciones materiales de vida (el hacinamiento, el co-lecho) y hábitos (consumo de alcohol), etc.

“Se da donde hay parejas inestables, por parte de las madres y estos niños, adolescentes van creciendo en este medio, donde también, como hablábamos recién, el gran problema del alcohol, la violencia esta inmersa en esos hogares y los chicos son los que sufren de este abuso sexual o violación.” (Catamarca)

“Yo creo que los elementos que inciden estarían en la baja información, en la crisis económica, la falta de recursos económicos en la que viven estas niñas madres, en el analfabetismo. Muchas niñas madres que no han completado el primario, que tienen que salir muchas veces a trabajar como trabajadoras sexuales, porque económicamente inclusive tienen que mantener a toda su familia, que son producto a veces de violencia, violencia familiar ... por ahí cierran todos los factores socioeconómicos, culturales, ambientales en los que se mueven.” (Misiones)

Los funcionarios señalan que suele existir una diferencia significativa de edad entre “las chicas” y los varones que las embarazaron, y en la mayoría de los casos, cuando se trata de violación, existe una relación de parentesco entre la ‘niña’ y su victimario.

“Hay varias razones en quienes viven en zonas de marginalidad o de exclusión, en zonas sub-urbanas, o con familias múltiples, con parejas parentales diversas por parte de, de su madre, muchas veces es por ignorancia, ignorancia ¿en qué sentido?, sufren este tipo de violaciones, este tipo de abusos, por parte de otras personas adultas que conviven y que comparten en más de una oportunidad ese lecho, de manera transitoria o permanente, o sea me refiero a una sola habitación para 12, 14 personas.” (Catamarca)

“...algunas veces producto de una relación, de incesto porque son realmente niñas madres con todas las complicaciones, ¿no es cierto?, que lleva un embarazo a esta edad, psicológica, mortalidad materna.” (Misiones)

“Habíamos hablado de que con el hacinamiento, en condiciones ... de bajos recursos socioeconómicos, se dan altos índices de abuso, de relaciones, de incesto, y eso a lo que íbamos que comentábamos hace un ratito que cuando nosotros decimos, y hablamos de niñas que vienen embarazadas de 13-15 años, y vos le preguntás de su pareja qué edad tienen, y bueno, son personas de treinta y pico de años. En un alto porcentaje son productos precisamente de eso, de violación, de abuso.” (Chaco)

“Tratan de callarlo ... se trata de ocultar ... son de los tíos, de los hermanos, o de los padrastros.” (Misiones)

Varios funcionarios apuntan que es frecuente que el primer embarazo sea seguido de otros y lo explican introduciendo factores culturales.

“La consecuencia más triste es que las carencias que sufre la embarazada, el bebé y también el futuro que le espera ... el futuro que le espera tanto a la mamá como al bebé porque generalmente no cambia esa situación y son muy pocas, no sé si hay alguna estadística más seria por ahí de la que uno puede ver normalmente, pero si una niña de 12 años tuvo un bebé es probable que a los 14 tenga dos.” (Misiones)

En los casos en los que se lleva a término el embarazo, las chicas, presentadas aún como niñas, no están en condiciones psicológicas para asumir la maternidad.

“Es como una niña teniendo otra niña ... Una persona que todavía no se ha desarrollado plenamente en toda su potencialidad a lo mejor físicamente pudiera ya estar en condiciones pero psicológicamente y socialmente no lo está.” (Misiones)

“Tenemos niñas de 12, 13 años, cuando recién están conociéndose ellas, recién están conociendo su cuerpo, con la situación de que ya están en una situación de embarazo. Entonces me parece que es grave por lo que implica toda la situación, de que no saben qué es lo que quieren y ya tienen que asumir una responsabilidad. ... sabemos que la primera etapa de un niño, lo que sería la primera infancia, es importantísimo, en donde se desarrolla la personalidad del niño y todo eso ... me parece que una niña de 13 años no está en condiciones de poder dar aportes significativos ... para el crecimiento pleno del chico.” (Catamarca)

6. LAS MAMÁS JÓVENES DE SECTORES POPULARES

En este apartado analizaremos la situación de las jóvenes del mismo sector social, pero de mayor edad. En términos generales identificamos tres posturas acerca del embarazo de jóvenes de sectores de escasos recursos:

(a) aquella que enfatiza las condiciones de vida, en términos de “factores de riesgo”; (b) la idea de una cultura de la pobreza, y (c) la perspectiva de la estrategia de supervivencia.

En relación con el primer grupo las explicaciones giran en torno a las condiciones de vida, el hacinamiento, el consumo de alcohol, la violencia y el abuso, a las que adicionan el problema de la falta de educación.

“De hacinamiento, de vivir quizás en una misma habitación de pronto, padres, hijos... No hay intimidad de los padres en sus relaciones sexuales, no hay intimidad de los hijos adolescentes, no hay posibilidad ni de ver televisión, aunque sea. Todo eso también fomenta la cosa de la intimidad, todas esas cosas...” (Buenos Aires)

Dentro de este contexto de privaciones el embarazo, aparece como una alternativa que les permitiría tener por primera vez algo propio.

“Tiene mucho que ver con todas estas necesidades básicas insatisfechas, y tiene que ver con que a veces el embarazo en algunas nenas es como un modo, por primera vez, [de] tener algo que les pertenece.” (Chaco)

La segunda mirada, no excluyente de la primera, está focalizada en la cuestión de una ‘cultura de la pobreza’ que se transfiere intergeneracionalmente y que constituye un círculo vicioso.

“Esto lo que hace es entrar en un círculo de pobreza, porque va a repetir la problemática que han repetido sus padres y los hijos de este adolescente van a hacer lo mismo más adelante [...] Estamos viendo mucho, muchísimo en los barrios y obvio que eso acarrea un montón de otros problemas como es la desocupación, como mantener a los chicos, y un montón de generadores de problemas [...] Y la pobreza y las situaciones culturales que ya trae de familia arrastrando de generación en generación, el sistema de pobreza, de valores culturales.” (Misiones)

“La joven madre, que no ha terminado una capacitación no puede obtener un trabajo digno, por lo tanto la remuneración que obtiene es escasa y por lo tanto, completa de esta manera un círculo de pobreza y miseria que trae consecuencias para el nuevo ser que ha sido gestado en un momento inoportuno.” (Catamarca)

La tercera lectura incorpora la idea de que el embarazo también forma parte de las estrategias de supervivencia y concede un cierto nivel de agenciamiento a los actores, es decir, no son simples observadores de una realidad abrumadora que los sobredetermina. Esta explicación tiene dos dimensiones. Por un lado la maternidad temprana supone una inversión a futuro, en donde los costos iniciales bien valen la posibilidad de contar a largo plazo con más proveedores.

“Trasladan la cultura de su lugar de origen obviamente, porque la mayor parte de sus mamás, de sus abuelas, de sus hermanas han tenido los hijos a los 15 y eso se repite. Y además pensar que vienen las familias cosechadoras, entonces se necesitaba una familia grande para las cosechas y eso también contribuye.” (Rosario)

“Hay que analizarlo también antropológicamente, en los lugares que se mueren mucho los chicos, es de supervivencia tener muchos chicos.” (Buenos Aires)

La segunda dimensión señala una ganancia inmediata de un nuevo proveedor. El embarazo implica la incorporación de un varón, adolescente o adulto, a la economía doméstica. En este sentido el matrimonio, formal o no, implica más que un acuerdo entre dos personas un convenio entre grupos a través del cual se amplía la red de parentesco.

“Es el mecanismo para conseguir un sostén del grupo familiar a través de un hombre muchas veces par, entre comillas adolescentes, o mucho mayor que tiene algún trabajo que puede sacarle de una familia y ser centro de la familia esta madre adolescente.” (Chaco)

“Algunos lo viven casi en forma natural: eso pasó con su hermana mayor, con su mamá, con su abuela, y ya prácticamente es otro recurso más humano digamos para el grupo familiar que pueda salir a trabajar y hacer changas como para sostener la familia.” (Misiones)

Ambas estrategias no están exentas de riesgos. En la primera cabe la posibilidad de que el niño no alcance el período económicamente activo debido a las altas tasas de mortalidad infantil. En la segunda cabe la posibilidad, muy frecuente, de que el varón no asuma la paternidad y las obligaciones económicas para con la adolescente y su familia.

Mientras que se reconoce que en la clase media el embarazo es considerado un episodio que interrumpe el “proyecto de vida” de la adolescente, en el caso de las jóvenes de sectores marginales el embarazo es descrito justamente como ‘el proyecto de vida’. En este caso, la mujer se constituye como tal a partir de que demuestra su fecundidad y su capacidad de cuidar a la prole.

“En poblaciones marginadas, muchas veces ‘El’ proyecto es tener hijos, ni estudiar y ni siquiera, a veces, formar una familia. Sabemos que una manera de formar una familia es tener hijos y que si no hay hijos, los hombres no se quedan en la familia.” (Buenos Aires)

“El embarazo muchas veces es una búsqueda de afirmación personal.” (Salta)

“Algunos opinan que es un proyecto de vida, una forma de salida del hogar y entrada a la adultez. Otros ven sólo el lado negativo.” (Buenos Aires)

La actitud de los adultos también es diferente que en los sectores medios.

“En el nivel medio para abajo se naturaliza el tema. Es como decir bueno, creció la planta, brotó la planta, la reguemos, sabemos que el ciclo sigue, o sea es como una cosa que no se mide desde la situación como de crisis, como de adelantamiento, como de preocupación, de qué es lo que está pasando.” (Catamarca)

“Es una cuestión cultural e histórica, la mamá del adolescente se embarazó seguramente de adolescente y la mamá de la mamá también y además es como que es una cuestión más aceptada.” (Rosario)

De ahí que se sostenga que el aborto es menos frecuente que en las adolescentes de capas medias, aunque, cuando se realiza, las condiciones en las que tiene lugar generan mayores riesgos para la salud de las jóvenes.

7. LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE SECTORES MEDIOS

La experiencia del embarazo en los estratos medios y altos, y la trayectoria posterior es descrita en detalle por los entrevistados, quizás porque es la que más conocen, no desde su trabajo cotidiano, sino desde su experiencia de clase. Aquí entra a jugar más fuerte el concepto de ‘adolescencia’ occidental y los temores, ansiedades y miedos de los adultos por el futuro de sus hijos. Por una parte, está presente la idea del adolescente como sujeto incompleto, vulnerable, necesitado de protección y de guía de parte de los mayores.

“El problema que le constituye a la chica llevar adelante sus proyectos, para educarse, para trabajar, es una edad donde estaba preparada para hacer una determinada cosa, y de pronto tiene que asumir un rol de responsabilidades totalmente distinto, constituye un problema que lo puede superar.” (Chaco)

“Porque el adolescente o la adolescente, en este caso, quema etapas, hay etapas de desarrollo donde se está preparado para una cosa, para una determinada función en la vida.” (Rosario)

“Es un problema por las complicaciones que puede traer por la falta de control, por, a veces, la falta de acompañamiento de los padres, y porque el adolescente en sí quema las etapas que tiene que ir viviendo y madurando, física e intelectualmente.” (Catamarca)

Se plantea que es probable que, debido a la inmadurez de la adolescente y a la crisis que genera la situación, el vínculo con la criatura sea problemático, lo cual repercutirá en el desarrollo del niño.

“Como que si llegó de sorpresa no hay un lugar donde encajarlo, o sea, no tiene un lugar dentro de lo que es todo el grupo familiar.” (Catamarca)

Continuar con el embarazo supondría abandonar los estudios y con ello las expectativas de un futuro distinto para dedicarse de lleno al cuidado del niño.

“...corta la adolescencia. Un bebe exige tiempo, responsabilidad, atención. Si la mamá asume el rol, se convierte en una mujer, deja de estudiar.” (Salta)

Todos sus proyectos –o al menos los proyectos que los padres tenían para sus hijos– se trastocan. Los funcionarios son reiterativos al utilizar la expresión ‘proyecto de vida’. Esto resulta llamativo visto que son concientes de las escasas posibilidades de desarrollo que tienen actualmente las y los jóvenes debido a la profunda crisis social que afecta al país y, en particular, a las provincias incluidas en el estudio.

“El hecho que una persona joven que se podría haber realizado por una carrera o una profesión, o incorporarse a la fuerza del trabajo, no lo puede hacer ya que tiene que ocupar su tiempo en cuidar a los niños.” (Salta)

“El problema pasa por todo esto, porque las posibilidades de realizarse, las posibilidades de seguir sus estudios, las posibilidades de capacitarse para luchar en la vida son más difíciles cuando tenés un hijo de por medio.” (Rosario)

La reacción de los padres al enterarse de que su hija está embarazada es compleja. En un principio la noticia desencadenaría una crisis.

“La familia comienza a disgregarse, el papá y la mamá comienzan a discutir, a echarse la culpa; la chica deja de estudiar, sobre todo en el medio no público.” (Salta)

“[La actitud de los adultos frente al embarazo] la mayor parte es la negación, el aislamiento ... Por ahí hay aceptaciones [pero] después hay pases de factura por parte de los adultos.” (Chaco)

“Los casos que conocí, los padres son un problema hasta que aceptan. No creo que sea fácil para los padres, sobre todo si están pasando por un momento difícil. Enterarse que su hija está embarazada es difícil.” (Salta)

“La crisis, crisis familiares, crisis de los propios padres adolescentes, en la mayoría de los casos los dos son adolescentes, la madre y el padre de ese bebé en camino, y una crisis de todos los que los rodean, familiares, amigos.” (Misiones)

A diferencia de lo que ocurre en los sectores pobres, aquí juega un rol central el estigma y la discriminación de la joven, que incluso puede provenir de su propia familia y grupo de pares.

“Las repercusiones que hay son importantes, tanto familiares como en su colegio, porque estamos hablando de adolescentes ... Esto existe. Y después lo llevás como culpa... además la mujer, ... como culpa por mucho tiempo o por toda la vida.” (Buenos Aires)

“Y en cuanto a la relación de la adolescente con sus pares, sus compañeras la hacen a un lado y los chicos la buscan únicamente para tener relaciones sexuales ya que ella al haber tenido un hijo seguramente es una chica fácil.” (Salta)

Según algunos informantes, el abandono escolar no sólo es producido por la necesidad de criar al bebé sino por episodios de discriminación, especialmente en colegios privados y religiosos.

“Sabemos de los problemas de discriminación en las escuelas con estas adolescentes. Hubo casos bastante resonados de chicas que fueron echadas de escuelas, sobre todo de escuelas privadas, no tanto en las del Estado.” (Buenos Aires)

Otros, en cambio, afirman que en este aspecto hubo una evolución y un proceso de apertura en la familia y en las instituciones.

“La cultura ha cambiado en ese sentido. Estaba muy mal visto el embarazo años atrás respecto a los adolescentes y a las embarazadas solteras en general. Hoy por hoy no, se toma con mucho más naturalidad.” (Rosario)

“[En] mi último año como docente en la escuela, teníamos tres bebés en 5º año con mamás que asumían absolutamente su responsabilidad, y cuando la abuela que normalmente se hacía cargo de ese bebé no podía, lo cuidaban en la escuela entre todos, y era parte de nosotros.” (Misiones)

La crisis inicial, el sentimiento de vergüenza y culpa, y el rechazo, suele tener dos posibles desenlaces.

“En el tema del adolescente que tiene otras oportunidades de estudio, de preparación, que maneja a veces algo de dinero para salir, divertirse, re-

crearse, la actitud de los padres suele ser de ‘¿qué van a pensar?’, ‘¿qué van a decir?’, y hay dos actitudes, se induce al aborto, se lo interrumpe al embarazo, o se induce al casamiento con las consecuencias de que a los tres, cuatro meses están separados porque son dos vidas que necesitan crecer y madurar.’ (Catamarca)

“En nuestra sociedad los padres los hacen casar cuando aún no están separados para tener pareja o llevar adelante una familia.” (Salta)

Algunos entrevistados disienten sobre el peso que actualmente tiene, para las capas medias, el mandato del casamiento, y muchos señalan que existe mayor aceptación de la figura de ‘madre soltera’.

“No se ve lo que se veía antes de que ‘hiciste tal cosa, casate porque es así la historia’, no, ahora ya no, entonces el papá ausente y la mamá jovencita, termina, deja la escuela, no trabaja ni estudia, se le cortan todas las posibilidades, su futuro es absolutamente incierto, no puede trabajar en nada importante.” (Misiones)

Cabe señalar aquí que, a diferencia de lo que ocurre en los relatos acerca del embarazo de jóvenes de sectores populares, en general se considera que en la clase media los varones suelen tener la misma edad que las jóvenes o superarlas en unos pocos años.

“Si estamos hablando de un espectro socioeconómico un poquito más alto nosotros encontramos que el nivel embarazo adolescente se da en parejitas en que las adolescentes están entre 15, 16 años y el varón también más o menos en ese espectro, 17, 18 años.” (Misiones)

Cuando el embarazo se lleva adelante, es frecuente –en opinión de los entrevistados– que los abuelos, tras la crisis, terminen asumiendo el rol de padres. En particular, son las madres quienes se hacen cargo de los niños ya que culturalmente tienen asignado ese lugar.

“Y los padres generalmente al principio rechazan. Es todo un ‘escandaleta’, pero después la madre, casi siempre la madre es la que se encarga de apaciguar un poco el ambiente y asumir la responsabilidad de ese bebé.” (Misiones)

“El adolescente sigue haciendo su vida mientras los abuelos asumen el rol de padres.” (Buenos Aires)

“Lo normal es que asume el rol, asumen el rol los abuelos, asumen el rol de padres, y crían a su nieto. Antes se echaba a la chica de la casa, ahora no se la echa a la chica de la casa, se la deja en la casa y se asume el rol, los abuelos asumen el rol de padres, le dan protección, contención, cari-

ño y sostén económico. Esta actitud suele ser generalmente con las mujeres, y en menor grado con los varones, hay excepciones también.” (Chaco)

El testimonio previo introduce la cuestión de las diferencias de género. En general, señalan los informantes, es la adolescente la que lleva el mayor “peso” a la hora de asumir el cuidado y crianza del niño.

“En general las consecuencias suelen ser mucho más pesadas para la mamá que para el varón ... Cómo puede ser que siempre es la mamá la que deja de estudiar, es la mamá la que corre con los gastos, es la mamá la que carga ... y el papá, es un papá adolescente que sigue estudiando, que no es estigmatizado, que ni siquiera tiene la preocupación económica de tener que mantener.” (Catamarca)

“Es como que el varón puede zafar de la situación, no haciéndose cargo y la familia, los adultos aceptan esta situación, la avalan totalmente, porque total es varón.” (Chaco)

“Ante el embarazo adolescente, se reitera el mandato de que ‘bueno, mi hija ya hiciste la macana, ahora tenés que hacerte cargo’, y en el caso del varón, tratar de que zafe, si es posible. La misma madre, a su hija mujer ‘hacete cargo’, a su hijo varón ‘borrate’.” (Chaco)

Algunas voces aisladas, en cambio, más que culpabilizar al varón se plantean la necesidad de promover su inclusión.

“Hay un tema que también me preocupa mucho que es la inclusión del varón como padre adolescente, siempre se habla de la chica embarazada y del varón como el eje del mal, desde los ojos de los padres, y desde los ojos de la escuela, y no se incluye al varón que también es padre adolescente, aunque no pueda llevar adelante ese rol, o ese cargo, o sea creo que es muy terrible el tema de la culpa.” (Chaco)

8. POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL ÁREA

La entrevista relevó también la opinión de los funcionarios acerca de las acciones y políticas que los estados provinciales llevan adelante para abordar el tema del embarazo y la maternidad/paternidad en la adolescencia.

A pesar de las diferencias entre provincias ⁷ y la disparidad en la infor-

⁷ Según los entrevistados, los mayores avances en este proceso se habían dado en las provincias de Chaco, Santa Fe y Buenos Aires, mientras que Misiones, Tucumán, Catamarca y Salta enfrentaban mayores dificultades.

mación que poseen los entrevistados, hubo consenso en que existe una ausencia o debilidad de las políticas destinadas a abordar la problemática adolescente.

“No está en la agenda... O sea hay un esfuerzo y una actitud muy espasmódica. Cuesta que la adolescencia sea una agenda, forme parte de la agenda.” (Buenos Aires)

“Tendría que estar sin duda en la agenda política, en los Ministerios de Salud y Promoción como una acción prioritaria.” (Rosario)

“Las consecuencias de la falta de política en este sentido se reciben en el sector público, por eso yo creí que llevar esta política adelante iba a ser más fácil y que no iba a haber tanta resistencia.” (Rosario)

La posibilidad de desarrollar políticas y programas de salud reproductiva dirigidos a la población adolescente aparece vinculada en la mayor parte de los relatos con la sanción de leyes que darían mayor legitimidad a estas acciones.

“En primer lugar nos vendría muy bien que se aprobara la Ley provincial de salud sexual y reproductiva. Sería un punto clave porque liberaría de la preocupación a los profesionales médicos que no están adheridos por temor de denuncias de mala praxis. Además para trabajar en un marco legal [...] La otra medida sería presentar en sociedad el programa de salud sexual y reproductiva, que podamos hablar de esto con la gente de cara a la luz, cosa que en este momento está como a oscuras.” (Salta)

Aun cuando muchos entrevistados manifestaban no tener un conocimiento actualizado acerca del estado de los proyectos legislativos, fueron frecuentes las menciones a las dificultades que rodean la generación de consensos y de viabilidad política de estas leyes.

“Hubo una discusión a través de un proyecto sobre maternidad responsable... una discusión en la que participó ampliamente la comunidad, a través de los diferentes estamentos: la Iglesia, Organizaciones de la Sociedad Civil, los mismos cuerpos legislativos y deliberativos pero, yo creo que ... a muchos les cuesta abordar, porque temen precisamente la reacción de determinados sectores.” (Catamarca)

“El proyecto de embarazo adolescente es una ley separada de la ley de salud reproductiva que también ... esperemos que se sancione ahora ... Hace años que está, que se está presentando proyectos, proyectos y más proyectos... y el año pasado nos reunimos para unificar todo eso. Terminamos el año pasado y cuando estaba por entrar a sesión no sé qué pasó, ¡Ah! Creo que después que el obispo hizo unas correcciones, se cajoneó,

no salió. Él fue el último que leyó el proyecto de ley ... Está muy bueno, la ley está muy bien redactada, es amplia ... Se maneja en esa ley nada más que los anticonceptivos reversibles, como también en el nivel nacional. Estaba a punto de salir, pero justo se vino toda esta etapa preelectoral y bueno, quedó ahí, para otro momento, así que, una vez que pase todo esto vamos a empezar a mover de nuevo.” (Misiones)

“No hay ley... la iglesia no lo acepta y los gobernantes no se quieren pelear con la iglesia.” (Salta)

“En este momento se están discutiendo dos proyectos. Uno nació de la Cámara de Diputados que creaba un programa provincial de salud sexual reproductiva similar al Nacional; este proyecto fue aprobado y pasó a la Cámara de Senadores donde se le hizo muchas modificaciones que atentaban contra el objetivo del proyecto, entonces volvió a Diputados donde se encuentra ahora. No sabemos qué va a pasar, hay una discusión ríspida porque hay intereses creados, políticos, religiosos, etc.” (Salta)

Estas presiones y dificultades darían cuenta de la “falta de voluntad política” para implementar acciones en el campo de salud reproductiva para la población adolescente.

“Y los equipos se manejan con su criterio personal, porque no hay una definición política al respecto. Yo espero que haya una definición para el lado que sea pronto, porque esto hay que trabajarlo, porque cuántos más embarazos hayan, también va a haber más abortos, quizás más todavía que los embarazos.” (Buenos Aires)

“Falta una política pública, que incluya obligatoriamente el tratamiento de todos estos temas dentro de los currículos, ya sea de privados, semi privados, como son los religiosos, o públicos. Y en otras áreas de gobierno. Que se le dé, por ejemplo, a esta institución... incorporándole más personal, o mayor presupuesto, o en educación viendo cómo formamos a más formadores, a más maestros.” (Chaco)

Varios de los testimonios muestran que los obstáculos de tipo político-ideológico aún juegan un importante papel en los contextos locales. Para algunos informantes, el problema son las pautas culturales conservadoras, para otros, el importante peso que tiene la Iglesia Católica. Al respecto cabe señalar que mientras algunos abogan por una mayor “apertura” de los representantes de las instituciones religiosas, otros informantes argumentan que se trata de derechos individuales en los que no deberían interferir consideraciones de otro tipo que las de orden técnico o científico.

“Creo que las instituciones religiosas deberían tener un poco más de flexibilidad a esta altura ya, y un poco más de apertura mental para poder

trabajar en relación al embarazo no deseado con todos los problemas que esto trae a los niños que ya están en esta situación.” (Catamarca)

“Creo que la iglesia no se tendría que meter ya que cada uno tiene derecho de decidir qué hacer con su vida.” (Salta)

“Ellos [la Iglesia] tienen oposición a métodos de anticoncepción, fundamentalmente a la aplicación del DIU, y algunos otros. Ellos siguen insistiendo con el tema natural... yo creo que allí es donde hay que sentar y bueno, si ellos dicen que son métodos abortivos, bueno, los científicos o los técnicos o los profesionales en el tema, son los que deben opinar, si esto está aprobado como sistema de anticoncepción, y está determinado científicamente. Lo otro es embarrar la cancha.” (Catamarca)

La gran mayoría de los funcionarios entrevistados destacó la importancia de la Ley 25.673 y del Programa del Ministerio de Salud y Ambiente, a los cuales atribuyen un rol fundamental. Básicamente la ley significó un “espaldarazo” para los equipos que trabajan desde hace tiempo en la temática; un primer paso para avanzar o continuar adelante –según sea el caso– con los procesos locales.

“Mientras no haya una política general, nacional, de salud en la cual se vean incorporados todos estos problemas, seguiremos con los problemas. Es decir, el problema va a seguir existiendo probablemente, pero distinto es cuando existe y no hay nada para abordarlo, a cuando existe y tenemos una legislación estructural para tratarlo.” (Rosario, nuestro énfasis)

También el aporte de insumos por parte del Estado Nacional a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable resulta fundamental. No obstante, algunos advierten acerca de un efecto no deseado: en muchos casos los estados locales han restringido aún más el poco presupuesto que destinaban al área aprovechando el arribo de fondos del gobierno nacional. Esto ha generado en muchos casos una dependencia absoluta de fondos externos a las provincias y un problema de sustentabilidad a futuro.

“El programa no tiene nada de nada, ni un solo peso, lo único que contamos ahora son los insumos que nos vienen de Nación pero tampoco nosotros tenemos posibilidades ni siquiera de comprar, por ejemplo, preservativos que de Nación todavía no llegaron.” (Misiones)

“No hay ningún tipo de presupuestos. Todas las personas que están en el Consejo son del Plan Federal, que lo financia el BID, Jefes y Jefas, y el resto todos ad-honorem.” (Salta)

En general los entrevistados refieren tanto carencias en términos de recursos humanos cuanto de infraestructura.

“En el programa de salud reproductiva estoy prácticamente yo, que si bien nos colaboran la doctora, la pediatra y las enfermeras, somos cuatro en total.” (Catamarca)

“Y si no tenés recurso humano, entonces no podés, porque hay gente que está trabajando ad-honorem por ejemplo.” (Chaco)

“Es mucho trabajo, es mucho esfuerzo, somos muy pocos y no tenemos un peso. Entonces, realmente [es] prácticamente imposible, todo un esfuerzo sobrehumano, te diría, poder concretar esas cosas.” (Misiones)

“Pero lastimosamente a lo largo de estos últimos tiempos se fue deteriorando, por el hecho de que nuevamente era la lucha interna acá, hasta para conseguir el espacio, otra vez fuimos invadidos en este pequeño espacio que conseguimos, nuevamente fuimos invadidos por otros consultorios, lastimosamente acá tenemos un gran déficit de infraestructura.” (Misiones)

La falta de recursos redundaba en ausencia de continuidad y a-sistematicidad en las pocas acciones implementadas a lo largo de los años. A ello se suma que cada nueva gestión quiere ‘empezar de cero’ en vez de evaluar lo que se viene implementando para sostener y profundizar aquello que funciona.

Otro problema identificado por los informantes es la ausencia de un abordaje integral.

“Hasta ahora las cosas se van tomando así: lo toma salud por un lado y lo toma promoción por el otro y lo toma el otro por el otro. La idea que nosotros tenemos es tomar salud, educación, deportes y recreación. Un poco la propuesta es formar un equipo intersectorial que vea la problemática del adolescente en todas las áreas que correspondan y poder a la vez hacer un análisis de la situación.” (Rosario)

“Yo creo que las políticas que verdaderamente deberíamos impulsar son políticas que abarquen todos los aspectos tanto sociales, culturales, políticos. Política desde el punto de vista integral. Porque yo creo que todo lo que se trabaje en forma aislada, la salud por un lado, lo social por el otro, tenemos como dado que no sirve.” (Misiones)

Algunos de los obstáculos que, a juicio de los informantes, conspiran contra la articulación entre los distintos niveles de la administración pública serían la “endogamia de los ministerios” y el recambio de funcionarios, ligado a los cambios políticos. Los funcionarios también llamaron la atención acerca de que las situaciones críticas por las que atraviesan muchas de las provincias hacen que se trabaje sobre “la urgencia”. En opinión de algunos, los equipos deberían desarrollar un pensamiento estratégico, en el cual la urgencia sea una variable a considerar desde el propio diseño de las acciones.

Algunos entrevistados criticaron especialmente la verticalidad y el desconocimiento de las realidades locales en el diseño de las políticas y acciones.

“En este tipo de problemas tan difícil de abordar, si no se hace con la red social en lo local, tratando de entender la situación en el territorio donde viven las madres, las niñas, las familias, es muy difícil desde programas verticales, diseñados desde cualquier escritorio poder tener impacto sobre esto. Hay que, digamos, reconocer los medios, los tabúes, las situaciones para después poder hacer algún tipo de trabajo participativo ... desarrollar una metodología cualitativa de investigación-acción, entendiendo y actuando porque si no, las campañas publicitarias... han dado un resultado, nulo digamos.” (Chaco)

Asimismo se plantea la necesidad de incorporar a los jóvenes en la etapa de diseño de los proyectos.

“En los municipios los jóvenes se han organizado, tienen experiencia en trabajo comunitario, entonces armar un área dentro de cada municipio ... recuperar las relaciones con ellos, hay ganas de participar de los jóvenes. Por ahí no en todos los municipios están acostumbrados a ver a los jóvenes organizados, medio que son reacios a cederles espacio.” (Misiones)

La capacitación del personal (sea de salud, sea de educación) para trabajar con adolescentes también fue señalado como un déficit por algunos entrevistados.

“¿Cuándo te enseñaron a vos derecho en la facultad de Medicina, cuándo te enseñaron anticoncepción en la facultad de Medicina, cuándo te enseñaron a vos que las mujeres tenemos los mismos derechos?” (Rosario)

“Nos pasa mucho en el Departamento de Salud Escolar, vamos a un taller, damos nuestro taller, lo armamos, pero en el taller surgen problemáticas que necesitan respuestas, y que nosotros no nos sentimos capacitados, digamos, como para ir a dar esa respuesta.” (Chaco)

Otros dos problemas identificados son la falta de información para tomar decisiones y el bajo impacto de las actividades en marcha. En relación con el primer punto, la escasa información se relaciona con la falta de sistematicidad en la recolección de los datos y la ausencia de sentido que esta práctica tiene para muchos equipos.

“Desde el año pasado [estamos] tratando de tener datos vivos, números, cifras, cantidades de suicidios, cantidades de embarazos adolescentes, cantidad de HIV positivos. Estamos intentando incluir esta cultura del dato (...) que en educación no existe lamentablemente. Nos es muy trabajoso

pero estamos intentando pedir datos, números, a los equipos, nosotros trabajamos con los equipos.” (Buenos Aires)

“El problema más serio es que no tenemos información tan detallada.” (Chaco)

La mayoría de los consultados percibe que las acciones implementadas tienen un muy bajo impacto tanto en el nivel de cobertura como en cuanto a la transformación de la vida cotidiana de las comunidades.

“Los programas existentes, desde el Estado u ONGs, son de bajísimo impacto.” (Buenos Aires)

“También es difícil tener un impacto, eso lo digo siempre y tengo total convicción. Por empezar no tenés un seguimiento adecuado, eso no lo logré. No sé quiénes están cubiertos del programa, sabemos que el abandono mayor se da en la adolescencia.” (Rosario)

“Estas líneas o programas llegan a grupos reducidos de población porque son acciones que están a nivel hospitalario y se necesita que estas acciones de alguna manera bajen a donde está la gente, y donde está la gente, donde están los servicios periféricos, servicios de salud de primera línea. ¿Qué hace falta para eso? Como toda cosa, recursos.” (Tucumán)

El bajo nivel de cobertura afecta fundamentalmente a las poblaciones del interior de las provincias, las que viven en peores condiciones. También se registran dificultades para trabajar con algunos subgrupos de jóvenes: las menores de 15 años, las jóvenes que abandonaron el colegio y no acceden al sistema de salud y los varones.

9. LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES

En lo que hace específicamente a la atención de las adolescentes embarazadas, los informantes indican que generalmente está subsumida en la atención materno-infantil.

“Una política específica para la temática del embarazo adolescente no existe ni en esta provincia ni en este país. Hay un reconocimiento del tema como que significa un problema desde el punto de vista de la atención. Pero no hay ni normativas, ni recursos específicos. Desde ya que se asignan recursos a la atención del embarazo y del parto y de los hijos recién nacidos de las adolescentes (porque estamos hablando del 25% de los nacimientos de la provincia; en Salud Pública, puede llegar al 30% o más de los partos). No sólo los partos, el control del embarazo, la asignación de medicación, leche, recursos, horas, profesionales y de todo recur-

so necesario para el control y la atención de esto está como pauta integrante de lo que hace al presupuesto Materno Infantil, pero no como un programa específico.” (Chaco)

“En algunos hospitales hay servicios de adolescentes y en otros ni siquiera hay un abordaje especial para lo que es adolescentes. En la mayoría no hay. O sea, está dentro de la bolsa de lo que es una mamá embarazada. Y después tenés cosas puntuales pero no algo integral, que puedas decir toda la provincia o todos los municipios están trabajando en la maternidad adolescente.” (Buenos Aires)

En general, parece primar la idea de que dada la escasez de recursos no resultaría prioritario o viable crear servicios destinados exclusivamente a población adolescente.

“En realidad estamos en la provincia en una situación de emergencia, de todo tipo: económico, social y sanitario donde todavía no podemos llegar a buen puerto con una de las cosas primordiales como la salud de la madre y el niño que es lo que debería estar abarcado en el Programa Materno Infantil y no hemos llegado hasta allí.” (Tucumán)

“Hay mucho para hacer pero creo que hay que implementar políticas que sean creación y funcionamiento de programas concretos de prevención y asistencia, pero en un principio dirigido a la mujer, no sólo a la adolescente.” (Salta)

La evaluación de la atención del embarazo es en general buena, lo que a juicio de los informantes revela que el mayor déficit son las actividades de prevención.

“...eso (un control del embarazo más exhaustivo) sí se está haciendo, allí entrarían las adolescentes embarazada. Lo que no se está haciendo es poner energía y recursos en la prevención de esas adolescentes que se embarazan, y cuyos niños probablemente puedan engrosar la mortalidad infantil.” (Chaco)

10. EL SECTOR EDUCACIÓN

Casi todos los funcionarios plantearon un vacío en el sistema educativo, señalando que esta área debería jugar un rol más protagónico en la prevención del embarazo no planificado.

“Nuestro sistema educativo no contempla el tema educación sexual [...] Y tienen que ver los medios masivos de comunicación ... la familia y la Educación no tienen la destreza o las habilidades para preparar a los chi-

cos para que ese mensaje de los medios incidan en relación al sexo.” (Salta)

“Fundamentalmente una falta de educación sexual desde la familia a la escuela, [...] se habla de educación sexual pero se habla en la escuela, en la EGB ahora ... yo daba clases en una escuela secundaria nocturna y en primer año ya teníamos chicas embarazadas, entonces es como llegar demasiado tarde.” (Chaco)

Este vacío es llenado por otros medios que ofrecen información no confiable, o, según algunos entrevistados, no adecuada para los adolescentes.

“Los medios de comunicación muestran la mayor libertad sexual o sea de práctica de relaciones sexuales a edades más tempranas como una cuestión más normal, más aceptado. Entonces eso genera también una mayor posibilidad de embarazo sumado a la falta de información.” (Chaco)

“Lo que conocen los chicos sobre sexualidad es a través de Internet (pornografía) y no la sexualidad responsable.” (Chaco)

“...el bombardeo de la televisión, que constantemente los programas televisivos están mostrando que el adolescente, es como que tiene que quemar etapas, que el adolescente tiene que vivir, para que viva plenamente su adolescencia, tiene que estar adelantado en situaciones que tal vez no le favorecen.” (Catamarca)

No sólo la escuela no cumpliría su función formativa, sino que la familia no asume esa función. Los valores y prejuicios de los adultos para hablar sobre estos temas y la llamada ‘desestructuración familiar’ estarían obstaculizando el diálogo intergeneracional sobre estos temas.

“La falta de conciencia en la familia de que esto es una realidad y el no tratamiento de este tema en forma cotidiana como una problemática ... los padres que se niegan a hablar de este problema porque supuestamente no afecta a sus hijos, las escuelas que se niegan a hablar de este problema porque supuestamente incita a los chicos a ejercer la sexualidad en forma precoz.” (Catamarca)

“La falta de control de la familia de estos hijos, la falta de diálogo de la familia con sus hijas e hijos también, porque también son jóvenes adolescentes los que embarazan las chicas.” (Tucumán)

“Me parece que hay todavía una falta de sinceramiento por parte de los adultos, que no quieren reconocer que los chicos viven una vida sexual ‘a como de lugar’, se embarazan o se embarazan, y les cuesta hablar bien, y

no encuentran contención ni en sus padres, ni en la escuela, creo que la buscan por otros lugares.” (Chaco)

La crisis de ambas instituciones –escuela y familia– comienza a plantearse en términos de vacío moral producto de la crisis socioeconómica.

“Nosotros hablamos también que se perdieron los valores. Los valores morales están en crisis, esta necesidad de supervivencia superó todos los parámetros que teníamos.” (Salta)

“La misma sociedad, con sus incoherencias, por un lado censurando, pero por otro, ...está como incitando a los jóvenes, con su permisividad, de toda índole. También actualmente, el adolescente es como que tiene más libertad entre comillas, o más, a veces desatención, de los padres, de la familia, está más tiempo solo, y esto puede permitirle distintas actitudes o comportamientos que a lo mejor si tuviera más límites, o tuviera más diálogo con los padres, más diálogo con otros adultos responsables, se podría mitigar.” (Chaco)

En relación con el sistema educativo, varios funcionarios apuntaron que hace falta una política educativa que acompañe las acciones en salud reproductiva.

“Otra estrategia sería una decisión política desde educación, con salud coordinando, ya que hasta el momento yo veo divorciado el tema y sería básico para reforzar ese aspecto.” (Salta)

“Debemos empezar a trabajar con la educación. Esto no es nada nuevo. Nosotros acá hemos intentado en distintas oportunidades trabajar con la gente de educación. Con los cambios políticos y cambios de personas, no se pudo efectivizar.” (Catamarca)

“En educación no se hace todo lo que se podría.” (Chaco)

Además de la ausencia de lineamientos o directivas, los entrevistados expresan que, la escuela –sea por su estructura, sea por la formación de sus recursos humanos– no está preparada para abordar esta problemática. La capacitación y el acompañamiento a los docentes –así como a los médicos que realizan actividades en las escuelas– aparece entonces como una línea de trabajo necesaria y posible.

“Me parece que hay que formarlos a los docentes para que puedan manejar estas situaciones, para que puedan acompañar a los alumnos a procesar toda la información que tienen, o a darles información cuando ellos detecten que los chicos no tienen información, pero para eso ellos mismos necesitan ser capacitados y formados.” (Catamarca)

“Los médicos que van a dar las charlas no están capacitados pedagógicamente para llegar a los chicos.” (Salta)

Por otra parte, los funcionarios no desconocen las presiones de tipo político-ideológico a que se ven sujetos con frecuencia docentes y autoridades educativas.

“Demanda de capacitaciones a adolescentes en las escuelas pero a la vez genera conflicto por temor de padres y autoridades de las escuelas de cómo se lo va a hablar [... Es un] tema tabú para autoridades de colegios.” (Chaco)

“Cuando se van a dar charlas a los colegios necesitan autorización de los padres [...] tuvimos muchos inconvenientes con planteos que hicieron por medio de cartas de lectores a los diarios distintos padres que se pasan golpeando el pecho en la Iglesia, que dicen por qué otras personas tienen que hablarle a sus hijos de educación sexual cuando les corresponde a ellos.” (Salta)

“No vamos mucho a los privados y a los religiosos porque ahí siempre nos condicionan.” (Misiones)

Finalmente, algunos entrevistados expresaron preocupación por casos de discriminación hacia las alumnas embarazadas, mientras que otros destacaron que existía una “política de no discriminación” de estas jóvenes.

“Sabemos de los problemas de discriminación en las escuelas con estas adolescentes. Hubieron casos bastante resonados de chicas que fueron echadas de escuelas, sobre todo de escuelas privadas, no tanto en las del Estado [...] La escuela no sabemos si está preparada para recibir a adolescentes embarazadas. Entonces, estos cursos de educación sexual que se hicieron muchos años, ya no tienen casi sentido, y estamos replanteándonos cómo trabajar el tema del embarazo, con este tipo de adolescentes que tenemos hoy.” (Buenos Aires)

“Lo que tenemos en lo que respecta al ámbito escolar en la provincia es una resolución provincial, la N° 1439, no se computa las inasistencias de alumnas embarazadas entre los cinco días antes y quince días (hábiles) posteriores al parto. Existe la política educativa de no discriminarlas y tratar de retener a las madre.” (Salta)

11. LINEAMIENTOS SUGERIDOS PARA FORTALECER EL TRABAJO CON ADOLESCENTES

Además de las reflexiones acerca de los obstáculos existentes, los funcionarios fueron vertiendo ideas sobre qué habría que hacer a futuro. A nivel más general, las recomendaciones destacan la necesidad de un trabajo integral, que supere el alto nivel de fragmentación reportado y las dificultades recurrentes para establecer articulaciones intersectoriales e interinstitucionales duraderas.

“Yo creo que para esta próxima gestión, le toque a quien le toque, esta Subsecretaría va a tener que estar compuesta así como estaba la multilateral. Por una voz de cada Ministerio para las problemáticas que se tienen entre el área de la mujer y de la infancia.” (Misiones)

“Lo central pasa por poder aplicar políticas transversales, es decir que nosotros, como área de juventud y receptora de un montón de problemas que aquejan a los jóvenes podamos trabajar en forma conjunta con diferentes áreas de los distintos Ministerios que conforman el Poder Ejecutivo y a partir de allí, generar acciones concretas. Nosotros quizás, trabajando a partir de la detección de la demanda; organismos de salud, a partir de la formación y del trabajo de campo que lo pueden hacer con mucha más propiedad, porque se forman, porque tienen personal técnico capacitado para abordar la temática. Falta quizá ponernos de acuerdo, crear consejos que atiendan esta problemática.” (Catamarca)

“Otra medida importante sería poder lograr la articulación intersectorial, o sea trabajar más codo a codo con los otros sectores como Educación, Desarrollo Social, Justicia y Legislativo. En el Legislativo entraría un manejo más adecuado de la violencia. Hay algunos intentos, pero estamos medio desarticulados.” (Salta)

Sobre la base del consenso acerca de la necesidad del abordaje intersectorial se advierten algunos énfasis diferenciales. Algunos reclaman mayor “acompañamiento” al sector salud, que tradicionalmente ha llevado la mayor responsabilidad en el trabajo con adolescentes.

“Creo que las Organizaciones, las ONG, y todas las otras instituciones que están relacionadas con los jóvenes, deben trabajar con mayor constancia. Yo creo que Salud permanentemente es reclamada y demandada para implementar acciones de prevención, pero muchas veces nos quedamos en el camino porque no hay acompañamiento de otros actores sociales.” (Catamarca)

“Lo que sin ninguna duda creo es que tiene que estar en el nivel central, en el nivel de los que ejecutan las decisiones, como para que el trabajo

con los adolescentes se haga de manera sistemática, en todos los sectores de la sociedad, no sólo desde el centro de salud.” (Chaco)

“Reforzar las estrategias con otros sectores, no solamente la del sector salud, instalar la problemática dentro de la agenda pública estatal, y crear las redes necesarias para la atención de la problemática.” (Chaco)

Otros, en cambio, parecen estar sugiriendo que el liderazgo debería ser asumido por el sector educación.

“Lo que puede cambiar pautas, hábitos y conducta, tiene que venir desde el lado de educación, con un gran apoyo en contenidos y en difusión desde el área Salud.” (Chaco)

En relación con estrategias más puntuales de trabajo con los jóvenes, las propuestas incluyen garantizar el acceso a la información, estimular el pensamiento crítico de los jóvenes, utilizar medios masivos de comunicación, y comenzar a trabajar en espacios que habitualmente no son aprovechados para promoción y educación para la salud.

“Desde la reflexión, desde la concientización, desde la internalización de su propio cuidado, desde su propia proyección como ser humano, de su propia felicidad y su realización. Todo tipo de campañas pueden ser válidas. Siempre desde el respeto y la propia reflexión.” (Misiones)

“Creo que una de las acciones fundamentales es la de comunicación social, creo que a largo plazo la única estrategia que es válida es la educación, la información ... para que a largo plazo podamos instalar en la conciencia de nuestra sociedad, el problema del embarazo no solamente en la adolescencia, sino el embarazo no deseado en general ... si los medios de comunicación pudieran aliarse a nosotros, sería una gran estrategia para poder a largo plazo, repito, instalar en la conciencia de todos, no solamente la información necesaria, sino la ‘responsabilidad’ necesaria para evitar estos problemas.” (Catamarca)

“Primero, como decía al principio, era la información, pero tiene que ser con medios masivos. Lo que pasa que es un tema tabú y que mucha gente no quiere que se trate.” (Tucumán)

“Campañas, por ejemplo radiales, televisivas, son muy útiles las F.M. de los barrios porque se habla en otro idioma, la gente escucha mucho, es mucho más fácil llegar.” (Misiones)

Se apunta la necesidad de no limitarse al trabajo con los jóvenes sino incorporar a los padres y fortalecer la familia como espacio de contención de las adolescentes embarazadas.

“Hay que seguir con los padres, trabajar mucho con los padres sobre todo el tema de los prejuicios, los mitos con respecto a todo lo que sea la sexualidad, con respecto a los anticonceptivos, por supuesto, porque todavía hay gente que piensa que son abortivos.” (Misiones)

“Elaborar un proyecto bien específico, para atender esto y a través de ello educar a los jóvenes, a la sociedad, a los padres.” (Salta)

“No es un problema de la adolescente quedar embarazada, es un problema de toda la familia, de la familia y de la comunidad en la que esto está surgiendo. Así que tenemos gente trabajando con las familias, e interinsitucionalmente.” (Buenos Aires)

“Se debe trabajar fuertemente fortaleciendo la familia, que es fundamental para toda la sociedad. A veces creo que actuamos en las consecuencias y no en las causas. Es fundamental concientizar a la familia sobre la importancia del grupo familiar, de la contención, de la prevención porque es fundamental para todos los problemas.” (Salta)

En lo que atañe a la profundización de las estrategias en curso se señala la necesidad, por un lado, de incorporar a los varones y, por el otro, de trabajar desde una perspectiva de promoción de los derechos.

“La política tiene que ser educar a nuestra población, asegurar algún tipo de estabilidad, dentro de la estructura educativa, y eventualmente hacer conocer los derechos y accesos a no inhibir su sexualidad pero asegurar que puedan optar por tener o no un hijo en forma independiente con todas sus necesidades cubiertas.” (Chaco)

“... el embarazo también es varón, no solamente en la mujer. El varón tiene muchas preguntas, entonces el proyecto tiene que ser para el adolescente integral, no la embarazada integral.” (Salta)

Existe conciencia en muchos entrevistados acerca de la necesidad de generar políticas que tiendan a la inclusión social de los jóvenes.

“A medida que nosotros podamos incorporar a los jóvenes en actividades, en acciones, en proyectos, en trabajo, vamos a poder contener estos chicos.” (Catamarca)

“Pero insisto, me parece que mucho tiene que ver con la inclusión de la adolescente, sobre todo la adolescente de recursos culturales bajos.” (Rosario)

“Toda la cuestión educativa, yo rescato centralmente la cuestión educativa y el conocimiento en toda esta temática y por supuesto aparte de la

*cuestión educativa, dar los medios para que exista un proyecto de vida.”
(Rosario)*

12. CONCLUSIONES

A lo largo del capítulo hemos presentado las opiniones de los funcionarios que tienen bajo su órbita el diseño y gestión de políticas vinculadas con la salud y el desarrollo de los jóvenes en las jurisdicciones en que se llevó a cabo el estudio. No obstante las diferencias en términos de los niveles organizativos en los cuales se desempeñan, sus niveles de responsabilidad y capacidad para definir políticas y movilizar recursos, en términos generales los relatos de los entrevistados nos permiten conocer las diversas concepciones existentes acerca de qué debería hacerse para abordar el fenómeno del embarazo y la maternidad en la adolescencia. Esperamos que el análisis haya logrado desplegar la multiplicidad de miradas y dejado constancia de la complejidad del fenómeno. Como es natural, los funcionarios no están divididos en grupos con posiciones antagónicas o mutuamente excluyentes. En cada uno de ellos podemos advertir, en diverso grado, la presencia de “marcas” vinculadas a las diversas miradas sobre el fenómeno en cuestión. Es decir, que un entrevistado tienda a homogeneizar la experiencia de la maternidad para todos los adolescentes independientemente de su condición social, no implica que a lo largo de su discurso no vaya reconociendo situaciones diferenciales.

En la primera sección se discutió cómo conciben la adolescencia y a los adolescentes ya que esto incide en la forma en que se construye el embarazo como problema y se piensan posibles estrategias de acción. Mientras algunos informantes optaron por generalizaciones que obscurecían la dimensión histórica de los procesos sociales volcándose hacia visiones esencializadoras de los jóvenes –sujetos inmaduros, incompletos, irracionales, vulnerables, necesitados de control, guía y contención–, la mayoría se inclinó por contextualizar la experiencia de los jóvenes e identificar sub-categorías con experiencias, trayectorias de vida y necesidades disímiles.

La vida de los jóvenes en las comunidades está atravesada por múltiples problemáticas que trascienden el tema del embarazo y que en términos generales no difieren de las que viven los adultos en condiciones semejantes. Como refirió un entrevistado, la joven de sectores populares se parece más a su madre que a una par de la misma edad de sectores medios. El consumo de alcohol, la violencia doméstica, callejera e institucional, la desocupación y la exclusión son “paisajes comunes” en las distintas provincias. Sin embargo, salvo excepciones, estos problemas no reciben respuestas articuladas desde el Estado.

Mientras que en lo que atañe a los sectores medios el problema principal parecería ser la falta de diálogo intergeneracional y los temores sobre el desarrollo de una carrera universitaria y la posterior inserción laboral, entre los jóvenes en situación de pobreza, la necesidad de vivir el día a día y la incer-

tidumbre sobre el mañana obturan la posibilidad de pensar en un futuro diferente.

Si bien muchos funcionarios proyectaron sus propios preconceptos de clase sobre el conjunto de los jóvenes homogeneizándolos en una primera instancia, cuando profundizaron en sus explicaciones poco a poco fue emergiendo un registro bastante preciso de los distintos grupos de jóvenes.

A partir de sus discursos pudimos ir reconstruyendo tres perfiles de jóvenes que dimos en llamar niñas-madres, jóvenes de sectores populares y adolescentes de estratos medios y altos.

Cada uno de estos grupos tiene, a juicio de los entrevistados, una relación diferente con el embarazo. En general, los funcionarios piensan que las jóvenes menores de 15 años no están bajo ninguna circunstancia preparadas para asumir la maternidad. En el caso de las adolescentes de más edad de sectores populares, consideran que, sea por elección, por tradición o porque no existen otras alternativas, en muchos casos la maternidad constituye una manera positiva de realización y afirmación personal. Esquemáticamente pueden delinearse tres posiciones que explican el fenómeno del embarazo en este sector: un grupo planteó el embarazo en términos de “conurrencia de factores de riesgo”, otro en términos de una “cultura de la pobreza” que se transmite intergeneracionalmente, y el último lo piensa en términos de “estrategias de supervivencia”. En el caso de las jóvenes de sectores medios, el embarazo es visualizado como una amenaza a su realización personal y, en consecuencia, a la posibilidad de ascenso social.

Existe un relativo acuerdo en que, excepto en el grupo de menores de 15 en donde pueden estar implicadas situaciones de violencia sexual y abuso y en las que puede incrementarse la morbilidad y mortalidad, para las mayores de 15 años el problema no es el embarazo en sí sino las consecuencias del embarazo. En los estratos más pobres, un agravamiento de sus condiciones de vida, de por sí precarias. En el de los sectores medios, la estigmatización de la que pueden ser objeto y la posibilidad de que se vea afectada la escolaridad. Otras consecuencias negativas, en especial entre las adolescentes pobres, serían las complicaciones del aborto inducido en caso de que la joven decida interrumpir el embarazo.

En términos generales los funcionarios acuerdan en que las condiciones negativas en la salud de la madre y el niño no son causadas por el embarazo *per se* sino por las condiciones de marginalidad en las que viven las jóvenes.

La reacción social frente al embarazo de una joven también difiere por sector social encontrándose más estigmatizado en los estratos medios y más naturalizado en los sectores pobres. Es frecuente que en los grupos en mejor situación económica el embarazo se interrumpa sin mayores complicaciones, en tanto que en los sectores más humildes, el aborto se realiza en condiciones que ponen en peligro la vida de las jóvenes, incrementando así el riesgo de mortalidad materna.

Un tema recurrente es la doble moral que afecta negativamente a las mujeres. Si bien se han producido cambios normativos que mitigaron la estigmatización de la mujer, ella sigue cargando con el mayor peso en la crianza

de los niños. El varón, en términos generales, es el gran ausente y las jóvenes terminan siendo acompañadas por sus padres en el proceso gestacional y en la crianza de los niños.

Aquí emergió otro aspecto que debe ser subrayado. Discrepancias entre los funcionarios acerca de si una joven tiene la competencia necesaria para tomar decisiones adecuadas sobre su futuro y para asumir las responsabilidades que la maternidad conlleva. Entre las jóvenes en situación de pobreza, la experiencia en el cuidado de los hermanos menores, la deserción escolar previa al embarazo y la necesidad de salir a trabajar, les confieren, a los ojos de los entrevistados, una competencia que sus pares en mejor “situación de moratoria”, no poseen. Estas posturas deben ser sopesadas con cuidado ya que, si bien implican una relativización de pautas socioculturales de los estratos medios, también, llevadas al extremo podrían significar una “naturalización de la desigualdad”.

Otros “sociocentrismos” que impregnan, en muchos casos, los discursos están referidos a los modelos familiares. Fueron frecuentes las referencias a las familias pobres como “familias disfuncionales” y las críticas a la manera en que se distribuyen intergeneracionalmente los roles al interior de las mismas (en particular, el tema del cuidado de los niños menores por parte de los mayores). En términos generales, para la mayoría de los funcionarios el que una joven tenga como proyecto de vida la maternidad es cuestionable. Así vemos que si bien la reflexión crítica sobre los roles de género ha ingresado en el universo simbólico del funcionariado, no ha ocurrido lo mismo con otros estereotipos (en particular, los roles apropiados para cada grupo de edad).

Otro eje de preocupación es la multiparidad y los cortos períodos intergeneracionales, que muchas veces son atribuidos a factores culturales no obstante reconocer que existen dificultades en el acceso a los servicios de salud y, en particular, a la consejería anticonceptiva pos parto o pos aborto.

En cuanto a los obstáculos para el diseño e implementación de políticas y acciones en el área de la salud y el desarrollo de los jóvenes, algunas dificultades son comunes a la gestión de otras áreas de la administración pública. A saber, la falta de recursos, la fragmentación intrainstitucional, la dificultad de sostener articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, el déficit en la capacitación de recursos humanos, el trabajo sobre la urgencia, la falta de continuidad en las acciones y la ausencia de compromiso político. En todo caso se puede advertir que los programas se caracterizan por su bajo nivel de cobertura e impacto. Si bien en muchos casos existen evaluaciones de proceso, prácticamente no se evalúa resultados e impacto.

Resulta interesante señalar que la mayoría de los funcionarios reconoce que la desigualdad de género, la inequidad en el acceso a los recursos y las dificultades para acceder al sistema de salud, afectan a todas las mujeres y no tan sólo a las jóvenes. De allí también que el llamado por superar la fragmentación esté vinculado con la posibilidad de atender el desarrollo integral de las jóvenes y las comunidades y no tomarlas de forma aislada. En este sentido destaca la necesidad de generar articulaciones programáticas entre las áreas de Salud, Educación, Juventud y Desarrollo Social. Cabe destacar el

menor desarrollo relativo de las áreas de Juventud, que en muchos casos revelaron falta de familiaridad con la temática en estudio, *vis à vis* las áreas Mujer. Si bien resulta auspicioso que la mayoría de los funcionarios remarcará la necesidad de crear programas específicos para adolescentes desde una mirada que aborde integralmente sus necesidades –no exclusivamente la anticoncepción–, la insuficiencia de recursos y la falta de una cultura de trabajo intersectorial arrojan dudas acerca de la viabilidad de esta alternativa.

Otras dificultades encontradas son propias del área de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, aunque no afectan exclusivamente a las/los adolescentes. En este sentido debemos subrayar la dificultad para generar consensos que hagan viable el desarrollo de estas políticas y el fuerte peso que en muchas regiones aún tienen sectores conservadores y la Iglesia Católica. En efecto, las posturas ortodoxas que obstaculizan la implementación de actividades de educación sexual y prevención del embarazo desde una visión de derechos sexuales y reproductivos, no sólo provienen de la Iglesia como institución sino inclusive de muchos miembros de los equipos de salud.

