



Facultad de Ciencias Naturales y Museo

Tesis Doctoral

**Aportes antropológicos en la consideración de las representaciones sociales
respecto del *embarazo en la adolescencia*. Significados y prácticas en el ámbito de
la salud en Bahía Blanca.**

Director: Noceti, María Belén

Co-Director: Crivos, Marta Alicia

Tesista: Quiroga Ana Florencia

- Agosto 2020-

INDICE

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	6
CAPÍTULO 1. Introducción	10
CAPÍTULO 2. El abordaje de la edad y las categorías adolescencia y juventud en las ciencias sociales	15
2.1. Aproximaciones teóricas y metodológicas acerca de la edad y del curso vital	
2.2. El abordaje de la adolescencia y juventud en las ciencias sociales.....	28
2.3. Nuestra mirada.....	51
CAPÍTULO 3. Embarazo en la adolescencia: revisión de investigaciones en torno al embarazo en la adolescencia en Argentina	56
3.1. Abordaje cuantitativo del embarazo en la adolescencia	
3.2. Abordajes cualitativos del embarazo en la adolescencia.....	60
CAPÍTULO 4. Políticas públicas y antropología: aproximación teórico-metodológica	68
CAPÍTULO 5. Métodos y técnicas	77
5.1. Consideraciones generales acerca del campo de la investigación cualitativa	
5.2. En torno al abordaje de las representaciones sociales.....	79
5.3. Trabajo de campo. Estrategia metodológica y criterios operativos.....	80
5.4. Fuentes Secundarias.....	87
CAPÍTULO 6. Caracterización del contexto local	89
6.1. La ciudad de Bahía Blanca	
6.2. Los barrios Villa Nocito y 17 de Agosto Villa Harding Green (VHG).....	92
6.3. Los y las Jóvenes del barrio 17 de Agosto – Harding Green.....	96
6.4. Caracterización del sistema de salud local.....	101
CAPÍTULO 7. Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y salud en la adolescencia	107

7.1. Políticas de Salud sexual y reproductiva.....	109
7.1.1. Las nociones de adolescencia, adolescente y embarazo en los dispositivos de la política de salud sexual y reproductiva.....	112
7.1.2. La promoción y atención de la salud sexual y reproductiva desde sus instrumentos.....	114
7.2. Políticas de salud en la adolescencia.....	116
7.2.1. La atención de la salud en la adolescencia desde sus instrumentos.....	117
7.2.2. Las nociones de adolescencia, adolescente y embarazo en los dispositivos de la política de salud en adolescencia.....	119
7.3. Políticas con relación a embarazo en la adolescencia.....	121
7.4. Discusión.....	124

CAPÍTULO 8. La mirada médica acerca de la adolescencia y el embarazo en la adolescencia.....

8.1. La construcción médica del Curso vital y Adolescencia.....	129
8.2. Atención de la salud en la adolescencia.....	138
8.3. La construcción médica del Embarazo en la Adolescencia.....	145
8.4. Abordaje de la salud sexual y reproductiva.....	148
8.5. Discusión.....	158

CAPÍTULO 9. Curso vital, adolescencia y embarazo desde visión de los y las jóvenes del barrio Villa Harding Green.....

9.1. Caracterización del curso vital.....	167
9.2. Representaciones sociales en torno al embarazo.....	173
9.3. Discusión.....	183

CAPÍTULO 10. Conclusiones.....

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

AGRADECIMIENTOS

Desde el inicio de este trabajo de tesis ha pasado mucho tiempo, a lo largo del cual viví diferentes experiencias que dejaron su impronta en mí y, que repercutieron en el proceso de investigación que culmina en la redacción de este trabajo.

Viajes y participación en reuniones científicas, donde tuve la grata oportunidad de encontrarme y dialogar con colegas, al final de los cuales regresé a mi casa con más interrogantes de los que tenía antes de ir.

Cursos, seminarios, diplomaturas, a través de los cuales pude acceder a materiales de lectura iluminadores pero también a docentes que lo fueron aún más.

Acontecimientos vitales como la muerte de mi padre. Mi padre, mi guía, sostén, amigo, crítico; la persona que más quería que yo realizara esta tesis y quien no pudo llegar a compartir este logro conmigo, porque absurdamente perdió su vida en el camino de regreso a su casa.

Y el nacimiento de mis dos hijas, la primera de las cuales viene acompañándome desde inicio del trabajo.

Dicho esto, quiero agradecer:

A mi Directora Belén Noceti y Co-Directora Marta Crivos, de tesis, por sus avales, sus sugerencias, sus conocimientos, su guía, su mirada crítica.

A Belén Noceti, además, por su compañía y sostén permanente en cada momento, por el incentivo – “pincharme”- a continuar y finalizar la tesis, por su generosidad y su amistad.

A mi padre, quien estuvo presente en parte del proceso de investigación, y también me acompañó al viajar a otras ciudades para asistir a cursos de posgrado y reuniones científicas. Médico pediatra era el hombre, asique mantuvimos largos y fructíferos intercambios en reiteradas oportunidades, que perduran en la memoria.

A mi madre, hermano y hermana, porque siempre están presentes, de una u otra manera.

A mis hijas, Juana y Simona, por su paciencia, comprensión, risas y abrazos.

A mi compañero, Rodrigo, por su compañía y brindarme el espacio necesario para sentarme a escribir.

A mis amigas por su enorme apoyo en los momentos más importantes de mi vida.

A la Universidad Nacional de La Plata, pública y gratuita, en la cual pude realizar mis estudios de grado y posgrado. A los y las docentes, tanto de esa institución como de otras tantas, quienes no solo impartieron sus valiosos conocimientos teóricos sino que también

dieron muestras de sus procesos de investigación, de sus aciertos y desaciertos, lo cual hicieron que una no se sienta sola en esta tarea.

Y sobre todo a los informantes clave, por su tiempo y disposición para el estudio, y hacer posible mi trabajo como etnógrafa.

RESUMEN

El objetivo general de esta tesis consiste en relevar representaciones sociales del embarazo en la adolescencia presentes en la mirada de los¹ profesionales de la salud, de los jóvenes de 15 a 19 años, así como en las políticas sanitarias referidas al tema, en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, República Argentina, en el período 2009 - 2015.

Para el logro de nuestro objetivo nos propusimos analizar el fenómeno del embarazo en la adolescencia desde una mirada antropológica, focalizada en la construcción social del curso de la vida y de la adolescencia.

En esta línea, consideramos los siguientes supuestos de partida. Los significados de las categorías de edad que segmentan el curso vital, así como los roles y expectativas asignadas a ellas, son relativos y particulares a contextos locales. Y la valoración y significado del embarazo en la etapa vital denominada *adolescencia* así como su impacto en las trayectorias biográficas tiene relación con las formas como se concibe el curso vital, y se experimentan esas trayectorias, en contextos particulares.

Realizamos el recorrido de estudio de acuerdo a las pautas de diseño de investigación cualitativo, desde un enfoque etnográfico. Consideramos que el *estar ahí* nos permite observar la puesta en marcha de las significaciones y su actualización en los usos.

El material empírico analizado en esta tesis proviene del trabajo de campo etnográfico que llevamos adelante en distintas etapas entre los años 2009 al 2015 y, posteriormente una fase de cotejo en el 2017.

La labor de campo se realizó fundamentalmente en el barrio Villa Harding Green, en espacios de sociabilidad de los jóvenes (plazas, esquinas, predio del Castillo Amarillo, lugares de ocio, entre otras). Y respecto a profesionales de la salud, en unidades sanitarias de los barrios Villa Nocito, Villa Harding Green, y consultorios públicos y privados. No obstante, el ámbito físico espacial del estudio se extendió, y abarcó aquellos establecimientos educativos donde el personal de salud desarrolló acciones de promoción de la salud, las cuales revestían interés para nosotras.

¹ Si bien a lo largo de este trabajo de tesis, en reiteradas ocasiones, referimos a colectivos de personas de distintos sexos mediante el género gramatical masculino, eso no implica ninguna intención discriminatoria por parte de la autora, sino que solo se realiza por razón de economía expresiva.

Buscamos articular fuentes de información primarias y secundarias. En este sentido, las técnicas de relevamiento de información que utilizamos fueron disímiles en función de la fuente.

Respecto a las fuentes secundarias, relevamos los dispositivos de política de salud (programas y leyes) y documentos de programas e informes técnicos que reunieran los requisitos de intervenir sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia y, estar vigentes en el período de tiempo considerado en la ciudad de Bahía Blanca. En este sentido consideramos las leyes y programas de salud sexual y reproductiva y, de salud en la adolescencia, correspondientes a los diferentes niveles jurisdiccionales (nacional, provincial).

Realizamos entrevistas en sus modalidades abierta y semi-estructurada a informantes clave (profesionales de la salud de la red estatal de servicios de salud y, a jóvenes de ambos sexos de 15 a 19 años de edad), observaciones sistemáticas con distintos grados de participación, uso de soportes gráficos (diagramación de curso vital).

Para el análisis de la información recopilada nos apoyamos en los postulados de la Semiótica de Enunciados desarrollada por Magariños de Morentin (1998) y, para el análisis de las políticas sanitarias en la perspectiva de análisis de los instrumentos de políticas (Chiara, 2013, 2017).

Nuestro trabajo de investigación apunta a develar los significados elaborados respecto al fenómeno del embarazo en la adolescencia, poniendo en diálogo la mirada de los jóvenes, de los profesionales de salud, y la perspectiva vigente en los dispositivos de la política de salud vigente; esto nos permite explorar la existencia de convergencias, divergencias y tensiones entre las diferentes miradas respecto al fenómeno del embarazo en la adolescencia.

Presentamos a continuación cómo se organiza el trabajo de tesis.

En el Capítulo 1. INTRODUCCIÓN describimos el proceso de construcción del problema de investigación y, enunciamos las claves teóricas y metodológicas que orientan la mirada bajo la cual el mismo es abordado.

En el Capítulo 2. EL ABORDAJE DE LA EDAD Y LAS CATEGORÍAS ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LAS CIENCIAS SOCIALES hacemos un repaso por algunas de las discusiones y aproximaciones teóricas de las ciencias sociales, respecto a curso de la vida humana, adolescencia, juventud, que contribuyen a definir el marco conceptual que sustenta el desarrollo de esta tesis.

En el capítulo 3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA realizamos una síntesis y comentarios acerca de otras investigaciones realizadas en Argentina en torno al fenómeno del embarazo en la adolescencia. Presentamos una breve descripción de los objetivos y resultados a los que arriba cada una de ellas.

En el capítulo 4. POLITICAS PÚBLICAS Y ANTROPOLOGIA: APROXIMACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA, describimos claves teórico-metodológicas a partir de las cuales analizar las políticas de salud seleccionadas, a saber: políticas de salud sexual y reproductiva y, de salud en la adolescencia, de diferentes niveles jurisdiccionales, vigentes en la ciudad de Bahía Blanca. Recuperamos aportes desde la antropología política para aproximarnos al estudio del proceso de construcción social de la política pública; y una propuesta de análisis de instrumentos de la política de salud (Chiara M 2017).

En el capítulo 5. MÉTODOS Y TÉCNICAS desarrollamos los aspectos metodológicos que sustentan esta investigación, las estrategias (Achilli, E. 2007) para acceder a la información requerida en el proceso de investigación. Entendemos que tales estrategias no son independientes del modo en que construimos el problema de investigación; lo cual implica que hay un ida y vuelta entre unas y otro. De ahí la necesidad del desarrollo de una “reflexividad crítica” frente al conjunto de opciones operativas, entre las cuales habrá que “definir cómo conocer aquello que nos despierta el conjunto de interrogantes que configuran el problema de investigación” (Achilli, 2007: 59). En este capítulo presentamos el camino recorrido.

En el Capítulo 6 CARACTERIZACION DEL CONTEXTO LOCAL, describimos la ubicación de la ciudad de Bahía Blanca, y específicamente de los ámbitos físicos donde realizamos el trabajo de campo, a saber: barrios Villa Nocito y Villa Harding Green. Asimismo describimos la organización del sistema de salud local y de la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del municipio, en el contexto de los cuales se ubican los enclaves donde realizamos trabajo de campo y contactamos a los informantes claves. Los capítulos 7, 8 y 9 remiten a la presentación de los resultados construidos durante el desarrollo de la investigación. El Capítulo 7 LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD EN LA ADOLESCENCIA se centra en el análisis de las fuentes secundarias: las políticas de salud sexual y reproductiva y, políticas de salud en la adolescencia.

Los Capítulos 8 y 9 sintetizan los resultados del trabajo de campo etnográfico. El Capítulo 8 focaliza en la mirada médica respecto a curso vital, adolescencia y embarazo en la adolescencia; en tanto que el Capítulo 9 está centrado en la mirada de los y las jóvenes. Finalmente en el capítulo 10 REFLEXIONES FINALES destacamos los aspectos relevantes, resultantes del trabajo de investigación, estableciendo diálogo entre las políticas de salud seleccionadas, los testimonios de profesionales de la salud y jóvenes, tendiendo a identificar concordancias, discordancias y tensiones entre las diferentes representaciones sociales.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

En el año 2007, fui convocada a participar en un Proyecto de Voluntariado Universitario denominado “Planificación estratégica en salud, Villa Nocito-UNS”, realizado bajo la dirección de la Dra. María Belén Noceti, y ejecutado desde el Departamento de Ciencias de la Salud (UNS). El objetivo general del mismo fue generar acciones tendientes a movilizar a la comunidad en pos de mejorar sus condiciones de vida (Noceti, MB, 2009). En este marco, me integré al equipo de salud de la - por entonces denominada- Unidad de Salud Familiar y Comunitaria del barrio de Villa Nocito. En ese momento el equipo de salud, estaba conformado por dos médicos de familia, una pediatra, un psicólogo y dos trabajadoras sociales, contando con la rotación periódica de estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS), quienes realizaban sus prácticas allí bajo la tutoría de uno de los médicos, docente de la UNS.

La labor del equipo de profesionales incluía dos ejes de trabajo: abordaje y seguimiento de la salud de las familias del barrio y, diseño y ejecución de actividades de promoción de la salud a nivel comunitario.

En base a esa organización de las actividades por parte del equipo de salud, mi incorporación en el mismo, se vinculó al eje promoción de la salud. Específicamente se centró en el análisis de los procesos de elaboración e implementación de actividades de promoción de la salud en el barrio Villa Nocito; atendiendo a las dinámicas desplegadas en torno a la definición de temas, problemas, actores participantes, modos de abordaje en torno a las problemáticas definidas. En este marco participé, en calidad de observadora, de las reuniones de equipo desarrolladas semanalmente, a lo largo de las cuales los integrantes del equipo de salud decidieron orientar las actividades de promoción de la salud a estudiantes de escuelas secundarias del sector, en torno al abordaje del “*embarazo adolescente*”, definido como “*problema*”.

Esta situación nos condujo a preguntarnos por los argumentos usados para la definición del “problema del embarazo adolescente”, sostenida por el conjunto de actores del sector educación y salud; y formular de esta manera los primeros interrogantes: ¿Para quién o quienes es un problema el embarazo? ¿Por qué es un problema el embarazo en la adolescencia?

Avanzando en la exploración documental en torno a dicho tema, identificamos la preocupación por este fenómeno no solo entre los efectores de salud y educación, sino

también en las políticas de salud, tanto nacionales como de la provincia de Buenos Aires, y documentos y boletines que las acompañan.

En este sentido, la Ley Nacional N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, si bien no remite directamente al fenómeno “embarazo adolescente”, en el “Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud” (2003) (Ver Anexo) se afirma que el Programa *“procura dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente, y el contagio de SIDA u otras infecciones de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección, entre otros”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2003:2) .

En la Provincia de Buenos Aires, en el año 2003 se reglamenta la Ley n° 13.066, que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable². A diferencia del programa nacional, en éste se hace explícito entre sus objetivos, *“otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente, y la asistencia de la adolescente embarazada”* (Ley Provincial 13.066, art. 2, inciso k) (Ver Anexo). Además se establece que *“La Ley 13.066 crea el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (17 de junio de 2003) con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de contribuir a disminuir la morbi mortalidad materno infantil, las complicaciones surgidas del embarazo no deseado, el embarazo adolescente...”* (Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

De modo que, tanto en las políticas de salud sexual y reproductiva– a nivel jurisdiccional nacional y provincial- como entre los profesionales de la salud del primer nivel de atención del subsector público del sistema de salud local , se advierte una preocupación por el embarazo adolescente en general, y por su aumento a lo largo del tiempo en particular.

Entonces, a los interrogantes iniciales, comenzamos a agregar otros. Nos preguntamos si las iniciativas tendientes a la “disminución del embarazo adolescente” responden a la evidencia de un aumento constante en el tiempo en su ocurrencia. Además de la cantidad,

² Cabe aclarar que en el mes de mayo del año 2015, ya iniciado el trabajo de campo en el marco del proyecto de tesis doctoral, a través de la Resolución 3167 se modifica el nombre del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, por la nueva denominación Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

¿Qué otras condiciones contribuyen a la definición del embarazo en la adolescencia como problema y, a la visibilidad de este fenómeno como tema de agenda pública?

¿De qué manera inciden los significados construidos en torno al “embarazo adolescente” por parte de efectores de salud a la hora de diseñar e implementar políticas públicas?

Las políticas de salud y las acciones de los profesionales de la salud, que tienden a la “prevención” del “embarazo adolescente” ¿coinciden con las concepciones que sobre el mismo tienen los y las jóvenes hacia quienes van dirigidas aquellas? ¿En qué se asemejan o diferencian los sentidos atribuidos, por unos y otros, al embarazo en la adolescencia?

Durante la formulación de aquellos interrogantes, consideramos relevante pensar el fenómeno con relación a la definición social de períodos etarios, y considerar los aspectos culturales que se vinculan a la construcción social de la adolescencia. En este sentido, redefinimos las preguntas, focalizando en la noción de adolescencia y nos preguntamos: ¿Sobre qué significados de adolescencia se fundan las políticas de salud y las visiones de los actores del sistema público de salud? ¿Qué impacto tiene la dimensión etaria y las valoraciones atribuidas a la categoría adolescencia en el cuerpo de significados acerca del fenómeno “embarazo adolescente”?

La experiencia generada durante mi participación en el Proyecto de Voluntariado Universitario contribuyó a la elección del tema de tesis doctoral, la formulación del problema de investigación y, finalmente la elaboración del proyecto de tesis que presentamos en la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata. En líneas generales, nos propusimos indagar las visiones respecto al embarazo en la adolescencia por parte de diferentes actores: jóvenes, médicos/as y políticas de salud de la ciudad de Bahía Blanca, en la provincia de Buenos Aires, desde la teoría de las representaciones sociales.

Los objetivos generales de la tesis son:

- Relevar representaciones sociales del *embarazo en la adolescencia* que se encuentran vigentes entre los profesionales de la salud de la red estatal de servicios de salud y adolescentes, así como en las políticas públicas, en la ciudad de Bahía Blanca, en el periodo 2009 - 2015.
- Analizar concordancias y discordancias entre los tipos de representaciones construidas, y resultados e impactos que genera la aplicación de políticas públicas respecto del abordaje del “embarazo en la adolescencia” en la región.

Desde una mirada centrada en la diversidad de la experiencia humana o alteridad (Boivin, Rosato y Arribas, 2004) y, en la perspectiva de los actores, optamos por una estrategia teórico metodológica tendiente a caracterizar de manera inductiva el curso de la vida humana, y explorar los significados elaborados en torno al mismo, buscando comprender “el mundo posible que sus conceptos proyectan”, esto es los conceptos a los que apelan y las descripciones que ellos producen (Viveiros de Castro, E, 2016: 47). De esta manera, planteamos evitar el abordaje de la *adolescencia* como mero grupo de edad así como toda definición a-priori en torno a ella, trascender la visión de sentido común; y proponemos comprenderla como categoría socialmente construida (Mead, 1928; Benedict, R. 1938; Colángelo, 2003; Fainsod, 2004; Adaszko, 2005; García Suárez y Parada Rico, 2017). Ubicamos los sentidos y valoraciones respecto al denominado embarazo en la adolescencia, en relación a los universos de significados referidos a curso vital y adolescencia.

Desde aquí entonces pensamos la alteridad en términos de diversidad y desigualdad, lo cual implica que representaciones y prácticas de los grupos sociales no derivan sólo de pautas culturales tradicionales, sino también de su posición en la estructura social (Colángelo, 2003).

Finalmente mencionamos que durante la ejecución del trabajo de campo etnográfico fue modificado el ámbito físico propuesto originalmente en el plan de tesis oportunamente presentado. En aquella oportunidad, se planteaba como ámbito físico del estudio, la Unidad Sanitaria (US) Villa Nocito, siendo los sujetos de estudio los profesionales de la salud que se desempeñaban en dicha US, y jóvenes de ambos sexos que serían contactados a través de dicha unidad de salud. El trabajo de campo etnográfico en la unidad sanitaria debió ser suspendido debido a modificaciones internas en la organización y dinámica de trabajo de aquella US, en el marco de una reorganización de la estructura del sistema municipal de salud. Concretamente algunos de los profesionales de la salud fueron reasignados a otras unidades sanitarias de la ciudad, en tanto que otros renunciaron a sus puestos vigentes, hasta que finalmente ocurrió el cierre de la unidad sanitaria. En virtud a estos cambios, y a la dificultad para mantener el contacto con parte de los informantes clave, decidimos continuar el trabajo de campo etnográfico en el barrio 17 de Agosto - Villa Harding Green (ver Anexo 1) de la ciudad de Bahía Blanca, dado que el mismo presentaba características similares en cuanto a nivel socioeconómico de los hogares y pirámide etaria de su población. Asimismo era factible establecer el contacto con jóvenes a partir de la inmersión de esta investigadora en el Centro Cultural Recreativo Municipal

denominado, “Castillo Amarillo”, sede del Programa Envi3n (Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Bs. As.), implementado en la ciudad desde el a3o 2011 a trav3s de la Sub-secretar3a de Ni3ez, Adolescencia y Familia del Municipio local. La entrada al campo estaba asegurada dado el excelente rapport construido por la doctoranda con tal Sub secretar3a de manera tal que fue sencillo obtener los “permisos” correspondientes para realizar el trabajo de campo propuesto en tal enclave.

CAPITULO 2

EL ABORDAJE DE LA EDAD, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LAS CIENCIAS SOCIALES

En este capítulo presentamos un recorrido por diferentes propuestas teóricas y metodológicas referidas al curso de vida, adolescencia y juventud, producto de la revisión bibliográfica de autores y conceptos cuyos aportes han resultado de utilidad en distintas instancias del proceso de investigación.

2.1. Aproximaciones teóricas y metodológicas acerca de la edad y del curso vital

De acuerdo al antropólogo Carles Feixa (1996) una de las claves de la aproximación antropológica a la edad es su consideración como construcción cultural. Es decir que se constituye en objeto de elaboraciones por parte de todos los conjuntos sociales; siendo variable, a lo largo de espacio y tiempo, su división en períodos así como los contenidos culturales asociados a los mismos.

De acuerdo al autor:

“Todos los individuos experimentan a lo largo de su vida un desarrollo fisiológico y mental determinado por su naturaleza, y todas las culturas compartimentan el curso de la biografía en períodos a los que atribuyen propiedades, lo que sirve para categorizar a los individuos y pautar su comportamiento en cada etapa. Pero las formas en que estos períodos, categorías y pautas se especifican culturalmente son muy variadas” (Feixa, 1996:2).

De modo que ni las fases en que se segmenta el curso de la vida humana, ni los contenidos culturales atribuidos a cada una de estas fases son universales (Feixa, 1996). Para el autor, la edad como condición natural no siempre coincide con la edad como condición social. Propone la combinación de dos perspectivas de análisis:

a) La construcción cultural de las edades, cuyo objetivo es estudiar las formas mediante las cuales cada sociedad estructura las fases del ciclo vital, delimitando las condiciones sociales de los miembros de cada grupo de edad (es decir, el sistema de derechos y deberes de cada persona), así como las imágenes culturales a las que están asociados (es decir, el sistema de representaciones, estereotipos y valores que legitiman y modelan el capital

cultural de cada generación). La edad en tanto constructo modelado por la cultura, cuyas formas y contenidos son cambiantes en el espacio, tiempo y en la estructura social, conduce a preguntas tales como: ¿Cómo ha cambiado históricamente la organización del ciclo vital? ¿Cómo se organizan hoy las fronteras y los tránsitos entre las diversas etapas biográficas? ¿Cuáles son las transformaciones recientes en las condiciones sociales de las distintas edades? ¿Cómo influyen las instituciones en la vida de los grupos de edad subalternos?

b) La construcción generacional de la cultura, que busca estudiar las formas mediante las cuales cada grupo de edad participa en los procesos de creación y circulación cultural. La cultura se concibe como un constructo modelado por las relaciones generacionales, cuyos agentes filtran y remiten constantemente los mensajes culturales. Ello conduce a las siguientes preguntas: ¿Cómo han cambiado históricamente las imágenes culturales de las diversas edades? ¿Qué discursos elaboran los distintos grupos de edad sobre su propia experiencia vital? ¿En qué contextos surge y cómo se expresa la conciencia generacional? ¿Cómo influyen los grupos de edad subalternos en el funcionamiento de las instituciones? ¿Cómo construyen y se apropian los jóvenes y ancianos de los espacios y los tiempos de su vida cotidiana? (Feixa, 1999)

En el siglo XX antropólogas y antropólogos estadounidenses fueron los primeros en plantear que cuestiones consideradas como naturales, tales como edad y sexo, tenían un trasfondo cultural. Entre los autores destacados mencionamos a Margaret Mead (1985 [1928]), Ruth Benedict (1964 [1938]), Ralph Linton (1936) discípulos de Franz Boas, agrupados bajo la denominada “Escuela de Cultura y Personalidad”³, en cuyo interior emerge el interés por estudiar la influencia de los contextos culturales en los temas de edad. El abordaje del curso vital constituyó una estrategia para dar cuenta del modo en que los patrones culturales moldean la personalidad así como las formas en que las sociedades asignan roles y estatus a sus miembros en función de las expectativas, valores y estereotipos acerca de los individuos pertenecientes a diferentes grupos etarios.

Adolescencia, sexo y cultura en Samoa (1928) de Margaret Mead constituye para nosotros una referencia ineludible. La misión que Boas escoge para Mead era la de resaltar la existencia, entre las características humanas, de una plasticidad biopsicológica suficiente para permitir el condicionamiento cultural de las pautas de conducta de los adolescentes,

³ Refiere a la combinación de los postulados del particularismo histórico con las doctrinas de Sigmund Freud, en el intervalo entre las dos guerras mundiales (Harris, 1999)

según líneas que contrastan con el estereotipo de la adolescencia en la cultura de la clase media euroamericana. La inclusión de dos capítulos dedicados a la comparación de la adolescente samoana con su contrapartida de los EEUU da cuenta de la importancia que Boas y Mead concedían a la demostración de la fuerza del condicionamiento cultural en esa área de la vida (Harris, M, 1999).

Ruth Benedict, es contemporánea a Margaret Mead, y su trabajo de investigación también da cuenta de la relación entre cultura y conducta individual habitual. En su libro *Patterns of Culture* (1934), el tema central refiere a las formas en que cada cultura selecciona o escoge entre la infinita variedad de posibilidades de comportamiento, un segmento limitado que unas veces se ajusta a una configuración y otras no (Harris, 1999). De esta manera, Ruth Benedict enfatiza la importancia de la cultura frente a la biología como determinante de la conducta de los individuos. Su trabajo refuerza los planteos de Mead acerca del impacto de la educación sobre la “naturaleza humana”. De acuerdo a la autora: *“La historia de vida del individuo es ante todo y sobre todo una acomodación a las pautas y normas tradicionalmente transmitidas en su comunidad”* (Benedict, 1989: 15).

Entre sus obras, destacamos *“Continuidad y discontinuidad del condicionamiento cultural”* (1964 [1938]) en la cual Benedict plantea que las sociedades organizadas según grupos de edad marcan una diferencia en los comportamientos de los individuos en diferentes épocas de su vida. La autora define “inadaptación” como la no adecuación a las conductas esperadas del individuo en cada momento de su ciclo vital (Benedict, 1964: 22).

En 1936 Linton publica *“The Study of Men”*, obra en la que desarrolla los conceptos de “status” y “rol”, el primero entendido como colección de deberes y derechos en tanto el segundo representa el aspecto dinámico de un status; y ambos se convierten en modelos organizadores de las actitudes y conductas del individuo. Linton se interesó por estudiar los papeles (o roles) de los individuos en la cultura, teniendo en cuenta no sólo su posición dentro de la estructura social sino también sus personalidades (Bohannon y Glazer, 1993: 189-190 – citado en Remorini, 2008).

De acuerdo al autor:

“... La formación de hábitos y actitudes en los individuos empieza en el nacimiento... En todas las sociedades ciertas cosas se seleccionan como puntos de referencia para la atribución del status (...) El más simple y universalmente usado de esos puntos de referencia es el sexo. La edad se usa con casi igual frecuencia, ya que todos los individuos

pasan a través del mismo ciclo de crecimiento, madurez y declive, y los status cuya ocupación será determinada por la edad pueden ser pronosticados y preparados con cuidado (...) Todas las sociedades reconocen tres agrupaciones de edad como mínimo: niños, adultos, y viejos. Ciertas sociedades han enfatizado la edad como una base para asignar el status y han ampliado extensamente estas divisiones. (...). Y continúa *“(...) el cambio físico de un individuo de la niñez a la madurez no coincide necesariamente con el cambio social de un individuo de una categoría a otra... En muchas sociedades el niño se convierte en hombre, no cuando está físicamente maduro sino cuando es formalmente reconocido como un hombre por su sociedad. A este reconocimiento casi siempre se le da expresión ceremonial, en lo que técnicamente es conocido como ritos de pubertad.”* (Linton, 1993: 192, 194).

Focalizando en el contexto de la producción académica argentina destacamos los aportes de estudios - del campo de la antropología y sociología- , realizados por autores como M. Adelaida Colángelo (2003), Ariel Adaszko (2004, 2005), Mariana Chaves (2005), Carolina Remorini (2008), Liliana B de Gastrón (2008) Julieta Oddone (2006, 2008).

Tal como refiere María Adelaida Colángelo (2003), los trabajos antropológicos en diferentes sociedades evidenciaron la complejidad y variedad de relaciones que se pueden establecer entre los procesos de crecimiento y desarrollos físicos y la edad social; dieron cuenta de las diversas maneras en que son socialmente recortadas las edades, el valor diferencial que cobran los distintos grupos etarios en diferentes sociedades y de las diversas modalidades con que se ritualiza su constitución. Colángelo afirma que:

“Siendo estos datos biológicos socialmente manipulables, los límites etarios remiten a procesos de clasificación a través de los cuales en cada grupo social se instituyen las divisiones del mundo social, se hacen y deshacen grupos, como la infancia, la adolescencia o la adultez” (Colángelo, 2003: 2).

Según Colángelo, todo aquello remite a la *“diversidad en términos de particularidades culturales”* (2003:3). Pero agrega que considerando la complejidad de las sociedades nacionales como la Argentina, donde se encuentran insertos diferentes grupos, es necesario articular el abordaje de la diversidad pensada en términos de diferencias culturales con la dimensión de la desigualdad social, fundada en la existencia de clases sociales. Dado que la articulación de estas dos dimensiones (diversidad y desigualdad),

“nos impide caer tanto en un determinismo económico lineal como en un culturalismo ingenuo” (2003; 3).

Colángelo propone que la división entre edades o etapas de la vida no sólo son arbitrarias, sino objeto de disputas y manipulaciones. Es decir que la forma en que se definan y caractericen, tiene que ver con la distribución de poder entre distintos grupos de la sociedad, dado que las clasificaciones por edad constituyen una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada uno debe ocupar su lugar.

En este sentido, focalizando su atención en la niñez, la definición de qué es la niñez, qué se considera adecuado para este grupo y cuáles comportamientos son anormales por no adecuarse a lo establecido son, para la autora, *“resultados de una disputa de sentido por imponer una visión particular como legítima y universal”*(2003: 4).

Colángelo sostiene que lo problemático es que una vez instituida como categoría “la” infancia, en singular, se tiende a homogeneizar y enmascarar la variedad de experiencias de vida por las que atraviesan niños y niñas; experiencias que tienen que ver con la diversidad cultural y desigualdad social.

En línea similar, Ariel Adaszko (2005) afirma que la clasificación del ciclo vital se realiza en función del modo de producción y las estrategias de reproducción de los grupos sociales. De acuerdo al autor, las características de cada edad son definidas en el marco de relaciones de poder con las otras, de modo que *“cómo es la juventud en una sociedad no puede definirse independientemente de cómo se configura la adultez en esa misma sociedad”* (2005: 39).

Adaszko propone que en torno a cada una de esas edades se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas; así como instituciones (tales como escuela, sistema penal, sistemas médicos curativos) encargadas de controlar, normalizar, o eliminar las desviaciones a las mismas. Destaca que las categorías de edad se construyen en el marco de relaciones de poder; definiciones hegemónicas sobre la manera adecuada de ser y actuar, fijadas en estereotipos internalizados, que contribuyen a cristalizar y reproducir las jerarquías sociales.

En relación a *adolescencia*, como categoría de edad, el autor agrega que:

“(…) 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 (…)” (op. cit.).

Carolina Remorini (2008) en su tesis doctoral sostiene que, en antropología suele utilizarse la expresión “*ciclo de vida*” para aludir a la sucesión de etapas o “edades” por las que transitan los seres humanos a lo largo de su trayectoria vital. Se caracteriza como un proceso gradual por el que atraviesan todos los individuos e implica la adquisición paulatina de atributos tanto de índole biológica -característicos de la especie humana- como de índole sociocultural -que definen su pertenencia a una determinada sociedad y su participación en ella. De modo que:

“(…) *la edad cronológica y los procesos biológicos de crecimiento y desarrollo son redimensionados mediante la asignación de significados culturales*” (Remorini C, 2008: 30)

Según la autora, en cada sociedad, la consideración de las aptitudes y atributos que los individuos poseen en diferentes momentos de su vida asumen la forma de categorías lingüísticas que se integran a “*modelos del ciclo de vida*” (2008: 30). Estos modelos contribuyen a la definición de etapas y transiciones, al asociar a cada una de ellas, atributos y roles sociales para los individuos que las transitan y delimitar alternativas posibles de comportamiento de las personas según su *posición* en el curso vital.

Mariana Chaves (2005) establece que las sociedades están compuestas por personas que se encuentran en diferentes situaciones temporales de su vida, respecto a cada una de las cuales se le otorgan sentidos individuales y colectivos: cuando están en ellos, antes y después de transitarlos. De esta manera se forman *fases de vida, franjas de edad, grupos o clases* que se organizan al mismo tiempo en dos sentidos principales: uno biográfico, cada persona y grupo pasa por diferentes franjas etáreas a lo largo de su vida construyendo una trayectoria; y el segundo es un sentido que la autora llama, histórico: cada franja de edad recibe y despide año tras año, evento tras evento, a diferentes personas y grupos produciendo un relevo generacional, se nombran como *cohortes y generaciones*.