La dificultad para desarrollar estas políticas se cristaliza en el hecho de que en muchas provincias el proceso de discusión de leyes de salud sexual y reproductiva se encuentre empantanado. La resolución de estos procesos está en parte vinculada con luchas históricas previas a la sanción de la Ley Nacional. Encontramos provincias que teniendo implementados programas con anterioridad a la constitución del Programa Nacional tampoco han logrado sancionar legislación propia. En las provincias donde el proceso se está iniciando, la supervivencia de esos programas depende en parte del arribo de fondos desde el Estado Nacional y en una cierta discrecionalidad en la difusión que se hace de los programas.

En todo caso, la sanción de la Ley Nacional y el envío de insumos ha abierto nuevos horizontes en algunas regiones, pero los funcionarios avizoran que esto no es suficiente y demandan un rol más activo del Estado Nacional en la viabilización de las acciones en el nivel local.

Referencias bibliográficas

Patton, M. Q.: *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Newbury Park, Sage Publications, 1990, 2da edición.

CAPÍTULO 6

ABORDAJES DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES ACERCA DE LA ADOLESCENCIA Y EL EMBARAZO

Valeria Alonso ¹

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta un análisis transversal de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud. Las mismas tuvieron como objetivos aportar elementos para comprender la perspectiva de los profesionales de salud acerca de la adolescencia y el embarazo, y explorar los abordajes de los servicios de salud para la atención y prevención de los embarazos no esperados en esta población.

La información obtenida de las entrevistas se analiza a la luz de los acuerdos internacionales en el campo de la salud sexual y reproductiva y, en particular, de las orientaciones para el diseño e implementación de programas de salud para adolescentes. En el marco de estas orientaciones y de los avances observados en la Argentina en los últimos años, se elaboran recomendaciones para la implementación de acciones en los niveles locales.

Durante la década de 1990 se asistió a una serie de esfuerzos internacionales para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y de la situación de las niñas, los niños y las mujeres que contemplaron específicamente el caso de las/los adolescentes. Estos esfuerzos se plasmaron en la celebración de acuerdos internacionales que comprometieron el esfuerzo de los países en la implementación de políticas orientadas a mejorar la calidad de vida y la equidad social de estas poblaciones.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989) articulan los derechos y las obligaciones básicas relati-

¹ Agradezco a Inés Ibarlucía por la incorporación de los testimonios a la versión preliminar y por la edición de este capítulo.

vas a la promoción y la protección de la salud de las/los adolescentes. Elaboraciones y apoyos posteriores provienen de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, y el Programa Mundial de las Naciones Unidas de Acción para la Juventud hasta el Año 2000 (WHO-UNFPA-UNICEF, 1997).

Muchos de los programas destinados a los adolescentes que se han implementado en América Latina han sido verticales en su enfoque, centrándose en la prevención del VIH-sida o del embarazo, sin incluir conceptualizaciones más amplias sobre salud sexual y desarrollo, vinculadas por ejemplo con el conocimiento y valoración del cuerpo, y la capacidad de construir relaciones relevantes.

Dadas las condiciones de vida de la región, resulta necesario que las iniciativas por la salud de los adolescentes contribuyan a disminuir las inequidades y las injusticias sociales, puesto que éstas se consideran condiciones altamente constrictivas para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes (WHO-UNFPA-UNICEF, 1997).

En este sentido, la experiencia indica que los programas centrados en prevenir únicamente problemas específicos de los jóvenes, entendidos generalmente como conductas problemáticas aisladas, y que no han prestado atención a los contextos sociales no han sido efectivos en el largo plazo. En base a estas experiencias, se señala que los programas no deberían centrarse exclusivamente en la prevención de embarazos, sino en mejorar las habilidades para la vida de los adolescentes.

Así, las recomendaciones para el diseño de estos programas incluyen la promoción de ambientes seguros y sanos, el desarrollo de planes de acción que incorporen la salud sexual de los adolescentes, la oferta de servicios de salud para adolescentes y jóvenes, la promoción de la participación juvenil, el apoyo al desarrollo de habilidades y competencias de los adolescentes, el desarrollo de las capacidades y de los recursos humanos, y el apoyo a la investigación y la evaluación en este campo (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003).

En la Argentina, el abordaje de la salud sexual de los adolescentes ha mostrado algunos avances significativos en los últimos años. En 1993, con anterioridad a la CIPD, se inicia un Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, reconociendo que la salud reproductiva era un aspecto descuidado de la atención de salud de los adolescentes (Gogna, 2001). Actualmente el Programa Materno Infantil, dependiente de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, incorpora un componente dedicado a la adolescencia.

Hacia fines del año 2002, después de largos años de debate, se sanciona una ley nacional que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación (Ley 25.673). El programa nacional incluye entre sus objetivos 'promover la salud sexual de los adolescentes' y 'prevenir embarazos no deseados' (Ley 25.673, artículo 2º).

El decreto reglamentario de dicha ley nacional reconoce el derecho de los menores a la prevención y atención de su salud sexual y reproductiva, fijando

un límite en los 14 años de edad para la supervisión adulta (mediante la presencia de los padres o de un adulto responsable) de la consulta médica (Decreto N° 1282/03, Artículo 4º). Éste constituye sin duda un gran avance normativo respecto de posiciones anteriores que obstaculizaban las posibilidades de intervención desde el sector salud en el bienestar de los menores. Sin embargo, sigue siendo uno de los puntos de conflicto con los sectores más conservadores de la sociedad, quienes insisten en restringir esta responsabilidad a los ámbitos privados, especialmente apelando a la figura de la ‘patria potestad’.

En el marco de este nuevo escenario normativo, el Ministerio de Salud, a través de la CONAPRIS, define la problemática del embarazo en la adolescencia como uno de los campos prioritarios de acción sanitaria. Más precisamente, las preocupaciones actuales –que fundamentan el desarrollo de la presente investigación– se centran en la elaboración de estrategias de prevención del embarazo no esperado en la adolescencia y de su repitencia, y en la implementación de mejoras de la calidad de la atención del embarazo.

Con el propósito de contribuir a la implementación y el fortalecimiento de las estrategias del sector salud destinadas a la prevención y la atención del embarazo adolescente, se presenta en este capítulo la información que proveen las entrevistas realizadas a los informantes clave de los servicios de salud en contacto con adolescentes. Así, se analiza la perspectiva de los profesionales de los servicios de salud acerca del embarazo en la adolescencia, sus propuestas de prevención y atención, la cobertura de los servicios en anticoncepción y su experiencia en la atención de complicaciones de aborto y en la detección y el tratamiento de la violencia sexual, así como las líneas de trabajo en VIH-sida.

En base a este diagnóstico y considerando las orientaciones de la literatura especializada, al final del capítulo se proponen recomendaciones para el mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia y de la prevención del embarazo no esperado y de su repitencia.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Entre los meses de septiembre y noviembre de 2003 se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave de sectores de la sociedad vinculados con la problemática del embarazo en la adolescencia. En este capítulo se consideran los resultados de las entrevistas realizadas a los profesionales de los servicios de salud de las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Misiones, Salta y Tucumán, y de la ciudad de Rosario.²

² En el Capítulo 5 y el Capítulo 7 de este libro se analizan, respectivamente, las entrevistas a funcionarios de las administraciones públicas provinciales y a representantes de organizaciones de la sociedad civil.

La muestra se compuso de 31 profesionales de los distintos niveles de atención de la salud del sector público distribuidos de la siguiente manera:³

Jurisdicción	Profesionales de salud	Instituciones
Provincia de Buenos Aires	6	5 hospitales (servicios de ginecología, obstetricia y pediatría), 1 unidad sanitaria.
Provincia de Catamarca	2	1 hospital general (servicio de obstetricia), 1 centro de salud
Provincia del Chaco	3	2 hospitales (servicio de tocoginecología y consultorio de adolescencia), 1 centro de salud
Provincia de Misiones	5	4 hospitales (servicios de adolescencia y endocrinología, y obstetricia, unidad perinatal y residencia en atención primaria), 1 centro de salud
Ciudad de Rosario	7	2 hospitales municipales, 1 hospital provincial y 1 maternidad municipal (consultorios de adolescencia y psicología, consultorios externos, consejería y directivos)
Provincia de Salta	3	2 hospitales, 1 centro de salud
Provincia de Tucumán	5	4 hospitales y 1 maternidad
Total	31	28

Los informantes de los servicios de salud se seleccionaron en base a su experiencia de trabajo con adolescentes desde los efectores públicos de los distintos niveles de atención. La información se procesó para su análisis de acuerdo con una matriz que incorporó los principales ejes del cuestionario.

Las dimensiones abordadas en la pauta de entrevista fueron:

- los principales problemas de los adolescentes según sector social;
- la opinión general sobre embarazo en la adolescencia;
- los elementos que contribuyen a su ocurrencia, las consecuencias del embarazo, y las mejores estrategias de prevención y atención;
- el perfil institucional, incluyendo recursos, oferta de servicios, anticoncepción, VIH-sida;

³ A los fines de resguardar la confidencialidad y evitar la posible identificación de los informantes, no hemos incluido datos sobre sexo y edad. En los testimonios, se consigna solamente el sitio de procedencia del entrevistado de modo de reflejar, en cierta medida, las diferencias entre los contextos.

- la atención de las complicaciones de aborto, y de los casos de violencia y violación;
- políticas y acciones a nivel provincial o local.

Estas dimensiones se trabajaron privilegiando dos grandes ejes de análisis: uno acerca de las consideraciones de los entrevistados sobre la adolescencia y el embarazo, y otro que reúne los abordajes institucionales para la atención del embarazo y del parto, la prevención de los embarazos no esperados y el tratamiento de las complicaciones de aborto y de la violencia sexual en adolescentes.

3. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ADOLESCENCIA Y EL EMBARAZO

3.1 Los problemas de las/los adolescentes

La adolescencia es una de las etapas de la vida cuya problemática no permanece ajena a los efectos de la desigualdad social. Los problemas asociados con la adolescencia aparecen, en el discurso de la mayoría de los profesionales entrevistados, intensificados con la pobreza y con la precarización social. Estos problemas abarcan un amplio espectro del malestar social, y son explicados por una multiplicidad de carencias y deficiencias en las condiciones de vida de los jóvenes.

En mayor o menor medida, todos los profesionales de los servicios de salud entrevistados coinciden en reconocer el trasfondo socio-económico de los problemas que enfrenta la población adolescente en cada una de las jurisdicciones. Distinguiendo los problemas según el sector social de que se trate, se destacan las referencias a los contextos de pobreza y marginación, la desigualdad de oportunidades laborales, la falta de proyectos de vida, la escasez de ingresos y altos niveles de violencia y discriminación. En algunas jurisdicciones, se mencionan también las adicciones a las drogas, al tabaco y el alcoholismo.

“Bueno, yo creo que el principal problema es la falta de proyecto de vida... creo que en la falta de proyecto de vida podría entrar todo, desigualdad en las condiciones, escolaridad incompleta, carencia de recursos.” (Buenos Aires)

“Yo creo que no puedo hablar de todos los problemas de los adolescentes pero creo que uno de los problemas principales es la falta de seguridad, la violencia, la discriminación, la falta de posibilidades de conseguir un empleo, de terminar su escuela, su polimodal, de tener un mejor acceso, digamos, a otras oportunidades, poder tener otras oportunidades. Y los chicos de clase media yo creo que están en ese otro tema de la violencia general cuando salen, de poder elegir alguna carrera, algunos tienen que trabajar, sin experiencia no pueden trabajar (...) y bueno todo lo que es el

tema de discriminación yo creo que en distintos estamentos, en distintos lugares, distintos tipos de discriminación yo creo que sufren todos los adolescentes.” (Rosario)

“El problema del alcoholismo como patología, el acercamiento a las drogas y la adicción...” (Chaco)

Con mayor peso en ciertas provincias que en otras (fundamentalmente, Tucumán, Buenos Aires, Chaco y Misiones), los diagnósticos de los entrevistados refieren también a cuestiones tales como la ausencia de modelos a seguir o de contención familiar. Así, se apela a ideas de ruptura del tejido social, brechas de comunicación entre adolescentes y adultos, desorientación y familias disfuncionales, factores que agravarían la conflictividad propia de la adolescencia y afectarían aún más a los jóvenes en condiciones más vulnerables.

“El principal problema creo que es el cambio de modelo familiar, la falta de modelos a imitar en lo social y el estado de caos, o sea la ruptura del tejido social (...) Esto incrementa los conflictos estándares de la adolescencia, los pone más sensibles y no tienen puntos donde apoyarse.” (Tucumán)

“Las disfunciones familiares, cuando el sistema circular de la familia está en conflicto, digámoslo así o falta el padre o falta la madre, falta en cuanto a ausencia o falta en cuanto al vínculo y cuando los roles están alterados, los niños muchas veces tienen que pasar a contener a la familia.” (Chaco)

“Tienen invasión de opciones en cuanto a su sexualidad, en cuanto a sus actividades, a las cosas que son peligrosas y a las que no lo son... los veo muy desorientados...” (Tucumán)

“Si están en un medio socioeconómico digamos aceptable, yo pensaría que los mayores problemas son el libertinaje, sobre todo hay un desborde, un desenfreno en la actualidad...” (Misiones)

“Malos ejemplos, un país arruinado por adultos, mala política económica, ausencia de no querer ser como ellos, ausencia de patrones... Están ahogados por un mundo de adultos mal hecho.” (Buenos Aires)

En algunos casos (principalmente en Tucumán), se manifiestan posiciones bien conservadoras que lamentan la pérdida de las familias tradicionales y entienden como uno de los problemas sociales que ‘las mujeres quieren hacer lo mismo que los varones, los quieren copiar’.

“La falta de modelos a seguir, modelos sociales... la familia carece de

modelos, al haber rupturas, no hay familias tradicionales. (...) Se han transformado los roles, hay una crisis de masculinidad y feminidad...” (Tucumán)

Otro grupo de problemas ampliamente mencionado se vincula con las carencias educativas de los jóvenes: falta de educación, falta de información, deserción escolar y acceso desigual al sistema educativo.

“Es básicamente la falta de información que tienen, la falta de una escolaridad adecuada, porque en realidad (...) si bien es cierto que están escolarizados y deberían tener un grado de instrucción para el curso que están haciendo, se ven muchas falencias con respecto a lo que comprenden como texto, y a lo que comprenden como transmisión de la información.” (Chaco)

En lo que respecta a la salud reproductiva, los problemas más mencionados son la falta de acceso a métodos anticonceptivos, la falta de información adecuada sobre sexualidad y anticoncepción, el mal uso de los métodos anticonceptivos, los embarazos de adolescentes y, en menor medida, las infecciones de transmisión sexual.

“Bueno, los principales problemas que tienen los adolescentes en esta ciudad, dado desde la óptica de nuestra especialidad, son la falta de información y educación sexual. Esto lleva a que haya embarazos adolescentes, embarazos tempranos y toda otra serie de acontecimientos que, bueno, en los adolescentes no está todo sólo vinculado a la falta de educación sexual sino que hay otro tipo de problemática, como la falta de proyectos, de estímulos, de inserción social...” (Rosario)

“Me parece que la falta de información a nivel de las enfermedades de transmisión sexual y a nivel de todo lo que es salud sexual.” (Misiones)

Una médica entrevistada en Salta relaciona la mala información en salud reproductiva y en el autocuidado del cuerpo con ‘el machismo que hay en la provincia’.

“Son pocas las parejas que afrontan los problemas porque generalmente van las chicas solas, la mayor responsabilidad recae en la mujer. Es como si el varón no se embarazara, es por el machismo que hay en esta provincia, en general la sociedad es machista, pero Salta es bastante más machista.” (Salta)

Más allá de estas problemáticas globales, vale la pena destacar algunas particularidades en el diagnóstico y apreciación que los informantes realizan acerca de los problemas de los adolescentes en cada jurisdicción.

Las consideraciones acerca de las dificultades de acceso de una parte de

la población a una alimentación adecuada se destacan en Tucumán respecto de las demás jurisdicciones.

“Yo creo que (los problemas son) muchos, empezando por las desigualdades de oportunidades para un acceso a una educación, y ya no hablemos a una buena educación, a una buena alimentación (...) Vemos una gran franja poblacional de la clase media, que no todos pueden acceder ya al alimento o a la educación.” (Tucumán)

Por su parte, y a diferencia del resto de los sitios, la caracterización de la problemática adolescente en Rosario aparece más vinculada con procesos sociales dinámicos que con condiciones más estructurales de pobreza. Priman allí las vinculaciones de la problemática adolescente con los procesos de pauperización y deterioro social de los últimos años. Incluso algunos informantes centran la atención en los sectores medios que han visto retroceder su situación económica recientemente. También en algún caso se reproduce el prejuicio de la naturalidad con que los sectores más pobres vivirían las carencias en el acceso a mejores condiciones de vida.

“Estos problemas se ven o tienen más impacto en la clase media que se va empobreciendo y en la clase baja trae problemas e impacta pero es como que se toma más naturalmente todo. Pero en la clase media baja y en la clase media es donde más impacto hace.” (Rosario)

Finalmente, en la provincia de Misiones, además de las referencias a problemáticas vinculadas con carencias sociales (de educación, contención familiar, proyectos, ocupación útil y falta de trabajo, de ideales, y/o modelos), otros entrevistados limitan su diagnóstico de la problemática adolescente a la información que recaban en las consultas con sus pacientes.

“Concurren a mi consulta por acné, por alteración de la imagen corporal, o sea, o por sobrepeso, por deficiencia de peso y por trastornos menstruales en las niñas. Los varones concurren a mi consulta fundamentalmente por retardo en el crecimiento, baja talla o bajo peso, lo que ellos consideran poca estructura muscular...” (Misiones)

3.2 El embarazo en la adolescencia

Generalmente entendido desde sus consideraciones más negativas, en tanto ‘accidental’, no buscado ni planeado, el embarazo en la adolescencia aparece relacionado con una serie de carencias sociales que imponen obstáculos al acceso a la prevención y, especialmente, a la educación y al trabajo.

La diversidad observada en las opiniones sobre cuáles son los problemas de los adolescentes se diluye al considerar específicamente el embarazo en la adolescencia. La mayoría de los profesionales entrevistados manifiesta aproximaciones negativas en su evaluación de estos embarazos tanto en la defini-

ción de los elementos que estarían contribuyendo a su ocurrencia como en la evaluación de sus consecuencias.

Si bien algunos de los entrevistados reconocen la existencia del embarazo buscado en la adolescencia, es la idea del embarazo no planificado como resultado de un accidente o un descuido la que subyace a la mayoría de las opiniones. Entre los factores que conducen a este ‘descuido’ se señalan la ocurrencia de relaciones sexuales no planificadas, la creencia de que no es posible embarazarse en la primera relación sexual, y para algunos informantes el mal uso de los métodos anticonceptivos. En algunos casos, también se vincula la ocurrencia de los embarazos no planeados en la adolescencia con la “inmadurez” o “irresponsabilidad” que se cree propia de esta etapa de la vida.

“Es un problema porque casi por lo general, no es un embarazo planificado, es una cosa que se da porque se da, porque hubo falta de información...” (Chaco)

“Hay mitos, como por ejemplo que piensan que, porque es su primera relación sexual no van a quedar embarazadas. Otras, el mal uso de los métodos anticonceptivos, ¿no es cierto? Así que esos, digamos, son los principales. Y bueno, y otra es, no sé, porque por ahí la toman muy a la ligera a la relación sexual.” (Buenos Aires)

“En unos casos puede ser buscado y ser su proyección de tener algo propio y, por otro lado, fundamentalmente yo creo que la gran mayoría era el desconocimiento ante la posibilidad de quedar embarazada en una práctica sexual, el pensar que la primera vez no van a quedar embarazadas (...) o la posibilidad directamente de desconocer lo que es un embarazo, a lo mejor a edad tan temprana tuvieron su primera relación y no pueden llegar a medir eso, la causa-efecto de un acto sexual, y después un embarazo...” (Rosario)

“De acuerdo a lo que he visto, la mayoría de las embarazadas adolescentes no quisieron quedar embarazadas. Indagando un poco a la chica, en general es porque el adolescente tiene un sentido de omnipotencia en el sentido de que cree que nunca le va a pasar nada. Es como un juego con el riesgo, y después vienen las consecuencias.” (Salta)

Al respecto, un médico en Salta introduce una reflexión diferente. Retomando un trabajo de la Dra. Ana Coll,⁴ hace hincapié en que los embarazos en la adolescencia no son embarazos no deseados, sino inoportunos.

⁴ Fundadora del Servicio de Adolescencia del Hospital de Clínicas ‘José de San Martín’ (UBA).

“Ella decía que esta cuestión tiene que ver con ‘vivir lo que no se puede hablar’. Los chicos al no encontrar espacios para hablar de su sexualidad la viven, eso deriva en los embarazos. Ella no hablaba de embarazos no deseados, hablaba de embarazos inoportunos. Ese concepto creo que cambia diametralmente la postura nuestra. No es que no sea deseado, porque instintivamente la sexualidad, el deseo sexual genital, tiene que ver con la naturaleza, pero lo importante es generar espacios de reflexión para poder hablar de sexualidad y no vivirla apresuradamente.” (Salta)

Algunos entrevistados observan procesos más complejos que suponen al embarazo como una salida posible a situaciones familiares conflictivas, como expresión de disconformidad con la historia familiar, o bien la repetición de las historias reproductivas de sus madres. Esta opción del embarazo como escape a situaciones conflictivas a veces es atribuida a las ideas “liberales o utópicas” con las que se comportarían los adolescentes.

“Es un grave problema porque es como un emergente en el sentido de la falta de contención (...) Y si se trata de gente que tiene acceso a la información es más emergente porque está hablando de un sistema familiar que el adolescente está necesitando de este tipo de situación ya sea para irse, para generar una problemática en la familia, etc.” (Tucumán)

“Otro factor pueden ser las ideas de los adolescentes, a protestar, pensar utópicamente o liberalmente que embarazándose pueden salir de una situación que no les gusta...” (Tucumán)

Por otro lado, varios entrevistados señalan que la falta de oportunidades y la imposibilidad de encontrar otros proyectos alternativos (ya sea en el ámbito laboral o educativo) contribuyen, entre otros factores, a la ocurrencia de embarazos como un proyecto de vida, especialmente entre las adolescentes de los sectores más pobres. Esta mirada concibe la posibilidad del embarazo en la adolescencia como resultado de la decisión personal de tener un hijo.

“Y yo creo que es una realidad, que es producto de la falta o mala información, que por ahí está entrecruzado por variables como la falta de proyecto de vida... en las clases más carenciadas como que no tienen nada, tener un hijo es tener algo, es pasar a otro estatus, a tener otro rol...” (Rosario)

“Falta de proyectos de vida, fundamentalmente, porque cuando un adolescente tiene proyectos de vida, tiene deseos de superarse, tiene un objetivo, tiene afectos, tiene contención, ese adolescente no se embaraza porque tienen un objetivo distinto que ese embarazo.” (Rosario)

“Y son una confluencia de cosas porque una es la decisión personal de tener un hijo como proyecto de vida. Otra puede ser que no estaban infor-

... madas... (...) Otras veces utilizan mal el método anticonceptivo o un método anticonceptivo de muy baja eficacia como el coitus interruptus... Y por otro lado yo creo que forma parte de otras cuestiones familiares o personales, muchas veces son chicas que están a cargo de hermanitos menores, en realidad el proyecto es cuidar algo que sea propio y no de la madre o del padre...” (Rosario)

Esta perspectiva que recupera la ausencia de otros proyectos de vida parece más difundida entre los informantes de Rosario, donde las opiniones acerca del embarazo en la adolescencia van desde consideraciones francamente negativas a relativizaciones generalmente vinculadas con la pertenencia social de la adolescente embarazada, aunque también en algún caso con la edad, la existencia de una pareja estable y, como se dijo, el deseo de ese embarazo como ‘proyecto de vida’.

“El hecho de tener un hijo, en ciertos niveles, es algo que pueden sentirse más seguras...” (Rosario)

“Yo creo que sí es un problema cuando hablamos del embarazo adolescente no planeado, no deseado, porque por supuesto tenemos adolescentes de 17 -18 años con una constitución de pareja ya consolidada, aceptada socialmente, familiarmente y en estos casos un embarazo no constituye un problema...” (Rosario)

La falta de educación como factor que contribuye a la ocurrencia del embarazo en la adolescencia es mencionada especialmente por los entrevistados de Catamarca. Es esta asociación directa entre el embarazo y un nivel educativo insuficiente la que, como veremos más adelante, los lleva a enfatizar la importancia de la educación como estrategia preventiva. Se reporta también la creencia de que en los estratos sociales más desfavorecidos el embarazo adolescente es asumido con mayor “naturalidad”.

“Y el número uno, la falta de educación, eh... volvemos a repetir, eso en todos los aspectos, va a seguir, eh...interviene también en todo esto la educación de la familia. (...) En los niveles socio-económicos más bajos es tomado como algo natural, normal y generalmente son acompañadas por su familia. Si ese embarazo es controlado, no creo en el problema.” (Catamarca)

Por su parte, en Misiones, predominan las referencias a la falta de contención familiar o de una estructura familiar adecuada como factores vinculados a la ocurrencia del embarazo, responsabilizando a los padres o al entorno directo de los jóvenes por no informarles u ofrecerles otras alternativas. Además, uno de los informantes destaca la influencia de las presiones sociales sobre el comportamiento sexual.

“Primero creo que es la falta de contención familiar, la estructura familiar, que contribuyen al embarazo adolescente. La falta de insistir o generar en este chico un proyecto personal, que estudie, para obtener determinado título, para conseguir aunque sea un trabajo. Falta de proyecto, o la ausencia de educación o el alcoholismo de los padres, la separación de los padres, todo ello conlleva la violencia doméstica...” (Misiones)

“La presión que sufren los chicos adolescentes por demostrar un cierto aspecto físico o una capacidad de comportarse como individuos más grandes de lo que son, el aspecto social, cultural, de la vestimenta que llevan, de las actitudes que tienen, o sea el físico explícito, el mostrarse físicamente, el mostrar la madurez sexual que no tienen, la propaganda de la cual están invadidos permanentemente...” (Misiones)

En Tucumán, la evaluación de los factores que contribuirían a la ocurrencia del embarazo durante la adolescencia vuelve a reagrupar a los informantes en una perspectiva que reproduce muchos de los prejuicios sociales que impiden un abordaje integral de la problemática adolescente. Así, se mencionan un inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, “promiscuidad” en los sectores pobres, falta de educación y de información, fragilidad y alteración de los roles dentro de la familia. Y nuevamente aparece aquella creencia acerca de la naturalidad con que los sectores más pobres enfrentan el embarazo a edades tempranas, naturalidad que es atribuida a determinadas “pautas culturales”.

“Es un problema complejo, yo creo que no se lo puede separar del contexto social y cultural porque si bien hay franjas o lugares que se lo ve como algo natural, normal, sin ningún proceso traumático se lo vive al embarazo adolescente, porque culturalmente están preparados para esto... Sin embargo crea preocupación porque estamos viendo un inicio de relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas; en donde se vive en ambientes promiscuos, en donde no hay educación, en donde inician la relación sin ningún tipo de protección y porque tampoco la conocen y porque tampoco piensan que se van a embarazar.” (Tucumán)

“Todo depende de qué franja se estudie porque si es una franja de la pobreza podría ser la promiscuidad...” (Tucumán)

3.3 Las consecuencias

Las consideraciones negativas sobre el embarazo en la adolescencia se manifiestan plenamente en el análisis de sus consecuencias. Desde la pérdida de escolaridad hasta el aumento de la violencia, se destaca una serie de efectos adversos del embarazo en la adolescencia que incluye también el impacto económico en las familias y la interrupción de otros proyectos de vida. Las consecuencias psicológicas se vinculan con la falta de pareja esta-

ble, la ausencia del padre del bebé y la inmadurez de las adolescentes para asumir la maternidad, que en algunos casos se asocia con la inversión de los roles “clásicos” dentro de las familias.

“Familiarmente producen un desequilibrio económico en la familia tremendo, porque hay otra boca más que alimentar. Tienen limitado su futuro en cuanto a su educación... generalmente no vemos el padre y la madre seguir juntos, o sea que hay un quiebre emocional importante entre la parejita que van a ser padres... Y así podría seguir enumerando un montón...” (Misiones)

“También en el proyecto de vida, puede interrumpir estudios o puede no permitirle una salida laboral o una buena inserción laboral o social con sus pares tampoco.” (Tucumán)

“Consecuencias individuales, que es un shock para la mamá adolescente, que algunas las aceptan y otras no aceptan la situación, lo que trae aparejado mala relación madre/hijo posterior. Y a nivel social porque estas chicas adolescentes que se embarazan pasan a tener un rol inmediato superior que es ser madre, con todo lo que ello trae aparejado: tienen que salir a buscar un trabajo para mantener a su hijo, por ahí no va a poder seguir estudiando, o sea determina pautas en su vida que por ahí si no hubiera pasado eso hubiera sido otro el final de esta persona o un final [distinto] de lo que tenía planificado para su vida...” (Misiones)

“Uno es no terminar de construir su proyecto de vida si era otro el proyecto de vida que tenía... Y en cuanto a lo psicológico, yo creo que por ahí depende también un poco de la edad de las adolescentes... porque no porque tenga un hijo va a tener toda la responsabilidad que significa la maternidad. Entonces yo creo que habría otro tipo de consecuencias que más que para ellas podrían ser para el hijo de ellas (...) Yo creo que más que nada cuando son muy jovencitas, el tema de la consecuencia pasa por lo que le pase al hijo y no por lo que les pase a ellas...” (Rosario)

“Cambia el proyecto de vida, el proyecto en los estudios, de forjarse un futuro o un porvenir. Un hijo genera ciertas dificultades para concretar estos proyectos. (...) Por ahí los roles se tergiversan, he visto mamás adolescentes que siguen funcionando como hijas y los abuelos son los padres, y se altera lo clásico.” (Salta)

En las opiniones más drásticas, se mencionan las dificultades en la constitución del vínculo con el recién nacido y la conformación de familias “disfuncionales”, estigmatizando incluso las vidas de estas jóvenes.

“Además de las físicas (...) hay consecuencias psicológicas. (...) es difícil que estas mujeres tengan una pareja estable. Muchas veces el padre es

un padre ausente, el padre de la criatura. (...) Muchas veces hacen como un abandono emocional. No hacen el vínculo con el recién nacido.” (Buenos Aires)

“Lo que sí lleva es a repetir la historia familiar, o sea un gran riesgo social, psicológico para ella y el producto, del bebe recién nacido, abandonadas, con falta de interés afectivo hacia sus hijos, atención. También van a construir una familia disfuncional, donde no está la figura del padre, donde buscan una nueva pareja que se hace cargo de ese chico, porque ejercen violencia, se alcoholizan y se repite la historia de los padres...” (Misiones)

Es importante observar la divergencia de opiniones acerca de los posibles riesgos biológicos que podrían implicar los embarazos en la adolescencia. Algunos informantes consideran que existen riesgos sanitarios como prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, anemia, infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual, mientras que otros afirman que la mayoría de estos embarazos culminan en un parto normal sin demasiadas patologías, especialmente cuando el mismo es controlado adecuadamente. En esta última perspectiva, problemas como la desnutrición y la anemia aparecen relacionados más que con la edad de las madres, con sus condiciones de vida. Esta divergencia se reproduce en la mayoría de las jurisdicciones analizadas y refleja, en cierto modo, la discusión planteada en la literatura médica.

“Y que es un problema, es un problema. Porque el embarazo en adolescentes de por sí es un embarazo de alto riesgo, con alta connotación a nivel perinatólogo, tanto para la mamá como para el bebé. Ya de por sí es un factor que determina que aparezcan ciertas patologías que son más comunes en este tipo de embarazos: (...) el retardo en el crecimiento intrauterino, la anemia en la embarazada que trae aparejada la prematuridad, son más frecuentes las infecciones urinarias por todo el desarrollo anatómico de la uretra... (...) Y también se asocian más frecuentemente las enfermedades de transmisión sexual con el embarazo, de las cuales la más común es la sífilis...” (Misiones)

“Tenés mayores probabilidades de tener un niño mal formado, o con alguna enfermedad genética, tenés mayores probabilidades de riesgo de muerte en la adolescente, menor peso en el recién nacido, y si todo va ‘ok’ después de que nace, con el mejor de los esfuerzos de toda la familia, y del adolescente, lo cual es difícil, porque ellas están en etapa de transición y de aprendizaje, ese chico va a tener mayores probabilidades de malformación crónica, desnutrición aguda, mayor enfermedad, (...) y la vivencia de ese chico, con una mamá que en realidad está en crecimiento, y no le puede brindar todo lo que le brindaría una adulta, que ya está preparada y quiere tener un hijo.” (Chaco)

“Además hay riesgos de partos prematuros, de bajo peso al nacer, con

riesgo de contagios de las infecciones (...) por algo se dice que la edad ideal para tener un hijo es entre los 18 y los 35 años, es algo estudiado en profundidad y un embarazo antes de los 18 años puede traer consecuencias.” (Salta)

“Si vos me hablás de las físicas yo te digo que si es una adolescente que se le diagnostica el embarazo y se controla el embarazo no va a tener ningún problema físico. Y después están las otras consecuencias que dependen del nivel de educación o si han buscado o no ese embarazo...” (Rosario)

“Trae consecuencias de índole psicosocial, no de índole física, biológica, porque el embarazo adolescente en general más del 80% tiene un final feliz, con un parto normal, sin muchas patologías...” (Misiones)

“Desde el punto biológico no hay problema porque la naturaleza es sabia. De hecho, cuando un organismo está apto para la reproducción, tiene buenos resultados en tanto y en cuanto se la acompañe en ese proceso.” (Buenos Aires)

“Como una vez que uno confirma el embarazo y tiene el diagnóstico de que ese embarazo viene bien y vuelvo a repetir, la experiencia que uno tiene de esos embarazos es que se desarrollan muy bien, y los partos son muy buenos.” (Catamarca)

A veces su carácter problemático o de “embarazo de alto riesgo” es atribuido a su condición de ‘embarazo no planificado’, hecho que, según los entrevistados, daría lugar a un inicio más tardío de la atención médica, irregularidad en las consultas e insuficiente apoyo familiar, aceptación y contención.

“Y sin ninguna duda, trae consecuencias, no sólo físicas sino psíquicas. Lo físico tiene que ver con el mayor riesgo, o sea no se hace una consulta precoz, tampoco las consultas son continuas debido a los múltiples problemas propios del adolescente, relacionados con educación, más el impacto familiar que produce la gestación, generalmente no deseado...” (Chaco)

Es en la voz de uno de los profesionales de Salta donde aparece, por única vez, una preocupación por las consecuencias en el desarrollo psicosocial de los varones.

“Teóricamente en lo orgánico no (tiene consecuencias), pero sí en el desarrollo psicosocial de los chicos. Y creo que afecta el desarrollo afectivo de los varones, aunque estemos en una cultura machista, donde se supone que el varón no tiene que tener sentimientos, no tiene que hacerse cargo de la cuestión de los hijos, etc. Internamente queda una laceración de orden emotivo o afectivo en los varones.” (Salta)

3.4 Estrategias de prevención y atención propuestas

De manera generalizada, los profesionales de salud de todas las jurisdicciones manifiestan mayores capacidades para elaborar propuestas orientadas al mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia que estrategias de prevención. Mientras que estas últimas aparecen estrechamente vinculadas con ciertos prejuicios sociales que parecen regir las consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo en esta etapa, las propuestas para la atención resultan mucho más ajustadas a la dinámica y a las posibilidades concretas del sector salud.

Las estrategias para la atención del embarazo en la adolescencia consideran la disposición de servicios integrales para los adolescentes, de espacios propios en los hospitales –distinguidos de los de atención de las mujeres adultas– y de equipos profesionales especializados e interdisciplinarios (constituidos por médicos, psicólogos, asistentes sociales). En el caso de la provincia de Buenos Aires, también se propone la generación de programas para adolescentes.

“Yo creo que el adolescente necesita un ámbito especial, o sea no puede o al menos no debiera, desde mi lectura, parir en el mismo servicio, en el mismo momento, en el mismo equipo, una adolescente que una mujer adulta. Un adolescente necesita una contención absolutamente distinta, un equipo de salud mejor preparado. (...) Que el adolescente tenga el derecho de exigir que se le acompañe durante el trabajo de parto (...) Yo creo que debería tener un equipo integrado por psicólogos, asistente social, especialistas en adolescentes tanto médicos como psicólogos, un equipo que esté preparado dentro de los adolescentes (...) Yo creo que eso elevaría la calidad.” (Tucumán)

“Me parece que el apoyo desde una mirada integral, interdisciplinaria, con apoyo y con trabajo en terreno con las obstétricas, las enfermeras, los camilleros, los médicos. Creo que ése es el trabajo más importante que hay que hacer.” (Rosario)

“En los lugares en donde se hace atención tocoginecológica, tener un programa como para hacer grupos de adolescentes y darles también la información necesaria.” (Buenos Aires)

Algunos informantes enfatizan en el cuidado de los factores psicológicos. Se propone el acompañamiento, brindar información sobre el parto y los cuidados del bebé, la promoción del acompañamiento de la familia a los controles y a la sala de partos y una atención diferenciada, incluyendo mayor tiempo de consulta para que las adolescentes puedan “expresar sus problemas”.

“Yo creo que es muy importante el acompañamiento, que es muy importante la información, que es muy importante que la adolescente sepa que

debe parir en una institución, conocer la institución, que sepa lo que son las contracciones, que sepa que después del parto el bebé necesita de determinados cuidados, de determinada atención... y creo que también es muy importante el acompañamiento, que puede ser la familia.” (Rosario)

“La atención tiene que ser diferente, es decir, dedicarle más tiempo para que puedan expresar su problema.” (Rosario)

Esta necesidad de dedicar más tiempo a las consultas con los adolescentes se vincula con la posibilidad de aprovechar los controles prenatales para ofrecer a las jóvenes y sus parejas “mejores explicaciones” sobre cómo espaciar o prevenir próximos embarazos.

“Darle un poco más de importancia por el hecho de ser adolescente... darle un poquito más de apoyo, tratar en lo posible de, también, educación y prevención, hablándole para que por ahí no tenga un embarazo nuevamente, dentro de un año, un par de años...” (Catamarca)

“Un buen control de embarazo, tratar de acercar al grupo familiar para que puedan organizarse, para evitar que después de que tenga su bebé se vuelva a embarazar –porque generalmente son madres adolescentes reinicidentes (...) Necesita un poco más de atención que un embarazo de adulto por el hecho de que pasan de ser niñas a ser madres con demasiada rapidez y por consiguiente necesitan más atención, más tiempo de consulta, más explicación, el por qué, y las complicaciones que puede tener una madre adolescente.” (Misiones)

También se propone la incorporación de otros profesionales en los cursos de preparación para el parto, el fomento de la lactancia en las salas de espera, y el seguimiento de las jóvenes una vez finalizado el embarazo ya que, en algunos casos, no se ha logrado “salvo excepciones, que vuelvan a buscar la planificación familiar.”

“Aquí en el hospital lo ideal sería poder tener la trabajadora social que haga la evaluación de los adolescentes, poder tener alguien más que nos ayude en las charlas para la preparación del parto en las salas de espera, poder fomentar la lactancia y poder conseguir que estas chicas, una vez terminado el embarazo, vuelvan...” (Misiones)

Sin embargo, algunos informantes señalan su desacuerdo con lo que denominan ‘la patologización del embarazo adolescente’, entendiendo que ‘tiene que ser la mejor atención como en todas las mujeres, sin distinción’. La apreciación resulta interesante puesto que alerta sobre la necesidad de explicitar que la búsqueda de atención especial para las adolescentes embarazadas no significa ir en desmedro de la calidad de la atención de las mujeres adultas.

“Yo creo que la atención tiene que ser la mejor atención como tiene que ser en todas las mujeres, yo no creo que tenga que haber una distinción (...) tiene que atenderse a todo el mundo por igual. Lo que sí, la atención diferenciada a aquella que realmente lo necesita, que sé yo, desde el punto de vista del riesgo biológico...” (Rosario)

También son reiteradas las propuestas de mejoramiento de la atención centradas en el funcionamiento de la red de salud según los niveles de complejidad de la atención y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad. En Catamarca, por ejemplo, las recomendaciones incluyen el establecimiento de un adecuado sistema de derivaciones entre los distintos niveles de complejidad de los efectores del sistema público de salud.

“La atención, abordarla desde cada servicio de atención primaria, postas: centros de salud, hacer el diagnóstico, hacer la clasificación correspondiente en cuanto al riesgo y seguir en esos lugares con los de bajo riesgo, derivando los de mediano y alto riesgo hacia los hospitales de alta complejidad...” (Catamarca)

En Tucumán, además, se propone la inclusión de servicios de procreación responsable en mayor cantidad de centros de atención primaria (CAPs) en la provincia.

“Lo ideal sería poner los servicios de procreación responsable en la mayor cantidad de CAPs que se pueda, y dentro de todo lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva en caso de las adolescentes, terminar de educarlas, en los temas de la vida del adolescente, no solamente en salud sexual...” (Tucumán)

En cambio, sin ser demasiado específicas, las estrategias de prevención propuestas coinciden mayoritariamente en acciones de educación y comunicación, centrando las posibilidades de prevención de los embarazos no planeados en cuestiones de acceso a la información. Así, se propone la distribución de información a través de los medios masivos de comunicación, la escuela, la familia y los consultorios. Se hace especial hincapié en la promoción de la educación sexual en las escuelas, incluida dentro de un abordaje interdisciplinario de la problemática.

“En la prevención yo creo que otra vez es insistir en la información a través de todo, medios, la escuela, la familia...” (Chaco)

“Para la prevención creo que es muy importante implementar la educación de la sexualidad humana, desde la primaria, más o menos tomando las edades entre los 9, 10 años, y que tenga continuidad, acompañando en el crecimiento de los adolescentes y jóvenes (...) Si no están incluidos dentro de una educación formal, dirigirse a otros grupos, de clubes, de

parroquias (...) Darles las herramientas para que ellos decidan libremente y responsablemente.” (Tucumán)

“Nosotros intentamos abordar este tema en forma interdisciplinaria (...) Estamos intentando constituir un grupo de profesionales responsables, integrado por pediatras, los hebiatras –que son los médicos dedicados a adolescencia– asistentes sociales, psicólogas, nutricionistas, ginecólogos, etc. Queremos ir a los colegios, y llegar a los colegios de la zona del hospital...” (Salta)

En Rosario y en la provincia de Buenos Aires, los entrevistados parecen tener una mirada más amplia del problema y, por consiguiente, proponen estrategias de prevención que van más allá de las acciones destinadas a fortalecer la educación sexual o la información. Si bien se reconoce que la educación sexual resulta un componente necesario, se considera que no es suficiente para asegurar la disminución de los embarazos no planificados. Varias opiniones coinciden en la urgencia social de ofrecer otros caminos a los adolescentes: libertad para elegir y disponibilidad para estudiar, contención afectiva y espacios de recreación, y oportunidades de trabajo a futuro.

“En la prevención, si a la gente no le brindamos un ambiente que significa tener donde vivir dignamente, no le brindamos educación, un proyecto de vida, un montón de cosas, esto se va a perpetuar y se está perpetuando... no hay salida...” (Rosario)

“No solamente hay que realizar una educación sexual o educación para la salud para prevenir el embarazo adolescente. Creo que a la adolescencia hay que ofrecerle otros caminos que no sean el embarazo: hay que ofrecerle educación, salidas laborales, una contención, recreaciones adecuadas...” (Buenos Aires)

Así, en el discurso de algunos profesionales, la efectividad de la inclusión de mayores contenidos de educación sexual e información en salud reproductiva queda dependiendo de factores psicológicos y sociales, vinculados con las historias personales y familiares de los adolescentes.

“Yo creo que la información es clave. No es lo único porque por más que tengan toda la información después si hay algunas cuestiones personales o familiares que hacen que se dé en ese marco un embarazo no buscado, bueno, forma parte de otras cuestiones psicológicas o sociales que no tienen que ver con lo que saben o no de prevenir el embarazo. (...) porque en realidad es lo que viven permanentemente, lo que vive, lo que se ve, lo que se practica en realidad es lo que después va a decidir qué conducta va a tomar ese adolescente. Muchas veces las familias no están preparadas para darle determinada información a los adolescentes y en ese caso yo creo que la escuela puede ser un lugar válido. Si no es la escuela porque

no son adolescentes inmersos en una educación formal, pueden ser los centros de salud, los centros comunitarios, los lugares donde ellos frecuentan o darles charlas a los adultos que tienen adolescentes... es decir, abarcar todos los frentes, no sólo los adolescentes, también los adultos, los padres de esos adolescentes.” (Rosario)

Es por ello que en este otro sentido se sugiere, quizás de manera no demasiado ajustada, la promoción de estilos de vida saludables y proyectos de vida.⁵

“Bueno, lo sumamos a todo lo que uno hace desde lo preventivo como puede ser para adicciones, violencia y demás en buscarle realmente, incentivar un proyecto de vida, un estilo de vida saludable...” (Rosario)

Trabajar con la comunidad en la prevención de los embarazos adolescentes es una propuesta que surge con fuerza entre los entrevistados en Misiones. Algunos de los informantes destacan la necesidad de implementar talleres o grupos de adolescentes a nivel barrial que quiebren la distancia entre los adolescentes y los médicos. En tal sentido, se propone la participación de ‘punteros barriales’, trabajadores sociales y agentes sanitarios en la organización de estas actividades.

“Charlas informativas, no muy formales a varios niveles, organizando con –yo por ejemplo que estoy en un centro de salud– organizar con tu comunidad, y hacerlo accesible y no tan protocolar, cosa de que los chicos se acerquen por motus propio y por interés y no por obligación (...) Pero me parece que hay que empezar a hablar un poquito a nivel de ellos, o sea tratar un poquito el lenguaje que ellos usan para engancharlos y darles información. Yo creo que con la información se puede prevenir el embarazo y prevenir todo lo que va a ser un cambio en su proyecto de vida personal.” (Misiones)

“Tendríamos que generar la adecuación, o sea, o con el puntero de barrio, trabajadores sociales, agentes sanitarios, donde no haya una brecha entre el médico y el paciente... La paciente cuando viene ya está embarazada... O sea la prevención tiene que hacerse en el área, donde ellas se desarrollan...” (Misiones)

⁵ Muchas veces se confunde el mejoramiento de las condiciones de vida de la población con la promoción de estilos saludables de vida. Pensamos que el primer caso apela a la responsabilidad social por el bienestar de la población, mientras que el segundo enfatiza en la posibilidad de incentivar cambios personales a nivel de la conducta. Las políticas sanitarias pueden dirigirse en uno u otro sentido, o en ambos, pero es importante considerar que la promoción de estilos de vida requiere como condición necesaria asegurar la disponibilidad de los bienes y servicios básicos para una vida saludable.

4. ABORDAJES INSTITUCIONALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

4.1 Institucionalización de la atención específica de la población adolescente

La existencia de consultorios destinados específicamente a la atención de adolescentes resulta una de las estrategias favorables para abordar desde el sector salud la atención integral de los jóvenes. La combinación de un espacio exclusivo de atención con profesionales especialmente capacitados para cuidar de la salud de los adolescentes, constituye sin duda un excelente punto de partida si se articulan estrategias de prevención que incluyan componentes de promoción del cuidado de la salud y oferta de anticoncepción con acciones orientadas al incremento del acceso de los jóvenes a la consulta y a la extensión de la cobertura.

De los sitios seleccionados en este estudio, son la provincia de Buenos Aires y la ciudad de Rosario las jurisdicciones con mayor experiencia en la atención especializada de la población adolescente. Otras jurisdicciones han ensayado experiencias de atención específicas, pero muchas de ellas han sido discontinuadas por falta de recursos o dificultades en su institucionalización.

En el caso de las instituciones públicas de salud relevadas en la provincia de Buenos Aires, se destaca la existencia de consultorios de adolescencia en cuatro de los cinco hospitales objeto de entrevistas a informantes clave.⁶ Estos cuatro hospitales incluyen, en general, la atención del embarazo en adolescentes de manera exclusiva, es decir, separada de la atención de los embarazos de las mujeres adultas. Las modalidades de organización varían entre las instituciones: en algunos casos la atención del embarazo adolescente es parte de las actividades del consultorio de ginecología adolescente, y en otros la atención la realiza una división del servicio de obstetricia incluida en el departamento materno infantil.

Sólo uno de los hospitales de la provincia de Buenos Aires cuenta con un comité de adolescencia trabajando en articulación con el sistema educativo. En el resto no se consignan líneas específicas de trabajo, y en algunos se señala el fracaso en la comunicación con los centros de salud.

“Nosotros no tenemos comunicación de esa manera. Ese es un fracaso absoluto. Absoluto fracaso (...) Salvo porque en esas unidades sanitarias van a trabajar los médicos residentes de medicina general, no tendríamos ni siquiera un contacto con ellos.” (Buenos Aires)

En todos los hospitales se manifiesta la preocupación por los resguardos legales en la atención de menores, específicamente en la intervención del

⁶ El quinto hospital había tenido una experiencia fallida de consultorio de adolescencia de sólo un año y medio de duración, que finalmente fracasó por falta de espacio físico y recursos humanos, de manera semejante a experiencias de las otras provincias relevadas.

servicio social y del juzgado para la autorización de un mayor a cargo de la madre y el bebé al momento del alta del hospital.

“Porque ellas son menores de edad y se van a llevar a otro menor de edad que es su bebé. O sea que ellas ante la ley no son responsables. Entonces tiene que venir la mamá o el papá a retirarlas. En caso de que no estuviera la mamá o el papá, con la persona que estén tienen que ir al Juez de Menores y pedir una autorización para que los dejen retirar del hospital a la menor y a su hijito. (...) Porque no queremos tener ningún tipo de problema legal.” (Buenos Aires)

La maternidad de Rosario atiende los partos y luego las pacientes son referenciadas a los centros de salud o a un centro de especialidades médicas descentralizado de la maternidad. Si bien existe una coordinación de adolescencia y embarazo, el programa de embarazo en adolescentes ha dejado de funcionar debido al retiro de los fondos. No obstante, los informantes manifiestan tener una línea de trabajo específica para atender adolescentes embarazadas apoyada en una ordenanza municipal que indica la supervisión de los casos por el área de trabajo social, en articulación con el juzgado de menores. El procedimiento incluye la convocatoria de un adulto responsable para la firma del alta.

“Nosotros tenemos una ordenanza municipal donde la adolescente generalmente pasa por un circuito de trabajo social. Entonces trabajo social respetando esa ordenanza tiene que llamar al padre, madre o tutor, donde hay una planilla y tiene que firmar esa planilla porque cuando se da de alta... Esto es para evitar que los niños se vayan para otro lado; esa persona mayor del grupo familiar es como que se hace cargo de esta menor madre y su niño.” (Rosario)

El hospital general municipal de la ciudad cuenta con un consultorio de adolescencia. En ese mismo hospital funcionaba, hasta hace unos años, un programa especial que contaba con un equipo interdisciplinario, pero también ‘por cuestiones de organización, tiempo y falta de personal se fue diluyendo’. No obstante, el hospital cuenta con un consultorio específico para el control del embarazo de adolescentes, y también con horarios exclusivos para su atención ginecológica. Sin embargo, el curso de preparación para el parto y el puerperio es abierto a mujeres de todas las edades. Los protocolos de atención del embarazo también son los mismos para adultas y adolescentes, incluyendo la misma cantidad prevista de controles.

El servicio de obstetricia del hospital provincial de Santa Fe en Rosario cuenta con un consultorio específico para la atención del embarazo en adolescentes, pero las jóvenes comparten la sala de espera con las mujeres adultas. El servicio no tiene una línea de trabajo específica para la atención de las adolescentes y el informante afirma que ‘no hay nada de lo que se debería tener: educadores, capacitadores, asistente social...’.

Los consultorios externos del Hospital de Niños de Rosario, aun con una infraestructura muy reducida, cuentan con dos médicos especializados en salud integral del adolescente, e incluyen servicios de salud mental, ginecología y trabajo social. Al momento de las entrevistas, estaban en proceso de implementación de un proyecto de Coordinación de Salud Integral del Adolescente, dependiente de la Dirección de Atención Médica de la Secretaría de Salud Pública de Rosario. La implementación, según relata el informante, aprovechará el funcionamiento en red con los centros de salud.

Las experiencias específicas destinadas a la población adolescente resultan aún más discontinuas en las restantes jurisdicciones analizadas. A estas dificultades se suman los casos de varios programas provinciales de salud reproductiva que no han incorporado a los adolescentes como población objetivo, con las excepciones de las jóvenes que ya han sido madres.

En primer lugar, cabe destacar que en ninguno de los centros de salud relevados en el resto de las provincias se ha reportado la existencia de una línea de trabajo específica con adolescentes, demostrando una deficiencia importante en los niveles de atención primaria para el abordaje de esta problemática.

“No hay, porque las adolescentes embarazadas van, al igual que las adultas embarazadas, a la atención del ginecólogo o del obstetra, que da así la parte general. Entonces no hay un programa especial, no hay un psicólogo, que también uno piensa que tendría que ser algo interdisciplinario para poder abordar el problema, porque una adolescente embarazada tuvo un proceso para llegar hasta ahí.” (Chaco)

“No, no hay ninguna (línea específica para abordar el embarazo en adolescentes). Lo que hay son los talleres dentro del programa de procreación responsable en el centro y las charlas de educación sexual en las escuelas.” (Catamarca)

En las demás instituciones de salud (hospitales municipales, provinciales, maternidades, etc.) a las que se tuvo acceso por medio de las entrevistas, tampoco existen programas de atención de adolescentes. Del relato de varios de los entrevistados, se evidencia la dificultad que tienen los servicios de salud públicos para dar continuidad en el tiempo a los programas o consultorios de adolescencia, ya que en varios casos se reporta que debieron cerrarse o que dejaron de funcionar por falta de recursos o de infraestructura.

Tal es el caso del servicio de obstetricia de la maternidad de Misiones donde anteriormente hubo un consultorio especial para adolescentes, pero que, según una de los informantes, con el tiempo éste fue ‘copado’ por otros componentes. Actualmente, ya no cuenta con consultorio de adolescencia y mantiene el mismo esquema de atención de embarazo para adultas y adolescentes.

“Y acá estábamos nosotras con un área de sala de espera independiente en donde la embarazada adolescente o su noviecito joven no se ven influenciados, asustados por otros pacientes más grandes con sus historias personales. Pero cuando nosotros entramos acá inmediatamente vinieron todos los demás componentes del servicio... Todos no habremos durado un mes que fue terrible. Así comenzaron a ocuparnos el lugar... Pero si uno buscaba que la paciente adolescente estuviera no mezclada con las otras mamás, era como ideal, no?” (Misiones)

La maternidad provincial de Tucumán tuvo un programa de salud integral del adolescente que funcionó entre 1997 y 2000, pero:

“Ya no existe, tuvimos programas de salud integral. Ahora los adolescentes paren en el mismo lugar que los adultos.” (Tucumán)

El hospital especializado en salud mental de Tucumán también tuvo en el pasado servicios para adolescentes, los que actualmente están fuera de funcionamiento, después de una evaluación que consideró muy problemático combinar la atención de menores con la de adultos con patologías psiquiátricas severas.

A pesar de esto se reportan en las jurisdicciones analizadas algunas líneas de trabajo o acciones específicas para la atención de adolescentes, aunque se trata en su mayoría de acciones aisladas. A continuación, y a los fines de ilustrar la diversidad de situaciones encontradas en el relevamiento, mencionaremos algunas de las más relevantes.

Uno de los dos hospitales generales provinciales de Tucumán en los que se realizaron entrevistas cuenta con una unidad especializada en adolescencia, que trabaja en forma coordinada con los servicios de ginecología, endocrinología, cardiología, salud mental, odontología y dermatología. El área sigue los objetivos del anterior programa de atención integral del adolescente. Realizan sólo los primeros controles de embarazo y no realizan seguimiento de las jóvenes, a menos que ellas regresen espontáneamente después del parto.

Llama la atención que, a diferencia de las otras jurisdicciones en las que los servicios son mayoritariamente gratuitos, todos los servicios de salud relevados en la provincia de Tucumán cuentan con la previsión de algún tipo de arancel o bono contribución para consultas y prácticas, y en algún caso, incluso, para la prestación de métodos anticonceptivos.⁷

En un hospital del Chaco el embarazo de adolescentes es considerado de alto riesgo⁸ y como tal, es atendido en un área dedicada a este tipo de emba-

⁷ El cobro de los métodos anticonceptivos en los efectores públicos de salud resulta contrario y fuera de los alcances de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁸ Esta estrategia resulta consistente con las consideraciones previas de los entrevistados de la provincia del Chaco acerca del embarazo en la adolescencia.

razos. Por su parte, el consultorio de adolescencia del hospital ofrece grupos para padres, talleres y charlas en las que difunde contenidos de paternidad responsable, pero no cuenta con métodos anticonceptivos.

“En nuestro servicio a la adolescente embarazada se la atiende en un sector dedicado al embarazo de alto riesgo, o sea el denominado sector de alto riesgo, lo atendemos como tal, como un embarazo de riesgo. En los casos necesarios, se hace la consulta psicológica correspondiente, la paciente es derivada prontamente a un sector donde se la prepara para el parto y para el embarazo...” (Chaco)

“No (proveemos métodos) porque no tenemos, no mandan, si tuviéramos por supuesto distribuiríamos y sería más fácil (...) pero ahora no tenemos nada.” (Chaco)

En la maternidad de Salta la única iniciativa específica en relación con la atención de adolescentes que menciona la informante es un proyecto de consentimiento informado para la colocación de DIU en adolescentes con la ‘información y la aceptación de sus padres’.