La autora refiere que los sentidos que las culturas otorgan a los grupos de edad producen las condiciones simbólicas de cómo ser/estar en cada uno de ellos. Población con distintas edades hubo siempre y en todas partes, pero en cada tiempo y en cada lugar se ha organizado y denominado de manera diversa a las “etapas”: infancia, juventud, adultez y vejez son construcciones históricas. La naturalización del sentido que los sujetos le otorgan a las edades, las expectativas sobre las mismas, las prácticas que se suponen corresponden y los estereotipos que se generan sobre dicha edad, son entre otros procesos

parte de lo que se nombra como el *“procesamiento sociocultural de las edades”* (Chaves, M, 2005).

“Lo más correcto sería decir que la «modernización», mirada desde las edades, ha consistido en segmentar, especializar e institucionalizar el ciclo de vida, legitimando la primacía de un grupo sobre otro, universalizando “el modo occidental” y finalmente naturalizando la estamentalización producida” (Chaves, 2005: 29).

Afirma que la sociedad capitalista occidental está organizada - entre otras clasificaciones y distinciones- por grupos de edad, siendo los procesos de cronologización de la vida e institucionalización de las franjas de edad, inherentes a la formación y transformación de las formaciones sociales de la modernidad (Chaves, 2005); procesos que analizan Liliana B de Gastron y María Julieta Oddone (2008).

En este sentido, los trabajos de Julieta Oddone (2006), Gastron y Oddone (2008), Bessin (1993), Beck (1998) evidencian que en el siglo XIX, la segmentación del curso de la vida en etapas es acompañada por otro proceso de la modernidad, a saber, la institucionalización del curso de la vida. Se definen como centrales en este proceso: la transformación del sistema de producción económica con el pasaje de la economía doméstica a la economía de libre mercado; y la intervención del Estado a través de la escolarización, la salud pública y el ejército, el discurso jurídico, a través de la legislación civil, penal, electoral, laboral; el discurso científico (Coimbra, Bocco, Nascimento, 2005), principalmente la psicología, medicina, sociología funcionalista y criminología.

Julieta Oddone (2006) desarrolla la perspectiva del *“trayecto de vida”*, la cual según ella, comienza a ser utilizada por primera vez como concepto sociológico, en 1964, por el sociólogo norteamericano Leonard Caín. Para la autora los argumentos de Caín y de Riley en décadas posteriores, plantean el reconocimiento de la edad como parámetro de la organización estructural de las sociedades contemporáneas (Oddone, 2006; Gastron y Oddone, 2008). Caín (citado en Oddone, 2006) argumentó que la estructura de las sociedades industriales (Hobsbawm, 1988), avanzadas, se organiza no solamente según las clases o estratos socio-profesionales sino también según una organización de los status de edad; esta organización remite a un modelo producido por la sociedad para ordenar los trayectos seguidos por los individuos a medida que avanzan en la vida. Los status de edad están asociados a etapas del trayecto de vida; las transiciones organizan el paso de un status a otro. Durante las siguientes décadas, Riley y sus asociados (Riley, Jonson y Foner, 1972; Riley, Foner y Waring, 1988 – citados en Oddone 2006) propusieron la

teoría de la estratificación según la edad. Para los autores, la edad, en efecto, puede ser el marcador de un cierto estadio de desarrollo biológico o psicológico pero también puede hacer referencia a una cierta posición en la organización social de los roles que corresponden a una determinada edad; y puede remitir a la pertenencia a una cohorte y a su anclaje específico en la historia de la sociedad. La teoría de la estratificación según la edad marca el reconocimiento de la misma como parámetro de la organización estructural de las sociedades contemporáneas.

Sobre la base de tales formulaciones, Gaston y Oddone (2008) sostienen que la edad refiere a cierta posición en la organización social de los roles que corresponden a una determinada edad. A partir de lo cual establecen dos interrogantes. El primero, respecto a los contenidos (valores, creencias, representaciones) de los modelos culturales que organizan el trayecto de vida y sirven de marco de referencia a los individuos. El segundo remite a los modos institucionales de regulación del trayecto de vida y, al rol fundamental que juegan en ese aspecto el sistema socioeconómico y las políticas de estado.

Las autoras afirman que los modelos culturales construidos respecto al curso de la existencia humana establecen calendarios sociales, cuya función es la regulación del orden de los acontecimientos, definición de status de edad, organización de jerarquías basadas en la edad o en la antigüedad en el seno de la sociedad y de sus organizaciones, según los cuales habría un tiempo apropiado para comenzar a trabajar, dejar la casa paterna, tener un hijo, etc. Y la desviación respecto al calendario normativo acarrea consecuencias sociales y psicológicas, bajo la forma de sanciones informales o de pérdida de oportunidades.

Proponen entonces que la noción de *trayecto de vida* concibe al desarrollo humano como un conjunto de procesos que transcurren a lo largo de toda la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. En tanto institución es un modelo de desarrollo de la vida, que comprende sistemas de reglas y de normas, que tienen una función de socialización y de regulación. Ordena el movimiento de los individuos a lo largo de la vida siguiendo secuencias de posiciones que confieren status y roles. Tiene también una función simbólica, ya que fija las temporalidades y los horizontes con respecto a los cuales se desarrollan las acciones. Define la sucesión de las etapas constitutivas del desarrollo humano (infancia, juventud, vejez, etc.), el pasaje entre ellas y, la manera en que tales

etapas y pasajes son objeto de trabajo por parte de la sociedad y la cultura. Una etapa del trayecto de vida:

“se caracteriza por una relativa duración temporal y por la estabilidad de sus rasgos principales, por inscribirse en el desarrollo humano siguiendo un cierto orden, así como por su generalidad (entendida como las grandes posibilidades que tienen los individuos de pasar por la etapa considerada). A cada etapa se asocia un marco social y cultural, es decir opciones y obligaciones, roles y estatus de edad específicos, que estructura la existencia de todos aquellos que acceden al período de vida en cuestión” (Gastron y Oddone, 2008:3).

El pasaje de una a otra etapa implica cambios en la existencia y una reorganización de la vida, siendo estos cambios objeto de trabajo de organización y formalización por parte de las instituciones de la sociedad. Por ejemplo el momento de entrada en la vida adulta marcada por el acceso a un primer empleo, la conformación de nuevos hogares y el acceso a la mayoría legal (derechos civiles y políticos).

Es central para el paradigma del transcurso de la vida, el estudio de la vida de los seres humanos situados en tiempo y lugar históricos, el *timing* de la vida, la interdependencia de vidas y la acción humana en su interacción con fuerzas históricas, abarcando el desarrollo individual en contextos sociales, culturales e históricos cambiantes (Gastron y Oddone, 2008). Se concentra en las trayectorias de vida individuales así como en el engranaje de las carreras de los individuos, a través de sus vidas, con aquellas de la familia y del mundo del trabajo. La noción de *timing* en el transcurso de la vida:

“involucra el movimiento de individuos desde un estado al siguiente, antes que la segmentación del transcurso de la vida en etapas fijas, en relación con hechos externos... Las variables usadas en el estudio del timing son relativas antes que categorías cronológicas absolutas. Son marcadores de percepción así como conductuales para la gente que las experimenta. Respecto a esto, la edad aunque es determinante importante del timing de las transiciones de la vida, no es solo la única variable significativa. Los cambios en el status de la familia, en el empleo y en la satisfacción de necesidades son tan importantes como la edad” (Gastron y Oddone, 2008: 4).

El *timing* de las transiciones de la vida individual involucra el equilibrio de la entrada y la salida de los individuos en diferentes roles de trabajo, familia y sociales a lo largo del

transcurso de la vida; la secuencia de sus vidas de trabajo y las transiciones educacionales y familiares en el contexto de cambios históricos. Depende de los contextos sociales, económicos y culturales en los que dichas transiciones ocurrieron, y de la construcción cultural del transcurso de la vida en diferentes períodos de tiempo y distintas sociedades.

De esta manera, las autoras explican que las transiciones son procesos de cambio individual dentro de períodos de tiempo construidos socialmente. Pueden ser normativas, críticas o por momentos traumáticas. Una transición normativa es aquella que se ajusta a los itinerarios construidos socialmente. Sin embargo, no todas son normativas sino que las transiciones pueden estar fuera de secuencia y estar en disonancia con las normas establecidas del *timing*. Algunos podrían percibir una transición como normativa mientras que otros como un punto de cambio. Un “punto de cambio” se percibe como la alteración del camino de la vida. O una corrección del transcurso de la vida, que requiere ciertas estrategias y elecciones. Los individuos utilizan la construcción de su propia cultura para interpretar su transcurso de vida. No obstante, los hechos de vida que son considerados normativos en una sociedad pueden ser considerados transiciones críticas en otra. De modo que, es necesario entender el contexto cultural e histórico en el marco del cual ocurren transiciones de vida específicas, para comprender la interpretación de las transiciones que experimentan los individuos. En este sentido, la adolescencia, como veremos en próximo apartado, fue reconocida como etapa precisa de vida, en un período de tiempo histórico específico, a fines de siglo XIX en la sociedad occidental. Este concepto fue desarrollado para definir las características sociales y culturales que acompañan las etapas de desarrollo psicológico relacionadas a la pubertad. Pero, los fenómenos culturales y sociales asociados con ella no fueron experimentados de manera uniforme en todas las sociedades.

De acuerdo a las autoras, a través de aquella conceptualización basada en la sincronización de varios niveles de *timing* individual, familiar, laboral, institucional e histórico, el enfoque del transcurso de la vida ha provisto una forma de examinar la interacción de las vidas con las fuerzas de la historia social y, entender cómo los hechos históricos externos impactan en las trayectorias biográficas.

Atendiendo a la relación entre organización del trayecto vital y cambios societales, Julieta Oddone (2006) caracteriza las transformaciones acontecidas en la organización del trayecto de vida en las sociedades contemporáneas.

Según Oddone, en la sociedad moderna, un modelo cultural de regulación de trayecto de vida emergió producto de transformaciones estructurales constitutivas de la modernidad y, del trabajo de codificación y de regulación puesto en marcha por las instituciones económicas y del Estado.

Desde su perspectiva, el surgimiento de la sociedad industrial significó no solo una transformación de la existencia profesional, sino el hecho de que el conjunto de los trayectos de vida de los individuos se organizara alrededor del trabajo industrial. Lo cual dio como resultado la subdivisión del trayecto de vida en tres etapas temporales sucesivas – niñez, adultez, vejez-, delimitadas cronológicamente, cuyas funciones estaban diferenciadas: formación, trabajo, retiro. El desarrollo de los Estados Nación contribuyó a la estructuración del trayecto de vida y, la instauración de instituciones y dispositivos del Estado ejerció un rol clave en ese sentido, al legalizar y estandarizar determinadas situaciones de la trayectoria vital: estar dentro y fuera del empleo, el status matrimonial, educación formal. La autora entonces señala la existencia de fuertes interacciones entre las instituciones de políticas sociales y la organización social del desarrollo de la vida. El advenimiento de los sistemas de protección social contribuyó a una estandarización de los acontecimientos vitales y a una institucionalización de la trayectoria vital; de tal modo que las leyes sobre el trabajo infantil primero y sobre la edad de jubilación después, o aquéllas sobre la escolaridad obligatoria para los jóvenes, desempeñaron un rol clave en la construcción de una organización tripartita del curso de vida, propia de la sociedad industrial.

De esta manera Oddone sostiene que la organización específica entre las esferas del trabajo, de la protección social y del trayecto de vida, configuró un sistema y confirió a la sociedad industrial su propia temporalidad. Señala que el tiempo en la sociedad industrial es lineal, segmentado y mono-crono; se basa en una oposición binaria entre un polo dominante, referido al tiempo de trabajo, cronométrico y pasible de ser medido, y el polo del tiempo de la inactividad, definido como el reverso del trabajo. El tiempo del trabajo, etapa central del desarrollo de la vida, se transforma en el tiempo pivote sobre la base del cual se agregan todas las otras temporalidades sociales; y su predominio sobre los otros tiempos de la vida muestra la sincronización de los calendarios biográficos alrededor del calendario profesional. La entrada a la vida y a la edad adulta significaba simultáneamente, para el hombre, el acceso estable al mercado de trabajo y a la formación

de una familia con el matrimonio, seguido casi inmediatamente por la llegada de los primeros hijos.

La edad se impone como marcador cronológico del curso irreversible de la vida. Brinda un ritmo acompasado a las etapas estables de las biografías individuales y señala el paso de una etapa a la otra. Esta cronologización de los cursos de vida se amplifica a raíz de las políticas públicas, que funcionan como una *policía de las edades*.

Oddone señala que en el siglo XX, las transformaciones del modelo industrial – salarial, ligadas al retroceso del sistema fordista de producción y al surgimiento de una sociedad de la información, de las redes, y del conocimiento, implicaron cambios en la organización del curso de vida tripartito de la sociedad industrial, en dirección a la des-institucionalización, des-cronologización e individuación de las trayectorias vitales. Entre los cambios acontecidos desde entonces, la autora menciona los siguientes: las trayectorias biográficas de los individuos abandonaron la división en tres tiempos (sucesivos, muy distintos entre sí y ordenados) de la vida, que caracterizaba a la sociedad industrial de fines de siglo XIX; la vida en el trabajo y el trayecto profesional se hicieron cada vez menos unidimensionales y continuos; el tiempo de trabajo se vuelve menos concentrado, más discontinuo, y la vida activa se ve interrumpida por períodos de formación y de inactividad. Esto implicó la configuración de una redistribución de los estados de actividad e inactividad a lo largo de la existencia y, su combinación compleja en un número creciente de estados que se alternan a lo largo de ella, sin transiciones marcadas. Además se resquebraja la arquitectura de la protección social, fuertemente basada en una distribución tripartita de las edades y de los tiempos sociales a lo largo del ciclo de vida. De esta manera, se descompone la organización tripartita del ciclo de vida de la sociedad industrial, en la que los tiempos sociales sucesivos encajaban como piezas ajustadas en un trayecto ordenado y previsible. Y se deshace todo aquello que formaba parte de sus características propias: cronologización, estandarización y temporalización. Según Oddone, ese conjunto de transformaciones desemboca en dos consecuencias críticas. Por una parte, se produce una crisis de la normatividad. Es decir, el marco normativo del trayecto de las edades pierde pertinencia dando como resultado una *des-institucionalización* del curso de la vida. Aun cuando los itinerarios de vida se han des-estandarizado, las regulaciones de los sistemas de protección social continúan operando según los principios que consideran que las trayectorias son lineales y que las edades están compartimentadas; continúan apoyándose en categorías uniformes y universales

como la edad. Por otra parte, se origina una crisis de las anticipaciones (crisis de previsibilidad), la cual proviene principalmente de la des-temporalización del trayecto de las edades, y de sus consecuencias sobre la previsibilidad y la estabilidad de las nuevas trayectorias de vida. De esta manera los referentes temporales se diluyen, las etapas se mezclan, y la concordancia de los tiempos y la sucesión ordenada de las edades, que prevalecían en la sociedad industrial, se ven seriamente afectadas.

De manera semejante Bessin (1993) al interesarse en los reajustes de los tiempos sociales y en las consecuencias que acarrearán sobre la organización del curso de la vida, constata una des-institucionalización de su organización tripartita. Según él, la nueva flexibilización temporal habría engendrado una confusión de las edades y una nivelación de los umbrales de edad. El trayecto de las edades deja de ser lineal, irreversible, funcionalmente segmentado en etapas marcadas por el predominio de un tiempo social y caracterizado en consecuencia por la monocronía, como lo era en el modelo tripartito. El tiempo cronológico de la “edad adulta en el trabajo” deja de tener el rol central que tenía en el modelo tripartito. En consecuencia, se impone una “policronía”, acompañada inevitablemente por una des-sincronización de los calendarios biográficos.

Al respecto Beck (1998), considera la aparición de una creciente des-estandarización del trayecto de las edades, que acompaña la des-estandarización del trabajo y la generalización de la inseguridad profesional. En esta línea, Heinz (2001), advierte que el trayecto es cada vez más aleatorio e imprevisible y sostiene que este carácter “contingente” del curso de vida se debe principalmente a las secuencias desordenadas de empleo y de desempleo que se alternan, en las sociedades contemporáneas, en los trayectos profesionales.

Estos planteos versan en torno a las interacciones entre un análisis microsocio de las trayectorias biográficas individuales y uno macrosocio ligado a la forma en que la institución del ciclo de vida estructura los trayectos individuales.

En una línea similar, podemos establecer una vinculación con la noción de *modernidad líquida* de Zygmunt Bauman (2003), entendida como categoría analítica construida para definir el estado de la sociedad contemporánea; signada por la inconsistencia de las relaciones humanas en diferentes ámbitos, como el laboral. La metáfora de la liquidez representa la realidad social contemporánea, una sociedad líquida, maleable, escurridiza,

que fluye, en un capitalismo liviano, caracterizada por la incertidumbre de no tener todo pautado.

Hemos repasado una serie de propuestas elaboradas desde las ciencias sociales tendientes a caracterizar el transcurso de la vida. En el siguiente apartado caracterizamos las nociones de *adolescencia* y *juventud*, revisando los abordajes conceptuales y metodológicos desde los campos disciplinares correspondientes a la antropología y sociología, historia.

2.2. El abordaje de la adolescencia y juventud en las ciencias sociales

Según Carles Feixa (1996) el estudio antropológico de la juventud surge, en el año 1928, fecha que remite a la publicación de la obra *Coming of Age in Samoa* de la antropóloga Margaret Mead (1928); originada en el marco de dos escenarios diferentes: el debate naturaleza-cultura en las sociedades primitivas y, la cuestión de las nuevas patologías sociales en las sociedades urbanas.

De acuerdo a Feixa la juventud, definida en términos de fase de la vida individual comprendida entre la pubertad fisiológica (una condición «natural») y el reconocimiento del estatus adulto (una condición «cultural»), se concebía como una condición universal, una fase del desarrollo humano que se encontraba en todas las sociedades y momentos históricos. Desde esta perspectiva, la necesidad de un período de preparación entre la dependencia infantil y la plena inserción social, así como las crisis y conflictos que caracterizaban a este grupo de edad, estaban determinados por la naturaleza de la especie humana (Feixa, 1999).

La formulación de estas ideas se debe a G. Stanley Hall, psicólogo norteamericano, quien en 1904 publica el primer tratado académico dedicado a la adolescencia, de título enciclopédico: *Adolescence: Its Psychology, and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Stanley Hall conceptualiza la adolescencia como un tiempo de “*storm and stress*” (turbulencia y tensión) y postula el carácter natural de esta etapa de inestabilidad emocional previa a la vida adulta.

Hall desarrolla una teoría psicológica de la recapitulación, según la cual existiría un paralelismo, basado en la estructura genética, entre el desarrollo de la personalidad en el individuo y las diferentes etapas en la historia del género humano. Siendo partidario de

las ideas lamarckianas sobre la evolución - en la que ésta tiene lugar como resultado de la experiencia acumulada, pasando los organismos sus características adquiridas de una generación a la otra- consideró que la adolescencia es sugestiva de algún período antiguo de turbulencia y tensión. En su visión, debe haber habido un periodo de la evolución humana que fue tumultoso; la memoria de aquel periodo ha pasado desde entonces de una generación a la siguiente, y fue recapitulada en el desarrollo de cada individuo como la turbulencia y tensión del desarrollo adolescente (Arnett, 1999).

Cuando Margaret Mead inició su trabajo de campo en Samoa, en 1925, estas ideas estaban muy en boga entre los educadores estadounidenses para quienes la adolescencia era un período de inestabilidad, tempestad y conflicto. Se suele interpretar su obra acerca de la adolescencia en una sociedad primitiva (*Coming of Age in Samoa*, 1928) como un intento de refutar las teorías de Hall.

Cuando la autora escribió *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*, los interrogantes predominantes en la comunidad científica eran:

“¿Qué es la naturaleza humana? ¿Hasta qué punto es flexible? ¿Qué es lo que podemos aprender sobre sus límites y su potencialidad estudiando sociedades tan diferentes y más simples que las nuestras? El estudioso de la cultura primitiva dispuso del material teniendo en cuenta este aspecto, para demostrar cuan flexible y sensible a las influencias culturales era esta naturaleza humana (...) En aquellos días era importante mostrar que los cambios fisiológicos de la adolescencia no bastaban para explicar el período de conmoción y tumulto por que atraviesan nuestros niños, sino que la facilidad o dificultad de esta transición debía atribuirse a un marco cultural diferente: en Samoa a la libertad sexual, la ausencia de responsabilidad económica y la falta de toda precisión sobre las preferencias; en nuestra sociedad a una expresión sexual restringida y postergada, a la confusión acerca de los papeles económicos y a las corrientes antagónicas de la vida moderna entre las cuales debe elegir el adolescente” (Mead, M 1967:10).

Con el objeto de verificar el efecto de la civilización sobre un cambiante ser humano, Mead se dirigió a una civilización diferente – en Samoa, isla del Mar del Sur- a efectuar un estudio de los seres humanos bajo diferentes condiciones culturales, con los siguientes interrogantes:

“las perturbaciones que afligen a nuestros adolescentes ¿se deben a la naturaleza de la adolescencia misma o a los efectos de la civilización? Bajo diferentes condiciones ¿la adolescencia presenta un cuadro distinto?” (1967:45).

En este sentido, Mead da muestras de que no en todas las culturas la adolescencia debía verse como la fase de crisis que el psicólogo había generalizado a partir del caso de los jóvenes en Estados Unidos (Feixa, 1999). Y postula que la adolescencia de las mujeres observadas durante su trabajo de campo, difiere de la etapa conflictiva de inestabilidad de las sociedades occidentales en general y particularmente de Estados Unidos en particular. Es así que en el prólogo Boas, a partir de la evidencia reunida, critica al etnocentrismo de la teoría psicológica.

Margaret Mead dedicó varios años al estudio de cómo se moldea el carácter por obra de los diversos marcos culturales dentro de los cuales nacen los seres humanos, maleables y desprovistos de cultura.

La autora aportó material empírico sobre la variabilidad cultural de las experiencias de las adolescentes en diferentes sociedades. Presentó evidencia acerca de cómo el carácter humano se forja sobre una base biológica capaz de una diversificación en función de los patrones culturales. La naturaleza humana no es rígida e inflexible sino que es adaptable, siendo los ritmos culturales más fuertes y coercitivos que los fisiológicos, cubriéndolos y deformándolos. Al respecto Franz Boas afirma en prefacio a su libro que:

“en nuestra civilización el individuo está rodeado de dificultades que tendemos a atribuir a rasgos humanos fundamentales. Cuando hablamos de las dificultades de la niñez y la adolescencia, pensamos en ellas como en periodos inevitables de adaptación por los cuales deben pasar todos... los resultados de su investigación confirman la sospecha largamente alimentada por los antropólogos, acerca de que mucho de lo que atribuimos a la naturaleza humana no es más que una reacción frente a las restricciones que nos impone nuestra civilización” (en Mead, M. 1967:33).

De acuerdo a Marvin Harris (1999), el que la adolescencia no fuera necesariamente, biológicamente, una época tormentosa y difícil “significaba una corroboración de la tesis de Boas, de la influencia de la cultura sobre la biología” (Harris, 1999:352).

Una vez comprobado que la adolescencia no constituye necesariamente un período difícil en la vida de las jóvenes, surge el interrogante en torno a cómo explicar la conmoción y tensión de las adolescentes norteamericanas. Es en el ambiente social donde la autora busca la explicación. La falta de sentimientos hondos que caracteriza a los samoanos es lo que contribuye a explicar la ausencia de sufrimientos en las elecciones que realizan las

adolescentes de Samoa; y la diferencia entre una civilización simple y homogénea, que cambia lentamente, y una civilización heterogénea y variada contribuye a explicar la ausencia de conflictos. Además, Mead remarca que no existe separación entre las actividades de los adultos y las de los niños sino que, por el contrario, se busca desarrollar en los niños habilidades que permiten sobrevivir en ese medio. De esta manera, los niños samoanos no gozan de un período de falta de responsabilidad como el que gozan los niños en la sociedad occidental; por el contrario, desde los cuatro o cinco años ejecutan tareas definidas, graduadas de acuerdo con su fuerza e inteligencia.

El aporte metodológico del trabajo de Mead se funda en la observación continua y, en la participación de la vida cotidiana de la aldea donde los niños habitan. Lo cual contrasta tanto con la observación de niños y jóvenes, aislados del contexto donde transcurre diariamente su vida y, de las relaciones sociales que entablan con otros sujetos de su comunidad, como con el uso de test o cuestionarios, para basar sus postulados, frecuentes en Sociología y Psicología en aquella época

De esta manera Mead⁴ visibiliza el debate acerca de las continuidades y discontinuidades en el proceso de socialización en cada cultura, siendo Ruth Benedict, en un trabajo publicado en 1938 en la *Revista Psichiatry* quien enuncia la problemática teóricamente. En “*Continuidad y discontinuidad del condicionamiento cultural*” Ruth Benedict (1938) plantea que la discontinuidad en el ciclo vital es un hecho natural. No obstante, en el caso de los seres humanos, los hechos naturales se hallan rodeados de adquisiciones locales de comportamiento, de intervenciones y arreglos culturales. De modo que, de acuerdo a Benedict, si bien es un hecho natural el contraste entre los roles de hijo y de padre, la forma en que se realiza la transición entre roles varía de una sociedad a otra. Y destaca que ninguno de estos puentes culturales particulares debe ser considerado como el camino natural durante esa transición.

Benedict (1964 [1938]) sostiene que la cultura occidental acentúa en forma extrema las diferencias entre el niño y el adulto, donde los roles están poderosamente diferenciados,

4 Las conclusiones de Mead fueron criticadas por Derek Freeman (1983), quien cuestionó los métodos de recolección de información y el análisis del material recogido en Samoa y acusó a Mead de forzar los datos de modo que se correspondan con las hipótesis que quería probar. Estas críticas provocaron un gran impacto en la Antropología y fueron eje de numerosas publicaciones y films. Posteriormente, las afirmaciones de Freeman fueron cuestionadas por el antropólogo Martin Orans (1996) entre otros: por ejemplo Evidencia y ciencia en etnografía: reflexiones sobre la controversia Freeman-Mead de Melvin Ember En: *American Anthropologist*, vol. 87, 1985, pp 906-917.

de tal forma que el individuo que desempeña uno de los roles, debe replantear su comportamiento desde casi todos los puntos de vista al asumir el otro. Y resalta que aquellas diferencias entre roles configuran “dogmas” propios de nuestra cultura.

La autora demuestra que entre la naturaleza y el comportamiento humano hay una serie de mediaciones influenciadas por la cultura, en las cuales surgen contrastes y diferenciaciones que contribuyen a conformar los papeles de los individuos. Analiza tres de los contrastes que se dan en nuestra cultura entre niños y adultos: rol de status responsable-no responsable; dominación-sumisión y condición sexual-asesual.

En el primero demuestra cómo en muchas sociedades, en contraste con la nuestra, el niño es condicionado de continuo, desde la infancia, para la participación social responsable, mientras que al mismo tiempo las tareas que se esperan de él son adecuadas a su capacidad.

En el caso de la siguiente dupla la autora analiza la relación padre-hijo como comportamiento recíproco, pauta típica de aquellas sociedades que se basan en el condicionamiento por continuidad; el niño y el adulto comparten privilegios y obligaciones recíprocas que en nuestra sociedad pueden desarrollarse solo entre pares de la misma edad. En tal sentido afirma que el niño pone en práctica, desde la infancia, las normas que le servirán de base como adulto; el comportamiento no está polarizado entre una exigencia general de sumisión para el niño y de dominación para el adulto.

Respecto del tercer aspecto, plantea que la continuidad en la expresión sexual significa más que al niño no se le enseñe algo que luego deba desechar. Si en la adultez se pondera el placer sexual, el niño es condicionado de manera continua para explorar estos placeres desde su infancia. Si en cambio, en la adultez se pondera la reproducción, no serán desarrolladas las inclinaciones sexuales infantiles, al niño no se lo impulsará a tales experiencias ya que a esta edad no puede reproducirse.

Muchas sociedades primitivas plantean discontinuidades entre el rol de niño y el adulto, esperando un comportamiento diferente del individuo como niño y como adulto; y desarrollan ritos de pasaje e instituciones, técnicas y procedimientos orientados a reducir la tensión que el cambio pueda producir, ejemplo de esto son los “grupos de edad”.

Benedict culmina su trabajo señalando que, a diferencia de nuestra cultura, en muchas sociedades primitivas, la discontinuidad no ha sido fomentada debido a necesidades económicas, o políticas, o porque dicha discontinuidad determine una división del trabajo socialmente ventajosa, sino a causa de algún dogma conceptual. Eligió ejemplos de condicionamiento discontinuo en los que no es exagerado afirmar que las instituciones

culturales proporcionan un apoyo adecuado al individuo, a medida que progresa de rol en rol. El contraste con el ordenamiento de nuestra cultura es notable. En nuestra cultura, en cambio, las instituciones profundizan las diferencias y distancias entre una generación y otra, tal es el ejemplo de los jardines de infantes, las escuelas y los asilos de ancianos (Noceti, MB. 2008), como así también las políticas públicas.

Desde un punto de vista comparativo, Benedict considera que nuestra cultura acentúa las diferencias entre el niño y el adulto, adjudicándoles atributos y pautas de comportamiento específicos, entendidos como “dogmas” de nuestra cultura -adquisiciones culturales-. De allí que:

“(...) el período adolescente del sturm and drang, con el cual estamos tan familiarizados, se hace inteligible como resultado de nuestros dogmas e instituciones culturales discontinuas, y no como producto de una necesidad fisiológica” (Benedict, R.:156).

Para Benedict el problema fundamental de la sociedad occidental resulta de la discontinuidad de roles existente en la vida del ser humano. Los niños, al llegar a la adultez, deben desaprender lo aprendido y comportarse de otra forma que hasta ese momento han ignorado. La sociedad les exige pautas culturales en el desempeño de su rol, las cuales no han asimilado. Demuestra que las generaciones se hallan separadas en la cotidianeidad occidental, lo que conduce a que un adulto no sepa comportarse con sus propios hijos y ancianos.

Diferentes autores coinciden en que *adolescencia* y *juventud*, como categorías analíticas, remiten a enfoques y campos disciplinares diferentes. Disciplinariamente se le ha atribuido la responsabilidad analítica de la adolescencia a la psicología, focalizando el análisis en el sujeto particular y sus procesos y transformaciones como sujeto (Coimbra, Bocco y Nascimento, 2005; Dávila León, 2004). Y se ha dejado la categoría juventud a disciplinas como sociología, antropología, historia, educación, comunicación; centrando el interés en las relaciones sociales posibles de establecerse entre los sujetos particulares y las formaciones sociales.

En sus diferentes tratamientos, los autores coinciden en su concepción de la juventud como una construcción social, histórica, cultural y relacional (Dávila León, 2004).

Bourdieu (1993) señaló que la noción de juventud es sociocultural e históricamente construida. Los marcos etarios que delimitan las fronteras entre las fases del ciclo de vida o las categorías de edad, son móviles y varían de acuerdo a concepciones sobre las relaciones intergeneracionales. La juventud no es única. Diferentes formas de ser joven están ancladas en marcadores sociales como clase, raza / etnia, lugar de residencia, que contribuyen a dar forma a los jóvenes.

En la misma línea, la investigadora María Luiza Heilborn (2014) plantea la necesidad de deconstruir y desnaturalizar la categoría “jóvenes”. Citando a Bourdieu, considera que el pasaje a la vida adulta presenta especificidades de acuerdo a marcadores sociales de diferencias, los cuales hacen que los perfiles y caminos de estos jóvenes sean muy heterogéneos.

Desde una mirada antropológica según Feixa (1999), la juventud constituye una construcción cultural cuyo contenido es relativo en el tiempo y en el espacio. Para que exista la juventud, deben existir una serie de condiciones sociales (es decir, normas, comportamientos e instituciones que distingan a los jóvenes de otros grupos de edad) y, de imágenes culturales (es decir, valores, atributos y ritos asociados específicamente a los jóvenes). Tanto unas como otras dependen de la estructura social en su conjunto, es decir, de las formas de subsistencia, las instituciones políticas y las cosmovisiones ideológicas que predominan en cada tipo de sociedad. Ello explica que no todas las sociedades reconozcan un estadio nítidamente diferenciado entre la dependencia infantil y la autonomía adulta. Feixa agrupa la enorme diversidad de situaciones en *cinco grandes modelos de juventud*, que corresponden a otros tantos tipos distintos de sociedad: los «púberes» de las sociedades primitivas sin Estado; los «efebos» de los Estados antiguos; los «mozos» de las sociedades campesinas preindustriales; los «muchachos» de la primera industrialización; y los «jóvenes» de las modernas sociedades postindustriales. No se trata de modelos unívocos, sino más bien de «tipos ideales» que sirven para ordenar la heterogeneidad de los datos etnográficos e históricos.

Al respecto, el antropólogo Meyer Fortes (citado en Colángelo, 2003) señala que, las relaciones que el individuo establece dentro de la sociedad son las que delimitan y expresan cambios en el ciclo de vida, y no las fases de maduración biológica. En esta línea, Colángelo (2003) propone pensar en la influencia que pudo haber tenido la escolarización en las formas de recortar y definir etapas de la vida; entendiendo la

institución escolar como parámetro de definición de categorías de edad (infancia, adolescencia) así como de lo concebido propio o impropio de cada una de ellas.

Desde una perspectiva similar, Mariana Chaves (2005) considera que la juventud se construye en el juego de relaciones sociales. No es una categoría definida exclusivamente por la edad y con límites fijos de carácter universal. Sino que cada sociedad, cada cultura, cada época definirá su significado, el cual a su vez éste no será único, habiendo sentidos hegemónicos y otros subalternos. Al respecto la autora afirma que:

“Delimitar un sector de la sociedad por las fechas de nacimiento y adscribirle determinados comportamientos es un mecanicismo poco útil para la producción de conocimiento, el límite etéreo sólo es utilizable para los datos estadísticos o demográficos y aprovechable para el sistema escolar, legal y penitenciario. Este error de partida lleva a pensar la juventud como un período fijo en el ciclo de vida de los hombres y las mujeres, un momento universalizable, en el que todos entrarán y saldrán en el mismo momento más allá de sus condiciones objetivas de vida, su pertenencia cultural o su historia familiar. Es una visión que oculta, o impide visualizar, la diferencia y la desigualdad” (Chaves, M.: 2005: 37).

Y además agrega que:

“(…) este “sujeto universal” no es un sujeto cualquiera; la construcción hegemónica del sujeto joven en Argentina responde al estereotipo de un joven de sectores medios o medio-altos en período de moratoria social. Esto si se toma la valencia positiva, porque para todo lo negativo, el caso testigo será el joven de bajos ingresos, que en la comparación con el joven «normalizado» siempre sale perdiendo” (Chaves, 2005: 37).

Según Chaves el pensamiento occidental moderno concibió como sujeto ideal al sujeto adulto, definido como ser completo, y parámetro de comparación de los demás sujetos a lo largo de su curso vital: *“al joven le falta, el viejo va perdiendo”* (2005: 37). De acuerdo a la autora, esta visión adultocéntrica impregna el análisis e intervenciones en torno a los jóvenes, quienes deben ser guiados, preparados, corregidos, encaminados por los adultos y las instituciones que a ellos les pertenecen. Este planteo es compartido y desarrollado

por autores como Cassab (2012), Coimbra, Bocco y Nacimiento (2005), respecto a quienes referimos a continuación.

Los autores coinciden en que juventud, en tanto categoría social, remite a una construcción histórica y, su definición actual responde a condiciones sociales específicas relacionadas con la emergencia del capitalismo.

En este sentido Clarice Cassab (2012) reconstruye los sentidos asignados al joven (sujeto) y la juventud (el tiempo del sujeto) a lo largo del tiempo, en Europa, comparando el mundo romano, medieval y moderno, a partir de los aportes de historiadores como Paul Veyne (1989), Frascetti (1996), Pastoreau M (1996), Perrot, M (1991).

De acuerdo a la autora la juventud es una categoría socialmente construida, de ahí su mutabilidad a lo largo de la historia. Del joven romano al joven de la Modernidad, los sentidos y las representaciones de la juventud se modificaron en conformidad con la organización social predominante. Señala que las representaciones que se tienen del joven y de la juventud hoy, son herederas del pensamiento occidental europeo, cuya constitución es determinada por tiempos y procesos sociales específicos. La definición de la juventud como período específico de la vida de transición durante el cual el individuo debe prepararse para la vida adulta, y a quien se le permite el tiempo libre, remite a los siglos XVIII y XIX. Acompañando la industrialización, los jóvenes fueron liberados del trabajo, dedicándose al estudio y preparación para una profesión.

Cassab destaca el papel que cumple la institución escolar en este proceso. La familia, - hasta entonces locus principal de la educación de los niños y jóvenes-, es paulatinamente sustituida por el establecimiento escolar, sea en tiempo parcial o en pensionados, que tiene por función incrementar la educación aprendida en casa, cierta disciplina de trabajo, reglas de sociabilidad y civilidad, constituyéndose en el lugar de preparación para la vida adulta e instrumento de control de la indisciplina y de la degradación moral.

En esta línea Philippe Aries (1987) reconoce que la escuela, al final del siglo XVII, proporciona las condiciones para la creación de las nociones de infancia y juventud como etapas separadas de la vida adulta, en virtud del aislamiento de niños y jóvenes de los adultos, constituyéndose en un nuevo medio para la educación.

Entonces constituido el individualismo en marca del nuevo siglo, resultaba necesario preparar a los jóvenes para el trabajo, configurando la juventud en una época de formación y de elecciones y preparatoria para el futuro.

Cassab destaca que la oportunidad de retrasar las responsabilidades de la vida adulta, no estaba disponible para todas las clases sociales, sino destinada exclusivamente a los

jóvenes de la burguesía. Por el contrario los hijos de los obreros eran insertos en actividades productivas, siendo vistos además como una amenaza potencial.

De modo que mientras los jóvenes de la burguesía eran liberados del trabajo y constantemente supervisados por la familia y la escuela, los hijos de obreros, alejados de la escuela, eran precozmente insertados en el mundo del trabajo, cuando no incorporaban en la figura del delincuente. Siguiendo a Perrot (1991), Cassab afirma que los segundos tenían poco horizonte de futuro y sus energías eran consumidas sin que, al menos, el trabajo les diera la autonomía y el derecho de los adultos. Por el contrario, jóvenes aún no gozaban de los derechos que los adultos poseían. Incluso en la familia debían obediencia, silencio y su trabajo. De esta manera *"la juventud es, por un lado, un privilegio de ciertos segmentos en relación a otros de ellos excluidos y, por otra parte, al mismo tiempo, significa una exclusión del mundo adulto y de sus poderes, ya que se caracteriza como una fase de subordinación, obediencia e incapacidad"* (Cassab, M., 2001: 66).

¿Cuáles son los límites que definen la juventud? Cassab se remite a Perrot (1991 – citado en Cassab, 2012) quien muestra cómo las numerosas leyes que procuraron regular el trabajo en las fábricas, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, acabaron también por contribuir a la definición de los límites, instaurando la categoría de jóvenes trabajadores: Si el inicio de la juventud representa, en el caso de los jóvenes obreros, la entrada en el mundo del trabajo, la determinación de su término sería asociada al matrimonio y el ejército. El matrimonio significaba, para el joven, la posibilidad de inaugurar una nueva familia, siendo uno de los caminos posibles para alcanzar su independencia e ingreso definitivo en la vida adulta, al tomar la responsabilidad de sostener y mantener a su propia familia. El ejército, para los hombres, también podía representar el final de la juventud, o más específicamente, el último rito de pasaje para la vida adulta.

Cassab afirma que en la transición del siglo XIX al XX se forjaron algunas de las concepciones sobre la juventud actualmente vigentes. La juventud fue asociada a un período de emociones violentas, inestabilidad emocional y curiosidad sexual sin límites, imagen que refiere a los hijos de los obreros, identificados por un supuesto carácter vagabundo, libertino, contestador. Esa representación de la juventud en especial de la obrera explica las estrategias de control sobre los jóvenes, por medio del trabajo y la policía. Los hijos de los burgueses eran vigilados y controlados por las instituciones de enseñanza.

La autora sostiene que no sólo la escuela contribuyó a vincular la juventud a la perversión, sino que las ciencias modernas también tuvieron influencia en ello. En la naciente sociedad capitalista industrial, la juventud se concibió como un período de vigilancia, disciplinarización y socialización del individuo, entre la niñez y la edad adulta. Y se forjaron dos representaciones: juventud como una fase peligrosa y, como un momento de transición. La noción de la juventud como un momento crítico es impulsada, de acuerdo a Casab, por el avance de la medicina, cuyo discurso contribuyó a formular la concepción de adolescencia como peligro no sólo para el individuo joven, sino también para toda la sociedad.

De esta manera, la juventud adentra el siglo XX como un problema y un campo de intervención de las ciencias y de las políticas públicas; en la medida en que sus deseos, impulsos, imprevisibilidad, necesitan ser controlados y disciplinados. En este sentido, Coimbra, Bocco y Nascimento (2005) analizan el papel de la psicología y de las ciencias de la salud en la construcción de esa visión. Y Bittencourt (2010) la influencia de esas disciplinas en la construcción de explicaciones acerca de ciertas prácticas juveniles, a partir de – y tomando como objeto de discusión- la noción de *crisis identitaria*.

En la publicación titulada “Subvertiendo o conceito de adolescencia”, Coimbra et al (2005) cuestionan el uso naturalizado del concepto de adolescencia, definida como una fase universal y a-histórica del desenvolvimiento humano, vigente en discursos y prácticas oficiales, tales como los presentes en la psicología. De acuerdo a las autoras:

“La noción de adolescencia emerge completamente vinculada a la lógica desarrollista, siendo una etapa del desarrollo por la que todos pasarían obligatoria y semejantemente. La psicología, o mejor, el pensamiento psicológico que en aquel momento predominaba fue responsable de instituir algunas características que serían inherentes a esa etapa de la vida, con sus tiempos y atributos específicos, diferenciando sujetos normales y anormales de acuerdo con su grado de aproximación a las normas establecidas para cada período” (Coimbra, Bocco, Nascimento, 2005:4 – traducción propia).

Las autoras sostienen que uno de los presupuestos que permea el pensamiento desarrollista es la creencia en la primacía de la razón, la cual tendría como función permitir una aprehensión del mundo cada vez más elaborada, a medida que se recorren las diferentes etapas del desarrollo, otorgando a los sujetos más dominio y conocimiento sobre sí y sobre el mundo.

Proponen que en el marco de ese pensamiento desarrollista, la adolescencia es construida como objeto de estudio, exacerbado por una serie de atributos psicológicos y biológicos; de la mano de disciplinas como la medicina y la biología. De manera que *“Tales características pasan a ser percibidas como una esencia, en que ‘cualidades’ y ‘defectos’ como rebeldía, desinterés, crisis, inestabilidad afectiva, descontento, melancolía, agresividad, impulsividad, entusiasmo, timidez e introspección pasan a ser sinónimos del ser adolescente, constituyendo una ‘identidad adolescente’”* (Coimbra, Bocco, Nascimento, 2005:5).

Y agregan que, además de postular una “identidad adolescente”, desde esa visión racionalista-desarrollista se concibe que es en ese período de la vida en el cual se construye la identidad del sujeto, de forma tal que se plantea ese período como momento inaugural de la personalidad que definiría al sujeto para el resto de su vida.

Plantean que junto a la formulación de una *“identidad adolescente, se postula cierto modo correcto de ser y estar en el mundo, una naturaleza intrínseca a esa fase del desarrollo humano. Y una serie de saberes y de profesionales de la psicología, medicina y pedagogía asumieron la función de tratar la adolescencia, pautados por la idea de que existiría una «crisis de identidad»* (Erikson, 1976: 15 citado en Coimbra, Bocco, Nascimento 2005:6). Y sugieren que bajo esta óptica de patologización, la adolescencia - entendida como momento de sufrimiento psíquico-, supone la necesidad de prácticas con el objetivo de garantizar como resultado una persona sana y, sobre todo, útil para la sociedad.

Frente a la idea de una “identidad adolescente” que definiría de una vez y para siempre, Coimbra, Bocco y Nascimento postulan que los sujetos no poseen identidades fijas sino que se encuentran en permanente devenir y son atravesados por una multiplicidad de fuerzas que los subjetivan incesantemente. Y proponen pensar en términos de proceso, apostando que la vida se construye a cada momento y no puede ser reducida a cualquier modelo o norma.

En línea similar, Silvia Tubert (1992) considera que resulta inapropiado hablar de etapas definidas en función de las diferencias entre estructuras consideradas autónomamente que son en realidad producto de la abstracción. Por el contrario, las estructuras constitutivas del sujeto deben definirse en función de las diferentes relaciones que aquel establece en cada momento de su vida con el mundo en que está inmerso (que es un mundo simbólico)

y también en función de la forma en que este le afecta y de sus posibilidades de operar sobre el mismo.

Por su parte, Bittencourt (2010) sostiene que, educadores, psicólogos, sociólogos, antropólogos, buscan encontrar una respuesta satisfactoria tendiente a permitir una lectura coherente de las prácticas juveniles disruptivas. El autor propone que eso “(...) *configura una de las estrategias más eficaces de control (micro) político de nuestra época, permitiendo a través de conceptos totalizantes y taxonomías diversas un posible examen del joven y consecuentemente de su subjetividad*” (2010: 30). De acuerdo a Bittencourt la noción de “*crisis identitaria*”, discutida por psicólogos, pedagogos, científicos sociales, constituye una estrategia de control, en relación a la cual afirma que: “*se creó un concepto para así ser posible poner un molde sobre la revuelta, y, de esa forma, apuntar procedimientos adecuados para contenerla*” (Bittencourt, 2010: 30).

Propone que “*Gran parte de los jóvenes de nuestra época buscan, a través de experiencias diversas, transgredir determinadas conductas consideradas como aprisionadoras de sus expresividades. De esta forma, elaboran estrategias que posibiliten la fuga de una realidad tenida como indeseable, buscando el sentido para sus vidas, muchas veces en la devaluación de las mismas. El riesgo aparece como el resorte propulsor de las socialidades juveniles contemporánea*” (2010: 31). Si bien considera las diferentes formas de transgresión juvenil como expresión de subjetividades, no niega ni desestima las consecuencias nefastas para la existencia de estos individuos que aquellas prácticas pueden conllevar. No pretende construir una imagen positiva de las conductas transgresoras juveniles, sino contextualizar el fenómeno como producto *sui generis* de nuestros tiempos.

En línea similar, introducimos aquí las nociones de *riesgo* elaboradas por Mary Douglas (1996) y David Le Breton (2008), como claves conceptuales para problematizar los enunciados de los dispositivos e instrumentos de la política de salud analizados.

La antropóloga inglesa Mary Douglas sostiene que:

“Las nociones de riesgo no están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos. Son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros. Se crea así una cultura del riesgo que varía según la posición social de los actores” (Douglas M. 1996: 15).

De esta manera, Douglas aporta la idea de que el riesgo es producto de la construcción cultural de las sociedades en su devenir histórico; edificado de acuerdo con el tipo de sociedad de la que emana, de sus creencias y visiones dominantes, a partir de la cual se cataloga ciertos aspectos sociales como peligrosos al tiempo que ignora otros (Douglas, 1996). La calificación de sujetos y la designación de prácticas, en término de riesgo legitima la acción del Estado sobre las mismas (Noceti, 2008).

Por su parte, David Le Breton (2008) afirma que en sociedad contemporánea, el individuo tiende a convertirse cada vez más en su propio referente y, a buscar por sus propios medios lo que antes hallaba en el sistema social de sentidos y valores en el que se inscribía su existencia. La búsqueda y soluciones son personales y, frente a la carencia de límites de sentido proporcionados por la sociedad, el individuo busca a su alrededor límites de hecho. Al respecto Le Breton afirma que *“la pérdida de legitimidad de los puntos de referencia de los sentidos y de los valores y su equivalencia general en una sociedad en la que todo es provisorio, revolucionan los marcos sociales y culturales. El margen de autonomía del actor se incrementa, pero implica el miedo o el sentimiento del vacío”* (Le Breton, 2008: 92).

El autor sostiene que “la pasión moderna por las actividades peligrosas” (2008: 92) se origina en la abundancia de sentido que ahoga a la sociedad contemporánea, y que los riesgos dibujan una constelación de prácticas cuyo objetivo es exponerse físicamente a esfuerzos o al peligro; para encontrar puntos de referencia para desplegar una identidad personal.

Desde el campo disciplinar de la Sociología se han propuesto diferentes formas de conceptualizar la juventud (Cassal et al 2006; Bendit et al, 2008, 2012⁵; Cassab, 2012; Groppo, 2015⁶, Margulis y Urresti, 1996; Krauskopf, 2004, 2010).

⁵ René Bendit, en un artículo publicado en FLACSO virtual, describe diferentes enfoques que son utilizados en las visiones sociológicas con respecto a la juventud: juventud como grupo de edad, como generación, como fase de transición y, juventud moderna: etapa de la vida con características propias.

⁶ El investigador Luis Antonio Groppo (2015) clasifica las teorías de juventud en tradicionales, críticas y poscríticas. Entre las teorías tradicionales de juventud, identifica la versión estructural funcionalista, reconoce en esta línea a autores como Parsons (1968), Coleman (1961), e Eisenstadt (1976).

En la segunda mitad del siglo XX se desarrollarían de modo más característico las teorías críticas – cuando la variante estructural-funcionalista era hegemónica en la naciente sociología de la juventud.

Las teorías post-críticas, desarrolladas desde el final de siglo XX, encaminan la sociología de la juventud hacia una posición "postmoderna", relativizando e incluso negando la proposición original de las teorías tradicionales - la juventud como transición a la vida adulta, por medio de la socialización secundaria.

A fin de brindar un panorama acerca de las diferentes aproximaciones teóricas seguiremos la propuesta de los investigadores Joaquín Casal, Maribel García, Rafael Merinoy Miguel Quesada (2006). Clasifican los diversos marcos teóricos en tres enfoques epistemológicos (alertando contra el riesgo de reducción que eso conlleva) que, desde su perspectiva, han sido referencia para la sociología de la juventud: 1. juventud como etapa del ciclo vital, 2. como nueva generación, y 3. como tramo biográfico o itinerario.

1. Siguiendo a Casal et al (2006) la figuración de la juventud como ciclo vital está emparentada con los primeros pasos de la sociología a fines de siglo XIX y, sus puntos de contacto con la psicología evolutiva. Se configuró en el marco de un planteo funcionalista, que resultó atractivo y de interés para la sociología en un contexto social de modernidad, pleno industrialismo y urbanismo.

Desde este enfoque se conceptualiza la historia de las personas como una estructuración de ciclos de vida dentro de cada uno de los cuales ellas deben alcanzar objetivos sociales y personales de crecimiento. Propone la existencia de 4 etapas – infancia, juventud, adultez y vejez -, en relación a las cuales, los cambios de una a otra, se acompañan por certificación social o ritos de paso. De esta manera, adolescencia y juventud son configuradas como etapas de la vida, caracterizadas por el abandono de pautas propias de la etapa anterior (infancia) en favor de la adquisición de pautas propias de la vida adulta (trabajo, familia propia y reconocimiento social). A partir de esta manera de representar el hecho juvenil, los púberes conseguirían estatuto de adulto en términos físicos (madurez sexual, atribución de fuerza física) en poco tiempo, pero serían expropiados del acceso al mundo de los adultos, hasta el cabo de unos años en que adquieran pautas de la etapa siguiente (profesión definida, vivienda propia, matrimonio de elección, nupcialidad formalizada, etc.).

De acuerdo a los autores, el resultado de estas formulaciones es la percepción de la juventud como un tiempo vacío o de espera, evaluable positivamente en función de la asunción de roles propiamente de adulto: alcanzar una profesión, oficio o trabajo de continuidad, pareja estable, vivienda propia. Contrariamente, la ausencia de estas adquisiciones es vista como evaluaciones negativas de las formas de ser joven. Consideran que, desde este enfoque se le atribuye un carácter negativo a la juventud en favor de los roles y estatus de la adultez: los jóvenes son pensados desde la

indeterminación y la moratoria⁷ en el cumplimiento de roles. Conlleva la separación relativa de los jóvenes del mundo adulto y público, para el aprendizaje de hábitos y valores básicos, que los predispongan a asumir papeles sociales requeridos por la sociedad cuando se conviertan adultos (Margulis y Urresti, 1996; Groppo 2015).

René Bendit, Marina Hahn y Ana Miranda (2008), critican el concepto de transición, que enfatiza la adquisición de capacidades y derechos asociados a la edad adulta, por tener un sesgo conservador, ya que considera la socialización como una especie de acción unidireccional, permaneciendo inalteradas las normas y modelos de vida que la sociedad ofrece a las nuevas generaciones. Además afirman que en las sociedades actuales, los procesos de transición son heterogéneos y, las secuencias de los umbrales que daban paso a una u otra situación han dejado de ser predecibles, lineales o uniformes, tal como se propone desde el tercer enfoque de la “juventud como tramo biográfico”.

Por su parte, Clarice Casab (2012) cuestiona la concepción de la juventud como momento de transición a la vida adulta, en la medida en que los jóvenes son definidos por la ausencia y por lo que no serían - ni niños ni adultos-, sujetos que necesitan de constante vigilancia, control y tutela para que no se perviertan o desvíen.

2. La perspectiva generacionalista de la juventud se focaliza en el hecho generacional, desde el conflicto entre generaciones de jóvenes y adultos. Resultó un planteo atractivo para la sociología en el contexto de la sociedad convulsa del crecimiento acelerado de los sesenta, y la crisis ideológica de los 70 y económica de los 80, que contraponen lo viejo y lo nuevo. Desde esta perspectiva, los jóvenes representarían los valores asimilados al cambio social y al progreso, en detrimento de los adultos y ancianos que representarían los valores asimilados a la tradición y a las raíces identitarias. Paralelamente los jóvenes representarían también las tendencias a la anomia, mientras que los viejos los valores más inmutables y seguros (Cassal et al, 2006).

El análisis de las generaciones del sociólogo Karl Manheim⁸, ganaría fuerza en el interior de la sociología en la década de 1950, en medio del auge del estructural funcionalismo, y sirviendo como alternativa a él (Groppo A 2015). Manheim concibe la generación en términos de un tipo de situación o posición social, como la clase social; no en término de grupo social concreto, como es la familia. No obstante clase social y

⁷ Considerando la relevancia de la noción de moratoria en la discusión acerca del concepto de juventud y, dado que en la bibliografía hay diferentes proposiciones teóricas y discusiones en torno a la noción de moratoria, expondremos diferentes propuestas al final de este apartado.

⁸ De acuerdo a Casal et al (2006), K. Manheim fue el referente para la sociología de las generaciones.

generación se diferencian desde el punto de vista de sus contenidos: la clase social se define por la situación en común de ciertos individuos en el interior de las estructuras económicas de una sociedad, en tanto la generación por el hecho de que ciertos individuos con edades similares vivieron en su juventud *"una situación común en el proceso histórico y social"* (Mannheim, 1982, p. 72 – citado en Groppo 2015). Esta situación social, que define la generación, establece una gama más o más menos restrictiva de experiencias sociales en común a aquellos individuos y, los encamina a un cierto tipo de acción social. La juventud es así concebida como fase de la vida en que hay una vinculación experimental con la realidad y los valores sociales, contrastando con la madurez, cuando el individuo juzgará nuevas experiencias sociales sobre la base de estos patrones ya sedimentados, de modo más racional y reflexivo. Es por esto que el adulto tiende a ser más resistente al cambio social, pues aceptarla puede significar la contestación de sus propios cuadros arraigados de referencia personal y colectiva (Groppo, 2015).

El investigador Luis Antonio Groppo (2015) cuestiona las ideas de Mannheim en la medida en que por una parte, se reconoce el papel de las juventudes en la transformación social y, atribuye un sentido positivo a este papel – no como peligro, desvío o disfunción. Pero por otra parte, se liberan poco de la concepción naturalista de juventud propia del planteo funcionalista, en la medida en que considera la edad y el grupo de edad como datos naturales, biológicos, del curso de la vida.

Además, Groppo cuestiona las características, atribuidas por Mannheim, a las edades de la vida. Mannheim describe a: infantes en relación no consciente con los valores y realidades sociales; jóvenes experimentando el mundo como un libro abierto, contradictorio y discutible; y adultos evaluando racionalmente los nuevos hechos con base en los patrones sedimentados en sus conciencias-. Groppo sostiene que esas características se vinculan a una ideología acerca de las edades de la vida, desde la cual se concibe de manera lineal y acumulativa las experiencias vividas en diferentes fases de la vida; yendo de la menor racionalidad en la infancia al dominio sobrio y lógico del mundo por la madurez.

Finalmente, Groppo reconoce como contribución por parte de Mannheim, la defensa del potencial renovador de la sociedad contenido en la juventud. La generación joven vive inicialmente un contacto original con la herencia cultural que se le presenta, que puede caracterizarse como un relacionamiento modificado y, un distanciamiento en relación a esta herencia ofrecida; lo cual no solo es relevante en la formación de la identidad

individual sino también para la dinámica de la sociedad, un canal de introducción de cambios (Groppo, 2015).

3. El enfoque biográfico está vinculado con el desarrollo hacia el capitalismo posindustrial, informacional o globalizado y, se propone superar los sesgos de los dos enfoques anteriores (Casal et al 2006).

Siguiendo a Casal et al (2006), su punto de partida es la consideración del actor social como sujeto histórico y protagonista de la propia vida, que articula de forma paradójica y compleja, la elección racional, las emociones, constricciones sociales y culturales y, las estrategias de futuro.

Desde este enfoque se discute la noción de transición a la vida adulta a la luz de los procesos de globalización económica, tecnológica y cultural y, de cambios estructurales en las sociedades post-modernas (Bendit et al, 2008; Biggart, Furlong y Cartmel, 2008; Debert, 2010, Krauskopf 2004, 2005, 2010).

De acuerdo a Bendit et al (2008) en el contexto histórico contemporáneo las condiciones de vida, de trabajo y la idea de normalidad se hallan en constante transformación; procesos que tienen consecuencias para los jóvenes y, sus transiciones a la vida adulta. Bajo tales condiciones el proceso de transición a la vida adulta presenta características más complejas respecto a las vigentes en las sociedades industriales, debido a la diversificación y la individualización de la vida social. Los procesos de transición son heterogéneos, marcados por discontinuidades y rupturas apreciables. Los ritmos vitales pierden la secuencia ordenada que tenían (Sanchez Parga, 2004) y, las oposiciones entre las categorías de joven/adulto o estudiante/trabajador, soltero/casado, son superadas por una multiplicidad de estados y estatus intermedios y, reversibles, más o menos transitorios. El futuro ya no es eficiente como foco ordenador alrededor del cual se fijaban metas, se planificaba y organizaban las acciones (Krauskopf, 2005).

En este nuevo marco, las secuencias de los umbrales que daban paso a una u otra situación dejaron de ser predecibles, lineales o uniformes; y se cuestiona la concepción unidireccional de transición desde la etapa juvenil a la vida adulta como fue inicialmente definida (Bendit et al, 2008), donde el eje de la transición era el paso de la educación al trabajo. Por el contrario, las transiciones de los jóvenes a la vida adulta son más prolongadas, complejas y des-estandarizadas (Biggart, Furlong y Cartmel, 2008).

En el enfoque biográfico, la juventud es entendida como un tramo dentro de la biografía que va desde la emergencia de la pubertad física hasta la adquisición de la emancipación

familiar plena que, en la sociedad occidental de residencia tipo neo local, concluye con el acceso a un domicilio propio e independiente de la familia parental o de origen.

Este enfoque remite a la dimensión biográfica de los individuos jóvenes que realizan la transición y, describen itinerarios y trayectorias.

En este constructo, la idea de itinerario es considerada una manera de pensar la inserción social y profesional de los jóvenes. Este concepto se define a partir de las elecciones y decisiones del individuo, bajo determinaciones familiares o del entorno próximo, determinaciones estructurales del contexto amplio, y determinaciones del orden cultural y simbólico (Casal et al 2006; Bendit et al, 2008). Se destaca la dimensión política del Estado o sus instituciones afines, que definen e implementan su intervención sobre los mencionados itinerarios.

Los procesos de diversificación y la individualización de la vida social se encuentran en la base de la diversificación de itinerarios hacia la madurez, rompiendo con la linealidad de la transición y, emergiendo itinerarios diversos. La variabilidad de rumbos o cambios en las trayectorias es el concepto que permite romper con determinismos mecánicos: cada itinerario puede apuntar hacia distintos rumbos (probabilidades) y decantarse hacia uno u otro en función de factores en favor o en contra que tienen que ver con la persona (elecciones racionales y constricciones sociales). Los tramos de la pubertad a la emancipación son abiertos: si bien el tramo de la biografía que se refiere al “hecho juvenil” es el que va desde los inicios de la pubertad hasta la consolidación de la emancipación familiar plena, no todo el mundo comienza y termina este tramo de la misma forma y en los mismos tiempos; hay diferentes velocidades (rápidas y lentas, directas y entorpecidas, etc.); itinerarios (de éxito o fracaso, sencillos o complejos, de adscripción y de elección); emancipaciones de diversa índole (de nupcialidad ritualizada, parejas de hecho, directas o con regresiones, etc.). La emancipación familiar plena tiene una concreción en el acceso a una nueva vivienda, aunque hay también muchas formas de concreción y de regresión o retorno: emancipaciones intermedias en las que los padres ayudan económicamente, hay retornos al hogar de origen luego de un período más o menos largo de ejercicio de la emancipación; algunas son diferidas prolongando el tiempo de residencia en casa de los padres.

Desde este enfoque la juventud es representada como proceso social que tiene concreciones diversificadas (Cassal et al, 2006; Bendit et al, 2008). Los itinerarios tienen un vínculo con la estructura social y las segmentaciones de forma tal que no son independientes de las clases sociales, ni del género, ni de la etnia. Pensar los itinerarios

equivale a pensar en la diversidad y la desigualdad sociales, pensar en la estructura social y las constricciones (Cassal et al 2006).

Siguiendo a María Luiza Heilborn et.al. (2002) la centralidad concedida a la idea de juventud como *proceso* se operacionaliza en el énfasis concedido a la noción de *trayectoria*. Dicha opción analítica desacredita la descripción estática de la vida de los jóvenes, en favor de la recuperación de un movimiento, no necesariamente lineal, presente en sus trayectos.

El concepto de “condición juvenil moderna” pretende reflejar los efectos de la modernización económica y social sobre las personas jóvenes (Bendit et al, 2008).

Sobre la base de estas condiciones, el antropólogo José Sanchez Parga (2004) propone considerar diferentes ámbitos de transición o modalidades o segmentos de transición, de acuerdo a la madurez, formación, trabajo, sexualidad. Y abandonar la noción de una transición de la infancia a la adolescencia y de ésta a la edad adulta. Los parámetros del trabajo y los estudios que eran determinantes para definir las transiciones pasan a tener un valor relativo.

El proceso de individualización implica que la reproducción, sobre todo en los países centrales, se desarrolla cada vez más a través de decisiones individuales (Casal, 2006) y, la biografía se despega de los modelos y seguridades tradicionales, de los controles ajenos, y se adjudica a la acción y decisión de cada individuo (Krauskopf, D. 2010). Aquellas decisiones individuales son atravesadas por la situación de clase, la educación, la pertenencia de género o a un determinado grupo étnico, factores que son significativos en la distribución de oportunidades desiguales. Así, por ejemplo, los jóvenes de mayor nivel socioeconómico pueden elegir trayectorias individuales acordes a sus propios intereses, mientras que los jóvenes con menores recursos económicos están restringidos a tomar decisiones adaptativas, de modo tal que puedan hacer frente a los procesos de exclusión a los que se ven expuestos (Casal et al, 2006).

En la misma línea se expresa la antropóloga Guita Grin Debert (2010) quien sobre la base de cambios en el proceso productivo, en el ámbito de la familia y en la confección de las unidades domésticas⁹ afirma que, la experiencia contemporánea impone la revisión de las

⁹ En la esfera de la producción, cambios relacionados con la informatización, la velocidad en la implementación de nuevas tecnologías y la rapidez en la obsolescencia de las técnicas productivas y administrativas, hacen que la relación entre los grados de edad y la carrera sea obliterada, en la medida en que conocimientos anteriormente adquiridos frecuentemente se tornan obstáculos para la apertura y la adaptación a las innovaciones. En el ámbito de la familia, desarrollos recientes en la distribución de acontecimientos demográficos como matrimonios, maternidad, divorcios y tipos de unidad doméstica apuntarían a una sociedad en la que la edad cronológica es irrelevante: habiendo una variedad en las edades

concepciones acerca del curso de la vida periodizado como una secuencia evolutiva unilineal, en la que cada paso, a pesar de las particularidades sociales y culturales, tiene un carácter universal. No obstante, agrega, eso no implica suponer que la edad ha dejado de ser un elemento fundamental en la definición del status de una persona, sino que las edades continúan siendo una dimensión fundamental en la organización social: “...las edades son mecanismos poderosos y eficientes en la creación de mercados de consumo, en la definición de derechos y deberes y en la constitución de actores políticos... Tratar de las edades cronológicas es reconocer que siguen siendo un elemento fundamental en la tarea del Estado moderno, tan bien caracterizada por Michel Foucault, de regulación del cuerpo social con la producción de categorías de clasificación y jerarquización de las poblaciones” (Debert, 2010:62).

Se ha mencionado anteriormente la noción de “moratoria social”; la cual fue esbozada por la escuela funcionalista cuando concibió la separación, en el tiempo y en el espacio, de los jóvenes en establecimientos educativos (Parsons, 1968 citado en Groppo 2015). Años más tarde, dicha noción fue desarrollada, a partir del psicoanálisis por parte de Erik Erikson (1974, citado en Groppo 2015). En *Identity, Youth and Crisis*, publicado en 1968, año de movimientos estudiantiles, Erikson (1987) afirma que la identidad era el principal dilema de aquellos tiempos. Los conflictos internos enfrentados por los adolescentes y su relación con las instituciones sociales eran el punto principal a ser debatido entre los especialistas en desarrollo humano. Erikson propone el reconocimiento de la moratoria psicosocial, en tanto derecho de adolescentes y jóvenes en el mundo contemporáneo; entendido como lapso de tiempo para que los sujetos, en la constitución de sus identidades, pudieran ensayar y errar experimentando diversos papeles (Groppo, 2015). De acuerdo a Groppo (2015), a diferencia de aquella concepción inicial de moratoria psicosocial que enfatizaba la unidad de la juventud, sin preocuparse por las brechas de clase, otros autores como los sociólogos argentinos Mario Margulis y Marcelo Urresti proponen que la moratoria social es vivida desigualmente por los sujetos.

de casamiento, de nacimiento de los hijos y en las diferencias de edades entre padres e hijos. Las obligaciones familiares tenderían a desligarse de la edad cronológica. El establecimiento de una unidad doméstica independiente puede ocurrir en cualquier edad sin marcar, necesariamente, el inicio de una nueva familia, de modo que las personas de edades cronológicas muy distintas pueden tener una experiencia similar en términos de situación de vivienda (Debert, 2010).

Margulis y Urresti (2000) parten de la definición de la etapa juvenil como *“período que transcurre desde la adolescencia (cambios corporales, relativa madurez sexual, etc.) hasta la independencia de la familia, la conformación de un nuevo hogar, la autonomía económica, que representarían los elementos que definen la condición de adulto. Un período que combina una considerable madurez biológica con una relativa inmadurez social”* (2000: 3).

Consideran que la moratoria, en tanto *“período de permisividad que media entre la madurez biológica y la madurez social”* (Margulis y Urresti, 1998: 2), es un privilegio de aquellos jóvenes pertenecientes a sectores sociales relativamente acomodados, quienes pueden postergar las exigencias vinculadas con el ingreso a la madurez social: formación de un hogar, trabajo, hijos (Margulis y Urresti, 1998).

Proponen que la juventud como transición a la vida adulta es diferente según el sector social, de forma tal que se configuran diferentes juventudes. Y llaman a superar las consideraciones acerca de la juventud como mera categorización por edad y como portadora de características uniformes. Afirman que *“La condición histórico - cultural de la juventud no se ofrece de igual manera para todos los integrantes de la categoría estadística joven”* (Margulis y Urresti, 2000:4). La condición juvenil presenta diferentes modalidades según una serie de variables: edad, generación, clase social, marco institucional, género. De manera que, se manifiesta de diferente forma según clase social, lo que implica que los recursos que brinda la moratoria social no están distribuidos de manera simétrica entre los diversos sectores sociales, acortando el período juvenil en sectores populares y haciéndolo más largo en las clases medias y altas.

Respecto al género, reconocen más probabilidades de ser juvenil siendo hombre que siendo mujer. Las instituciones en las que se pone en juego la vida social: la escuela, el ámbito laboral, las instituciones religiosas, los partidos políticos, los clubes y asociaciones intermedias, el ejército sigue un orden vinculado con los distintos segmentos de edad, presentes en las reglas del juego, los sistemas de roles, los discursos, los tipos de sanciones, lo permitido y lo prohibido (Margulis y Urresti, 2000).

La investigadora costarricense Dina Krauskopf (2004, 2010) frente a la noción de moratoria, propone la noción de *“premura psicosocial”* (Krauskopf, 2010).

Krauskopf discute el concepto de moratoria tal como fuera formulado originalmente por Erikson (1974), teniendo en cuenta una serie de condiciones que inciden en la pérdida de su vigencia; a saber: la globalización y modernización, que ocasionaron el desarrollo de nuevas subjetividades, la prolongación de la vida, con la consecuente modificación y

ruptura en las secuencias del recorrido existencial. Tales condiciones sociales sumado a los cambios de la vida de pareja, de trabajo, modifican el sentido tradicional de la temporalidad lineal en la trayectoria de vida; hacen inaplicable la definición de juventud que establecía que ésta empezaba cuando la persona dejaba la niñez y, terminaba con el inicio de la vida laboral y matrimonial, en la medida en que las biografías dejan de ser irreversibles. De esta manera, la autora plantea que han cambiado las condiciones sociales que sostenían el concepto de “moratoria psicosocial” creado por Erikson (1974), *“fijado a partir de una regulada secuencia de eventos y de una imaginaria homogeneidad social (cercana a la clase media)”* (2004:27). Por el contrario, la autora establece que *“el desarrollo juvenil se da en estructuras de oportunidades y condiciones económico-políticas que se traducen en la heterogeneidad de las juventudes”* (2004:27).

De acuerdo a Krauskopf (2004, 2010) el tiempo de ser joven identitariamente varía entre diversos estratos sociales. Considera que son invisibilizadas como tales, las personas menores de edad de la región latinoamericana que viven en exclusión, quienes *“enfrentan la premura psicosocial en el cumplimiento de responsabilidades supuestamente adultas y con ausencia de oportunidades”* (2004: 27).