“Estoy trabajando en un consentimiento informado para la colocación del DIU. Yo no coloco DIU en pacientes nulíparas a menos que sea en discapacitadas como forma de prevención. El tema del consentimiento es para ponerle el DIU a una adolescente con la información y aceptación de sus padres.” (Salta)

El servicio de obstetricia del hospital de Catamarca, si bien tampoco cuenta con un programa específico de atención de adolescentes, ha incorporado horarios vespertinos de atención más accesibles a las jóvenes, así como atención psicológica y charlas para menores de edad.

Finalmente, en la maternidad de Misiones, donde de modo general se atiende indistintamente a adultas y adolescentes, se producen informalmente derivaciones de adolescentes embarazadas a dos médicas con interés especial en su atención.

“Bueno, hay dos doctoras a las cuales les interesa la atención de embarazadas adolescentes y cuando una adolescente consulta se le ofrecen turnos con ellas, pero no todas quieren consultar con ellas, porque vienen buscando a otro médico, porque atendió a una amiga o familiar. Pero no hay un programa, algo especial, diferenciado para las adolescentes.” (Misiones)

4.2 Cobertura en anticoncepción

Trabajar en prevención de embarazos no esperados implica, entre otras cosas, promover el acceso de las y los jóvenes a los métodos anticonceptivos. El acceso a los métodos debe estar garantizado tanto para los adoles-

centes que ya han transitado la experiencia de la maternidad y la paternidad, como para aquellos que inician su vida sexual. Especial cuidado en este punto requieren las jóvenes que han experimentado la interrupción de un embarazo.

Todos los servicios de ginecología y obstetricia, los consultorios de planificación familiar y los centros de atención primaria relevados disponen de métodos anticonceptivos, con la excepción generalizada de los consultorios de adolescencia que funcionan en los hospitales pediátricos. Estos consultorios, al no disponer de métodos, se ven obligados a trabajar en consejería, con las limitaciones que esto implica.

“Nosotros lo que hacemos es trabajar en educación, pero no ofrecemos la pastilla anticonceptiva ni ningún otro método. (...) Le enseñamos, le informamos, le comentamos y le explicamos cuáles son, cómo los pueden conseguir, los lugares, las farmacias, los centros materno-infantiles donde los pueden conseguir...” (Misiones)

En todas las jurisdicciones se reconoce la contribución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la ampliación de la cobertura en anticoncepción y en la consecuente promoción del acceso a la consulta de la población más joven.

“En general ahora que han empezado, o sea, que tenemos la ley de salud reproductiva y que vienen y que se llevan sus anticonceptivos y todo, la adolescente vuelve.” (Buenos Aires)

Los métodos prevalentes en la oferta pública son los anticonceptivos orales, incluyendo los indicados para el período de lactancia, pero también se dispone de DIUs e inyectables. Por lo general (salvo algunas excepciones), la administración de métodos anticonceptivos va acompañada o requiere como condición previa la realización de estudios complementarios.

Resulta importante reflejar aquí la existencia de una variedad de situaciones en lo que respecta a la recomendación o colocación del DIU a adolescentes. De las entrevistas se desprende que, por lo general, el DIU no es recomendado bajo ninguna circunstancia a las adolescentes aunque, en algunos casos, lo recomiendan para aquellas que ya han tenido al menos un hijo. También se da el caso de un médico que contemplaría la opción del DIU ante la posibilidad de que la adolescente no quiera tomar pastillas.

“Se provee todo lo que es anticoncepción oral, inyecciones y todo lo que es preservativos. Estamos hablando de jóvenes, de adolescentes. Acá el DIU se da en madres adultas...” (Rosario)

“Nosotras tenemos que colocar el DIU después del segundo hijo o en casos muy especiales con el primer hijo, pero no ponerle a una nulípara un DIU y a una primípara de entrada un DIU.” (Rosario)

“En ninguno de los casos elegimos el DIU como método para el adolescente...” (Tucumán)

“Depende de cada paciente en particular, porque hay pacientes que dicen ‘no yo me olvido, yo me olvido y no tomo la pastilla’, entonces esa paciente es de muy difícil manejo, por más que nosotros queramos que ellas tomen tendríamos que manejar el dispositivo intrauterino porque sino seguro al año se quedan embarazadas...” (Misiones)

También se da el caso de un centro de salud donde sólo proveen anticonceptivos orales porque, según el informante, *‘el ginecólogo tiene resistencia a los otros (inyectables, DIU, en fin, cosas internas)’*. Y las adolescentes, *igual que el ginecólogo, prefieren los orales.*

El preservativo es considerado uno de los métodos más adecuados para los adolescentes. Sin embargo, al momento de la realización de las entrevistas, la mayoría de los servicios relevados no contaba con preservativos, con la excepción de efectores de la provincia del Chaco y de la ciudad de Rosario.⁹

“Yo creo que el preservativo sería la gran maravilla tenerlos en el servicio para los adolescentes. Es el método que a mí me parece que se tendría que utilizar en adolescentes y que todas las normas lo recomiendan, porque es el más adecuado porque protege de las ITS; el adolescente al ser más promiscuo tanto varón como mujer tiene más exposición a factores de riesgo y a ITS, no sólo al embarazo...” (Tucumán)

“Los preservativos creo que es fundamental de recalcar, sino no evitamos lo que es fundamental nuestro: las infecciones. Entonces, si no recalcamos, nosotros podemos dar anticonceptivos orales, podemos colocar el DIU (a las adolescentes no lo colocamos, salvo que haya tenidos dos chicos por ahí), pero en general le insistimos sobre preservativo y seguimos insistiendo con la transmisión, porque de nada nos vale darle la pastilla o los anticonceptivos orales si no estamos haciendo la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. (...) Pero actualmente no lo damos porque realmente no lo tenemos. De Nación por lo menos a nosotros no ha llegado...” (Buenos Aires)

“No tenemos preservativos, a pesar de que lo aconsejamos... solemos aconsejar un doble método para aquellas parejas inestables, no es cierto. Pero, en general, bueno, el preservativo es algo que corre por cuenta del paciente, lamentablemente.” (Buenos Aires)

⁹ Recordamos que las entrevistas fueron realizadas entre los meses de septiembre y noviembre de 2003; la cobertura en preservativos por parte del Programa Nacional se inicia en 2004.

Varios de los entrevistados reconocen la existencia de relaciones de género desiguales a la hora de elegir un método anticonceptivo en la pareja. Esto se da particularmente en el caso del preservativo, cuyo uso, según los entrevistados, es rechazado por los varones de manera generalizada, especialmente en los sectores pobres.

“Pero nosotros sabemos que el varón es muy reacio a utilizar el preservativo. Por eso siempre, primero tratamos que sean anticonceptivos orales y que vayan acostumbrando a su pareja a que utilice siempre el preservativo por dos motivos: el motivo no sólo de la anticoncepción, también el cuidado de las infecciones. Pero sabemos que el varón de por sí es muy reacio o no tiene la técnica apropiada de ponérselo, no sabe qué ocurre o qué hacer si se rompe, si tienen problemas. Hay mucha desinformación. Por eso nosotros, creo, que nos aseguramos más con la pastilla. (...) Además no nos da mucha oportunidad, porque acá la anticoncepción la viene a buscar la mujer nada más... Por más que se le diga: mirá, vení con tu novio, vení con tu pareja vamos a hablar, te vas a la sala de espera y lo ves al varón afuera, esperando a la mujer, no viene a la consulta. La mujer es la que se tiene que encargar en la casa de convencerle al hombre que use preservativo. Bueno, debería ser así obligado, pero dígame usted a su marido, decíle vos: ponete el preservativo o no tenés relaciones, andá, decíselo; en nuestro nivel puede ser, pero en otro nivel, te puedo asegurar que no, es muy difícil, podrá decirlo la primera vez, pero la segunda no, seguro que no.” (Misiones)

“En el medio hospitalario es muy difícil lograr que la paciente pueda influir en la conducta de su pareja masculina en el uso de condón, porque todas te dicen ‘no se quiere poner’, ‘a él no le gusta’ y más bien son personas muy sumisas en la relación con su pareja, en donde ella no, la opinión de ellas no, no se animan a opinar, digamos.” (Misiones)

Ante estas situaciones, hay quienes directamente optan por asegurarse que la adolescente tome anticonceptivos orales, de manera de garantizar al menos la protección frente a embarazos no planeados.

“No siempre se logra que el varón se ponga preservativo, o sea que lo mejor es la pastilla.” (Tucumán)

Esto da cuenta de la necesidad de encaminar acciones concretas hacia la promoción de la doble protección, para prevenir así las infecciones de transmisión sexual.

En todas las jurisdicciones relevadas aparecen también serias dificultades en la derivación de las pacientes a planificación familiar luego de una internación por parto o por la complicación de un aborto. Ya sea dentro del mismo hospital o maternidad o hacia el centro de salud, no parecen existir los dispositivos de seguimiento de las pacientes para la cobertura en anticoncepción.

Estas disrupciones del sistema son especialmente riesgosas para la prevención de la repitencia del embarazo adolescente.

Así, por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires, las estrategias de prevención de la repitencia del embarazo de las adolescentes parecen quedar acotadas, como en el resto de las mujeres, a la citación para la consulta de puerperio que incluye consejería en planificación familiar. Los entrevistados no reportan la existencia de seguimiento de las pacientes, ni comunicaciones con los centros de salud, después del alta del hospital.

“Nosotros una vez que el adolescente y no adolescente tuvo su parto le entregamos un papelito, en el cual dice ‘concurrir a la consulta del puerperio’, planificación familiar.” (Buenos Aires)

“No creo que todas las jóvenes que hayan tenido su parto sean controladas con citación por el Consultorio de Adolescencia. Lo que sí creo es que... la gran mayoría, casi todas, van al Consultorio del Puerperio. (...) Nosotros no tenemos comunicación (con los centros de salud).” (Buenos Aires)

El abordaje y la utilización de la anticoncepción de emergencia en los efectores públicos merece estudios específicos, puesto que son variados los niveles de desconocimiento respecto de este método, y su utilización parece estar especialmente sujeta a las voluntades y opiniones personales de los profesionales. Esta variabilidad se ve reforzada por el hecho de que la anticoncepción de emergencia no está incorporada entre las prestaciones del programa nacional, quedando su provisión sujeta a la disposición de los profesionales y a las donaciones de los laboratorios.

Así es como la gama de posiciones en este tema va desde la utilización de anticoncepción de emergencia aunque no sea provista por el programa (‘fabricándola’ en el hospital si no está disponible) hasta el desacuerdo con su utilización, pasando por su utilización fundamentada en su carácter ‘no abortivo’ o por su absoluto desconocimiento.

“Totalmente de acuerdo (...) Algunas muestras hay, o las fabricamos nosotros...” (Buenos Aires)

“Yo creo que no es un anticonceptivo abortivo. Yo creo que también tendríamos que filosofar qué es el anticonceptivo, cuál es o qué son los anticonceptivos abortivos. Yo creo que ni el DIU, ni la píldora de emergencia son abortivos. (...) Nosotros la usamos y además viene la adolescente y viene y nos dice: ‘por favor, tuve relaciones ayer, se me rompió el profiláctico ¿qué hago?...’ (Buenos Aires)

“Yo en realidad no estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo. No lo recomiendo, ni acá ni en privado.” (Buenos Aires)

“Si es periovulatoria esa anticoncepción, no estoy de acuerdo, bajo ningún punto de vista (...) NOOOO....no está incorporada al plan, no, no, no, y no se la menciona, como un método anticonceptivo.” (Catamarca)

“Realmente como médico no te puedo dar demasiada información porque no conozco demasiado del tema, y me remito a lo que puedan opinar los que están en el tema.” (Salta)

A tal punto se extiende la falta de consenso respecto a la anticoncepción de emergencia en los servicios públicos de salud que en uno de los efectores de Tucumán, donde la misma era utilizada para ‘minoradas mentales’ y víctimas de violación, el informante comenta que hay un proyecto legislativo para prohibir su uso debido a que ‘hubo un abuso del público’.

“(La anticoncepción de emergencia) está ahora incluso impedida porque hay un proyecto de ley en la legislatura, porque hubo un abuso del público, ante el conocimiento de la anticoncepción de emergencia, que, como dice la palabra, es de emergencia. Estaba aceptada, por ejemplo, para las minoradas mentales, violadas, abusadas. Para todas estas chicas que hayan pasado por situación de emergencia a las que para evitar el embarazo se usa esto pero últimamente cualquier adolescente y joven está abusando de este método...” (Tucumán)

Finalmente, en lo que parece ser una apreciación de la capacidad de las jóvenes para administrar sus métodos anticonceptivos, uno de los informantes de Rosario (y uno de los fundadores del Consejo Argentino de Anticoncepción de Emergencia) afirma que *‘cada adolescente tiene una indicación justificada, que no tiene que ver con la actividad sexual en sí misma, sino con su comportamiento personal’*. Es decir que la indicación del tipo de método en este caso involucraría una evaluación profesional de las posibilidades personales para una utilización segura.

4.3 Atención de las complicaciones de abortos

Los entrevistados reportan volúmenes crecientes de ingresos por complicaciones de aborto, manifestando también que una alta proporción corresponde a adolescentes. En términos generales, y sólo con algunas excepciones (Resistencia y Rosario), el tratamiento de estos casos deja entrever el peso de profundas consideraciones morales por parte de los profesionales de salud.

Estos fuertes imperativos de tipo moral en relación con el aborto se destacan en Salta, aunque también se manifiestan en Tucumán, Buenos Aires y Catamarca. En Salta, una informante afirma que las complicaciones de aborto son un grave problema, no tanto porque se corresponden con la primera causa de muerte materna desde 1996 –con la excepción de 2002 en que fueron la segunda– sino principalmente porque *‘algunas personas utilizan el aborto como un método anticonceptivo más’*.

“Eso me parece de terror, porque hay que enseñarle a la gente que eso no es un coágulo, es una vida más. No es un conjunto de células sino un ser. Que desde que se unen el óvulo con el espermatozoide ya tiene derechos, aunque no pueda defenderse. Hay que hacerle entender al que lo hace que está mal, que no lo vuelva a hacer, y hacerle entender que no están bien. Que para el chico no estuvo bien.” (Salta)

Incluso, la misma entrevistada, infiere un mecanismo de negación en la mujer que no puede “asumir lo que ha hecho”.

“...la mayoría cree que se estaba quedando embarazada. Les cuesta asumir que estaban embarazadas y abortaron.” (Salta)

En ese servicio, cuando llegan menores de edad con complicaciones de aborto realizan la denuncia y notifican a los padres. Mientras que los consejos en anticoncepción, una vez resueltas las complicaciones, quedan a criterio de cada profesional.

En otros casos, cuando se manifiesta una posición frente al aborto, aparece la obligación de la denuncia y la ‘postura antiabortista’.

“Yo tengo una postura antiabortista, de entrada. Los parteros no pueden ser aborteros. Nosotros rezamos para que un chico nazca bien. No podemos ser aborteros de día y parteros de noche, porque los chicos nacen de noche. (...) El derecho a vivir, Dios mío! Totalmente en contra del aborto.” (Buenos Aires)

En los relatos de los entrevistados se percibe un sentimiento de desconcierto o desorientación por parte de los médicos cuando las pacientes no explicitan si se trata de un aborto provocado o espontáneo. En sus discursos se filtran términos propios de la jerga judicial como “confesar” o “interrogar”.

“No sé si son provocados, nosotros no podemos enterarnos si son provocados, si dicen la verdad, salvo cuando los pacientes tienen complicaciones de aborto serias, que está en peligro la vida, ahí nos confiesan. Sino, nos es imposible saber. (...) la mujer no viene diciendo ‘me hice un aborto’; nosotros lo deducimos por el entorno familiar, la pareja, por si viene con fiebre, alguna complicación. Algunas que interrogamos nos dicen algo, pero... (gesto de que ‘cierran la boca’)...” (Misiones)

“Entonces a veces no sabemos qué actitud como médicos tomar, porque por un lado le exigimos que nos diga si se hizo algo o no se hizo y si se hizo nos da bronca y no sabemos qué realizar. Por ahí tendríamos que insistir mucho más en que no lo vuelva a hacer...” (Buenos Aires)

Estas consideraciones de tipo moral se combinan en muchos casos con argumentaciones que justifican la realización de la denuncia apelando a la

necesidad de contar con resguardos legales en el tratamiento de las complicaciones de aborto. Las denuncias policiales de los casos de abortos están bastante generalizadas en los servicios relevados. En el caso de las adolescentes menores en situación de aborto, es generalizada también, junto con la denuncia, la notificación a sus padres.

“Cuando es provocado y es clandestino se la denuncia... Se trabaja con los protocolos de asepsia y antisepsia y aislamiento de la paciente hasta que se detecta si tiene problemas o no, o consecuencias o no.” (Catamarca)

“Hay que hacer la denuncia y hay que hablar con los padres. Hay que hacer eso porque no se sabe lo que puede pasar. Muchas veces no se hacen las denuncias por evitarle problemas a la gente, pero después de tantos años en la especialidad, creo que debemos pensar en protegerse uno, y cuidarse, porque después siempre terminan echándonos las culpas. Lo ideal es primero informar a los padres (...) y después hacer la denuncia, principalmente para tratar de localizar a la gente que hace esos abortos no seguros.” (Salta)

“Sí, siempre se hace a nivel de hospital si es una menor de edad o un aborto, siempre se hace la denuncia policial, en la guardia se hace la denuncia; esto es pauta de trabajo ya a nivel SIPROSA. Porque tenés el riesgo de que un profesional sea denunciado por realizar un aborto, ya que a veces llegan con un aborto incompleto y hay que hacer legrado.” (Tucumán)

“Tengo la obligación de notificar a los padres y a la policía. Se llama al policía de guardia para que venga a hacer el examen, y se llama a los padres.” (Chaco)

En cambio, las acciones institucionales para la derivación de las pacientes a planificación familiar luego del alta posterior a la intervención resultan mucho más débiles en la mayoría de las jurisdicciones.

“Se les explica, por ser adolescentes, se les explica los límites en los que incurrió, se le hace ver con una asistente social, con una psicóloga, y después se le trata la parte médica como cualquier aborto, ya sea adolescente o adulta... (Una vez resuelto el episodio) se le imparte la recomendación, pero llega ahí nomás, porque nosotros no salimos fuera del hospital y no hay profesionales que puedan continuar atendiendo la paciente a los 30, 40, 60 días, ni se la citan tampoco porque no vienen.” (Misiones)

“Sí, se hacen (recomendaciones) pero depende de cada uno...” (Salta)

En muy pocos casos parece estar previsto un claro circuito de derivación luego de la atención de la complicación para la prevención de futuros emba-

razos: en algunos casos se las refiere al sector de salud reproductiva y en otros, se realiza un seguimiento desde servicio social.

“(Una vez resuelto el episodio), por supuesto, se las cita y se las sigue y esas sí tienen visitas a la casa, de la asistente social.” (Catamarca)

Dentro de este panorama, Chaco y Rosario se destacan en el tratamiento de estos casos, principalmente por los resguardos de la intimidad de las pacientes y por contar con circuitos previstos de derivaciones a planificación familiar.

En el servicio de tocoginecología del hospital de Resistencia, la pauta que siguen en el trabajo con adolescentes en los casos de complicación de aborto consiste en *‘solucionarle el problema sin mayor crítica alguna, y sin hacer la denuncia policial, como en realidad se debería cuando existe evidencia de un aborto provocado’*. Una vez resuelto el episodio, derivan a la paciente a salud reproductiva.

En la maternidad de Rosario, el abordaje también coincide en la preservación de la intimidad de las mujeres, alterando la causa de internación y evitando las denuncias. Sí, en el caso de las menores se notifica a los padres para la autorización de las prácticas, pero el informante aclara: *‘nosotros no le preguntamos a la madre si fueron abortos inducidos o no, sino que tratamos a todas por igual’*.

En el hospital general municipal de la ciudad no se realiza denuncia ni notificación a los padres, aunque *‘como tienen que estar internadas, por ahí un padre o tutor o un adulto tiene que venir a firmar el alta’*. Tampoco en el hospital provincial de Santa Fe en Rosario se denunciaría a las pacientes, aunque se notifica a los padres en el caso de las menores de edad. También durante la internación se realiza consejería en anticoncepción y se cita a las pacientes a consultorio para establecer planificación familiar.

4.4 Detección y tratamiento de la violencia sexual

La detección y la atención de las víctimas de violencia sexual constituyen un desafío de urgente solución para los servicios de salud. La gran mayoría de los profesionales entrevistados coincide en que la violencia sexual es un problema prevalente en sus respectivas jurisdicciones. Sin embargo, los mismos profesionales manifiestan serias dificultades en su abordaje, las que en muchos casos se expresan en sentimientos de impotencia. Esto plantea la urgencia de definir y establecer guías para la atención de las víctimas de violencia sexual.¹⁰

¹⁰ Suponemos también que, como la mayoría de los entrevistados son médicos, puede existir una desvinculación entre el abordaje clínico de las víctimas de violación y los procesos que desencadena la intervención de los asistentes sociales. No obstante, la mayoría de las opiniones médicas al respecto devela grandes vacíos en el tratamiento de estos casos y muy poca efectividad en la prevención del círculo de la violencia familiar desde el sector salud.

En términos generales, y con la excepción de los hospitales pediátricos, no existen mecanismos claros de detección, denuncia y tratamiento de la violencia sexual. En los hospitales generales y en las maternidades se observan ciertas articulaciones de los servicios de ginecología y obstetricia con los de asistencia social para la derivación y el tratamiento de las pacientes. Sin embargo, predominan sensaciones de injusticia y 'deuda social' puesto que no se conocen resoluciones judiciales consistentes con la situación de las víctimas.

Los hospitales pediátricos en cambio, parecen poseer mejores herramientas para la detección y el tratamiento de la violencia sexual, puesto que cuentan en su mayoría con comités de maltrato o violencia familiar de larga trayectoria.

Tal es el caso del hospital de pediatría relevado en Misiones, el único de los servicios entrevistados en dicha provincia que cuenta con un mecanismo preestablecido para atender los casos de abuso sexual o violación. Algunos de sus profesionales tienen firma registrada en el juzgado y son los autorizados para realizar el diagnóstico presuntivo de abuso sexual. Estos profesionales, convocados ante los casos en los que se sospecha abuso, realizan el informe y efectúan la denuncia. Los pacientes quedan internados hasta que se constate que *'están en condiciones psico-emocionales y físicas de regresar a su casa'*. Un asistente social evalúa el caso. Las pacientes que están embarazadas son derivadas al servicio de perinatología.

Por su parte, en el hospital de niños de Rosario funciona un comité de maltrato infantil y hacen denuncia judicial y policial de los casos de violencia sexual. No obstante, el informante reconoce que muchas veces la denuncia no sigue su curso debido a que la madre desiste, observando una suerte de complicidad entre ésta y el abusador.

"El abuso sexual es mucho más frecuente de lo que parece, por lo menos de lo que se denuncia (...) Está muy aceptado, hay cómplices internos dentro de la casa, la madre y el abusador. Hacemos la denuncia a tribunales, a la policía, al juzgado de menores, y después la madre desiste..." (Rosario)

Las situaciones más comprometidas se detectan en los centros de atención primaria, en los que la problemática de la violencia sexual parece ser prácticamente desconocida, sin llegar a reconocerse como problema urgente de la salud pública. La inercia que se observa en ciertas apreciaciones refuerza la hipótesis acerca de la falta de herramientas adecuadas de los centros del primer nivel de atención para abordar los casos de violencia sexual, planteando desafíos urgentes en la planificación de la atención primaria de salud en este campo.

"En realidad, los empezamos a tener ahora (los casos de violencia sexual), desde que nos estamos concientizando nosotros de lo que es violencia. Entonces, nunca había consultas. Pero ahora sí las tenemos, pero porque las buscamos nosotros." (Buenos Aires)

“En el centro de salud todavía no tengo ninguna que esté cursando un embarazo producto de una violación o un abuso... eh, la única que tuve es ésta que es su segundo embarazo, que está con su pareja, pero que tiene el primero que es producto de un abuso del padre, padrastro... (...) En el Centro de Salud, que yo sepa, para esas cosas no hay nada previsto, ni hay un programa ni hay un cronograma de lo que se tendría que hacer si aparece algo así...” (Misiones)

A estas dificultades institucionales se suman, en algunas jurisdicciones, perspectivas profesionales que niegan la violencia sexual y, en algunos casos, llegan a cuestionar el testimonio de las víctimas adolescentes. Estas actitudes resultan doblemente peligrosas puesto que contribuyen no sólo a la inoperancia de los recursos sociales para la denuncia, sino también a la reproducción de la violencia en los ámbitos privados.

En estas posiciones extremas se sitúan algunos informantes de las provincias de Salta y Tucumán. En Salta, la aproximación de una informante a los casos de violación de adolescentes resulta más que preocupante: *‘...en el caso de violaciones de niños creo que hay que matar a los violadores. En los adolescentes es más complicado porque hay que ver si fue violación o provocación’*. En estos casos la informante fomenta la entrega en adopción de los bebés, porque *‘cuánta gente hay que quiere tener hijos y no puede’*. El hospital no tiene establecidas líneas de trabajo con otras instituciones por este tema, y tampoco cuenta con un psicólogo. El procedimiento consistiría en *‘hablar con la policía y tratar de que se haga la denuncia’*.

En el hospital general de Tucumán establecieron vínculo con minoridad y familia por los casos de violación. El informante de sala de partos señala falta de capacitación de los profesionales en el abordaje de esta problemática; mientras que la de la unidad de adolescencia declara que *‘hay que ser muy cautos porque uno no sabe hasta dónde han sido abusadas sexualmente o si hubo consentimiento’*.¹¹

En general, los médicos reportan dificultades para la detección de los casos de abuso o violación, que depende de la información espontánea de la paciente o de la intervención de psicólogos/as o asistentes sociales que “logren” que las víctimas expliciten lo sucedido. Los entrevistados manifiestan un sentimiento de impotencia cuando, debido al silencio familiar y de las propias víctimas del abuso, se dificulta la presentación de las denuncias.

“No es frecuente que el médico detecte si no hay de por medio una información que brinde la adolescente porque el médico no se pone a indagar si el embarazo es fruto de una violencia, salvo que la paciente venga y diga ‘a mí me violaron’, entonces, bueno, ahí entra la obligación de denunciar el problema, ¿no?” (Rosario)

¹¹ Nuevamente, el comentario resulta alarmante al provenir de una profesional especializada en adolescencia.

“Muchas han sido producto de abuso sexual de los tíos o de incesto, ¿no? (...) Hay casos en que se han hecho denuncias, han ido a juicio y si hay abuso y exteriorizan el problema o dicen que fueron abusadas, teóricamente por ley deberíamos hacer la denuncia... Lo que pasa es que no te dicen (...) es como que asumen el mandato, el mandato les vino, se la bancan (...) Si lo dicen, lo denunciamos, o hablamos con la trabajadora social o vemos cómo lo manejamos.” (Misiones)

“Cuando nos enteramos que puede llegar a ser producto de un acto de violación, traemos a la Psicóloga y a la Trabajadora Social, cuando nos enteramos que potencialmente puede haber sido un acto violatorio. (...) Hablo de la que nos enteramos que puede ser, hablamos con el mayor, un familiar, los padres, pero nos sentimos muy impotentes y nos da mucha bronca.” (Misiones)

Reconocen que no están capacitados para abordar estos casos, encontrando fuertes limitaciones en la comunicación con las adolescentes. Es por ello que consideran fundamental el apoyo de otros profesionales especializados, como asistentes sociales o psicólogos/as.

“Pero en realidad acá, el servicio, debería trabajar con asistentes sociales, porque a los médicos no nos cuentan. Nosotros no sabemos preguntar, nos quedamos con dos o tres preguntas de interrogatorio, no le buscamos alguna forma de poder entrar a la adolescente. Y no lo sabemos hacer, no estamos preparados.” (Misiones)

De todas formas, no siempre que la adolescente explicita la ocurrencia de un abuso o violación se realiza la denuncia. Tal es el caso de uno de los servicios de Catamarca, donde cuando estos casos son identificados se les da intervención a la psicóloga y la asistente social, se recomienda una pericia y, a diferencia de los casos de aborto que siempre son denunciados, ‘eventualmente’ se realiza la denuncia.

“Nuestro gran aliado en esas situaciones es la psicóloga y la asistente social... la embarazada llega y niega todo ese proceso, hasta el control con el médico o el residente o la partera, pero luego de ciertos contactos y entrevistas y la situación social cuando las visitan a domicilio y todas esas cosas, salen a la luz ciertas cosas, entonces ahí es donde indirectamente actuamos nosotros, donde se recomienda una pericia y todo lo demás y ahí se ve si hay una eventual denuncia o no.” (Catamarca)

Aunque la apreciación general coincide en señalar el contexto familiar de perpetración y el ocultamiento posterior del abuso, resulta preocupante la reducción a la privacidad familiar de la responsabilidad de la denuncia de este tipo de delitos, por lo menos desde la perspectiva médica.

“Sólo controlamos el embarazo; si la mamá no ha hecho la denuncia, nosotros no podemos hacerla.” (Buenos Aires)

“Las veces que logramos que hagan la denuncia, porque es un delito privado, logramos solamente que un padre esté preso durante 4 meses, después la misma madre la retiró porque entra en esto de que ‘vos me mantenés’, siempre hay algo que se calla.” (Rosario)

“Primero se le informa a los padres y se les solicita que vayan a hacer la denuncia a tribunal. Y ahí empieza a correr la justicia.” (Rosario)

En algún caso se filtra, incluso, el prejuicio de la naturalización de la violencia y el abuso en los sectores sociales más desprotegidos.

“Se da mucho. Pero en ciertos sectores, por ejemplo, el abuso sexual también es tomado como una cosa natural cuando se comparte absolutamente todo. Nosotros decimos abuso sexual, no sé si ellos lo toman como abuso sexual.” (Rosario)

Finalmente, en los relatos de varios entrevistados se aprecia cierta desesperanza y escepticismo en el tratamiento judicial de los casos de violencia sexual, que puede llegar a una suerte de parálisis profesional.

“Nosotros hace 2 años hemos formado un Comité de Violencia y se está trabajando. Obviamente, es un comité interdisciplinario con orientadora social, con una psicóloga, con un personal de enfermería, con pediatras, etc. (...) La respuesta no es buena... Se pone a la familia en amparo, no solamente al bebé en amparo judicial, sino también empieza a trabajar la psicóloga, pero llegado el momento el juzgado devuelve a esos niños al lugar donde lo han sometido al abuso, porque, digamos que el 98% de los chicos abusados, el abuso ocurre en su casa, con algún familiar cercano o vecino.” (Buenos Aires)

“La única realidad es que las mujeres violadas están alertadas para no denunciarlos. (...) Porque viste, la sociedad desprotege a la mujer, la sociedad me refiero a la Justicia... Porque vos tenés que demostrar que el tipo te violó, exámenes genitales múltiples... y termina en nada, que la muestra fue mal coleccionada... nada... nada...” (Buenos Aires)

4.5 VIH-sida

Aunque casi sin mencionarlo espontáneamente, al ser consultados acerca de la incidencia del VIH-sida en la población que atienden, los profesionales de los servicios de salud coinciden en señalar la expansión de este problema entre la población adolescente.

Sin embargo, el nivel de institucionalización de la capacitación de los pro-

fesionales en el tema no es homogéneo. En la mejor situación se encuentran los servicios relevados en la ciudad de Rosario, donde todos los entrevistados manifestaron recibir capacitación continua y asistir a cursos de actualización acerca del VIH-sida. En el resto de las jurisdicciones se observan situaciones de mayor disparidad. Especialmente preocupante resulta la escasa capacitación formal que reportan los profesionales que se desempeñan en los centros de atención primaria.

“Hay capacitaciones, pero no son continuas, no, no hay... por ahí alguna que otra...” (Catamarca)

“Más que nada es la lectura que he hecho personalmente, pero capacitación por programa no, es lectura personal...” (Chaco)

La realización del test para detectar o descartar la presencia de VIH-sida es prácticamente una norma en todos los casos consultados. En general, el test se realiza como parte de la rutina de los controles a las pacientes embarazadas.

“Es parte del control del embarazo, quizá no lo pidamos en la primera consulta, pero después le explicamos: ‘mirá todos nos tuvimos que hacer un test de HIV, porque es mejor para saber por tu hijo y por vos misma’...” (Misiones)

“Se lo pedimos de rutina, le indicamos que no es una cosa de las normativas sino que entra como le pedimos la hemoglobina, los glóbulos blancos, los estudios de Chagas porque es una zona para pedirlo (...) No sólo hacemos hincapié en HIV, pedimos Hepatitis B también, de rutina se hace. Y nadie cuestiona nada (...) jamás una adolescente me dijo ‘yo no me lo hago’ ni tuve problemas por pedir un HIV.” (Rosario)

“En realidad, a la mayoría de las pacientes, te diría que el 99%, le hacemos de rutina a todos los pacientes, el de HIV, de rutina se hace, tenga o no tenga antecedentes.” (Buenos Aires)

Sin embargo, hay algunas excepciones y hay casos en que el test se solicita cuando el profesional percibe que se trata de una paciente con mayor riesgo de contraer o haber contraído el virus.

“En pacientes que vienen sin el estudio del HIV, y vienen con una serología para VDRL positiva, le pedimos el HIV, como pacientes que tienen una neumopatía, o una micosis, o una patología que nos está denotando las defensas bajas le pedimos un HIV.” (Misiones)

“El test de VIH sí, pero no en adolescentes. Hemos tenido algunos casos que hubo un adolescente que tuvo una gonorrea en donde sí le pedimos el test de VIH porque era una pareja que no conocía, y tenía la referencia

de que había contagiado a un montón de varones, o sea, que ante esta situación, lo que hicimos fue pedirle...” (Chaco)

“Se lo pedimos a todos, pero en especial a las que consideramos de riesgo. Porque sabemos que son embarazos no muy deseados o mujeres de actividad, prostitutas. O mujeres que tienen tatuajes, por ejemplo, o que el entorno familiar es dudoso, entonces.... o que éste es, que sé yo, su tercer hijo con distinta pareja. Entonces a estas pacientes les pedimos.” (Misiones)

Por lo general, para la realización del test se solicita el consentimiento informado a las pacientes y se reporta la existencia de mecanismos para la preservación de la privacidad del resultado.

“Sí, sí, sí. Se le explica que el HIV no es obligatorio, se le da el pedido de HIV, si se lo quiere hacer se lo hace y si no, no. Ahora, sí tienen que firmar. Inclusive no se pone ni siquiera el nombre de la paciente, se ponen unas iniciales, fecha de nacimiento, o sea que está totalmente secreto.” (Misiones)

“Se le pregunta al adolescente si está de acuerdo antes de hacerse el test (...) Se le cuenta que este test va a ser totalmente secreto, que queda archivado en un libro negro que nadie tiene acceso excepto el paciente, y que viene inclusive el nombre en un sobre cerrado (...) O sea, hay consentimiento informado, sin eso no se le pide.” (Chaco)

“Todo pedido de HIV sigue un protocolo, que es una autorización por parte de la paciente de que se le extraiga sangre para realizar específicamente ese análisis, o sea que sea adolescente o sea adulta, sí o sí debe tener una autorización, por parte de ella.” (Misiones)

Pero tampoco esta práctica está del todo generalizada y en oportunidades los profesionales deciden sin consultar previamente a la paciente, en lo que parece ser una actitud algo “coercitiva”. Esta actitud –reforzada por la propuesta de que el test de VIH sea obligatorio– se justifica incluso, en algún caso, apelando al derecho del niño por nacer.

“Nosotros no hacemos firmar nada en cuanto consenso, cuando estamos haciendo la orden para pedir HIV se le pide a toda embarazada y decimos: ‘y te pedimos’..., lo hacemos como una cosa que la tenemos que hacer, como si fuera lo normal, no le preguntamos, directamente dentro de la rutina, porque si preguntamos pareciera que ‘ah, tengo derecho a decir que no’. Casi, casi, no es que sea coercitivo, pero ‘má, te pido también HIV así sabemos para tu bebé, por las dudas si hay tratamiento’ y ninguna nos dice que no quiere hacérselo. O sea tenemos buena respuesta.” (Buenos Aires)

“Yo le pido a todas dentro del conjunto de lo que se les pide. No les hago firmar el consentimiento. Eso sí, a la que no quiere que se le haga y nos lo dice, no se le hace. Supuestamente se debería tener el consentimiento firmado, pero yo se los hago nada más.” (Salta)

“Debería ser obligatorio. Ni siquiera la madre debería optar o no... por el derecho de ese hijo, el hijo tiene derecho a nacer sin sida y si la madre tiene derecho a elegir no hacerse el test, ¿el derecho del hijo quién lo respeta? (...) En realidad si está embarazada se lo pide dentro de la rutina, no se necesita ni autorización escrita y debería ser con un consentimiento informado, toda esa historia, pero en realidad nosotros lo pedimos de rutina.” (Tucumán)

También se encuentran situaciones diversas en cuanto al requerimiento de una autorización de los padres para realizar el test a las adolescentes menores de edad. La mayoría de los entrevistados manifiesta que el consentimiento de las pacientes es suficiente para la solicitud del test, aunque las razones para no requerir la autorización de los padres son variadas: algunos para acelerar y facilitar los procesos, otros porque simplemente no lo creen necesario y otros porque consideran que el hecho de haberse iniciado sexualmente indica suficiente madurez como para decidir sobre estas cuestiones.

“No, mirá, tenemos que ser prácticos, acá el paciente viene una vez, por ahí se pierde, tratamos de hacer todo lo posible en el menor tiempo posible.” (Misiones)

“En general se les explica qué se le va a pedir y por qué se le pide, pero no se le pide consentimiento al padre o al tutor. Basta con el consentimiento de ella, como en toda mujer.” (Rosario)

“Si no viene (con un familiar), con la firma de ella, nomás, como es una cuestión de salud personal, está avalado, con que tenga la firma de la misma paciente se le pueda realizar la extracción.” (Misiones)

“Supongo que si ya tienen edad para tener relaciones sexuales ya son suficientemente responsables para decidir cómo cuidarse y para saber si quieren o no hacerse un análisis.” (Salta)

Otros, en cambio, indican que cuando se trata de menores es necesario contar con la autorización de los padres o responsables. De cualquier modo, se destaca que son excepcionales los casos en que los padres se niegan a firmarlo.

“A veces ni saben lo que es el HIV, entonces uno le tiene que informar, y les hace una orden en la cual su papá o su mamá tiene que firmar dando el consentimiento para que esa paciente se haga el HIV, porque ella es

menor de edad. Habitualmente no tenemos ningún tipo de problemas con que lo firmen los papás.” (Buenos Aires)

“Bueno, obviamente que las adolescentes, diríamos salvo que estén emancipadas, tienen que tener para todo aquello que hagamos, que trascienda cosas simples, hay que pedirles consentimiento informado a los responsables de esta adolescente, ¿no?” (Rosario)

Por último, cabe destacar que en algunas jurisdicciones se reportaron faltas de insumos suficientes para la realización de estos exámenes, lo cual dificulta en gran medida la detección temprana de la infección y la posibilidad de ofrecer tratamientos oportunos a las pacientes.

“Hemos tenido problema con los reactivos y hemos tenido momentos en que le he obligado a firmar al jefe de laboratorio que me dijera que no tenía el reactivo para hacerlo...” (Buenos Aires)

“Lo que pasa es que el servicio de transmisión sexual, me parece, que no tienen todos los insumos necesarios, ello conlleva, pasan semanas que están atendiendo a adolescentes y a adultos y no hay reactivos para hacerse un control de HIV...” (Misiones)

4.6 Políticas y acciones locales

En el sector salud, las iniciativas oficiales en el campo de la adolescencia no son comunes a todas las jurisdicciones. Adicionalmente, se observa cierta relación entre el desconocimiento profesional de las políticas y programas en la materia y la ausencia de propuestas para la prevención de los embarazos no esperados en la adolescencia. En general, son aquellos profesionales que manifiestan desconocer la existencia de políticas y programas nacionales o provinciales los que enfatizan propuestas de estrategias centradas exclusivamente en la educación y en la difusión de información.

En la mayoría de las jurisdicciones, los profesionales entrevistados expresan desconocimiento o afirman la inexistencia de políticas o acciones locales específicas para la población adolescente. Las estrategias más cercanas que se conocen son los programas provinciales de salud reproductiva, pero los entrevistados aclaran que en general no incluyen una línea programática específica para adolescentes.

“Y...en realidad se trabaja desde el programa de planificación familiar pero no está bien, directamente encabezado para adolescentes sino a toda la población; planificación en cuanto al suministro de anticonceptivos, pero no solamente a los adolescentes, no hay una línea que diga, bueno... solamente para adolescentes...” (Catamarca)

“No hay política. Que yo conozca... (...) Se han hecho unos cuantos talle-

res de capacitación y de formación de profesionales; pero acciones concretas para la adolescente embarazada, no.” (Tucumán)

“A nivel institucional no conozco ningún programa de prevención ni de asistencia para el embarazo adolescente. (...) Lo único más cerca que estoy viendo ahora es el programa de salud sexual que trae información.” (Misiones)

Es en la provincia de Buenos Aires donde los entrevistados demuestran un mayor conocimiento de las acciones locales destinadas a la población adolescente, mencionando especialmente el Subprograma de Salud Integral del Adolescente, incorporado al Programa Materno Infantil. En Rosario, algunos destacan la ordenanza municipal que creó el programa local de salud reproductiva con anterioridad a la ley provincial. No obstante, dicho programa incluye sólo a adolescentes que hayan tenido un embarazo para la provisión gratuita de métodos anticonceptivos. Algo similar sucede en el Chaco donde, si bien todos los entrevistados reconocen avances con la implementación del Programa Provincial de Procreación Humana Responsable, aclaran que es requisito para ingresar al programa ser mujeres mayores de 18 años y haber tenido al menos un hijo. Por último, en Tucumán, uno de los informantes manifiesta conocer el programa de atención integral de salud del adolescente de 1997, implementado en articulación con la Sociedad Argentina de Pediatría.

La ausencia casi generalizada de programas específicos para la salud del adolescente se vincula con la recomendación de los informantes de insistir en la anticoncepción en la adolescencia y con la propuesta de incorporar a la población adolescente a los programas provinciales de salud reproductiva donde todavía no se han incorporado o existen restricciones a su cobertura.

“Incorporarlos como grupo, porque anteriormente no estaban incorporados, o sea vos tenías que tener 19 años y un hijo para entrar al Programa, eventualmente se los iba a incorporar a los adolescentes. Incorporarlos desde que tengan relaciones sexuales, desde los 13 años en adelante...” (Chaco)

Entre las propuestas de políticas y acciones adicionales que se deberían implementar a nivel local, uno de los ejes recupera la necesidad del mayor acercamiento de los servicios de salud a la comunidad, garantizando la articulación en red de los hospitales con los centros de salud y estableciendo vínculos intersectoriales.

“No hay una regla de trabajo interdisciplinario respecto del hospital con los centros periféricos, o sea que hay como un desconocimiento de lo que hacen los demás. (...) Articular el trabajo de los centros periféricos del hospital, con los ministerios, las ONGs, algunas iglesias evangélicas, catequistas, o sea una concientización comunitaria.” (Misiones)

“Yo creo que debería haber grupos, yo no sé si llamarlos promotores de salud, no necesariamente médicos, sino personas que les interese el tema, que estén preparados y que puedan ejercer acciones en los lugares donde la educación formal no llega, donde realmente es necesario poder informarles de la existencia de esta ley de salud reproductiva y de poder acceder más fácilmente a los consultorios o los efectores que pueden utilizar, o digamos donde tengan métodos anticonceptivos y demás. Yo creo que a lo mejor promocionar un poco más, acercarse un poco más a la comunidad...” (Rosario)

Como acción a realizar desde los servicios, una idea interesante consiste en el aprovechamiento del tiempo de internación pediátrica en el hospital de niños para la organización del trabajo en planificación familiar con las madres, propuesta que se menciona tanto en Rosario como en el Chaco.

“Poder trabajar con todas las madres que están acá, con mucho tiempo ocioso, las que están internadas, algunas están internadas meses (...) Hay momentos en que la madre podría dedicarse un poco el tiempo para ella y creo que uno lo podría capitalizar de esta manera. O sea, eso es más a sexualidad general, no solamente a adolescentes...” (Rosario)

En Resistencia también se propone coordinar acciones entre el servicio de adolescencia y el servicio de maternidad del mismo hospital para la atención en el consultorio de control de embarazo. Esto implicaría retener a las pacientes en el servicio de adolescencia para la atención de su embarazo, y luego derivarlas al servicio de maternidad para la atención del parto. En este sentido, cabe destacar que todas las estrategias propuestas en el Chaco concurren de forma clara en el objetivo de implementar una atención integral de la adolescencia desde el sector salud.

Otras propuestas expresadas en las entrevistas son: unificación de criterios entre los distintos hospitales para la atención y prevención de los embarazos en la adolescencia (en Buenos Aires); campañas de difusión e información, capacitación de educadores y talleres de comunicación entre padres e hijos (en Salta); creación de un programa de educación integral del adolescente, capacitación de los profesionales del equipo de salud, utilización de la historia clínica del CLAP¹² y habilitar consultorios exclusivos para la/los adolescentes dentro de los hospitales (en Tucumán); y la publicación de estadísticas sobre ingresos por complicaciones de aborto y muertes maternas, en la búsqueda de impacto social.¹³

¹² CLAP, OPS/OMS, Publicación N° 1454. *Sistema Informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva.*

¹³ Aunque no queda claro en este caso si la estrategia propuesta busca sensibilizar a tomadores de decisiones para acciones en relación con el incremento del acceso y la ampliación de la cobertura, o ejemplificar a la sociedad.

5. CONCLUSIONES: DISPARIDAD JURISDICCIONAL Y NIVELES DE INSERCIÓN INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA

La consideración del embarazo en la adolescencia como un problema universal ha sido largamente discutida en la literatura especializada. “Más que un problema en sí mismo, el embarazo en la adolescencia debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social” (Guzmán *et al.*, 2001. p. 393). Esta perspectiva relativista puede constituir un buen punto de partida para analizar las significaciones asociadas al embarazo precoz que se manifiestan entre los profesionales de los servicios de salud de las distintas provincias argentinas analizadas. Especialmente, porque cualquier programa o plan de acción para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente deberá considerar la disposición de los servicios existentes e incluir a los profesionales en su diseño.

Si bien en varios casos existe un intento de relativizar el impacto del embarazo adolescente, en general la mayoría de las opiniones parece concurrir en sus consideraciones más negativas. Ya sea reproduciendo la discusión acerca de su impacto sanitario en términos biomédicos o bien considerando las consecuencias desfavorables en la vida de los adolescentes, tanto en términos personales, familiares y sociales, el embarazo en la adolescencia parece ser considerado especialmente como un embarazo no planificado o no buscado. Son contados los informantes que hablan de embarazo inoportuno.

Estas consideraciones negativas se refuerzan cuando se evalúan las condiciones o los factores de su emergencia. La mayoría de las opiniones también coincide en que el embarazo en la adolescencia es producto de una ausencia. Esta ausencia se vincula con la falta o la carencia que, dependiendo de la perspectiva del informante, puede ser afectiva, económica, de reglas o roles definidos, de modelos, de ‘proyectos de vida’, de educación o información, de acceso a la prevención.

Los intentos de relativización del embarazo en la adolescencia como problema social y subjetivo generalmente se fundamentan en prejuicios que aluden a cierta ‘naturalidad’ de la maternidad precoz en los sectores sociales más desprotegidos, incluyendo la repetición de las historias reproductivas familiares. Son muy pocas las opiniones que refieren al embarazo como proyecto posible en esa etapa de la vida, o bien como una suerte de resistencia vital a condiciones subjetivas de existencia más profundas, posiblemente vinculadas con historias personales y familiares no satisfactorias en términos afectivos.

El énfasis otorgado a la educación remite a un modelo acerca de la relación entre creencias y comportamientos característico del paradigma positivista sobre el que descansan las ciencias biomédicas y la salud pública. Al respecto, Byron Good (1994) señala que “educar al público sobre los peligros del uso de drogas (...) lo lleva a alcanzar la creencia en la cosa correcta y el problema será vencido. Eduque al paciente, les advierten las revistas médicas

a los clínicos, y resuelva los problemas de falta de complacencia que afecta los tratamientos de las enfermedades crónicas” (*op. cit.*, p. 7). La confianza en el poder de la educación como “solución” al problema del embarazo en la adolescencia se encuentra más extendida en aquellos profesionales con una visión menos compleja acerca del conjunto de factores que confluyen en esta problemática y también entre quienes están menos informados acerca de otras estrategias posibles de ser implementadas desde la política sanitaria.

De manera clara, las propuestas de los profesionales de salud orientadas al mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia resultan mucho más ajustadas a la dinámica y a las posibilidades del sector salud que las estrategias de prevención sugeridas. Estas últimas parecen estar más atadas a los prejuicios sociales que orientan las consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo en esa etapa.

En cambio, las estrategias para la atención consideran la oferta de servicios integrales para los adolescentes, la disponibilidad de espacios propios en los hospitales y de equipos profesionales especializados, así como el aceitamiento de la red de salud según los niveles de complejidad de la atención y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad, siguiendo bien de cerca las recomendaciones especializadas y los acuerdos internacionales en materia de atención de salud de la población adolescente.

En cuanto a la oferta concreta de servicios de atención, se observa una disparidad jurisdiccional en los abordajes de la sexualidad adolescente que puede resultar significativa. Podría trazarse incluso un mapa regional referido a los avances identificados en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. La región central, representada en este estudio por la provincia de Buenos Aires y la ciudad de Rosario, muestra sin duda las acciones más concretas en la atención específica de la sexualidad y del embarazo adolescente. Gran parte de sus efectores han institucionalizado unidades de adolescencia, trabajando de acuerdo con orientaciones programáticas provinciales o municipales con esta población.

Las provincias del noroeste (Catamarca, Salta y Tucumán) parecen tener mayores dificultades en la extensión de esta cobertura, y es en ellas donde se manifiestan mayores resistencias sociales a la promoción de la anticoncepción entre los jóvenes, privilegiándose en algunos casos la información sobre los denominados “métodos naturales”. Estas resistencias se combinan en algunos informantes con serios obstáculos para el adecuado tratamiento de las complicaciones de aborto y la detección de la violencia sexual.

En el nordeste (Chaco y Misiones) se aprecia mayor flexibilidad en cuanto a las consideraciones de la sexualidad adolescente, y no aparecen manifestaciones opositoras a la extensión de la planificación familiar a menores de edad, aun cuando todavía queda un camino por recorrer en la institucionalización de la atención integral.

No obstante, se destaca en todas las jurisdicciones el rol fundamental que está protagonizando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la legitimación de la extensión de la cobertura en anticoncepción y en la promoción del acceso a la consulta a través de la garantía de

disponibilidad de los insumos. Sin embargo, aún muchos programas provinciales de salud reproductiva no han incorporado a los adolescentes como población objetivo. Fueron varios los informantes que también han hecho recomendaciones en este sentido, para la inclusión de la atención de adolescentes en estos programas, tal como está expresado, por otra parte, en la ley nacional.

También en la mayoría de las jurisdicciones se destaca la primacía de las voluntades y las afinidades personales de los profesionales hacia la atención de adolescentes por sobre los programas o las líneas específicas de trabajo con esta población, especialmente en la atención del embarazo. Son pocos los efectores que cuentan con una unidad de adolescencia en sus servicios de ginecología y obstetricia. En muchos casos se señala que estas unidades han existido en el pasado, pero que han dejado de funcionar por falta de recursos o debido a la necesidad de destinar la infraestructura a la atención de la población general.

Esta ausencia de institucionalización de la atención específica de la adolescencia y las interrupciones señaladas en la continuidad de las acciones parecen coincidir con las conclusiones de un estudio sobre programas de salud reproductiva para adolescentes en Argentina, México y Brasil: "...las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de la reforma del estado en el sector salud (aumento de la población sin cobertura médica debido al creciente índice de desempleo, reducción en los recursos públicos destinados al sector salud y la consecuente reducción en personal e insumos, etcétera) constituyen serios obstáculos para la implementación y consolidación de servicios integrales y de calidad para la población adolescente." (Gogna, 2001. p. 287). La consideración de estos obstáculos requiere revisarse a la hora de destinar recursos para el diseño y la implementación de programas específicos.

Adicionalmente, muchas de las unidades de adolescencia que están en funcionamiento pertenecen a los hospitales pediátricos. En estos hospitales, aparentemente por norma general, no existe la oferta de anticoncepción. Por lo que estas unidades se ven limitadas a la oferta de consejería, sin disponer de métodos anticonceptivos. A su vez, los consultorios de planificación familiar de los hospitales generales y las maternidades, así como los centros de salud del primer nivel de atención, no cuentan con preservativos, cuando muchos de ellos intentan trabajar en la doble protección con la población adolescente.

El fortalecimiento de los servicios existentes también requiere, y muchos profesionales así lo manifiestan, capacitación del personal de salud en adolescencia, perspectiva de género y derechos sociales y reproductivos. "La capacitación también debería tender a fortalecer y desarrollar las habilidades de los equipos de salud en el abordaje de las problemáticas del aborto inducido, la doble protección, la anticoncepción de emergencia y la violencia y las adicciones" (Gogna, 2001. p. 288).

Una mención especial en este análisis requiere el tratamiento institucional de las complicaciones de aborto y de las situaciones de violencia. Eviden-

temente, la sociedad parece no haber superado las dificultades en enfrentar aquellas problemáticas que no puede tramitar, y las instituciones de salud se encuentran en la trinchera con la responsabilidad de atender situaciones para las que no parecen contar con suficientes herramientas.

Si bien ambas problemáticas son disímiles, el aborto y sus complicaciones y el abuso sexual, coinciden en un punto importante: su conexión con el sistema judicial. En el primer caso porque al ser el aborto una práctica punible en la Argentina, las instituciones de salud y sus profesionales manifiestan preocupaciones vinculadas con el resguardo legal en la atención de las complicaciones. En el segundo caso, el abuso sexual es un delito que se agrava cuando las víctimas son menores de edad, y aun más cuando los victimarios son miembros de su familia o son personas que supuestamente están encargadas de su cuidado.

Sin embargo, existe un hiato que separa irreductiblemente a ambas situaciones y que parece ser el nudo que impide un abordaje institucional más cercano a la sensibilidad social que a la responsabilidad legal. Es notable que en la atención de los casos de aborto se aprecie de manera bastante generalizada la subyacencia de un juicio moral respecto de la conducta de la paciente. Es esta valoración moral la que moviliza en muchos casos la efectivización de la denuncia policial, sin desestimar la necesidad de desresponsabilización profesional en la atención de las pacientes a las que debe completarse por ejemplo un aborto que ha quedado inconcluso.

En cambio, las reacciones que provoca el ingreso a la institución de salud de una víctima de violencia sexual son en general bien diferentes. Es bastante generalizado un mecanismo de privatización de la responsabilidad por la justicia de la víctima: la denuncia queda en el terreno de la familia, con el agravante de que muchas veces es esa misma familia el territorio del abuso. Muchos de los profesionales entrevistados manifestaron sentimientos de impotencia frente a la resolución de este tipo de casos. No obstante esta resolución requiere la elaboración de estrategias institucionales.

En la institucionalización de estas estrategias, los hospitales pediátricos parecen haber avanzado mucho más que las maternidades y los hospitales generales, contando con protocolos de denuncia y de atención del abuso sexual. Y estos últimos, quizás por la disponibilidad de servicios de asistencia social, más aún que los centros periféricos de salud. Aparece así una deuda importante del primer nivel de atención en el diagnóstico y tratamiento de las víctimas de violencia sexual.

Finalmente, si bien en la mayoría de las jurisdicciones, con algunas excepciones en los sitios de mayor densidad urbana, parecen seguirse adecuadamente los mecanismos de referencia entre los centros de salud y los hospitales en la atención del control de embarazo y del parto, existen serias dificultades en establecer mecanismos de seguimiento de las pacientes después del parto o de la resolución de la complicación del aborto.

Si bien en los servicios se indica la consulta de puerperio que incluye anti-concepción o se refiere a las pacientes que han ingresado por la complicación de un aborto a los consultorios de planificación, en la mayoría de los casos se

señala que los resultados no son buenos. La repitencia de los embarazos accidentales parece seguir siendo frecuente.

Éste resulta sin duda un problema de difícil abordaje, puesto que el sistema de salud no puede, ni debe, supervisar la vida de las personas. Pero sí puede promover la necesidad de los servicios que ofrece –en este caso nos referimos especialmente a los servicios de planificación familiar– desde una perspectiva que recupere la capacidad de las personas para sobreponerse a situaciones no esperadas, transformando su vida.¹⁴ La oferta de anticoncepción adquiere nueva significación en este marco, y puede abrir alternativas no exploradas a las adolescentes que recientemente han tenido un parto o, especialmente, han transitado un aborto.

6. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ

Los acuerdos alcanzados en la CIPD de 1994 sitúan a la salud reproductiva como un componente central de la vida de las personas y por lo tanto de las acciones sanitarias. Es en estos consensos que los adolescentes “emergen como sujetos importantes de políticas, por sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva y los derechos y responsabilidades asociados a ésta, por sus condiciones de ser un grupo de riesgo y porque es indudablemente en esta etapa en la que se definen muchos de los aspectos que influyen la conducta sexual y reproductiva que afectarán a los individuos a lo largo de su vida.” (Guzmán *et al.*, 2001. p. 391).

La creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la Argentina en 2002 resulta coincidente con esta perspectiva, orientándose a la atención de la salud sexual y reproductiva de la población general como campo prioritario de la salud pública, e incorporando a los adolescentes como beneficiarios de sus prestaciones.