Krauskopf cuestiona el concepto de moratoria en relación a la participación y ejercicio de una ciudadanía responsable de los y las adolescentes. Sostiene que *“El concepto de moratoria psicosocial mantiene el reduccionismo de la juventud como etapa preparatoria. Dicho reduccionismo surge como una postergación de los derechos de los niños y jóvenes, al considerarlos carentes de madurez social e inexpertos. Implícitamente se les niega el reconocimiento, se tornan invisibles como sujetos sociales y sólo se les destaca cuando se considera que causan problemas, lo que, facilita la estigmatización”* (Krauskopf, 2005: 6).

Afirma que si bien, en el recorrido existencial, pueda ser posible que se requiera un tiempo para resolver las disyuntivas que se deban enfrentar, no obstante ello no implica quedar eximido del compromiso de las acciones, como podría entenderse en la moratoria psicosocial (Krauskopf, 2005). La autora considera la moratoria como estrategia que posterga las posibilidades de participación que tienen los y las adolescentes en nuestra sociedad y, refuerza la marginación y dependencia de las personas en la fase juvenil.

Frente al cambio histórico realizado en el campo de los derechos¹⁰, con la reciente inclusión democrática de niños, adolescentes y jóvenes afirma que, en América Latina y el Caribe, el derecho a la participación ha sido muy débilmente ejercido en general, apoyado también por el concepto de moratoria psicosocial, que posterga la ciudadanía responsable (2005). En este sentido, frente al discurso que demanda su incorporación de derechos se contraponen con la misma fuerza, otro que enfatiza su situación de dependencia (Debert, 2010).

2.3 Nuestra mirada

A través del recorrido bibliográfico de las páginas precedentes pretendimos dar cuenta de ciertas aproximaciones teóricas y metodológicas respecto a edad, curso de la vida humana, juventud y adolescencia, desarrolladas desde las ciencias sociales.

Desde nuestra mirada consideramos que la edad es objeto de clasificaciones sociales y elaboración de sentidos por parte de los grupos sociales. De modo que tienen un carácter relativo, en la medida en que la segmentación del curso de la vida humana, difiere a lo largo de las coordenadas, espacio y tiempo (Feixa, 1996; Noceti, 2008). Y, sus significados se dirimen en un campo social predispuesto a reforzar relaciones de dominación. Las características de cada edad se definen en el marco de relaciones de poder con las otras; es decir que la forma en que se define y caracteriza una edad es un fenómeno político dado que tiene relación con la distribución de poder entre grupos de la sociedad (Colángelo, 2003; Adaszko, 2005; Chaves, 2005; Fainsod, 2004; Ortale, 2008, 2009).

El modo por el cual la vida es periodizada y el tipo de sensibilidad en la relación entre las diferentes franjas de edades, son dimensiones centrales para la comprensión de las formas de producción y reproducción de la vida social. El análisis de las categorías y de los grupos de edad es parte relevante del hacer antropológico preocupado en dar cuenta de los tipos de organización social, de las formas de control de recursos políticos y de las representaciones sociales (Debert, 1999).

A partir del recorrido bibliográfico realizado consideramos que *adolescencia y juventud* remiten a una construcción histórica, social, cultural y relacional, es decir constituyen

¹⁰ Se refiere a la Convención de los Derechos del Niño, y los planteamientos de las Cumbres Iberoamericanas de Juventud, a partir de los cuales la participación se considera un derecho fundamental de la ciudadanía de los niños, adolescentes y jóvenes como actores sociales de toda sociedad democrática.

categorías socialmente construidas, en relación a las cuales se configura un conjunto de comportamientos, actitudes, apariencias, a ellas atribuidas. Es decir que, no solo refieren a una franja etaria sino que suponen contenidos definidos a través de la cual se rotulan a conjuntos de individuos discretos, asignándoles cualidades, roles y representaciones (Benedict, R 196; Mead, M 1985; Feixa, C., 1996; Villareal, 1998; Adaszko, 2004, 2005; Margulis, M. 2003; Noceti, 2008; Gentile, 2011; García Suárez y Parada Rico, 2017). Construcción a la cual contribuyen las ciencias, instituciones (educativas, de salud, seguridad) así como las políticas públicas, de acuerdo a sus objetivos de investigación o intervención (Checa, 2015; Gentile 2011).

Entendemos que las definiciones de adolescencia y juventud se fundan en contextos institucionales específicos que marcan su singularidad; es decir que, alrededor de cada una de las edades se delimitan instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar desviaciones a las mismas, tales como escuela, sistema penal, sistemas médicos-curativos, políticas sociales, entre otros (Fainsod, 2004; Colángelo 2003; Adaszko 2005; Chaves 2005; Gentile, 2011). Al respecto, destacamos el trabajo de M.F. Gentile (2011) realizado en un centro de día para “chicos de la calle”, en el marco de un programa social para niños y jóvenes (de 8 a 18 años) en el que, a través de la descripción de situaciones e interacciones cotidianas entre los trabajadores de la institución y los niños y jóvenes que asisten a la misma, la autora da cuenta la construcción social de la niñez (y la adultez) dentro de este centro de día. Gentile advierte cómo esa concepción de niñez pasa de ser una definición descriptiva de la población destinataria del dispositivo de asistencia, para convertirse en una noción moral y por ende, condición (no explicitada) de acceso y permanencia a la asistencia.

Diferentes autores coinciden en que la concepción occidental de adolescencia – periodo de transición entre la niñez y adultez, y preparación para ingreso a la vida adulta- es resultante de circunstancias socio-históricas determinadas, en función de las exigencias de la sociedad, europea, moderna y en relación a las necesidades de la expansión y desarrollo del capitalismo (Feixa, 1996; Fize, 2007; Adaszko, 2004, 2005; Checa, 2015). En este sentido su emergencia, como categoría social en el curso vital del ser humano, tiene su origen a fines del siglo XIX, y se relaciona con un mayor grado de modernización; el desarrollo de la industrialización, que originó modificaciones en la familia; la emergencia de legislaciones laborales – que clasificaban a los sujetos por edades para calificarlos como trabajadores- ; y la educación formal que retrasa el ingreso a la vida adulta, matrimonio y mercado laboral, a través de la extensión y gradación de la

escolaridad (Henriques-Mueller y Yunes, 1993; Checa, S. 2003; García Suárez y Parada Rico, 2017).

Convencionalmente suele ser utilizada la franja de edad de 10 a 19 años para designar la adolescencia; en tanto que la categoría juventud suele referir al rango entre los 15 y 29 años aproximadamente (Dávila León, 2004).

No obstante, los autores acuerdan en que las categorías de edad son variables, en la medida en que se modifican la definición del tiempo de duración, los contenidos y significados de los procesos (desarrollo físico del individuo y transformaciones psicológicas); tanto entre sociedades como en la misma sociedad, a lo largo del tiempo y sus divisiones internas (Abramo, 1994).

Siguiendo a Colángelo (2003) diremos que, la complejidad de las sociedades nacionales y los diferentes grupos insertos requiere que, además de considerar la diversidad de la adolescencia en términos de particularidades culturales asociadas a grupos específicos, consideremos la dimensión de la desigualdad social fundada en la existencia de clases sociales (Colángelo, 2003). Entonces pensamos la alteridad en términos de diversidad y desigualdad, lo cual implica que representaciones y prácticas de los grupos sociales no derivan sólo de pautas culturales tradicionales, sino también de su posición en la estructura social.

Recuperamos las propuestas de García Suárez y Parada Rico (2017) y María Luiza Heilborn (2006), quienes se contraponen al sostenimiento de una noción universal y esencialista de adolescencia; y coincidimos con su planteo acerca de la necesidad de pluralizar al referir a este segmento poblacional, en tanto que ser adolescente puede significarse de diversas formas y contextualizarse, espacial e históricamente, de distinta manera. En este sentido, acordamos con Heilborn en su planteo acerca de que los esencialismos producen estereotipos¹¹, y en la necesidad de desescencializar los mismos, en relación a lo cual la autora propone centrar la mirada en los itinerarios biográficos de adolescentes y jóvenes, a fin de abordar sus necesidades y demandas.

Sobre la base de estos postulados optamos por una aproximación metodológica tendiente a construir representaciones acerca de curso de vida y categorías de edad desde el punto de vista de los actores. Eso implica no asumir como dados, ciertos esquemas conceptuales

¹¹ Al respecto Heilborn piensa en aquellos que refieren a la cosificación etaria expresada en sus marcas biológicas, hormonales y psicológicas o, la culturalista que habla de una “cultura adolescente juvenil” presuponiendo un patrón típico de comportamientos.

homogeneizadores, definidos a-priori, como la noción de adolescente; y develar los significados atribuidos a ellas y las formas en que experimentan el curso vital los propios sujetos.

Cabe agregar que preferimos usar más la expresión “embarazo en la adolescencia” que “embarazo adolescente”. Entendemos que en la noción “embarazo adolescente”, el término adolescente se comporta como adjetivo que involucra una manera de *ser adolescente*, en singular y, cualifica el embarazo; presumimos que asignando una valoración negativa, configurándolo como problema público.

No obstante, el uso del término embarazo en la adolescencia se hace de manera provisoria, y se espera aportar elementos que permitan visibilizar diferentes situaciones involucradas bajo esta expresión y poner en discusión tal denominación.

Planteamos dos supuestos de partida, en base al recorrido y elecciones hechas. Las categorías de edad que segmentan el curso vital, así como los atributos y expectativas asignadas a ellas que les otorgan significado, son relativas y particulares a contextos locales. De esta manera, “adolescencia” y “juventud” no constituyen categorías sociales cuyo significado sea unívoco sino que está referido a las formas particulares, en que se vive y se experimenta el curso de la vida humana.

La valoración y significado del embarazo en la etapa vital denominada adolescencia así como su impacto en las trayectorias biográficas tiene relación con las formas como se concibe el curso vital, y se experimentan esas trayectorias, en contextos particulares.

Abordamos las visiones acerca del embarazo en la adolescencia a través de la teoría de las representaciones sociales (Banchs, MA. 1986, 2000; Araya Umaña, 2002; Ceirano, 2000).

Según María Auxiliadora Banchs (2000) las representaciones sociales se conciben como enfoque tanto como teoría. Considerando como enfoque, hay diversas formas de abordaje o de apropiación de los contenidos teóricos¹². Cada enfoque marca un estilo de trabajo

¹² En la bibliografía relacionada a representaciones sociales se reconocen diferentes maneras de agrupar las corrientes que han abordado de manera sistemática el estudio de las representaciones sociales. Autoras como María A. Banchs (2000), Sandra Araya Umaña (2002), Silvia Gutierrez Vidrio (2019) identifican tres líneas que se han ido perfilando a lo largo del tiempo: 1. Desarrollada por Denise Jodelet (1989) en cercanía con la propuesta original elaborada por Moscovici (1961); 2. Centrada en los procesos cognitivos, desarrollada en Aix en Provence por Jean Claude Abric en torno al estudio de la estructura de las representaciones sociales; 3. Desarrollada por Willem Doise en Ginebra centrada en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales. La corriente moscoviciana / jodeletiana es designada como aproximación procesual, más centrada en el aspecto constituyente que en el aspecto

estrechamente vinculado con los objetivos del investigador y con el objeto de investigación (Banchs, 2000: 3.1).

Desde un enfoque procesual de las representaciones sociales, Denise Jodelet afirma que: *“el concepto de representaciones sociales designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente. De manera más amplia, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, comprensión, y dominio del ambiente social, material e ideal. El marcaje social de los contenidos o de los procesos deben referirse a las condiciones en las cuales emergen las representaciones, a las comunicaciones en las cuales ellas circulan, a las funciones que ellas sirven en interacción con el mundo y con los otros”* (Jodelet, 1983: 9-10 en Banchs, 1986).

Para Jodelet (1983) lo social interviene de diversas maneras: por el contexto concreto en el cual están situadas personas y grupos, por la comunicación que se establece entre ellos, por los cuadros de aprehensión que les proporciona su bagaje cultural; por los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones o pertenencias sociales específicas.

Siguiendo a María Auxiliadora Banchs (1986), quien se asume como partidaria del abordaje procesual de las representaciones sociales en Venezuela (Banchs, 2000), se entiende por representación social a la forma de conocimiento del sentido común, que se expresa en el lenguaje cotidiano propio de cada grupo social; en cuyo contenido se expresan valores, actitudes, creencias y opiniones. Su abordaje, tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, es de utilidad para comprender los significados, símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizamos en el manejo de los objetos que pueblan nuestra realidad inmediata.

Finalmente siguiendo a Sandra Araya Umaña (2000), emprender estudios acerca de la representación de un objeto social, permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Y nos aproxima a la visión de mundo que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

constituido de las representaciones. La segunda línea es conocida como la vertiente estructural de las representaciones sociales. Para una caracterización de sus presupuestos epistemológicos y ontológicos y, sus contrastes a nivel metaparadigmático ver Banchs, MA. 2000.

CAPÍTULO 3

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: revisión de investigaciones en torno a embarazo en la adolescencia en Argentina.

3.1 Abordaje cuantitativo del embarazo en la adolescencia

El fenómeno del embarazo en la adolescencia ha sido y es abordado desde diferentes disciplinas en nuestro país. A partir de la revisión de las producciones realizadas desde la sociología, antropología, ciencias de la educación, organizamos el estado de la cuestión en relación al tema, de acuerdo a la metodología usada en los trabajos científicos: cuantitativa o cualitativa.

Respecto a los primeros, desde un enfoque sociodemográfico se analizan aspectos como: tasas de fecundidad¹³, porcentajes de nacimiento por edad de la madre, evolución del embarazo en adolescencia a lo largo del tiempo, su distribución diferencial por regiones del país, la inserción social de las jóvenes, condición socio-económica, el estado civil y ocupacional de las madres adolescentes (Pantelides y Cerrutti, 1992; Weller, S., 2000; Gogna, 1996, 2005; Pantelides y Binstock, 2007; Binstock y Pantelides 2005; Urresti, 2003). No realizaremos aquí una revisión de estos indicadores, los datos obtenidos y análisis de los mismos, respecto a lo cual se pueden consultar las publicaciones citadas. No obstante, en base a la lectura de los trabajos publicados nos interesa trazar un cuadro aproximado de la magnitud cuantitativa del fenómeno¹⁴ en Argentina.

En 1954 comienzan a publicarse en Argentina las estadísticas de fecundidad según edad (Weller, 2000). A partir de ese año la fecundidad adolescente¹⁵ tomó un curso ascendente, alcanzando un punto máximo alrededor de 1980, cuando comenzó a descender hasta el

¹³ En epidemiología del embarazo adolescente en Argentina los indicadores usados son dos.

- Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes: Indica el peso relativo de los nacimientos ocurridos en madres adolescentes en relación al total de nacimientos.
- Tasa de fecundidad precoz, tardía y total: Indica la probabilidad de que una adolescente sea madre. Se estima como el total de nacidos vivos de madres adolescentes en un año dado/total de mujeres adolescentes.

¹⁴ Definimos como punto de corte temporal superior el año 2015, considerando los datos estadísticos elaborados y publicados hasta entonces, a partir de información provista por la Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁵ Se denomina fecundidad adolescente temprana a la que ocurre antes de los 15 años, y tardía a la que ocurre entre los 15 y 19 años de edad.

año 2003. Esta tendencia es la misma, ya se trate del grupo de 10 a 14 años como del de 15 a 19 años. Los datos del año 2004 indicaban una reversión de la tendencia en el grupo de 15 a 19 años (Pantelides y Binstock, 2007) (Cuadro 1).

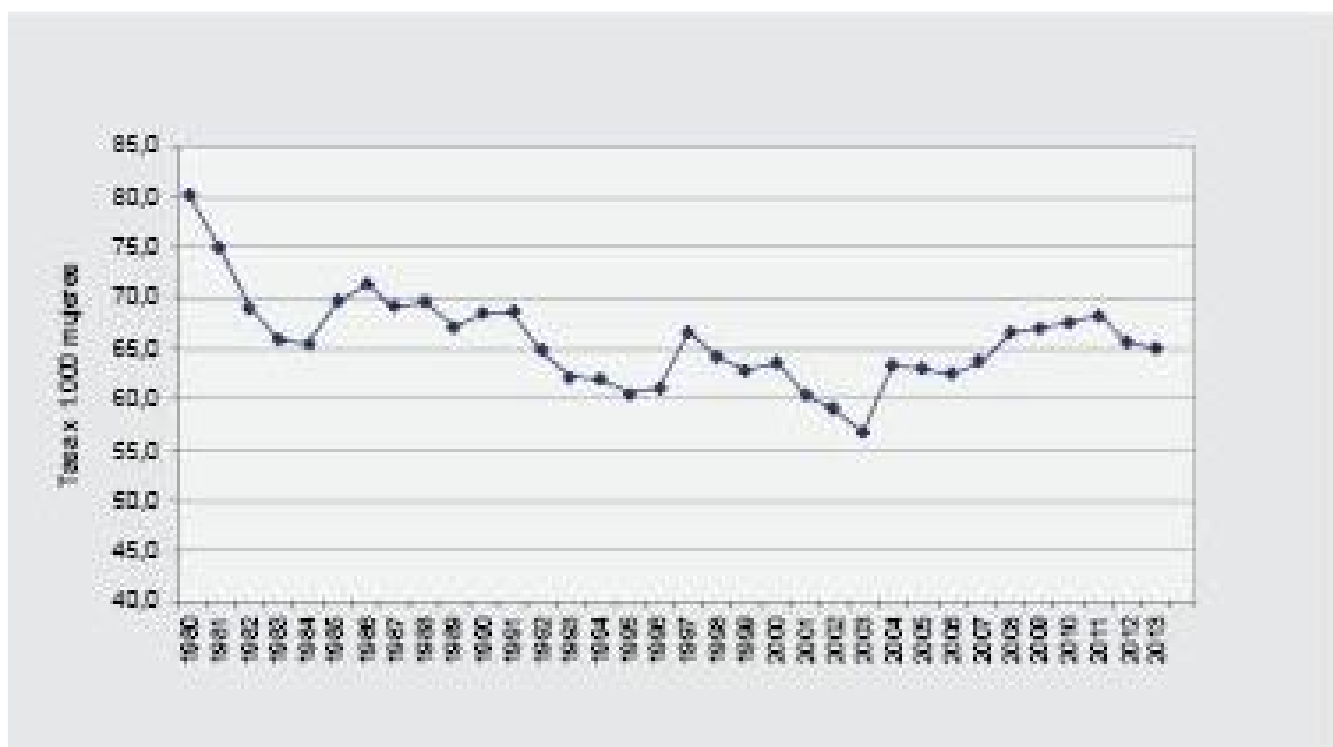
Cuadro 1. Tasa de Fecundidad Adolescente, precoz y tardía. Años censales 1960 – 2001, y estimaciones 2002 – 2004.

Año	Tasa de Fecundidad adolescente precoz (10 – 14 años)	Tasa de Fecundidad adolescente tardía (15 – 19 años)
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
2002	1,9	60,5
2003	1,7	56,4
2004	1,6	62,8

Fuente: Pantelides y Binstock, 2007 [En base a datos de Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 y, estadísticas vitales]

Entre el 2004 y 2007 se mantuvo relativamente constante con leves oscilaciones. Desde el año 2008 hasta el 2011 se evidencia un aumento progresivo, comparado con el período anterior – pero que no llega a los valores de la década de los 80. En 2011 la tendencia a la suba se quiebra, registrándose una tasa del 65,6 en 2012 y, en el 2013 vuelve a descender (64,9) (Gráfico 1)

Gráfico 1. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente tardía, Argentina, años 1980 – 2013.



Fuente: Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina (Programa Nacional de salud Integral en la Adolescencia - PNSIA). En base a DEIS, indicadores seleccionados de salud para la población de 15 a 19 años. 2013.

Las autoras consideradas destacan que la tasa de fecundidad adolescente del país esconde desigualdades. Considerando el año 2001, el nivel de fecundidad tardía varía entre valores de 23,9 en Capital Federal – 50,7 en Buenos Aires – 52,8 en Córdoba y, 92, 2 en Formosa – 100,4 en Misiones – 101,1 en Chaco.

Las distintas provincias muestran también una evolución histórica distinta (Urresti, 2003). Las provincias con las mayores tasas en 1960 tienden hacia la disminución en el 2001, como es el caso de Formosa, Misiones, Chaco, Jujuy. Mientras que aquellas que evidencian las menores tasas en 1960, tienden al aumento hacia el 2001, como Capital Federal, Córdoba y Santa Fé. La provincia de Buenos Aires, más allá de los vaivenes generales, se mantiene constante entre un año y otro.

Otro indicador de salud utilizado para analizar la incidencia del fenómeno embarazo en la adolescencia es el porcentaje de hijos nacidos vivos según edad de la madre, el cual muestra el peso de la maternidad adolescente en la maternidad general. De acuerdo a los

autores considerados, éste indicador evidencia una evolución diferente del anterior (Urresti, M, 2003). Atendiendo a la evolución histórica de este porcentaje para el total del país, se ve que desde los años 60 hasta los 90 se mantiene en constante crecimiento, para luego detenerse (Cuadro 2).

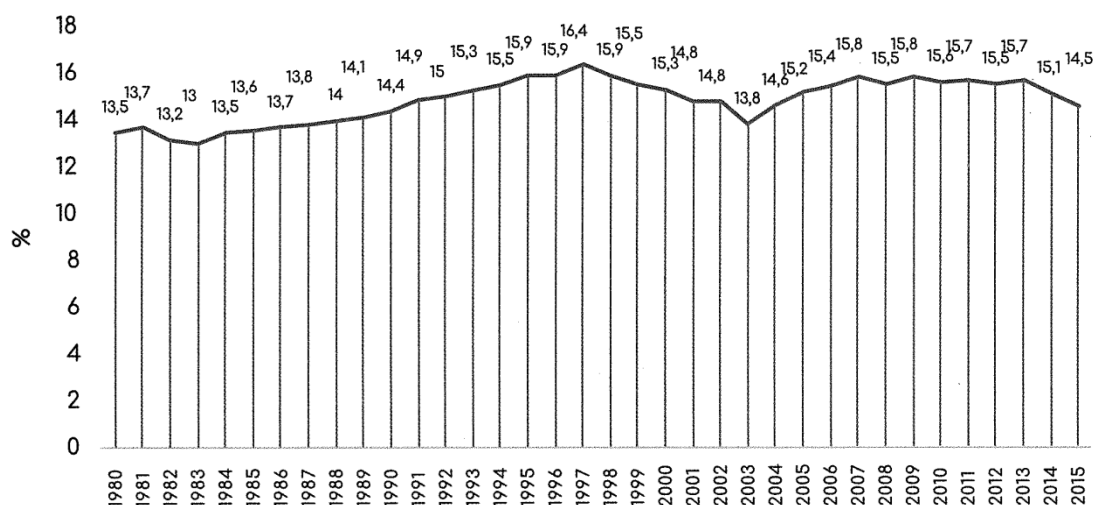
Cuadro 2. Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. Argentina.
Años censales 1960 – 2001.

Año	% de nacimientos de madres de hasta 19 años sobre el total de nacimientos
1960	10,9
1970	12,9
1980	13,5
1991	14,9
2001	14,8

Fuente: Binstock y Pantelides, 2005.

El porcentaje para el total del país pasa del 13,5 por ciento en 1980 a 16,4 por ciento en 1997, cuando se evidencia el pico máximo. A partir de ahí, desciende gradualmente hasta el 2003 (13,8 por ciento), año en que comienza a aumentar hasta el 2007. Desde entonces se mantiene más o menos constante con leves oscilaciones entre 2008 y 2013, cuando vuelve a registrarse un nuevo descenso (Gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de madres menores de 20 años. Argentina. Años 1980 – 2015.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales.

Según Georgina Binstock y Edith A. Pantelides (2005, 2007), tanto las tendencias observadas en las tasas de fecundidad adolescente como en volumen de nacimientos de madres menores de 20 años muestran que las noticias acerca de un aumento de la maternidad en la adolescencia no son fundadas, lo cual no significa quitar esta temática de la agenda de políticas sociales y de salud.

Si bien desde la década del 90, la tasa de embarazo adolescente en Argentina se ha estabilizado y hasta descendido, lo han hecho menos que las de las mujeres de edades mayores. Además la realización de censos y encuestas ha permitido concluir que el embarazo en la adolescencia expresa una desigualdad social al producirse mayormente en los estratos sociales más bajos (Climent, 2009)

3.2. Abordajes cualitativos del embarazo en la adolescencia

Los estudios cualitativos buscan conocer los significados que se construyen en torno a esta problemática desde la perspectiva de los actores (Urresti, 2003; Pantelides, 2003; Climent, 2003, 2008, 2009; Gogna, 2005; Adaszko, 2005; Alonso, 2005; Zamberlin, 2005; Zicavo E, 2008; Fainsod, 2008).

Marcelo Urresti (2003) resalta que no es posible separar los factores sociales cuantificables de su remisión a los contextos socioculturales inmediatos en los que cobran sentido. Urresti realiza un estudio de caso, en la ciudad de Las Heras, provincia de Santa Cruz, con el objeto de evidenciar cómo el crecimiento del embarazo adolescente se asocia a cierta dinámica cultural. El autor vincula ese aumento con la crisis económica de los 90 que resulta en problemas estructurales que impactan en la vida cotidiana; en ese escenario aquel aumento constituye una “expresión de la desarticulación social que viene arrastrando la década” (2003: 256). Entiende el embarazo y la maternidad como una salida atractiva frente a la obturación de otros canales de realización personal, lo cual se refuerza en condiciones de empobrecimiento. Y considera ese atributo como factor predominante que influye en los aumentos de embarazo y maternidad tanto en pequeñas comunidades como en sectores populares de las grandes ciudades.

En esta línea, también Edith A. Pantelides (2003) caracteriza las percepciones y actitudes de los y las adolescentes, estableciendo conexiones con el contexto macro-social en el que el fenómeno acontece. En este sentido la autora examina los aspectos sociales que se han identificado como factores determinantes de las diferencias en la fecundidad en la adolescencia. Los factores sociales son concebidos como una serie de círculos concéntricos, reconociendo el nivel macro-social: pautas culturales, estructura socio-económica, estratificación por género y etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente; factores más próximos al individuo como lugar de residencia, estructura familiar, servicios de atención de salud; y el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales relativos al género, sexualidad, prevención de embarazo. Este trabajo si bien no incluye información original ni una reelaboración de datos secundarios, realiza una revisión de la literatura acerca del tema, configurando un “estado del arte” sobre el mismo.

Los trabajos de Ariel Adaszko (2005), Valeria Alonso (2005) y Nina Zamberlin (2005) forman parte de un estudio cuanti-cualitativo realizado bajo coordinación general de un equipo de investigación encabezado por Mónica Gogna (2005).

Adaszko reconstruye 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 las posturas de quienes son responsables de definir prioridades en materia de políticas públicas y, movilizar los recursos necesarios para llevarlas adelante. Presenta los modos en que los funcionarios piensan la adolescencia, las condiciones de vida y los principales problemas que afectan la 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.

Por su parte Valeria Alonso analiza la perspectiva de los profesionales de los servicios de salud acerca de la adolescencia y el embarazo en la adolescencia, y explora los abordajes de los servicios de salud para la atención y prevención de los embarazos no esperados en esta población.

Zamberlin se enfoca en 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. Este estudio se realizó a partir de la aplicación de la técnica de grupos focales, en Resistencia (Chaco), Tafí Viejo (Tucumán) y en la localidad bonaerense de Florencio Varela.

Siguiendo en la línea del trabajo de Nina Zamberlin, investigaciones de carácter cualitativo, como las realizadas por Eugenia Zicavo (2008) y Graciela Climent (2008, 2009) abordan el embarazo y maternidad, desde la perspectiva de los y las adolescentes. Eugenia Zicavo (2008) indaga, mediante entrevistas abiertas, el repertorio de significaciones vinculadas al embarazo y la maternidad, sus experiencias, expectativas y recorridos, compartidas por jóvenes madres pertenecientes a los sectores populares, que habitan en villas y barrios populares de la ciudad de Buenos Aires. En este trabajo, Zicavo resalta el papel que tienen los mandatos tradicionales vinculados a la maternidad en el imaginario de las jóvenes de sectores populares.

Graciela Climent (2009) construye las representaciones acerca del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de las adolescentes embarazadas, de sectores populares urbanos, correspondientes en su mayoría a nivel socioeconómico bajo y, en menor medida al nivel medio bajo. A través de la realización de entrevistas abiertas en el Hospital Materno Infantil de Grand Bourg, del Partido Malvinas Argentinas de la Provincia de Buenos Aires, Climent indaga la perspectiva de las adolescentes en cómo ellas definen la situación de embarazo. La autora sostiene que las representaciones -atravesadas por el contexto social y la socialización de género- deberían considerarse en las acciones preventivas y de promoción.

En otro trabajo (Climent, 2008) la autora analiza la relación entre los significados del embarazo en la adolescencia y el contexto familiar – específicamente la calidad de las relaciones familiares- en sectores populares del Partido de Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires. Este trabajo y la investigación de la cual forma parte, está

basada en el supuesto de que hay variadas situaciones socio-familiares dentro del mismo sector socioeconómico y, que el embarazo puede adquirir diferentes significados de acuerdo a los contextos familiares.

Otras producciones científicas analizan la relación entre embarazo/maternidad en la adolescencia y educación, entre los cuales identificamos los trabajos de Paula Fainsod (2004, 2008), Graciela Climent (2003).

Paula Fainsod (2004, 2008), a partir de un estudio sobre las trayectorias escolares de alumnas embarazadas y alumnas madres de sectores populares, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, discute las visiones que establecen las trayectorias sociales y educativas sobre nociones ideales de regularidad, homogeneidad y normalidad. Fainsod propone otro modo de interpretar la diversidad y la pluralidad de los itinerarios que caracterizan el pasaje de los sujetos por las instituciones, y particularmente su tránsito por el sistema educativo. La autora busca poner a jugar las distintas dimensiones que se entrelazan en la dinámica que adquieren las trayectorias, desplazando la mirada desde una concepción individualizada de los fenómenos, hacia un análisis de la matriz socio-histórica de los sistemas educativos a través de la cual las estrategias de los sujetos concretos se despliegan. De esta manera, afirma que en las trayectorias se presencia el interjuego entre las condiciones materiales y los elementos subjetivos. Y sostiene que si bien no es posible despojarse de los condicionamientos y límites que proporciona lo objetivo (no sólo en términos de clase social, sino también género, edad, pertenencia cultural), tampoco se puede dejar de reconocer la multiplicidad de recorridos que se dan dentro de ciertas condiciones y, el despliegue de estrategias dentro de los límites objetivos que impone el campo social.

En este marco adquieren valor los sentidos que las adolescentes adjudican al embarazo, la maternidad y la escuela.

Fainsod cuestiona aquellas miradas que sostienen que la edad en la que ocurren los embarazos y maternidades es la que los convierte en una situación de riesgo social y educativo en tanto supone, entre otros, el abandono de los estudios, la imposibilidad de ingreso al mundo laboral; y así la reproducción de la pobreza. Desde esta perspectiva, el vínculo embarazo adolescente-pobreza se presenta como una relación causal, donde la primera queda situada como variable independiente. Las relaciones que se establecen en el vínculo maternidad adolescente- escolarización asisten a una lectura similar: se reconoce la pobreza en la cual se inscriben estos embarazos, no obstante queda

invisibilizada al poner la causa del abandono sólo en la condición de embarazo. Se desconocen las condiciones sociales y culturales como producto y generadoras de desigualdad social y educativa, y las causas se ubican en el orden de lo individual y familiar.

De acuerdo a la autora, *“de esta manera, el embarazo adolescente en sectores populares, lejos de presentarse como inscripto en un marco de desigual acceso a los recursos materiales y simbólicos; queda atrapado en una explicación que naturaliza lo social, al transmutar las desigualdades sociales en desigualdades individuales, familiares, grupales”* (Fainsod, 2004: 9).

Fainsod afirma que bajo esas miradas quedan silenciadas aquellas situaciones en las que a partir del embarazo y la maternidad, se resignifica el pasaje por la escuela. Sin desconocer la vulnerabilidad educativa y social que imprimen el embarazo y la maternidad adolescente, sostiene que las trayectorias adquieren diversas expresiones de acuerdo a los escenarios sociales, familiares e institucionales en los que se inscriben. Considera que el vínculo pobreza - embarazo/maternidad adolescente- escolarización, si bien presenta cierta correlación, impide establecer una relación unívoca y causal. De esta manera, frente al interrogante acerca de si el embarazo y la maternidad adolescente en contextos de pobreza, opera como factor de retención o de expulsión en la escuela media, los relatos de las adolescentes y jóvenes entrevistadas, le permiten concluir que esta pregunta no es excluyente.

La autora postula que a partir del embarazo y de la maternidad en la adolescencia se vislumbran múltiples y diferentes recorridos escolares que no siempre conducen al abandono de los estudios; por el contrario el embarazo y la maternidad pueden resultar factor de retención escolar, resignificándose tanto la adolescencia como la escuela (Fainsod, 2008). Concluye que *“el embarazo y la maternidad adolescente, nos instala frente a lo diverso en el contexto de la desigualdad. Son en condiciones de pobreza un límite objetivo y, al mismo tiempo, subjetivamente, una oportunidad de reconstruir sentidos y futuros”* (2004: 17).

Graciela Climent (2003) analiza la maternidad adolescente teniendo en cuenta dos aspectos: la exclusión del sistema educativo, y el papel de las políticas públicas neoliberales en este proceso de exclusión. Considera el fenómeno de la maternidad adolescente como “cuestión social”, cuestionando de esta manera las visiones culturalistas y, aquellas que lo vinculan a una decisión individual.

Frente a la posición que establece que en las familias de sectores populares prevalecen pautas de socialización tradicionales que privilegian la maternidad como proyecto de vida para las mujeres, y se asume que son ellas la razón por la cual no continúan estudiando, Climent se pregunta quienes sostienen tal expectativa y, si es la única expectativa que prevalece en torno de estos proyectos.

El trabajo de investigación es realizado a partir de entrevistas a madres de adolescentes embarazadas o recientes madres, efectuadas en el partido de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires.

Climent sostiene que el embarazo adolescente es un fenómeno que acontece preferentemente en estratos sociales más bajos, expresando de esta manera una desigualdad social. Y que, en base a datos a nivel país, la mayoría de las jóvenes que son madres entre los 10 y 19 años, abandonaron la escuela con anterioridad a su embarazo.

A partir de los testimonios recogidos, identifica que las madres de hijas adolescentes embarazadas, pese a que esperan que ellas formen pareja y tengan hijos, también valoran que estudien para que puedan trabajar y ser independientes. En este sentido, observa que prevalecen imágenes de género tradicionales¹⁶, donde las hijas son adiestradas en trabajos domésticos que están naturalizados así como las madres reproducen los modelos en que ellas han sido socializadas. Aunque también dichas imágenes coexisten con otras que muestran que las madres tienen una actitud positiva hacia el estudio, y junto al trabajo, ambos son valorados como formas de lograr independencia o medio para progresar.

Sin embargo, sostiene que se trata de expresiones de deseo con pocas posibilidades de concretarse; en tanto la mujer ha de cumplir con las tareas que le han sido tradicionalmente asignadas siendo eso lo que las madres transmiten.

De esta manera, Climent destaca que es el contexto de pobreza, en el que se desenvuelve la cotidianidad de dichas mujeres, el que principalmente limita el proyecto de estudiar, al no verlo como opción accesible. Por un parte, teniendo en cuenta que dicho contexto se caracteriza por la escasez de recursos materiales y simbólicos. A la vez, los mayores índices de fracaso, repetición y sobreedad que presenta el conjunto de estudiantes de clases bajas, genera en las madres e hijas una actitud prescindente ante los estudios, que

¹⁶ Dichas imágenes se vinculan con la maternidad. Desde un enfoque histórico, Climent sostiene que la imagen de la madre y de las mujeres como depositarias de saber en relación con la crianza se construye en Occidente a partir del siglo XIX, en el marco del capitalismo avanzado, el proceso de industrialización y la división sexual del trabajo, que escinde una esfera productiva masculina del ámbito doméstico al cual quedan constreñidas las mujeres. Y agrega que la idea de que la maternidad significa la realización de la mujer continúa vigente en nuestra sociedad.

no son considerados como prioridad. Explica que la desvalorización de la escuela es un modo de proteger la autoestima contra la experiencia de fracaso escolar.

Según Climent, dada la desvalorización de los roles domésticos, las madres aspiran a que las hijas logren cierta independencia económica y mejoren socialmente por medio del estudio. Pero las experiencias de fracaso marcan los déficits que llevan a que las jóvenes queden excluidas de la escuela. Entonces concluye que mientras el contexto de pobreza le señala que estudiar es importante y socialmente valorado, no es un proyecto al que pueda aspirar. Frente a este problema se pregunta ¿Cuáles son las consecuencias de la exclusión del sistema escolar y del mercado laboral, tendencia que se acentúa cuando las jóvenes se convierten en madres? Considera que el abandono del estudio significa para las jóvenes la restricción de sus vidas a las tareas domésticas. La limitación de la participación social activa conduce al aislamiento, a colocarse en una posición de subordinación por su no participación en el mercado laboral, a la dependencia económica, la desvalorización y sumisión. De acuerdo a la autora, es en ese microcontexto en que las jóvenes que no estudian, se embarazan. Y agrega que, más allá de si el embarazo es causa o consecuencia del abandono de estudios, es el contexto de pobreza el que está sobre la base de ambos hechos y hacia donde deben apuntar las políticas públicas.

Respecto a las políticas públicas, el otro aspecto bajo estudio, Climent analiza la lógica de las políticas sociales y educativas, y las ideologías a las cuales responden, considerando las iniciativas instrumentadas a partir de la instauración de gobiernos “neoliberales” a fines de los años 70. Desde su mirada, se identifica la pobreza con la drogadicción, criminalidad, nacimientos ilegítimos, violencia, desocupación, deserción escolar. Y la respuesta neoliberal pasa por reducir la cuestión social a una cuestión individual y moral, entendiendo que aquellos problemas son individuales debido a la falta de capacidades psicológicas adecuadas y a la transgresión de códigos morales. Según Climent, la retórica neoliberal encarnada en las políticas sociales y educativas, permite comprender la orientación que éstas adoptan, que tenderían a considerar que el hecho de que las adolescentes pobres no estudien responde a pautas culturales que no valoran el esfuerzo del estudio. Estas políticas, teñidas con las racionalidades del neoliberalismo, refuerzan la exclusión de sectores de la población que deberían beneficiarse con ellas.

Atendiendo a la vinculación entre embarazo/maternidad en la adolescencia y políticas públicas, además del trabajo de Graciela Climent (2003), recuperamos el trabajo de Susana Ortale (2008) en torno a los programas de salud sexual y reproductiva y,

maternidad adolescente en el Partido de La Plata. Ortale analiza el contenido de los programas de salud sexual y reproductiva – interpretación y abordaje presente en las políticas públicas con relación a los problemas de la salud sexual y reproductiva- vigentes en el partido de La Plata, y lo contrasta con las percepciones y experiencias de maternidad de madres adolescentes pobres. Se trata de un estudio cualitativo basado en el análisis de fuentes secundarias y primarias. Las primeras refieren a leyes nacionales, provinciales y municipales de salud sexual y reproductiva; en tanto las segundas remiten a entrevistas realizadas a mujeres adolescentes residentes en barrios pobres del Municipio de La Plata. La autora propone que si bien la maternidad adolescente se construye como problema, no lo es per se ni puede ser abstraída de contextos específicos.

Destacamos su trabajo en la medida en que pretende identificar la interpretación y abordaje presente en las políticas sociales con relación a los problemas de la salud sexual y reproductiva; dimensión que de acuerdo a la autora, está atravesada por valores culturales, experiencias, y moralidades en disputa, particularmente en el caso de la adolescencia.

CAPITULO 4.

POLITICAS PÚBLICAS Y ANTROPOLOGÍA: APROXIMACION TEORICA METODOLOGICA

En este capítulo presentamos una sistematización de diferentes propuestas teóricas y metodológicas referidas a políticas públicas, escogidas para el análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva y de salud en la adolescencia. Cabe aclarar que no pretendemos realizar aquí un estudio exhaustivo de toda la producción científica en torno al campo de las políticas públicas. Lo que brindamos es un recorrido a través de lecturas referidas a conceptos teóricos entendidos como guías de referencia que sensibilizan en el planteo de las preguntas de investigación, la búsqueda de información y la interpretación de los datos (Freidin y Najmías, 2011).

Siguiendo a Oscar Oszlak (1981), entendemos por “política estatal” o “pública”, a un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. Es la toma de posición que intenta alguna forma de resolución de la cuestión. Aquí se entiende por “cuestión” a los asuntos (necesidades, demandas) socialmente problematizados.

En esta línea, Liliana Raggio (2018) señala que esa intervención puede acontecer a partir de una iniciativa de sujetos y colectivos de la sociedad civil, o por una necesidad interna al aparato burocrático; en ocasiones se asiste a políticas impulsadas por los partidos o coaliciones que gobiernan.

Oszlak brinda un modelo tendiente a señalar dimensiones y características relevantes para el estudio de las políticas estatales. Una política estatal no debería ser estudiada prescindiendo de la(s) cuestión(es) que intenta resolver, ni de las condiciones de surgimiento de dicha cuestión. El estudio debe comenzar analizando el período previo al surgimiento de la cuestión, lo cual implica aprender quién la reconoció como problemática, cómo se difundió esa visión, quién y sobre la base de qué recursos y estrategias logró convertirla en cuestión, con qué oposición, identificando cuál es la definición inicial de la cuestión.

El autor afirma que *“De qué se trata la cuestión es parte de la cuestión misma”* (1981: 116). A fin de caracterizar las definiciones sociales de la cuestión son preguntas orientadoras del análisis: cuáles son los verdaderos términos del problema, cómo se

conecta con otros problemas y cuestiones, qué es una resolución "satisfactoria" del mismo, incluso si es o no un problema, son temas fundamentales en las tomas de posición, en los conflictos y en las coaliciones entre el Estado y los actores sociales.

En relación a la formulación de problemas sociales, Alejandro Frigerio, en un trabajo titulado "La construcción de los problemas sociales: cultura, política y movilización", reseña algunos de los principales conceptos e ideas desarrollados desde la perspectiva constructivista de los problemas sociales. La idea central que distingue a esta perspectiva es que los problemas sociales son resultado de un proceso de definición colectiva de ciertas condiciones como problemas (Blumer, 1971- Citado en Frigerio); confrontando así con la posición que defiende la definición del problema como producto de condiciones objetivas en la sociedad. Solo algunos fenómenos sociales se constituyen en un momento en causa de preocupación y pasan a ser considerados problemas sociales (Spector y Kitsuse, 1977 –Citado en Frigerio).

Frigerio propone centrar el análisis en los actores que presentan los problemas, definen ciertas condiciones sociales como problemas, de tal forma que establecen de qué tipo de problema se trata. De acuerdo al autor, estudiar el surgimiento de un problema significa suspender su carácter "natural o evidente" y preguntarse cómo lo adquirió. Ello implica tomar el fenómeno a estudiar en tanto "tema" y tratar de comprender como logro convertirse en un "recurso" para los miembros de una comunidad. Si bien todos los actores -"reclamadores" (Best, 1990) están de acuerdo en que existe un problema social, no necesariamente estarán de acuerdo en su tipificación (en la asignación de causas y soluciones).

De esta manera, plantea que todo problema público es una construcción. Es un problema que aparece en la escena social y, la manera en que se va a expresar y finalmente será traducido en políticas, es absolutamente contextual. Agrega que el trabajo del antropólogo es ver cómo la gente expresa el problema.

En este sentido, el antropólogo Cris Shore (2010) destaca la relevancia del análisis antropológico para entender asuntos relacionados con la política pública, y propone una aproximación antropológica al estudio de las mismas.

Como punto de partida afirma:

"Una pregunta clave tanto para antropólogos como para quienes estudian las políticas públicas es cómo debemos estudiar el trabajo de la formulación de estas políticas... ¿Nos

enfocamos acaso en las instituciones que formulan las políticas: el Congreso, el Parlamento, la Casa Blanca, la Oficina del Gabinete, las Cortes, el papel de los medios, etc.? ¿O en funcionarios que formulan las políticas públicas, o en categorías específicas del individuo y de su comportamiento? Si es así, ¿deberíamos enfocarnos en sus actividades y acciones (en lo que hacen), en sus creencias o actitudes (en lo que piensan), o en los contextos institucionales y socioculturales más amplios en los cuales operan, o en las reglas de juego implícitas que gobiernan su conducta en cuanto a su condición de formuladores de políticas? ¿Deberíamos hacer énfasis en las decisiones que toman, en los procesos que crean las políticas o en el impacto que éstas tienen en la gente? ¿O bien, poner atención a los textos y las narrativas que construyen estos formuladores de políticas, el lenguaje y los discursos que dan forma y legitiman sus actividades, y las maneras estratégicas por medio de las cuales los individuos responden, manipulan o refutan ese lenguaje?... En efecto, el análisis de las políticas implica todo lo descrito arriba. (Shore, C., 2010: 26).

Según Cris Shore (2010) un enfoque antropológico de las políticas públicas implica revisar las premisas y sentidos que signan las definiciones de los problemas, las clasificaciones particulares de las poblaciones que son gobernadas y las legitimaciones de ciertos modos de intervención. Esta aproximación antropológica permite destacar su ambigüedad y polisemia, sus múltiples significados.

Propone parámetros generales que considera convenientes en línea a conceptualizar las políticas como un fenómeno sociocultural (y antropológico).

El autor afirma que frente a la conceptualización de los procesos de formación de políticas como procesos lineales, de arriba (comenzando en la formulación) hacia abajo (terminando con la implementación), la antropología tiende a resaltar la complejidad y lo desordenado de los procesos de formulación de políticas. En particular las maneras ambiguas y a menudo disputadas en que las políticas son promulgadas y recibidas por la gente, por decirlo de alguna manera, en el terreno.

Los antropólogos tienden a enfocarse *qué quieren decir* para la gente estas políticas. Para comprender por qué funcionan o no las políticas, es necesario saber algo sobre cómo son recibidas y experimentadas por las personas afectadas por ellas.

Agrega que una antropología de las políticas públicas también aborda el concepto mismo de “políticas públicas” como algo que debe ser investigado y problematizado, y no como un presupuesto dado que no requiere de análisis. En este sentido, considera que son

interrogantes centrales: ¿qué quiere decir “política pública” en este contexto? ¿Qué funciones tiene? ¿Qué intereses promueve? ¿Cuáles son sus efectos sociales? Y de qué manera este concepto de política pública se relaciona con otros conceptos, normas o instituciones dentro de una sociedad en particular, entre otros.

Shore afirma que un análisis antropológico de las políticas comienza con la premisa de que su formulación debe ser vista como una forma particular forma de acción social y simbólica. De forma tal que si los formuladores de políticas son “creadores de sentido profesionales”, entonces los antropólogos sociales podrían ser descritos como profesionales que intentan comprender las maneras en que otras personas crean sentido. Señala que las políticas tienen efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus autores. Una vez creadas las políticas, entran en una compleja red de relaciones con varios agentes, actores e instituciones, que puede a menudo generar consecuencias imprevistas e inesperadas. Es por ello importante —al analizar la labor de formulación de políticas— reflexionar sobre las biografías y las dinámicas que rodean su traducción e interpretación. Shore indaga las razones que explican por qué las políticas públicas se han convertido en foco de interés antropológico. Y en ese sentido destaca el rol dominante que tienen las políticas a la hora de regular y organizar las sociedades contemporáneas y, dar forma a las identidades de las personas y en cuanto a su sentido sobre sí mismas. Afirma que las políticas están profundamente implicadas en la manera como nos construimos como individuos y como sujetos. Al respecto señala que:

“uno de los aspectos más importantes de la formulación de las políticas públicas es la forma en que las políticas construyen nuevas categorías de subjetividad y nuevos tipos de sujetos políticos, particularmente conceptos modernos del individuo...A través de las políticas los individuos son objetivados y les son dadas categorías como “ciudadano”, “adulto legal”, “profesional”, “residente permanente”, “inmigrantes”, “criminales” o “pervertidos”. Desde la cuna hasta la tumba las personas son categorizadas, clasificadas y reguladas por procesos de política pública sobre los cuales tienen poco control o de los cuales son poco conscientes. Las políticas no simplemente asignan identidades particulares a individuos y grupos específicos; construyen activamente esas identidades” (Shore, C. 2010: 36).

Según Shore no hay una manera única ni axiomática de hacer una antropología de la política pública, así como no hay una sola manera de hacer análisis de la política pública.

En 1997 junto a Susan Wright editaron un volumen llamado *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*, en el que elaboraron cinco argumentos principales sobre las políticas, y expusieron un esquema de investigación en las ciencias sociales; una serie de conceptos y métodos que puede ofrecer la antropología para la comprensión de cómo “funcionan” las políticas. Los argumentos son los siguientes:

Las políticas públicas reflejan ciertas “racionalidades de gobierno” o “gubernamentalidades”. Reflejan maneras de pensar sobre el mundo y cómo actuar en él. Contienen modelos de sociedad así como, visiones de cómo los individuos deben relacionarse con la sociedad y, los unos con los otros. Un aspecto clave de las políticas es la manera en que inciden en la construcción de nuevas categorías del individuo y de la subjetividad.

De acuerdo a los autores el gobierno moderno se apoya cada vez más en “técnicas del yo”; esto es, en tecnologías y métodos que implantan las normas y las prácticas por medio de las cuales los individuos se gobernarán y administrarán a sí mismos. El arte del gobierno moderno se ha convertido, en efecto, en el arte de gobernar desde la distancia, inculcando los hábitos de la *autogestión* y de la *autorregulación*.

Las políticas funcionan de manera similar al “mito” en sociedades no letradas. Inspirados en las observaciones de Malinowski (1926) acerca del papel del mito en la sociedad trobriand, los autores sugieren que las políticas, al igual que los mitos: proveen un “plan de acción”; ofrecen narrativas retóricas que sirven para justificar —o condenar— el presente, y para legitimar a quienes están en posiciones de autoridad establecidas; proveen de medios para unificar el pasado y el presente, de tal manera que otorguen coherencia, orden y certeza a las acciones a menudo incoherentes, desorganizadas e inciertas del gobierno; finalmente proveen una zona de alianza, una manera de unir a la gente en pro de una meta o finalidad común y un mecanismo para definir y mantener las fronteras simbólicas (Shore y Wright, 1997).

Las políticas son inherentemente instrumentales. Las políticas son herramientas de intervención y acción social para administrar, regular y cambiar la sociedad. En este sentido, están interesadas en la imposición de orden y coherencia en el mundo. Parte de su función política consiste en otorgar legitimidad a las decisiones tomadas por aquellos en posiciones de autoridad. Los autores aclaran que, describir las políticas como instrumentales no quiere decir que estén de vacías de simbolismo o de significado. En ese

sentido, se contraponen al dualismo entre lo “instrumental” y lo “expresivo”, y afirman que la Antropología, tiende a ver toda formulación de políticas como un proceso simbólico y pleno de sentido para los distintos actores involucrados. La pregunta clave para los científicos sociales debería entonces ser: ¿A quién pertenece la voluntad política que estas políticas públicas expresan y cómo han de convertirse en autoritarias y dominantes? Para responder estas preguntas el foco debe estar puesto en cuestiones de lenguaje, discurso y poder, y en el contexto cultural en el cual operan los procesos de las políticas.

Un enfoque de política pública provee un método de investigación útil. Las políticas públicas pueden ser vistas como instrumentos para analizar cómo funciona el gobierno (y la “gubernamentalidad”). Proveen de lentes para estudiar y explorar los mundos de los mismos formuladores de políticas, y no simplemente estudiar a las personas a quienes las políticas están dirigidas.

Las políticas públicas son fenómenos políticos, pero su naturaleza política está a menudo oculta detrás del lenguaje objetivo y legal-racional con el cual son presentadas. De la misma manera que el poder tiende a enmascarar los mecanismos de su propia operación, este enmascaramiento de la política bajo el pretexto de la eficiencia o la neutralidad es un rasgo central del poder moderno. En este sentido, las políticas a menudo definen sus problemas y sus soluciones de modo que descartan las alternativas. Funcionan mejor cuando son percibidas como técnicas racionales y como soluciones aparentemente naturales para los problemas que enfrentamos.

Es por ello que Shore (2010) plantea que el análisis de las políticas públicas requiere aproximaciones cualitativas acerca de los procesos de dar sentido, la multiplicidad de interpretaciones y la arena de disputas que abre cada política; de ahí la importancia de la perspectiva antropológica.

En esta línea, Liliana Raggio (2018) caracteriza una aproximación metodológica en el estudio de las políticas públicas. Señala que el uso de las técnicas de entrevista y de observación constituye el arsenal clásico de la antropología, que se ha ido enriqueciendo con otro tipo de abordajes tales como el análisis de los medios de comunicación gráficos y audiovisuales, el cual permite acceder a las propuestas, declaraciones, definiciones, opiniones tanto de funcionarios políticos como de actores de la sociedad civil. Afirma que permite también dar cuenta de las modalidades en que los diferentes medios de comunicación transmiten esos mensajes y vislumbrar la construcción de sentido acerca de las cuestiones socialmente problematizadas que se disputa cotidianamente en la agenda

pública. La autora propone que otro de los recursos para profundizar en las orientaciones de las políticas públicas es el análisis de los documentos oficiales en los cuales se plasman los objetivos de los programas y proyectos. Y el estudio de las partidas presupuestarias asignadas y ejecutadas en el curso de su implementación.

Para el desarrollo de este trabajo de tesis, optamos por caracterizar la mirada de las políticas públicas acerca del embarazo en la adolescencia a partir del análisis de los documentos oficiales. En esta línea, nos basamos en el abordaje de políticas por instrumentos (Chiara, 2017).

Focalizando en el campo de la salud, la antropóloga Magdalena Chiara (2013, 2017) define como *política de salud* aquellas intervenciones institucionalizadas del Estado orientadas a los problemas de salud, destacando su capacidad para definirlos (en sus contenidos particulares y en los sujetos que los corporizan) y, para instituir las reglas de juego desde las cuales serán procesados. De acuerdo a la autora, asumir esta definición implica tomar distancia de aquella posición que visualiza la política de salud como reacción o respuesta a los problemas. De esta manera, en línea con las propuestas de Oszlack y Frigerio, Chiara reconoce la capacidad de producción de las políticas, sea para definir los problemas o para delinear (y generar) las reglas de juego a través de las cuales serán elaborados.

Chiara (2017) desarrolla una aproximación teórica metodológica tendiente a recuperar una visión de conjunto de las políticas, más allá de cada iniciativa en particular. Esta propuesta busca comprender las relaciones entre la política de salud y las organizaciones en las que se desenvuelve; y dar cuenta de la complejidad que enfrentan las políticas al atravesar y articular, con los servicios de salud. En este sentido, la autora propone el *análisis de políticas por instrumentos* para detectar aquellos instrumentos genéricos de los que está compuesto cada dispositivo de política (planes, programas, leyes). Define *instrumento de política* como un tipo particular de institución que organiza las relaciones (y prácticas) entre actores gubernamentales. Citando a Salamon (2002), Chiara afirma que los diferentes programas de gobierno encarnan un número limitado de instrumentos genéricos que comparten características comunes, independientemente de los ámbitos en los cuales se han implementado; siendo los instrumentos más generales que los programas. Es decir que, los programas pueden involucrar distintos instrumentos actuando en un mismo campo de problemas y, un mismo instrumento puede ser utilizado por diferentes programas en distintos campos de problemas.

La propuesta de análisis de la política consiste en reconstruir la política a través de sus dispositivos, apelando al concepto de instrumento, para indagar aquellos elementos menores que los componen. Descomponer la política en sus instrumentos contribuye a identificar contradicciones en el diálogo que se produce en la implementación de la política en el territorio.

Las diferentes propuestas teóricas y metodológicas desarrolladas hasta aquí, contribuyen a configurar nuestro marco conceptual, a partir del cual analizamos la política de salud, entendida como resultado de un proceso de construcción social, de problemas socialmente definidos, atravesado por relaciones de fuerza entre actores, que disputan los significados elaborados en torno a problemas, los cuales finalmente devienen cuestiones de agenda pública.

En esta tesis seleccionamos políticas de salud que abordan adolescencia y embarazo en la adolescencia. En este sentido delimitamos las políticas de salud sexual y reproductiva y de salud en adolescencia vigentes en la ciudad de Bahía Blanca. El foco de análisis está puesto en las formas bajo las cuales los problemas son definidos y, se establecen clasificaciones particulares de las poblaciones destinatarias de las políticas, así como en los modos de intervención delineados por cada una de ellas.

La atención puesta en las políticas de salud sexual y reproductiva nos lleva a considerar la propuesta teórica de Michel Foucault (2002). En su análisis de la reformulación de la relación entre vida y política que acontece en occidente entre los siglos XVII y XIX, propone dos formas que adopta la capacidad de gestionar lo vivo, que recibe el nombre de “biopoder”: dos tecnologías de poder: la anátomo-política y la bio-política (Foucault, 2002), tendientes al control de los individuos y la regulación de las poblaciones, respectivamente. En el funcionamiento de la sociedad moderna, la bio-política de la especie busca apropiarse de la vida para administrarla en términos regulatorios; complementando la anátomo-política de los cuerpos. La bio-política de las poblaciones configura una forma de poder que se organiza en torno a la vida biológica y sus fenómenos específicos: natalidad, mortalidad, fecundidad, estado de salud, frecuencia de enfermedades, entre otras. En este sentido, apunta a la administración de la vida del nuevo sujeto colectivo que es la población, buscando gestionar su potencia vital para hacerla más productiva, eficiente, regular (Botticelli, 2015). Y lo hace a través de técnicas de observación (como la estadística), de organismos administrativos, económicos y

políticos, y de saberes (como la medicina), que organizan mecanismos reguladores de las poblaciones (Foucault, 2002). En ese sentido, cabe mencionar aquí la noción de *gubernamentalidad*, en el marco de la cual se desarrolla la biopolítica, entendida como *“el conjunto constituido por instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos, tácticas, que permiten ejercer esa forma específica, aunque compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad* (Foucault, 2006: 136).

En esta línea, coincidimos con Del Río Fortuna y Lavigne (2010) en considerar el desarrollo de las políticas de salud aquí seleccionadas, desde la noción de “gubernamentalidad”, la cual involucra técnicas de gobierno de las poblaciones orientadas a conducir y encuadrar sus comportamientos (Del Río Fortuna y Lavigne, 2010).

Desde esta mirada, entendemos que la sexualidad y reproducción se configuran como dimensiones de la gestión de la vida. Y que estas políticas de salud implican la regulación de las poblaciones y control de los cuerpos. Siguiendo a Lavigne (2016) diremos que esta manera de entender las políticas de sexualidad y reproducción implica considerar la intervención del Estado en la vida cotidiana de sujetos y poblaciones.

CAPITULO 5.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

La investigación se ha realizado siguiendo las pautas del diseño de investigación cualitativo (Mendizabal, 2007), el cual revistió un enfoque etnográfico, con el propósito de obtener información pertinente a la construcción de representaciones sociales (Banchs, 1986; Araya Umaña, 2002) de embarazo en adolescencia, elaboradas a partir de contenidos culturales definidos por el conjunto de informantes clave seleccionado. A partir del trabajo de campo etnográfico y, en base al *estar ahí* buscamos observar lo que las personas hacen y no solo lo que dicen que hacen.

5.1. Consideraciones generales acerca del campo de la investigación cualitativa

De acuerdo a diversos autores de referencia (Vasilachis, 1992, 2006; Maxwell, 1996; Mendizábal, 2006; Denzin y Lincoln, 1994) la investigación cualitativa presenta una serie de características que la distinguen de otros tipos de indagación. Se considera que es inductiva puesto que no comienza con una hipótesis sino que busca crearla, a partir de la propuesta de conceptos; con el fin de conformar modelos y/o teorías sustantivas a partir de los datos empíricos.

Es interpretativa, y tiene interés en las formas en que el mundo social es comprendido, experimentado, producido por los participantes en el estudio, buscando captar el significado de la acción a partir del relato de quienes resultan protagonistas de las mismas. Esto supone la necesaria inmersión por parte del investigador en la vida cotidiana en la situación seleccionada para el estudio, a fin de captar in situ la perspectiva del sujeto o grupo estudiado.

Incluye aproximaciones naturalistas a su objeto de estudio, en las que el investigador al realizar trabajo de campo interacciona con las personas en sus contextos naturales (Denzin y Lincoln, 2005), en su ambiente, donde observa y analiza las situaciones, los procesos, que acontecen buscando captarlos en toda su complejidad y tal como ocurren, intentando no modificarlos.

La investigación cualitativa presenta un carácter reflexivo, en tanto considera la comunicación del investigador con el campo y con sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento.

Los autores considerados afirman que este tipo de investigación no constituye un enfoque monolítico sino que está conformada por una variedad de perspectivas de investigación, enfoques y tradiciones metodológicas. En este sentido se reconoce que al investigador cualitativo como un *bricoleur*, que recurre a una serie de métodos y técnicas de producción y análisis de datos de manera estratégica, pragmática y autorreflexiva (Denzin y Lincoln, 2005). En relación a esta característica, la investigación cualitativa es considerada multimetódica, es decir que los investigadores cualitativos despliegan un amplio rango de métodos interrelacionados para construir datos sensibles al contexto social en que se producen. La combinación de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas como observadores focalizados en un estudio singular refleja el intento de lograr una comprensión en profundidad del fenómeno en cuestión así como estrategia que agrega rigor a la investigación; privilegiando la profundidad de la información sobre la extensión.

La investigación cualitativa se vincula con un tipo de diseño¹⁷ denominado flexible e “interactivo” (Mendizabal, 2006; Maxwell, 1996). Se entiende por tal al modelo de diseño que no comienza en un punto de inicio fijo ni procede a través de una secuencia determinada de etapas o tareas, sino que cada componente puede necesitar ser reconsiderado en vinculación a nuevos desarrollos o cambios en alguno de los otros componentes del diseño. Esto no significa que carezca de estructura definida sino que constituye una estructura interconectada y flexible (Maxwell, 1996; Freidin y Najmias, 2011). Los componentes forman una totalidad integrada e interactuante donde cada uno está estrechamente ligado a otros. En este sentido el diseño de una investigación cualitativa es interactivo, en la medida en que cada uno de los componentes tiene implicaciones para los demás; y cambia su curso en interacción con la situación en la cual el estudio es conducido. El concepto de flexibilidad alude a esta posibilidad de advertir, durante el proceso de investigación, situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que pueden implicar cambios en las preguntas de investigación y/o propósitos para captar los aspectos relevantes del fenómeno bajo estudio, durante el transcurso de la investigación; como así también a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos.

¹⁷ Se entiende por “diseño” la articulación lógica y coherente de los componentes principales de la investigación, a saber, justificación o propósitos, teoría, preguntas de investigación, método y los criterios para garantizar la calidad del estudio.

A fin de dar cuenta del carácter interactivo y progresivo del proceso de desarrollo del marco teórico de la investigación, algunos autores describen la perspectiva teórica inicial como un marco compuesto por conceptos sensibilizadores interrelacionados. La noción de “concepto sensibilizador” fue acuñado por Blumer (1982[1969] citado en Freidin y Najmías 2011) para indicar que en las investigaciones cualitativas los conceptos teóricos que orientan el estudio, no son tratados operacionalmente como variables cerradas sino que constituyen guías de referencia que sensibilizan al investigador en el planteo de las preguntas de investigación, la búsqueda de información y la interpretación de los datos.

La “sensibilidad teórica” de la que hablan Glaser y Strauss (1967, citado en Freidin y Najmías, 2011), permite poner a prueba los conceptos teóricos con el sustrato empírico de los datos y llevar a cabo un trabajo de integración entre los conceptos existentes y los “emergentes”.

5.2. En torno al abordaje de las representaciones sociales

Siguiendo a autoras como MA Banchs (1986), Sandra Araya Umaña (2002), se considera que las representaciones sociales constituyen sistemas cognitivos en los cuales se reconoce la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se configuran, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. Son a la vez pensamiento constituyente y a la vez, pensamiento constituido (Araya Umaña, 2000).

De acuerdo a autoras como Araya Umaña (2002), Gutierrez – Vidrio (2019), el enfoque procesual de las representaciones sociales¹⁸, coloca el énfasis en el aspecto constituyente y, privilegia el análisis de las interacciones sociales, que inciden en la conformación de las representaciones sociales. Este enfoque se focaliza en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos

¹⁸ En lo que concierne a las aproximaciones metodológicas de las representaciones sociales, en la bibliografía se identifican diferentes formas de abordaje o apropiación de los contenidos teóricos que implican variados procedimientos metodológicos. Cada enfoque marca un estilo de trabajo vinculado con los objetivos del investigador y con el objeto de investigación (Banchs, 2000: 3.1). María Auxiliadora Banchs (2000) las agrupa en dos enfoques: el procesual y el estructural.

construyen el mundo en que viven. En esta línea se privilegia dos formas de acceso al conocimiento: una, a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de los datos, tendiente a captar la construcción y comprensión de sentido. Otra, la triangulación combinando técnicas, y perspectivas teóricas con el propósito de contribuir a alcanzar una mayor profundización del objeto de estudio.

Para el desarrollo de esta tesis se ha optado por un enfoque de tipo procesual, tendiente a captar construcción y comprensión del sentido, con foco en el análisis de la organización semántica del discurso. A continuación se hace referencia a los instrumentos de recolección y análisis de información seleccionados en pos de responder a los objetivos de investigación.

5.3. Trabajo de campo. Estrategia metodológica y criterios operativos.

Los sujetos de estudio (Guber, R., 2005) remiten a profesionales de la salud, que se desempeñan en el sistema de salud local, en el subsector estatal principalmente, aunque hay quienes también lo hacen en el privado. Y el segmento de la población de 15 a 19 años, de ambos sexos, residentes en el barrio Villa Harding Green, de la ciudad de Bahía Blanca; convencionalmente definido como adolescentes¹⁹. De esta manera, asumimos un criterio etario como punto de partida para delimitar la población definida como adolescente; no obstante, el mismo es considerado como provisorio y, tal como ya hemos referido, esperamos caracterizar dicha categoría de edad desde un punto de vista emic. En adelante, referimos a este segmento poblacional con el término jóvenes

Las “unidades de estudio” (Guber, R. 2005), término que refiere al ámbito físico espacial donde se llevó a cabo el trabajo de campo, corresponden al centro municipal Castillo Amarillo sede del Programa Envión²⁰, en el barrio Villa Harding Green, donde fueron contactados los y las jóvenes de 15 a 19 años de edad.

¹⁹ Para delimitar la población denominada “adolescente”, se consideró el criterio asumido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo que define adolescencia como la franja etaria que transcurre entre los 10 a 19 años de edad. Asimismo se tuvo en cuenta la división de la etapa denominada adolescencia, elaborada a fin de abordar el tema embarazo, recurrente en la bibliografía acerca del tema. En este sentido, suele dividirse la adolescencia en dos periodos: “precoz” (10 – 14 años) y “tardía” (15 – 19), establecida por Pantelides (1992; 2005; 2007).

Esta selección se realizó con el objeto de poder poner en diálogo y establecer comparaciones entre resultados de la investigación y definiciones convencionales.

²⁰El Programa Envión depende del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires, y es implementado localmente a través de la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Municipio de Bahía Blanca. Esto último nos ha permitido el acceso a la sede del programa, en la medida en que la autora se ha desempeñado como personal contratado por dicha Sub-secretaría, lo cual facilitó el otorgamiento de

En relación a profesionales de la salud, el trabajo de campo se realizó en las unidades sanitarias y consultorios donde desarrollan su labor diariamente. Al respecto, siguiendo a Rosana Guber (2005) *“la definición de la unidad de estudio sigue, entonces, el principio de contigüidad social, sitios donde es posible observar en acción al mismo actor”* (Guber, R., 2005: 118). En este sentido, focalizando en los profesionales de la salud, la unidad de estudio excedió los límites estrictos de las unidades sanitarias para abarcar también ciertas escuelas secundarias de la ciudad de Bahía Blanca, en las que los profesionales de la salud desarrollaron sus actividades de promoción de salud sexual y reproductiva.

Las técnicas utilizadas de manera complementaria para la recopilación de la información fueron entrevistas, en sus modalidades semiestructurada y abierta a informantes clave, uso de soportes gráficos (diagramación de curso vital), observación con distintos grados de participación. En torno a las entrevistas, hay preguntas que son similares, entre los conjuntos de informantes seleccionados, a fin de comparar la información obtenida a partir de sus relatos.

En relación a la observación, se utilizó bajo las formas estructurada, no estructurada y con distintos grados de participación. Esta técnica permite "revelar reglas y procedimientos establecidos" (Coulon, A., 1995:26), dar cuenta de aquellos acontecimientos que “son vistos sin ser notados” por los actores que, entretanto, presuponen constantemente su existencia y comparten la visión de “un mundo que es evidente” (Coulon, 1995: 18-19) (Noceti, 2008; Remorini, 2008). Los datos resultantes de la observación son puntos de partida para solicitar a los actores que expresen sus perspectivas, sus puntos de vista sobre tales acontecimientos. En este sentido, a través de la entrevista no es posible acceder a la conducta “real” de las personas, sino a la referencia a conductas, lo cual nos acerca a lo “verosímil”, lo “parecido a la verdad” una realidad posible para los actores (Crivos, 2004).

Respecto al uso de soportes gráficos, constituye una técnica que abarca tres fases: a) producción de un dibujo (o de una serie de dibujos), b) verbalización de las personas a partir de esos dibujos, c) análisis de los elementos constituyentes de la producción gráfica. El interés de este análisis es —además de poner en evidencia elementos constitutivos de

“permiso” para realizar el trabajo de campo. El Programa está destinado a la población de 12 a 19 años de edad, cuyo rango etario incluye a la franja de edad considerada para el desarrollo de la tesis.

la representación— penetrar con cierta facilidad en los elementos organizadores de la producción, es decir en la significación central de la representación producida. Los dibujos conforman un conjunto estructurado y organizado alrededor de elementos o significaciones centrales que permiten identificar el contenido y formular hipótesis sobre los elementos centrales de la representación (Araya Umaña, 2002; Noceti, 2011).

La información en el campo fue registrada mediante diversas formas de registro escrito: notas de campo, anotaciones analíticas, diario de campo (Hammersley y Atkinson, 1994), planillas de observación (Borgerhoff Mulder, M y M. Caro, 1985); y magnetofónico (grabación digital).