Sin embargo, es evidente que el sistema de salud y los programas de salud reproductiva no podrán resolver por sí solos las dificultades sociales y las condiciones no satisfactorias de vida en las que muchos adolescentes se envuelven: “...los programas de salud reproductiva difícilmente puedan resolver por sí solos los problemas de la formación de identidad, los anhelos de emancipación o la falta de oportunidades para los muchachos y muchachas.” (Villa y Rodríguez, 2001. p.374).

También, a nivel regional en América Latina, se ha señalado la orientación ‘vertical y aislada’ de los programas destinados a cada uno de los proble-

¹⁴ Esta perspectiva puede coincidir con la idea de resiliencia: “La resiliencia está definida como la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad. La resiliencia puede transformar la vida de las personas. Es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, salir fortalecido e incluso transformado.” (Roldán, 2001. p. 462)

mas identificados, con la consiguiente fragmentación de los adolescentes, que ha obstaculizado la implementación de “programas integrales dirigidos a promover el desarrollo humano y atender la salud integral de los adolescentes.” (Donas, 2001. pp. 476-477).

Las recomendaciones del *Plan de Acción del Programa Regional de Salud del Adolescente* de OPS/OMS comprenden cuatro áreas especiales:

1. la salud de las/los adolescentes, con énfasis en la calidad de la atención en los servicios de salud, incluyendo acciones de educación para la salud y consejería;
2. la promoción de futuros saludables para las/los adolescentes, centrado en las/los adolescentes en la escuela;
3. el énfasis en el desarrollo y la promoción de la salud de los adolescentes; y
4. las/los adolescentes como agentes de cambio en su familia, comunidad y sociedad, centrado en actividades de participación y empoderamiento. (CENEP, 2000)

Mientras que los servicios integrales de atención de adolescentes requieren:

1. brindar atención integral de la salud en los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud;
2. cubrir las áreas de admisión, enfermería, medicina, salud mental, trabajo social y odontología acorde a sus posibilidades de espacio físico y recursos humanos; y
3. respetar el motivo de consulta por el que el/la adolescente concurrió al servicio como puerta de entrada, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la participación de las otras disciplinas y/o servicios de salud. (CENEP, 2000)

Considerando estas orientaciones generales para la implementación de programas integrales de salud para adolescentes y los resultados del diagnóstico de la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la Argentina, en base al análisis de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud, se proponen recomendaciones puntuales para el mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia y las acciones de prevención de embarazos no esperados:

1. ampliar la cobertura de los programas provinciales de salud reproductiva a los adolescentes, independientemente de su historia reproductiva, incorporando también a los varones;
2. fomentar la institucionalización de unidades de adolescencia en hospitales generales y maternidades, incluyendo la disposición de espacios propios de atención y de profesionales especializados integrados en equipos interdisciplinarios;

3. fortalecer las redes de referencia entre los centros de salud y los hospitales para la atención del embarazo y del parto en las jurisdicciones en las que estas redes se mostraron más debilitadas, y para la derivación de las pacientes a planificación familiar después del parto o de una internación por complicación de aborto;
4. promover la institucionalización de comités de maltrato o violencia familiar en los hospitales, que actúen de manera coordinada con los centros de salud, para agilizar los mecanismos de denuncia de abuso sexual y violación y supervisar el tratamiento adecuado de las víctimas;
5. extender la oferta de métodos anticonceptivos a los consultorios de adolescencia que están funcionando en los hospitales pediátricos;
6. garantizar la disponibilidad de preservativos, junto con los otros métodos anticonceptivos, en los centros de salud y en los consultorios de adolescencia o de planificación familiar de los hospitales generales o especializados, contribuyendo así a efectivizar la promoción de la doble protección;
7. implementar actividades de capacitación y formación continua de los equipos de salud en perspectiva de género y adolescencia, violencia sexual y calidad de la atención y trato humanizado de las complicaciones de aborto;
8. articular las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del sistema de salud con el sistema educativo y las organizaciones de la sociedad civil.

Referencias bibliográficas

- CENEP: *Recomendaciones para la atención integral de la salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*, Washington D. C., OPS, 2000 (Serie OPS/FNUAP, 2).
- Donas, B. S.: “Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes”, en Donas, B. S. (comp.) *Adolescencia y juventud en América Latina*, Cartago, Costa Rica, LUR, 2001.
- Gogna, M. (comp.): *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*, Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, 2001.
- Gogna, M. et al.: “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social”, en Isuani, A. y Filmus, D. (comps.) *La Argentina que viene*, Buenos Aires, FLACSO-UNICEF-Grupo Editorial Norma, 1998.
- Good, B.: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Londres, Cambridge University Press, 1994.
- Guzmán, J. M. et al.: “La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe”, en Donas, B. S. (comp.) *Adolescencia y juventud en América latina*, Cartago, Costa Rica, LUR, 2001.
- Poder Ejecutivo Nacional, decreto 1.282/03.
- Poder Legislativo Nacional, Ley 25.673.
- Roldán, C.: “Adicciones: un nuevo desafío”, en Donas, B. S. (comp.) *Adolescencia y juventud en América Latina*, Cartago, Costa Rica, LUR, 2001.
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M.: *Salud sexual y desarrollo de adolescentes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*, Washington D.C., OPS, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Adolescencia/División de Prevención y Control de las Enfermedades, Programa de VIH/SIDA, 2003.
- Simini, F. et al.: *Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva*, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Programa de Salud Integral del Adolescente OPS/OMS, Publicación científica CLAP N° 1454, Montevideo, 2000.
- Villa, M. y Rodríguez, J.: “Juventud, reproducción y equidad”, en Donas, B. S. (comp.) *Adolescencia y juventud en América latina*, Cartago, Costa Rica, LUR, 2001.
- WHO-UNFPA-UNICEF: *Action for Adolescent Health. Towards a Common Agenda*, Ginebra, WHO, 1997. Capítulo 7.

CAPÍTULO 7

LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL: ENTRE LA PREVENCIÓN, LA ASISTENCIA Y LA PROMOCIÓN DE DERECHOS

Valeria Alonso ¹

1. INTRODUCCIÓN

Muchas de las recomendaciones para la prevención del embarazo no esperado en la adolescencia incluyen la articulación del trabajo entre los servicios públicos de los sectores de salud, educación y desarrollo social y las organizaciones de la sociedad civil (OSC).² En atención a estas orientaciones, se incluyeron los integrantes de estas organizaciones entre los informantes clave entrevistados con el propósito de construir diagnósticos sobre las perspectivas de los actores relevantes involucrados en la prevención del embarazo en la adolescencia y la atención a las jóvenes madres.

Este capítulo contiene una descripción y análisis de las diferentes aproximaciones de las OSC a la problemática del embarazo y la maternidad en la adolescencia. El análisis se basa en diecisiete entrevistas realizadas entre septiembre y noviembre de 2003 a representantes de OSC de las provincias de Catamarca, Chaco, Misiones, Salta y Tucumán, y de la ciudad de Rosario.³ La composición de la muestra revela los alcances de la heterogeneidad del sector en cuanto a la orientación general de las organizaciones, sus objetivos, tipo de servicios y capacidad de inscripción y articulación intersectorial.

Un breve recorrido por la bibliografía sobre el desarrollo del tercer sector

1 Agradezco a Mónica Gogna los comentarios a una versión anterior del capítulo.

2 En particular, nos referimos a las orientaciones internacionales en salud. Pueden verse ejemplos en CENEP, 2000; McIntyre, 2002a; McIntyre, 2002b, entre otros.

3 Las entrevistas fueron realizadas por los becarios según una pauta consensuada con el equipo coordinador. Realizar un relevamiento que diera cuenta de la diversidad de ONGs que operan en el Gran Buenos Aires excedía las posibilidades de este trabajo. Por tal razón este capítulo no incluye información sobre dicha jurisdicción.

en la Argentina, muestra que las instituciones de bien público cuentan con una larga historia en el país. Instituciones destinadas a realizar actividades sociales, culturales, políticas y asistenciales existen en la Argentina desde mucho antes de la consolidación del Estado a fines del siglo XIX. Sin embargo, la visibilidad social de estas organizaciones como sector se ha incrementado recientemente, en particular en la década de 1990 (Campetella *et al.*, 2000). Es entonces cuando se ha delimitado y definido el denominado ‘tercer sector’, que agrupa una diversidad de emprendimientos y asociaciones definidas especialmente por su carácter ‘no gubernamental’, a la vez que ‘no lucrativo’.

Existe consenso entre los especialistas en que a partir de la década de 1990, el Estado y el tercer sector han comenzado a configurar relaciones más orientadas a la cooperación entre sus organizaciones y organismos y programas que en épocas anteriores.⁴ En esa relación de cooperación que comienza a definirse, al menos formalmente, “las ONGs cumplen funciones de gestión e implementación y reciben asistencia técnica y capacitación” (*op.cit.*, p. 6). Estas nuevas relaciones pueden explicarse por las reformas económicas de esa década, las que implicaron una constricción del Estado en la atención universal del bienestar social, en el marco de la crisis de la seguridad social, el aumento del desempleo y de la marginalidad social. En el marco de los procesos de reforma, el Estado implementó políticas dirigidas específicamente al fortalecimiento de las organizaciones de la comunidad. Muchos de los programas focalizados del Ministerio de Salud y Ambiente que combinaron financiamiento externo con fondos nacionales tuvieron entre sus objetivos la promoción de la participación de la sociedad civil. Algunos promovieron especialmente la inclusión del tercer sector en las políticas sociales.⁵ Sin embargo, en la Argentina, el Estado continuó siendo –para la opinión pública y para la mayoría del “universo asociativo”– el principal responsable del bienestar social de la población. A esta perspectiva, probablemente vinculada con las fuertes tradiciones estatistas de los años ‘40 y ‘50, se suma el reconocimiento de que las OSC no tienen en el país capacidad suficiente para cubrir la retracción del Estado en sus funciones sociales.⁶

Las modalidades de articulación entre el Estado y el tercer sector, no demasiado extendida aunque significativa en la Argentina, son diversas y transitan múltiples sentidos. Una de las razones de esta diversidad es la heterogeneidad que caracteriza al tercer sector, el que reúne organizaciones con dife-

4 “La teoría de la cooperación presupone dos actores perfectamente diferenciados que interactúan entre sí: el estado y las organizaciones sin fines de lucro. Estos son como partes de una relación contractual que define derechos y deberes a cada cual en una supuesta división del trabajo consentida entre ambos” (Campetella y González Bombal, 2000. p. 6).

5 En este sentido destacan el Programa de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual-LUSIDA, creado en 1997, y también diversas iniciativas de la entonces Secretaría de Desarrollo Social de la Nación (Gogna, 2004).

6 Esta idea es desarrollada ampliamente por Bustelo Graffigna, 1996.

rente alcance, objetivos, oferta de servicios, orientación ideológica e inserción geográfica. Esta heterogeneidad se manifiesta también en capacidades diferenciales para acceder a fuentes de financiamiento (local, nacional o internacional) y así “tramarse” en líneas de acción o políticas más amplias. Alternativamente estas políticas son motorizadas por ministerios y organismos públicos (provinciales o nacionales) o por organismos internacionales, sea a través de convenios con los gobiernos nacional o provinciales, sea en relación directa con las organizaciones del tercer sector.

Antes de presentar una tipología de las organizaciones relevadas, recordemos de manera sintética las principales características de las OSCs (Salamon y Anheier, 1992):

- cierto grado de formalidad y permanencia en el tiempo (estructuradas);
- autonomía respecto del Estado, aunque pueden recibir fondos públicos y contar con funcionarios del Estado en sus directorios (privadas);
- capacidad para manejar sus propias actividades y elegir a sus autoridades (autogobernadas);
- que no distribuyan beneficios entre sus miembros;
- de libre afiliación (voluntarias).

La muestra de organizaciones en las que se realizaron entrevistas con informantes clave incluye fundaciones y asociaciones civiles dedicadas a la promoción social, a la salud y a la educación, con diferentes grados de formalización y vinculación con los Estados nacional, provinciales y municipales.⁷

De acuerdo con sus objetivos y con los servicios que ofrecen, pueden dividirse en tres grandes grupos: a) instituciones que trabajan en actividades de prevención, especialmente a través de una oferta de tipo educativa y que, en menor medida, ofrecen servicios de asistencia (en general, tratamiento psicológico en situaciones de violencia o adicciones); b) hogares de tránsito que disponen de alojamiento y proveen alimentación y vestimenta; y c) organizaciones de *advocacy*, que realizan actividades de prevención desde una posición “militante”, anclada en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. A los fines del análisis, las hemos clasificado según los servicios que ofrecen, agrupándolas por jurisdicción.⁸

7 Debido a la heterogeneidad del sector, existen varias tipologías de las organizaciones sin fines de lucro. Un ejemplo es la tipología que utiliza el PNUD y el BID para la elaboración de bases de datos unificadas en los países. Esta tipología clasifica a las organizaciones en: asociaciones de afinidad, organizaciones de base, fundaciones, organizaciones de apoyo, y redes (PNUD-BID, 2001).

8 A los fines de resguardar la confidencialidad y evitar la posible identificación de los informantes, no hemos incluido datos sobre sexo y edad. En los testimonios, se consigna solamente el sitio de procedencia del entrevistado de modo de reflejar, en cierta medida, las diferencias entre los contextos.

Jurisdicción	Tipo de OSC ⁹	Área
Catamarca	1. Fundación	Prevención
	2. Fundación	Asistencia
	3. Sociedad de fomento	Asistencia
Chaco	4. Asociación civil	Prevención
	5. Asociación civil - Hogar	Asistencia
Misiones	6. Asociación civil - Hogar	Asistencia
	7. Asociación civil - Hogar	Asistencia
	8. Asociación civil	Prevención
Rosario	9. Asociación civil	<i>Advocacy</i> - Prevención
	10. Asociación civil	<i>Advocacy</i> - Prevención
	11. Asociación civil	<i>Advocacy</i> - Prevención
Salta	12. Fundación	Prevención
	13. Asociación civil - Hogar	Asistencia
	14. Fundación	Asistencia - Prevención
Tucumán	15. Asociación civil	Prevención
	16. Fundación	Prevención
	17. Asociación civil	Asistencia - Prevención
Total entrevistas a OSC		17

Cada uno de estos tres grandes grupos presenta rasgos distintivos en términos de modalidades de articulación intersectorial: relaciones de colaboración, confrontación o independencia con el sector público.

En este sentido, las organizaciones enfocadas a actividades de prevención, que trabajan exclusivamente con talleres de educación sexual, presentan una menor interdependencia o relación con el sector público, especialmente con el sistema de salud aunque mantienen relaciones coyunturales con el sector educativo, ya que desarrollan actividades puntuales a pedido de las escuelas. Por otra parte, participan en proyectos a nivel comunitario, barrial o de base en ámbitos de educación no formal en los que tienen mayor incidencia en el diseño de programas y actividades. Excepcionalmente, algunas OSC han logrado formalizar su oferta educativa en cursos de capacitación docente con alguna acreditación por las instancias gubernamentales del sector educación.

⁹ Fundación y Asociación civil son los términos utilizados en el Código Civil. Son definidas como “organizaciones que surgen de la mancomunidad de ideas y esfuerzos de un grupo de personas, tendientes a cumplir una finalidad de bien común y que se encuentran en la órbita de contralor de la Inspección General de Justicia (Código Civil, art. 33).

En general, las organizaciones que ofrecen servicios de asistencia a adolescentes, ya sea ambulatoria o bajo la modalidad de hogar-alojamiento, mantienen relaciones estrechas con el sector público, especialmente con el sistema de salud y las instancias judiciales. Entre ellos se observa un amplio sistema de derivaciones que evidencia relaciones de colaboración entre el tercer sector y el sector gubernamental.

Finalmente, el rasgo distintivo de las organizaciones de *advocacy*, es una fuerte actividad militante en promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos desde perspectivas de género. Aun cuando muchas veces estas organizaciones confrontan posiciones con las instancias gubernamentales, han contribuido ampliamente a delinear las políticas en salud sexual y reproductiva en los ámbitos locales. En muchos casos las acciones de presión social desarrolladas en concierto con sectores de las administraciones públicas locales han logrado motorizar legislaciones provinciales o normativas municipales en salud reproductiva.

Otra diferencia entre las OSC es la mayor o menor permeabilidad de sus integrantes y profesionales a las nociones de sentido común asociadas con la adolescencia y el embarazo en nuestra sociedad. Muchos de los prejuicios y “sensaciones” que transmiten los testimonios de los profesionales de salud y funcionarios entrevistados (por ejemplo, el énfasis en la vinculación directa entre deficiencias de educación e información y ocurrencia del embarazo; las menciones a la pérdida de la “familia tradicional” a la que se homologa en el discurso con la “familia normal”) están presentes también en el discurso de los representantes de las OSC, y muchas veces orientan su trabajo. No obstante estas similitudes, se advierte en el tercer sector una mayor libertad para el planteo y la reflexión acerca de cuestiones y problemáticas aún conflictivas en nuestro país, como el aborto y la violencia familiar. Tanto profesionales como funcionarios las vinculan con el embarazo en la adolescencia, aunque no llegan a hablar abiertamente acerca de sus causas, efectos y, sobre todo, sus posibilidades de intervención desde las instancias públicas y gubernamentales.

2. ACERCA DE LA MUESTRA

Las asociaciones y fundaciones que ofrecen servicios de capacitación y formación para la promoción de la salud y, en menor medida, prestan servicios asistenciales, son las más numerosas en nuestra muestra. Algunas son filiales de organizaciones de alcance internacional, pero la mayoría corresponde a iniciativas locales.

Los objetivos de estas organizaciones son amplios y variados; incluyen promover conductas saludables entre los adolescentes, contribuir al desarrollo social y la equidad, prevenir y asistir en las problemáticas juveniles, prevenir la violencia familiar y asistir a las víctimas, contribuir a mejorar la calidad de vida y a fortalecer a la comunidad, promover la salud sexual y reproductiva, prevenir y asistir en la discapacidad, brindar mejor calidad de vida a perso-

nas que viven con VIH-sida, promover la salud integral de los adolescentes, y atender en general las necesidades de la comunidad.¹⁰

Los hogares (muchas veces relacionados o patrocinados por asociaciones civiles vinculadas con la Iglesia Católica) se inscriben más en un tipo de asistencialismo que podría ser considerado premoderno. En general, enuncian sus objetivos en términos de lograr la 'reinserción social' de las jóvenes madres, y tienen un fuerte componente de educación para el trabajo, además de proveer alimentación, salud y vestimenta.

Por último, las organizaciones de *advocacy* prestan servicios de asistencia y contención y ofrecen actividades de promoción y prevención combinando estas tareas con acciones de presión social en la defensa de derechos sexuales, reproductivos, y de género e intervienen activamente en los procesos de confrontación social para la formulación de políticas públicas.

Los niveles de formalización y estructuración de las asociaciones también son heterogéneos en términos de la cantidad de los recursos (financieros, de infraestructura, etc.) de que disponen, en sus grados de vinculación con organismos o programas de las administraciones públicas, y en sus capacidades de acceder a fuentes de financiamiento internacional.

Muchas de las organizaciones funcionan en locales que les fueron cedidos y se sostienen fundamentalmente gracias a cuotas societales, donaciones particulares y trabajo *ad-honorem* de sus voluntarios.¹¹ Otras han logrado una mejor integración con programas o líneas públicas de acción, y algunas han accedido, muchas veces a través de concursos, a financiamiento de organismos internacionales.

Algunas de las asociaciones, en particular las de prevención, no cuentan con local ni presupuesto y se sostienen exclusivamente con el trabajo voluntario. Otras, las menos, reciben algún ingreso a través de programas de capacitación profesional. Hay asociaciones que tienen sedes y locales propios, en su mayoría recibidos en donación o comodato. Otras funcionan en oficinas o casas cedidas por organismos públicos.

Entre las fuentes nacionales de financiamiento se destacan ministerios provinciales de bienestar social y educación, secretarías provinciales de acción o desarrollo social, el Consejo Nacional de la Mujer, pero también empresas cooperativas.

Entre las fuentes internacionales de financiamiento, cabe destacar al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), el Banco Mundial y el Fondo Global de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria de la Organización de las Naciones Unidas.

¹⁰ Las sociedades de fomento son las que ofrecen actividades más directamente vinculadas con la satisfacción de necesidades comunitarias dentro de los límites territoriales del barrio. En general se trata de actividades recreativas, culturales y deportivas. Excepcionalmente disponen de un centro propio de salud y una guardería materno-infantil.

¹¹ Una excepción al trabajo *ad-honorem* es el personal de los hogares, el que generalmente es remunerado.

Estos organismos financian programas que implementa el sector público (por ejemplo, la Secretaría de Acción Social, el Consejo Nacional de la Mujer) tales como el de Atención a Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (PROAME) y el Programa de Promoción del Fortalecimiento de la Familia y el Capital Social (PROFAM). En general estas agencias donantes apoyan programas de formación de operadores en la temática de violencia familiar, prevención de ITS-VIH-sida; formación de promotores jóvenes en salud sexual y reproductiva, etc.

En general, los hogares para jóvenes reciben subsidios provinciales (básicamente de las áreas de desarrollo social) y donaciones de grupos europeos. Algunos realizan actividades para recaudar fondos o buscan colaboraciones de comercios o empresas de la zona. A diferencia del resto de las asociaciones, en los hogares el personal suele ser rentado.¹² En algunos casos, el financiamiento externo se destina al pago de salarios y los gastos de mantenimiento de los edificios. En otros, las organizaciones dependen exclusivamente de fondos públicos para cubrir estos rubros.

Existe una gran distancia entre las organizaciones que acceden a programas nacionales e internacionales y las que se ven obligadas a subsistir con los escasos recursos de las cuotas societales y colaboraciones voluntarias. Un caso extremo en esta línea es una de las fundaciones de Catamarca, la que se mantiene en una precaria inestabilidad financiera gracias al aporte de los miembros del consejo de administración, cuotas societales que no superan los 30 integrantes y aportes voluntarios.

Los aportes de financiamiento (de origen nacional o internacional) vehiculizados por organismos gubernamentales expresan de forma particular los grados de colaboración o independencia de las organizaciones con los aparatos del Estado.

Mayor heterogeneidad en cuanto a capacidades para acceder a líneas de financiamiento se observan entre las asociaciones y fundaciones que ofrecen actividades de prevención. En este caso, el acceso a fuentes de financiamiento a través de vías oficiales parece depender de los grados de estructuración de estas organizaciones, los que pueden haber estado influidos por los recursos patrimoniales originales y haber impactado, a su vez, en sus niveles de sustentabilidad en el tiempo.

Las ONG de *advocacy*, minoritarias en nuestro universo muestral, han sabido combinar, por lo menos en los casos analizados, posiciones confrontacionales ante los aparatos de Estado con el acceso a líneas de financiamiento administradas por organismos públicos, aunque también acceden a fondos internacionales en forma directa. Estas combinaciones muestran las habilidades de este tipo de organizaciones para intervenir en el diseño de políticas

¹² Con la excepción de un hogar en Misiones que funciona con personal *ad-honorem*, aunque por el momento se distingue también de los demás por ser sólo hogar de día, es decir que no está ofreciendo actualmente alojamiento, sino satisfaciendo necesidades de alimentación, vestimenta y educación.

públicas, pero también dejan entrever la diversidad de alineamientos en las propias instancias del Estado.¹³

3. EL PERFIL INSTITUCIONAL DE LAS ORGANIZACIONES Y SU OFERTA DE SERVICIOS

La mayoría de las organizaciones relevadas ofrecen servicios de prevención y promoción social, básicamente mediante actividades de educación para la salud. En algunos casos puntuales incluyen servicios de asistencia psicológica o asesoramiento legal. Un rasgo común a estas asociaciones es la interdisciplinariedad de sus equipos profesionales; incluyen docentes, psicólogos, médicos, trabajadores sociales y abogados, quienes están encargados de planificar y diseñar las actividades

El foco de estas organizaciones son las actividades de educación sexual, prevención de la violencia, de distintos tipos de adicciones y de la transmisión del VIH-sida. Generalmente realizan talleres o cursos que son dictados en la propia sede de la institución, en escuelas, o en otras instituciones locales. En la mayoría de los casos los jóvenes son destinatarios de las actividades y no participan del diseño de las mismas. Sólo algunas instituciones trabajan de acuerdo con el modelo de formación de multiplicadores o 'líderes juveniles', incorporando a jóvenes ya capacitados como nuevos y privilegiados agentes de la transmisión.

Cinco de las diecisiete organizaciones relevadas trabajan de forma exclusiva en esta línea de prevención y promoción (dos en Tucumán, una en Salta, una en Catamarca, y una en Chaco). Estas ONG establecen contactos informales con los efectores de salud y con otras organizaciones.

Mientras algunas organizaciones focalizan la tarea en una temática (por ejemplo, una ONG de Catamarca y una de Salta se especializan en violencia; una de Chaco en prevención de ITS-VIH-sida), otras abarcan diferentes temáticas. Es el caso, por ejemplo, de una organización de Tucumán que trabaja en educación para la salud especialmente entre la población universitaria, aunque también han realizado actividades de extensión a las escuelas. En este caso, se trabaja bajo la modalidad de talleres que abarcan las temáticas de salud sexual, trastornos alimentarios, depresión y estrés, violencia, alcoholismo, y también accidentes, seguridad vial y ciudadanía.

En general las actividades están dirigidas a adolescentes de ambos sexos pero en algunos casos la audiencia es preponderantemente femenina (por

¹³ Si bien puede hablarse de una orientación de las políticas públicas en determinado momento histórico y ámbito de intervención, es cierto también que nunca se trata de direcciones únicas, sino que éstas se construyen en una pluralidad que atraviesa a las mismas administraciones y órganos del Estado. Es esta pluralidad la que puede ser aprovechada por las organizaciones no gubernamentales para intervenir en la dirección de las políticas públicas desde la sociedad civil.

ejemplo, en los talleres sobre violencia que se realizan en Catamarca). Se relevaron algunos proyectos dirigidos especialmente a la población masculina, como por ejemplo, los talleres de salud sexual que realiza una ONG de Salta en los que el énfasis está puesto en “movilizar el deseo masculino en relación con la paternidad”. El trabajo no apunta a la reunión de las parejas, las que pueden estar separadas, sino al involucramiento del varón en su función paterna independiente de su situación conyugal. En el trabajo con los padres de los adolescentes, y abuelos de sus hijos, ésta es una de las pocas instituciones que presenta una interesante visión intergeneracional dinámica: ‘recuperar su propia historia adolescente para tratar de comprender mejor lo que le está pasando al hijo’.

En algunos casos, las organizaciones ejecutan programas de agencias gubernamentales. Es el caso de una ONG de Tucumán que implementa el Programa de Adolescencia e Integración Social del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Entre las actividades del programa se incluyen la realización de talleres de educación sexual y el otorgamiento de becas de estudio con el propósito de asegurar la escolaridad de jóvenes de ambos sexos de entre 15 y 20 años. Es también el caso de una organización del Chaco que trabaja exclusivamente con población adolescente en prevención de VIH-sida e infecciones de transmisión sexual, en el marco de iniciativas internacionales en convenio con organismos nacionales. Realizan actividades de educación sexual, distribuyen material gráfico, realizan reuniones comunitarias y talleres de adolescentes con formación de multiplicadores.

Algunas instituciones han logrado formular ofertas de capacitación docente en estos mismos temas y para esto han conseguido el apoyo de ministerios o secretarías de educación, especialmente para la acreditación de los cursos. Así, por ejemplo, una ONG de Misiones trabaja en promoción social con un proyecto de formación de líderes adolescentes. Esta organización ha logrado formalizar un proyecto de capacitación docente que cuenta con el aval del Ministerio de Educación de la provincia. La institución también cuenta con un área de investigación, la que se aboca a la evaluación de los talleres y a la realización de pre-tests. Éste es un elemento distintivo que no se reproduce en el resto de las organizaciones relevadas.

Como ya mencionamos, algunas de estas asociaciones ofrecen servicios asistenciales. Se destaca la asistencia psicológica y, en menor medida, el asesoramiento legal. Las instituciones que ofrecen asistencia terapéutica tienen relaciones de cooperación con las instancias judiciales, puesto que atienden casos que son específicamente derivados de los juzgados de menores. En otros casos sucede lo inverso, es la ONG la que deriva la demanda de atención a instituciones públicas, especialmente del sector sanitario.

Algunas asociaciones combinan cursos de prevención con servicios de asistencia (Tucumán, Salta). En el primer caso, la institución focaliza su accionar en problemáticas de drogadicción y VIH-sida. Las actividades de prevención complementan los servicios de asistencia (atención básica, terapia individual, grupos para menores y mayores, grupos para padres, terapia familiar y asesoramiento institucional en temas de drogadependencia). Como institución

asistencial, recibe los casos de derivaciones de los juzgados de menores. Adicionalmente, la institución realiza talleres para adolescentes en las escuelas en convenio con la Secretaría de Educación. Actualmente la organización tiene un proyecto de prevención de VIH-sida en jóvenes trabajando en prostitución.¹⁴ En estas experiencias, los jóvenes resultan destinatarios de las actividades, sin existir estrategias de incorporación como efectores o planificadores.

La fundación relevada en Salta se especializa en cuestiones de violencia. Tiene un servicio de asistencia legal y psicológica que establece un sistema de derivaciones. Los casos que recibe la fundación aparentemente por demanda espontánea son evaluados y derivados a profesionales particulares o a instituciones públicas tales como defensorías, centros de asistencia a la víctima, o efectores de salud, según sus recursos económicos. A este sistema de derivaciones, la fundación agrega talleres de prevención de violencia familiar destinados a adolescentes bajo una modalidad productiva: huertas comunitarias. La institución administra huertas comunitarias con producción destinada al mercado en las que trabajan los jóvenes. A su vez, los talleres se montan sobre el modelo de producción de las huertas, y su orientación general es hacia la formación de jóvenes multiplicadores en la comunidad.

Adicionalmente, algunas instituciones brindan prestaciones específicas en situaciones concretas. Una fundación en Catamarca que trabaja de manera estrecha con el ministerio provincial de salud, se dedica a la distribución de recursos asistenciales a personas viviendo con VIH, especialmente la provisión de leche maternizada. En este caso es interesante notar que los orígenes del programa surgen del mismo grupo que ahora es beneficiario, en función de una evaluación de sus propias necesidades. Aquí se observa sin duda una distancia importante entre este tipo de institución y las que trabajan de manera exclusiva con adolescentes. La capacidad de autogestión y presión por el ejercicio de los derechos no parece ser reconocida en términos generales a los adolescentes, quienes aparecen más bien como sujetos educables y, eventualmente, transmisores de contenidos elaborados por adultos.

Las sociedades de fomento parecen constituir un caso especial de las asociaciones civiles, probablemente a raíz de su fuerte pertenencia barrial o vecinal. Los servicios que ofrecen estas instituciones en general son amplios y muestran una mayor integralidad; muchas veces dejan entrever iniciativas comunales alternativas a las prestaciones de los servicios públicos. En estas sociedades se combinan las actividades recreativas y deportivas con servicios de guardería y atención primaria de salud.

Un ejemplo es la sociedad de fomento relevada en Catamarca. Entre sus actividades ofrece un servicio integral de atención a niños de hasta 4 años de edad, hijos de madres solteras jefas de hogar de su comunidad de influencia. El servicio incluye alimentación, educación inicial, atención diaria, actividades

¹⁴ En este caso se señala que se trabajará con mujeres prostitutas mayores y menores, cuando la prostitución de menores debería ser denunciada.

recreativas y deportivas, talleres de promoción y defensa de los derechos del niño y de educación para la salud con las madres. Esta sociedad de fomento también cuenta con un centro de atención primaria de salud. A estos servicios se suman diversos talleres (de guitarra, danzas, teatro) y una escuela de fútbol. Un rasgo de esta asociación es su particular abordaje de los riesgos de 'delincuencia' juvenil. En su prevención, están trabajando con voluntarios estudiantiles universitarios en la conformación de un foro de 'seguridad comunitaria'.

Los hogares constituyen un universo distinguible dentro de las asociaciones civiles, puesto que su actividad central consiste en satisfacer las necesidades básicas de alojamiento, alimentación y vestimenta de las jóvenes internadas y de sus hijos. Estas instituciones proveen asistencia a jóvenes en condiciones de vida sumamente críticas pero no desarrollan estrategias de prevención. Su universo de acción es exclusivamente femenino. En general, las jóvenes son internadas en los hogares por derivaciones de defensorías de menores, juzgados, programas de asistencia a las víctimas de violencia u hospitales. En este tipo de instituciones una de las preocupaciones fundamentales es la devolución de las jóvenes a la sociedad, de ahí que en muchos casos se destaca su carácter transitorio. Los caminos para el egreso de los hogares parecen ser dos: la búsqueda y el contacto de alternativas familiares y la capacitación laboral. La capacitación laboral consiste en términos generales en programas o actividades que exigen poca calificación, tales como limpieza, costura, peluquería, etc. En algún caso, se trabaja en la inserción productiva en una rama de la economía regional (por ejemplo, en la cosecha de soja), o se forman grupos de trabajo en emprendimientos propios de miniproducción hortícola o panadera, cuyos productos se destinan al mercado local.

Los hogares también se distinguen de las organizaciones orientadas a actividades de prevención, por tener una relación estrecha y muchas veces complementaria o de cooperación con instancias públicas, especialmente del poder judicial.

Se relevaron cuatro hogares: uno en Salta, otro en el Chaco y dos en Misiones (uno de ellos brinda alojamiento y el otro oficia básicamente como hogar de día). El hogar de Salta recibe jóvenes en derivación de las defensorías de menores, con dos condiciones excluyentes: que no padezcan enfermedades infecciosas y no tengan causas penales. El hogar tiene un sistema de premios por rendimiento escolar: las jóvenes premiadas trabajan en el taller de papel artesanal de la institución, con producción destinada al mercado, a cambio de un salario. Otras actividades son talleres de costura y de música, de funcionamiento irregular por escasez de recursos.

El hogar relevado en el Chaco recibe jóvenes mayores de 18 años, en general por derivación informal de otras instituciones o personas que conocen el emprendimiento. De orientación católica, el hogar espera contribuir con la 'formación humana' de las jóvenes. Ellas realizan las tareas cotidianas del hogar y colaboran con las actividades de recaudación de fondos (encuentros, cenas, rifas, etc.). No ofrece actividades especiales para su población, sino que en todos los casos las jóvenes están estudiando, y la mayoría trabaja fuera del hogar.

El hogar de tránsito de Misiones recibe jóvenes menores embarazadas por derivaciones del juzgado, de programas de asistencia en violencia, y del hospital. Cubren las necesidades de alojamiento, alimentación y vestimenta con subsidios del Ministerio de Bienestar Social, de la Mujer y la Juventud de la provincia, y del Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR).¹⁵ Trabajan en reinserción familiar y capacitación laboral. La capacitación incluye limpieza, manualidades, peluquería, corte y confección, cestería, y recientemente han incorporado técnicas de elaboración de productos a base de soja.

El otro de los hogares relevado en la provincia de Misiones no cubre alojamiento, sino sólo alimentación y vestimenta. Sus actividades están organizadas en tres grupos diferenciados: un club de madres, un club de abuelos y un club de jóvenes. En general tienen un carácter más bien recreativo y social (realizan encuentros, jornadas, y deportes para los más jóvenes) aunque también realizan talleres de prevención del embarazo.

Las ONG dedicadas a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos se distinguen del resto de las asociaciones civiles y fundaciones por contar con una mayor formalización y continuidad en el tiempo de sus actividades, así como por una búsqueda de cobertura e impacto que trasciende las fronteras locales.

Estas instituciones han logrado un crecimiento importante de sus actividades de promoción y prevención, que les ha posibilitado su formalización en programas de capacitación docente reconocidos por las autoridades educativas locales. Adicionalmente, su participación en redes nacionales más amplias les ha posibilitado obtener un amplio impacto mediante sus publicaciones y otros productos de difusión a gran escala. A estas actividades, se suman las funciones de *advocacy* o presión social, con intervención significativa en los procesos de formulación de políticas y legislaciones locales.

Una de las ONG de Rosario tuvo sus orígenes en un trabajo en educación sexual y prevención de la violencia en escuelas públicas de la ciudad que se plasmó en un libro que alcanzó difusión a nivel nacional. Paralelamente a estas actividades, la organización implementó seminarios de capacitación docente en las mismas temáticas y en prevención de abuso. También, producto de las actividades realizadas en las escuelas, se conformó un grupo de alumnas y ex-alumnas que con el tiempo adquirió personalidad propia.

Además de las actividades de taller, la organización ofrece preservativos en forma gratuita a los adolescentes e información sobre anticoncepción de emergencia. Actualmente la institución opera como coordinadora nacional del Consorcio Argentino de Anticoncepción de Emergencia.

Su integración en la Red Informativa de Mujeres Argentinas (RIMA),¹⁶ le permite a la ONG disponer y distribuir por vía electrónica bibliografía sobre educación sexual y prevención de la violencia, derechos reproductivos, anti-

15 El FOPAR es un programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que cuenta con el apoyo del Banco Mundial.

16 RIMA es una red electrónica administrada también desde la ciudad de Rosario.

concepción de emergencia y prevención del abuso. Sus acciones de *advocacy* y presión social incluyen la elaboración de proyectos de ordenanzas sobre prevención del abuso, manifestaciones públicas, y operativos de distribución de bibliografía entre los jueces penales.

Otras dos ONG entrevistadas en Rosario trabajan en prevención de violencia sexual. Una de ellas, de fuerte inserción barrial, realiza talleres para mujeres y varones en forma separada. Las dificultades en la convocatoria de los varones adultos condujo al grupo a implementar talleres con varones adolescentes, obteniendo mejores resultados. Para la asistencia coordinan las acciones con los centros de atención a la víctima y los centros de salud.

La otra ONG había trabajado en sus inicios principalmente en asistencia psicológica en violencia familiar. Actualmente ha reorientado sus acciones a la prevención a través de cursos de capacitación para mujeres en centros comunitarios. Ambas mantienen una relación fluida con otras organizaciones afines y participan activamente en campañas públicas de prevención de abuso infantil y de violencia contra la mujer, entre otras actividades.

4. LA PERSPECTIVA DE LOS INFORMANTES CLAVE DE LAS OSC

4.1 La problemática adolescente: un diagnóstico preocupante

Desde perspectivas más sensibles a la complejidad social o bien más conservadoras y clasistas, los informantes clave de las OSC entrevistadas perfilan un alarmante diagnóstico de la situación de la adolescencia en la Argentina actual. El sin sentido, la violencia familiar y el maltrato, y adicciones diversas se combinan con la deserción escolar, la falta de espacios para los jóvenes, la ausencia de escucha y las pobres perspectivas de futuro, en un encadenamiento que estaría atravesando todo el cuerpo social. El embarazo en la adolescencia constituiría para muchos de los entrevistados un eslabón más de la cadena de desprotección social de los jóvenes.

Las perspectivas más sensibles pueden identificar en la problemática adolescente los efectos de la desprotección social y afectiva en la que viven muchos jóvenes. En algunos casos, esta desprotección se alimenta de procesos migratorios internos que empujan a muchos jóvenes hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de vida. Para muchos, esta ausencia de lugar social de la adolescencia se incrementa con la falta de expectativas sociales.

“No encuentran la respuesta a sus intereses y sus necesidades y, por otro lado, la falta de posibilidades de capacitación laboral, la falta de expectativas, también de inserción laboral en un futuro cercano, la pasión que viven a nivel de la familia, sobre todo los chicos de familia con padres desempleados o en situación de pobreza...” (Tucumán)

“Un problema base tiene que ver con la inclusión social, por lo menos de

la mayor parte de la población. La situación de estar excluidos de la sociedad genera toda una serie de situaciones: el no acceso a la educación formal, no acceso a cuestiones mínimas de subsistencia...” (Rosario)

Varios coinciden en señalar la edad de los jóvenes como factor preponderante de vulnerabilidad a estas problemáticas sociales, más que las desigualdades sociales. Estas perspectivas enfatizan en la universalización de la problemática adolescente, independientemente del sector social de pertenencia.

“Drogadicción, embarazos precoces, y mucha violencia familiar. Estos problemas se encuentran en todos los sectores sociales, no es algo específico de un sector particular.” (Salta)

“Los grupos estarían definidos por la edad, creo que hay una franja vulnerable desde los 12 a los 19 años...” (Tucumán)

“Alcoholismo y drogadicción, creo que se reparten bastante homogéneo en toda la población adolescente, con distintos tipos de drogadicción.” (Chaco)

En la opinión de varios informantes las necesidades básicas insatisfechas son el punto de inflexión, el límite de sostenibilidad, que le otorgaría a estas problemáticas comunes a la adolescencia su desenlace más dramático. Es decir que en una situación que se presenta como de alta fragilidad social, es la imposibilidad de satisfacción de las necesidades básicas, especialmente la alimentación, el punto que marcaría la “caída de la vida social” y su consecuente imposibilidad de retorno.

“Si en una clase económicamente alta donde los adolescentes comen, tienen acceso a otro tipo de alimentos... En cambio, en los que son de sectores más carenciados, aparece el síntoma de desnutrición y muchas veces no tienen cómo resolverlo. Creemos que es un problema que está en toda la sociedad, sólo que en algunos se puntualiza más porque escasean los recursos para solucionarlo.” (Misiones)

También las dificultades de acceso a los servicios de salud y la ausencia de políticas en derechos sexuales y reproductivos y violencia se presentan como problemáticas importantes para la promoción del cuidado entre los jóvenes. Algunos entrevistados señalan que las posibilidades de cuidado, de por sí poco estimuladas en los ámbitos familiares y sociales, dependen más de posicionamientos subjetivos saludables que de prolijas transmisiones de información.

“El o la adolescente no tiene un espacio dentro de las distintas instituciones que trabajan el tema de salud (...) Entonces uno de los principales

problemas es la falta de un espacio de atención, de contención, de información que sea exclusivo para el adolescente. (...) Desde la escuela consideran la importancia de brindar información nada más, es decir le explican, por ejemplo métodos anticonceptivos, (...) pero no existe una formación donde el adolescente se considere una persona con derecho a disfrutar de placer, con derecho al cuidado, cuidar a otra persona, el amor propio, sino que simplemente tiene la información...” (Misiones)

“Tanto en el tema de derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes como en el tema de la violencia, donde no veo que las políticas públicas apunten a favorecer y ayudar. Cuando a los adolescentes se les da la posibilidad de que puedan apropiarse de su sexualidad y de su vida, tienen una responsabilidad y son realmente efectores de salud con sus pares.” (Rosario)

Las perspectivas más conservadoras y clasistas centran la problemática adolescente en una suerte de nostalgia de la conformación tradicional de familia o vinculan la contención de los jóvenes con la capacidad de pago de sus padres para acceder a colegios o clubes privados.

“Me parece que la falta de contención es por el tema de las familias, porque hoy prácticamente todos los padres salen a trabajar y los chicos están un poco solos en la casa, por eso me parece que está faltando contención familiar.” (Misiones)

“Estos problemas afectan más a los grupos de zonas marginales, porque los otros chicos tienen sus papás que les pueden pagar el club, que los mandan a la escuela, que aprenden inglés.” (Catamarca)

“Creo que afectan más a determinados grupos, aquellos que no tienen la posibilidad de acceder a participar de actividades que demandan un gasto, ya sea una cuota en un club privado, que tengan espacios donde puedan hacer actividades recreativas que también demandan un aporte...” (Catamarca)

“Pasa por la parte intelectual en los barrios ‘NBI’ ... La educación y el apoyo. Depende del apoyo que tengan de la familia, también del apoyo económico, de la parte intelectual, porque ahí prácticamente ya viene de casa...” (Misiones)

En general, con excepción de las ONG de *advocacy*, no resulta posible establecer una relación clara entre tipo de aproximación a la problemática adolescente (más sensible o más conservadora) y tipo de organización y carácter de sus actividades. Los integrantes de las ONG que cuentan con un fuerte componente de *advocacy*, tienen las aproximaciones más sensibles a una perspectiva de género imbricada en las problemáticas sociales. En los

otros casos, las posiciones más conservadoras parecerían infiltraciones, más o menos inconcientes a raíz de las muchas ambigüedades discursivas que manifiestan, de universos simbólicos más atados a las pertenencias sociales de los informantes que a sus lugares profesionales y a su labor en las organizaciones.

Estos mismos prejuicios y ambigüedades también se manifestaban en muchos de los profesionales de salud entrevistados, los que mostraban aproximaciones diferenciadas a la problemática adolescente, y en algunos casos concentraban la discusión en la pérdida de valores tradicionales especialmente vinculados con las nuevas configuraciones familiares.

Podría afirmarse entonces que, de manera más o menos independiente del lugar de actuación profesional, el tercer sector o el sector público, existen determinados atravesamientos simbólicos vinculados con pertenencias sociales que estarían condicionando muchos de los abordajes a la adolescencia y sus problemáticas actuales.

4.2 El embarazo en la adolescencia, ‘ésa es la cuestión’

Las ambigüedades señaladas en el abordaje de la problemática adolescente recorren también las opiniones de los informantes acerca del embarazo en esta etapa del ciclo de vida. En estas perspectivas se encadenan sentidos, sin ordenamientos precisos, de falta de educación y de información, la pobreza, disfunciones familiares, distintas formas de violencia, el abuso sexual, la prostitución, con intentos e imposibilidades de escapar de los ciclos repetitivos de las historias familiares. En términos generales, parecen existir bastantes dificultades para la discriminación de factores y apreciaciones, así como para la evaluación de distintos niveles de riesgo social y subjetivo frente a determinadas situaciones. Así, en los discursos se mezclan la ausencia paterna con los abusos sexuales, el “relajamiento de límites” con fugas que pueden llegar hasta el ejercicio de la prostitución.

En estos encadenamientos de sentido, las disfunciones familiares aparecen vinculadas especialmente con la pobreza, la falta de información sobre métodos anticonceptivos con deficiencias en la educación formal, y la violencia sexual con la prostitución, en algunos casos. Testimonios del primer tipo son los siguientes.

“Yo creo que es por la falta de la comunicación con los padres (...), creo que el eje principal es la contención familiar, es decir, hoy hay familias desestructuradas, familias que tienen un sinfín de problemas y eso afecta muchas veces al joven, al no sentirse protegido, contenido, escuchado (...). La población más expuesta es la que tiene necesidades básicas insatisfechas...” (Catamarca)

“Se puede notar la diferencia en los estratos sociales, porque la familia con un poco de solvencia económica puede enfrentar de manera distinta a lo que es hoy para una familia en situación crítica de pobreza, por ejem-

plo, el embarazo de estas chicas. (...) Por ahí tiene que ver cómo es su propia familia, cómo es la contención, si su madre es jefa de hogar, familia separada y eso es un ingrediente más para la chica que le cueste superar todo eso.” (Misiones)

“Por el lugar de NBI (...), a los 10,11,12 años ya tienen que salir a la calle o dejar, inclusive, de ir a la escuela, trabajar y a partir de ahí también, ya dedicarse, en un sectorcito, a la prostitución.” (Misiones)

“Una disfunción familiar enorme, ausencia de función paterna, vínculos maternos bastante abandonicos más que sobreprotectores, así que el chico se cría en la calle, la chica se cría en la calle con disfunciones familiares, falta de información, falta de educación, y chicas que además no tienen una inserción cultural ni institucional... Chicos que practican la sexualidad tempranamente, que se prostituyen, y ahí no más se asocia el alcohol y las drogas, o que ahí nomás quedan embarazadas, que son madres a los 16, 17 años (...). En esta población, chicos que son prematuramente adultizados, a los 17, 18 años se tienen que hacer cargo de una casa, no pueden ser padres porque no han podido ser hijos (...). Si hay una estructura familiar disfuncional, no hay información, si falta la función paterna o materna seguramente hay más riesgo.” (Tucumán)

Dentro de este primer grupo de opiniones, se incluyen también las que hacen hincapié en la falta de educación sexual, muchas veces vinculada con deficiencias en la educación formal o en la escolaridad regular, pero también con el entorno familiar.

“La falta de información fundamentalmente. (...) No educación específicamente a lo sexual, sino educar su sexualidad con un enfoque integral viendo la policausalidad que tiene el embarazo adolescente. (...) en el gran porcentaje de los casos es un embarazo no deseado.” (Tucumán)

“Creo que eso es consecuencia de una mala formación dentro del seno de la familia. Se da por falta de protección, de información, de control, pero es porque justamente la base no está firme. Eso no quita que en una familia bien constituida pueda pasar lo mismo. También en los colegios creo que no se da una buena educación sexual, es toda una pelea entre los padres y los directivos de colegios, para que se dicte o no se dicte. Si no se dicta, tampoco la reciben en las casas, y por ende la falta de comunicación y de información son los factores que derivan en el alto número de embarazos.” (Salta)

Finalmente, existen opiniones que reconocen la magnitud de la violencia sexual en la etiología del embarazo en la adolescencia, pero no alcanzan a dimensionar sus efectos en toda su complejidad y, en algunos casos, llegan

incluso a naturalizarla en base a supuestos paradigmas culturales. En otros casos, se intentan explicaciones simplistas que apelan a transformaciones en los modelos de educación hacia el interior de las familias, suponiendo que los abordajes más represivos de generaciones anteriores resultaban factores protectores de embarazos accidentales. En ambos casos, los testimonios dejan entrever posiciones seriamente peligrosas para el abordaje de la violencia sexual, ya sea a través de la naturalización del incesto en ciertos sectores sociales, o de una sutil responsabilización de las víctimas del abuso.

“Son las violaciones, o el descuido de las chicas por desconocimiento. Mucha promiscuidad e incesto. El incesto en esta zona es algo cultural...” (Salta)

“Las familias que nosotros vemos como muy vulnerables, con hacinamiento, con promiscuidad, con violencia, con alcoholismo, todas esas circunstancias hacen que incurran los hechos de embarazos adolescentes, muchas veces no deseados. (...) El tema pasa por la ausencia de límites, venimos de una generación donde nos han reprimido desde la ignorancia, desde los límites y desde ‘callate’, y ‘de eso no se habla’, y la prohibición, pero el miedo interno que nos generaron, al estar guardados en casa no estábamos expuestos a otras situaciones. Y hoy el tema éste de la imposibilidad, o de no saber cómo poner límites a los jóvenes...” (Catamarca)

También en algunos casos, en los que el embarazo es una problemática más cercana a las preocupaciones institucionales, es posible observar posturas diversas. Estas posiciones se preguntan por la imbricación social del embarazo, analizan sus efectos en la subjetividad adolescente según consideraciones más flexibles, y son capaces de distinguir situaciones de violencia de eventos inesperados vinculados con dificultades para implementar una conducta anticonceptiva. Dentro de estas posiciones, destacan aquellas ancladas en una perspectiva de género como matriz analítica.

“Sobre todo en el caso de las mujeres adolescentes, la falta de una identidad de género, la falta de la posibilidad de hacerse respetar o de hacer valorar sus derechos como mujer. (...) Creo que trae consecuencias subjetivas y sociales. (...) A nivel de la subjetividad porque en la mayoría de los casos no son embarazos esperados, por lo tanto queda trunca la posibilidad de sostener un proyecto de vida diferente...” (Catamarca)

“Entran en juego los valores personales del o la adolescente, digamos también las cuestiones socioculturales (...). Se había comprobado que en ese sector, en ese barrio ser madre tenía un valor muy importante. Entonces la única alternativa para cambiar este círculo donde ellas estaban insertas era embarazarse, una vez que estaban embarazadas ya tenían libertad de salir, de formar pareja, de salir a trabajar porque cumplían otro rol dentro de la sociedad.” (Misiones)

“En la adolescente está muy metida esta cuestión del mito de la mujer madre y del amor romántico, son dos mitos que son fundamentales de trabajar con las adolescentes. Por el otro lado, en sectores empobrecidos, en villas de emergencia, parecería ser que el embarazo es como que le da cierto estatus de poder o cierta libertad a la adolescente (...). También es fundamental poder ver que, al no poder apropiarse de su cuerpo y sexualidad, una gran cantidad de adolescentes tienen embarazos a partir del abuso (...). En realidad no es el embarazo, sino la sexualidad es vista como un problema, tanto para adolescentes como para adultos y adultas.” (Rosario)

“Es un proyecto, ‘lo quiero como un proyecto de vida’, tener algo propio. En muchas adolescentes, ‘es lo único mío, es lo único que yo tengo’...” (Rosario)

Muchas de las estrategias de prevención y atención del embarazo en la adolescencia propuestas por los informantes se concentran en primer término en la educación y en segundo término en la atención primaria de salud. Resulta por lo menos interesante que pocos de los referentes de las OSC entrevistados puedan vincular la elaboración de estas estrategias con el desarrollo de sus propias actividades institucionales. En cambio, y de manera coincidente con los entrevistados de los servicios de salud y de las administraciones públicas provinciales, varios de los informantes apelan de manera casi excluyente a la escuela como ámbito de prevención del embarazo en la adolescencia y a los centros de atención primaria de salud para su atención. La escuela y los servicios de salud aparecen como los referentes principales de la “responsabilidad pública” por la prevención y la atención del embarazo.

“Con respecto a la prevención, educación, e insisto en que sea integral, que abarque todos los aspectos de la vida de la adolescencia. Y con respecto a la atención, tiene que haber servicios específicos y diferenciados para la atención del embarazo adolescente...” (Tucumán)

“Hay que hacer más hincapié en educación, en la psicoprofilaxis, lanzar campañas con mayor vigor, mayor fuerza. (...) En los colegios debería haber mayor y activa participación porque los temas se tocan, pero muy por encima.” (Salta)

“Para prevención, la escuela, ya que desde la familia el chico carece de información. (...) Que la escuela invite a los padres a aprender. Muchas veces la mamá no sabe nada, entonces no sabe educar a los hijos.” (Salta)

“Que en las escuelas se trabaje educación sexual como se trabaja matemáticas, como se trabaja lengua, como se trabaja cualquiera de las materias, que ir a un médico a un centro periférico sea algo cotidiano como lavarse los dientes, que sea como una costumbre.” (Misiones)

“Educación sexual en la escuela, personal de centros de salud especializados, que se destine personal médico, profesionales que generen espacios de encuentro con adolescentes donde se trabajen los temas de educación sexual.” (Rosario)

“Como estrategia de intervención a largo plazo (...), una política a través de la escuela (...), que es el acceso más importante que tiene el Estado para poder educar en estos temas.” (Chaco)

Otras opiniones incluyen estrategias más cercanas al trabajo institucional desde la sociedad civil. A diferencia de lo que ocurre entre los funcionarios y profesionales de la salud entrevistados, algunos integrantes de ONG plantean la despenalización del aborto entre sus propuestas de acción. Otros, proponen metodologías de trabajo vinculadas con la promoción comunitaria y con la participación de los jóvenes en las acciones de prevención.

“Un trabajo de base, comunitario, con la familia, con la comunidad, comprometiendo a la familia y a la comunidad en una actitud de prevención (...). Si hubiese otra red de contención alrededor del embarazo adolescente, creo que por un lado no habría embarazos adolescentes, habría otro tipo de actitud ante el embarazo...” (Tucumán)

“Una de las estrategias principales es trabajar exclusivamente con los adolescentes. Bajar programas donde ellos sean los principales actores de esos programas, no sólo el beneficiario, sino que participe en todo el proceso del programa. (...) Que ellos actúen como agente multiplicador... O sea que los mismos adolescentes sean los agentes de prevención.” (Misiones)

Finalmente, y siempre desde las ONG orientadas a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, desde una sólida perspectiva de género, se elaboran propuestas de prevención que recuperan a la sexualidad en toda su complejidad.

“Educar sexualmente es educar con respecto a los roles, con una equidad de género, donde tanto mujer como varón pueden apropiarse de su sexualidad, esto ya sería una prevención, pero tiene que empezar desde mucho antes. El trabajar también con padres y madres en todo lo que sea la prevención de la violencia, porque la baja autoestima especialmente en las mujeres, las prepara para una indefensión aprendida, que hace que sientan que su cuerpo no les pertenece... En cuanto a la mamá adolescente, creo que habría que trabajar mucho todo esto del mito de la madre, todo esto de que tiene derecho a su propio cuerpo, que tiene derecho a su vida y que la maternidad es una elección, no un deber.” (Rosario)

4.3 Cobertura en anticoncepción, alcances y limitaciones

La mayoría de las organizaciones relevadas brindan información general en métodos anticonceptivos, con diversos grados de involucramiento, pero sin prestación de insumos. En términos generales, se privilegia la derivación a los centros de salud para la provisión, desde perspectivas que enfatizan el territorio exclusivamente médico de la responsabilidad por la recomendación en anticoncepción. En algunos casos, incluso la orientación y la información también queda circunscripta a la responsabilidad médica.

En muchos casos se plantea que la información provista es muy general y ‘objetiva’, e incluye ventajas y desventajas de cada método, considerando también los denominados ‘métodos naturales’.

“No se les habla de anticoncepción directamente. Se les habla muy por encima. Se les dice que pueden asesorarse, cuidarse, informarse, es decir que no le recomendamos nosotros los anticonceptivos. Pero le decimos que puede decir NO. Que puede ir al hospital, donde le van a enseñar a cuidarse.” (Salta)

“Sugerimos. Pusimos todos los métodos, inclusive los naturales, con las ventajas y desventajas... Además hacemos que estas charlas las haga siempre una médica. Si vienen a preguntar de anticoncepción de emergencia, tienen que ir al médico directamente.” (Salta)

“Esa tarea la dejamos librada al asesoramiento posterior que puedan tener las adolescentes, con su ginecóloga, con su médico de familia, con el médico de las postas. Sí les decimos que tienen que exigir toda la información respecto a los riesgos y a las posibilidades, para que puedan decidir, y que hagan sí, en todos los casos una evaluación de su salud, de su Estado de salud, un examen completo.” (Catamarca)

“Nosotros cuando tratamos el tema de anticonceptivos, lo trabajamos muy desde la prevención. Siempre a los adolescentes se les da un panorama general de las alternativas que existen, cuáles son las ventajas, desventajas de cada uno, pero siempre es muy general porque nosotros lo que buscamos es que tomen conciencia, a la hora de utilizar un método anticonceptivo, de poder ir y charlarlo con el médico, con la doctora, ir hasta la salita...” (Misiones)

Los hogares, más concentrados en la asistencia de las condiciones básicas de subsistencia de las jóvenes, y en muchos casos de profunda orientación católica, muestran las mayores dificultades en el tratamiento de la sexualidad y la prevención del embarazo. El caso más extremo en esta orientación es el hogar relevado en el Chaco, en el que no sólo no se recomienda ningún tipo de anticonceptivo, sino que no existe relación con el centro de salud en este tema y no hay lugar para el tratamiento de la sexualidad en general.

“Lo hablan entre ellas; ha habido hechos eventuales que han puesto sobre el tapete que las chicas tienen relaciones, pero no hablan. Posiblemente porque el ambiente no se preste, porque tal vez no estamos totalmente abiertas a eso...” (Chaco)

Muy pocas instituciones proveen preservativos a los adolescentes. Para el acceso a otro tipo de métodos derivan a los jóvenes a los centros de salud. Cabe destacar que algunos entrevistados mencionaron la existencia de dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos. Este dato podría estar indicando desconocimiento respecto de los últimos desarrollos en la política nacional en salud reproductiva, que garantiza su distribución gratuita en los efectores públicos de salud.¹⁷ También cabría la posibilidad de que los entrevistados estuvieran aludiendo a obstáculos de tipo institucional o ideológico que dificultaran la distribución de los métodos que son enviados desde el Programa Nacional.

Los testimonios indican que sólo las organizaciones que trabajan en derechos sexuales y reproductivos, distribuyen instructivos en anticoncepción de emergencia. El resto de las organizaciones, en forma general, no incorpora este método en sus orientaciones en anticoncepción.

“Lo único que entregamos son profilácticos a los adolescentes y los instructivos de anticoncepción de emergencia... Sí, a todas les decimos que siempre tienen que tener profiláctico a mano.” (Rosario)

Algunos entrevistados manifiestan que sus organizaciones dependen de las orientaciones religiosas de sus comisiones directivas, en general de adscripción católica, para el tratamiento de la prevención del embarazo. Estas restricciones les han generado dificultades en la presentación de métodos como el DIU y las inhabilita para trabajar en anticoncepción de emergencia.

“No, la anticoncepción de emergencia aquí no se podría implementar ya que la comisión directiva es católica, y resultaría una lucha. Ya nos resulta una lucha hablarles del DIU, porque hablar del DIU para la comisión es un problema. El equipo técnico se ve en problemas hablando de esto, imagínate lo que puede pasar si hablamos de anticoncepción de emergencia.” (Salta)

Varios de los entrevistados plantean obstáculos sociales en relación con la cobertura en anticoncepción de la población joven. Las restricciones responden a convicciones religiosas en algunos casos, y en otros a prejuicios socialmente extendidos acerca del supuesto efecto que las campañas de provisión de preservativos tendrían en términos de estimular la actividad sexual.

¹⁷ Desde el año 2003, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable trabaja en articulación con los programas provinciales de salud reproductiva en la cobertura de métodos anticonceptivos en los efectores públicos del sistema de salud.

“Yo creo que hay mucha hipocresía en esto, porque por un lado la Iglesia nos dice no pecarás, no a los métodos, no a esto, pero por el otro ¿qué está en juego?, la vida de mucha gente, el aborto, me parece que es una cuestión de sinceramiento en todos los órdenes...” (Catamarca)

“Piensan que si se reparten preservativos les estamos diciendo entonces que pueden ir a tener relaciones libremente. Y no piensan que el preservativo es para que se cuiden del sida, de los embarazos...” (Salta)

“En esta provincia, (...) es una reacción todavía conservadora reaccionaria: ‘andar repartiendo profilácticos es una perversión, es una barbaridad’, creo que es así el imaginario.” (Tucumán)

Resulta probable que la timidez que se aprecia en algunos casos en el tratamiento del tema de prevención de embarazo y la cobertura en anticoncepción de la población adolescente tenga su correlato en complejas dificultades sociales para trabajar en este campo en algunas provincias. Tanto en el caso de las entrevistas en OSC como en el de las realizadas a los profesionales de salud, parecen ser las provincias del noroeste las que cobijan las mayores oposiciones sociales a la extensión de la cobertura en anticoncepción a la población adolescente.

En términos más generales, parecen inscribirse en esta dirección los recaudos en la provisión de una información ‘objetiva’ y general, que incorpore la opción de los ‘métodos naturales’ entre el repertorio de métodos anticonceptivos, así como las dificultades en avanzar en la información acerca del DIU y la anticoncepción de emergencia.

4.4 Aborto, un mosaico de perspectivas

El tratamiento del aborto muestra un amplio espectro que va desde manifestaciones abiertamente opositoras hasta posiciones más flexibles y, en algún caso, expresamente militantes a favor de la despenalización. No obstante esta diversidad, la mayoría de los entrevistados parece mostrarse esquivos ante el tratamiento de un tema que les aparece como altamente conflictivo. En muchos casos se elude la conversación sobre el aborto bajo la manifestación de que sus instituciones no reciben este tipo de casos y del desconocimiento general de la problemática.

Los testimonios que reconocen la ocurrencia del aborto pero que se manifiestan de manera explícitamente opositora a este tipo de intervención, apelean a los argumentos más recurrentes y comúnmente utilizados en la confrontación con las iniciativas de despenalización, los que van desde explicaciones de corte más biológica hasta las más religiosas. Ejemplos de ambas argumentaciones son:

“Ya tuvimos oportunidad de estar con chicos y de explicarles que eso es una semillita, que ya tiene vida y que están atentando contra esa criatu-

ra, y a las chicas las apoyamos desde lo sano, desde la salud le explicamos las posibilidades que tiene.” (Salta)

“El valor que tiene el ser humano, que es incalculable, es lo más grande que hay acá en la Tierra. ... Ocurrió en varias oportunidades y lo que nosotros les decimos es que el hecho de quedar embarazadas, no tomaron las prevenciones que corresponden, pero es una bendición, una gracia de Dios...” (Misiones)

Las posiciones más flexibles frente a la ocurrencia del aborto tratan de indagar en las posibles causas de la decisión de interrumpir un embarazo. Entre estas causas aparecen de manera recurrente la presión familiar, la soledad, el miedo, la desesperación. En estos casos, el planteo institucional parece ser de apoyo y acompañamiento en la decisión de la joven.

“Nosotros lo que hacemos respecto del aborto es plantearle que en cualquiera de las decisiones que tomen, nosotros vamos a tener la postura de apoyarlas y de seguir con ellas. Que pase dentro de todo lo menos riesgoso. (...) Les decimos que lo hagan con un médico y que no lo hagan en situaciones precarias. Cuando nos enteramos que abortó, la controlamos, si está bien, si tiene fiebre, si toma antibióticos, que vaya al médico, que se haga los controles necesarios.” (Salta)

“Yo creo que la mujer que se hace un aborto, el motivo fundamental que tiene es la soledad... Sí, los hemos tenido, desde el lugar de la desesperación y desde el lugar del abandono, del ‘qué hago con mi vida’, ‘a dónde voy’, hasta el suicidio, hasta plantearse el tema del suicidio, como decir, ‘me borro de esta vida’.” (Catamarca)

Finalmente, son las ONG orientadas a la defensa de los derechos sexuales y de la equidad de género las que manifiestan una posición abiertamente favorable a la despenalización del aborto. Es en estos casos en los que vuelve a apreciarse una distancia significativa entre las OSC y los profesionales de salud y funcionarios públicos, entre los que en ningún momento aparece una posición abierta a favor de la despenalización del aborto.

“Empezamos la semana que viene la campaña por la legalización del aborto, porque, bueno, muchas veces llegan chicas desesperadas y no tenemos qué brindarles ni qué decirles, porque no hay profesionales involucrados... La campaña es a nivel latinoamericano, el 28 de Septiembre es el Día Internacional de la Despenalización del Aborto en América Latina.” (Rosario)

“Nosotras sí tenemos una posición tomada a nivel institucional, estamos por la despenalización del aborto, porque se mueren mujeres.” (Rosario)

4.5 Violencia sexual, un nudo difícil de desatar

La problemática de la violencia sexual, al igual que el aborto, son cuestiones de difícil abordaje para las organizaciones que no incluyen estas problemáticas entre sus objetivos de prevención. Los entrevistados en estas instituciones eluden la problemática y también manifiestan no haber recibido ni detectado casos de violaciones. En estos casos, los niveles de desconocimiento o denegación de la problemática merecerían la implementación de programas de capacitación en violencia sexual destinados a los profesionales trabajando en las OSC que intervienen en acciones de prevención y educación sexual de los jóvenes.

Posiciones más dispuestas a la discusión de la violencia sexual como suceso posible intentan explicaciones frente a casos de violaciones entre las jóvenes. Estas hipótesis de trabajo generalmente incluyen la conexión o derivación de los casos a instancias judiciales o servicios públicos de atención a las víctimas de violencia. A su vez, en estos casos, muchos testimonios coinciden en el funcionamiento deficiente de estos servicios.

“Se canaliza con instituciones que tienen algo que ver, con el Juzgado del Menor y la Familia, con salud mental, con atención primaria para la salud, (...) o si en el acompañamiento o en el seguimiento del caso tienen que actuar entes gubernamentales, se lo ha hecho y se ha facilitado la viabilidad.” (Catamarca)

“Primero pasa un tiempo hasta que te lo cuentan, que lo asuman, que lo mastiquen, empiecen a procesar lo que pasó, ahí entonces que hay otra vida, que no es a la única que le tocó esto, buscar la mejor manera de solucionar o apaciguar el dolor. Llamamos a la línea 102,¹⁸ pero no responde, no atienden, no tiene suficiente recurso humano.” (Misiones)

“Conocimos casos de adolescentes que fueron violadas, se hizo la correspondiente denuncia, pero no sirvió de nada, no hubo concretamente respuesta, nadie asistió a auxiliar a esas niñas. Conocimos también adolescentes que quedaron embarazadas dentro de su núcleo familiar, que nosotros también habíamos pedido apoyo y lamentablemente, esa niña no recibió apoyo y, bueno, ahí continuamos nosotros nuestro trabajo de apoyo, de contención dentro de lo que pueda la institución. (...) Llamamos a la línea 102 de violencia familiar, pero en las pocas ocasiones que pudimos comunicarnos, carecían de recursos económicos para la movilidad y de personal.” (Misiones)

¹⁸ La línea 102 fue creada en 1996 y es llamada el Número de los Niños. Es producto de un convenio de cooperación y colaboración recíproca de una organización de la sociedad civil con los ministerios de Salud Pública, de Cultura y Educación, de Gobierno (Policía) y el Poder Judicial de la provincia de Misiones. Recibe denuncias de maltrato infantil y violencia familiar e informa sobre los derechos de los niños.

Son las organizaciones que orientan su trabajo a la prevención de la violencia las que muestran un reconocimiento más acabado de la complejidad del trabajo en detección y tratamiento de la violencia sexual. Los entrevistados de estas organizaciones ofrecen un análisis de las situaciones familiares en las que se producen mayoritariamente los abusos y reflexionan acerca de las limitaciones de las instancias institucionales encargadas de su tratamiento.

“El 90% de las que vienen acá son chicas violadas, ya sea por familiares, directos o no directos, o por desconocidos. Lo que se hace aquí es todo un trabajo desde lo psicológico, desde lo social. En cuanto a la Defensoría, nosotras somos las que hacemos el trabajo más fino, y lo que hacemos es comunicarle datos, para que se vaya armando el caso, para que pueda ir citando gente. A las chicas se les da aquí asistencia psicológica en forma constante, tratando de contenerlas.” (Salta)

“Tenemos ahora en este proyecto historias que estamos detectando de abuso en los chicos, lo que hacemos es trabajar con la madre porque en el tema de abuso hay una cosa muy perversa en el núcleo familiar. (...) Tenemos un equipo de asistentes sociales que saben cómo manejarse ante Defensoría en ese tipo de casos.” (Salta)

“Les digo a algunos funcionarios, victimizamos más a la víctima, esto de la exposición, que si el médico, que si la revisión, una y otra vez, hasta que se llega a la comprensión de que realmente ha sido abusada, de que ha sido violada, es una cosa que es muy perversa, los mecanismos que tiene la sociedad son muy perversos.” (Catamarca)

“Grupos de contención hacemos, cuando hay casos muy graves... Tanto a nivel nacional como internacional porque también pertenecemos a la red de artesanas, Artesanando,¹⁹ que es una red de profesionales con la que realizamos instructivos y folleterías para prevenir todo lo que tenga que ver con la violencia sexual.” (Rosario)

“Hay muchos casos acá producto de situaciones de abuso, y a veces tiene que ver con un familiar muy próximo, que puede ser el mismo padre, padrastro, hermanos mayores, vecinos. Generalmente son personas muy próximas que abusan de las chicas y se producen embarazos...” (Rosario)

Estas últimas aproximaciones resultan más cercanas a las posturas de muchos de los profesionales de salud entrevistados. Aunque probablemente en algún punto logran superar sus manifestaciones de impotencia, por tratarse de entornos institucionales especialmente abocados a la preven-

¹⁹ Esta organización está radicada en Texas, Estados Unidos, y trabaja con comunidades latinas.

ción de la violencia sexual. Es decir, este encuadre particular y la mayor preparación para una “escucha especializada” los ubica en una mejor posición ante la manifestación de la violencia que la que se observa en los servicios de salud.

4.6 OSC y políticas públicas, ¿encuentro o desencuentro?

A la hora de analizar las políticas públicas en adolescencia y embarazo, muy pocos de los entrevistados plantean la relación Estado-sociedad civil. Incluso, muchos de ellos manifiestan un desconocimiento de las políticas en la materia, dejando entrever que la esfera de políticas públicas les resulta un campo verdaderamente ajeno e independiente de sus actividades desde las OSC.

El desconocimiento y las recurrentes confusiones entre distintas legislaciones parecen estar mostrando una suerte de desinterés en muchos de los entrevistados no sólo por los resultados de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, sino también por las posibilidades de intervención desde la sociedad civil en sus procesos de formulación.

Otros, por su parte, manifiestan pleno interés por el desarrollo de políticas públicas en el área de salud reproductiva. Desde ese conocimiento plantean la ausencia o la deficiencia de las políticas provinciales y, en varios casos, hacen hincapié en la necesidad de que desde los niveles locales se acompañen las políticas nacionales.

“No hay legislación, pero hay un programa. Bueno, creo que es un programa muy positivo, que está respondiendo desde la Dirección de Maternidad e Infancia y están dando diferentes métodos de anticoncepción. No tengo idea si son suficientes o no, habría que ver si realmente son suficientes o no, y si se está cumpliendo no sólo con la entrega sino con lo que es educación. Todo tiene que adaptarse a la 25.673, la ley de salud reproductiva nacional que pone como objetivos principales que el adolescente tenga una educación sexual adecuada, que se disminuya la morbilidad y mortalidad infantil, que se disminuya el sida y las enfermedades de transmisión sexual, que los adolescentes tengan derecho a una información adecuada sobre la temática. Yo creo que las provincias tienen que adecuarse a esta ley que está reglamentada en la mayoría de sus artículos, algunos aún no.” (Tucumán)

“Una política de absoluta indiferencia, es como un problema de aquella gente que tuvo la mala suerte, pero, creo que el Estado no se responsabiliza en lo más mínimo de algo que es un problema social y que debería ser objeto de las políticas sociales en todos los aspectos, en salud, en educación, en todo.” (Catamarca)

“En la provincia, la ley de salud reproductiva. El problema que tiene es que fundamentalmente abarca a mujeres menores de 19 años que ya ha-

yan tenido un hijo; esa es una de las falencias más importantes. No estamos logrando nada en prevención con una ley de este tipo.” (Chaco)

En algunos, se plantea la relación de las OSC con el Estado en términos que refieren a las propias vinculaciones institucionales. Los entrevistados en general no avanzan demasiado en un análisis macrosocial del tipo de relaciones posibles entre el Estado y la sociedad civil, sino que recuperan más bien las potencialidades de las micro-relaciones institucionales entre las OSC y los servicios públicos. Sin embargo, los testimonios son valiosos puesto que no permanecen ajenos al propio quehacer institucional.

“No hay políticas para los jóvenes y creo que existen áreas específicas dentro de las entidades gubernamentales (...). Creo que no hay, y eso incide también, que se trabaje en coordinación con instituciones, no tan sólo el tema del aborto, ni del sida ni el de las violaciones, sino que hay otros factores que inciden y que se pueden trabajar en coordinación y creo que es mucho más fructífero.” (Catamarca)

“Hay programas dentro de las defensorías que derivan, por ejemplo a nuestra organización, a estas chicas embarazadas que han sido excluidas de su hogar, y si están embarazadas se acompaña el proceso del embarazo. Pero de ahí a algo específico, no hay nada. Hay proyectos que se han presentado para trabajar con el tema de reproducción y paternidad responsable, hay libros y cartillas que se reparten.” (Salta)

“Nosotros sabemos que sí hay, que hay representantes, otros diputados que están muy preocupados, pero esta cuestión de que es todo encajonado, que es todo cerrado, y puntualizamos un tema, y no hay una visión integral, y la otra cosa es que justamente, para dar una legalidad, un respaldo a todo el trabajo que hacemos es que se apruebe la ley de salud reproductiva. (...) Vamos formando una red social donde el Estado tiene un papel fundamental y trabaja la parte de prevención y atención desde programas que van hacia las escuelas, programas que tratan de una manera u otra trabajar el tema del adolescente.” (Misiones)

Varios informantes plantean propuestas complejas que incluyen reflexiones acerca de la organización de los servicios públicos de salud, de las estructuras de gobierno y de los alcances de la implementación de las legislaciones existentes. Sin embargo, su participación desde las OSC quedaría desdibujada en estas iniciativas.

“Habría que implementar más charlas, consultorios en los hospitales específicos para adolescentes. Ginecología para adolescentes, y también ver que se vaya a prevenir, no cuando ya están embarazadas. Sería un trabajo conjunto de información entre educación y salud, escuela-hospital.” (Salta)

“Tendría que haber una Dirección exclusiva para eso. (...) Como adicional, implementar una Dirección dedicada al embarazo, a la adolescencia y trabajar exclusivamente con los adolescentes, la juventud...” (Misiones)

“Hay que establecer desde el Estado una estrategia fuerte para atravesar las vallas que ponen los profesionales que hacen objeción de conciencia. (...) Hay cuestiones de salud pública que están por encima de tus creencias religiosas, o sea, hay cuestiones que están muy dejadas al libre criterio de cada uno.” (Rosario)

“Complementar la formación del médico, del personal de salud, en el centro de salud, para poder abordar al adolescente. Sobre todo desde el punto de vista psicológico...” (Chaco)

Otras propuestas de políticas o acciones adicionales o alternativas a las existentes refieren a la cuestión educativa y a las campañas de información en prevención del embarazo. Algunas tienen la particularidad de entender la educación en términos de transmisión de información a través de folletos o cartillas. Otras avanzan sobre las modalidades más convenientes de la educación en sus funciones formativas, enfatizando en la necesidad de entablar procesos comunicacionales entre los educadores y los jóvenes, que trasciendan la mera distribución de material informativo.

Finalmente, sólo algunos se preguntan por las posibilidades y potencialidades de la relación entre las políticas y las acciones del Estado y las OSC, a pesar de que muchas de las organizaciones entrevistadas mantienen relaciones más o menos formalizadas con estructuras del Estado provincial o nacional. Uno de los testimonios más articulados respecto de esta relación coincide en la importancia de la función indelegable del Estado en la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, pero contempla las potencialidades de las OSC en su colaboración con las políticas públicas. Asimismo, señala las dificultades corrientes de esta articulación.

“Me parece que los programas deberían ser, tener un programa grande, pero que se trabaje en red con las otras organizaciones para que no se superpongan las acciones, por ahí nos encontramos con que un mismo proyecto lo están haciendo cuatro o cinco personas, cuatro o cinco instituciones, con recursos totalmente diferentes, y encima las mismas cosas, que es importante para la sociedad... Sí, a mí me parece que el Estado tiene que seguir cumpliendo su rol fundamental, y que las organizaciones civiles tenemos que complementarnos y colaborar con él. No me parece positivo que el Estado delegue todas las políticas en las ONG o en la sociedad civil, me parece que el Estado tiene que regir estas políticas, y convocar, armar alguna estrategia donde las organizaciones de la sociedad civil puedan colaborar y sostener, pero no trabajar aisladamente, por nuestro propio trabajo también vemos que cuesta mucho articular las acciones con el Estado, por intereses, por política, hacen que cada vez las organiza-

ciones y el Estado trabajen de manera particular, que no se vayan integrando.” (Misiones)

El desconocimiento y el desinterés por las políticas públicas en salud sexual y reproductiva que se pone de manifiesto en muchos de los testimonios de los representantes de las OSC que están trabajando en actividades de prevención y educación sexual dejan entrever cierta enajenación en el abordaje de los propios procesos de trabajo en la sociedad civil, así como en las vinculaciones que las organizaciones mantienen de hecho con los aparatos del Estado.

Las organizaciones se deben realmente la reflexión acerca de su lugar en la sociedad y su articulación con el Estado. Es decir, poder explicitar esos vínculos que mantienen con las estructuras gubernamentales y sus instancias de asistencia y prevención en los sectores de salud, educación y desarrollo social. Las derivaciones en sus múltiples sentidos, los subsidios y apoyos oficiales, la colaboración de las organizaciones en la atención de las demandas públicas en salud sexual y reproductiva, tanto preventivas como asistenciales, deberían poder ser tematizadas y debatidas socialmente.

5. CONCLUSIONES

Las aproximaciones a la problemática adolescente de los informantes clave entrevistados en las OSC reproducen, en términos generales, el amplio espectro de opiniones, observado también entre los funcionarios públicos y profesionales de los servicios de salud, que abarca desde las perspectivas más sensibles a los lugares sociales en los que se constituye la adolescencia hasta las posiciones más conservadoras, especialmente referidas a la pérdida de la configuración ‘tradicional’ de la familia.

Esta diversidad de perspectivas no parece tener relación con el tipo de organización y con el perfil de sus actividades, con la excepción de las ONG que se distinguen por un fuerte componente de *advocacy*. Las aproximaciones de las representantes de estas últimas organizaciones resultan especialmente sensibles a una perspectiva de género que reconoce a la problemática adolescente en su compleja imbricación social.

Las posiciones más conservadoras frente a la adolescencia y su problemática parecen reproducir, de manera más o menos inconciente, los universos simbólicos comunes a determinados sectores sociales, sin demasiada relación manifiesta con los lugares profesionales de los informantes y sus actividades en las organizaciones.

A pesar de esta diversidad, la opinión mayoritaria, y más o menos independiente de las orientaciones ideológicas, coincide en un diagnóstico alarmante de la situación de la adolescencia en la Argentina actual. En este diagnóstico se combina el sin sentido, la violencia familiar y el maltrato, y adicciones diversas, con la deserción escolar, la falta de espacios para los jóvenes, la ausencia de escucha por parte de los adultos y las escasas perspectivas de

futuro. Desde la perspectiva de la mayoría de los informantes, estas problemáticas estarían atravesando todo el cuerpo social, en una suerte de cadena de desprotección social de los jóvenes, en la que el embarazo precoz constituiría un eslabón más.

Las perspectivas acerca del embarazo en la adolescencia aparecen recorridas por múltiples ambigüedades discursivas, en las que los sentidos se encadenan sin ordenamientos precisos. En los intentos de explicar los procesos que desencadenarían el embarazo precoz, la falta de educación y de información, la pobreza, las disfunciones familiares, la violencia, el abuso sexual y la prostitución se mezclan discursivamente con argumentaciones que refieren a los esfuerzos para escapar de los ciclos repetitivos de las historias familiares.

Sólo las opiniones que muestran una mayor vinculación con el propio quehacer institucional pueden abordar el embarazo en la adolescencia desde perspectivas diferentes. Estas posiciones se preguntan por los determinantes sociales del embarazo, analizan sus efectos en la subjetividad adolescente y son capaces de distinguir situaciones de violencia de aquellas en que existen dificultades para adoptar una conducta anticonceptiva. Muchas de estas opiniones anclan en una perspectiva de género como matriz analítica.

A su vez, pocos referentes de las OSC pueden vincular la elaboración de estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia con el desarrollo de sus propias actividades institucionales, aun cuando la mayoría de sus organizaciones se dedican especialmente al trabajo en prevención. Muchas de las estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia propuestas por los informantes se concentran en la educación, y refieren de manera excluyente al rol central de la escuela como ámbito de prevención.²⁰

En cuanto a las estrategias de atención del embarazo en la adolescencia, los informantes coinciden en propuestas de mejora del abordaje de los servicios públicos de salud, con un énfasis en la reorganización del primer nivel de atención. Estas propuestas mantienen la responsabilidad por la prevención y la atención del embarazo en el sector público. La escuela y los servicios de salud aparecen como los referentes privilegiados de esta responsabilidad.

Sólo en algunos casos las estrategias propuestas recuerdan las potencialidades de la promoción comunitaria y de la participación juvenil en las acciones de prevención. Una vez más, quienes esgrimen estas opiniones se destacan por poder articular el propio trabajo institucional desde el tercer sector con las instancias gubernamentales.

El tratamiento del aborto y de la violencia sexual por parte de los integrantes de las OSC se diferencia en algunos aspectos de las posiciones de los

²⁰ Si bien muchas de las organizaciones trabajan en colaboración con el sistema educativo, puesto que ofrecen sus actividades en el ámbito escolar, resulta interesante que a la hora de elaborar estrategias de prevención no puedan articular su propio trabajo con la actividad regular de la escuela.

funcionarios y de los profesionales de salud, especialmente en sus consideraciones más extremas. Aun cuando en muchos casos los voluntarios son reacios a manifestarse acerca del aborto y del abuso sexual,²¹ el tercer sector parece ser un lugar apropiado para la manifestación de ciertas posiciones que resultan más difíciles de sostener desde el sector gubernamental.

En esta otra línea, las representantes de las ONG orientadas a la defensa de los derechos sexuales y la equidad de género mantienen posiciones abiertamente militantes por la despenalización del aborto, mientras que las organizaciones dedicadas a la prevención y la atención de la violencia muestran un reconocimiento más acabado de la complejidad del trabajo en detección y tratamiento del abuso sexual que los profesionales de los servicios públicos de salud, y pueden reflexionar acerca de las dificultades para desatar el complejo nudo entre las situaciones familiares y las limitaciones institucionales en el tratamiento y la resolución de los casos.

Dentro de la heterogeneidad de posiciones dentro de las OSC, se observan manifestaciones expresamente opositoras a la interrupción voluntaria del embarazo. En estos posicionamientos, los argumentos coinciden nuevamente con aquellos más comúnmente utilizados en la confrontación con las iniciativas en despenalización del aborto, apelando a explicaciones más biológicas en algunos casos y más religiosas en otros.

La violencia sexual también es un tema difícil de abordar con los representantes de las organizaciones que no trabajan esta problemática entre sus objetivos de prevención. Los entrevistados en estas instituciones eluden la problemática y, al igual que en el tratamiento del aborto, desconocen haber recibido o detectado casos de violaciones.

Otras opiniones, en cambio, reconocen la magnitud de la violencia sexual, pero no alcanzan a dimensionar sus efectos en toda su complejidad y magnitud. En algunos casos también, se llega a naturalizar el abuso sexual en base a supuestos rasgos culturales en ciertos sectores sociales. Esta naturalización resulta alarmante puesto que, además de contraria a toda evidencia antropológica, paraliza cualquier intento institucional de intervención.

En otros, se deja entrever un desplazamiento de la responsabilización por el abuso sexual a las propias víctimas, especialmente en el caso de adolescentes, resultando sumamente peligroso para el abordaje de las frágiles subjetividades en juego.²²

21 Probablemente, los profesionales de salud no estén en condiciones de eludir las problemáticas del aborto y de la violencia sexual, puesto que, a raíz de sus inscripciones institucionales en el sector salud, participan de la responsabilidad primaria en la atención de los casos que reciben. Distinto es el caso de los funcionarios, entre los que el abordaje de estas problemáticas resulta más mediado, es decir, no hay una vinculación interpersonal directa con las pacientes con complicación de aborto, en un caso, ni con las víctimas de violencia, en el otro.

22 Este desplazamiento de la responsabilización por el abuso sexual en el caso de adolescentes aparecía también en algunos de los profesionales de salud entrevistados.

Las aproximaciones más sensibles y reflexivas a la violencia sexual son manifestadas por los representantes de las organizaciones que trabajan en derechos sexuales y prevención de la violencia. Estos abordajes resultan también cercanos a las impresiones de muchos de los profesionales de salud entrevistados, aunque probablemente superen sus manifestaciones de impotencia.²³ Esta superación puede vincularse con la ventaja de contar en estas organizaciones con entornos institucionales especialmente abocados a la prevención de la violencia, y quizás en algunos casos con profesionales mejor preparados para una escucha especializada. Este encuadre particular hace menos 'inesperada' la manifestación de la violencia en estas organizaciones que en los servicios de salud.

Las entrevistas revelan que la incorporación de los jóvenes en el diseño de los programas es prácticamente inexistente. En la mayoría de los casos los jóvenes constituyen los destinatarios finales de las actividades. Algunas instituciones trabajan de acuerdo con el modelo de formación de multiplicadores o 'líderes juveniles', incorporando a jóvenes ya capacitados como agentes de la transmisión de contenidos que siguen siendo elaborados por adultos.

Esta orientación está presente en todas las instituciones que trabajan con adolescentes, en las que no parece ser reconocida su capacidad de autogestión y presión por el ejercicio de sus derechos.²⁴ Los jóvenes son considerados más bien como sujetos educables y, eventualmente, como agentes de la educación adulta.

Paradójicamente, pocos entrevistados plantean la relación Estado-sociedad civil al analizar las políticas públicas en adolescencia y embarazo. Muchos de ellos manifiestan un desconocimiento de las políticas en la materia, dejando entrever que la esfera de políticas públicas les resulta un campo ajeno e independiente de sus actividades desde las OSC. Sólo algunos plantean la relación de las OSC con el Estado en términos que refieren a las propias vinculaciones institucionales.

Varias propuestas que reflexionan acerca de la organización de los servicios públicos de salud, de las estructuras de gobierno y de los alcances de la implementación de las legislaciones existentes, no alcanzan a distinguir expresamente la participación o el lugar de las OSC en estas iniciativas. Sólo algunos se preguntan por las posibilidades y potencialidades de la relación entre las políticas y las acciones del Estado y las OSC.

Este desdibujamiento del tercer sector en las propias propuestas de sus representantes parece estar expresando una suerte de divorcio entre el propio quehacer institucional y las políticas sociales en su sentido amplio, a pe-

23 Muchos de los profesionales de salud entrevistados reconocían la magnitud de la violencia sexual contra adolescentes, pero manifestaban profundos sentimientos de impotencia desde los servicios para el tratamiento y la resolución de los casos, demostrando la escasez de herramientas institucionales del sector salud para el abordaje de esta acuciante problemática.

24 Una excepción en esta línea es una ONG de Rosario que propició la conformación de un grupo de adolescentes con autonomía de trabajo.

sar de que muchas de las organizaciones entrevistadas mantienen relaciones más o menos formalizadas con estructuras del Estado provincial o nacional.

Los vínculos existentes entre las OSC y las estructuras gubernamentales y sus instancias de asistencia y prevención en salud, educación y desarrollo social deberían poder ser explicitados. Las derivaciones, los subsidios y apoyos oficiales, la atención de las demandas públicas, tanto preventivas como asistenciales, deberían ser tematizadas y debatidas socialmente. Este debate y esta tematización contribuirían a desempañar el tablero institucional que nuestra sociedad construye y reconstruye permanentemente, en el que piensa a su juventud y ensaya estrategias de intervención en un escenario de complejidad creciente.

Referencias bibliográficas

- Bustelo Graffigna, E.: *El abrazo. Nuevas relaciones entre el Estado y los organismos no gubernamentales en la Argentina*. L'Ordinaire Latino Americain 165-166, Argentina, IPEALT – Université de Toulouse, Le Mirail, 1996.
- Campetella, A. et al.: *Definiendo el sector sin fines de lucro en Argentina*. Nuevos Documentos CEDES 5, Buenos Aires, CEDES, 2000.
- Campetella, A. y González Bombal, I.: *El desarrollo histórico del sector sin fines de lucro en la Argentina: debate con algunos modelos teóricos*. Nuevos Documentos CEDES 10, Buenos Aires, CEDES, 2000.
- CENEP: *Recomendaciones para la atención integral de la salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*, Washington D. C., OPS, 2000 (Serie OPS/FNUAP, 2).
- CENOC: *Hacia la constitución del tercer sector en la Argentina. Las actividades de las organizaciones de la comunidad inscriptas en el CENOC 1996*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación, Secretaría de Desarrollo Social, 1996.
- Gogna, M. (coord.): *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires, CEDES-BID, 2004.
- McIntyre, P.: *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*, Ginebra, WHO, 2002a.
- *Growing in Confidence. Programming for adolescent health and development*, Ginebra, WHO, 2002b.
- PNUD y BID: *Índice de Desarrollo. Sociedad Civil de Argentina. Las bases de datos unificadas de OSC como instrumentos de focalización y visibilidad*, Buenos Aires, PNUD-BID, 2001.
- Salamon, L. y Anheier, H.: *Defining the nonprofit sector I: The question of definitions*, Documentos de trabajo de Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, Nº 2, Baltimore, The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, 1992.

CAPÍTULO 8

HISTORIAS REPRODUCTIVAS, ESCOLARIDAD Y CONTEXTO DEL EMBARAZO: HALLAZGOS DE LA ENCUESTA A PUÉRPERAS

Mónica Gogna
Silvia Fernández
Nina Zamberlin ¹

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta los resultados de una encuesta a adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron sus partos en catorce hospitales y maternidades públicas seleccionados durante los meses de enero y febrero de 2004.²

El trabajo se realizó en las capitales de las provincias de Catamarca, Chaco, Misiones, Tucumán y Salta, y en la ciudad de Rosario y en el Gran Buenos Aires. En las capitales de las provincias la encuesta se aplicó en la maternidad u hospital público que concentra el mayor volumen de partos.³ En Rosario se eligió la Maternidad Martín, hospital municipal especializado que depende de la Secretaría de Salud Pública.⁴ Allí se atienden el 51% del total de naci-

¹ Agradecemos a Georgina Binstock, consultora estadística, su colaboración en el diseño del instrumento y el procesamiento y análisis de los datos y a Inés Ibarlucía por la incorporación de datos internacionales y la edición final del capítulo.

² La codificación de las encuestas estuvo a cargo de Silvia Fernández, Cynthia del Río, Mónica Molinas y Nina Zamberlin. El armado de la base y los tabulados básicos fueron realizados por el Estudio Babino-Volkis.

³ Hospital Interzonal San Juan Bautista (Catamarca), Hospital Perrando (Chaco), Hospital Central Provincial Dr. Ramón Madariaga (Misiones), Instituto de Maternidad y Ginecología nuestra Señora de las Mercedes (Tucumán), Hospital El Milagro (Salta).

⁴ Esta maternidad cuenta con servicio de obstetricia y neonatología. En ella se realizan los controles de embarazos de bajo riesgo de la población perteneciente a la zona Centro de la ciudad. Los controles de embarazo de las adolescentes se realizan en el CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias) donde funcionan consultorios de Obstetricia y Ginecología de Alto Riesgo y un consultorio para la atención de las adolescentes embarazadas.

mientos de adolescentes de 15 a 19 años de Rosario.⁵ En el Gran Buenos Aires se eligieron seis hospitales pertenecientes a tres regiones sanitarias (VI y VII a y b)⁶ y dos hospitales de la ciudad de La Plata (región sanitaria XI): el Hospital San Martín y el Hospital Gutiérrez.⁷ Las regiones sanitarias fueron seleccionadas en base a un conjunto de criterios: accesibilidad geográfica, indicadores socio-sanitarios y peso de los nacimientos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos.

Con respecto a los indicadores socio-sanitarios se trata de regiones que, comparativamente con el resto de las regiones sanitarias de la provincia, presentan tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna similares o superiores al promedio provincial. En términos de la proporción de nacimientos de 15 a 19 años sobre el total de nacimientos, las regiones incluidas en el estudio tienen valores similares al del conjunto de las regiones sanitarias de la provincia (18.5%).

Una vez definidas las regiones, los hospitales fueron elegidos en consulta con informantes clave teniendo en cuenta el volumen de partos y las características de la población usuaria. Los hospitales en los que se aplicó la encuesta atienden una proporción importante del total de partos de adolescentes de sus respectivas regiones sanitarias (entre el 23% y el 32%).⁸

El objetivo de la encuesta fue producir información sobre el perfil sociodemográfico de las madres adolescentes, reconstruir sus historias reproductivas y la situación (educativa, laboral y de pareja) al primer embarazo e indagar acerca de la atención del embarazo reciente. Tanto el cuestionario como el operativo logístico para la aplicación de la encuesta reconocen como antecedente una encuesta a puérperas (15-49 años) realizada por el equipo CEDES como parte de la Línea de Base del PROMIN II.⁹ Asimismo, para el diseño del cuestionario se revisaron los instrumentos de diversas encuestas domiciliarias aplicadas a la población adolescente y a mujeres en edad fértil en Argentina y otros países de la región.¹⁰ El cuestionario fue pre-testeado en la Mater-

5 El total de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años en Rosario en el 2002 fue de 2072, siendo 1060 los nacimientos de ese grupo de edad atendidos en la Maternidad Martín.

6 En la región sanitaria VI: el Hospital Evita Pueblo (Berazategui), el Hospital Mi Pueblo (Florencio Varela) y el Hospital Evita (Lanús); en la región sanitaria VIIa: el Hospital Paroissien (La Matanza) y el Hospital Posadas (Palomar); y en la región sanitaria VIIb el Hospital Héroe de Malvinas (Merlo).

7 La decisión respondió al interés manifestado por la responsable del estudio en la provincia de Buenos Aires –referente en aquel momento del Subprograma de Salud Integral del Adolescente– por contar con información sobre estos efectores a fines de orientar acciones en curso.

8 Agradecemos el asesoramiento del Lic. Gerardo Adrogué (KNACK) para el diseño de la muestra-censo del GBA.

9 Evaluación de resultados de PROMIN II. Encuesta a mujeres puérperas (Subproyectos Bariloche, Oberá y Pilar). PROMIN/Banco Mundial (2001).

10 Los instrumentos revisados como insumo para el desarrollo del cuestionario fueron: Evaluación de resultados de PROMIN II. Encuesta a mujeres en edad fértil y niños

nidad Sardá ¹¹ y posteriormente revisado con los becarios en un taller realizado en Buenos Aires en noviembre de 2003. Utilizando la versión modificada durante el taller, se realizó una prueba piloto en cada sitio. En función de los resultados de la prueba piloto se introdujeron algunos ajustes y modificaciones, llegándose así a la versión definitiva del instrumento.¹²

La encuesta fue aplicada por 28 encuestadoras –en su mayoría obstétricas– que recibieron un entrenamiento *in situ*.¹³ La aplicación de la encuesta en cada sitio fue supervisada por el/la becario/a en coordinación con el responsable y/o el equipo CEDES.

Las púérperas adolescentes fueron identificadas a partir del libro de partos por las encuestadoras, quienes abordaban a aquellas que reunían los criterios de inclusión en la sala de internación. Por motivos éticos, la encuesta no se aplicó en los siguientes casos: el recién nacido o la joven se encontraban en cuidados intensivos, el bebé nació muerto, la joven tenía alguna patología mental. Se administró a las jóvenes un consentimiento informado en el cual se explicaba el propósito del estudio, se solicitaba su participación y se daban las especificaciones de rigor en este tipo de estudios. Más específicamente, la encuestadora informaba a cada una de las encuestadas que tenía el derecho de participar o no participar y que su decisión, cualquiera fuese, no tendría ninguna consecuencia en términos de la atención por parte del servicio de salud, que podía interrumpir la entrevista en cualquier momento si así lo deseaba y que podía negarse a contestar alguna o algunas preguntas (véase formulario de consentimiento informado en Anexo II).

Sobre un total de 1881 partos de adolescentes de 15 a 19 años ocurridos durante el período en estudio, fueron entrevistadas 1645 jóvenes. De las 236 que no fueron entrevistadas, 183 casos correspondieron a los criterios de exclusión pre-establecidos; 45 fueron pérdidas ¹⁴ y sólo 8 no aceptaron participar de la encuesta.

Antes de presentar los resultados de la encuesta, describiremos brevemente las características socio-demográficas de la población estudiada.

La edad promedio de las encuestadas es 17.5 años. El 56.7% de la mues-

menores de 5 años (Subproyectos Bariloche, Oberá y Pilar). PROMIN/Banco Mundial (2001); Encuesta de Salud Familiar (El Salvador, 1998); Encuesta Nacional de Juventud (México, 2000); The Alan Guttmacher Institute survey of teens giving birth (USA, 1996); Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem (BENFAM, Brasil, 1989-1990); Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 1994); Encuesta de Condiciones de Vida (SIEMPRO, 2001).

¹¹ La Dra. Adriana Blanco facilitó el acceso a la Maternidad Sardá para pre-testear el cuestionario.

¹² Georgina Binstock, Edith A. Pantelides y Silvina Ramos (integrante del Consejo Asesor Nacional) realizaron aportes al diseño del cuestionario. Natacha Carbonelli colaboró con el diseño del formulario.

¹³ La capacitación fue realizada por Nina Zamberlin. En el caso de las encuestadoras del GBA, ésta se realizó en el CEDES.

¹⁴ Adolescentes que se fueron de alta antes de poder ser contactadas por la entrevistadora.

tra ¹⁵ se concentró en los 18 y 19 años de edad, sin presentarse diferencias importantes entre los sitios. Sólo resulta destacable que la proporción de encuestadas de 15 y 16 años en Rosario (33%) supera ampliamente al peso de este grupo de edad en el promedio (21.7%).

Con respecto al nivel educativo, 35.8% tiene primario completo o menos; 51.6%, secundario incompleto y 12.5% tiene secundario completo o más.¹⁶ La comparación entre los sitios muestra una clara desventaja en términos educativos de las jóvenes de Tucumán, mientras que en el extremo opuesto se encuentran las encuestadas en GBA, La Plata y Catamarca (ver Tabla 1). ¿Cuán similares son nuestras encuestadas a las madres adolescentes de sus respectivas provincias en lo que a nivel educativo se refiere? La comparación con los datos del Censo del 2001 muestra que nuestras encuestadas tienen un mayor nivel educativo. Probablemente, esta diferencia se deba al menor nivel educativo de las madres que viven en zonas rurales y en ciudades más pequeñas, quienes no fueron captadas por nuestra encuesta.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS SEGÚN ENCUESTA CEDES Y DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES MADRES SEGÚN CENSO 2001, POR NIVEL EDUCATIVO Y JURISDICCIÓN

Jurisdicción	Encuesta a Puérperas CEDES				Censo Nacional 2001			
	Prim. Inc. y menos	Prim. Comp.	Sec. Inc.	Sec. Comp. y más	Prim. Inc. y menos	Prim. Comp.	Sec. Inc.	Sec. Comp. y más
La Plata/Resto Bs. As.*	8.3	12.0	61.6	17.6	9.9	25.0	57.0	8.1
GBA	8.3	12.4	65.2	13.9	10.4	22.8	58.2	8.5
Catamarca	14.9	6.8	60.8	17.6	16.1	19.2	54.3	10.4
Chaco	16.0	24.1	49.2	10.2	35.5	25.2	34.5	4.9
Misiones	25.8	5.0	56.6	12.5	39.1	26.9	29.7	4.3
Salta	7.3	26.8	45.4	20.5	22.0	23.4	47.5	7.1
Rosario/Santa Fe *	20.1	26.0	44.2	9.7	16.6	32.3	43.1	7.9
Tucumán	23.2	46.5	27.3	3.0	16.4	43.8	32.4	7.4

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

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

¹⁵ Preferimos utilizar el término muestra, que resulta más familiar a los lectores, aun cuando por haberse entrevistado a todas las adolescentes que tuvieron hijos en el período del estudio, podría denominarse censo.

¹⁶ Como es de esperar, la proporción de adolescentes que completaron el secundario es mayor entre las de 18 a 19 años (19%). Salta (29.8%) y Catamarca (24.4%) presentan las proporciones más altas de encuestadas de 18 a 19 años con secundario completo o más, mientras que la más baja proporción se encuentra en Tucumán (5.1%).

Como *proxy* de condiciones de vida la encuesta relevó dos indicadores: el grado de hacinamiento y la existencia o no de baño con descarga de agua en la vivienda. El 55.4% de las adolescentes vive en condiciones de hacinamiento (3 personas o más por cuarto), y 22% de ellas en condiciones de hacinamiento crítico (4 personas o más por cuarto). En promedio 49% de las jóvenes habitan viviendas que carecen de baño con descarga de agua. Las situaciones más críticas en este sentido se registran en Misiones (61.7%) y Salta (61%).

Con respecto a la composición del hogar, la mayoría de las madres adolescentes tiene pareja y convive con ella (65.7%), ya sea en hogares nucleares (33.6%) o con otros familiares y/o no familiares (32.1%). El 30.9% vive con sus hijos y otros familiares o no familiares (pero sin su pareja). La mayor proporción de jóvenes que no conviven con una pareja se encuentra en Catamarca (55.4%) y en Salta (45.9%).

En relación con el número de hijos, para el 73.5% de las encuestadas, el recién nacido es su único hijo (en adelante, las llamaremos primíparas). Del resto (en adelante, múltiparas) 22% tiene 2 hijos y el 4% restante, 3 hijos o más.

Con respecto a la cobertura de salud, sólo 7.4% tiene obra social o una cobertura privada. Esta proporción es considerablemente menor a la reportada en la Encuesta de Condiciones de Vida 2001 (SIEMPRO) para las adolescentes en situación de pobreza (26%). El hecho de que la encuesta a púerperas haya sido aplicada en varias de las provincias del NOA y NEA, regiones particularmente afectadas por la crisis socioeconómica, puede explicar este diferencial entre el “promedio nacional” y nuestros datos.

2. HISTORIA Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVOS

2.1 *La iniciación sexual*

La edad de iniciación sexual de las encuestadas es, en promedio, los 15 años, con escasas variaciones entre los sitios. La proporción de adolescentes que se inició antes de los 14 años es del 11.9%, con un rango de variación que va del 4.9% (Salta) al 19.4% (Rosario). Hacia los 16 años, alrededor de dos tercios de las jóvenes ya había tenido su primera relación sexual.

La gran mayoría de las encuestadas (86.1%) reporta haberse iniciado sexualmente con el novio, con pocas diferencias entre los sitios.¹⁷ En promedio, 8.5% tuvo su primera relación sexual con un amigo o conocido y 3.8% con el marido o pareja conviviente. La mayor proporción de inicio sexual con pareja conviviente corresponde a las provincias de Chaco (8.6%) y Misiones (5%). Nueve entrevistadas (0.5% de la muestra) manifestaron que su iniciación

¹⁷ Para contextualizar este dato, puede mencionarse que la proporción de púerperas que se iniciaron sexualmente con el novio en el GBA (89.6%) es superior a la proporción del 79.2% referida por Pantelides *et al.* (1995) para las jóvenes del estrato bajo del Área Metropolitana de Buenos Aires.

sexual fue forzada. El dato cobra relevancia como “punta del iceberg” de un fenómeno silenciado pero presumiblemente más extendido que lo que la cifra indica, habida cuenta de que una encuesta no es un buen instrumento para captar este tipo de información. Además, el momento y contexto en el que la encuesta fue aplicada pueden haber afectado la disponibilidad de las jóvenes para reportar una situación de características traumáticas.

Alrededor del 60% de las encuestadas reporta haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los resultados del análisis logístico multivariado¹⁸ indican que la utilización de un método anticonceptivo es estadísticamente similar en el GBA, Misiones, La Plata y Rosario. Dicha probabilidad es, a su vez, significativamente mayor que en las restantes jurisdicciones. Tucumán, Salta, Catamarca y Chaco son, en ese orden, las jurisdicciones donde se observa la menor probabilidad de uso de método anticonceptivo en la iniciación sexual.

Como es de esperar, el nivel de instrucción está positivamente asociado con la utilización de un método anticonceptivo en la iniciación sexual. En tal sentido, los datos de la encuesta a púerperas (ver Tabla 2) son consistentes con los hallazgos de otros estudios nacionales e internacionales: utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual el 50.9% de las jóvenes con primaria completa, el 63.7% de quienes tienen secundaria incompleta y 70.7% de las que completaron la secundaria.¹⁹

18 Las variables consideradas para este análisis incluyen: localidad, cobertura de salud, tipo de baño (utilizado como *proxy* de pobreza), nivel de instrucción, edad a la iniciación sexual y edad del varón con quien se inició sexualmente. El tipo de baño fue categorizado como variable dicotómica (tiene baño con botón o cadena y arrastre de agua o no –incluye no tener baño, tener letrina o tener baño sin arrastre de agua).

19 Al igual que en otros estudios, el nivel educativo corresponde al alcanzado al momento de la encuesta y no al momento de la primera relación sexual. Esto no constituye una gran limitación entre aquellas con baja educación (primaria completa o menos) dado que se inician en promedio entre los 14.4 y 14.8 años –seguramente luego de haber abandonado los estudios. Entre las que avanzaron al nivel secundario, en cambio, si bien la edad promedio de iniciación es superior entre quienes completaron la secundaria (16 años) que entre quienes no lo hicieron (15.1 años), no es posible distinguir si, entre éstas últimas, la iniciación ocurrió mientras aún asistían a la escuela. Aún así, los resultados sugieren claramente la importancia de la educación para la adopción de conductas preventivas del embarazo en la iniciación sexual.

TABLA 2. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS QUE UTILIZÓ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, POR SITIO

Nivel educativo	Total	Sitio							
		GBA	La Plata	Cata-marca	Chaco	Rosario	Misio-nes	Salta	Tucu-mán
Total	60.1	69.6	66.9	55.4	57.0	63.2	66.7	50.2	45.4
Prim. Inc. y menos	51.3	56.1	72.7	45.5	60.0	53.3	58.1	60.0	34.9
Prim. Comp.	50.9	62.9	33.3	60.0	52.3	53.8	66.7	38.2	50.0
Sec. Inc.	63.7	70.7	71.1	53.3	56.5	69.1	69.1	50.5	47.3
Sec. Comp. y más	70.7	78.9	72.7	69.2	63.2	80.0	73.3	61.9	37.5

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

El análisis estadístico muestra que el “salto cualitativo” se observa entre quienes han accedido a la escuela secundaria y quienes no (Ver Tabla 3). La probabilidad de utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual también es significativamente superior entre las jóvenes que poseen cobertura de salud, viven en viviendas con baño con arrastre de agua, y se iniciaron con un varón de entre 17 y 21 años (comparado con aquellas que se iniciaron con varones de 16 años o menos o con adultos de 22 años o más).

TABLA 3. PROBABILIDAD* DE UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA INICIACIÓN SEXUAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y TIPO DE BAÑO EN LA VIVIENDA

Nivel educativo	Total	Vivienda	
		Sin baño con arrastre de agua/con letrina	Con baño con arrastre de agua
Total		0.59	0.64
Prim. Incompleta o menos	0.55	0.53	0.58
Primaria Completa	0.57	0.55	0.59
Secundaria Incompleta	0.62	0.60	0.65
Sec. Completa y más	0.71	0.69	0.73

(*) Controla por localidad, cobertura de salud, edad de iniciación sexual, edad del varón con quien se inició sexualmente.

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

La bibliografía señala que el porcentaje de utilización de métodos es mayor a medida que aumenta la edad de iniciación. Así, por ejemplo, datos de Paraguay para el año 2004 (CEPEP, 2004) indican que la proporción de jóvenes que se cuidó en su primera relación sexual es de 45.2% entre las que se iniciaron antes de los 15 años, de 57.4% entre las que se iniciaron entre los 16 y 17 y de 66.7% para las que se iniciaron entre los 18 y 19 años. Nuestros datos también muestran una menor frecuencia de utilización de métodos en la iniciación sexual entre quienes se inician muy jóvenes (14 años o menos) pero el análisis logístico multivariado indica que la diferencia no es estadísticamente significativa.

Las razones por las cuales no utilizaron un método anticonceptivo en la iniciación sexual reportadas por nuestras entrevistadas (Tabla 4), son similares a las que se consignan en las encuestas de Demografía y Salud (DHS) aplicadas en otros países de la región y en otros estudios realizados en Argentina (Guzmán *et al.*, 2000, p. 12; Contreras *et al.*, 2001; Pantelides *et al.*, 1995). El motivo más mencionado fue “no esperaba tener relaciones en ese momento” (36.6%).²⁰ El segundo más mencionado fue “pensaba que no se iba a embarazar” (17.7%). En tercer lugar, aparece la falta de conocimiento de los métodos (12%) y en cuarto lugar el deseo de tener un hijo (9.5%). También hay un porcentaje que responde explícitamente que ella y/o su pareja no querían cuidarse (7.4%). La distribución de motivos por sitio presenta algunos diferenciales que es importante considerar a la hora de diseñar intervenciones destinadas a prevenir el embarazo en la adolescencia. Así, por ejemplo, el desconocimiento de métodos anticonceptivos es el segundo motivo más mencionado en Tucumán y Catamarca (19.6% y 27.3% respectivamente). En otros sitios, en cambio, el segundo motivo más mencionado es querer tener un hijo: 30.8% en Misiones y 14% en Rosario. Cabe notar que, en promedio, un 10.5% de las encuestadas no especificó un motivo para no haberse cuidado, y que en Chaco y Rosario esta proporción fue casi el doble (19.8% y 17.5% respectivamente).²¹

Con respecto al motivo más mencionado, cabe una reflexión. El peso que tiene la “imprevisibilidad de la relación sexual” remite seguramente a la valoración diferencial que la cultura hace del ejercicio de la sexualidad según se trate de mujeres o de varones. Como señalan Heilborn *et al.* (2002) para el contexto brasilero, en una cultura sexual que consagra una estricta división de género (masculino=activo; femenino=pasivo), las relaciones sexuales entre varones y mujeres son, paradójicamente, vividas como fruto de la espontaneidad, que funciona como valor central. Conforme las normas culturales, es

²⁰ El porcentaje es muy similar al reportado por Pantelides *et al.* (1995): 37.5% de las adolescentes de “estrato bajo” dijo que “estaba desprevenida” al preguntársele el motivo por el cual no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual.

²¹ Estos datos pueden consultarse en: Ministerio de Salud/CONAPRIS-CEDES, 2004. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe Final (Tabla 3.17). Ver: www.cedes.org o www.msal.gov.ar

más fácil para las mujeres tener una primera relación sexual no protegida (ya sea que cedan a la presión de sus compañeros o que lo consideren “en el orden de las cosas”) que prepararse para (o pedir) una primera relación protegida. Esto implicaría una forma de previsión y, por tanto, una postura activa, que dejaría entrever que son “experimentadas”, generando así dudas acerca de su “moralidad”.

Veamos ahora cuál fue el método utilizado por quienes tuvieron una primera relación sexual “protegida” (Tabla 4). Los datos confirman el predominio del preservativo, ya reportado por otros estudios (Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides, 1996; Weller, 2000; Geldstein y Schufer, 2002; PNUD, 2004): 8 de cada 10 entrevistadas “se cuidaron” con preservativo en su primera relación sexual. El segundo método más utilizado es también de control masculino: el coito interrumpido (8.6%). En tercer lugar, se ubican las pastillas anti-conceptivas (7%). Cabe resaltar que en algunas de las jurisdicciones se observa un peso mayor de uso de métodos de menor eficacia (básicamente coito interrumpido) a expensas, en general, del uso del preservativo, cuyo rango de variación es del 64.8% (Tucumán) al 93.2% (GBA).²²

²² Estos datos pueden consultarse en Ministerio de Salud/CONAPRIS-CEDES, 2004. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe Final (Tabla 3.18). Ver: www.cedes.org o www.msal.gov.ar

TABLA 4. COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO EN LA INICIACIÓN SEXUAL

¿Cómo se cuidaron?	En la iniciación sexual
Preservativo masculino	83.3
Retiro	8.6
Píldoras anticonceptivas	7.0
Inyectables	1.2
Métodos naturales	1.0
Yuyos/hierbas/remedios caseros	0.3
DIU	0.1
Cremas/óvulos/diafragma	0.1
No recuerda	0.2
Sin datos	0.3
Promedio de menciones	1.02
	N = 983

Se cuidaron	60.1%
No se cuidaron	39.7%

¿Por qué no se cuidaron?	En la iniciación sexual
No esperaba tener relaciones en ese momento	36.6
Pensaba que no se iba a embarazar	17.7
No conocía los métodos	12.0
Quería tener un hijo	9.5
No querían cuidarse	7.4
Otros motivos	3.8
Problemas de acceso a los MACs	2.8
No sabe	10.5
Total	100.0
	N = 650

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

3. EL COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POS-INICIACIÓN

La encuesta indagó la percepción que las entrevistadas tenían de su comportamiento anticonceptivo entre la iniciación sexual y el primer embarazo, período que en promedio es de un año y medio. De acuerdo a este auto-reporte, un tercio de las encuestadas no utilizó ningún método durante ese período, 4 de cada 10 se cuidaron siempre o la mayoría de las veces, y 2 de cada 10 lo hicieron de manera “intermitente” (a veces sí, a veces no). El promedio engloba situaciones muy diversas. El rango de variación de “cuidarse siempre o la mayoría de las veces” es amplio: va de un tercio de las encuestadas en Tucumán (33.6%) y Catamarca (33.8%) a más de la mitad en GBA (54.6%).