Las unidades de análisis fueron los textos resultantes de la desgrabación de las entrevistas realizadas a los distintos informantes; así como aquellos obtenidos mediante los registros observacionales. En relación a las fuentes secundarias, el análisis de la información recopilada se apoya en los postulados de la Semiótica de Enunciados desarrollada por Magariños de Morentin (1998). Esta metodología consiste en la aplicación de una serie de operaciones analíticas las cuales brindan un procedimiento lógico- semántico para el tratamiento de los textos resultantes de la des-grabación de los discursos recolectados. Dichas operaciones son: normalización del texto, segmentación, elaboración de definiciones conceptuales y construcción de ejes conceptuales²¹, redes secuenciales y contrastivas (Ceirano, 2000; Crivos, 2003) (ANEXO Capítulo 5).

El trabajo de campo se realizó en diferentes etapas entre los años 2009 al 2015 y, posteriormente se realizó una fase de cotejo de datos en el año 2017.

En una primera etapa el trabajo de campo etnográfico se llevó a cabo en el barrio Villa Nocito (ver capítulo 6), en dos períodos de tiempo. El primero, entre los meses de abril y noviembre del año 2009 y, el segundo entre los meses de abril y noviembre de 2010. Específicamente las unidades de estudio (Guber, R., 2005) fueron el Centro de Salud Familiar y Comunitaria n° 1 de Villa Nocito y, de manera complementaria dos establecimientos educativos del sector geográfico del centro de salud. Los y las

²¹ A partir del conjunto total de definiciones contextuales se identifican los ejes conceptuales ordenadores, según los cuales pueden agruparse las definiciones obtenidas. Los conjuntos constituidos son representativos de los distintos modos de atribuir significado a los correspondientes términos, por parte del sector social que produjo los discursos en estudio. La principal utilidad diferencial del método propuesto es descubrir cuáles son los componentes y/o rasgos prototípicos de determinados conceptos en estudio, tal como fueron usados en determinado momento por dicho sector (Chaves, M, 2005).

profesionales de la salud, específicamente médicos de familia, médico pediatra, psicólogo, trabajador social, conformados como equipo de salud, fueron nuestros informantes clave durante esta etapa.

Se procedió a establecer contacto con el personal a cargo del centro de salud, y obtener los permisos para realizar trabajo de campo.

Se realizó observación con distintos grados de participación y estructuración.

Al inicio del trabajo de campo, la observación se caracterizó por una atención poco estructurada, abierta en todas las direcciones que se sucedían. Con el paso del tiempo (3 semanas - 3 encuentros) la atención fue estructurándose en categorías de observación definidas. En este sentido, se realizaron observaciones estructuradas, en punto fijo (Daltabuit Godás, 1992), a lo largo del tiempo de duración de las reuniones (de 9 a 12 horas), y para su registro se confeccionó una grilla de observación (ANEXO capítulo 5 grilla de observaciones). Para la selección del punto observacional se consideró aquel lugar que tuviera una visión lo más abarcativa posible respecto del desarrollo de actividades diarias y que resultara lo menos disruptivo posible al normal desempeño de las mismas. La técnica de observación en punto fijo (Noceti, M.B., 2008), brinda la posibilidad de relevar, concurrencias al punto observacional, actores, tipos de actividades realizadas, secuencia de las mismas, tiempos dedicados a cada una y su frecuencia

El trabajo de campo se focalizó en torno a las acciones de promoción de la salud destinadas a la comunidad y, particularmente a los y las jóvenes. En este sentido, las observaciones se realizaron en relación al proceso de formulación e implementación de actividades de promoción de la salud, destinadas a estudiantes de escuelas secundarias del sector. Se hizo hincapié en: la definición de qué condiciones sociales eran definidas como problema, quienes las seleccionaban, la forma cómo se presentaba (interpretación) y la estrategia de abordaje propuesta. Específicamente se puso atención en el diseño e implementación de proyecto de abordaje del embarazo en adolescencia.

Al comienzo del trabajo de campo, las observaciones se realizaron en el Centro de Salud referido. No obstante, el ámbito físico espacial del estudio se amplió más allá de sus límites espaciales, y se abarcó aquellos establecimientos educativos donde el personal de salud llevó adelante las acciones de promoción de la salud.

En una segunda etapa se realizó trabajo de campo etnográfico en el barrio Villa Harding Green (ver Capítulo 6), en dos períodos de tiempo durante los años 2012 y 2013; en

relación a la población de 15 a 19²² años de edad, que asiste al centro municipal Castillo Amarillo sede del Programa de Responsabilidad Social Compartida ENVION en el barrio Villa Harding Green, Bahía Blanca.

Se trabajó con una muestra no probabilística de 25 jóvenes, de ambos sexos, quienes fueron contactados en la sede de Programa ENVION.

Trabajamos con una muestra no probabilística²³ (Hernández Sampieri et.al. 1998; Padua J, 1996; Hueso y Cascant, 2012) de veinticinco (25) jóvenes, de ambos sexos, quienes fueron contactados en la sede de Programa ENVION. La selección de la muestra se basó en la técnica de muestreo intencional (Hueso y Cascant, 2012; Padua, 1996) de informantes clave. Seleccionamos los sujetos de la muestra en función del objetivo perseguido, teniendo en cuenta el criterio etario, es decir que su edad estuviera comprendida entre los 15 y 19 años y, buscamos que haya tantos hombres como mujeres. Tuvimos en cuenta también su disposición para el estudio.

Durante el primer período, de febrero a julio del año 2012, se destinó un tiempo para lograr el rapport, el cual fue construido gracias a la participación continua de la autora con los jóvenes, en sus actividades cotidianas (talleres de música, danza, apoyo escolar, salidas recreativas) en el programa mencionado; como así también en sus encuentros casuales, sus rondas de conversación, tanto en el predio del Castillo Amarillo, como en inmediaciones a él, en la calle (fotografías en ANEXO capítulo 5).

Durante este lapso de tiempo, se construyeron visiones acerca del curso de la vida humana, a partir de la narrativa del conjunto de actores. Esta elección se relaciona con la decisión teórico – metodológica de explorar los significados atribuidos al curso de vida y a las nociones de adolescencia y adolescente, identificar qué posición creen ocupar estos actores dentro del entramado social y, obtener información que contribuya a comprender los significados en torno a embarazo de acuerdo a sus experiencias. En este sentido, nuestro punto de partida fue la visión de los sujetos, sus categorizaciones, valoraciones y

²² En adelante se denomina al conjunto de informantes de 15 a 19 años de edad bajo término “jóvenes”, aunque a través de esta investigación se propone caracterizar las categorías etáreas, privilegiando el punto de vista interno del grupo (Ceirano, 2000).

²³ Las técnicas de muestros no probabilísticos ni son aleatorios, ni pretenden obtener una muestra representativa de la población. Más bien, buscan seleccionar sujetos que constituyan casos paradigmáticos (primando la diversidad) o que tengan especial conocimiento sobre una cuestión (informantes clave). Se prima la calidad frente a la cantidad. Estos muestros se utilizan en estudios de carácter cualitativo, en los que el interés no es la generalización sino descubrir un significado o reflejar realidades múltiples (Hueso González y Cascant i Sempere, 2012).

percepciones, y la tarea del investigador, la de interpretante de lo interpretado por los sujetos (Ceirano, 2000).

Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron a través de un guion de preguntas descriptivas (sucesivamente reelaborado conforme se avanzaba en el trabajo de campo y en el relevamiento bibliográfico) a los fines de armar un marco de términos y referencias, de ir construyendo los contextos discursivos. Las preguntas hicieron foco en indagar las trayectorias de vida de los y las jóvenes, y los significados asignados a la categoría adolescencia. A partir de los resultados obtenidos se espera identificar las formas en que se configura el curso de la vida humana, cualidades asignadas, definición o no de fases, duración temporal de fases, criterios utilizados para diferenciarlas.

Ubicamos estos sentidos en el devenir de los cursos vitales diagramados (ANEXO Diagrama de curso vital). Estos dibujos permitieron tener acceso a las representaciones acerca del curso de vida de manera figurativa identificando el orden espacial que tienen las categorías usadas durante las entrevistas realizadas.

La información provista por este medio fue combinada con datos observacionales obtenidos a partir de las observaciones participantes realizadas en espacios de sociabilidad de los jóvenes (plazas, esquinas, predio del Castillo Amarillo, lugares de ocio, entre otras).

Durante el segundo período de trabajo de campo, entre los meses de abril y junio de 2013, seleccionamos diez (10) jóvenes de 15 a 19 años de edad, mujeres, a fin de construir representaciones acerca del embarazo en la adolescencia desde su punto de vista, mediante la técnica de entrevista semi-estructurada. La selección de la muestra se basó en la técnica de muestreo de bola de nieve (Hernández Sampieri et.al. 1998; Hueso y Cascant, 2012), a partir de la cual fuimos identificando los individuos de la muestra a medida que se realizaban las entrevistas. La elección de los mismos estuvo sujeta a que sean jóvenes de edad comprendida entre 15 y 19 años y, que estuvieran cursando un embarazo o tuvieran un hijo/a, al momento del trabajo de campo. Buscamos que hubiera participación de ambos sexos en la muestra, no obstante dada la escasa disposición de los sujetos varones al estudio, la muestra quedó integrada por mujeres.

La labor de campo orientada específicamente a la observación se realizó acorde a la predisposición de los jóvenes; y acompañando sus actividades en el Castillo Amarillo tales como actividades de promoción de la salud, así como tareas del hogar, trámites escolares.

El guion de entrevista semi-estructurada abordó dimensiones como: su trayectoria escolar, de trabajo, familiar, cuestiones vinculadas a sexualidad (como conocimiento de prácticas anticonceptivas), parentalidad (incluyendo cuestiones como reacción ante la noticia del embarazo, el momento de sus vidas en que acontece, el impacto que produjo en sus biografías).

En una tercera etapa, entre los meses de agosto y noviembre de 2014, y entre marzo y mayo de 2015 se realizaron entrevistas semi estructuradas a profesionales de la salud.

Trabajamos con una *muestra no probabilística*²⁴ (Hernández Sampieri et.al. 1998; Padua J, 1996; Hueso y Cascant, 2012) de diez (10) médicas. La selección de la muestra se basó en la técnica de muestreo intencional (Hueso y Cascant, 2012; Padua, 1996) de informantes clave. Seleccionamos los sujetos de la muestra en función del objetivo perseguido, teniendo en cuenta los siguientes requisitos: que estuviesen vinculados a la atención de personas cuya edad estuviera comprendida entre los 15 y 19 años de edad, que tuviesen al menos 5 años de práctica en atención y servicios de adolescencia y, que se desempeñaran laboralmente en el sub-sector estatal del sistema de salud.

Así, la muestra quedó integrada por seis médicas pediatras, una de las cuales es especialista en adolescencia y tiene a su cargo el consultorio de adolescencia al interior del Hospital Municipal de Bahía Blanca; y cuatro médicas ginecólogas infanto-juveniles. Seis trabajan en el primer y cuatro segundo nivel de atención del servicio público de salud, y en el sub-sector privado; y cuatro de ellas trabajan también en el sub-sector privado. Además seis de ellas, integran el comité de adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría – Filial Bahía Blanca.

Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron en sus lugares de trabajo, con el objeto de indagar las representaciones acerca de embarazo en adolescencia, así como su propia actividad profesional relacionada con dicha problemática. Las preguntas tuvieron por finalidad aprehender las visiones en torno a: las nociones de adolescencia y adolescente, la salud en la adolescencia, las características que tiene la atención médica de la salud en adolescencia, su conceptualización en relación al embarazo en la adolescencia, aspectos

²⁴ Las técnicas de muestreos no probabilísticos ni son aleatorios, ni pretenden obtener una muestra representativa de la población. Más bien, buscan seleccionar sujetos que constituyan casos paradigmáticos (primando la diversidad) o que tengan especial conocimiento sobre una cuestión (informantes clave). Se prima la calidad frente a la cantidad. Estos muestreos se utilizan en estudios de carácter cualitativo, en los que el interés no es la generalización sino descubrir un significado o reflejar realidades múltiples (Hueso González y Cascant i Sempere, 2012).

que contribuyen a su ocurrencia, consecuencias, su práctica relacionada al tratamiento del embarazo en adolescencia.

5.4. Fuentes secundarias

El análisis de los dispositivos de la política de salud (planes, programas, leyes) se realizó siguiendo los lineamientos de análisis de instrumentos de política (Chiara, M. 2013, 2017). Los dispositivos constituyen las unidades de observación, en tanto que las unidades de análisis son los instrumentos de la política, cuyos contenidos se ponen en diálogo y comparan con la información obtenida a partir de los informantes clave.

A través del análisis de instrumentos se busca mirar lo que dicen los programas, considerando dimensiones de análisis como: la construcción de categorías de sujetos e identidades asignadas, definición del embarazo en adolescencia como “cuestión” de agenda pública, intervenciones propuestas.

Se relevaron los dispositivos que reunieran los siguientes criterios: estuvieran vigentes al momento del relevamiento (año 2015) y estuvieran destinados a la población en etapa de adolescencia o abordaran la salud sexual y reproductiva en la etapa de adolescencia (ANEXO: Tabla Adolescencia: propiedades y abordaje desde las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y, salud en la adolescencia).

Se seleccionaron para el análisis las leyes y programas de salud sexual y reproductiva, nacional y de la provincia de Buenos Aires, a saber: Ley Nacional N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud, 2003) y, Ley 13066 que crea el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 14738 que modifica la ley 13066).

También los programas de salud en adolescencia, nacional y de la provincia de Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), el Programa de Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. Además los manuales operativos y de procedimientos elaborados en el marco del PNSIA, disponibles para equipos de salud: “Lineamientos sobre derechos y accesos de los y las adolescentes a los sistemas de salud” (2015), “Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina” (2016) y “Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad”. Asimismo, durante la fase de cotejo del año 2017, consideramos el Plan de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia 2017 -2019, atendiendo a la mirada acerca del embarazo en la adolescencia.

A continuación, en el Capítulo 6 se brinda una descripción del contexto local de la ciudad de Bahía Blanca y de las unidades de estudio seleccionadas para el desarrollo de la investigación.

La caracterización de las representaciones sociales se organiza en tres capítulos, a saber, uno centrado en el análisis de las políticas públicas (capítulo 7), otro remite a la visión de los profesionales de la salud (capítulo 8) y, finalmente el tercero enfocado en el saber de los y las jóvenes (capítulo 9).

CAPÍTULO 6

CARACTERIZACION DEL CONTEXTO LOCAL

En esta sección presentamos información respecto a la ubicación geográfica, características y población de la ciudad de Bahía Blanca y, de los barrios Villa Nocito y 17 de Agosto – Villa Harding Green, donde se encuentran localizadas las unidades de estudio delimitadas, a saber: Unidad Sanitaria Villa Nocito y Castillo Amarillo (Programa Envión sede Harding Green). Focalizamos en la descripción del espacio barrial y de la población del barrio 17 de Agosto – Harding Green de donde proceden los y las jóvenes entrevistados/as.

A tal fin recurrimos a diferentes fuentes secundarias de información tales como, estadísticas sociales del Municipio de Bahía Blanca (MBB), relevamiento del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP), del Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios (RPPVAP) de la provincia de Buenos Aires. Asimismo brindamos una descripción de la conformación del espacio urbano en Bahía Blanca (Urriza, 2003, 2016; Garriz, 2010, 2014; Perez, 2007; CREEBBA)²⁵, a fin de contribuir a componer una imagen del contexto socio- económico y espacial de aquellos barrios en los que se enmarca la investigación realizada.

A partir de información suministrada por la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (MBB) brindamos datos acerca de algunas características sociales de los y las jóvenes, atendiendo a tipos de hogares, situación escolar, situación laboral y conocimiento de métodos anticonceptivos.

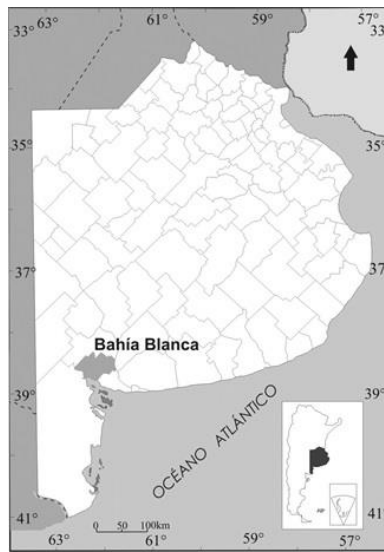
Finalmente ofrecemos una caracterización de la organización y dinámica del sistema local de salud, centrada en la descripción de funcionamiento de unidades sanitarias, consejerías de salud sexual y reproductiva (SSyR), y consultorios de adolescencia.

6.1. La ciudad de Bahía Blanca

La ciudad de Bahía Blanca, localizada sobre la costa Atlántica (figura 1), es la cabecera del partido que lleva su mismo nombre y, se encuentra ubicada geográficamente al sudoeste de la provincia de Buenos Aires, siendo sus coordenadas 38° 44' latitud sur y 62° 16' longitud oeste.

²⁵ Los diversos trabajos de investigación analizan el crecimiento urbano y la conformación de la estructura urbana en Bahía Blanca con relación con la dinámica económica e inmobiliaria, dando cuenta de procesos de segregación residencial.

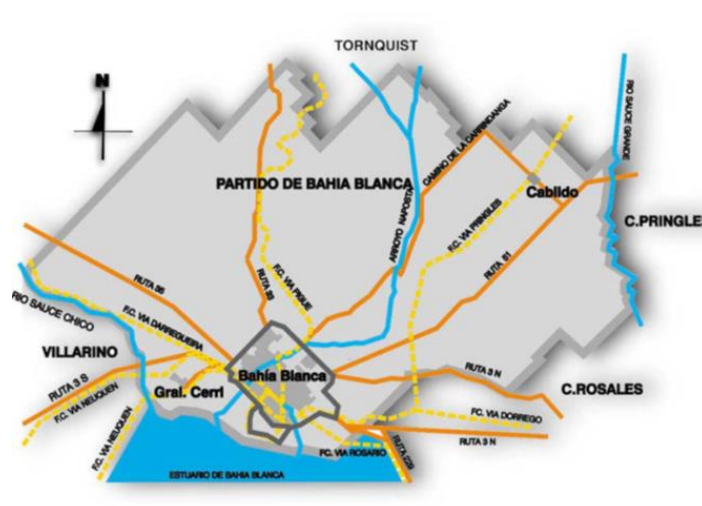
Figura 1. Ubicación geográfica de la ciudad de Bahía Blanca



Fuente: Ramborger, Campo y Lorda, 2018.

El Partido de Bahía Blanca, además de la ciudad cabecera, está integrado también por las localidades de Cabildo, General Daniel Cerri e Ingeniero White. Y limita con los distritos de Villarino, Tornquist, Coronel Pringles y Coronel Rosales (Figura 2).

Figura 2. Límites del Partido de Bahía Blanca



Fuente: Urriza, G. 2003.

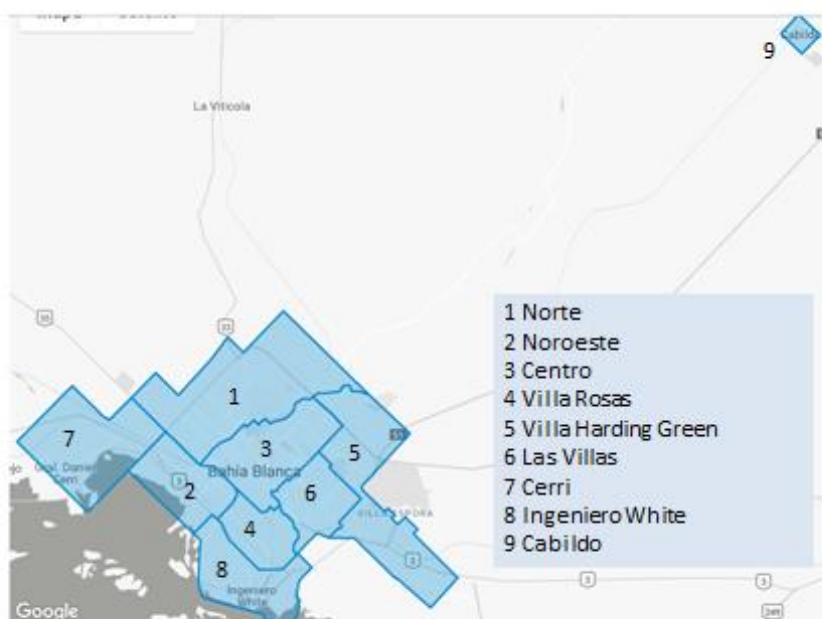
Según información publicada por el Municipio de Bahía Blanca²⁶, de acuerdo al último censo poblacional realizado en 2010, la población de la ciudad de Bahía Blanca es de 301.572 habitantes y, representa el 1,9% de la población bonaerense.

La ciudad de Bahía Blanca, por su magnitud poblacional, se ubica como el decimoséptimo centro más poblado de la Argentina. Desde el punto de vista geográfico es la segunda de las poblaciones costeras del país, detrás de Mar del Plata. En el ámbito de la provincia de Buenos Aires alcanza el cuarto lugar, detrás del Gran Buenos Aires, el Gran La Plata y Mar del Plata.

El Partido de Bahía Blanca se encuentra dividido en nueve jurisdicciones administrativas denominadas Delegaciones Municipales (Figura 3), como resultado del proceso de desconcentración de funciones llevado a cabo por el gobierno municipal.

Las Delegaciones son: 1-Norte, 2-Noroeste, 3-Centro, 4-Villa Rosas, 5- Villa Harding Green, 6- Las Villas y, 7-General Cerri, 8-Ingeniero White, 9-Cabildo; estando éstas tres últimas localizadas fuera del ejido urbano y conformando el Gran Bahía Blanca (Rubio y Santarelli, 2011).

Figura 3 Delegaciones Municipales



Fuente: Bahía Geo-referenciada, MBB.

²⁶ Disponible en: <http://www.bahia.gob.ar/ciudad/>

Cada una de estas Delegaciones Municipales agrupa un conjunto de barrios (Plan Estratégico Bahía Blanca 2000). Los barrios seleccionados para el desarrollo de esta tesis se encuentran en las siguientes Delegaciones:

- Delegación Villa Harding Green (número 5- Figura 3) agrupa: villas **Harding Green**, Elena, Gloria, Oro Verde y, barrios Aldea Romana, Parque Patagonia, El Nacional, **17 de Agosto**, 17 de Mayo, Grunbein, San Miguel, Millamapu, Luz y Fuerza, San Agustín, Vemec, San Vicente, Punta Blanca, Portal del Este y Polo Petroquímico.
- Delegación Noroeste (número 2- Figura 3) agrupa: barrios Maldonado, Vista Alegre, **Villa Nocito**, Primero de Mayo, Mariano Moreno, Pampa Central, Noroeste, Colón y San Blas.

En los barrios Villa Nocito y Harding Green - 17 de agosto se localizan las unidades de estudio donde se realizó parte del trabajo de campo etnográfico. Respecto a ellos se hará referencia a continuación.

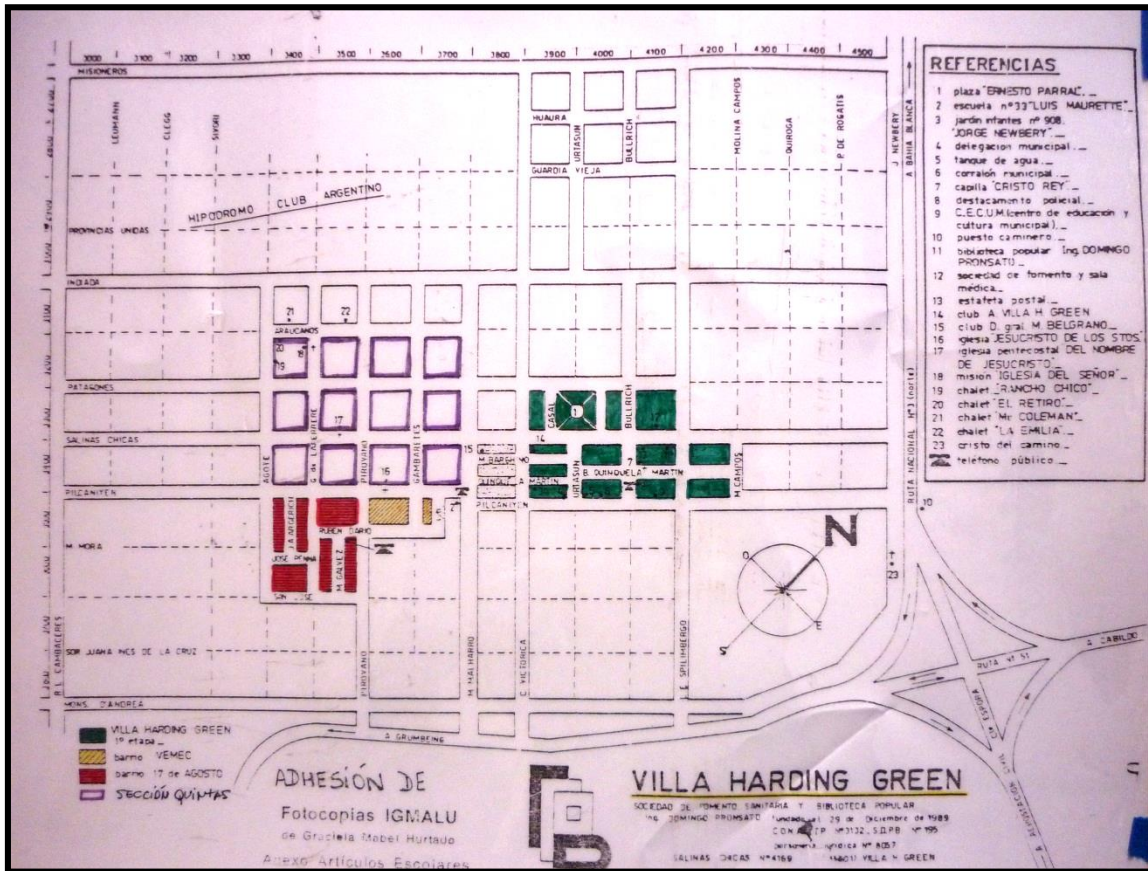
6.2. Los barrios Villa Nocito y 17 de Agosto - Villa Harding Green

Villa Nocito está ubicada al sur del centro urbano de la ciudad de Bahía Blanca. Los límites del barrio lo imponen las calles: 17 de Mayo, Pampa Central, Pacífico y Av. Buenos Aires. El servicio de transporte público tiene una frecuencia de 20 minutos, demorando alrededor de 35 minutos al centro de la ciudad.

El sector Villa Harding Green (VHG) conforma un núcleo poblacional periurbano, distante a 7,6 km de la zona céntrica de la ciudad de Bahía Blanca; comunicado con dicha zona por la línea de micros 507, cuyo recorrido se realiza cada 45 minutos. El sector VHG posee una superficie de 395 hectáreas y comprende la sección Quintas, sección Hornos, Vemec, Harding Green propiamente dicho (o también llamado por sus habitantes como “la villa originaria”) y 17 de Agosto²⁷ (Figura 4)

²⁷ El Barrio 17 de Agosto, surgió en la década del '60 con el nombre de “Palihue chico”. Este asentamiento, ubicado originariamente entre las vías del ferrocarril y el arroyo Napostá estaba conformado en su mayoría, por familias de origen chileno o del sur de argentina. En 1982, con el objetivo de concretar la obra pública del entubado del arroyo Napostá, comenzó la erradicación de este sector a terrenos cercanos a Villa Harding Green. Tiempo después, el lugar albergaría a más de doscientas familias y cambiaría el antiguo nombre por el cual eran identificados (Palihue Chico) por: Barrio 17 de Agosto.

Figura 4. Sector Villa Harding Green



El Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios (RPPVAP)²⁸ de la provincia de Buenos Aires identifica al barrio denominado Villa Nocito como “villa”, en tanto que el barrio 17 de Agosto es definido como “asentamiento precario” (Ver Anexo Capítulo 6 A). Asimismo el barrio 17 de Agosto es denominado como “barrio popular” desde el relevamiento del Registro Nacional de Barrios Populares²⁹.

En línea con lo anterior, la denominación emic “la villa originaria” para referir a Harding Green, remite a como era el sector previo al emplazamiento del barrio 17 de agosto, según refiere una vecina.

²⁸ El Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios (RPPVAP) se crea en el marco de la Ley 14449. Se concibe como la herramienta única y centralizada de relevamiento y captación de datos para la implementación del “régimen de integración socio-urbana de villas y asentamientos precarios” (artículo 28). Es una herramienta de actualización periódica y de construcción progresiva, que integra información social, catastral, dominial, urbana y de antecedentes de intervenciones pública en cada uno de los barrios inscriptos. Su elaboración permite sistematizar y avanzar en un diagnóstico más preciso para definir las políticas de regularización dominial e integración socio urbana de los barrios informales de la provincia de Buenos Aires, elaborando proyectos de actuación de acuerdo a su perfil socio urbano, y considerando los instrumentos y encuadres legales existentes.

²⁹ <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap/mapa>

De acuerdo a la clasificación de los barrios por zonas³⁰ elaborada por el Centro Regional de Estudios Económicos de Bahía Blanca Argentina (CREEBBA), Villa Nocito se encuentra en el sector Oeste de la ciudad; en tanto que el barrio 17 de Agosto está localizado en el sector Este (Figura 5).

Figura 5. Ubicación geográfica de Villa Nocito y 17 de Agosto – Harding Green



Fuente: RPPVAP, Provincia de Buenos Aires.

La zonificación propuesta por el CREEBBA comprende seis sectores asociados a los puntos cardinales naturales y al agrupamiento de barrios y áreas con una localización y

³⁰ En la definición de las zonas el CREEBBA tiende a definir grandes áreas con cierto grado de homogeneidad a partir de criterios tales como tipo de edificación, uso predominante del espacio y valor de la tierra. De esta forma y a grandes rasgos, la ciudad quedaría configurada por: “zona sur” con predominio de uso industrial y actividad logística; “zona centro” destinada a actividades administrativas, comerciales y financieras junto con una alta concentración de edificios en altura; “zona norte” con un destino claramente residencial y “zonas mixtas o de transición” tanto al este como al oeste (IAE 141 2015, 151 2018 - CREEBBA)

estructura similar. Dichos sectores son: Centro, Este, Norte-Noroeste, Noreste, Oeste y Sur. De acuerdo a un estudio realizado por este organismo privado en torno a los cambios sociodemográficos por zonas del Partido de Bahía Blanca entre 2001 y 2010 (IAE 141, 2015), durante éste período se evidencia la tendencia a elegir las zonas centro, norte y, noreste como área de residencia por parte de personas con mayor nivel educativo.

Por su parte, los investigadores Guillermina Urriza y Eduardo Garriz (2014) explican que el crecimiento de la ciudad en la periferia – alrededor del micro y macro centro de la ciudad- evidencia una tendencia a consolidar un patrón de segregación a gran escala. Los estratos socioeconómico alto y medio-alto tienden a concentrarse en el norte y noreste de la periferia (la zona alta).

Mientras la población de ingresos altos puede localizarse en ciertos sectores periurbanos valorizados, grupos sociales de escasos recursos que no participan en el mercado formal, habitan fundamentalmente en el sector sudoeste y sur.

En este sentido, la geógrafa Guillermina Urriza (2003, 2016) explica que a fines de 1990, se registraron transformaciones en el uso y ocupación de la franja periurbana. En los sectores noreste y norte de la ciudad – zona alta -, se radicaron grandes superficies comerciales (shopping center, hipermercado), surgieron nuevos proyectos inmobiliarios para el estrato de ingresos medio y medio-alto (barrio parque y urbanizaciones cerradas), y un fuerte crecimiento residencial. Por otra parte, en los sectores oeste, sudeste y sur de la periferia, que presentan condiciones precarias de habitabilidad y déficit en la dotación de infraestructura y equipamiento, se registró la ocupación informal de tierras (públicas y privadas) efectuada por familias de escasos recursos.

Eduardo Garriz explica que gran parte del hábitat popular del sur, oeste y sudeste es producto de la acción del Estado- directa o indirectamente- a partir de los emprendimientos habitacionales para vivienda social. Se trata de un hábitat de baja calidad, con grandes limitaciones, donde se manifiestan las mayores desigualdades, las carencias y la marginalidad, social y ambiental (Garriz, E y Formiga N, 2010).

De acuerdo a información aportada por la oficina de Estadísticas Sociales del Municipio, a partir de un relevamiento de barrios vulnerables, en Villa Harding Green hay 532 viviendas. El sector presenta un reducido acceso a los derechos del hábitat. Específicamente muy bajo acceso a los servicios públicos indispensables (electricidad,

agua y gas) y servicios e infraestructura municipal (alumbrado público, recolección de basura y calles pavimentadas).

En cuanto a las instituciones existentes, el sector cuenta con establecimientos educativos, correspondientes a los diferentes niveles de educación formal: Escuela Media N° 27, Escuela Primaria N° 33, Jardín de Infantes N° 908. Asimismo, instituciones dependientes del Municipio, tales como: programa “Mamas Cuidadoras”; Guardería Municipal “Grillitos”; Servicio Social que funciona en la Delegación Municipal Villa Harding Green; Unidad Sanitaria Villa Harding Green; Servicio Local de Promoción y protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, perteneciente a la zona de Villa Harding Green; Castillo Amarillo sede del Programa Envión.

Además en el sector hay una biblioteca (“Domingo Pronsato”), dos clubes: Club Villa Harding Green y Club Belgrano, un destacamento policial, Iglesias evangélicas y adventistas y dos Ollas Populares.

Las instituciones aludidas se encuentran localizadas en Harding Green propiamente dicho o también referido como la “villa originaria”; a excepción de los lugares donde funcionan las Ollas Populares y el Programa Envión, que se encuentran localizadas en el barrio 17 de agosto.

Las calles del sector Villa Harding Green son de tierra; excepto las dos calles de ingreso, por Av. De Circunvalación Juan Manuel de Rosas y por Autovía Juan Pablo II, que son de asfalto, por medio de las cuales se accede a la “villa originaria”, y en las cuales se ubican la mayor parte de las instituciones referidas anteriormente.

6.3. Los y las jóvenes del barrio 17 de Agosto – Harding Green.

Los y las jóvenes del barrio 17 de Agosto – Harding Green fueron contactado/as a través del Programa Envión sede Harding Green, el cual se gestiona localmente a través de la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (NAyF) del Municipio de Bahía Blanca. Antes de brindar una caracterización de los jóvenes con quienes compartimos la labor de campo etnográfica, describimos brevemente la organización de dicha Sub-secretaría y el Programa.

La Sub-secretaría depende de la Secretaría de Políticas Sociales. Su organización y dinámica de funcionamiento se enmarca dentro del sistema de promoción y protección de los derechos del niño.

La sanción de la Ley provincial 13.298 marcó un hito en el proceso de construcción del Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del Niño (SPPDN)³¹ en la provincia de Buenos Aires, en consonancia con los lineamientos establecidos por la Ley Nacional 26.061 y la Convención de los Derechos del Niño.

Este Sistema de Protección Integral de Derechos está conformado por organismos y entidades destinadas a la promoción, prevención, asistencia, protección y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Forma parte de la Sub-secretaría, el Programa Envión, el cual depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires y se implementa en cada localidad de la Provincia por intermedio de los Municipios locales. En la ciudad de Bahía Blanca, el Programa Envión se implementa a través de la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.