¿Cuál es el método más utilizado por quienes se cuidaron *siempre o la mayoría* de las veces?²³ Un interesante hallazgo del análisis comparativo es que existen patrones de uso muy diferentes según sitio, los cuales quedan encubiertos cuando se observan los valores promedio del total de la muestra.²⁴ En el GBA la gran mayoría de las encuestadas utilizaron básicamente preservativo (87.8%) seguido de la píldora (14.0%). Rosario se destaca del conjunto por el elevado peso de la píldora (61.1%) y la baja proporción de adolescentes que se cuidaron con preservativo (44.4%) en relación al resto de los sitios. Una situación peculiar se observa en Salta, donde el uso de la píldora es el más bajo de la muestra (7.8%). Allí la elevada proporción de uso de preservativo (74.0%) coexiste con una muy alta proporción de coito interrumpido (41.6%) y una frecuencia de uso de métodos naturales (16.9%), que más que triplica el promedio. En Chaco prácticamente la mitad de la muestra utilizó preservativo (48.6%) y una proporción comparativamente elevada es usuaria de píldora (35.1%); en tercer lugar, se encuentra el método del retiro (16.2%). Tucumán se caracteriza por un bajo uso de preservativo (45.1%), seguido por el retiro y la píldora, ambos con un peso cercano al 30%. Finalmente Catamarca, sitio que presenta el menor número de encuestadas, registra un uso relativamente alto de preservativo (64.0%) y un bajo uso de la píldora (12.0%) que es superada por el retiro (20% de utilización).

Parafraseando a Singh y Wulf (1990) es posible hipotetizar que las diferencias de uso de métodos entre sitios se relacionan más con las características de la oferta (disponibilidad de insumos, consideraciones de índole político-ideológico, etc.) que con diferencias en el conocimiento o las preferencias de las usuarias. Esta hipótesis se basa en dos tipos de evidencia. Por una parte, las entrevistas a informantes clave revelan que los programas y servicios difieren entre sitios tanto en términos de su grado de consolidación y visibilidad como en su disponibilidad de insumos y en la cantidad y tipo de recursos humanos. Por otra, al relacionar los datos de conocimiento y uso de método se advierten proporciones diferentes de uso de ciertos métodos en presencia

23 El promedio de menciones de métodos utilizados es 1.15. Salta presenta la mayor proporción de reporte de más de un método (1.44 menciones por encuestada).

24 Preservativo: 70.0%; píldora: 22.2%; retiro: 14.5%; métodos naturales: 4.8%.

de similares grados de conocimiento de estos métodos. Así, por ejemplo, la píldora es conocida por el 88% de las jóvenes en Salta aunque sólo un 7.8% la utiliza, mientras que en Rosario la conoce el 96% de las encuestadas y la usa el 61%.

Además de indagar acerca del cuidado en la iniciación sexual y en el período posterior, la encuesta exploró el uso de métodos al momento del último embarazo, que para la gran mayoría de las encuestadas es el primero.

La información recogida permite estimar qué porcentaje de los embarazos recientes fueron “buscados”. Al respecto, 584 adolescentes –que representan el 35% de la muestra– reportaron que no estaban utilizando un método anticonceptivo al momento del embarazo del recién nacido porque querían quedar embarazadas. Para el 65% restante podemos inferir, entonces, que el embarazo no fue buscado o planificado. La constatación de que una proporción de los embarazos de jóvenes de 15 a 19 años fueron “deseados” o “planificados” también se verifica en otros países de la región (Hakkert, 2001). “Dado que en una alta proporción los hijos de mujeres adolescentes son primogénitos, este resultado no sorprende –sostienen Guzmán *et al.* (2001, cap. X)– por el alto valor que aún conserva el ejercicio de la maternidad en América Latina.” El análisis de preferencias reproductivas realizado por Hakkert en base a la información de las Encuestas de Demografía y Salud, muestra que el grupo de madres adolescentes es, de todos los grupos etarios, el que manifiesta haber deseado ese embarazo en mayor proporción.

¿Existen diferencias en nuestro país entre las adolescentes y las mujeres en edad fértil en este sentido? Una encuesta realizada hace una década entre mujeres en edad fértil del GBA reportó que el 60% de las encuestadas no había planeado tener su último hijo (López, E., 1993, p. 4), proporción que es bastante similar a la arrojada por nuestra encuesta a adolescentes. Aquella encuesta presenta otro dato interesante: “solo el 40% de las mujeres que no querían embarazarse se estaban cuidando (con píldoras, condones, inyecciones, DIU y ritmo, en orden decreciente)”. De acuerdo con nuestros datos, el 29% de las encuestadas que no estaban buscando un embarazo usaron un método anticonceptivo. En síntesis, es posible conjeturar que entre las mujeres adultas la proporción que utiliza un método anticonceptivo cuando no quiere embarazarse es algo mayor que entre las adolescentes. Si pensamos que tanto las adolescentes como las adultas entrevistadas fracasaron en el intento de prevenir su último embarazo, podemos concluir que la conducta anticonceptiva de unas y otras fue igualmente ineficaz.

3.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos y fuentes de información

Aun cuando no existe una relación lineal entre conocimiento y uso de métodos, resulta útil saber –a los fines de instrumentar programas e intervenciones– cuáles son los métodos anticonceptivos más conocidos por las adolescentes entrevistadas. En orden decreciente los métodos más mencionados fueron: la píldora (91.2%), el preservativo (89.7%) y el DIU (59.4%). Le

siguen los métodos inyectables (39%), el retiro (27.4%) y los métodos naturales (13.2%). En menor proporción, se mencionan: la ligadura de trompas (6.1%), las cremas/ óvulos/ diafragma (4.6%), el preservativo femenino (3.6%), los “yuyos” (3.3%) y la vasectomía (1.1%).²⁵

Tanto el preservativo como la píldora son conocidos en una proporción bastante similar en todos los sitios. Otros métodos, en cambio, presentan un rango de variación importante. Sólo el 29.9% de las entrevistadas conocen el DIU en Tucumán cuando en otros sitios éste es mencionado por más del 70% (La Plata: 74.4%, GBA: 70.7%, Chaco: 71.1%). Los inyectables son mencionados en mayor proporción en Catamarca (64.9%) y Tucumán (57.9%). El mayor rango de variación lo presenta el coito interrumpido: 6.5% en Rosario frente al 81% en Salta, donde es el tercer método más conocido luego de las píldoras y el preservativo.²⁶ Salta es, además, el sitio donde una mayor proporción de entrevistadas mencionó los métodos naturales (44.4%). La ligadura de trompas (en general, mucho más conocida que la vasectomía) fue reportada por el 17.6% de las entrevistadas en Catamarca y 12.8% en Chaco. Los “yuyos/hierbas o remedios caseros” son más conocidos, en relación con el promedio, en los sitios del noreste: 14.2% en Misiones y 12.3% en Chaco.²⁷

El conocimiento que las encuestadas tienen de los métodos anticonceptivos es, en cierta medida, similar al de otros países latinoamericanos y del Caribe, aunque se observan algunas diferencias. Según Guzmán *et al.* (2001, cap. V) la píldora es el método más conocido por las adolescentes de la región. Al igual que en nuestra encuesta, el preservativo es altamente conocido entre las adolescentes: en 10 de los 16 países para los que se presentan datos, el 85% o más de las jóvenes reportan conocer este método. Respecto del DIU, el grado de conocimiento de nuestras entrevistadas se asemeja al de las adolescentes encuestadas en países como Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica y Perú (alrededor del 60%). Las puérperas de nuestra muestra tienen un menor nivel de conocimiento de los inyectables que las encuestadas por las DHS y el Center for Disease Control (CDC): el rango de variación va del 43%

25 Tanto en lo referente al conocimiento de métodos anticonceptivos como a las fuentes de información de los mismos, los porcentajes presentados no suman 100% debido a que ambas preguntas admitían respuestas múltiples. Se obtuvo un promedio de 3.42 menciones sobre métodos anticonceptivos conocidos y 1.59 de fuentes de información, por entrevistada.

26 Las marcadas diferencias en la proporción de jóvenes que mencionan el coito interrumpido resulta llamativa. A pesar de que en la capacitación se advirtió a las encuestadoras que este método podía recibir diferentes denominaciones (“él me cuida”; “terminar afuera”) el dato abre un interrogante respecto de en qué medida se trata de desconocimiento y en qué medida la diferencia puede ser atribuida a dificultades en la comunicación entre encuestadas y encuestadoras motivadas por vergüenza o pudor.

27 Estos datos pueden consultarse en Ministerio de Salud/CONAPRIS-CEDES, 2004. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe Final (Tabla 3.24). Ver: www.cedes.org o www.msal.gov.ar

en Trinidad y Tobago al 98% en Jamaica. El nivel de conocimiento del coito interrumpido entre las adolescentes de nuestra muestra es similar al de aquellos países latinoamericanos donde menos se lo conoce (el rango de variación del conocimiento de este método en la región va del 7.3% en El Salvador al 68.3% en Jamaica). La esterilización femenina es mucho más conocida entre las adolescentes de los países latinoamericanos y caribeños (con un rango de variación que va del 47.2% en Paraguay al 93.6% en la República Dominicana). Lo que resulta similar en cambio es que en ambos casos la esterilización femenina es más conocida que la esterilización masculina. Aún así, las jóvenes de otros países tienen un mayor conocimiento de este método, con un rango de variación que va de 11.5% (Paraguay) a 66% (Perú).

¿Cuáles son las fuentes a través de las cuales nuestras encuestadas han obtenido información acerca de los métodos anticonceptivos? Las fuentes más mencionadas, en orden de importancia, son: el centro de salud u hospital (40.4%), la escuela (38.4%), las amigas, vecinas y/o hermanas (35.2%) y la madre (24.7%). Menos del 10% de las menciones corresponden al marido o compañero (7.5%) y los medios de comunicación y los materiales educativos (5.9%). Estos datos son similares a los registrados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1994.²⁸ Según esta fuente un 58.7% de las jóvenes de 15 a 19 años que estuvieron embarazadas señalaron al centro de salud u hospital como referente en la indicación o recomendación de métodos anticonceptivos. Mientras que el sector salud es mencionado como informante con un similar peso en todos los sitios, la escuela presenta mayor variabilidad de menciones. Tiene un gran peso en Misiones (69.8%) pero no alcanza al 20% en Tucumán (18.1% de las jóvenes la refirió como fuente). También en el GBA la escuela (48.4%) supera en número de menciones al hospital o centro de salud (34.3%). En Salta y Catamarca, las amigas, vecinas y hermanas parecen jugar un importante papel como “informantes” entre las adolescentes, ya que fueron referidas por el 58.1% y 52.9% de las encuestadas, respectivamente.

3.2 Embarazos, partos y abortos

El 70.8% de las encuestadas reporta haber tenido un solo embarazo, con una variación del 64.8% (La Plata) al 78.3% (Misiones) entre jurisdicciones. Las adolescentes con dos embarazos son en promedio el 23.6% de la muestra, con un rango de variación que va del 20.8% (Misiones) al 26.9% (Tucumán). En promedio, el 5.7% de las jóvenes ha tenido tres o más embarazos.

²⁸ En la onda de mayo de 1994 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) se aplicó, en siete aglomerados, un módulo especial que tenía por propósito producir información para el Monitoreo de las Metas Sociales (Díaz Muñoz *et al.*, 1996). Cabe notar que las adolescentes encuestadas en nuestro estudio pertenecen a un sector socioeconómico más bajo que las captadas por la EPH, que incluyó hogares con y sin necesidades básicas insatisfechas. Un indicador de ello es que el 28.4% de las madres adolescentes captadas por la EPH habían tenido su último parto en un establecimiento privado.

Los sitios en los cuales esta proporción es más elevada son: La Plata (9.6%), Catamarca (8.1%), Chaco (7.5%) y Tucumán (7%).

La edad promedio al primer embarazo es 16.6 años, con mínimas variaciones entre los sitios. Para las 481 mujeres que tuvieron un segundo embarazo, la edad promedio a este segundo embarazo fue 17.5 años; para las 93 mujeres que tuvieron tres, 17.9 años, y para las 19 que tuvieron cuatro embarazos la edad promedio fue 18.7. La única encuestada que tuvo un quinto embarazo tenía 18 años al momento del mismo.

Con respecto al primer embarazo, el 24.4% de ellos corresponden al tramo de edad 14-15 años, cifra que alcanza o supera el tercio en Rosario (35.1%) y Tucumán (33%). El 43.9% de estos embarazos ocurrieron entre los 16 y 17 años, con un rango de variación del 41.7% (Chaco) al 49.2% (Misiones). Entre los 18 y 19 años se produjeron el 30% de los embarazos, con un amplio rango de variación (19.9% en Tucumán y 36.7% en GBA).

La historia reproductiva ofrece también información acerca de la ocurrencia de la cesárea y el aborto en nuestra población. El porcentaje de cesáreas en el primer embarazo fue, en promedio, de 16.7%, lo que se asemeja bastante a la proporción considerada aceptable por la Organización Mundial de la Salud (15%). Sin embargo, existen marcadas disparidades entre los sitios. Las proporciones más bajas, correspondientes a Misiones y Salta (9.2% y 9.8% respectivamente) se encuentran dentro de los niveles registrados por la literatura para población adolescente. En cambio, resultan llamativos los datos de Tucumán y Catamarca: 28.8% y 25.7% respectivamente.

Otro dato que aporta la encuesta es que el 4.4% de las adolescentes entrevistadas tuvieron al menos un aborto.²⁹ Esta proporción es considerablemente inferior al 11.3% de adolescentes con algún embarazo perdido reportado en el módulo especial de la EPH 1994. Debe tenerse presente que la nuestra es una muestra compuesta exclusivamente por madres mientras que la del INDEC incluye a adolescentes madres y no madres. Esto seguramente explica, entre otros factores, la mencionada diferencia de proporciones.³⁰ No obstante la diferencia de magnitud, en ambas encuestas la mayor proporción de adolescentes que reportan abortos se registra en el Gran Buenos Aires. A los fines comparativos, cabe destacar que estimaciones realizadas en base a datos de las DHS y de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto, indican que en Brasil, República Dominicana, Colombia y Perú, entre el 20% y el 30% de los embarazos de mujeres de 15 a 19 años terminan en aborto (Guzmán *et al.*, 2000, cuadro 3, p.8).³¹

Nuestra encuesta también proporciona información acerca del orden de los embarazos que más frecuentemente terminaron en aborto. De los 79 abor-

29 Dada la ilegalidad del aborto y la circunstancia en que fue aplicada la encuesta se optó por no indagar si fueron abortos espontáneos o provocados.

30 Otra razón que afecta la comparabilidad de los datos es que las encuestas fueron aplicadas en sitios diferentes. El módulo de la EPH 1994 se aplicó en los aglomerados de Gran Buenos Aires, Mendoza, Neuquén, Paraná, Río Gallegos y Rosario.

31 No es posible realizar este cálculo para la Argentina pues, al no aplicarse este

tos reportados, el 62% corresponden al primer embarazo, 29.1% al segundo y el resto a un tercer o cuarto embarazo (7.6% y 1.3% respectivamente). Este hallazgo es consistente con los datos que arroja la EPH: la mayor proporción de “pérdidas” se concentra en el primer embarazo (72.2%). Cabe destacar que nuestro estudio muestra diferencias en la proporción de adolescentes que reporta que su primer embarazo terminó en aborto, con un rango de variación que va del 1.3% (Rosario) al 8% (La Plata).

4. EL PRIMER EMBARAZO

Una sección de la encuesta a púerperas estuvo destinada a recoger información acerca de la situación de las adolescentes al momento de su primer embarazo. Se les consultó acerca de su situación de pareja, la asistencia a la escuela y si desarrollaba alguna actividad laboral en ese momento. En el caso de las primíparas –que representan el 73.5% de la muestra– también se indagó acerca del uso y los motivos de no uso de métodos anticonceptivos al momento de quedar embarazadas de su hijo recién nacido. En el caso de las múltiparas no se les preguntó si estaban usando un método al momento de su primer embarazo para evitar el sesgo que podía introducir el lapso de tiempo transcurrido desde aquel evento, pero también para no prolongar excesivamente la encuesta.³² Por lo tanto, se debe tener en cuenta que en el acápite “*Uso de métodos anticonceptivos y motivos de no uso*” de esta sección los datos presentados se referirán únicamente a las primíparas.

4.1 Situación de pareja, educativa y laboral

Un 35% de las entrevistadas declaró que el padre de su primer hijo tenía entre 15 y 19 años al momento del nacimiento de ese bebé y el 45% entre 20 y 24. Estos datos están indicando que los compañeros con quienes las adolescentes han tenido su primer hijo tienen edades que se encuentran dentro de lo socialmente esperado en nuestra sociedad, donde los varones o bien tienen la misma edad que su compañera o bien la superan en pocos años. A los fines comparativos, puede tenerse presente que en un trabajo realizado en base a datos de estadísticas vitales de 1985, un 53.4% de los padres de los hijos de mujeres menores de 20 años tenía entre 20 y 24 años (Pantelides, 1995) y que en Rosario (1990) el 52.7% de las parejas de las madres menores de 20 años tenían entre 20 y 24 años (Añaños, 1993).

tipo de encuestas, no se dispone de la cifra de embarazos. Un indicador que da cuenta de la magnitud del fenómeno del aborto inducido en nuestro país es la razón egresos parto/egresos aborto. Para el grupo 15 a 19 esa relación fue de 8.8 en 1990 y 6.5 en 2001.

³² Sí se les preguntó, en cambio, acerca del uso de anticonceptivos y motivos de no uso al momento del embarazo del recién nacido.

En nuestra encuesta, sólo un 5% de las entrevistadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del mismo.³³ Si bien este grupo de edad representa una pequeña proporción en relación al resto, el dato puede estar indicando posibles situaciones de violación o abuso sexual.

En cuanto al vínculo con el padre del primer hijo, se observa que un 40.6% de las entrevistadas convivía con él al momento de quedar embarazada y un 55.4% tenía una relación de pareja aunque no convivían. Es decir que prácticamente la totalidad (96%) de los embarazos del primer hijo nacido vivo ocurrieron en contexto de una relación de pareja.

Uno de los principales argumentos que justifican, desde el punto de vista de las políticas públicas, el interés por el embarazo adolescente es que el mismo es habitualmente considerado una causa de abandono escolar. Los datos de diversos países latinoamericanos cuestionan la linealidad de esta relación. Como señalan Guzmán *et al.* (2000), “en términos de la relación entre el embarazo temprano y la deserción escolar, se observa que la iniciación temprana de la fecundidad no es necesariamente el factor de más peso en el abandono escolar. Esto se debe a que, en la mayoría de los casos, el embarazo ocurre cuando la adolescente ya ha abandonado la escuela, lo que indica que ambos fenómenos pueden ser resultado de un mismo factor originario: la exclusión social que genera en jóvenes de sectores sociales pobres una mayor vulnerabilidad”.

Por lo tanto, uno de los objetivos de la encuesta fue generar información acerca de la relación entre embarazo adolescente y abandono escolar para diversas jurisdicciones del país. Para ello, preguntamos a todas las jóvenes de la muestra (primíparas y multíparas) si asistían o no a la escuela y si tenían o no alguna inserción laboral al momento de su primer embarazo.

Excluyendo a las jóvenes que completaron el secundario (N=60) y a aquellas que nunca asistieron a la escuela (N=9), se observa que el 44.2% de las encuestadas había dejado ya la escuela al momento de su primer embarazo. Esta proporción varía entre el 28.2% (Catamarca) y 68% (Tucumán). Como lo muestra la Tabla 5, la no asistencia a la escuela se relaciona con una baja capacidad de retención de la institución escolar, problemas económicos y de acceso y las responsabilidades domésticas. La estructura de motivos presenta diferencias entre sitios: los problemas económicos y de accesibilidad, por ejemplo, oscilan entre el 16.1% (Tucumán) y el 46.8% (Chaco). En algunos sitios (Misiones y Chaco) el porcentaje que manifiesta que dejó la escuela para ocuparse de su familia duplica o triplica el promedio.

³³ Misiones es el único sitio donde la proporción de padres de 30 años o más (13.4%) es significativamente superior al total de la muestra.

TABLA 5. MOTIVO PRINCIPAL DE NO ASISTENCIA A LA ESCUELA AL MOMENTO DEL EMBARAZO DEL PRIMER HIJO NACIDO VIVO

Motivo	%
No quería estudiar más/le resultaba difícil	55.5
Problemas económicos	26.4
Quería/debía atender a su familia	7.6
Problemas de acceso	3.0
Otros motivos	5.6
No sabe	0.6
Sin datos	1.3
Total	100.0
N	696

Nota: se excluyen 60 casos que ya habían completado el secundario y 9 casos que nunca asistieron a la escuela

Asimismo, cabe tener presente que casi un tercio de las encuestadas no estudiaban ni trabajaban al momento de quedar embarazadas de su primer hijo/a, elevándose el porcentaje al 50% en la provincia de Tucumán. Estos datos sugieren que en un contexto de pobreza en el cual las expectativas de presente y futuro son restringidas, la maternidad cobra para las adolescentes un sentido que quizás no tendría en circunstancias más favorables.

4.2 Desgranamiento escolar durante el embarazo

Veamos ahora qué ocurrió con las adolescentes que asistían a la escuela al momento de quedar embarazadas de su primer hijo. Casi el 60% abandonó la escuela antes del séptimo mes de embarazo.³⁴ Sólo 4 de cada 10 continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos el séptimo mes. Dado este importante desgranamiento, es útil conocer los motivos declarados por las adolescentes para abandonar la escuela durante el embarazo.

La estructura de motivos indica que el sentir vergüenza de ir a la escuela

³⁴ La pregunta “¿Seguiste yendo a la escuela durante el embarazo de tu primer hijo?” ofrecía tres alternativas: a) hasta el final del embarazo o más del séptimo mes; b) sólo por algún tiempo y c) no continuó asistiendo a la escuela.

embarazada o el temor a ser discriminada ocupa un lugar de peso (28.1%) entre los motivos mencionados, con una variación que va del 16.4% (GBA) al 50% (Tucumán). El segundo motivo más mencionado es no querer estudiar o no gustarle estudiar (15.8%). En tercer lugar, se encuentra la indicación de hacer reposo (14.5%) y en cuarto lugar “otros motivos de salud” (9.9%).³⁵ En quinto lugar figuran los problemas económicos (7.7%), cifra que se duplica en Misiones (15.4%) y Salta (14.5%). Estos datos indican que, en lo que hace al desgranamiento escolar de las adolescentes embarazadas, hay una responsabilidad que es propia de la escuela (crear un ámbito no discriminatorio, motivar a las jóvenes) pero también responsabilidades que la exceden. Es posible pensar que parte del escaso atractivo que la escuela tiene para muchas de las adolescentes se vincula directamente con la falta de perspectivas y de oportunidades laborales del contexto socio-económico. Datos de abandono escolar de mujeres de 15 a 24 años en siete países latinoamericanos también muestran un peso importante de la categoría “no quería estudiar” entre los motivos citados (ocupa el primer o segundo lugar en cinco de los siete países) (Guzmán *et al.*, 2000, cuadro 5 del Anexo).

Otro dato complementario lo aporta el análisis del comportamiento de las multíparas luego del nacimiento de su primer hijo. La mayoría de ellas (76%) reportó no haber continuado la escuela una vez nacido su primer hijo. Los principales motivos argumentados fueron: deseaba/tenía que atender a su familia (42.6%) y no quería estudiar más (28.4%). El 19.8% explicitó que no había retomado la escuela por motivos económicos. Si, como sugiere el trabajo de Binstock y Cerrutti (2004), la falta de motivación o deseo de las jóvenes para continuar los estudios revela –en cierta medida– la existencia de “barreras culturales”, entonces el peso de la inaccesibilidad como factor que interviene en el abandono escolar se redimensiona.

4.3 Uso de métodos anticonceptivos y motivos de no uso. La situación de las primíparas

Como señalamos al comienzo de esta sección, para las adolescentes primíparas fue posible también establecer si estaban o no usando un método anticonceptivo al momento de quedar embarazadas del hijo/a recién nacido. Para aquellas que trataban de prevenir el embarazo, se indagó cuál era el método que utilizaban. Para las que reportaron que no estaban usando un método, se exploraron los motivos de no uso con el propósito de identificar si fue o no un embarazo inesperado.

En primer lugar, cabe señalar que el 16.1% de las jóvenes estaba usando un método,³⁶ el cual obviamente no fue efectivo. Los métodos que utilizaban

³⁵ Por ejemplo: en la escuela había alguna enfermedad infectocontagiosa, la joven reporta que prefirió no ir a la escuela porque tenía que caminar mucho o hacía mucho frío, etc.

³⁶ Entre las multíparas, el uso de métodos anticonceptivos fue más elevado (24.4%).

fueron, en orden de importancia, preservativo (50%), retiro (31.1%), píldora (12.8%) y métodos naturales (11.7%).³⁷

El análisis estadístico muestra que el uso de un método, aunque fallido, es mayor entre las primíparas que asistían a la escuela (19.2%) que entre las que no asistían (12.7%). Entre estas últimas, la proporción de uso entre las jóvenes con secundaria completa o más (23.9%) duplica la proporción de uso entre las jóvenes con menor nivel educativo (11.1%). Esto confirma lo que hemos señalado en otros capítulos: las jóvenes con educación secundaria tienen una mayor motivación para prevenir el embarazo aunque lamentablemente ni la escuela ni el sector salud parecen conferir las habilidades necesarias para que esta intención pueda materializarse exitosamente. Esto no es extraño ya que la educación sexual es aún una asignatura pendiente en nuestro país y sólo recientemente los servicios de salud tienen un suministro constante de métodos para ofrecer a la población usuaria. El porcentaje de jóvenes que reportan haberse embarazado utilizando un método (seguramente incluye distintas situaciones: uso esporádico, mal uso o falla del método) indica la necesidad de realizar acciones de consejería anticonceptiva tendientes a aumentar las habilidades de las jóvenes y sus parejas para utilizar eficazmente los métodos elegidos.

Ahora bien, no todos los embarazos fueron inesperados o resultado de un mal uso o falla del método. Una proporción importante de las primíparas (44.1%) respondió que no estaba usando un método porque quería tener un hijo. Al respecto, es interesante notar que la proporción que quería tener un hijo es mayor entre las primíparas de 18-19 años (50.7%) que entre las de 15-17 (37.7%). Es de alrededor del 50% entre las que no estaban estudiando (independientemente de que hubieran terminado o no el secundario) pero del 37.7% entre las que estaban estudiando. También era mayor entre las que convivían con una pareja (63.3%) que entre las que no convivían con su pareja (31.1%) y entre quienes trabajaban (49.1%) que entre quienes no trabajaban (42.7%). Este último dato sugiere que las jóvenes acceden a ocupaciones poco calificadas que no implican un incentivo para postergar la maternidad.

Estos datos relativizan la noción generalizada según la cual el embarazo en la adolescencia es considerado en la gran mayoría de los casos como no deseado o no planificado. El hallazgo es consistente con la conclusión a la que arriba Hakkert (2001) al analizar los datos provenientes de encuestas realizadas en América Latina y el Caribe: en la mayoría de los países de la región el 50% de los hijos nacidos vivos de adolescentes son deseados y considerados oportunos, mientras que menos del 15% son rechazados por las madres, tendencia que, según Hakkert se acentúa en los países con mayor fecundidad y en los estratos de menor nivel educativo.

Resulta importante, entonces, conocer la estructura de motivos de no uso de métodos por parte de las adolescentes para poder diseñar estrategias de

³⁷ 1% usó inyectables y 1.5% yuyos, hierbas o remedios caseros.

prevención del embarazo en la adolescencia eficaces y respetuosas de los derechos sexuales y reproductivos de la población destinataria. También es importante tener en cuenta la situación específica de cada contexto. Los datos indican que existen diferencias considerables entre jurisdicciones en términos de la magnitud de la “demanda insatisfecha” (de información y métodos anticonceptivos). Así, por ejemplo, la proporción de jóvenes (primíparas y multíparas) que declararon que no usaban un método al momento de quedar embarazadas del recién nacido por motivos diferentes a “quería tener un hijo” es del 40.8% en Rosario pero del 71.4% en Tucumán.

5. LOS CONTROLES PRENATALES. LA DIFERENCIA ENTRE LAS PRIMÍPARAS Y LAS MULTÍPARAS

En esta sección se analiza la información acerca de la atención del embarazo reciente. Cuando resulta posible, comparamos nuestros hallazgos con la escasa información oficial acerca de la atención del embarazo de las adolescentes, proveniente del módulo especial de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1994.³⁸

La mayoría de nuestras encuestadas (96.5%) había realizado algún control prenatal. La proporción que no realizó ningún control prenatal (3.5%) es levemente inferior al registrado por la EPH 1994 (4.3%). La comparación entre los sitios de nuestra encuesta revela cierta variabilidad: la proporción de puérperas que no controlaron su embarazo va del 1.6 % en Chaco al 6.8% en Catamarca. Con respecto a los motivos de no realización de controles, cerca de un 40% de las jóvenes reportó dificultades de acceso a los servicios (distancia, carecer de dinero para el transporte, falta de tiempo). Una de cada cuatro respondió que no le pareció importante o que no quiso controlar su embarazo (25.9%). Las encuestadas que realizaron un solo control prenatal (2.6%) manifiestan motivos similares a las que no hicieron control alguno.

En cuanto al número de controles prenatales,³⁹ la mayoría de las jóvenes (68.6%) hizo 5 o más consultas, proporción similar a la registrada en 1994 (70.7%). La realización de 5 o más controles es más frecuente entre las adolescentes que residen en los grandes centros urbanos (78.6% en GBA y 81.2% en Rosario).

El control prenatal es mucho más frecuente entre las primíparas que entre las multíparas. Entre las primeras la proporción que tuvo al menos cinco controles durante el embarazo (75%) supera ampliamente a la correspon-

³⁸ Cabe recordar que las jóvenes captadas por ambas fuentes tienen un perfil socio-económico diferente. Esta diferencia debe ser tenida en cuenta a la hora de comparar los datos provenientes de ambas fuentes o de establecer algún tipo de comparación temporal (1994-2004).

³⁹ La bibliografía pediátrica y obstétrica recomienda un número mínimo de cinco controles durante el embarazo.

diente a las múltiparas (52.3%), diferencia que se registra también en cada una de las jurisdicciones estudiadas. Este dato nos llevó a interrogarnos acerca de qué factores están asociados con realizar un número adecuado de controles prenatales. Para ello efectuamos análisis logísticos multivariados a fin de predecir la probabilidad de unas y otras de realizar al menos 5 controles durante el embarazo. Las variables consideradas para este análisis incluyen la localidad de residencia de la adolescente, si tiene cobertura de salud privada u obra social, el tipo de baño que posee la vivienda y el nivel de instrucción. También se incluye un conjunto de variables referidas al cuidado reproductivo: si utilizó métodos anticonceptivos (MAC) en la iniciación sexual,⁴⁰ la utilización de métodos anticonceptivos posterior a la iniciación sexual, y la utilización de métodos anticonceptivos (y motivo de no uso) al momento del embarazo.⁴¹ Para el caso de las primíparas contamos con información adicional que también se incluye en el análisis, referida a la situación educativa y conyugal al momento del embarazo. Para ellas, entonces, analizamos si estaba asistiendo a la escuela al momento del embarazo (además de su nivel de instrucción) y la relación con el padre del bebé al momento del embarazo (si era su pareja conviviente, si era su novio y no convivía con él, o si era una relación ocasional o informal).

Los resultados de estos análisis refuerzan muchos de los hallazgos ya mencionados, si bien en este caso debe considerarse la multiplicidad de aspectos controlados.

Salta, Catamarca y Tucumán son las jurisdicciones donde las adolescentes muestran niveles más bajos de realización de controles prenatales tanto entre las múltiparas como entre las primíparas.

La realización de controles prenatales no parece estar fuertemente asociada a tener servicios de cobertura de salud, particularmente entre las múltiparas. Entre las primíparas, en cambio, se observa una asociación positiva –pero marginalmente significativa– que indica que quienes tienen obra social o algún servicio de mutual o privado tienen probabilidades más elevadas de realizar al menos cinco controles prenatales.

Como es de esperar, se observa una fuerte relación entre vivir en situación de extrema pobreza –medido a través del tipo de baño de la vivienda– y la realización de controles de embarazo. Sin embargo, dicha relación se observa únicamente en el caso de las adolescentes primíparas.⁴² La probabilidad de realizar un número adecuado de controles prenatales aumenta en un 70 por ciento entre las adolescentes que habitan en hogares con baño con arrastre de agua (comparado con quienes habitan en hogares sin baño o con letrina).

40 En análisis preliminares se incluyó además la edad a la iniciación sexual pero fue excluida de los análisis subsiguientes por no tener asociación estadística y para simplificar los modelos.

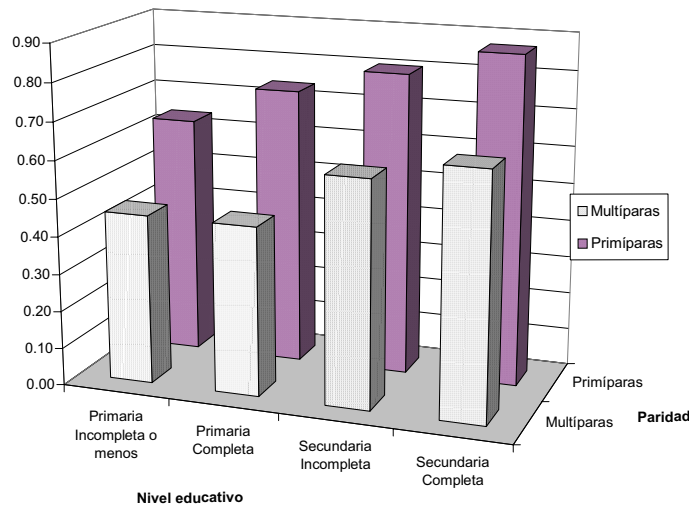
41 En este caso construimos una variable con tres categorías: usaba MAC, no usaba MAC y quería quedar embarazada, y no usaba MAC por otros motivos.

42 Entre las múltiparas, si bien también dicha relación es positiva no es estadísticamente significativa.

Los resultados también indican una fuerte y positiva asociación entre educación y la probabilidad de realizar al menos 5 controles prenatales. Los Gráficos 1 y 2 muestran dichas probabilidades, que son estimadas neto del efecto de los otros aspectos considerados en cada modelo.

Más aún, para el caso de las primíparas, aun controlando por su nivel de instrucción, quienes asisten a la escuela al momento de embarazarse aumentan la probabilidad de realizarse controles en un 34%. En conjunto estos resultados indican la importancia que tiene prolongar la educación en relación con la adopción de conductas preventivas tales como los controles de embarazo. Es posible que la permanencia en la escuela permita que docentes, directivos y pares incentiven y concienticen a estudiantes embarazadas a controlar su salud y la de su futuro bebé.

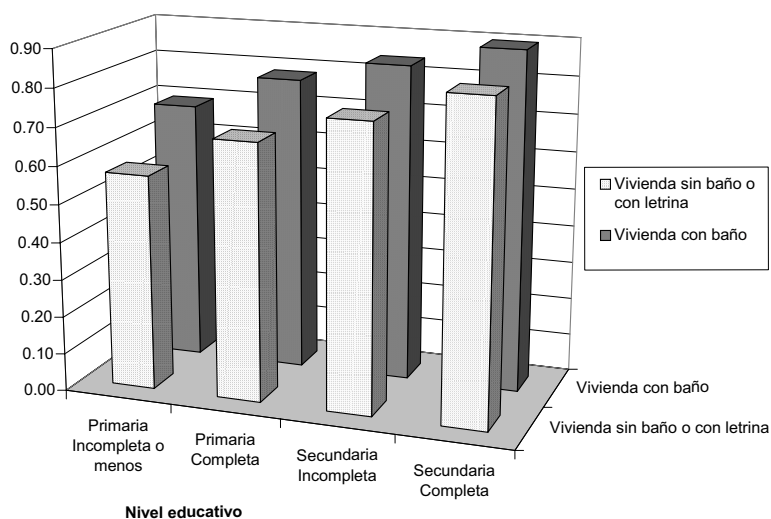
GRÁFICO 1. PROBABILIDAD AJUSTADA* DE REALIZAR 5 O MÁS CONTROLES PRENATALES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y PARIDAD



(*) Controla por localidad de residencia, tipo de cobertura de salud, tipo de baño en el hogar, uso de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, uso de métodos anticonceptivos pos-iniciación sexual, uso y motivos de no uso de métodos anticonceptivos al momento del embarazo.

Tanto la educación como la situación de pobreza tienen un fuerte efecto independiente en el cuidado prenatal, particularmente para las primíparas. En efecto, el Gráfico 2 muestra la probabilidad de realizar 5 o más controles prenatales según la educación y las condiciones de la vivienda entre las primíparas. En este caso se puede observar que, a igual nivel educativo, las adolescentes que habitan en hogares más pobres tienen probabilidades más bajas de realizar dichos controles.

GRÁFICO 2. PRIMÍPARAS: PROBABILIDAD AJUSTADA* DE REALIZAR 5 O MÁS CONTROLES PRENATALES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y TIPO DE BAÑO EN LA VIVIENDA



(*) Controla por localidad de residencia, tipo de cobertura de salud, uso de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, uso de métodos anticonceptivos pos-iniciación sexual, uso y motivos de no uso de métodos anticonceptivos al momento del embarazo.

En cuanto a la historia reproductiva, tanto la edad de iniciación sexual como la utilización de un método anticonceptivo en la primera relación sexual no se encuentran asociadas con el cuidado prenatal posterior. Sin embargo, la conducta reproductiva posterior sí lo está, aunque únicamente entre las primíparas. Entre las madres primerizas, aquellas que declaran haber utilizado métodos anticonceptivos a partir de la iniciación tienen probabilidades significativamente más altas de realizar suficientes controles prenatales comparadas con sus pares que declaran que nunca o casi nunca han utilizado métodos anticonceptivos.⁴³

El contexto en el que ocurre el embarazo también aparece como importante en el cuidado prenatal. Entre las múltiparas, quienes utilizaban un método anticonceptivo al momento del embarazo, seguidas de cerca por quienes no lo hacían y querían quedar embarazadas son quienes tienen probabilidad más alta de realizar suficientes controles prenatales. Entre las primíparas, en cambio, son quienes no usaban métodos anticonceptivos al momento del embarazo porque querían quedar embarazadas, y quienes quedaron embarazadas de su pareja, independientemente si conviven con ella o no.

En cuanto al *timing* de los controles prenatales, el 56.4% de las encuestadas que realizaron al menos uno, lo hicieron durante el primer trimestre. El 37.4% los inició en el segundo trimestre y el 5.5% consultó por primera vez a partir del séptimo mes de embarazo. Es importante notar que la proporción de captación temprana es mayor entre las primíparas (60%) que entre las múltiparas (45.6%). En términos generales, la situación es más desventajosa que la reportada por la EPH 1994 (67.6% controló el embarazo en el primer trimestre; 27% en el segundo y el 5.4% en el último). Esto no es sorprendente ya que, como vimos, las adolescentes captadas por nuestra encuesta pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos que las incluidas en la muestra del INDEC. Cabe resaltar también que el rango de variación de la captación temprana del embarazo en 2004 es amplio: del 31.8% (Salta) al 72.5% (Catamarca).

La gran mayoría de las adolescentes que realizaron más de un control prenatal concurren a la consulta acompañadas (75.1%). Cuestionando el estereotipo acerca del escaso acompañamiento del varón, el 60.9% de las encuestadas mencionaron que concurrían al control acompañadas por su pareja. Un 39.4% fueron acompañadas por su madre y el 25% por una amiga o parienta.⁴⁴

Los controles de embarazo fueron realizados mayoritariamente en centros de salud (67.6%) y en menor proporción en el hospital público (28.3%); sólo una minoría (3.6%) realizó las consultas en instituciones privadas o de

43 Cabe señalar que, comparadas con aquellas que nunca se cuidaron, tanto aquellas que declaran haberse cuidado a veces sí y a veces no como aquellas que declaran haber utilizado métodos anticonceptivos casi siempre presentan probabilidades similares, pero son estadísticamente significativas sólo entre éstas últimas.

44 Pregunta de respuesta múltiple.

obra social. Preguntadas acerca de su opinión respecto de la calidad de la atención, 30.3% de las jóvenes consideró que la atención recibida fue excelente, 62.1% la calificó como buena y el 7% restante como regular, mala o muy mala. Entre estas últimas, los motivos de insatisfacción más mencionados fueron: la atención médica (41.1%), no haber sido atendidas siempre por el mismo profesional o haber recibido explicaciones insuficientes (40.2%) y el trato recibido (26.2%).

En cuanto a las prácticas realizadas en las consultas de control prenatal, la Tabla 6 revela una cobertura muy aceptable de las prácticas más rutinizadas. En cambio, se observó un déficit en términos de ciertas prácticas preventivas. Sólo un tercio de las adolescentes recibió información sobre métodos anti-conceptivos y el 38.5% reportó haber recibido consejos sobre la lactancia. Este déficit se verifica también durante la internación. En el posparto inmediato el 58.4% de las jóvenes recibieron consejos sobre cómo amamantar al bebé y 54.5% sobre los cuidados del bebé (limpieza del cordón umbilical, baños, etc.) pero sólo el 29.9% recibió información sobre métodos anticonceptivos. El 30% de las encuestadas no había recibido ningún tipo de consejo sobre lactancia, puericultura o planificación familiar por parte del personal de salud al momento de ser encuestada. Controlando por tiempo de internación al momento de la encuesta, se observa que la proporción que recibió algún tipo de información no varía significativamente entre las pacientes que habían estado internadas menos y más de 24 horas al momento de la encuesta: el 67.7% entre las primeras y el 75.4% entre las segundas. Estos datos alertan sobre las “oportunidades perdidas” por el sistema de salud que, habiendo captado a las adolescentes durante el embarazo, no aprovecha los sucesivos contactos para promover conductas preventivas y, en particular, para incentivar el espaciamiento de los nacimientos según los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud.⁴⁵

⁴⁵ El intervalo intergenésico recomendado es de al menos dos años.

TABLA 6. COBERTURA DE PRÁCTICAS REALIZADAS A LAS JÓVENES DURANTE LAS CONSULTAS DE CONTROL DEL EMBARAZO

Prácticas	%
Le tomaron la presión arterial	99.3
La pesaron	99.0
Le midieron la panza	97.9
Le escucharon los latidos del bebé	96.4
Le hicieron alguna ecografía	96.3
Le aplicaron una vacuna	89.6
Le dieron hierro	69.7
Le hicieron el test del VIH-sida	69.2
Le revisaron las mamas	44.8
Le enseñaron a preparar las mamas para lactancia	38.5
Le hicieron el PAP	36.1
Le hablaron de planificación familiar	32.1

Esto es particularmente preocupante visto que la gran mayoría de las encuestadas (94.7%) declaró tener intención de usar métodos anticonceptivos a futuro. Los métodos que quieren usar son, en orden de importancia, los anticonceptivos orales (44.7%), el DIU (36%), los inyectables (9.1%) y el preservativo (7.4%). Se observa cierta variabilidad entre los sitios en términos de preferencia de métodos, lo cual probablemente se relacione con la oferta disponible en cada uno de ellos. Algunos ejemplos de esta variabilidad son el altísimo porcentaje de jóvenes que declara querer cuidarse con píldoras en Misiones (82.4%) y la proporción de menciones que recibió el DIU en Chaco (53.7%). También resulta elocuente el rango de variación de la intención de uso del preservativo: 1.5% (Catamarca) al 13.5% (GBA). Seguramente la mayor concentración de casos de VIH-sida en el Área Metropolitana de Buenos Aires y el hecho de que es en este distrito donde se han desarrollado con más fuerza las campañas preventivas, explica la mayor intención de uso de este método. Dado que el preservativo fue el método más usado por las adolescentes desde el inicio de sus relaciones sexuales, el “cambio de preferencia” reportado parece indicar que luego del parto lo que aparece como prioridad es el cuidado anticonceptivo con métodos de mayor eficacia y de control femenino.

Desconocemos en qué medida las primíparas tendrán posibilidad de concretar sus expectativas de cuidado a futuro. Lo que sabemos es cómo se estaban cuidando las multíparas que intentaron prevenir el embarazo reciente. La comparación entre ambos datos resulta un ejercicio interesante. Mientras las primíparas eligen mayoritariamente métodos de alta eficacia (píldora el 49.3% y DIU casi un 30%), una importante proporción de las multíparas que

se quedaron embarazadas utilizando un método habían optado por métodos de menor eficacia (un tercio usaba preservativo, 21% el retiro y 5% los métodos naturales). El 35.5% de ellas reportó estar usando la píldora. Este dato es preocupante porque revela que las dificultades de uso de este método son frecuentes.⁴⁶ La alta intención de uso de anticonceptivos orales constituye un llamado de atención para los servicios de salud que deberían tanto garantizar la continuidad del suministro como sensibilizar a las usuarias respecto de la importancia de la continuidad del uso para obtener buenos resultados. Asimismo, resulta preocupante el hecho de que el DIU, la segunda alternativa más mencionada por las adolescentes, no forme parte de la oferta anticonceptiva habitual para las adolescentes en el sector público.⁴⁷

Finalmente, con el propósito de sintetizar la situación de los sitios y de proveer recomendaciones para políticas e intervenciones que contemplen la diversidad existente, presentamos una tabla con una selección de indicadores que apuntan a identificar los “nudos más críticos”.

46 El nivel de efectividad usual de los anticonceptivos orales combinados es de 6 a 8 embarazos cada 100 mujeres en el primer año de uso. Sin embargo, la efectividad de las píldoras crece cuando se toman “en forma correcta y consistente”: en ese caso, es de 0,1 embarazos cada 100 mujeres en el primer año de uso (Hatcher *et al.*, 1999).

47 Diversos informantes clave entrevistados coincidieron en señalar que no es habitual que se coloque el DIU a mujeres que no tienen por lo menos dos hijos.

TABLA 7. SELECCIÓN DE “INDICADORES CRÍTICOS” SEGÚN SITIO

Indicador	Total	Sitio							
		GBA	La Plata	Catamarca	Chaco	Rosario	Misiones	Salta	Tucumán
No estudiaba y no había completado el secundario (a)	42.4	38.6	34.4	26.9	48.1	41.5	38.3	28.1	69.0
Iniciada sexualmente a los 14 años o menos (b)	30.9	28.3	35.5	27.1	35.2	41.7	21.7	21.5	36.8
No utilizó método en la iniciación sexual (b)	39.8	30.4	33.1	44.6	43.0	36.4	32.8	49.8	54.5
Utilizó método poco eficaz o no utilizó en la iniciación sexual (b)	45.9	33.0	35.5	56.8	53.0	39.1	43.7	57.1	63.3
Nunca se hizo un control durante este embarazo	3.5	2.9	3.2	6.8	1.6	1.9	4.2	4.9	4.8
No controló el embarazo durante el primer trimestre (c)	45.2	41.1	40.8	30.6	31.0	33.3	49.2	69.8	55.3
Primíparas	40.8	37.8	33.3	30.0	20.9	29.7	45.7	66.0	51.4
Multíparas	57.5	51.6	60.0	31.8	53.4	45.7	61.5	80.8	64.2
Tuvo menos de 5 controles durante este embarazo	31.1	21.1	28.0	40.5	26.9	17.2	27.5	48.3	47.8
Primíparas	25.0	17.7	22.2	34.6	18.8	10.3	22.3	40.5	41.3
Multíparas	47.7	32.0	42.9	54.5	44.8	40.2	46.2	71.2	61.9
Tuvo primer hijo nacido vivo por cesárea	17.1	14.9	18.4	25.7	16.6	13.0	9.2	10.7	29.5

(a) Se refiere a las primíparas.

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

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

El cuadro muestra que, con excepción del GBA y Tucumán, que constituyen las situaciones más “homogéneas” (presentan los mejores y los peores indicadores respectivamente), en el resto de los sitios se observan situaciones diferenciales según se trate de la escolarización de las jóvenes, la conducta anticonceptiva y/o los controles prenatales.

En términos de las “áreas” en las que en cada sitio resulta prioritario con-

centrar los esfuerzos (en particular, los del sector salud) es posible establecer un gradiente.

En el extremo más crítico se encuentra Tucumán, donde es necesario mejorar la retención escolar, incrementar el uso de métodos en la iniciación sexual, mejorar la cobertura de los controles prenatales y de la captación temprana y reducir el número de cesáreas.

En una situación intermedia se encuentran Salta y Catamarca. En Salta resulta imperioso promover el uso de métodos anticonceptivos (en particular aquellos de mayor eficacia), mejorar la cobertura del embarazo y, en particular, aumentar la captación temprana. Catamarca también debería incrementar el uso de métodos anticonceptivos, el acceso a los controles prenatales y reducir el porcentaje de cesáreas.

Chaco, por su parte, debería intensificar los esfuerzos para retener a las adolescentes en el sistema escolar e incrementar el uso de métodos anticonceptivos.

En el caso de Misiones, en cambio, los esfuerzos deben encaminarse principalmente al control prenatal (mejorar la cobertura e incrementar la captación temprana).

6. CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta a puérperas, al igual que el análisis de los datos censales y las estadísticas vitales (Capítulo 4), muestran un cuadro de situación bastante diferente del que aún trasunta, en términos generales, el discurso de proveedores de servicios, funcionarios públicos e inclusive integrantes de ONGs.

En primer lugar, resulta evidente que es la condición social (sea medida a través del acceso a la educación o a través de las características de la vivienda) el factor de mayor peso en la probabilidad de utilizar un método anticonceptivo –y disminuir así la ocurrencia de embarazos no esperados– cuanto de realizar un adecuado número de controles prenatales. En otras palabras, tanto para prevenir cuanto para atender adecuadamente los embarazos de las adolescentes se requerirían cambios en las condiciones de vida de la población que exceden claramente las responsabilidades del sector salud. Nos referimos en particular al papel “protector” que juegan tanto la permanencia en el sistema escolar como el “contexto del embarazo”. Así, por ejemplo, quedar embarazada de una pareja –conviva o no–, haber “buscado” el hijo, y estar asistiendo a la escuela resultan factores asociados a la realización de suficientes controles prenatales.

En segundo lugar, en base al diagnóstico realizado es posible identificar acciones sectoriales, en particular en el área de salud, que contribuirían a mejorar la situación de las/los adolescentes y de sus hijos/as. A continuación, entonces, presentamos algunas líneas de acción que se derivan del cuadro de situación descrito en base a los datos recabados por la encuesta a puérperas.

En relación con la prevención de los embarazos no esperados, resulta evidente que tanto desde salud como de educación debe promoverse una adecuada consejería anticonceptiva –que incluya la discusión de los estereotipos y roles de género, de modo de promover la asertividad de las mujeres y la responsabilidad de los varones– y facilitar el acceso a métodos seguros y eficaces. Asimismo, dado que una proporción desconocida de embarazos son producto de situaciones de coerción sexual o violación, resulta necesario sensibilizar a los profesionales de la salud respecto de la incidencia y las consecuencias de la violencia sexual y fortalecer o crear, según los sitios, redes de asistencia y contención de las jóvenes víctimas de abuso sexual.

La proporción de adolescentes que ya estaba fuera del sistema escolar al momento de su primer embarazo indica que es importante que el sector educación identifique sus responsabilidades en el complejo proceso socioeconómico que lleva al abandono escolar y desarrolle acciones tendientes a mejorar su capacidad de retención. Asimismo, los datos acerca del desgranamiento escolar durante el embarazo apuntan a la necesidad de trabajar con la escuela y con la comunidad para disminuir prejuicios y facilitar la continuidad de los estudios a las adolescentes embarazadas.

En relación con la atención del embarazo y el parto, es posible identificar diversas acciones. En primer lugar, visto que aquellas adolescentes que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo uno tienen un nivel educativo menor, resulta prioritario realizar actividades de promoción de la salud (uso adecuado de métodos, importancia de los controles prenatales para la madre y el bebé) a nivel comunitario.

Asimismo, una estrategia destinada a mejorar la cobertura del embarazo deberá tener presente que la experiencia de haber tenido un hijo disminuye significativamente la probabilidad de las adolescentes de realizar controles prenatales en los embarazos subsiguientes. En otras palabras, deberán darse estrategias especialmente dirigidas a captar a las adolescentes múltiples.

Un vacío identificado al que deberá atender una estrategia destinada a mejorar la calidad de la atención obstétrica es la falta de cursos de preparación para el parto.

Por último y dado el elevado porcentaje de jóvenes que manifiesta intención de usar métodos anticonceptivos (las preferencias se concentran básicamente en los anticonceptivos orales y el DIU), debería maximizarse toda oportunidad de contacto con las jóvenes (consulta de puerperio, control del niño sano) para ofrecer información y métodos anticonceptivos. La información recogida también indica que los equipos de salud deberían mejorar su capacidad de abordar la problemática de la anticoncepción tanto en los habituales contactos de control del embarazo como en la internación (sea pos-aborto o pos-parto). En relación con los métodos ofrecidos, se sugiere que la oferta sea lo más amplia posible. Vista la marcada preferencia por el DIU expresada por las entrevistadas, se recomienda revisar los criterios vigentes. De mantenerse la restricción en la oferta de este método para las adolescentes, los servicios de salud deberían comprometerse a ofrecer como alternativa otro método de similar eficacia y seguridad.

Referencias bibliográficas

- Añaños, M. C.: "Composición social y comportamientos de unión en madres adolescentes. Rosario 1980-1991", trabajo presentado en el Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, CEDES-CENEP, 1º y 2 de noviembre de 1993.
- Binstock, G. y Cerrutti, M.: "Carreras truncadas: el abandono escolar en el nivel medio en la Argentina", trabajo presentado en el Seminario Calidad y Equidad en la Educación Media, Buenos Aires, CENEP, 25 y 26 de octubre de 2004.
- CEPEP: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Informe Resumido*, Asunción, Paraguay, USAID-UNFPA-IPPF-CDC, 2004.
- Contreras J. M. et al.: "Uso de anticonceptivos en adolescentes", en Guzmán, J. M. et al. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*, México D.F., FNUAP, cap. VI, 2001.
- Díaz Muñoz, A. R. et al.: "Comportamiento reproductivo de las adolescentes", en *Infancia y condiciones de vida: encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1996.
- Geldstein R. y Schufer, M.: *Iniciación sexual y después... Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires*, Buenos Aires, CENEP, 2002.
- Giusti, A. y Pantelides, E. A.: *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*, Buenos Aires, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, Nº 11, Ministerio de Salud y Acción Social, 1991.
- Guzmán, J. M. et al.: *Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva*, Working Papers Series CST/LAC Nº 9, México D.F., FNUAP, 2000.
- Guzmán, J. M. et al.: *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*, México D.F., FNUAP, cap. X, 2001.
- Guzmán, J. M. et al.: "El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual", en Guzmán, J. M. et al. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*, México D.F., FNUAP, cap. V, 2001.
- Hakkert, R.: "Preferencias reproductivas en adolescentes", en Guzmán, J. M. et al. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*, México D.F., FNUAP, cap. III, 2001.
- Hatcher, R. A. et al.: *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*, Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad de John Hopkins, Programa de Información en Población, 1999.
- Heilborn, M. L. et al.: *Por uma abordagem sócio-antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivos da juventude no Brasil: A construção da Pesquisa GRAVAD*, mimeo, Río de Janeiro, 2002.
- López, E.: *Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido*, trabajo presentado en el Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, CEDES-CENEP, 1º y 2 de noviembre de 1993.

- Pantelides, E. A. y Cerrutti, M. S.: "Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia", en *Cuadernos del CENEP*, N° 47, Buenos Aires, CENEP, 1992.
- Pantelides, E. A. et al.: "Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia", en *Cuadernos del CENEP*, N° 57, Buenos Aires, CENEP, 1995.
- Pantelides, E. A.: *La maternidad precoz: la fecundidad adolescente en la Argentina*, Buenos Aires, UNICEF, 1995.
- "La fecundidad adolescente y sus consecuencias. Clase social, género y conducta sexual adolescente", en *Salud Reproductiva, nuevos desafíos. I Curso Internacional Salud Reproductiva y Sociedad*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia-IEPO-PROSAR, 1996.
- "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en CELADE-Université Paris X Nanterre, *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, págs. 167-182, 2004.
- PNUD: *Actitudes, información y conductas en relación con el VIH-sida en la población general*, Buenos Aires, PNUD -Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria-Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2004, 1º ed.
- Singh, S. y Wulf, D.: *Adolescentes de hoy, padres del mañana. Un perfil de las Américas*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 1990.
- Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO): *Encuesta de condiciones de vida*, Buenos Aires, 2001.
- Weller, S.: "Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998", en Oliveira, M.C. (org.) *Cultura, adolescência, saúde*, Campinas, CEDES-COLMEX-NEPO-UNICAMP, 2000.

CAPÍTULO 9

PERCEPCIONES Y CONDUCTAS DE LAS/LOS ADOLESCENTES FRENTE AL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD/PATERNIDAD

Nina Zamberlin

1. INTRODUCCIÓN

Con el fin de conocer la perspectiva de las/los adolescentes y, más específicamente, de “escuchar la voz” de los varones, el estudio incluyó un módulo cualitativo en el que se aplicó la técnica de grupos focales.

El objetivo fue conocer las actitudes y conductas de los y las adolescentes de sectores populares con relación al embarazo en la adolescencia, los recursos y estrategias que se ponen en marcha a partir de su ocurrencia y el impacto que el embarazo tiene sobre las/los jóvenes y su entorno. También se indagó acerca de la experiencia con el sistema de salud en relación a la atención del embarazo y el parto.

La utilización de grupos focales fue considerada la técnica más apropiada dado el carácter exploratorio de este componente de la investigación. Esta técnica se basa en la interacción del grupo a partir de un tema específico planteado por los investigadores (Morgan, 1988).

Se realizó un total de 10 grupos focales con adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años en Resistencia (Chaco) (4 grupos), Tafí Viejo (Tucumán) (4 grupos) y en la localidad bonaerense de Florencio Varela (2 grupos).¹ Los grupos se realizaron con mujeres y varones por separado, agrupados de acuerdo a si tenían hijos o no ² y fueron coordinados por profesionales del mismo sexo

¹ Tucumán y Chaco fueron seleccionados por presentar altas tasas de fecundidad adolescente, y también se incluyó un sitio en el Gran Buenos Aires, donde por razones de cercanía geográfica se pre-testeó la pauta del grupo focal.

² Debido a una confusión en el reclutamiento, en los grupos focales de mujeres realizados en Resistencia (Chaco) participaron también dos jóvenes embarazadas (una en el grupo de madres y otra en el de no madres).

que los participantes,³ siguiendo el ya clásico criterio metodológico según el cual en tópicos sensitivos como relaciones sexuales y uso de métodos anti-conceptivos es deseable que los moderadores sean del mismo sexo que los participantes (Folch-Lyon y Frost, 1981: 446). Las/los adolescentes fueron invitados a participar de los grupos a través de organizaciones locales que realizan actividades con jóvenes y también por medio de profesionales de centros de atención primaria.

Los varones fueron más locuaces y expresivos que las mujeres. Esta diferencia, según algunos autores, se explica por razones vinculadas a la socialización de género que determina que los temas relacionados a la sexualidad sean más fáciles de abordar públicamente entre los varones mientras que para las mujeres son temas más tabú y, por lo tanto, más difíciles de compartir colectivamente (Gogna *et al.*, 1997).

2. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El análisis de los grupos focales muestra que el embarazo que ocurre durante la adolescencia es por lo general un embarazo no buscado, que ocurre como consecuencia de la no utilización de métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto o discontinuo en el marco de relaciones de noviazgo entre adolescentes de edades cercanas.

Se trata de situaciones inesperadas que se asocian con: 1) una sensación de “inmunidad” que las/los jóvenes manifiestan frente a la posibilidad de un embarazo, que se evidencia en expresiones tales como “*nunca me cuidé y nunca me embaracé tampoco*”; 2) con la toma de riesgos, aun conociendo las consecuencias, frecuentemente asociada con la conducta adolescente; y 3) con una postura pasiva en la que el embarazo es algo que simplemente “*pasa*”, “*pasa sin querer*” o “*viene solo*”.

Si bien podríamos afirmar que la mayoría de las veces los embarazos en la adolescencia son imprevistos, existen también situaciones en las que el embarazo es buscado en forma activa y conciente y se constituye como una meta claramente establecida. Los testimonios enmarcan la búsqueda intencional de un embarazo en circunstancias de vida particulares relacionadas con la soledad que deviene de la muerte de un ser querido, la pérdida de un embarazo anterior, sea espontánea o debida a un aborto provocado –lo cual puede renovar el deseo de quedar embarazada– o situaciones en las que las parejas conviven o han mantenido una relación de noviazgo durante un plazo que ambos consideran suficiente como para formar una familia.

“El primero lo quise tener, lo que pasa es que a mí se me había fallecido un hermano un par de meses antes y lo quería tener porque me sentía sola con mi hermana.” (Madre, GBA)

3 La autora moderó los grupos de mujeres y Ariel Adaszko los de varones.

“Cuando supe que estaba embarazada yo estaba re-contenta porque ya había perdido un bebé y esta vez me iba a jugar, no me importaba si me echaban de mi casa.” (Madre, GBA)

“Yo lo busqué, lo buscamos, porque estuve dos años de novio y después decidí buscarlo. (...) Decidimos buscarlo, total íbamos bien ... lo busqué con ganas, tenía ganas de tener un hijo, lo buscamos hasta que vino.” (Padre, GBA)

Los varones, por su parte, suelen plantear el deseo de tener un hijo principalmente como un deseo femenino que ellos aceptan o consienten.

“Entre los dos nomás se decidió porque hablábamos entre los dos y ella me andaba diciendo que quería y yo también era loco de las criaturas, me gustaban mucho cuando eran bebés... Y me gustó y ella quería tener y le dije que sí.” (Padre, Chaco)

Un hijo también puede representar una fuente de afecto, compañía y seguridad para el futuro.

“Yo tenía 17 y yo sí tenía en la cabeza tener un pibe, yo siempre quise tener un pibito, porque no sé, el día de mañana yo puedo tener 35 años y mi hijo va a tener 15 y por ahí me da de comer. No buscaba un beneficio, buscaba una compañía, me podía quedar sin gente, sin hermanos, sin papá, sin mamá y siempre encontrás algo en tu hijo. Es un amigo que nunca te va a fallar...” (Padre, GBA)

Por otro lado, la búsqueda de un embarazo puede ser utilizada como una estrategia para sostener una pareja que no cuenta con la aprobación de los padres.

“Ella a los 15 años quiso quedarse embarazada para que los padres no me separen a mí de al lado de ella... porque ella sí o sí quería estar al lado mío.” (Padre, Chaco)

Entre las dos situaciones opuestas que representan un embarazo inesperado y uno intencionalmente buscado, existe una tercera situación caracterizada por una postura ambigua frente a la posibilidad de embarazarse, donde querer y no querer tener un hijo aparecen superpuestos en los relatos. Las jóvenes creen que “sería lindo” tener un hijo pero no deciden activamente tenerlo ni tampoco se preocupan por evitarlo. La maternidad no aparece como algo que se decide y se elige sino que indefectiblemente les “sucede” a las mujeres. Es probable que muchas de las puérperas encuestadas en el módulo cuantitativo de esta investigación, que respondieron que no se cuidaban al momento de quedar embarazadas porque “querían tener un hijo” (ver Capítulo 8), se ubiquen en esta categoría de jóvenes

que efectivamente querían tener un hijo pero no necesariamente en el momento en que quedaron embarazadas.

“Yo no busqué el embarazo, quedé y quedé, era como que si quedaba, bueno, quedaba, me daba lo mismo, porque yo sabía que la pareja que estaba conmigo no me iba a dejar y no me dejó.” (Madre, Chaco)

“Yo lo había pensado, pero pensaba tenerlo el año que viene, porque quería terminar el colegio, todo, pero bueno, ha venido. Para mí hay una parte de mí que lo ha buscado, porque yo desde que me he juntado con él nunca me he cuidado. Nunca me preocupé por cuidarme ni él tampoco, así que yo digo, en una parte los dos lo hemos buscado, pero nunca lo habíamos hablado...” (Embarazada, Tucumán)

“En nosotros estaba tener el bebé, pero lo que pasa es que yo no tenía trabajo estable como para mantener a mi hijo y a mi señora, entonces no estaba como en la cabeza el bebé, estaba en nuestros planes en un futuro, claro, pero bueno, surgió y de la mejor forma y nos ayudaron mucho.” (Padre, GBA)

Los sentimientos mezclados y contradictorios de querer y no querer al mismo tiempo aparecen claramente en el siguiente testimonio de una joven madre:

“Yo al principio quería tener y después cuando quedé embarazada ya no.” (Madre, Tucumán)

3. LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

3.1 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El cuidado anticonceptivo durante la adolescencia, particularmente antes de la ocurrencia del primer embarazo, suele ser irregular y poco sistemático. Tanto en la iniciación como en las relaciones posteriores las mujeres tienden a delegar el cuidado en los varones siendo el preservativo y el coito interrumpido los métodos más utilizados, seguidos por el método del ritmo o la abstinencia periódica. En Tucumán y en Chaco también es muy común la utilización de infusiones caseiras con hierbas y yuyos que se conocen como “remedios frescos”.

El preservativo es el método más conocido y el de mayor y más fácil acceso para la población adolescente que reconoce y valora la doble protección (prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual) que brinda. Sin embargo, tal como ha sido reportado en otros estudios, los grupos focales también muestran que el preservativo está asociado con incomodidad, falta de naturalidad y disminución del placer (Gogna *et al.*, 1997; Mendieta, 1998; UNFPA, 2003; Zamberlin, 2003).

“Es incómodo, a veces aprieta, a veces se pone mal, a veces te queda ahí adentro, aparte no es lo mismo, no sentís el mismo goce, no es lo mismo.” (Padre, Tucumán)

“Es incómodo. Porque yo hice un poco así, hice una parte de empujar y no me gustó más y me lo saqué y lo tiré. Es como si fuera que algo te incomoda. No te sentís bien, lo que estás haciendo no es lo mismo.” (Padre, Chaco)

“Ellos no quieren usar porque dicen que no sienten nada, a veces es verdad, porque mismo la mujer tampoco siente nada.” (Madre, GBA)

El coito interrumpido o retiro también es ampliamente utilizado por las/los adolescentes a pesar de que reconocen que es un método poco seguro con altas probabilidades de fallar.

“Y bueno, de última, no echarla adentro y chau, hacerla fácil nomás, unos cuantos años lo hice así.” (Padre, Chaco)

“Que él termine acabando afuera, pero es muy inseguro porque lo mismo quedan los espermatozoides. A veces, sin saber, ellos sueltan espermatozoides.” (Madre, Chaco)

El método del ritmo está muy difundido pero existe una gran confusión acerca del modo de aplicación. La noción que circula entre las/los adolescentes es que existen días “seguros” y días “peligrosos” relacionados con un evento determinado a partir del cual se identifican días “anteriores” y “posteriores”. Al no existir una manifestación visible de la ovulación, el evento del ciclo que se toma como parámetro es la menstruación, lo cual puede resultar sumamente contraproducente ya que los días de supuesta “seguridad” se confunden con los días fértiles. En otras palabras, las/los jóvenes que tienen esta interpretación del método del ritmo se estarían absteniendo en los días anteriores y posteriores a la menstruación y manteniendo relaciones desprotegidas durante la ovulación. De esta forma, a la baja efectividad del método se suma su uso incorrecto que potencia la posibilidad de que ocurra un embarazo.

“Yo sé que son cinco días antes de la menstruación, pero eso es mentira. Porque a mí me ha pasado, a mí me ha pasado y es mentira porque quedé embarazada igual.” (Madre, Chaco)

“Vino un ginecólogo a dar una charla sobre los días, pero tampoco muy bien lo hemos entendido, eran diez días antes y diez días después... Diez días antes no se podía tener relaciones y diez después de la menstruación tampoco porque dice que el cuello de la matriz está, no sé, fértil, que después de esos diez días recién podías tener relaciones.” (No madre, Chaco)

El uso de yuyos, té, hierbas o “remedios frescos” como forma de evitar un embarazo es común en Chaco y Tucumán y se considera que su eficacia es buena, aunque como se verá más adelante, la utilización de estos elementos se asocia más con maniobras abortivas que con la prevención del embarazo.

“Y las chicas se cuidan así con esos remedios frescos y nada más y hay muchos que les funcionan. (...) Hay muchos que después al toque cuando ella tuvo las relaciones, después, al otro día, toma el remedio fresco, le viene sí o sí, porque son fuertes los remedios frescos que hay acá, los yuyos que hay acá... Funcionan mejor que la pastilla, digamos, te da más posibilidades de no quedar embarazada.” (Padre, Chaco)

“Se puede tomar té de perejil o de oreja de ratón para prevenir que se junte el semen con la mujer ... o también dicen que hay que tomar una pastilla de sal después de tener relaciones.” (Madre, Tucumán)

Tanto los varones como las mujeres creen que la responsabilidad de evitar un embarazo les corresponde a ambos. Sin embargo, los varones se inclinan más a pensar que las mujeres deben tener una mayor preocupación por la prevención ya que son las que se ven directamente afectadas por un embarazo y “sufren” sus consecuencias.

“Yo digo que el cuidado depende de los dos, pero básicamente se basa más en la mina, la mina tiende a cuidarse más por el temor a quedar embarazada o por el temor que su pareja la deje de lado.” (Padre, Chaco)

“Claro, la mina se cuida más porque ella es la que tiene que andar con la panza, nosotros no.” (Padre, Chaco)

3.2 Las relaciones sin protección

Los motivos que llevan a tener relaciones sin protección incluyen la imprevisibilidad de las relaciones sexuales, la falta de comunicación en la pareja, la negativa a utilizar el preservativo o no tener dinero para comprarlo, y en algunos casos la influencia del alcohol que afecta la posibilidad de percibirse en riesgo o implementar una conducta preventiva.

Otro motivo que aducen los jóvenes para no usar métodos es “no tener conciencia” o “pensar que no va a pasar nada”.

“No se cuidan porque son inconcientes, porque piensan que pegó en el palo y ya seguimos y no es así, porque no toman conciencia, no están pensando, están pensando en hoy y mañana veré, le salió bien una vez... ¿la segunda te va a salir bien?” (Padre, Tucumán)

“El problema es que uno no le da bola hasta que no pasa, yo sabía desde chiquito que tenía que usar forro pero igual no usaba.” (Padre, Tucumán)

“No se cuidan, lo hacen y dicen ‘no va a pasar nada’.” (Padre, Tucumán)

Entre los varones el no uso de métodos muchas veces responde al “impulso incontrolable” y a la imposibilidad de “detenerse a pensar” que se asocian a un modelo de género tradicional en el cual la masculinidad se prueba mediante la actividad sexual.

En los varones el deseo de concretar una relación sexual supera a la percepción de riesgo de dejar embarazada a la mujer o de contagiarse una enfermedad de transmisión sexual. La búsqueda de placer sexual se vuelve una prioridad a la cual, en palabras del investigador colombiano Néstor Mendieta, se someten “con fervor suicida” (Mendieta, 1998).

“En ese tiempo no te da el pensamiento para pensar qué es lo que puede venir atrás de eso, como que lo único que quiere el varón es acabar y listo.” (Padre, Chaco)

“Uno se deja llevar, por ahí se quiere sacar las ganas y listo.” (Padre, Chaco)

“Yo voy y le meto nomás, no importa que ella se quede ahí con la consecuencia.” (No padre, Tucumán)

Además ante la eventualidad de un embarazo, algunos varones también reconocen la posibilidad de alejarse y desentenderse o negarse a asumir la paternidad.

“El vago sabe que la usa a la mina y se va y después ‘si te he visto no me acuerdo’, después la mina es la que queda con el bombo.” (No padre, Chaco)

3.3 Las parejas ocasionales

Los jóvenes varones identifican dos tipos de relaciones de pareja: la novia y la “otra”, con quien no media un compromiso afectivo y a quien se recurre con el fin de saciar el deseo sexual. Con esta última, la preocupación por evitar el embarazo no constituye una prioridad para el varón que concentra su atención en la búsqueda de placer.

“Hoy por hoy, la mayoría de la edad de nosotros no se cuida, te digo por qué, porque vos salís al boliche ahora y las chicas se te regalan, y vos en ese momento no te ponés a pensar, no controlás y ese es un momento de satisfacción y nada más y lo acepto. Ahora, con tu novia es distinto, con tu novia capaz que te cuidás, sabés cómo es el tema.” (Padre, Tucumán)

“Digamos, si te conocés ahí al toque y pinta todo bien así en un baile y pinta también para acostarse con la mina y te vas, no pensás en cuidarte, sale como sale y listo.” (Padre, Chaco)

Por otro lado, en el imaginario masculino, la mujer que se presta a tener relaciones ocasionales es una mujer experimentada y conocedora, y que por lo tanto se debería ocupar de su propio cuidado anticonceptivo.

“Si es una mina que le gustan los bailes, va a tener relaciones con el vago y se va a cuidar porque no quiere perder su libertad.” (Padre, Chaco)

“Si la mina es de joder con todos los vagos, tiene que cuidarse o hacerlo que el vago se cuide.” (No padre, Tucumán)

Si bien con estas parejas los varones perciben que no les cabría a ellos la responsabilidad de prevenir un embarazo, tienen una mayor percepción del riesgo de contagio de las ITS y el VIH-sida.

“Tenés que usar preservativo porque si vos no le conocés a la mina sí o sí te tenés que cuidar porque no sabés qué infección puede tener... si la mina está infectada te puede llegar a contagiar.” (Padre, Chaco)

Por otro lado, en el marco de las relaciones ocasionales, los varones desconfían de las mujeres que podrían buscar “atraparlos” quedando embarazadas en forma intencional o contagiarles en forma conciente alguna enfermedad.

“La mujer a veces, la mayoría de las veces te preguntaba ‘¿trajiste?’ o te dice ‘quedate tranquilo que yo me cuido’, a veces la mujer también dice ‘no tranquilo que yo me cuido’ y es mentira, es para engancharte...” (Padre, Tucumán)

“Si ella tiene una enfermedad, ella antes de acostarse con vos no te va a decir ‘yo tengo tal enfermedad’.” (No padre, Chaco)

Los varones se sienten descolocados ante modelos femeninos que no se encuadran en el modelo de mujer pasiva y sumisa que no demuestra iniciativa sexual. En su discurso, las mujeres que no responden a ese modelo “se regalan”, “no son inocentes”, “son las que más seducen y te buscan”, “te provocan”, y se vuelven una amenaza para el varón que se arriesga a ser humillado o ridiculizado –especialmente por sus pares– si rechaza o no aprovecha la oportunidad que se le presenta.

“Pero acá las mujeres te dicen así todo el tema de la sexualidad, no es que pegan vueltas ni nada, así de una y chau, y si le decís: ‘esperá, me voy a hacer un mandado’ y te vas a comprar un forro, ella se lo cuenta a todos y ya quedás mal... las mujeres te quieren hacer quedar mal a toda costa, así, te quieren hacer quedar mal delante de los otros.” (No padre, Chaco)

3.4 El cuidado anticonceptivo después del embarazo

Después del primer embarazo el cuidado anticonceptivo se vuelve más regular, se usan métodos de mayor eficacia y existe un mayor conocimiento acerca del uso correcto. En general, el nacimiento del hijo marca un antes y un después en el comportamiento anticonceptivo que pasa de ser nulo o esporádico a la adopción de métodos más seguros y de uso femenino. Algunos hasta evalúan la posibilidad de una ligadura tubaria.

“Yo les pregunté a mis suegros y decidimos que se haga la ligadura pero en el hospital me dijeron que tiene que ser mayor de 24 años para hacerse la ligadura.” (Padre, Chaco)

En este cambio incide notablemente el contacto con el sistema de salud que se genera a partir del embarazo y el parto y que posibilita, tal vez por primera vez, la oportunidad de que las adolescentes y sus parejas reciban asesoría en métodos anticonceptivos y adquieran mayores conocimientos sobre el proceso reproductivo.

“Ni bien ha tenido la chiquita ha seguido yendo al ginecólogo de ella porque le dan la pastilla a ella, le han explicado cómo es el tema de cuidarse, todo.” (Padre, Tucumán)

“Cuando vos la acompañás al médico te enterás de todo. Antes del embarazo no sabíamos ni si la mujer menstruaba, ni por qué sangraba la toallita.” (Padre, Chaco)

Después de haber tenido un hijo, el varón se preocupa más por el cuidado anticonceptivo ya sea proveyendo el método o supervisando su uso, demostrando mayor conciencia del riesgo que implica tener relaciones sin protección. Asimismo, la experiencia de tener un hijo en un contexto de carencias económicas y restricciones hace que los padres y madres adolescentes se preocupen por prevenir otro embarazo.

“Yo de vez en cuando entro a revisar a ver si tiene pastillas, pero ella también es conciente, a veces no tenemos para comer y a ver si tiene otro más...” (Padre, Tucumán)

“Ser padre te cambia. Ahora te ponés a pensar, lo pensás dos veces... con la crisis que hay acá ... Ahora sí tenés que cuidarte, si vos no querés tener otro hijo te cuidás...” (Padre, Chaco)

“Ahora ya no es como antes que lo íbamos a hacer y listo, lo hacíamos, ahora ya no, ahora ya pensás, hablás con la pareja: ‘Hoy vamos a tener relaciones, si vos tenés la pastilla y si no, no’.” (Padre, Chaco)

Sin embargo, a pesar del cambio que marca el embarazo y el nacimiento de un hijo en la conducta anticonceptiva, también ocurren descuidos, olvidos o se abandona directamente el método, o en el caso de algunas jóvenes que tienen pensado colocarse un DIU, se demoran en hacerlo exponiéndose a quedar embarazadas nuevamente.

3.5 Acceso a los métodos anticonceptivos

Tanto los varones como las mujeres identifican los sitios donde se pueden comprar preservativos (farmacias, kioscos), así como los precios, marcas y presentaciones que existen. En general las/los adolescentes no recurren a las instituciones públicas de salud para obtener preservativos. Los hospitales y centros de atención primaria, en cambio, constituyen la fuente principal de obtención de anticonceptivos orales, aún cuando refieren problemas con el suministro regular y constante de ese método.

“Hay centros de salud que te brindan esa posibilidad, que te dan pastillas anticonceptivas, que ella va al ginecólogo y le dan.” (Padre, Chaco)

“Las pastillas, las inyecciones muchas veces tenés que comprarlo y hay veces que el ginecólogo en la salita no te lo da porque dicen que a veces no tienen y que esa medicación del hospital no se la mandaron.” (No madre, Tucumán)

Por otro lado, las/los jóvenes también manifiestan que en algunos centros de salud la entrega de métodos es restringida, que se les solicita un pago, o que directamente no disponen de determinados métodos.

“Lo que pasa hay días que no te quieren dar (...) Yo le llevé a mi mujer al centro de salud y me dijeron: ‘¿Y cómo no van a venir a pedir pastillas?’ y le digo: ‘Ah, doña, si nosotros vinimos a pedirle pastillas y usted no le quiso dar ... Usted tiene la culpa (del embarazo) si usted no le quiso dar las pastillas’.” (Padre, Chaco)

“Acá parece que le dan la pastilla a los que tienen más de cuatro hijos, si no, no te quieren dar.” (Padre, Chaco)

“A mí me dijeron que tenía que pagar 20 pesos y me colocaban el DIU acá ... no sé si era una enfermera o una doctora. Cuando fui a preguntar para ponerme el DIU me dijo: ‘Vos le pagás 20 pesos al médico y él te pone el DIU’.” (Madre, GBA)

“Las pastillas que sirven cuando estás dando la teta no te dan en el dispensario, son otras que tenés que comprar. Cuesta 12 pesos con el descuento, si no te salen \$17,20.” (Madre, Tucumán)

3.6 Comunicación entre las/los adolescentes y sus padres/madres

La comunicación entre los adolescentes y sus padres sobre temas de sexualidad es pobre y tiende a ser de carácter prescriptivo y/o prohibitivo. Se combina por un lado la vergüenza de las/ los adolescentes, que intencionalmente evitan tratar el tema con sus padres, y por el otro, la desinformación y los propios tabúes de los adultos que prefieren que sean otros –médicos, especialistas o docentes– los que les den información sobre sexualidad a sus hijos/as.

A pesar de no ser un tema espontáneamente abordado por las/los adolescentes dentro del contexto familiar, ellos/ellas reconocen la necesidad de generar ese diálogo.

“Mi mamá sabía que yo estaba de novia y ella me decía: ‘Eva, ¿vos querés que yo te hable?’ y yo le decía ‘No, mamá’, ‘Pero vos tenés que confiar en tu mamá, porque quizás yo te pueda aconsejar cosas que tus amigas no’, me decía ella, ‘Mamá no me hablés de esas cosas’ y yo me iba y siempre la esquivaba... y así estamos, las dos hijas más grandes ya tenemos bebés.” (Madre, Tucumán)

“Con los que menos se habla, teóricamente tendría que ser con los que más se habla de esos temas... no sé si les cuesta más a los padres. Yo, por ejemplo, para aprender más del tema, yo fui a dos congresos de sexualidad. Era como que mi mamá me mandaba a que vaya como diciéndome: ‘A mí me cuesta hablar, entonces andá, preguntale al doctor’. Cuando yo tenga mis hijos voy a tratar de hablar de estos temas, porque yo estoy en una edad que necesito saber, y yo creo que yo voy a cambiar eso, pero no sé por qué los padres tienen tanto miedo de hablar de esos temas con sus hijos.” (No madre, Chaco)

“Por ahí cuando te retan te dicen unos consejitos, pero retándote, porque no se animan a sentarte y hablarte. Te dicen ‘Ojo, no vas a andar haciendo nada’ o te dicen ‘si hacés algo cuidate’ pero nada más.” (No madre, Tucumán)

3.7 Comunicación entre pares

Tanto para las mujeres como para los varones, el grupo de amigos del mismo sexo es el espacio donde se hablan temas relacionados a la sexualidad. Las mujeres suelen compartir confidencias y experiencias, buscar y dar consejos. Los varones, por lo general, se expresan con eufemismos o bromas que tienen como finalidad hacer públicas sus conquistas o proezas sexuales como prueba de su masculinidad. Los modos de cuidarse para prevenir el embarazo y/o las infecciones de transmisión sexual o sus miedos o dudas sobre su sexualidad no suelen ser tema de conversación entre los jóvenes varones.

“Todos los vagos le hacen más caso a lo que dicen los amigos que los viejos.” (No padre, GBA).

“Lo único que se habla es: ‘Mirá, yo transé con Vanesa’, por ejemplo, y eso es todo, ‘Y yo con aquella’, pero el tema de la sexualidad no, ni ahí, nadie habla. Lo que hacen es jugar mucho con este tema, o sea, hacer cargadas ... pero ponernos a charlar así seriamente, no, nunca, nunca, sí lo de: ‘Yo estuve con aquella’, ‘Yo estuve con la otra’, pero hasta ahí nada más.” (No padre, Chaco)

“Los varones se cuentan todo, es como para sentirse más grandes, si yo le cuento que yo, por ejemplo, tuve relaciones con ella, ahí te hacen más grande a vos, por el tema de que ‘sí, mirá, yo tengo relaciones’ ... como para mandarse la parte.” (No padre, Tucumán)

4. EL EMBARAZO

4.1 Reacción de las adolescentes al conocer su embarazo

Una vez confirmado el embarazo, el sentimiento que predomina entre las adolescentes es el miedo a la reacción de sus padres y a los retos, sanciones o castigos que éstos puedan imponer, cuya máxima expresión es la expulsión del hogar. La preocupación de las jóvenes se centra casi exclusivamente en cómo comunicarles u ocultarles el embarazo a sus padres, mientras que la reacción de la pareja o las transformaciones que un hijo puede significar para sus vidas –en términos de su vida cotidiana y sus responsabilidades– o el modo en que la maternidad puede afectar sus proyectos educativos o de trabajo aparecen en un segundo plano.

Los testimonios recogidos transmiten angustia e indecisión. Las adolescentes sienten que al haberse embarazado defraudaron a sus padres mostrando una imagen que no responde a las expectativas que suponen que los adultos tienen de ellas. El embarazo aparece como la expresión más evidente de la actividad sexual femenina a una edad en que ésta no es socialmente aceptada y al tomar estado público se vive como “una vergüenza para la familia”.

“Defraudé a mi mamá porque yo era más para ella y ella nunca se lo hubiese imaginado de mí.” (Madre, Chaco)

“Mi mamá me retaba y me decía ‘¿qué van a decir los demás que vos, la escolta del colegio, estás embarazada?’” (Madre, Chaco)

Los días posteriores a la toma de conocimiento del embarazo son momentos de gran indecisión y profundas dudas en relación a continuar o no con el embarazo y sobre cómo afrontar o evadir el malestar que se producirá en la

familia. Por lo general, se buscan consejos en las amigas, hermanas o familiares jóvenes. Algunas se sienten solas y no saben a quién recurrir. Otras manifiestan angustia y alegría a la vez. En el fondo les atrae la idea de ser madres pero el sentimiento de alegría queda relegado frente al miedo que predomina. En ese momento la actitud de la pareja resulta clave para cualquier decisión.

“Yo estaba ya de tres meses cuando me he enterado que estaba embarazada. Voy y le digo yo a él que tenía miedo. Yo había empezado a tomar de todo porque no me venía, entonces viene él y me da la plata para que yo me vaya al ginecólogo, pero él no ha querido ir conmigo, tenía mucho miedo, entonces me había ido con una amiga y ‘No, chiquita usted ya está de tres meses’ me dice el médico y he salido afuera y en lo único que he pensado era en mi mamá y en que me iba a matar en esos momentos. Yo no lo iba a querer, no lo quería tener yo, más por la edad, yo estaba estudiando, y bueno, hasta que un día yo iba a ir a comprar una inyección que me había comentado mi amiga y no he ido porque mi marido me había escrito una carta, que todavía la tengo ahí, que me decía que no quería que yo hiciera eso, que quería que yo lo tenga a ese bebé, que quería que me vaya a vivir con él, bueno, cosas así, lindas, entonces, bueno, hemos decidido hablar con mi mamá y con mi papá.” (Madre, Tucumán)

Los varones también manifiestan desconcierto ante la noticia del embarazo y temor a la reacción de sus padres, y en general prefieren contárselo primero a la madre. Con frecuencia los varones son quienes comunican la novedad a la familia de la joven o piden a sus propios padres que intercedan como mediadores frente a la otra familia.

“Yo en mi caso tenía un cagazo bestial... unos nervios ese día que me enteré... después he vuelto y he pensado en todo, he pensado en el aborto, he pensado en irme con ella, he pensado en dejarla e irme solo, he pensado en todo...” (Padre, Tucumán)

“El tema es cuando le tenés que decir a los padres de ella. Yo nunca había entrado a la casa, iba a la puerta, me conocían la cara, y de golpe que ella le diga ‘mamá, estoy embarazada del que está en la puerta’ ... Menos mal que nomás vivía con la madre, que no vivía con el padre, que si no...” (Padre, Tucumán)

“Yo estaba en la escuela y ella llegó y me dijo que los análisis le dieron positivos y que cómo le íbamos a decir a los padres de ella, yo primero no sabía para dónde disparar y bueno, tenía que encarar a los padres y eso te pone nervioso.” (Padre, Chaco)

“Al principio, cuando la madre se había enterado, ahí nomás, como era

chica, tenía 16 años, lo único que ha pensado la madre debe haber sido 'volá', y bueno, mi mamá ha venido y les ha hablado y se solucionó todo, pero de eso ya había pasado un buen tiempo, creo que habían pasado tres meses." (Padre, Tucumán)

En concordancia con un modelo de género que reprime la sexualidad femenina y fomenta la sexualidad masculina y el rol del varón como proveedor, para los varones la reacción de la familia –si bien es un tema que los pone nerviosos e incómodos– no constituye la principal preocupación. Su dilema se centra en el cambio de vida y las nuevas obligaciones y responsabilidades –fundamentalmente económicas– que representa la paternidad.

"Éso es lo primero que piensa uno, me parece, ¿y ahora qué hacemos con el pibe?, porque es fácil hacerlo, porque es normal, es fácil, pero después resulta que mañana tenemos que ir a comprarte el bolsón, después tenemos que ir a comprar la ropa del pibe, tenemos que comprar un desavillé para que vos te vengas a internar, tenemos que comprar las cosas, y ya gastaste como cien pesos..." (Padre, GBA)

Tanto entre las mujeres como los varones, está muy presente el estereotipo del varón que "se borra" y se desentiende del embarazo o que desconfía que el hijo sea efectivamente suyo.

"El vago que es vivo, sabe que va a perder muchas cosas, va dejar muchas cosas de lado si se hace cargo de la criatura y si se junta ... Y, puede ser que se borre, que la deje a la mina, si es que no lo estaba esperando." (Padre, Tucumán)

"Nadie se quiere hacer cargo porque dicen: '¿Y qué se yo si es mío?' porque la chica se va con éste, con aquél, con el otro y uno no sabe, si a mí me dice: 'Es tu hijo', por ejemplo, ¿y yo cómo voy a saber si es mi hijo o no es mi hijo? Y por eso es que casi nadie se quiere hacer responsable." (No padre, Chaco)

En estas situaciones la opinión del grupo de pares influye significativamente sobre el varón adolescente.

"Los vagos, los amigos, le hacen la cabeza, te dicen que sos papá de garrón o que ése no es tu hijo." (No padre, Chaco)

"Algunos te felicitan, te ayudan para salir adelante, otros te gastan, te dicen 'te pasó por boludo', se te ríen, te tiran cosas negativas, te dicen que nunca vas a poder salir adelante." (Padre, Tucumán)

4.2 Intentos de abortar

Es frecuente que como una primera reacción las jóvenes contemplan la posibilidad de interrumpir el embarazo y realicen diversos intentos de abortar. Esto aparece claramente relacionado con la posibilidad de evitar el malestar familiar que podría ocasionar el embarazo.

“Yo cuando me enteré que estaba embarazada lloraba todo el día, porque yo sabía que en mi casa me iban a matar. Lo primero que he hecho fue comprarme dos inyecciones que no me han hecho nada. Tenía que esperar una semana para que me baje y no me bajaba.” (Madre, Tucumán)

“Lo primero que una piensa es echarlo, abortar.” (No madre, Chaco)

“Hay chicas que no pueden, que tienen problemas con la familia y no pueden tener un hijo, y traer un hijo al mundo no es fácil... Y tampoco es que lo das (en adopción) y listo... si ni los perros regalan a los hijos...” (Embarazada, Chaco)

Los varones también evalúan la posibilidad de que sus parejas se practiquen un aborto pero lo hacen principalmente pensando en evitar el cambio de estilo de vida y la “pérdida de libertad” que para ellos representa la paternidad.

“Yo creo que a todo el mundo, más allá de tener plata y no tener ningún problema en la consecuencia de tener 15 hijos, yo creo que se le cruza en la cabeza ‘lo sacamos porque por ahí podemos seguir disfrutando de nuestra vida’, yo tengo 18 años y vos tenés 17... vamos a una casa a estar juntos, a vivir, y por ahí si el bebé no está podemos decir: ‘Vamos a bailar allá’ o ‘Bueno, vos te vas a la casa de tu amiga, bueno, yo vuelvo en tres días, voy a la casa de mi primo y vuelvo después’, por eso, en ese momento para un pibe me parece que es así, que se te cruza por la cabeza decirle: ‘sacátelo’.” (Padre, GBA)

“Creo que los pibes ahora no asumen ponerse la mochila al hombro y decir ‘tengo que llevar adelante una familia’ o ‘tengo que empezar a trabajar’, porque hay muchos que no les va, que no se hacen cargo, y entonces le es más fácil. A mí también se me cruzó por la cabeza decirle: ‘Gorda, puede haber mil maneras para no tenerlo’.” (Padre, GBA)

Los métodos más comunes con los que se intenta abortar incluyen la aplicación de inyecciones que se adquieren en farmacias (reguladores menstruales) o la ingesta de preparaciones caseras con determinadas hierbas conocidas popularmente por su supuesto efecto abortivo (té de perejil, oreja de ratón, oreja de gato, Palam-Palam, Palo santo, Guayacán, flor de la chacra). La percepción de la efectividad de estos métodos es variada. Con respecto a las

hierbas existen opiniones encontradas acerca de su acción, que para algunos es anticonceptiva y para otros abortiva.

“El Palo Santo con el Guayacán lo tenés que hervir y dejar el té afuera, que le agarre el aire y después tomar como agua, líquido, más o menos una jarra. Lo tomás al otro día, en ayuno, no tenés que comer nada. Eso es para que caiga y es bueno ese remedio porque una amiga echó de casi dos meses.” (Embarazada, Chaco)

“Era un tiempo así que no me venía y yo pensaba en mi mamá y entonces me habían dicho que tome té de perejil ... y yo tomé de todo, pero los té no son efectivos, igual que las inyecciones, cuando una queda embarazada y se pone las inyecciones para que le baje, tampoco ... Mi amiga se había quedado embarazada al mismo tiempo que yo y yo tomaba el té de perejil y no ha habido caso y ella se había colocado una inyección y no le había venido, entonces se ha comprado una más cara, una más fuerte y le ha venido.” (Madre, Tucumán)

“Hay casos que funcionan (los yuyos), no es seguro, como los métodos anticonceptivos no son tan seguros, es el mismo caso, a veces funciona y a veces no, depende los meses que esté embarazada. (...) De tres meses para abajo, a lo sumo cuatro, una vez que pasó eso a lo mejor ya la criatura puede nacer con problemas o nacer muerto.” (Padre, Chaco)

En algunos casos en los que el aborto se contempla como una posibilidad, las maniobras no llegan a concretarse por temor a las consecuencias que puede generar para la salud y la vida de la joven embarazada.

“Mi señora sí se lo quería sacar, me dice: ‘¿Y si lo sacamos? Ya son dos, va a ser mucho’. Y bueno, en un toque dije sí, en un toque no, estábamos dudando, hasta que dije ‘no, vamos a tenerlo’. Mi señora sí lo quería sacar, yo también en un momento dije: ‘Ya son dos, apenas puedo con uno, ¿cómo voy a hacer con dos?’ y después íbamos con ese pensamiento en la mente hasta que pasó el tiempo y cuando llegó el momento de hacer eso no lo hicimos, yo no quise porque a veces se corre el riesgo de las dos, y le dije: ‘Mirá si te pasa algo a vos’.” (Padre, GBA)

4.3 La reacción de los padres y madres de las/ los adolescentes

En general la primera reacción del padre y la madre, especialmente de la joven, es de sorpresa y enojo, y en algunos casos el embarazo puede significar el alejamiento de la joven de su grupo familiar.

“Mis padres han reaccionado re-mal conmigo, me han dejado de hablar porque yo me he juntado con él y hasta el día de hoy a mí no me hablan porque para ellos ha sido como la vergüenza, ha sido vergüenza que la

hija más grande esté embarazada tan chica, 16 años tenía cuando me quedé embarazada y hasta el día de hoy no me hablan.” (Madre, Tucumán)

En el imaginario de las adolescentes, su condición legal de menores de edad se equipara con la ausencia de derechos y la obligación de obedecer las decisiones de los adultos, quienes a su vez utilizan ese mismo argumento para imponer sus decisiones, muchas veces bajo amenazas.

“Mi abuela me dijo que cuando naciera el gordito le iba a poner el apellido de ella, pero como cumplí 18 estando embarazada de él, cuando fui a tener pregunté si podía ponerle mi apellido y me dijeron que sí, entonces le puse mi apellido, si no iba el apellido de mi abuela.” (Madre, Tucumán)

“Mi madrina me dijo: ‘Si lo tenés, me lo vas a dar en adopción a mí, igual no vas a poder hacer nada porque vos sos menor de edad’.” (Madre, GBA)

Es común que los padres decidan sobre el destino del embarazo de sus hijas y sugieran o impongan la realización de un aborto.

“Yo estaba de cinco meses, y bueno, mi papá no vive con nosotros, vive en Buenos Aires, y había venido ese tiempo y quería que yo aborte, pero no, porque mi mamá me dijo que él no se tenía que meter, que ella es la que toma la decisión.” (Madre, Tucumán)

“Yo vivía con la hermana de mi mamá que primero quería que me lo saque, después que lo dé en adopción, después quería que se lo regale a alguien y después ella me dijo que ella lo iba a adoptar. No preguntaba lo que yo quería hacer, me decía que lo regale o que lo deje abandonado.” (Madre, GBA)

“Capaz que la chica no quiere, pero la familia la empuja... hasta hay padres que les compran las pastillas para abortar.” (Padre, Chaco)

En algunos casos, los padres de la joven se ponen en contacto con el varón y su familia para evaluar si están dispuestos a hacerse cargo del futuro hijo o para exigir el pago de un aborto.

“La madre la ha llevado a un ginecólogo y le ha hecho que le hagan un aborto. Y la madre ha pagado 150 para que le hagan el aborto, y después le ha hecho que el novio, como él trabaja, le ha hecho que él le pague en tres cuotas de 50 pesos lo que ella ha gastado por la hija.” (Madre, Tucumán)

Sin embargo, las adolescentes también se revelan y ofrecen resistencia frente a la imposición de un aborto. Parecería haber una diferencia entre la decisión personal de interrumpir el embarazo que muchas de ellas tienen inicialmente, y la imposición de un aborto por parte de los adultos. El motivo

principal por el que intentan abortar ni bien descubren su estado está motivado, en gran parte, por el afán de evitar una reacción negativa por parte de sus padres, pero una vez que los padres se han enterado, las jóvenes se “apropian de su embarazo” y se resisten a acatar las decisiones de los mayores.

“Mi mamá tenía la decisión de hacerme hacer un aborto y yo pienso que eso está en uno, porque yo no he querido desde el principio y ha sido no, me puse en contra de ella y ha sido no.” (Madre, Chaco)

“Mi mamá quería que no lo tenga porque el padre de él no se quería hacer cargo y yo le dije que no, que lo iba a tener yo sola.” (Madre, Tucumán)

“Yo no pensé en sacármelo, mi viejo sí, pero yo le dije: ‘No, si es mi hijo, es mío’.” (Madre, Tucumán)

Por otro lado, algunos testimonios también dan cuenta de la percepción del riesgo que un aborto realizado en condiciones inseguras puede significar para la salud y la vida de la joven.

“En mi casa querían hacerme echarlo y yo no quería porque por ahí me pasaba algo a mí y entonces le dije a mi mamá: ‘Yo voy a trabajar, voy a ir a la escuela y lo voy a alimentar. Yo lo quiero tener’.” (Madre, Tucumán)

El disgusto y la furia inicial de los padres gradualmente disminuye y se transforma en aceptación, acompañamiento y finalmente alegría frente a la llegada del nieto.

“Mi mamá casi me mata, casi me ha ahorcado, no me ha hablado por una semana, estaba muy enojada conmigo, hasta que después se ha ido haciendo la idea. Yo me sentía re-mal, y después ya mi embarazo ha sido lindo porque mi mamá me ha apoyado en todo, me acompañaba y me ha dejado que me junte con él, pero los primeros momentos fueron feos.” (Madre, Chaco)

“Yo me dije: ‘mi mamá me va a matar’, pero después todo re-bien, al final, digo yo, tanto que pensé que mis viejos me iban a matar o que me iban a echar de mi casa, pero nada que ver, después estuve re-bien con mis viejos y ahora están todos atrás de mi nena.” (Madre, GBA)

Una vez que la adolescente hizo público su estado, devienen procesos de reacomodamiento al interior de su propia familia y/o la del varón. Una posibilidad es que, a raíz del embarazo, la pareja pase a convivir en la casa de una de las familias de origen –por lo general la que cuenta con más espacio para alojarlos o la que se muestra más comprensiva ante la situación.

Otra posibilidad es que mantengan la relación de pareja pero que cada uno siga viviendo en su hogar, y una tercera posibilidad es que el varón se

niegue a reconocer a su hijo o que no se “haga cargo”, caso en el que la joven suele permanecer con su familia.

En los hogares donde conviven las tres generaciones, es común que las abuelas se hagan cargo de sus nietos como si fueran hijos propios por considerar que sus hijas no son suficientemente maduras y no están listas para ser buenas madres, y también por comodidad de las adolescentes que delegan gran parte de las tareas de la crianza en sus madres.

“A lo primero se quejan y hasta ni te hablan por un tiempo y después cuando nace el bebé, la abuela es la madre... la abuela le cambia, la abuela le hace la leche. En mi caso, mi mamá se levanta cuando llora y le hace la leche, le cambia, y mi hermana (la madre del bebé) duerme hasta la hora que quiere.” (No madre, Chaco)

“Mi nene le dice papá a mi papá y mamá a mi mamá, pero él sabe que yo soy la mamá y que tiene al papá. Pero están todo el día con mi mamá, viven con ella todo. El más chico por ahí está llorando y yo lo levanto y no se calla, va mi mamá y se calla, está más acostumbrado con ella.” (Madre, GBA)

La convivencia de la joven madre o de la pareja con el grupo familiar de origen posibilita la constitución de una red de apoyo fundamental para que las/los adolescentes puedan afrontar sus nuevos roles, asistir a la escuela, trabajar y contar con tiempo libre. Sin embargo, como señalan algunos autores, esta situación de convivencia también aumenta y refuerza la dependencia de las/los jóvenes en sus familias de origen (Brandão *et al.*, 2001). Por otro lado, la falta de independencia e intimidad y la necesidad de ajustarse a las reglas de la familia que los aloja no contribuyen para el afianzamiento del vínculo de la joven pareja (Coll, 2001).

5. ROLES DE GÉNERO Y CAMBIOS A PARTIR DE LA PATERNIDAD Y MATERNIDAD

Las representaciones de género de los varones coinciden con un modelo tradicional y asimétrico que los ubica como los principales responsables del bienestar de sus familias y cuyo deber es proveer económicamente, mientras que las mujeres deben dedicarse exclusivamente al cuidado del hogar y la crianza de los hijos, tareas que para algunos no revisten ningún valor.

“Ella tiene que cuidarlo al bebé y a la casa, el marido tiene que ir a la calle a buscar plata y traerles para que coman.” (Padre, Chaco)

“Siempre es más costoso para el hombre, porque la mujer dice: ‘Uy, yo tengo que lavar, yo tengo que planchar y tengo que cuidar al nene’ ¿y el

nene qué hace? El nene no hace nada, se sienta y espera que el papá llegue y le dé de comer, y la mujer hace lo mismo, se sienta a esperar que el hombre llegue y le dé de comer, porque otra cosa no hace, porque ahora se inventaron las máquinas, se mete la ropa adentro y se la saca y está la ropa limpia.” (Padre, GBA)

Algunos varones se muestran más dispuestos a colaborar con los quehaceres domésticos para facilitar que la mujer pueda dedicarse al bebé, tarea considerada propia y natural de la mujer y en la que ellos sienten que no se pueden desempeñar satisfactoriamente.

“Lo único que yo le digo a ella es que lo atienda al bebé y nada más, yo si tengo que limpiar y esas cosas, lo hago yo, yo no tengo problema.” (Padre, Chaco)

Las adolescentes, si bien en su discurso adhieren a un modelo de género más democrático en relación al rol de la mujer fuera del ámbito doméstico, una vez que se convierten en madres circunscriben su rol a la atención de sus hijos.

“Yo me dedico exclusivamente a mi bebé.” (Madre, Tucumán)

“Yo me levanto, lo primero que hago es ver a mi bebé, estoy un rato con él, nos quedamos un rato, él toma la teta, de ahí lo cambio, desayuno mientras él está en el coche. Después a la tarde lo agarro, él duerme la siesta, miro la tele, o sea, me dedico todo el tiempo a él.” (Madre, GBA)

En concordancia con sus representaciones de género, la paternidad para los adolescentes se define por las nuevas responsabilidades que se generan a partir de la obligación de proveer materialmente, ser el sostén de la familia y brindar cuidado y protección.

“Al hombre tiene que darle el cuero para mantener a su familia. Podés tener la ayuda de tus padres, pero vos tenés la responsabilidad de conseguir la plata para mantener esa criatura.” (Padre, Chaco)

“Cuando ella está embarazada vos asumís una responsabilidad grande, vos sos el que tenés que contener a la mujer, vos sos el que cuando la mujer necesita alimentarse bien y tiene que tomar yogurt tenés que ir a comprárselo, todo eso lleva plata y todo eso lleva tiempo.” (Padre, GBA)

La figura del varón que “se hace cargo” corresponde al joven que, más allá de convivir o no con su pareja e hijo, responde al mandato social de responsabilizarse por la provisión económica. Cuando esto no sucede, la fa-

milia de la joven exige una contribución económica e impone condiciones para permitir que el padre vea a su hijo.

“Él lo quiere ver (al bebé), pero yo no quiero que lo vea porque si no se hace cargo de él, entonces ¿para qué lo quiere ver?” (Madre, Tucumán)

“Mi mamá dice que si él lo quiere ver (al bebé) que por lo menos traiga un paquete de pañales.” (Madre, Chaco)

“Conozco muchas chicas que los varones les dejaron embarazadas y le llegaban con la madre y todo y que ‘vení acá, que vos me embarazaste, que pagame, empezá a trabajar, que tiene que mantenerle’. Como que sí o sí quieren que alguien le pague la leche, le pague todo lo que hay de necesidad.” (No padre, Tucumán)

Las nuevas responsabilidades que implica la paternidad marcan una profunda transformación en la vida cotidiana de los varones adolescentes que ven limitada su libertad individual al pasar de tener una vida donde la actividad principal se centra en reunirse con los amigos, a sentirse responsables por conseguir un trabajo estable y convertirse en jefes de hogar. Este cambio impacta sobre el uso del tiempo, las salidas con los amigos y la frecuencia de ciertas conductas o hábitos como ir a bailar o tomar alcohol.

“Cuando tienen hijos ya no tienen amistades y ya no se juntan más, ya dejan de lado todas las cosas, todas las salidas con amigos, en vez de andar de vago hay que ir a trabajar.” (No padre, Chaco)

“Mi vida ha cambiado en que se cortó la joda.” (Padre, Tucumán)

“A tan corta edad, tener un hijo te priva de muchas cosas.” (Padre, Chaco)

“Ya no se puede estar todo el día en la calle, seguir haciendo la vagancia igual que antes no, antes estaba todo el día en la calle, venía a mi casa a comer nomás... Estaba con mis amigos, hasta que un día dije no. Cuando nació mi primer hijo yo también hacía la misma vida y después me puse a pensar y dije no, así no va, porque tarde o temprano te ponés a pensar que le estás dedicando más tiempo a tus amigos que a tu familia. Yo me puse a pensar así y dije no, si me sobra tiempo voy con mis amigos pero me tengo que dedicar a mi familia y a mi trabajo, bah, antes no tenía trabajo tampoco, ahora conseguí.” (Padre, GBA)

El ingreso económico que antes podían gastar para ellos mismos ahora debe ser destinado a los gastos de la nueva familia. A su vez, se espera que consigan un trabajo estable y que trabajen más horas de lo que hacían anteriormente.

“La plata que él gastaba para juntarse con los amigos y estar tomando, la tiene que gastar en alimentos, leche, ropa, pañales, la comida para su familia. Ya no es lo mismo ir a trabajar y trabajar dos horas, tres horas, tener diez pesos y gastar en lo que ellos quieren, es trabajar ocho horas corridas para tener un sueldo y satisfacer las necesidades del hogar, porque ya no es para uno, es para el hogar.” (No madre, Chaco)

“La plata que vos usabas para un fin de semana la tenés que usar para otra cosa, ese es el tema, si vos te gastabas \$30 en un sábado, ahora tenés que gastarte \$10, si es que gastás.” (Padre, Tucumán)

Más allá del cambio en el estilo de vida, la obligación de trabajar también limita otras actividades como el estudio.

“A lo mejor esos chicos (que no tienen hijos) destinan la plata a sus estudios, tienen más libertad, dedican su tiempo a su estudio, muchos se dedican a estudiar para tener un futuro, en cambio, nosotros que somos padres, sí o sí tenemos que buscarnos un laburo para tratar de darle lo mejor a nuestros hijos.” (Padre, Chaco)

El abandono “forzoso” de la “libertad” del varón soltero es vivido en forma penosa y nostálgica. Los adolescentes padres se comparan frecuentemente con sus pares que no han tenido hijos en términos del grado de libertad que éstos poseen, y expresan lo difícil que resulta no dejarse tentar por ellos y concentrar su tiempo y esfuerzo en la familia.

“Muchos tienen mucha suerte, porque yo tengo amigos que ninguno labura, porque ellos no tienen hijos, es distinto, yo tengo una responsabilidad, por eso trabajo, si no estaría igual que ellos.” (Padre, Tucumán)

“Hay mucha diferencia, claro, porque los pibes que no tienen hijos tienen libertad, van a los boliches, hacen otro tipo de vida distinta de aquellos que somos padres a esta edad, porque, por ejemplo, nosotros nos preocupamos por conseguir un laburo. Nosotros, supóngale, queremos ir al baile, a un boliche o algo y esos cuatro pesos que tenés, cinco pesos, no podés gastarlos yendo al baile, porque tenés que comprarle sí o sí un pañal a tu hijo, sin embargo, ellos que no tienen hijos y, bueno, tienen esa plata y se van donde quieren.” (Padre, Chaco)

“Es difícil, porque hay muchas cosas lindas en estos momentos para los pibes, porque hay muchas salidas, mucho baile, hay mucha joda, hay de todo en la calle y uno cuando sale se encuentra con todo y hay veces que es difícil darle la espalda a toda la gente que uno tiene al lado, a los amigos ... A veces te dicen: ‘¿No querés venir?, vamos a jugar un partido’ y vos qué le vas a decir: ‘No, me voy a cuidar a mi pibe’, entonces es difícil, para los padres que son pibes de 18, 19, es difícil manejarlo, porque

tienen que pensar en el trabajo, en el hijo y en su gente, porque es así, tenés que pensar en tu señora y en tu bebé, en cómo darles de comer y no en tus amigos.” (Padre, GBA)

Por otro lado, el abandono forzoso de la soltería implica una monogamia no siempre deseada.

“Lo que pasa es que el hombre pierde la reputación, o sea, sos un pibito que tenés un poquito de facha y vos tenés tres, cuatro pibas y te estás engarronando con aquella que tiene el hijo y vos acá chamuyándote las cuatro pibitas, y vos sabés que ya no podés hacer más nada, por más que te guste, no podés hacer más nada.” (Padre, GBA)

Para las chicas la maternidad también implica un cambio en términos del uso del tiempo, que se vive como una pérdida de libertad, aunque con menor grado de nostalgia que los varones. Las nuevas tareas y la dedicación hacia sus hijos redundan en una menor disponibilidad de tiempo para compartir salidas o visitas con sus amigas que en muchos casos las critican por su maternidad precoz, razón por la que se terminan distanciando. A su vez, el ser madres las hace sentirse más maduras que sus pares, lo cual contribuye también a ese distanciamiento.

“Madurás de golpe. Yo, por ejemplo, comparándome con otras chicas, mis amigas, pienso que estoy como un poco más madura, como que les hablo y me dicen: ‘Ay, parecés esas viejas, hablás como esas viejas que ya tienen cuántos hijos’. Ya no es la misma mentalidad la mía que la de ellas, ya no es lo mismo. Por ejemplo, cuando yo he quedado embarazada me he quedado totalmente sin amigas ... se han alejado de mí porque yo he quedado embarazada y quizás ya no iba a hacer lo mismo en salir a bailar, la joda...” (Madre, Tucumán)

“Varias amigas mías me han criticado, me han dicho que no, que cómo no me voy a cuidar, cómo me voy a arruinar la vida así, pero yo trataba de verlo de forma positiva, les decía que para mí no es arruinarme, para mí es otra vida, es la misma vida mía nada más tratándome de acostumbrar a la vida de otra persona, adaptándome al ritmo de esa persona que va a ir creciendo.” (Madre, Tucumán)

Las jóvenes madres tienden a recluirse en sus hogares y dedicarse al cuidado de sus hijos y a las tareas domésticas, y las salidas de esparcimiento se limitan a aquellas en las que pueden llevar a sus bebés.

“Cambia todo, ya no tenés un ratito libre, ya no salís a conversar o a tomar mate con las amigas o a bailar.” (Madre, Tucumán)

“Una se tiene que acostumbrar que si uno va a la plaza, va el bebé, si uno

va allá, va el bebé, para mí hay que acostumbrarse y nada más.” (Madre, Chaco)

6. LA ESCUELA

Con respecto a la escolarización, es común, tal como lo demuestran los resultados de la encuesta a puérperas (ver cap. 8), que muchas jóvenes ya estén fuera del sistema escolar al momento en que quedan embarazadas.

Cuando el abandono escolar se da a raíz del embarazo, es principalmente por vergüenza y miedo a la sanción social y a ser señaladas como “*tontas*”, “*inconcientes*” o “*una cualquiera*”.

“A mí me daba vergüenza ir al colegio embarazada, me daba vergüenza lo que digan los demás...” (Madre, Chaco)

Cuando ya han tenido a su hijo/a los motivos para no continuar con la escuela se asocian con la falta de tiempo o no tener con quién dejar al bebé. Las/los jóvenes que cuentan con familias que ofrecen contención y apoyo en la crianza de sus hijos tienen mayores posibilidades de continuar o retomar sus estudios.

“Yo estudié hasta segundo año, al colegio iba embarazada. Y después largué. No tenía quién me cuide al chiquito, y este año si quería estudiar tampoco podía por el bebé.” (Madre, Tucumán)

Los varones también suelen estar fuera del sistema escolar al momento del embarazo, ya sea por motivos económicos o porque completaron el ciclo primario y no quisieron continuar. En los casos en que abandonan una vez que ocurre el embarazo lo justifican por la necesidad de trabajar para mantener a su nueva familia.

“Yo antes de ser papá estudiaba, y ahora ya no, ahora tengo que laburar.” (Padre, Chaco)

“Yo dejé cuando fui papá porque no tenía tiempo y aparte el tiempo que tenía que dedicar a mi señora y a buscar laburo.” (Padre, Chaco)

Algunas familias estimulan a las/los adolescentes para que sigan estudiando a pesar del embarazo y en el caso de los varones para que combinen el estudio con el trabajo.

“Yo ese año había vuelto a estudiar. Cuando se enteraron (del embarazo) en mi casa me dijeron que no deje de estudiar, que termine de estudiar y que consiga un laburo.” (Padre, Tucumán)

“A mí también me han dicho que no deje de estudiar, igual yo estudiaba a la tarde así que a la mañana me iba a vender.” (Padre, Tucumán)

Es importante destacar que existen casos, tanto entre las mujeres como entre los varones, donde la paternidad/maternidad funciona a modo de incentivo para retomar los estudios como forma de superación personal o para capacitarse con la esperanza de poder acceder a un trabajo mejor.

“Yo no estaba en el colegio cuando quedé, no estaba estudiando, me habían suspendido del colegio por todo un despióle con los profesores, mis compañeros y los directores, entonces a mí me suspendieron de la escuela y en ese transcurso quedé embarazada yo y ahora que lo tengo al gordo me decidí a estudiar y que quiero terminar para poder trabajar.” (Madre, Chaco)

6.1 Las alumnas embarazadas y madres

Para las jóvenes que asisten a la escuela, la presencia de alumnas embarazadas y madres en las aulas es un hecho cotidiano y natural, particularmente en el turno nocturno. Existe una clara distinción entre instituciones religiosas y laicas, siendo las últimas las más abiertas a admitir alumnas en esta condición.

Los testimonios dan cuenta de la escuela como un espacio que, a pesar de no contar con la infraestructura adecuada, se adapta a las necesidades de las jóvenes embarazadas y madres, ya sea permitiendo la presencia de bebés y niños pequeños en las aulas o posibilitando que las madres se retiren para amamantar a sus bebés y luego regresen a clase. Lejos de aparecer como un ámbito expulsivo, de acuerdo a los testimonios, la escuela funciona como un espacio de contención; las jóvenes madres aprecian y valoran el interés de los docentes por su bienestar y el de sus hijos.