El Programa de Responsabilidad Social Compartida Envión³², está destinado a adolescentes y jóvenes entre 12 y 21 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. El objetivo esencial es la inclusión, la contención, el acompañamiento y el diseño de estrategias que fortalezcan su estima, reparen y brinden igualdad de oportunidades.

En el marco de la Ley Provincial 13.298 de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, en términos formales, el programa apunta a restituir los derechos de los jóvenes, garantizando el acceso a la educación, la salud y el trabajo a partir de las acciones de inclusión, protección y prevención. Se propone que ENVIÓN representa una respuesta del Estado para garantizar el acceso a oportunidades educativas y de capacitación para el trabajo; gestionando acciones que les posibiliten a los jóvenes recuperar y poner en práctica sus derechos.

Se llama Programa de Responsabilidad Social Compartida porque participan el Estado (Gobierno nacional, provincial y los municipios), la comunidad, que conforma una red de contención, y el sector privado, que aporta recursos y brinda oportunidades laborales.

Los "Enviones" funcionan a través de sedes municipales. Las mismas están conformadas por equipo de profesionales, quienes acompañan la participación y organización de los

³¹ <https://www.bahia.gob.ar/politicasocial/ninosyadolescencia/>

³² <https://www.bahia.gob.ar/politicasocial/ninosyadolescencia/programa-envion/>

jóvenes. Este trabajo conjunto incluye la planificación e implementación de talleres y espacios sociales, donde los jóvenes tienen la oportunidad de desplegar su identidad, vinculándola a sus necesidades, derechos y deseos.

En la ciudad de Bahía Blanca hay 6 Sedes del Programa, y se encuentran en los siguientes barrios: Spurr, Saladero, Stella Maris, Villa Harding Green, Norte Duprat, Caracol. La sede del Programa Enviación Villa Harding Green se encuentra emplazada en el espacio llamado “Castillo Amarillo” (Foto 1), en cercanías al barrio 17 de Agosto.



Ilustración 1Foto 1: Castillo Amarillo, sede Programa Enviación Villa Harding Green.

Focalizando en los y las jóvenes participantes del Programa Enviación a partir del cual contactamos a nuestros informantes clave, al momento de realizar el trabajo de campo (2012 – 2013) participaban del mismo un total de 105 adolescentes y jóvenes de entre 12 y 21 años de edad.

De acuerdo a información aportada por la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (MBB), el 30% de los hogares a los que pertenecían se encontraban bajo la línea de pobreza. El 44% de los hogares presentaba alguna necesidad básica insatisfecha.

En el 56% de los hogares, el/la jefe/a de hogar tenía empleo (formal o informal); en tanto que en el 44% de los hogares, el/la Jefe/a de hogar se encontraba desocupado/a.

Se desempeñaban mayormente en el sector informal, con trabajos inestables y precarios; o bien poseían un ingreso mínimo mensual proporcionado por uno o varios subsidios de distintos programas sociales nacionales o provinciales.

En cuanto a la situación escolar, el 68% de los y las jóvenes de ambos sexos asistía a la escuela, en tanto que el 32% no asistía.

Los motivos de deserción escolar referidos por los y las jóvenes, de ambos sexos, en orden de mayor a menor frecuencia de mención son los siguientes: 28% por trabajo (ya sea para solventar sus propios gastos o contribuir al sustento familiar); 25% por embarazo; 12% por dificultades escolares (repetencia de grado/año); 10% por cuidado de familiares (hermano/as menores).

Teniendo en cuenta la distribución según sexo de estos motivos de deserción escolar, el trabajo es mencionado únicamente por los varones, el embarazo solamente por las mujeres, en tanto que el cuidado de hermano/as menores es referido por el 75% de las mujeres y el 25% de los varones.

Respecto a la situación laboral, el 40% del total de adolescentes y jóvenes realizaba algún tipo de trabajo. Del conjunto de adolescentes y jóvenes que trabajan, el 84% son varones y el 16% mujeres.

Atendiendo al tipo de trabajo realizado, de acuerdo al sexo, el 70% de las mujeres trabajaba en actividades domésticas y cuidado de niño/as, en tanto que el 30% en el rubro gastronómico (ayudante de panadería, moza).

Los varones por su parte trabajaban en albañilería (40%), limpieza de patios (25%), horticultura (25%) y otros (horno de ladrillo, soldador, pintura de obra) (10%).

Estas características en torno al tipo de actividad de acuerdo al sexo se asemejan a los resultados de una investigación acerca de la caracterización cuanti-cualitativa del trabajo infantil en Bahía Blanca para el período 2010-2013, coordinada por la Dra. Belén Noceti. A partir de la cual se observó que en Villa Harding Green las niñas mujeres tienen mayor representatividad en el trabajo doméstico, en actividades tales como: hacer las compras para el hogar y atender la casa; en tanto que su participación declina en favor de los varones en actividades como: changas, trabajo en talleres, horno de ladrillo, entre otras (Noceti, 2017).

En suma, gran parte de los y las adolescentes y jóvenes cuentan con una trayectoria educativa caracterizada por una escolaridad básica primaria y/o secundaria nunca iniciada en algunos casos, interrumpida en otros; y una trayectoria laboral intermitente y precaria, ya que trabajan en el sector informal.

En el año 2012 la Sub-secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (MBB) realizó una encuesta entre los y las jóvenes que participaban del Programa Envión. Esta encuesta tenía por objetivo caracterizar comportamientos y factores de riesgo y protección relacionados con las principales causas de enfermedad y muerte entre los y las jóvenes; atendiendo a: comportamiento alimentario, actividad física, higiene, violencia y lesiones no intencionales, salud mental, consumo de tabaco, consumo de alcohol y otras drogas, comportamientos sexuales que contribuyen a la infecciones de transmisión sexual y del embarazo no deseado. Entre los aspectos indagados, destacamos los siguientes resultados obtenidos, que remiten a conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

El 100% de los y las jóvenes encuestado/as refirió que sabe cuáles son y cómo se usan los métodos anticonceptivos.

En cuanto al uso de preservativo durante la última relación sexual, el 67% respondió que si usaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales; en tanto que el 33% no lo usó.

Y atendiendo a la frecuencia con que usaron preservativos cuando tuvieron relaciones sexuales, en los últimos 12 meses: el 34% lo hizo siempre, el 25% casi siempre, el 17% casi nunca, el 14% nunca, el 9% a veces.

Respecto a dónde conseguir preservativos cuando quisieran contar con ellos el 49% respondió en el quiosco, el 17% en la unidad sanitaria, el 12% en la farmacia. Con menor frecuencia: un 11% lo consigue de otra manera (se lo dan) y un 11% no sabe.

Y ante la pregunta acerca de “¿Con que frecuencia vos o tu pareja usaron cualquier método para evitar un embarazo?”, el 50% usa siempre algún método anticonceptivo, el 26% no lo hace nunca, el 10% casi nunca y el 12% a veces.

Estos porcentajes muestran que si bien los métodos anticonceptivos son conocidos por el conjunto de jóvenes de ambos sexos, no son utilizados por la totalidad de ellos/as.

6.4. Caracterización del sistema de salud local

El sistema de salud del Partido de Bahía Blanca comparte la misma organización que el sistema de salud argentino³³ (López S, 2006) y, está integrado por establecimientos públicos y privados, a través de los cuales es atendida la población de la comuna y también de su área de influencia.

Respecto al sub-sector privado, entre los establecimientos de la ciudad de Bahía Blanca se pueden mencionar los hospitales: Regional Español, Italiano Regional del Sur, Privado del Sur, Hospital de la Asociación Médica, Centro de Salud Privado (Empleados de Comercio), Militar y Clínica Modelo.

En relación al sub-sector público o estatal, en el Partido de Bahía Blanca coexisten varios tipos de instituciones. Por un lado los que corresponden a la Municipalidad de Bahía Blanca, que comprenden el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL), los Centros de Salud de Ing. White, Cerri, Vista Alegre y Cabildo, y las diferentes Unidades Sanitarias.

Por otro lado existe en la ciudad un hospital provincial, que es el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”, el cual presta sus servicios a la población de la Región Sanitaria I³⁴ del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires.

Focalizando en el nivel jurisdiccional municipal, la Secretaría de Salud del Municipio *“tiene como función esencial de garantizar un modelo de salud integral para todos los ciudadanos, que incluya la promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia espontánea y programada, y rehabilitación”* (Municipalidad de Bahía Blanca - MBB).

El Sistema Municipal de Salud está compuesto por Unidades Sanitarias, Centro de Mediana Complejidad, y el Hospital Municipal (HMALL). El objetivo del H.M.A.L.L.

³³ El sistema de salud argentino está conformado por tres subsectores: público, seguridad social y privado (López, S, 2006), que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan. El subsector público, está constituido por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita. En el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación.

³⁴ La Región Sanitaria I comprende los partidos de Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Gonzales Chaves, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Puan, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino.

es brindar atención de segundo y tercer nivel, tanto en ambulatorio como en internación. Mientras que en los Centros de Salud y las Unidades Sanitarias el objetivo está centrado en optimizar y fortalecer el primer nivel de asistencia de la salud y los programas de Atención Primaria de la Salud, promoción y prevención, detección temprana de enfermedades y tratamiento precoz.

De acuerdo al Plan de Salud 2015 (MBB) los Equipos de Salud están orientados hacia la Atención Primaria de la Salud, *“estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención y cuidado de las personas y el conjunto social, con formación de redes desde el núcleo inicial del sistema de salud, Centro de Atención Primaria de la Salud, hasta el todo del conjunto del Sistema”* (Plan de Salud, 2015: 1). En ese Plan se explica que por “modelo integrado” se hace referencia a una integración “externa”, desde la Secretaría de Salud hacia otros estamentos públicos de la órbita Provincial o Nacional y del Sistema de Seguridad Social local. Y a una “interna”, orientado hacia la comunión de intervenciones desde las Unidades Sanitarias (US), a través del sistema de asistencia pre-hospitalaria - primer nivel de atención- , finalizando en el segundo nivel de Atención. Es así que, en las unidades sanitarias se atienden todas las patologías de baja complejidad. Cuando los requerimientos del paciente exceden los objetivos fundamentales de las unidades sanitarias, son derivados a un centro de salud del segundo nivel de atención, como el HMALL, como así también el Hospital Interzonal Provincial Dr. José Penna.

Atendiendo al primer nivel de atención o atención primaria, la ciudad de Bahía Blanca cuenta con un total de 54 Unidades Sanitarias (Municipalidad de Bahía Blanca- MBB). Cabe destacar que todas las Unidades Sanitarias atienden a la población en el horario de 8 a 14 horas, a excepción del el Centro de Salud Leandro Piñeiro que atiende de 8 a 18 horas. Y el Centro de Salud “Antonio Manghini” (Gral. Cerri), Centro de Salud “Leonor Capelli” (Ingeniero White) y Cabildo que cuentan con servicio de guardia de 24 horas, especialidades de consulta más frecuente y, un sistema de ambulancias de traslado de baja complejidad (Municipalidad de Bahía Blanca).

En el Plan de Salud 2015 se explica que

- La modalidad de trabajo se desarrolla mediante actividades Asistenciales, de Prevención y Promoción de la Salud.
- La asistencia se realiza por turnos programados y, por demanda espontánea de la comunidad. La prevención y promoción mediante actividades intra y extramuro.

- El trabajo en red interinstitucional refuerza las actividades del equipo de salud junto a la comunidad.
- El sistema posee incorporados todos los programas Nacionales, Provinciales y Municipales vigentes en todas las CAPS.

Se pretende enmarcar el accionar sanitario a través de la equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Se afirma que realizar prestaciones con equidad implica dar más a quien más necesita; con eficiencia, refiere a la utilización de métodos y tecnología adecuada; con efectividad es brindando accesibilidad y cobertura; finalmente con eficiencia refiere al bajo costo y rendimiento acordes.

Desde el año 1993, bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) se inició una descentralización hospitalaria y refuerzo del primer nivel de atención. De esta manera se regionaliza en Áreas Programáticas de Salud con la conformación de Equipos interdisciplinarios, coordinados por un Equipo de Gestión compuesto por dos trabajadores de salud (Coordinador/a Médico/a y Coordinador/a de Enfermería), que además de ordenar el funcionamiento de su sector, se les asignan la responsabilidad de realizar el diagnóstico de situación sanitaria junto a la comunidad, priorizar las problemáticas y proyectar en consecuencia. Se define “área programática” como “*la superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita*” (Municipalidad de Bahía Blanca, 2015).

De esta manera, la Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Bahía Blanca está dividida en 9 Áreas Programáticas y 2 Centros de Salud.

Las Áreas coinciden con los límites de las Delegaciones Municipales. Cada una de ellas tiene un Jefe de área, quien tiene a su cargo el conjunto de unidades sanitarias que forman parte de la misma. (ANEXO Capítulo 6 B). Como puede apreciarse a partir del cuadro que muestra la distribución de unidades sanitarias por áreas programáticas, se hace distinción entre “centro de salud”, “unidades sanitarias” y “extensión”. Esta diferencia está dada principalmente por algunas características de equipamiento y atención. De tal forma que, *unidad sanitaria* es un centro de salud donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario, con un nivel bajo de complejidad en instrumentos, equipos y tratamientos. *Extensión* es un centro de atención que está en funcionamiento, y no ha recibido todavía el nombre de Unidad Sanitaria por falta de habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Y *Centro de Salud* tiene

equipamientos de mayor complejidad y otros servicios que las anteriores no poseen. Por ejemplo, el Hospital Menor de Ingeniero White posee los siguientes recursos distintivos: ambulancia a disposición, perteneciente al servicio telefónico de emergencia 911, guardia de 24 horas, mayor cantidad de consultorios (posibilitando atenciones en forma paralela), medicación de otras características (como inyectables o sueros), placas radiográficas, laboratorio de análisis clínicos, farmacia, camas de recuperación, atención de especialidades médicas como oftalmólogo, alergista, dermatólogo (Stancatti et al, 2010). En la figura 7 se muestra la localización de las Unidades Sanitarias Villa Nocito, en el barrio homónimo, y Villa Harding Green, donde se realizaron parte de las observaciones de campo. Así mismo se muestra la localización de los hospitales correspondientes al segundo nivel de atención, como el HMALL y Hospital Interzonal Provincial Dr. José Penna, donde trabaja parte del personal de salud entrevistado.

Figura 7 Localización de Unidades Sanitarias Villa Nocito y Villa Harding Green, HMALL y Hospital Interzonal Provincial Dr. José Penna



El Centro de Salud Familiar y Comunitaria³⁵, localizado en el barrio Villa Nocito, funcionaba en las instalaciones de la Sociedad de Fomento de Villa Nocito. Este Centro dependía de la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, correspondiendo al Área Programática n° 10.

Las actividades de este centro comprendían no solo la atención de problemáticas de salud mediante la consulta médica o psicológica sino también acciones de prevención de problemáticas de salud y promoción de la salud. En este sentido, se priorizaba el desarrollo de actividades en conjunto con la comunidad, con el propósito de informar y educar sobre la salud y promover la adopción de conductas saludables. Se buscaba favorecer el acceso a servicios de salud primaria de la población.

Se brindaba atención médica, psicológica y servicio social, propiciando su articulación. La atención médica incluía tanto consulta espontánea como seguimiento longitudinal³⁶ del paciente.

Al inicio de la conformación de dicho centro de salud, estaba integrado por dos médicos de familia, una pediatra, y un psicólogo.

Con el transcurso del tiempo se agregó la labor de dos trabajadoras sociales, quienes dependían del Patronato de Liberados³⁷, y un técnico del Centro de Prevención de Adicciones³⁸. Su integración respondía a la inquietud de articular las acciones que desde ambas instituciones se realizaban en el barrio con las que se llevaban adelante desde el

³⁵ Durante el desarrollo de nuestro trabajo de campo dicho centro de salud fue cerrado por decisión del gobierno municipal, y los profesionales de salud que allí trabajaban fueron derivados a otras dependencias municipales de salud.

³⁶ La longitudinalidad, de acuerdo a los profesionales de la salud, remite a una relación personal y a largo plazo, que se establece entre médico y paciente/s. La atención longitudinal significa que la población identifica a un centro asistencial como "el suyo" y el equipo proveedor brinda una asistencia centrada en la persona, considerando sus valores y preferencias.

³⁷El propósito del Patronato de Liberados Bonaerense es la prevención del delito a través de la inclusión social. Se promueve la implementación de estrategias de prevención del delito, a través de herramientas que hagan a la inclusión social, como a la construcción de un plan de vida que no implique prácticas violentas y/o delictivas, fortalecimiento los lazos familiares o de los grupos de pertenencia y el ejercicio de una ciudadanía responsable. Se trabaja como auxiliares de justicia, primando el sostenimiento la libertad de las personas en conflicto con la ley penal. <http://www.plb.gba.gov.ar/mision.asp>

³⁸ Estos centros son espacios de asesoramiento y atención ambulatoria. Cuentan con equipos técnicos de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios, capacitados en el ámbito de la salud mental y en el acompañamiento de las personas afectadas por el consumo problemático de sustancias. Trabajan articuladamente con diversos actores y espacios de la comunidad con el fin de brindar respuestas integrales a las necesidades de cada una de las personas en el entorno donde viven. A partir de este entramado también desarrollan estrategias de prevención y promoción de la salud. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/adicciones/cpa/>

centro de salud; dado que, en ocasiones, la población abordada por unas y otros, era la misma.

Además en centro de salud contaba con la rotación periódica de estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS), quienes realizaban sus prácticas de terreno, como parte del plan curricular de la Carrera, bajo la tutoría de un docente de la UNS que desarrollaba su labor en el centro de salud.

El conjunto de actores mencionados se congregaba un día fijo a la semana a fin de realizar una reunión de equipo. Esta reunión tenía por objetivos discutir en conjunto el abordaje y seguimiento de la salud de los pacientes y, diseñar las actividades de promoción de la salud a nivel comunitario. Así mismo se pretendía reservar un tiempo tendiente a trabajar en conjunto distintos textos seleccionados con el propósito de responder aquellos interrogantes que aparecían en el transcurso de las intervenciones cotidianas. No obstante, esta discusión teórica quedaba supeditada a la disponibilidad de tiempo una vez resuelto los otros dos propósitos.

CAPÍTULO 7

LAS POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD EN LA ADOLESCENCIA.

En este capítulo presentamos los resultados del análisis de los dispositivos³⁹ de la política de salud sexual y reproductiva y, de salud en adolescencia, tanto de Nación como de la Provincia de Buenos Aires; específicamente: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva; Programa Nacional de Salud Integral en Adolescencia, Programa de Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, y como parte de la fase de cotejo de información durante el año 2017, consideramos el Plan de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia 2017 -2019, a fin de indagar su mirada acerca del embarazo en la adolescencia.

Asumimos como punto de partida que las políticas son resultado de una construcción social, y constituyen técnicas de gobierno orientadas a la regulación de la población (Foucault, 2002; Lavigne, 2016).

Desde la postura desarrollada por Cris Shore (2010) es posible concebir que el estudio de las políticas públicas – constituida por y constituyendo a los procesos sociales, interviniendo en ellos, organizando las lógicas culturales, los comportamientos, las normas morales, las legitimaciones que se establecen- implica la posibilidad de comprender los sentidos y lógicas que las sostienen e impulsan, relacionadas a las maneras de enfrentar los problemas sociales que cada sociedad construye en cada contexto histórico.. Esa capacidad de intervención sobre lo social que tienen las políticas y de construir subjetividades forma parte del foco de análisis de este trabajo de tesis.

Para el análisis de las políticas recuperamos la propuesta de Shore y revisamos las premisas y sentidos sobre las que se asientan las políticas, las definiciones de problemas y las clasificaciones particulares de las poblaciones que son gobernadas y, las legitimaciones de ciertos modos de intervención política. En esa línea, coincidiendo con Magdalena Chiara (2013, 2017), destacamos la capacidad de las políticas para definir los problemas, en sus contenidos particulares y en los sujetos que los corporizan, e instituir las reglas de juego desde las cuales serán procesados.

³⁹ Al hablar de dispositivos hacemos referencia a legislación nacional y provincial, documentos de programas, manuales operativos y de procedimientos.

A fin de recuperar una visión de conjunto de los dispositivos, el análisis de los mismos incluyó la aplicación de la estrategia de análisis de instrumentos de políticas, con el objeto de detectar aquellos instrumentos genéricos de los que está compuesto cada dispositivo de política (Chiara, 2017). Asimismo, el análisis de instrumentos genéricos de la política permite recomponer su totalidad e identificar convergencias y divergencias entre dispositivos y, en la implementación en los servicios de salud.

Buscamos reconstruir los significados en torno a las nociones de *adolescencia*, *adolescente* y *embarazo en adolescencia*, los problemas definidos y las estrategias de abordaje propuestas. A continuación, caracterizamos los diferentes dispositivos de la política seleccionados, teniendo en cuenta sus objetivos generales y, exponemos los resultados del análisis de las dimensiones antes referidas. Ordenamos esta presentación en un primer bloque correspondiente a las políticas de salud sexual y reproductiva y un segundo bloque que remite a las políticas de salud referidas a adolescencia. Finalmente realizamos una discusión general del total de los resultados obtenidos.

Aunque no fue objeto de análisis en este trabajo de tesis y, por tanto no formó parte del corpus de dispositivos de políticas analizadas, no podemos dejar de mencionar la Ley N° 26150, que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, sancionada y promulgada en el mes de octubre del año 2006. A través de la definición de esta política pública educativa, de orden nacional, se estableció la educación sexual integral (ESI) para toda la población escolarizada en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, desde nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente, de todas las jurisdiccionales (nacional, provincial, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal).

La ley N° 26150 fue sancionada antes de inicio de nuestro plan de trabajo de tesis y advertimos que las prácticas de educación sexual en la ciudad de Bahía Blanca observadas durante el desarrollo del trabajo de campo no se enmarcan en la ESI. Es decir, en los periodos de tiempo, en los años 2009, 2010, 2014 y 2015, en que realizamos observaciones sistemáticas y entrevistas a profesionales de la salud, notamos que la ley de ESI no era mencionada en los discursos de profesionales de la salud entrevistados. Así como tampoco las actividades de educación sexual observadas eran realizadas en el marco de la configuración de la ESI, atendiendo a los ejes conceptuales de: derechos,

género, diversidad, cuidado del cuerpo y de la salud y afectividad; lo cual es discutido en el Capítulo 8, el cual hace foco en profesionales de la salud.

7.1. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva

Para iniciar, conviene hacer una breve referencia al derrotero de la salud sexual y reproductiva, a lo largo del tiempo y contexto social y político en Argentina.

La salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población constituyen temáticas que en Argentina comenzaron a debatirse en la década de los 90. Diferentes motivos se plantean como contrarios al debate público. Entre los cuales se mencionan: las restricciones normativas vigentes en la Argentina desde mediados de la década del 70 hasta mediados de los 80. En este sentido, según Llovet y Ramos (1986), el Estado tradicionalmente ha tenido una política pronatalista, que alcanzó su culminación a través de dos instrumentos legales⁴⁰. También se hace referencia a la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto a sexualidad y reproducción.

En noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley por medio del cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos era “asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente”. No obstante este proyecto de ley perdió estado parlamentario a fines de 1997, debido a que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos (Szulik et. al, 2002).

A partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria de esta ley en el plano nacional, de las acciones de sensibilización desarrolladas por el movimiento de mujeres, y de los acuerdos internacionales logrados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la V Cumbre Mundial de la

⁴⁰ En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el decreto 659, que prohíbe las actividades destinadas al control de la natalidad y, establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos. En 1977 la dictadura militar dictó el decreto 3938/77 que contenía los “Objetivos y políticas nacionales de población”, entre los que se incluía el de “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”. Con la restauración de la democracia en 1983, aunque se abandonó la vigilancia y persecución de las acciones que pudieran facilitar la regulación deliberada de la fecundidad, el cuadro normativo encargado de esos dos decretos continuó vigente (Llovet y Ramos, 1986)

Mujer (Beijing, 1995), se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país.

Según Silvana Weller (2000), a lo largo de este período se produjo un tránsito desde una situación de silenciamiento y restricciones, hacia otra en la que esta problemática va adquiriendo cierta visibilidad y avanzando, en términos de innovaciones institucionales y/o legales.

El 18 de abril de 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley para crear el PROGRAMA NACIONAL de SALUD SEXUAL y PROCREACIÓN RESPONSABLE en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. El proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores el 30 de octubre de 2002 (Ley 25.673). El Programa Nacional se orienta a ofrecer, a toda la población, el acceso a información, consejería, métodos y prestaciones referidas a salud sexual y reproductiva; prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y patologías genitales y mamarias. Con los propósitos de brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, disminuir la morbilidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de los adolescentes (Artículo 2).

La Ley n° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable implica el cumplimiento de derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional en 1994, como: Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

La Ley establece articulación y coordinación entre Ministerios Nacionales así como entre Programas de diferente nivel jurisdiccional con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos. En este sentido, postula que el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente, tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y operadores comunitarios (Artículo 5).

Además, a través de su reglamentación se establece que es el Ministerio de Salud la autoridad de aplicación de la Ley 25.673. Que éste Ministerio debe orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes

serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Y que dicha asesoría técnica deberá centrarse en las actividades de información, orientación sobre métodos anticonceptivos y entrega, así como el monitoreo y evaluación.

En la Provincia de Buenos Aires, el 28 de noviembre de 2003 se aprobó la reglamentación de la Ley 13.066, por la cual se creó en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, el PROGRAMA PROVINCIAL que garantiza las políticas orientadas a la promoción, y desarrollo de la SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE.

Este Programa tuvo diferentes modificaciones a lo largo del tiempo, desde su creación. En el mes de mayo del año 2015, mediante Resolución 3167, se gestionó el cambio del nombre del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, por la nueva denominación PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (en adelante PBA SSR). En este sentido, consideramos que el primer nombre otorgado refería solo a la salud reproductiva en desmedro de la salud sexual, restringiendo de esta manera el tratamiento de la sexualidad. Por el contrario, la nueva denominación, al hacer referencia a la salud sexual, tiende a escindir la sexualidad de la reproducción, separando fenómenos anteriormente representados de manera conjunta.

Además en el mes de julio del mismo año, se sancionó la Ley 14.738, la cual modifica la Ley 13.066, y propone la creación de *Consejerías para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazo no planificados*⁴¹, con el objetivo de reducir la morbimortalidad de mujeres gestantes por abortos inseguros y, prevenir la repitencia de embarazos no planificados. Se entiende por consejería “*al dispositivo de salud encargado de brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no planificado, basado en la información legal, públicamente accesible y científicamente respaldada...*” (Ley 14738, Cap. II, Art. 9).

El PBA SSR tiene objetivos similares al Programa Nacional respecto a acceso a la información, educación de la totalidad de la población vinculada a salud sexual y comportamiento reproductivo y, métodos y prestaciones ofrecidas.

Al igual que el Programa Nacional, el PBA SSR también está destinado a toda la población. Y realiza una mención especial hacia el conjunto de *adolescentes* con el

⁴¹ Usaremos letra bastardilla para referir a categorías nativas, y comillas para referencias textuales de los documentos.

objetivo de contribuir y promover su educación y salud sexual (PBA SSR, Art. 2, inciso f). En el Art. 5, establece el deber por parte de la autoridad de aplicación de: *“universalizar la información de manera tal que la misma llegue a toda la población de esta Provincia, en especial a jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados”*, e *“informar sobre las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo”* (PBA SSR, Artículo 5, incisos f y g).

Además, a diferencia del Programa Nacional, el Programa Provincial hace hincapié en la *prevención del embarazo adolescente*. En el Artículo 2 se afirma que será uno de sus objetivos: *“Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada”*. (Ley 13066, Art. 2; Ley 14738 Cap. I Art. 2).

En el Decreto 2327/03 y reglamentación de la Ley 13066, en una de las consideraciones se afirma que *“en relación a la protección del interés superior del niño y en un todo de acuerdo con lo normado en la Convención de los Derechos del Niño, se ha tenido en cuenta que la falta de prevención oportuna puede acarrear riesgos tanto de embarazos tempranos, así como de contraer enfermedades de transmisión sexual”*.

A partir del corpus de enunciados de los dispositivos referidos destacamos la especificación de los/las *adolescentes* como segmento dentro de la población total, la designación de *embarazo adolescente – embarazo temprano – embarazo no planificado*, y la referencia reiterada a *riesgo* en relación a embarazo temprano y conductas y grupos.

7.1.1. Las nociones de adolescencia, adolescente y embarazo en los dispositivos de la política de salud sexual y reproductiva.

Según Chris Shore (2010) las políticas no solo asignan identidades particulares a individuos y grupos sino que las construyen. En este sentido, a partir de los dispositivos de la política de salud sexual y reproductiva, buscamos dilucidar de qué manera contribuyen a configurar las identidades de grupos particulares y, caracterizar las formas que atribuyen a esa identidad, haciendo foco en adolescencia.

Ello implica desnaturalizar el modo de entender la adolescencia, y considerarla como resultado de procesos de clasificación y distinción a través de los cuales las edades son socialmente recortadas de diferentes maneras.

En el Documento Técnico I⁴² que acompaña al PBA SSR, se define *adolescencia* como “etapa de la vida”; “momento vital”, comprendida en el rango cronológico de 13 a 18 años – siguiendo el criterio estipulado por el Código Civil y Comercial-.

Y se caracteriza al *adolescente* a través de atributos como: “autonomía progresiva”; ser “vulnerable”; ser “proclive a la adopción de conductas de riesgo”; presentar “oportunidades para construir y consolidar hábitos de vida saludables en el adulto”. Por autonomía progresiva el documento refiere a un “*proceso del desarrollo gradual de las capacidades evolutivas, de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio de los derechos*” (Documento Técnico 1/2017).

Coincidimos con Colángelo (2019) en que los procesos de clasificación y distinción que operan en la construcción social de las edades, sitúan a los adolescentes en un estatus social de inmadurez.

Y siguiendo a Del Río Fortuna y Lavigne (2010) diremos que las políticas públicas implican el recorte sobre el cuerpo social de colectivos, definidos desde criterios naturalizados, por ejemplo al considerar a los adolescentes a través de la “adopción de conductas de riesgo” como el ejercicio de su sexualidad.

Atendiendo a las nociones de embarazo y adolescencia/adolescente, la Ley 24738 (13066) hace referencia a *embarazo adolescente* el cual es descripto en términos de “riesgo”, “temprano”, y en relación al cual la política privilegia un enfoque preventivo.

Recuperamos las propuestas de Mary Douglas (1996) y David Le Breton (2008) como claves conceptuales para problematizar los enunciados de los dispositivos, en relación a la noción de *riesgo*, para referir a conductas, grupo y embarazo “temprano” y “no planificado”. De acuerdo a Douglas (1996) el riesgo no es un ente material, objetivo, sino una construcción social que tiene como origen concepciones e interpretaciones que derivan de la sociedad.

⁴² La información analizada es extraída del Documento Técnico⁴² 1 del PBA SSR titulado "Consejerías en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Herramienta para orientar el trabajo de los equipos de salud".

A través de las políticas de salud centradas en adolescencia indagamos las creencias y visiones sobre las cuales se edifica la idea de *riesgo* con que se vincula al embarazo en la adolescencia.

Por su parte David Le Breton propone una aproximación antropológica de las conductas de riesgo, positiva, entendiendo dichas conductas como una búsqueda de identidad, para quienes no se encuentran incluidos; una forma de ubicarse en este mundo contemporáneo.

7.1.2. La promoción y atención de la salud sexual y reproductiva desde sus instrumentos.

Ambos dispositivos disponen la provisión de conceptivos y anticonceptivos a los Centros de Salud o dependencias en las cuales se desarrollan acciones previstas en las normativas. Y aquellas prestaciones destinadas a la detección de enfermedades de transmisión sexual, VIH sida y cáncer genital y mamario, tratamiento y rehabilitación.

La capacitación de recursos humanos es un instrumento presente también en los dos dispositivos. Esta capacitación se dirige a personal profesional y no profesional a fin de dar cumplimiento al Programa (Art. 5 Ley 14738), así como a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia (Art. 2 Ley 14738; Art. 5 Ley 25673).

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos, la Ley Provincial 14738 dispone la creación de espacios dedicados al asesoramiento y consejería, que funcionarán en centro de atención primaria de la salud y hospitales de la Provincia de Buenos Aires.

Los compromisos y acuerdos de gestión remiten a las relaciones entre niveles de gobierno, presente en dispositivos que buscan incidir en los procesos de toma de decisiones de los estados provinciales y municipios (Chiara 2017). En este sentido, la Ley Nacional 25673 moviliza un instrumento, la suscripción de convenios con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a fin de que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones.

En relación al acceso a la información, el PBA SSR postula la universalización de la información de forma tal que llegue a toda la población y en especial a “jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados” (Art. 5 inciso f, Ley 14738 [13066]). En este sentido, la Ley establece la coordinación de acciones con las autoridades educativas de la Provincia de Buenos Aires en relación a educandos según nivel de educación.

Otro instrumento presente en ambos dispositivos de la política es la generación y difusión de información sobre desempeño de los programas y de indicadores de salud.

7.2. Políticas de salud en adolescencia

La Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia⁴³, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, es el órgano de formulación y aplicación de las políticas de salud del Estado nacional dirigidas a niñas, niños, adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Tiene entre sus objetivos reducir las probabilidades de enfermar o morir (morbi-mortalidad) de la población de niñas, niños, adolescentes y mujeres embarazadas.

La Dirección está comprendida por 7 áreas y 5 programas, entre los cuales uno es el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA).

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia⁴⁴ (PNSIA), fue creado en el año 2007, con el objetivo general de promover la salud integral de los adolescentes, contemplando estrategias que fortalecen la calidad de los servicios de salud disponibles para esta población. Tiene como propósito promover y difundir el derecho de adolescentes al acceso al sistema de salud, en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y respetando la confidencialidad. Sus objetivos programáticos son: 1. Lograr la cobertura universal de salud de los adolescentes; 2. Promover la salud integral; 3. Mejorar las condiciones de salud de la población adolescente. Entre los objetivos específicos, el PNSIA se propone disminuir el embarazo no planificado que ocurre durante la adolescencia.

El PNSIA enmarca sus acciones en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), incorporada a la Constitución en 1994; la Ley Nacional n° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Ley Nacional n° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley Nacional 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado; el Nuevo Código Civil y Comercial; Ley n° 26.150 de Educación Sexual Integral; Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

En la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud cuenta con un PROGRAMA DE ADOLESCENCIA, dependiente de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia.

⁴³ <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia>

⁴⁴ <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludintegralenadolescencia>

Parte del mismo propósito que el PNSIA, “asegurar el acceso sin barreras al sistema de salud”. Postula como objetivo general promover el acceso a la salud integral de los y las adolescentes, y una serie de objetivos específicos destinados a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención de la morbilidad por gestación en adolescencia (y vinculado a esto, “prevenir embarazos no planificados”) y atención de la salud integral de los/as adolescentes.

7.2.1. La atención de la salud en la adolescencia desde sus instrumentos.

Tanto el PNSIA como el Programa Provincial estipulan una focalización por grupo de edad, estando destinados al grupo de personas cuya edad está comprendida entre los 10 y 19 años, período definido como adolescencia, siguiendo el criterio establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Respecto a este segmento poblacional, ambos dispositivos establecen la necesidad de desarrollar estrategias de abordaje particulares diferentes de aquellas destinadas a otras poblaciones.