“(En la escuela) jamás me han dicho nada por estar embarazada, siempre me trataron bien. Aparte la relación con los profesores es muy linda, te tocan la panza, te preguntan cómo estás.” (Madre, Tucumán)

“Yo lo llevo a mi bebé y los profesores lo alzan, le conversan, le hablan y si no va, por ejemplo, a mí me preguntan cómo está, si está bien de salud.” (Madre, Tucumán)

“Yo tengo compañeras que van embarazadas a la escuela y con chicos también, los llevan en el cochecito o si son más grandes le dan un lapicito y un papel y en el suelo ahí están jugando.” (No madre, Chaco)

“Los profesores no tienen problemas, te dicen, de pronto: ‘Si tenés el gordo y no tenés con quién dejarlo, traelo’.” (Madre, Chaco)

7. LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y EL PARTO

7.1 *El control prenatal*

Las dudas, el temor a hacer público el embarazo, y los intentos de abortar por diferentes medios que se dan una vez que las jóvenes descubren que están embarazadas contribuyen para que el inicio del control prenatal se demore, a veces hasta pasado el primer trimestre.

También puede ocurrir que las chicas tarden en identificar su embarazo. Con frecuencia las jóvenes reportan que desconocieron su estado hasta que les empezó a crecer la panza.⁴ Esto podría relacionarse con un escaso registro de sus ciclos menstruales (o la existencia de ciclos irregulares) o con una cierta negación a aceptar lo que está sucediendo.

“Mi mamá se dio cuenta y me llevó al médico para que me revise el vientre y ya estaba de cuatro meses.” (Madre, Chaco)

A partir de la confirmación del embarazo y una vez puesto en conocimiento de la familia, las jóvenes suelen realizar controles médicos periódicos en el centro de atención primaria más cercano a su domicilio. En general expresan que los profesionales que las atienden se muestran comprensivos y dedicados, que responden sus preguntas y ofrecen explicaciones sobre el progreso del embarazo y la salud de la madre.

“Mi médico me explicaba todo, te explicaba desde que vos entrabas al consultorio hasta que salías todo lo que te pasaba dentro de la panza, qué problemas tenía el bebé y qué problemas no tenía.” (Madre, Tucumán)

“A mí la doctora me cuidaba un montón y me retaba porque yo subía mucho de peso, me decía que eso era muy peligroso para mí y para la criatura.” (Madre, Tucumán)

Las jóvenes señalan que lo que más les agradó del control prenatal fueron los estudios complementarios que se indican habitualmente durante el embarazo –particularmente la ecografía y el monitoreo fetal en las semanas cercanas al parto. Estas instancias son vividas con emoción ya que permiten visualizar al futuro hijo y escuchar sus latidos cardíacos.

“A mí me encantó escuchar los latidos, me largaba a llorar cada vez que los sentía.” (Madre, Tucumán)

“A mí lo que más me ha gustado son las ecografías. Yo me hacía una

⁴ Resulta llamativo que muchas adolescentes expresan haber menstruado durante los primeros meses motivo por el cual no sospechaban que estaban embarazadas.

ecografía cada dos meses... no era porque me las pedía el médico sino porque yo quería ver.” (Madre, Tucumán)

7.2 La participación del varón durante los controles prenatales

Los varones muestran interés y voluntad por acompañar a sus parejas a las consultas de control prenatal como una forma de protegerlas y cuidarlas y también por la posibilidad de evacuar dudas con los profesionales e informarse sobre el progreso del embarazo. La frecuencia de acompañamiento al control puede variar desde una sola vez a todos los controles y en general depende de la situación laboral del varón y su disponibilidad de tiempo.

“Fui la primera vez cuando se ha hecho la ecografía y después no he ido más.” (Padre, Tucumán)

“Yo que no podía trabajar y tenía que estar todo el tiempo en mi casa no falté nunca. O sea, ella se tenía que ir allá a hacerse un pinchazo cualquier día y yo estaba con ella, me tenía que levantar a las tres de la mañana a sacar un turno y me levantaba.” (Padre, GBA)

“Yo también (la acompañé) hasta que pude, porque después ya empecé a trabajar y ya no podía.” (Padre, GBA)

Según los testimonios, algunos profesionales de los centros de salud fomentan activamente la participación del varón en la atención del embarazo. Esto es valorado positivamente por los futuros padres que aprecian la información que reciben y se sienten protagonistas del embarazo a la par de sus parejas.

“Acá en el centro de salud me exigían que viniera con ella, tenía que dejar trabajo, changas, todo y tenía que venir, sí o sí tenía que venir... porque tienen razón, por un lado, por ahí ella se golpea o si se cae... La acompaño a los controles para que ella se sienta acompañada, es bueno. Y aparte que vos ya te van informando, te dicen todo lo del parto.” (Padre, Chaco)

“Junté 30 pesos y me fui a Capital y le hice un análisis de sangre y ahí me salió positivo y que estaba de tres meses y medio, de ahí en más empezamos a ir a los controles. Yo nunca falté, pero a ninguno, o sea, ella entraba a la sala del obstetra y estábamos ella y yo, y me sentaba y le hablaba (al médico), entonces me preguntaba: ‘Papá ¿vos estás conforme?’. No falté nunca, en nada. Yo preguntaba todo... Yo no me quedé con ninguna duda... yo pregunto, me interesa a mí saber lo que va a pasar, porque si uno no está conciente de las cosas que pasan, te puede agarrar de sorpresa cualquier cosa, tu mujer se descompuso y la obstetra a vos no te dijo por qué se te podía descomponer y vos no sabés qué hacer. Aparte la per-

sona que la atendió a ella era muy buena y yo no me quedé con ninguna duda.” (Padre, GBA)

“Era como que yo estaba embarazado, porque participaba en todo, el doctor no le decía: ‘Mamita, tenés control la semana que viene’, me decía: ‘Papá, la semana que viene a las siete te espero’ o ‘Papá, le tenés que comprar este remedio y hacela que tome el hierro a tu señora, dale, convencela’ y yo me iba pensando en eso, y le decía: ‘Dale, probalo, te va a hacer bien’.” (Padre, GBA)

7.3 Posibilidad de los varones de asistir al parto

A diferencia de la participación que algunas instituciones –en especial los centros de atención primaria– dan al varón durante las consultas de control prenatal, el acompañamiento durante el parto y la internación en el puerperio parecen ser instancias vedadas para los varones en los hospitales públicos. Según los testimonios, existiría una política institucional que no permite el acompañamiento en el momento del parto, mientras que en la internación posterior, el ingreso de los varones se restringe a los horarios de visita con el fin de resguardar la privacidad del conjunto de mujeres internadas.

Ninguno de los participantes de los grupos pudo presenciar el parto de su hijo, y no todos hubieran deseado hacerlo. Los testimonios reflejan un gran consenso sobre el escaso protagonismo y participación que las instituciones les permiten a los padres adolescentes en las primeras horas de vida de sus hijos ya que son tratados como visitas comunes cuya presencia se limita a un horario acotado y a quienes no se les informa con celeridad acerca del estado de su pareja e hijo o no se les notifica de inmediato el nacimiento. Esto se traduce en ansiedad, angustia, furia y desesperación.

“Para verlo tuve que esperar al otro día... (...) Ese mismo día no le pude ver porque ya había pasado el horario de visita y yo hice un lío ahí... Yo me quedé así a esperar y me dijeron: ‘es un varón, pesa tanto’ y nada más. Pero no me conformaba, yo lo quería ver y me decían que no. Lo llevaron a la sala de observación, y yo pensaba en un compinche mío ahí, cuando tuvo le hicieron un cambio, el bebé no era el de él. Ese caso, bueno, me pasaba por la cabeza a mí porque no le podía ver a la criatura y yo agitaba que yo lo quería ver, porque yo me ponía a pensar lo que le pasó a mi compañero. (...) Y cuando encima me dijo que lo llevaron a la sala de observación ... sabés cómo yo me desesperaba todo, yo le quería ver, y después el doctor me dijo: ‘Hijo, calmate’ me dice, ‘Pará un ratito que le hagan después la observación y te voy a hacer pasar por acá’, bueno, yo esperé como hasta las dos de la mañana, por ahí, y eran las dos de la mañana y no me dejaban pasar y después me llama así y ahí entré por un pasillo y me hizo subir y ella le estaba dando de mamar y ahí recién me quedé tranquilo y ahí recién vi, porque yo le quería ver.” (Padre, Chaco)

“Mi hijo nació hoy. Vinimos ayer a las diez de la noche, entré yo con ella hasta obstetricia, golpeamos la puerta, la metieron a ella adentro y me dijeron: ‘Mirá, la vamos a dejar internada, tiene que venir un mayor así firma todo’, yo salí, porque había venido con la madre de ella, salí yo y le digo: ‘Tiene que entrar para firmar un papel’, bueno, firmó todo, salió y cuando salió intenté entrar y me dicen: ‘No, vos no podés entrar’ ‘¿Cómo que no?, tengo a mi mujer que está por tener’. Yo entiendo que hay muchas mujeres que están casi totalmente desnudas... y está bien que un poco que esté mal que haya hombres, pero anoche me pareció mal que yo estaba con mi suegra y que mi suegra no pueda entrar, porque es una señora, sabe, uno cuando está mal, las hijas mayormente lo que quieren es que esté la madre al lado, por más que esté una puerta más allá, se sienten cuidadas, todo lo que sea y no la dejaron entrar... Estuve toda la noche, a las doce pregunté y me decían: ‘Preguntá a las dos’ y le preguntaba y ‘Preguntá a las cuatro’, ‘Preguntá a las seis’ y yo estaba de acá para allá y me quería matar. ¿Por qué no podía estar la madre? Es una mujer y no puede estar... Claro, es como que algo te están ocultando y hoy temprano pedí para verla un poco, le iba a preguntar si necesitaba algo, para verla a ella y para ver a mi bebé, y no me dejaron pasar y salió un doctor protestando y diciendo: ‘Ya dejan pasar gente, que esto que lo otro’, una vena, pero me tuve que ir y venir en el horario de visita, me tuve que ir porque no me iban a dejar pasar”. (Padre, GBA)

“A Matías lo vi recién al otro día que nació y estaba en el hospital enloquecido porque el de la policía estaba en la puerta y no me dejaba subir para arriba y faltaban cinco minutos para pasar la hora de la visita, casi me llevan preso porque yo ya me descontrolé y gritaba: ‘anoche subí y dejé a mi mujer a las 11 de la noche, vengo y ni siquiera me decís si se murió, si nació el bebé, si está normal, por lo menos llamá por teléfono arriba y preguntá si mi hijo y mi señora están bien’ y (la respuesta) era ‘No, tenés que esperar’, ahh, hasta que no me contuve más y casi me llevan preso.” (Padre, GBA)

La presencia de un varón en las salas de internación femeninas suele generar sospecha. El relato de un participante, separado y a cargo de su hijo internado en la sala de pediatría, da cuenta de la constante intimidación de la que fue objeto por querer acompañar a su hijo.

“Lo que pasa es que hay gente que es mala, como hoy el de seguridad, yo casi más pensé que me iban a echar, lo que pasa es que la sala donde yo estoy es un pasillo derecho donde está pediatría y más allá maternidad, y mi señora no está, no vive conmigo, y el que se encarga de mi hijo soy yo, tengo que estar para que duerma, para que coma, tengo que estar buscándole la vuelta para todo, y de mi sala a tres habitaciones más se termina pediatría y empieza maternidad y yo de esas tres salas pasé dos y me encontró el policía y me dice: ‘Eh, eh, cómo va a venir para acá, están las

señoras casi desnudas, ¿a quién viene a mirar?’ ‘¿Cómo a quién vengo a mirar? ¿usted qué piensa de mí?, yo no vengo con el interés de mirar a ninguna persona, yo vengo con el interés de que mi hijo se cure’.” (Padre, GBA)

8. CONCLUSIONES

El análisis de los grupos focales muestra que el embarazo en la adolescencia es, por lo general un evento no planeado que se da en el marco de relaciones de noviazgo entre adolescentes de edades similares en las que el uso de métodos anticonceptivos es nulo o esporádico y se limita principalmente a métodos de uso masculino (preservativo) o de baja eficacia (retiro y ritmo). Esta evidencia destaca la necesidad de mejorar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos por parte de las/los jóvenes y particularmente de reforzar la información acerca del uso correcto del preservativo.

La actitud de las adolescentes al conocer su embarazo está marcada por la vergüenza y el temor a una reacción negativa por parte de sus padres. Es frecuente que realicen diversos intentos para interrumpir el embarazo, más ligados a una estrategia para evitar tensiones con los adultos que a un rechazo directo a la maternidad. Los varones están menos pendientes de la opinión de los adultos. No obstante, también contemplan la posibilidad de interrumpir el embarazo como una forma de evitar el cambio de vida y las nuevas responsabilidades que amenazan la autonomía social masculina y ponen fin a un estilo de vida en el que priman el ocio y la búsqueda del placer.

Los padres y madres de las adolescentes embarazadas reaccionan con sorpresa e indignación al conocer el embarazo y suelen presionarlas para que se practiquen un aborto, frente a lo cual las adolescentes –a pesar de reconocerse como menores que están obligadas a obedecer a sus padres– muchas veces se resisten. Por su parte, la reacción de los padres y madres de los muchachos se centran en alertar a sus hijos sobre las nuevas responsabilidades que recaerán sobre ellos, destacando la necesidad de que éstos “sienten cabeza” y se preocupen por conseguir un trabajo y generar sus propios ingresos.

Las parejas que se unen a raíz del embarazo, en general conviven con una de las familias de origen –habitualmente la de la joven– que se constituye en una red de apoyo fundamental para que las/los adolescentes puedan afrontar sus nuevos roles, asistir a la escuela, trabajar y contar con tiempo libre.

Las/los jóvenes adhieren a un modelo de género tradicional y asimétrico que limita a la mujer al ámbito doméstico y a la crianza de los hijos y obliga al varón a ser el proveedor material. En concordancia con este modelo, el reconocimiento social del rol de padre se centra en la provisión económica sin contemplar otro tipo de vínculo o formas de relación entre los jóvenes padres y sus hijos. “Hacerse cargo” de la paternidad equivale a cumplir como proveedor. Este mandato genera tensiones en los varones no sólo debido a que no se sienten suficientemente maduros o capacitados sino porque en el contexto de pobreza y desempleo en que viven les resulta muchas veces imposible

poder satisfacer esa expectativa. En otras palabras, para ser reconocidos como padres deben lograr algo sumamente difícil para un joven de sectores pobres y con bajo nivel educativo: conseguir un trabajo y tener un ingreso estable y suficiente para satisfacer las necesidades de su nueva familia. Por lo tanto, no debería resultar sorprendente que muchos varones opten por “huir” de esta situación y se desentiendan de su paternidad. En este sentido, es necesario fomentar la transformación de los roles de género hacia modelos menos rígidos que permitan a las mujeres proyectar horizontes que trasciendan la maternidad, y que reconozcan en los varones la capacidad de ser padres más allá de sus posibilidades como proveedores.

Previo al embarazo las/los jóvenes no suelen tener proyectos definidos en términos de planes de estudio, trabajo o realización personal y sus expectativas se centran en el presente. En ese contexto, la maternidad/paternidad aparece como un factor organizador de las vidas de las/los jóvenes que conlleva un proceso de maduración precoz y despierta la preocupación por el futuro, hasta entonces ausente. Si bien el embarazo suele ser accidental y provoca miedo, vergüenza y desconcierto, también es una forma de afirmar su identidad, obtener reconocimiento social por el nuevo rol y acercarse al mundo adulto.

La escuela pública aparece como un espacio de contención y de inclusión para las adolescentes embarazadas y madres, que responde de manera flexible a sus necesidades. Sin embargo, esto por lo general depende de iniciativas personales de las autoridades y docentes de cada institución y no de la aplicación de políticas públicas específicas para fomentar la retención escolar.

Las adolescentes controlan su embarazo con regularidad y describen la consulta de control prenatal como una instancia donde pueden hacer preguntas a los profesionales y aclarar sus dudas con respecto al embarazo y el parto. Los varones, en general, muestran voluntad para acompañar a sus parejas al control, aunque en la práctica esto depende de su situación laboral. Ellos también se muestran interesados por informarse y conocer la evolución del embarazo y valoran positivamente la actitud de los profesionales que les adjudican protagonismo en esta etapa. Por el contrario, tanto el parto como el posparto son instancias en las que el varón es excluido y su protagonismo es desestimado. Ante esta situación, resulta indispensable que las instituciones replanteen el lugar que otorgan al padre adolescente en el momento del parto y en las primeras horas de vida de sus hijos, no sólo como una forma de estimular el compromiso de los varones con la paternidad sino también en términos de sus derechos como progenitores.

Referencias bibliográficas

- Brandão, E. R. *et al.*: “Juventude e família: reflexões preliminares sobre a gravidez na adolescência em camadas médias urbanas”, en *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, vol. 3, Nº 2, págs. 151-180, 2001.
- Coll, A.: “Embarazo en la adolescencia: ¿cuál es el problema?”, en Donas, B. S. (comp.) *Adolescencia y juventud en América Latina*, Cartago, Costa Rica, LUR, 2001.
- Folch-Lyon, E. y Frost, J. F.: “Conducting Focus Group Sessions”, en *Studies in Family Planning*, vol. 12, Nº 12, 1981.
- Gogna, M. *et al.*: “Las enfermedades de transmisión sexual: Género, salud y sexualidad”, en *Cuadernos del CENEP*, Nº 52, Buenos Aires, CENEP, 1997.
- Mendieta, N.: “Anticoncepción, sexualidad y vida. La historia convertida en cuerpos adolescentes”, en AEPA, CEDES y CENEP *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPA-CEDES-CENEP, 1998.
- Morgan, D.: “Focus groups as qualitative research”, *Qualitative Research Methods Series 16*, Sage Publications, 1988.
- UNFPA: “Myths, misconceptions and fears hindering access to and use of condoms”, trabajo presentado en el Seminar on Taking stock of the condom in the era of HIV/Aids, organizado por el IUSSP Committee on Reproductive Health en colaboración con el Department of Population Studies, University of Botswana, Gaborone, Botswana, del 13 al 17 de julio de 2003.
- Zamberlin, N.: “Reflexiones sobre la doble protección en varones adolescentes”, en Checa, S. (comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós, 2003.

CAPÍTULO 10

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
PARA POLÍTICAS PÚBLICAS**

Mónica Gogna ¹

Este capítulo recupera los principales resultados obtenidos por medio de los diversos componentes del estudio (el análisis sociodemográfico, la encuesta a puérperas, las entrevistas a informantes clave y los grupos focales con las/los adolescentes) y, en base a estos hallazgos, ofrece recomendaciones para re-orientar o desarrollar políticas públicas.

Dada la naturaleza de la cuestión en estudio y el volumen y tipo de la información generada, es posible derivar conclusiones de muy diferente nivel y grado de aplicabilidad.

Una primera conclusión general es que existe un desfase entre el “sentido común” acerca del embarazo en la adolescencia –aún vigente en la sociedad en su conjunto y, en buena medida, en las instituciones de salud y de educación– y los resultados tanto de la producción académica más reciente como de este estudio multi-céntrico. El mismo ha revelado la existencia de una incongruencia entre, por un parte, las imágenes dominantes acerca del embarazo en la adolescencia y, por otra, el cuadro de situación que surge de la revisión de la literatura especializada y del análisis de los datos censales, las estadísticas vitales y la información producida por la encuesta a puérperas.

En segundo lugar, el análisis de las opiniones de los adultos involucrados en el diseño y la implementación de acciones de prevención o asistenciales (funcionarios, prestadores de servicios de salud, integrantes de ONGs) muestra la coexistencia de diferentes “visiones”, más o menos complejas, acerca de la problemática, sus nudos críticos y las intervenciones posibles y desea-

¹ Este capítulo fue elaborado sobre la base de las conclusiones y recomendaciones sistematizadas por Valeria Alonso para el informe final de investigación. Agradezco también los aportes de Silvia Fernández y Nina Zamberlin y los comentarios de Georgina Binstock a la versión final.

bles. Algunas de estas perspectivas están permeadas por estereotipos de género y/o clase y tienen un fuerte sesgo adulto-céntrico. Otras, en cambio, exhiben mayor sensibilidad frente a la complejidad social que subyace tras el embarazo en la adolescencia y reconocen la existencia de una pluralidad de situaciones y, en consecuencia, la necesidad de intervenciones que den cuenta de estas especificidades.

En tercer lugar, la inclusión de la perspectiva de las/los adolescentes (sus opiniones, experiencias, deseos y necesidades) aparece como un elemento fundamental –muchas veces ausente en este tipo de estudios– para comprender este proceso y diseñar intervenciones que resulten más eficaces y democráticas.

A continuación, resumimos los principales hallazgos del estudio y ofrecemos una serie de recomendaciones que contribuirían, desde nuestro punto de vista, al mejoramiento de las actividades de prevención del embarazo y la atención del embarazo y el parto de las adolescentes en los hospitales públicos. Estas recomendaciones recuperan tanto las propuestas de los informantes clave y adolescentes entrevistados cuanto las implicancias que se derivan de los datos primarios y secundarios analizados y, en particular, de la triangulación entre la información provista por las técnicas cuantitativas y cualitativas.

Dado el volumen de información generado y la integralidad de la problemática, no resultó sencillo elegir un esquema para la presentación de los resultados. En la medida de lo posible, hemos optado por presentar los resultados “en contrapunto” con las afirmaciones del sentido común o los interrogantes más habituales frente a esta problemática. Asimismo, dado el propósito del estudio, hemos desarrollado con mayor detalle las recomendaciones relacionadas con el papel del sector salud, tanto en lo que hace a la prevención del embarazo y su repitencia cuanto a la atención del embarazo y el parto.

Este capítulo final no pretende sintetizar la riqueza de información presentada a lo largo del libro. Confiamos en que los datos y relatos habrán suscitado en los lectores nuevas miradas acerca de la problemática y estimulado la reflexión acerca de las intervenciones necesarias y apropiadas. Llegado este punto, el propósito de estas páginas es sólo sintetizar algunos hallazgos e ideas que nos permitan seguir pensando juntos sobre una cuestión social que constituye un enorme desafío para quienes creemos que es posible generar una mayor equidad para las/los adolescentes y jóvenes en la Argentina.

¿HAY UN “BOOM” DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA?

Contrariamente a lo que señalan con frecuencia los medios de comunicación o a la impresión que reflejan los testimonios de muchos informantes clave entrevistados, la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) ha venido descendiendo desde 1980, aunque todavía no alcanzaba en 2001 el nivel registrado en 1960. Como todo promedio, la tasa de fecundidad adolescente

del país (62.2 por mil) esconde importantes diferencias entre provincias, las que se reflejan en niveles que van del 23.9 por mil en la Ciudad de Buenos Aires al 101.1 por mil en la provincia del Chaco. Aún cuando en los últimos 40 años la “variabilidad espacial” en los niveles de fecundidad adolescente se redujo, continúa siendo importante, y hay mucho terreno para que las tasas –incluso aquellas más bajas– sigan descendiendo.

Una preocupación especial merece la tasa de la fecundidad adolescente precoz (10-14), que se encontraba en descenso desde 1980. Aunque en la mayoría de las jurisdicciones este descenso continúa, en seis provincias la tendencia se ha revertido al punto que en ellas la tasa máxima es alcanzada en el 2001. Es razonable hipotetizar que la inmensa mayoría de estos embarazos son producto de relaciones no consentidas por las niñas/adolescentes. Si bien este estudio no ha centrado la atención en las adolescentes de este grupo etario, los testimonios recogidos y la información disponible indican que el abuso sexual y la violación constituyen una problemática que nuestra sociedad aún no aborda con la urgencia y el compromiso que ella demanda, más allá de los esfuerzos que realizan algunas instituciones (en particular, las de salud) y organizaciones de la sociedad civil.

¿ES EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA UN MOTIVO DE PREOCUPACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD PÚBLICA?

Desde la salud pública, la preocupación por el embarazo en la adolescencia está anclada en sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño y, en particular, en la mayor prematuridad y bajo peso al nacer, con el consiguiente impacto en la morbi-mortalidad perinatal. La revisión de la literatura biomédica reciente indica que es sólo a edades muy tempranas (menores a dos años post-menarca, o sea alrededor de los 13-14 años) cuando un embarazo se constituye en un evidente riesgo en términos biológicos en relación a resultados adversos, expresados en una mayor morbi-mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer.

Resulta llamativo que la bibliografía no se interrogue acerca de los efectos adversos de estos embarazos sobre la salud psíquica y emocional de las “niñas-madres”, cuando probablemente muchos de estos embarazos sean producto de relaciones sexuales no consensuales. Esta preocupación, en cambio, está presente en el discurso de los profesionales de salud entrevistados, entre quienes existe un relativo acuerdo en que, excepto en el grupo de menores de 15 en donde pueden estar ocultas situaciones de violencia sexual y abuso y entre las que puede incrementarse significativamente la morbilidad y/o mortalidad materna o perinatal, el embarazo en la adolescencia no es un problema desde el punto de vista de la salud pública.

El estudio realizado permite concluir que existe una “deuda importante” de los servicios de salud en la identificación y atención de los casos de violencia sexual (y también de violencia doméstica). De acuerdo a la información obtenida, los hospitales pediátricos han avanzado más en la institucionaliza-

ción de estrategias de prevención y tratamiento de la violencia sexual que las maternidades, los hospitales generales y el primer nivel de atención, contando con protocolos de denuncia y de atención. Ello destaca la necesidad de capitalizar esta experiencia y de capacitar a los equipos de salud en la detección y atención de las víctimas de violencia sexual. Implementar redes de derivación y agilizar los mecanismos de denuncia de abuso sexual y violación son otras acciones requeridas. También sería importante promover la institucionalización de comités de maltrato o violencia familiar en los hospitales, que actúen de manera coordinada con los centros de salud.

Finalmente, en términos de salud pública también resultan preocupantes, como bien señalan los informantes, las complicaciones del aborto inducido y la multiparidad y los intervalos intergenésicos inferiores al período de 2 años recomendado por los expertos a nivel internacional. Visto que en la atención de los casos de aborto se aprecia de manera bastante generalizada la subyacencia de un juicio moral respecto de la conducta de la joven, se sugiere implementar actividades de capacitación y formación continua de los equipos de salud en calidad de la atención pos-aborto desde una perspectiva de género y de derechos. Incorporar la consejería anticonceptiva pos-aborto como una práctica de rutina resulta fundamental debido a que diversos testimonios revelan que esta situación es generalmente una oportunidad perdida. Asimismo, la multiparidad y los cortos intervalos intergenésicos indican que es necesario mejorar la cobertura y eficacia de las acciones preventivas. El hecho de que sólo una de cada diez adolescentes encuestadas manifestó desear un espaciamiento corto entre partos (de 1 a 2 años), sugiere que las recomendaciones de los expertos coinciden con las expectativas de las usuarias y que, por tanto, estarían dadas las condiciones para prevenir la repitencia del embarazo en el corto plazo.

¿ES EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA UN “PROBLEMA DE EDUCACIÓN”?

Como ha sido ampliamente documentado, existe una relación claramente negativa entre la condición de maternidad y la asistencia escolar que se mantiene aun después de controlar por la edad de las adolescentes. Según el último censo, el 80% de las adolescentes que no tuvieron hijos asisten a un establecimiento educativo mientras que entre las madres dicha proporción es sólo el 25%.

Por otra parte, la proporción de madres entre las adolescentes con baja educación (primaria completa o menos) al menos triplica a la proporción de madres entre las adolescentes con mayor educación (secundaria incompleta y más). Sin embargo, la relación no es lineal: la información censal muestra que la proporción de madres disminuye del 26% entre las que no tienen instrucción al 20% entre aquellas con primaria incompleta, pero aumenta al 35% entre las que completaron la primaria para luego disminuir significativamente a un nivel algo superior al 7%.

Estos datos ponen de manifiesto que la educación, además de un *proxy* de condición social, es *una* variable en un conjunto más amplio de factores que dan cuenta de la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia. La condición de pobreza y sus consecuencias (escasas oportunidades de educación y trabajo, que “incentiven” la postergación de la maternidad, falta de recursos de diferente tipo –materiales, cognitivos, etc.– para adoptar una conducta anticonceptiva eficaz, entre otros) y la socialización de género (que condena la sexualidad y la asertividad de las jóvenes y des-responsabiliza a los varones del cuidado anticonceptivo), también son factores que contribuyen a “explicar” la ocurrencia de embarazos en la adolescencia.

Esto no implica negar el indudable “efecto protector” que tiene la educación. Hemos visto a lo largo del estudio que a medida que aumenta la escolaridad también aumentan, entre las jóvenes madres encuestadas, las probabilidades de utilizar un método anticonceptivo en la iniciación sexual y de realizar un número apropiado de controles prenatales. Esto es sin duda muy importante y destaca la urgente necesidad de trabajar para aumentar la tasa de escolarización y mejorar la retención de las y los jóvenes en el sistema educativo. Pero también la situación de pobreza tiene un fuerte efecto independiente tanto sobre el cuidado anticonceptivo en la iniciación sexual como en el cuidado prenatal, particularmente para las primíparas. Es decir, a igual nivel de educación, las probabilidades de utilizar un método anticonceptivo al inicio de la vida sexual y de realizar un número adecuado de controles de embarazo siempre son más altas para las jóvenes que viven en hogares en condiciones menos precarias (medido a través del *proxy* “vivienda con baño con descarga de agua”). El análisis probabilístico demuestra que, al igual que la educación, las condiciones materiales de vida –que implican oportunidades y recursos diferenciales– juegan un papel importante en la posibilidad de postergar la maternidad/paternidad y controlar adecuadamente los embarazos.

EL EMBARAZO Y LA DESERCIÓN ESCOLAR: CAUSA Y CONSECUENCIA

Como también muestran estudios realizados en otros países, los resultados de la Encuesta a Puérperas indican que casi la mitad de las madres adolescentes había ya abandonado la escuela al momento de su primer embarazo. Ahora bien, entre aquellas que estaban estudiando al momento de su primer embarazo, se registra un nivel de abandono importante: sólo cuatro de cada diez continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el séptimo mes. El principal motivo de abandono argumentado fue sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o de ser discriminada.

El desgranamiento escolar durante el embarazo evidencia la necesidad de trabajar con la escuela y con la comunidad para disminuir prejuicios y facilitar la continuidad de los estudios a las adolescentes embarazadas. Cabe reconocer también que en muchos casos la escuela pública aparece como un espacio de contención y de inclusión para las adolescentes embarazadas y ma-

dres, que responde de manera flexible a sus necesidades, según los testimonios recogidos en los grupos focales. En general esto parece depender más de iniciativas personales de las autoridades y docentes de cada institución que de la aplicación de una política específica desde el sector educación.

De manera más general, resulta imperioso que el sector educación identifique sus responsabilidades en el complejo proceso socioeconómico que lleva a que altas proporciones de adolescentes estén fuera del sistema escolar a los 16 años y medio (promedio de edad al primer embarazo) y desarrolle acciones tendientes a mejorar la retención escolar.

LAS MADRES ADOLESCENTES Y SUS PAREJAS

Contrariamente a la idea que asocia a la madre adolescente con la madre soltera, tanto los datos censales como los provenientes de la encuesta a puérperas señalan que la mayoría de ellas se encuentran en pareja al momento del nacimiento de sus hijos/as.

En términos generales, las adolescentes tienen hijos con varones de una edad similar o que las superan en pocos años. Sólo una minoría de las adolescentes de 15 a 19 años encuestadas (5%) declaró que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del bebé, lo que podría estar indicando la existencia de situaciones de coerción sexual.

Otra seguramente sea la situación de las “niñas-mamás”. Un estudio realizado hace algunos años por Pantelides (1995) indicaba que el 80% de las madres de 9 a 13 años habían tenido hijos con varones que las superaban en al menos 10 años y una cuarta parte con varones al menos 20 años mayores que ellas –situación que obviamente hace pensar en la posibilidad de que estemos en presencia de situaciones de abuso, violación o inclusive incesto. Otras evidencias en ese sentido ofrece el estudio de Pantelides y Geldstein (1998), en el cual el 100% de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas mientras que ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fueron.²

¿SON SIEMPRE “INESPERADOS” LOS EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA?

Desde el punto de vista de las políticas públicas, resulta preocupante que la gran mayoría de las jóvenes encuestadas (aproximadamente dos tercios de la muestra) no había buscado embarazarse, a pesar de que no estaba usando un método anticonceptivo. Los motivos argumentados (dificultades de acce-

² Esta investigación fue realizada con una muestra al azar de 201 adolescentes concurrentes al servicio de adolescentes de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

sibilidad a métodos pero también pautas culturales que las inhiben de tomar un actitud de autocuidado o de negociar prácticas anticonceptivas) dan pistas útiles para mejorar las actividades de prevención.

Ahora bien, el estudio también revela que algo más de un tercio de las encuestadas no se estaba cuidando al momento del último embarazo porque quería tener un hijo. La proporción de jóvenes que declaran haber querido embarazarse es mayor entre las de mayor edad (18-19 años), las que no estaban estudiando –sea que hubieran terminado o no el secundario– y entre las que convivían con su pareja. Por otra parte, la información obtenida en los grupos focales indica que la “búsqueda intencional” de un embarazo se enmarca en circunstancias de vida particulares relacionadas con la soledad que deviene de la muerte de un ser querido, la pérdida de un embarazo anterior, sea espontánea o debida a un aborto provocado –lo cual puede renovar el deseo de quedar embarazada– o situaciones en la que las parejas conviven o han mantenido una relación de noviazgo durante un plazo que ambos consideran suficiente como para formar una familia.

¿CÓMO MEJORAR LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO Y SU REPITENCIA?

En relación con la prevención de los embarazos “no planeados” resulta evidente que tanto desde salud como desde educación deben intensificarse las acciones en este sentido. En primer lugar, es fundamental garantizar a las/los adolescentes el acceso gratuito a los métodos anticonceptivos y la continuidad en el suministro. En segundo lugar, resulta evidente que la consejería anticonceptiva debe incluir no sólo información sobre los diferentes métodos y su correcta utilización, sino también promover conductas de cuidado y la discusión de los estereotipos y roles de género, de modo de incrementar la asertividad de las jóvenes para tener relaciones protegidas y la responsabilidad de los varones en la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

El hecho de que una importante proporción de las púerperas encuestadas hubiera estado utilizando un método anticonceptivo al momento de embarazarse del hijo recién nacido resulta preocupante. La consejería debe tener como una de sus metas el desarrollo de las habilidades necesarias para que las y los jóvenes utilicen los métodos anticonceptivos de manera correcta y sistemática.

La importante proporción de adolescentes que ya estaba fuera del sistema escolar al momento de su primer embarazo indica que es importante realizar acciones de prevención del embarazo a nivel comunitario. Esta es también una instancia donde es necesario discutir abiertamente con jóvenes y líderes comunitarios la manera en que el género afecta la posibilidad de adoptar conductas de cuidado de la salud sexual y reproductiva y abordar la problemática de la violencia doméstica y sexual.

Teniendo en cuenta que casi la totalidad de las púerperas tiene intención de utilizar un método anticonceptivo, es importante aprovechar todas las

oportunidades de contacto con el sistema de salud para ofrecer consejería y métodos (consulta de control prenatal, internación posparto, consulta de puerperio, control de niño sano, etc.). En relación con los métodos ofrecidos, se sugiere que la oferta sea lo más amplia posible. Vista la marcada preferencia por el DIU expresada por adolescentes que ya han tenido al menos un hijo y las experiencias de “fracasos previos” con métodos de control masculino y hormonales, se recomienda revisar los criterios vigentes según los cuales este método no se ofrece a las adolescentes en el sector público. En caso de que los servicios de salud evalúen que dicho criterio debe mantenerse, se sugiere que se garanticen alternativas de similar eficacia y seguridad.

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y EL PARTO?

En primer lugar, resulta necesario mejorar la cobertura de los controles prenatales. Visto que aquellas adolescentes que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo uno tienen un nivel educativo menor, resulta prioritario trabajar a nivel comunitario para mejorar la captación de las adolescentes embarazadas.

Asimismo, una estrategia destinada a mejorar la cobertura del embarazo deberá tener presente que la experiencia de haber tenido un hijo disminuye significativamente la probabilidad de las adolescentes de realizar controles prenatales en los embarazos subsiguientes. En otras palabras, deberán darse estrategias especialmente dirigidas a captar a las adolescentes multíparas.

En relación con las prácticas realizadas durante las consultas de control prenatal, se observa una alta realización de las prácticas de rutina en consultorio (peso, presión arterial, medición de altura uterina, auscultación del feto). También es alta la proporción de embarazadas a quienes se les hizo una ecografía y se les aplicó una vacuna. Por otro lado, se constata una baja realización de prácticas preventivas en relación al cáncer genito-mamario, y que las prácticas menos comunes son las que tienen que ver con la preparación para la lactancia y la prevención/planificación de futuros embarazos. Se sugiere que la consejería anticonceptiva y la preparación para la lactancia sean incorporadas como prácticas de rutina en los controles prenatales.

En cuanto a la satisfacción de las usuarias con la atención prenatal, ésta fue evaluada por la mayoría como satisfactoria. La información recogida en los grupos focales sugiere que la consulta de control prenatal es percibida por las adolescentes como una instancia donde pueden hacer preguntas a los profesionales y aclarar sus dudas con respecto al embarazo y el parto.

En la mayoría de las jurisdicciones, con algunas excepciones en los sitios de mayor densidad urbana, parecen seguirse adecuadamente los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y los hospitales en la atención del embarazo y del parto. Sin embargo, se registran serias dificultades para el seguimiento de las pacientes después del parto o de la resolución de la complicación de un aborto. Se sugiere fortalecer las redes de

referencia entre los centros de salud y los hospitales para la atención del embarazo y del parto en las jurisdicciones en las que estas redes se mostraron más debilitadas, y para el seguimiento de las pacientes en planificación familiar después del parto o de una internación por complicación de aborto en todas las jurisdicciones.

Un vacío identificado al que deberá atender una estrategia destinada a mejorar la calidad de la atención obstétrica es la falta de cursos de preparación para el parto.

En otro orden de cosas, los testimonios de los grupos focales indican que tanto el parto como el posparto son instancias en las que el varón es excluido y su protagonismo es desestimado. Ante esta situación, resulta indispensable que las instituciones replanteen el lugar que otorgan al padre adolescente en el momento del parto y en las primeras horas de vida de sus hijos, no sólo como una forma de estimular el compromiso de los varones con la paternidad sino también en términos de sus derechos como progenitores.

LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SITIOS Y DESARROLLO DE ACCIONES QUE ATIENDAN A LA ESPECIFICIDAD DE LAS SITUACIONES LOCALES

A lo largo del libro hemos procurado destacar las diferencias más relevantes entre los sitios, de modo que las recomendaciones para políticas tengan un adecuado grado de especificidad. Así, por ejemplo, señalamos que existen diferentes “grados de vulnerabilidad” al embarazo accidental entre las adolescentes de los diferentes sitios. Las situaciones más “problemáticas” se presentan en Tucumán, Misiones, Salta y Catamarca, mientras que en Chaco, Rosario, Gran Buenos Aires y La Plata, a pesar de sus diferencias, la situación es menos desventajosa.

Los diagnósticos locales también revelaron cierta disparidad jurisdiccional en los abordajes de la sexualidad adolescente: las provincias del noroeste parecen tener mayores dificultades para la extensión de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva a las/los adolescentes y las del nordeste mayor flexibilidad para la extensión de la planificación familiar entre los jóvenes. Los mayores avances en acciones concretas para la atención específica de la sexualidad y del embarazo adolescente parecen concentrarse en los grandes centros urbanos (Rosario y Gran Buenos Aires).

En términos de “indicadores críticos” (deserción escolar, baja utilización de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, ausencia de controles prenatales o inicio tardío, etc.) hemos visto que las dos situaciones más homogéneas corresponden al Gran Buenos Aires y Tucumán, que presentan los mejores y los peores indicadores respectivamente. En el resto de los sitios se observa una mayor variabilidad.

En términos de las “áreas” en las que en cada sitio resulta prioritario concentrar los esfuerzos (en particular, los del sector salud), es posible establecer un gradiente. En el extremo más crítico se encuentra Tucumán, donde es necesario mejorar la retención escolar, incrementar el uso de métodos en la

iniciación sexual, mejorar la cobertura de los controles prenatales y de la captación temprana y reducir el número de cesáreas. En una situación intermedia se encuentran Salta y Catamarca. En Salta resulta imperioso promover el uso de métodos anticonceptivos (en particular aquellos de mayor eficacia), mejorar la cobertura del embarazo y, en particular, aumentar la captación temprana. En Catamarca también debería promoverse más eficazmente el uso de métodos anticonceptivos, mejorar el acceso a los controles prenatales y reducir el porcentaje de cesáreas. Chaco, por su parte, debería intensificar los esfuerzos para retener a las adolescentes en el sistema escolar y mejorar la cobertura anticonceptiva. En el caso de Misiones, en cambio, los esfuerzos deben encaminarse principalmente al control prenatal (mejorar la cobertura e incrementar la captación temprana).

Visto que en todas las jurisdicciones se ha destacado el rol fundamental que está protagonizando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la legitimación de la extensión de la cobertura en anticoncepción y en la promoción del acceso a la consulta (mediante la disponibilidad de los insumos), consideramos que el escenario resulta propicio para el desarrollo de las acciones propuestas por los informantes clave, las que se encuentran en sintonía con las recomendaciones especializadas y los acuerdos internacionales en materia de atención de salud de la población adolescente. A saber, la oferta de servicios integrales para las/los adolescentes, la disponibilidad de espacios propios en los hospitales, la conformación y capacitación continua de equipos profesionales especializados e interdisciplinarios, el “aceitamiento” de la red de salud y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad.

No desconocemos que aún existen obstáculos de diverso tipo (político-ideológicos, institucionales, culturales) que dificultan la generación de consensos que hagan viable el desarrollo de las actividades de educación sexual y la oferta de métodos anticonceptivos a la población adolescente. Asimismo un abordaje integral y eficaz de la problemática del embarazo en la adolescencia requiere una mejora sustantiva en la articulación intersectorial y en la colaboración entre el sector público y la sociedad civil.

Esperamos que la información y las propuestas surgidas de este estudio multicéntrico sean de utilidad para quienes, sea desde el lugar de la gestión de las políticas, la provisión de los servicios o el *advocacy*, tienen un compromiso con la salud, los derechos y el bienestar de las/los adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Pantelides, E. A.: *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*. UNICEF, Argentina, 1995.
- Pantelides, E. A. y Geldstein, R.: “Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos”, en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPACEDES-CENEP, 1998.

ANEXOS

ANEXO I:

LOS DIÁLOGOS LOCALES Y EL SEMINARIO NACIONAL

LOS DIÁLOGOS LOCALES

Entre los meses de agosto y noviembre de 2004 se realizaron encuentros o “diálogos locales” en los sitios donde se llevó a cabo la investigación con el objetivo de presentar los datos generados por el estudio, sensibilizar a los “actores relevantes” (funcionarios, proveedores de servicios, integrantes de organizaciones no gubernamentales, investigadores) acerca de las implicancias de los hallazgos y discutir líneas de acción posibles.

La organización de los diálogos locales estuvo a cargo de los becarios y responsables de cada sitio, quienes definieron la forma de presentación de sus hallazgos. Así, en algunos sitios se organizaron paneles de presentación y discusión de los resultados del estudio por parte de comentaristas invitados. En otros, los becarios y responsables presentaron los resultados y posteriormente respondieron preguntas e intercambiaron ideas con los asistentes al encuentro.

A los diálogos asistieron: ministros de salud provinciales, referentes provinciales del Programa Materno Infantil y de los programas de Salud Reproductiva, de Salud Escolar, de Adolescencia y/o de ITS-sida; autoridades de las áreas provinciales de Educación, Mujer y Desarrollo Social; investigadores, docentes y estudiantes universitarios, representantes de ONGs que trabajan con adolescentes, proveedores de servicios de salud, educación y desarrollo social, periodistas y alumnos de escuelas secundarias. En todos los casos, del diálogo local participó también algún integrante del equipo coordinador del estudio multi-céntrico.

SEMINARIO NACIONAL “EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA. APRENDIZAJES, DESAFÍOS Y CONSENSOS INTERSECTORIALES”

Como corolario nacional de los diálogos locales y con el propósito de difundir y discutir los resultados de la investigación, el 16 de noviembre de 2004 se llevó a cabo el Seminario Nacional “*El embarazo y la maternidad en la adolescencia. Aprendizajes, desafíos y consensos intersectoriales*”, organizado por el CEDES, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y UNICEF Argentina. Participaron del mismo el equipo responsable de la investigación, funcionarios/as responsables de políticas y programas, técnicos/as de las áreas de salud y educación (del nivel nacional, de todas las provincias y de la Ciudad de Buenos Aires), académicos/as e integrantes de organizaciones de la sociedad civil vinculadas con la temática.

El encuentro, que contó con el auspicio de la Asociación de Estudios de Población Argentina (AEPa), tuvo lugar en el Centro Dr. Carlos Gianantonio de la Sociedad Argentina de Pediatría, en la Ciudad de Buenos Aires.

Los objetivos específicos del Seminario fueron:

- Ofrecer a los participantes de todo el país información actualizada sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia así como una visión integral, con perspectiva de género y derechos de esta temática.
- Promover la discusión y elaboración de propuestas concretas para el diseño o fortalecimiento de políticas públicas intersectoriales de prevención y/o acompañamiento del embarazo y la maternidad en la adolescencia.

La apertura de la jornada estuvo a cargo del Dr. Juan Carlos O’Donnell (Coordinador CONAPRIS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación), el Dr. Jorge Rivera Pizarro (Representante de UNICEF Argentina), la Dra. Graciela Rosso (Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación), el Prof. Alberto Sileoni (Secretario de Educación - Ministerio de Educación de la Nación) y la Lic. Silvina Ramos (Directora del CEDES).

Durante la mañana se presentaron los resultados de los diferentes componentes del estudio multi-céntrico. A modo de introducción, la Lic. Mónica Gogna, coordinadora del proyecto, hizo una breve historia de la iniciativa y una presentación global del estudio (sus propósitos y objetivos, la perspectiva conceptual que guió el diseño y el diseño metodológico utilizado). A continuación, los becarios Fabián Portnoy y Ariel Adaszko ofrecieron una síntesis de los principales resultados de las revisiones de la literatura biomédica y socio-antropológica respectivamente. Edith A. Pantelides (CENEP-CONICET) presentó el diagnóstico sociodemográfico de la fecundidad adolescente realizado en colaboración con Georgina Binstock. Ariel Adaszko y Valeria Alonso expusieron los principales hallazgos del componente del estudio destinado a relevar las perspectivas de los funcionarios y los prestadores de salud. Silvia

Fernández y Mónica Gogna presentaron los resultados de la encuesta realizada a adolescentes (15-19 años) que tuvieron sus partos en las principales maternidades públicas de los sitios incluidos en el estudio. Finalmente, Nina Zamberlin presentó la perspectiva de los y las adolescentes, en base a la información obtenida mediante la aplicación de la técnica de grupos focales.

A continuación, realizaron comentarios acerca de los hallazgos del estudio y sus implicancias para políticas públicas los expertos invitados a tal fin: el Dr. Enrique Pons (Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva), la Lic. Margareth Arilha (Equipo de Apoyo Técnico-Fondo de Población de Naciones Unidas) y la Lic. Eleonor Faur (UNICEF Argentina).

Posteriormente, cada becario hizo una breve presentación de las cuestiones consideradas más críticas o prioritarias en cada jurisdicción, como contribución al trabajo posterior en talleres. Finalmente, la primera parte de la jornada de trabajo concluyó con un espacio destinado a preguntas y comentarios de los asistentes (aproximadamente 100 personas).

Durante la tarde, la jornada prosiguió con el trabajo en talleres. Los participantes se reunieron en grupos según región geográfica de pertenencia, con la coordinación de un becario/a integrante del equipo de investigación. El propósito del trabajo grupal fue elaborar propuestas específicas de acción para generar y/o incidir en las políticas públicas de prevención, atención y acompañamiento del embarazo y la maternidad en la adolescencia, teniendo en cuenta las características de las diversas provincias y las prioridades identificadas por los investigadores locales.

Con el propósito de sensibilizar a los participantes y comprometerlos con la tarea, se decidió utilizar como disparador del trabajo grupal una dinámica de *role playing*. Para ello, se proveyó a cada grupo con una consigna que refería una situación “típica” vinculada con la problemática del estudio: consulta de una adolescente que busca un método anticonceptivo; alta posparto y consejería anticonceptiva; sospecha por parte de los docentes de que el embarazo de una alumna es producto de un abuso sexual. A través de esta dinámica grupal se pusieron de manifiesto los discursos y posicionamientos que los participantes suponen tienen los actores sociales a los que debían representar (por ejemplo, una adolescente, una enfermera, un profesor) acerca de la temática del embarazo y la maternidad/paternidad adolescente. Finalizada la *dramatización*, cada grupo discutió sobre los aspectos emergentes: la perspectiva de los adultos frente a la temática en cuestión, la perspectiva de las/los adolescentes, sus derechos, el papel clave de ciertos actores sociales en torno a esta problemática, el rol del Estado, la relación Educación y Salud, la legislación existente, el funcionamiento de los Servicios de Salud y la accesibilidad a los mismos, el rol de los medios de comunicación y las organizaciones de la Sociedad Civil, entre otros.

Entre las conclusiones que surgieron de la “puesta en escena” en los diferentes grupos, se pueden destacar las siguientes:

- Existencia de obstáculos relacionados con ciertas ideas, mitos y prejuicios presentes tanto entre los proveedores de salud como entre las/los propias/os usuarios de los servicios.
- Existencia de falencias en la formación profesional y “falta de concientización” de los profesionales de salud en relación a la atención y el abordaje integral de la salud de las/los adolescentes, en particular en lo referido a sus derechos.
- Importancia de ofrecer consejería en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación.
- Importancia de incorporar a los padres como agentes primarios de formación, adecuando y reforzando la información que ellos manejan.
- Necesidad (considerada un desafío) de incorporar a las/los jóvenes que no están escolarizados/as y a los varones jóvenes, que son los “grandes ausentes” en los programas y acciones.

Luego de la dramatización, se propuso a los participantes que compartieran sus experiencias e inquietudes respecto de una serie de dimensiones de la problemática del embarazo en la adolescencia:

- Educación sexual
- Acceso a métodos anticonceptivos
- Aborto
- Retención-abandono escolar
- Los varones y la salud reproductiva
- Violencia y abuso sexual

En relación a cada una de estas dimensiones, los grupos debían responder un conjunto de preguntas-guía: a) ¿qué estamos haciendo? ¿qué funciona bien?; b) ¿qué estamos haciendo mal?; c) ¿qué podríamos/deberíamos hacer? A medida que la discusión avanzara, cada grupo debía confeccionar una lista de los obstáculos más frecuentes y proponer estrategias para superar esas limitaciones. Finalmente, en el plenario, cada grupo presentaría lo producido en el trabajo en talleres.

A continuación se transcriben las principales conclusiones grupales expuestas en el plenario en relación a cuatro de las seis dimensiones:¹

1 Por razones de falta de tiempo, los grupos de trabajo no avanzaron sobre la discusión acerca de las dimensiones “los varones y la salud reproductiva” y “abuso y violencia sexual”.

1. EDUCACIÓN SEXUAL

Obstáculos

- Existe confusión en la definición de la educación sexual. (Grupo Noroeste).
- Problemas y “sobre-entendidos” relacionados con el término “educación sexual” (Grupo Sur).
- Falta de consenso para definir qué se entiende por “educación sexual” (Grupo Noroeste).
- Las ideas personales tiñen los mensajes en educación sexual (Grupo Sur).
- Aplicación a discreción de los contenidos de la EGB. (Grupo Noreste)
- Desprotección docente en la transmisión de contenidos (Grupo Noreste).
- La capacitación en educación sexual no forma parte de la currícula de los docentes (Grupo Noroeste).
- Superposición de propuestas diversas, muchas veces vinculadas con líneas de financiamiento externo adjudicadas en forma directa a los municipios (Grupo Noreste).
- Desvinculación entre la información y la acción: la información no garantiza por sí misma la prevención (Grupo Noreste).
- Se hace educación sexual a demanda, y en general por médicos sin capacidad docente (Grupo Noroeste).
- Influencia de la Iglesia Católica (Grupo Noreste).

Propuestas/Estrategias

- Reactivación efectiva de los gabinetes sociales en las provincias, de manera que la articulación intersectorial e interjurisdiccional para la prevención de los embarazos inoportunos sean guiadas por una política de estado (Grupo Noreste).
- Revalorizar el rol y reactivar el compromiso de la educación como institución. El sector salud no puede ser o reemplazar al docente (Grupo Sur).
- Capacitar a los docentes en forma programada, incorporando herramientas para la educación sexual (Grupo Sur).
- Capacitación integral de otros actores (padres, alumnos, docentes) que actúen como multiplicadores en salud y formación de líderes comunitarios (Grupo Sur).
- En lugar de “educación sexual”, se propone el término “empoderamiento” o “acompañamiento” en salud sexual (Grupo Sur).
- Definir claramente a qué se denomina “educación sexual” (Grupo Noroeste).
- Implementar un programa de educación sexual en las escuelas desde el nivel inicial (Grupo Noroeste).

- Incluir los derechos reproductivos entre los temas del Programa de Educación Sexual (Grupo Noroeste).

2. ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Obstáculos

- Insuficiente cantidad de insumos anticonceptivos para cubrir a las mujeres mayores de 20 años (Grupo Noreste).
- Existencia de factores sociales y psicológicos y situaciones vitales que llevan a un embarazo en la adolescencia aun cuando exista accesibilidad a los métodos anticonceptivos (Grupo Noreste).
- Existencia de obstáculos ideológicos, políticos e institucionales al desarrollo de actividades de consejería y provisión de métodos (Grupo Noroeste).
- Falta de capacitación del personal de los equipos de salud acerca de métodos anticonceptivos (Grupo Noroeste).

Propuestas/Estrategias

- Dado que la problemática social de la adolescencia estaría excediendo las capacidades del sector salud para una solución global, se propone comenzar por trabajar con las propias barreras institucionales al acceso de los jóvenes a la anticoncepción (Grupo Noreste).
- Fortalecer, mediante la comunicación social, el tema de la salud sexual y reproductiva, a fin de eliminar las trabas de diversa naturaleza (Grupo Noroeste).
- Dar participación a las enfermeras y otros agentes del equipo de salud en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Grupo Noroeste).
- Fortalecer la capacitación sobre el tema entre los integrantes del equipo de salud, especialmente en temas como derechos reproductivos, la Ley Nacional, los métodos anticonceptivos (Grupo Noroeste).

3. ABORTO

Obstáculos

- Maltrato en la atención de complicaciones de abortos o abortos incompletos (prácticas sin anestesia, insultos, admoniciones morales). Se vincula este maltrato con las malas condiciones de trabajo de los profesionales de salud en las provincias (ejemplo Formosa) (Grupo Noreste).
- La información, asesoramiento y consejería sobre salud sexual y anticoncepción no es un tema incorporado por el equipo de salud en la atención pos-aborto (Grupo Noroeste).

Propuestas/Estrategias

- Se considera que las condiciones sociales actuales son adversas para la despenalización del aborto inducido (Grupo Noreste).
- Promover la sanción de leyes que permitan realizar la ligadura de trompas y la vasectomía en algunas provincias (Grupo Noreste).
- Crear comisiones de vigilancia de mortalidad materna o fortalecer las que ya existan (Grupo Noroeste).
- Capacitar al personal de salud en la atención del aborto y sus complicaciones (Grupo Noroeste).
- Implementar en la atención pos-aborto, la información y consejería en métodos anticonceptivos (Grupo Noroeste).

4. RETENCIÓN-ABANDONO ESCOLAR***Obstáculos***

- Mayor abandono en 3º ciclo de la EGB por vergüenza de asistir a la escuela embarazada (Grupo Noreste).
- Ausencia de estrategias activas de la escuela para la retención o la reincorporación (Grupo Noreste).

Propuestas/Estrategias

- Articulación entre salud y educación a través de los agentes sanitarios para la reincorporación escolar (Grupo Noreste).
- Trabajar con los pares para la reintegración (Grupo Noreste).

ANEXO II

**FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE LA ENCUESTA A PUÉRPERAS**

Estudio Colaborativo Multicéntrico:
“El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para
reorientar las políticas y programas de salud”,
Argentina
Ministerio de Salud/CONAPRIS-CEDES

ENCUESTA A ADOLESCENTES PUÉRPERAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos haciendo una encuesta en varias provincias a mujeres jóvenes luego del parto, para conocer qué piensan sobre los controles del embarazo y la planificación familiar (qué métodos conocen y han usado, etc.). También hay algunas preguntas sobre la situación al momento del embarazo y sobre la familia y la vivienda.

Necesitamos tu colaboración para responder algunas preguntas. Tardaremos alrededor de 15 o 20 minutos en completar la encuesta.

La información que nos des es anónima (la ley 17622 de Secreto Estadístico garantiza la reserva y confidencialidad de la misma) o sea que no se va a saber qué contestó cada una porque no se pide nombre y apellido y porque se suman todas las respuestas. Si no querés participar de la encuesta o no querés responder alguna de las preguntas, esto no va a afectar para nada la atención que recibas en el hospital.

Los resultados del estudio no te van a beneficiar directamente pero van a servir para que los servicios de salud sepan qué cosas tienen que mejorar.

Si tenés alguna duda podés ponerte en contacto con la responsable local de este estudio cuyo nombre es y su teléfono es

Producción gráfica:
Publikar. Tel.: 4743-4648
E-mail: publikar@ciudad.com.ar

Impreso en:
Talleres Gráficos Su Impres S.A.
Tucumán 1478/80
C1050AAD - Capital Federal

Tirada: 2000 ejemplares