Estas estrategias de abordaje tienen por objetivo garantizar su acceso en forma autónoma y sin barreras al sistema de salud (Programa Provincial de Adolescencia); que aseguren la integralidad de la atención de salud, el trabajo interdisciplinario y la participación activa de adolescentes. A nivel de la red de servicios se promueve el desarrollo de un sistema jerarquizado que asegure el acceso a los diferentes niveles de complejidad (PNSIA).

La capacitación específica de recursos humanos existentes y, la asistencia técnica en el desarrollo de espacios de atención diferenciados en establecimientos de salud, son instrumentos propuestos en ambos dispositivos, con el objeto de garantizar y promover el acceso a la salud de este segmento poblacional.

En relación al primero de estos instrumentos se proponen actualizaciones teóricas a equipos de salud y capacitaciones en servicio – pasantías, a través de la celebración de convenios con hospitales que cuentan con servicio de adolescencia, que funcionarán como tutores, a fin de brindar asesoramiento a otros servicios en la identificación de problemas en las prácticas y de gestión.

La asistencia técnica en el desarrollo de espacios de atención de salud diferenciados es un instrumento destinado a fortalecer los espacios de atención adolescente en los

establecimientos de salud (Programa Provincial de Adolescencia), y adaptar los servicios de salud para adolescentes a través de distintas modalidades de organización de la oferta de salud: centros amigables de salud, servicio diferenciado, consultorio diferenciado (PNSIA).

Otros dos instrumentos son las guías de práctica clínica y la historia clínica unificada propuesto por el PNSIA y Programa Provincial de Adolescencia, respectivamente. En este sentido el PNSIA propone el desarrollo de contenidos como guías de atención, protocolos de abordaje en situaciones específicas, recomendaciones a equipos de salud, tendiente a modelar las prácticas de los servicios y equipos de salud en el abordaje de los y las adolescentes⁴⁵. Por su parte, el Programa Provincial de Adolescencia plantea como una de sus líneas de acción el desarrollo e implementación del uso del Sistema Informático Adolescente y de la historia clínica digital.

Ambos dispositivos de la política de salud proponen instrumentos tendientes a ordenar las relaciones entre actores estatales y las distintas instancias de regulación del sistema de salud. Uno de ellos, compartido por los dos, remite a compromisos y acuerdos de gestión. En esta línea, el Programa Provincial de Adolescencia se proclama como eje ordenador de políticas y acciones sanitarias, destinadas a la población adolescente, articulando con otros programas, direcciones y organismos que trabajen en temas específicos que atraviesen a éste grupo etario.

En tanto que el PNSIA busca fortalecer la red nacional de referentes de adolescencia y desarrollar trabajo intersectorial.

En relación al trabajo intersectorial, el PNSIA propone asesorías en salud integral en las escuelas secundarias, entendidas como estrategias para mejorar la accesibilidad de los y las adolescentes al sistema de salud, así como asegurar sus trayectorias educativas, generando un nexo intersectorial concreto entre salud y educación, que responda a las

⁴⁵ Tal es el caso de la guía denominada “Lineamientos sobre derechos y acceso de los y las adolescentes al sistema de salud” a través de la cual se pretende brindar asesoría a los equipos de salud para incorporar, en su práctica cotidiana, los diversos marcos normativos (Convención de Derechos del Niño y Niña, Ley 26061 de Protección Integral de Derechos de Niño, Niña y Adolescente, entre otros). También el documento “Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina” (2016) (Programa Nacional de salud Integral en la Adolescencia - PNSIA) que reúne la información disponible sobre la situación de salud/enfermedad de la población adolescente de la Argentina. Y la “Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad” que brinda asesoría respecto al modelo de servicio amigable y de calidad para los/as adolescentes con el objetivo de colaborar en mejorar el acceso de esta población a servicios de salud de calidad. .

necesidades de los y las adolescentes. Surge como una propuesta conjunta entre las áreas sectoriales salud y educación, enmarcada en el concepto de corresponsabilidad. Su objetivo es favorecer las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud y a la educación de los y las adolescentes, a través de la oferta de un dispositivo de salud específico en la escuela, mediante el trabajo en conjunto con efectores de salud.

Otros instrumentos son campañas en medios masivos de comunicación (Programa Provincial de Adolescencia) y la generación y difusión de información sobre indicadores de salud (PNSIA).

7.2.2. Las nociones de adolescencia, adolescente y embarazo en los dispositivos de la política de salud en adolescencia.

La *adolescencia* es definida como “fase específica del curso de vida”; “momento único de la vida”; “periodo más importante para consolidar y garantizar la salud adulta”.

Es caracterizada por: estar comprendida entre los 10 y 19 años de edad; el acontecimiento de cambios físicos, cognoscitivos y sociales a lo largo de ese período; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adulto; y la adquisición de hábitos nocivos y conductas de riesgo, consideradas específicas de la etapa.

A partir de estos atributos y sobre la base de ellos, en ambos programas se plantea la adolescencia requiere una atención especial, distinta, de la que se debería prestar a niños y adultos, así como el despliegue de estrategias de abordaje particulares de aquellas destinadas a otras poblaciones.

Los dispositivos diferencian adolescencia de juventud. Aplican la noción de juventud a aquellas personas comprendidas entre los 15 años y 24 años de edad. Y refieren que la noción de juventud “no se define por procesos biológicos sino principalmente por procesos psicosociales”.

Cabe destacar esta distinción o más bien la forma en que se construye la distinción entre adolescencia y juventud a partir de la cual, la adolescencia se asienta sobre un sustrato biológico a diferencia de la juventud signada por procesos psicosociales.

Sin embargo mientras la adolescencia es definida como etapa de la vida en singular, universal, los adolescentes son definidos en plural como seres únicos, marcados por el

contexto histórico y el medio sociocultural en que están insertos, por su pertenencia de clase, etnia y género.

Ambos dispositivos destacan la noción de “autonomía progresiva”, la cual remite a uno de los principios rectores que estableció la Convención de los Derechos del Niño (CDN). En uno de los documentos que sustentan el PNSIA se establece que el principio de la autonomía progresiva *“es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento”*. Se explica que esta capacidad *“se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta, (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales”*. En esta línea el documento destaca que *“El ejercicio de la autonomía es progresivo e individual y no puede ser limitado arbitrariamente por la ley. Por ello no se deben aplicar límites etarios fijos para el ejercicio de derechos o el acceso a beneficios, ya que ello no se ajusta a la realidad de todos/as los/as niños, niñas y adolescentes y por tanto resulta arbitrario. Se debe entender entonces que, las edades fijadas en las normas son indicativas y que pueden/deben realizarse excepciones cuando las características del caso concreto lo requieran”*.

El reconocimiento de este principio se enmarca en la sustitución del paradigma tutelar⁴⁶ para el abordaje de niños, niñas y adolescentes, por el paradigma de la protección de derechos. El paradigma tutelar caracterizó a niños, niñas y adolescentes como inferiores respecto a las personas adultas, siendo incapaces de hacerse cargo de sus propios asuntos, razón por la cual se ordenaba a las personas capaces (sean progenitores o el Estado) que tomaran decisiones en su nombre. Desde el nuevo modelo se impone el reconocimiento de niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos así como deberes especiales a progenitores, Estado, comunidad para garantizar los derechos de esta población. A partir de este nuevo marco normativo, *“La aplicación del principio de autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes obliga a partir de la base de que todas las personas son capaces y pueden ejercer sus derechos de forma directa, pero algunas requieren un acompañamiento (asistencia) adecuado a su capacidad de discernimiento individual”*.

⁴⁶ Se representa en la Ley n° 10903 de Patronato de Menores.

Sobre la base de esta modificación, en uno de los manuales operativos que acompañan el PNSIA, se plantea que el cambio de paradigma sobre niños, niñas y adolescentes (NNyA) implica un cambio en el abordaje de todas las interacciones con esta población. Se exige una mirada que otorgue centralidad a la voluntad, a los planes y proyectos de vida de NNyA, que se irán formando de acuerdo con la evolución de su capacidad para discernir. Y se establece que el rol que tienen quienes rodean a NNyA es de acompañamiento y guía para consolidar sus capacidades individuales y para llevar adelante las decisiones que tomen sobre sus propios asuntos con la información adecuada.

7.3. Política en relación a embarazo en la adolescencia

Finalmente queremos referirnos al PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA (en adelante Plan Nacional). El Plan Nacional, se implementó en Argentina en el año 2017, con el propósito de disminuir la incidencia del denominado *embarazo no intencional*, también nombrado como *embarazo no buscado*. Desde este Plan Nacional se incluye en la dimensión de “no intencional” a “un espectro de situaciones que van desde embarazos productos de abuso a los que son resultado de uso inadecuado o falla de método anticonceptivo”.

El Plan Nacional plantea 4 objetivos generales⁴⁷: 1. Sensibilizar a la población en general y adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el ENIA; 2. Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones; 3. Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; 4. Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso al ILE según el marco normativo vigente.

Se funda sobre 3 ejes conceptuales: un enfoque de derechos, un énfasis en las transiciones que atraviesan los adolescentes y, una perspectiva de género. A continuación exponemos brevemente los contenidos enunciados respecto a cada uno de aquellos ejes, los cuales entendemos que contribuyen a comprender la idea de riesgo del embarazo adolescente (en ocasiones denominado “temprano”, “no planificado”) vigente en los dispositivos de la política de salud.

⁴⁷ Para consultar objetivos específicos, líneas de acción y áreas responsables e intervinientes se puede consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf

1. Respecto a la perspectiva de derechos, en el Plan Nacional se afirma que el objetivo de las políticas públicas⁴⁸ debe garantizar que los adolescentes puedan gozar y ejercer plenamente los derechos, que les reconocen las normas y principios de derechos humanos nacionales e internacionales.

2. En relación al enfoque de las transiciones a la vida adulta, se plantea que en la etapa de adolescencia se comienza a decidir sobre eventos clave que tendrán un peso crucial en las trayectorias futuras. Los eventos mencionados son: la finalización de la educación media, el inicio de la vida laboral, la salida del hogar de origen, la formación de un hogar propio y el comienzo de la vida sexual y reproductiva.

Desde el Plan Nacional se afirma que la temporalidad, secuencia y calidad de los eventos en el pasaje a la vida adulta, determinarán las trayectorias futuras de los adolescentes; de modo tal que cuando se adelantan a la media de su cohorte en el pasaje por estos eventos, se establece mayor probabilidad de que experimenten situaciones de exclusión social. Por ejemplo, se postula que la procreación a edades tempranas, antes de finalizar la escolaridad obligatoria y sin estar inserto en el mercado de trabajo, determina las posibilidades de integración en los circuitos económicos, sociales y culturales; expone a los adolescentes a situaciones de cuidado cuando todavía no se han consolidado las trayectorias educativa y laboral, lo cual se considera que los aleja de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía.

3. A partir del enfoque de género, el Plan Nacional plantea la incorporación de los principios rectores de autonomía y empoderamiento, de forma transversal en los distintos objetivos y líneas de acción, y a su vez reconoce la centralidad del punto de vista de género en la provisión de educación sexual integral y consejería, tanto a las mujeres como a los varones adolescentes.

Desde el Plan Nacional la *adolescencia* es definida como etapa de la vida de las personas, a la que se atribuye las cualidades de ser clave, crítica y prioritaria para el futuro del país. En tanto etapa de la vida es descrita a través de las siguientes propiedades:

- duración temporal: comprendida entre los 10 y 19 años de edad;

⁴⁸ Sobre la base de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), y su ratificación por la Argentina en 1990, a partir de la cual los niños, niñas y adolescentes son considerados sujetos plenos de derechos; lo cual establece un punto de quiebre con el Paradigma tutelar vigente hasta ese momento, en el que los adolescentes en situación de riesgo eran considerados “menores” y objeto de tutela de parte del Estado, ya sea en pos de su control y represión o asistencia y beneficencia.

- carácter transicional desde la niñez a la adultez, en la que se da un doble proceso de cristalización de las capacidades acumuladas desde la primera infancia y, en paralelo, de inicio de la transición a la vida adulta;
- acontecimiento de transformaciones biofísicas, sociales y psicológicas, en donde las personas consolidan su subjetividad.
- requerimiento de atención especial.

Asimismo, en relación al *embarazo en la adolescencia*, el Plan Nacional define que es aquel que acontece en adolescentes menores de 19 años, y postula una serie de causas o determinantes y consecuencias o impactos para la vida de las mujeres adolescentes.

Respecto a los determinantes, establece que el embarazo en la adolescencia es producto de factores que interactúan entre sí, los cuales son distribuidos en dos categorías de factores determinantes. Por un lado, una serie de determinantes “estructurales” que ofrecen oportunidades diferenciales a los adolescentes, entre los cuales se mencionan: el nivel y la distribución del ingreso, considerando que la pobreza y la desigualdad están asociadas con una mayor incidencia del embarazo en la adolescencia; el clima educativo, al entender que la educación es una herramienta de empoderamiento de los adolescentes que contribuye a que puedan tomar decisiones informadas; el capital social (las redes de vínculos sociales combinadas con las normas, valores y entendimientos compartidos); las desigualdades étnicas y de género, al configurar escenarios de mayor vulnerabilidad en los que el embarazo en la adolescencia sería más frecuente.

Por otro lado, se definen determinantes sociales o “de proximidad”, relacionados con las circunstancias de la vida cotidiana de los adolescentes; en este sentido se postula que un vínculo sólido con la escuela y el ambiente escolar afecta positivamente las trayectorias de los jóvenes y es protector respecto de la incidencia del embarazo no intencional.

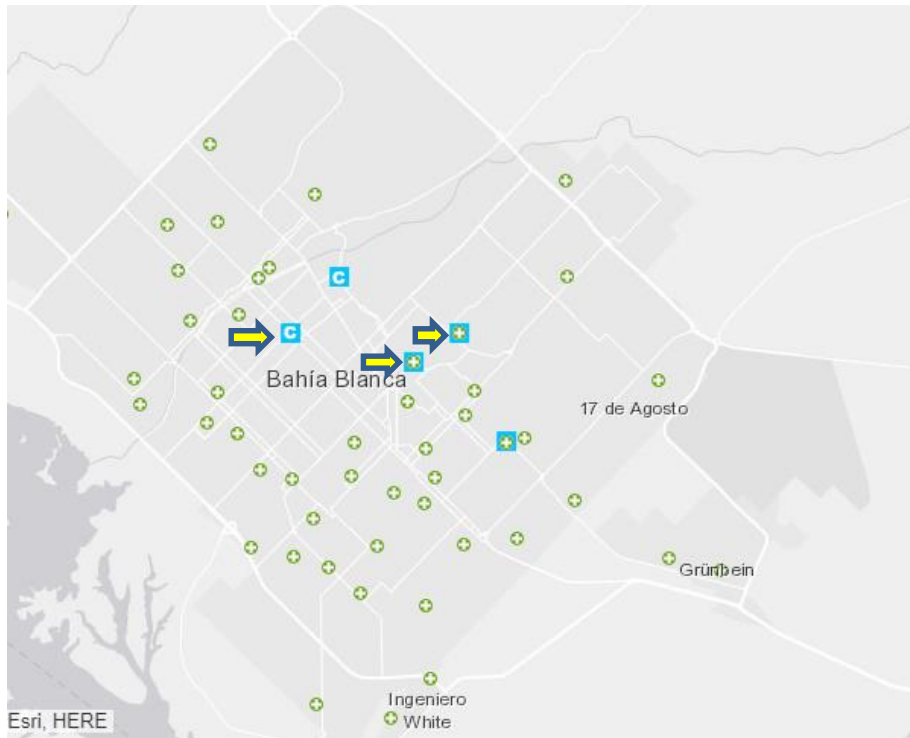
Atendiendo a las consecuencias, según el Plan Nacional, el *embarazo en adolescentes menores de 19 años* es descrito como un evento relevante en la medida en que constituye “*un riesgo para la salud de madres adolescentes y un hecho que compromete sus trayectorias de vida y posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo*”. Desde este Plan se afirma que el embarazo en la adolescencia impacta sobre hitos de transición, como la inserción laboral y la terminalidad educativa, reforzando inserciones precarias en el mercado de trabajo y tendencia a la interrupción de la trayectoria escolar, respectivamente.

Además, se afirma que para las mujeres en contextos socioeconómicos vulnerables – donde a la vez el embarazo se presenta con más frecuencia–, la maternidad a edades tempranas también parece actuar como refuerzo de roles tradicionales de género, prolongando situaciones de subalternidad y domesticidad que restringen sus derechos en el espacio público.

Antes de referirnos a la discusión de la mirada del embarazo en la adolescencia y de la subjetividad adolescente, a partir de los enunciados formulados en las políticas de salud seleccionadas, es oportuno y relevante conocer cuáles son los efectores de salud en Bahía Blanca, que brindan consejerías en SSyR y consultorios de adolescencia. En este sentido, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Programa SSyR) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires realizó un mapeo de consejerías y consultorios en servicios de salud, dentro del territorio de la Provincia; el cual permite disponer de un diagnóstico de situación sobre cantidad y perfil de consejerías que se ofrecen en el sistema de salud de PBA⁴⁹.

A partir de ese relevamiento, contamos con información acerca de los servicios de salud que, en Bahía Blanca, entregan anticonceptivos de manera gratuita, brindan consejería en SSyR y cuentan con consultorios de adolescencia. Tal como se muestra en el mapa a continuación, los círculos en color verde remiten a las unidades sanitarias que realizan entrega de anticonceptivos gratuitos; los cinco cuadrados en color celeste refieren a los servicios de salud que brindan consejerías en salud sexual y reproductiva (SSyR). Las tres flechas rellenas en color amarillo señalan aquellos servicios de salud que además de brindar consejería en SSyR, cuentan con Consultorio de Adolescencia.

⁴⁹<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/01/SSR-PBA-Consejer%C3%ADas-en-SSR-October-2018.pdf>



Mapa de instituciones que brindan anticonceptivos gratuitos y consejerías en salud sexual y reproductiva y consultorio en adolescencia en Bahía Blanca. (Elaboración propia en base a datos del Programa de SSyR – PBA).

Los servicios de salud que brindan consejería en SSyR y cuentan con consultorio de adolescencia se localizan en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (flecha izquierda), la Unidad Sanitaria del Barrio Bella Vista (flecha del centro) y, Unidad Sanitaria del Barrio Miramar (flecha derecha); el primero que funciona de 8 a 18 horas, en tanto los otros dos están abierto de 8 a 14 horas.

Este relevamiento muestra que, pese a la vigencia de leyes y programas, la creación de servicios de salud accesibles a la población que brinden atención integral en la adolescencia y específica en salud sexual y reproductiva, accesible a las poblaciones, no resulta una práctica extendida en la ciudad.

7.4. Discusión

Uno de los interrogantes generales de esta tesis es ¿Qué representaciones sobre adolescencia sustentan el abordaje del embarazo en la adolescencia en las políticas de salud? Desde nuestra mirada entendemos la adolescencia como categoría socialmente

construida, resultado de procesos de delimitación y clasificación con respecto a otros grupos etarios (Colángelo, 2019).

Siguiendo a Shore entendemos que las políticas públicas son herramientas de intervención y acción social que regulan a las sociedades y construyen categorías de subjetividad. En esta línea nos indagamos cómo se caracteriza al embarazo en la adolescencia y que tipo de subjetividad adolescente se construye; que enunciados se formulan alrededor de la adolescencia.

Teniendo en cuenta una visión del conjunto de dispositivos de la política de salud la adolescencia es definida como una etapa de la vida que tiene una duración temporal fijada entre los 10 y 19 años (de acuerdo a la OMS) o entre los 13 y 18 años (de acuerdo al Código Civil y Comercial); e identificamos las siguientes forma de representarla:

- Como etapa de *cambios*: físicos, psicológicos y sociales;
- Como etapa de *desarrollo*, de la capacidad evolutiva de discernimiento;
- Como etapa *vulnerable*, signada por la adopción de conductas de riesgo

Esta forma de recortar y definir la adolescencia como etapa de la vida sitúa a quienes son incluidos en esa categoría bajo un estatus social de inmadurez y dependencia respecto a otros adultos, lo cual denota la idea de *moratoria social*.

Si bien se relaciona el desarrollo de la autonomía con las características contextuales y sociales en las que acontece la adolescencia, las tres formas de representarla refieren a la misma como etapa de la vida, universal, en tanto los atributos que la describen (cambios, desarrollo de autonomía, vulnerabilidad) se asientan sobre la base de procesos biológicos. Tales procesos le imprimen un carácter general, siendo transitada por todas las personas, en la medida en que se corresponde con la naturaleza biológica de todos los individuos. La adolescencia como etapa de la vida, reviste un carácter universal en tanto su definición se sustenta sobre la base del acontecimiento de cambios y procesos biológicos (lo natural es universal).

En esta visión desarrollista, los adultos son constituidos como objetivo de referencia de esta, lo cual se sustenta en la caracterización de la adolescencia como etapa para la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos”. Identificamos en ella, un carácter adultocéntrico, que se evidencia también en su consideración como “periodo para consolidar y garantizar la salud adulta”.

Respecto a embarazo en adolescencia, en los dispositivos de la política de salud, al hacer referencia al fenómeno en cuestión, se remite a los calificativos: “temprano”, “precoz”, “no intencional”, “no planificado” y “de riesgo”.

En relación a la noción de *riesgo*, las propuestas de Mary Douglas (1996) y David Le Breton (2008) son claves para problematizar los enunciados “riesgo de embarazo temprano”, “conductas de riesgo”, vigentes en los dispositivos seleccionados.

A través de las políticas de salud centradas en adolescencia indagamos las creencias y visiones sobre las cuales se edifica la idea de *riesgo* con que se vincula al embarazo en la adolescencia.

Considerando los contenidos del enfoque de las transiciones a la vida adulta, el cual resulta una de las bases que fundamentan el plan de reducción del embarazo en la adolescencia, reconocemos que el transcurso de la vida es concebido en términos de una línea evolutiva, en la que la adolescencia refiere a un momento de transición entre la niñez y adultez, de incompletud y espera. De acuerdo a esa visión se puede identificar que el embarazo en la adolescencia rompería con una secuencia de eventos que estructuran la transición hacia la vida adulta. En ese marco podemos interpretar los significados atribuidos a calificativos como “temprano” y de “riesgo”.

Coincidiendo con Noceti (2008), diremos que el enunciado “*de riesgo*”, para referir a embarazo en la adolescencia, en los dispositivos analizados, funciona como adjetivo calificativo de ciertas prácticas y acontecimientos definidos, en un tiempo y espacio determinado, que ponen en peligro el orden social establecido en una sociedad.

Asimismo las conductas de riesgo no refieren a un dato obvio de la realidad sino que la connotación de ciertas conductas como “de riesgo” remite a un proceso de elaboración social en virtud del cual se catalogan ciertas prácticas como peligrosas en detrimento de otras.

Por su parte David Le Breton propone una aproximación antropológica de las conductas de riesgo, positiva, entendiendo dichas conductas como una búsqueda de identidad, para quienes no se encuentran incluidos; una forma de ubicarse en este mundo contemporáneo, ahogado por la profusión de sentido, y en el que el margen de autonomía individual se incrementa pero implica miedo o sentimiento del vacío. En este mundo, según Le Breton, las conductas de riesgo representan una forma de resistencia al sufrimiento, una búsqueda de retomar el control, de volver a ser actor.

Entendemos las políticas de salud sexual y reproductiva y salud en adolescencia como estrategia bio-política, que se ejerce sobre la población y promueve procesos normalizadores a través de los cuales el cuerpo, la sexualidad, la reproducción, se transforman en objeto de intervención política. Desde esta mirada, el enfoque preventivo privilegiado en las políticas de salud para el abordaje del embarazo en la adolescencia da cuenta de las facetas de control y regulación sobre los cuerpos (Foucault, 2002; Lavigne, 2016).

Finalmente, recuperaremos la mirada de las políticas de salud acerca de adolescencia y embarazo en el capítulo que sigue a continuación, poniendo en diálogo la mirada médica y la de las políticas de salud, a fin de explorar concordancias y discordancias entre las mismas.

CAPÍTULO 8.

EL DISCURSO MEDICO EN RELACION CON EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

En este capítulo brindamos una caracterización de las representaciones sociales acerca de adolescencia y embarazo en la adolescencia, desde la mirada médica.

Partimos de considerar la adolescencia en términos de categoría socialmente construida (Bourdieu, 1983; Feixa, 1996; Adaszko 2005; Colángelo 2019). Es decir, resultado de procesos de clasificación y reconocimiento de ciertas características como propias de una etapa de la vida y, simultáneamente del establecimiento de distinciones respecto a otras etapas, operado sobre el transcurso de la vida. De forma tal que no solo se establecen divisiones entre tramos o momentos de la vida sino que también se instituyen grupos sociales –etarios- (Colángelo, 2019). Alrededor de cada una de las edades sociales definidas, se construye un sistema de prácticas y representaciones, en el marco de relaciones de poder, que incluyen roles, expectativas, experiencias, actividades, adecuadas así como instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar las desviaciones a las mismas (Adaszko, 2005).

Desde esta mirada, indagamos los modos en que la adolescencia es delimitada y caracterizada; y los significados atribuidos al fenómeno del embarazo en la adolescencia. El corpus de datos a partir de los cuales son construidas se obtuvo a partir de fuentes primarias de información, a través de las técnicas de observación sistemática con distintos grados de participación y, entrevista en sus modalidades abierta y semi-estructurada (Capítulo 5).

Las entrevistas fueron realizadas a profesionales médicas de pediatría y ginecología infanto-juvenil; quienes se desempeñan laboralmente en el primer nivel y segundo nivel de atención del subsector estatal del sistema de salud, de la ciudad de Bahía Blanca; asimismo algunas de ellas trabajan también en el subsector privado (Capítulo 5).

El trabajo de campo etnográfico se realizó en las unidades sanitarias y consultorio donde desarrollan su labor, el conjunto de profesionales de la salud, tales como el Centro de Salud Familiar y Comunitaria n° 1 del barrio Villa Nocito y Consultorio de adolescencia en el Hospital Municipal de Bahía Blanca (Capítulo 6). Además, considerando que la definición de la unidad de estudio sigue el principio de contigüidad social (Guber R, 2005), la unidad de estudio excedió los límites estrictos de los centros de salud para abarcar también ciertas escuelas secundarias de la ciudad de Bahía Blanca, en las que los

profesionales de la salud desarrollaron actividades de promoción de salud sexual y reproductiva; entendidos como “*sitios donde es posible observar en acción al mismo actor*” (Guber, R., 2005: 118).

8.1. La construcción médica del Curso vital y Adolescencia.

El curso de la vida es representado en términos de una secuencia de etapas y momentos, los cuales siguen un ordenamiento lineal a lo largo del tiempo. Los “momentos”, ordenados desde el primero al último, mencionados son: *desde la concepción/nacimiento⁵⁰ al mes de vida - desde al mes de vida hasta la etapa prepuber - desde la pubertad hasta la adultez.*

En sus testimonios, establecen una correspondencia entre esa demarcación del curso vital y la división de la medicina en especialidades médicas, encargadas de abordar cada uno de los momentos definidos, a saber: neonatología – pediatría – adolescencia – medicina del adulto, respectivamente.

La segmentación y clasificación del curso de la vida y grupos etarios operada por la medicina, es un ejemplo de la demarcación y clasificación de grupos sociales que, a partir de las etapas de la vida, las disciplinas científicas modernas establecen en su abordaje del fenómeno humano (Colángelo, 2019).

Este procesamiento social del curso de la vida, fija temporalidades, ordena el movimiento de los individuos a lo largo de la misma – neonato, niño, adolescente, adulto, adulto mayor-y lo inscribe en secuencias ordenadas de posiciones, en que cada etapa es abordada, controlada, normalizada por una especialidad médica diferente.

“En la línea del tiempo vos tenes... pediatría; desde que nace hasta el mes de vida es neonatología, que tienen problemáticas particulares, después pediatría hasta más o menos la etapa puber, hasta la etapa pre-puber sería pediatría y a partir de la pubertad hasta la adultez es adolescencia...” (AL – Pediatra Especialista en Adolescencia, Hospital público).

“...tiene que ver con cómo nosotros organizamos las especialidades...en general si vos me preguntas, para mí comienza desde antes de la concepción, ¿no? En el mejor de los casos, desde la planificación, ¿no? de la paternidad. Y después toda la etapa del

⁵⁰ En general, las informantes clave refirieron al nacimiento como hito para marcar el inicio del curso vital, excepto una quien consideró el mismo tiene inicio en el momento de la concepción.

embarazo (...). Después bueno, el nacimiento y la etapa neonatal que es super específica y por eso hay una especialidad, que son los neonatologos y está muy bien que así sea porque el neonato es muy particular, muy vulnerables, tiene un manejo totalmente diferente...parece mentira pero a partir del mes, ya, es del pediatra y cambia un montón el enfoque de todo lo que le pueda pasar...y después bueno la pediatra que incluye adolescencia... Y ya a partir de los 20 años pasa a los médicos clínicos o de adultos, y de ahí transcurre el resto de su vida hasta la vejez, en donde a veces también hay médicos que se especializan en esos pacientes que también son muy particulares y muy complejos, los abuelos. (LI – Pediatra, consultorio privado, ex Hospital Público).

Coincidimos con Colángelo (2019) en que la definición médica de etapas de la vida y grupos etarios, conlleva la construcción de un principio de clasificación que distingue entre cuerpos y enfermedades a lo largo de la trayectoria vital, dando lugar a la definición de un objeto específico de intervención y a la constitución de un grupo de profesionales especializados en su abordaje. En el caso de la *niñez*, aquel proceso dio lugar a la configuración de la pediatría, y a las especialidades de neonatología y adolescencia al interior de la pediatría.

En esta concepción del curso de la vida ¿Qué características presenta la *adolescencia* como etapa de la vida, que la distingue de cualquier otra etapa?

La adolescencia es demarcada como la etapa de la vida, que transcurre entre los 10 a 20 años de edad, considerando el criterio etario propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y abarca el tiempo comprendido entre la pubertad y la adultez.

La adolescencia es definida como etapa “evolutiva”, “difícil”, “fuerte”, “crítica”.

Es caracterizada a partir de una serie de acontecimientos, los cuales se reconocen como propios de esa etapa, tales como: transformaciones físicas del cuerpo, crisis emocional también definida como crisis de identidad, exposición a situaciones de riesgo.

“la pubertad es una etapa realmente crítica para los adolescentes...Sería la primer etapa de la adolescencia, que va desde los 10 hasta los 14 más o menos, como que ellos viven esa transformación del cuerpo y como que a veces ellos no se sienten cómodos, no se sienten conformes con sus cuerpos, cambian, y bueno como que ...les representa una crisis realmente, esa crisis de identidad en donde se cierran y es difícil abordarlos, es como que tienen mucho pudor, tampoco quieren hablar, están mal, se cierran en ellos mismos, en esto de autodefinirse digamos como que se ponen rebeldes y enfrentan y

tienen conflictos con los papas, a veces conflictos en su relación con sus amigos y bueno es una etapa difícil...” (IL – MedPed, ExConAdol, Privado).

“La adolescencia es una etapa muy fuerte, donde pasan un montón de cosas y donde se pone en riesgo la vida y las situaciones todo el tiempo. Empieza a haber los cambios corporales, empieza a aparecer la pubertad... Es un momento en que ponemos en riesgo muchas situaciones ¿porque? Porque buscamos la identidad, y al buscar la identidad nos peleamos con los padres, con docentes, con todo el mundo, y estamos empujando los límites y algunos se pasan y tienen situaciones de riesgo muy importantes”. (MA – GinecIJ)

Los diferentes relatos coinciden con una noción de la adolescencia fundada en el acontecer de cambios biológicos y psicológicos; en la cual se postulan los atributos biológicos como base de los psicológicos. Tales atributos, en conjunto, se asumen como inherentes a esta etapa de la vida, y base de la constitución de un ser e identidad adolescente (Coimbra et al, 2005).

En todos los relatos se hace referencia a la “maduración”, atributo que se propone como la principal característica que define el ser adolescente.

“El cambio físico en el cuerpo es muy importante en esta etapa de la vida, y también hay cambios emocionales, estos altibajos, que hoy sabemos desde el punto de vista neurobiológico, que tienen que ver con la impronta de las modificaciones hormonales, sobre todo en el sistema límbico, es lo que va a producir estas modificaciones que tienen que ver con que me pasa a mí con mi cuerpo, que me pasa con el otro (...)

El cerebro se va desarrollando desde el nacimiento hasta los 20 años. Recién a los 20 años se completa la madurez del sistema neurobiológico, y la persona adquiere la capacidad del juicio crítico (...)”. (SAM – GinecIJ).

“cuanto más grande uno es, más maduro uno está (...) Esto es así por una lógica, ¿sí? El desarrollo del cerebro tarda, termina después de los 18 años”. (MA – GinecIJ).

“(...) en su rebeldía por ahí con el tema de la sexualidad también se complica ¿viste? Porque como que se sienten grandes pero no son, les falta maduración y entonces por

ahí bueno meten un poco la pata. En el sentido de por ahí después no están felices de sus decisiones”. (LI – MedPed, ExConAdol)

“Y, a su vez, de acuerdo a rasgos psicológicos y físicas, no?... de maduración, también se divide en 3 etapas la adolescencia, la adolescencia temprana que coincide con los cambios puberales, la adolescencia media que va entre los 13 y 16 años y la adolescencia tardía que es a partir de los 17 en adelante” (AL – Med.Ped.EspAdoles)

“Inmadurez”, “crisis de identidad”, “exposición a situaciones de riesgo” son atributos de la noción de *adolescencia* definidos desde la mirada médica. Y forman parte del sistema de prácticas y representaciones construidas en torno a la adolescencia en tanto edad social (Adaszko, 2005).

En los diferentes relatos, la noción “falta de maduración” incluye, y se usa para hacer referencia a: la falta de responsabilidad en la toma de decisiones, ausencia de inhibición de respuestas inapropiadas, falta de planificación de la acción, incapacidad de ponerse en el lugar del otro, de discernir entre pautas establecidas por la sociedad entre lo que está bien o mal.

Diferentes autores cuestionan la noción de inmadurez y, destacan el papel que tuvo la psicología, entre los saberes académicos, en la configuración de esta concepción del adolescente desde fines de siglo XIX (Coimbra et.al. 2005; Tubert, 1982; Lapassade G, 1980; Adaszko, 2005).

Según Silvia Tubert (1982) la psicología evolutiva opera una fragmentación de un proceso histórico en etapas, que se describen en forma estática, excluyendo el movimiento y la contradicción. De acuerdo a la autora, este tipo de concepción es producto del pensamiento positivista, vinculado con el desenvolvimiento de las ciencias, a mediados del siglo XIX, centrado en la búsqueda de uniformidades físicas aparentes.

De esta manera, la psicología evolutiva contribuyó en la constitución de una mirada de la adolescencia independientemente de los contextos en que acontece; como si se tratara de una especie de esencia psíquica del ser adolescente, que es inmanente en todos los tiempos y lugares (Coimbra et.al., 2005).

Georges Lapassade (1980, citado en Tubert, 1982) critica las teorías que consideran la infancia y adolescencia como etapas signadas por la inmadurez y provisoriedad en el camino hacia el logro de una madurez aceptable y definitiva. El autor propone que la madurez es una máscara que refuerza la frontera establecida entre la infancia y edad

adulta, mediante el ocultamiento de aspectos (como duda, imprecisión) que podrían ser considerados como inaceptables signos de inmadurez.

Según Ariel Adaszko (2005) diversas instituciones, como el sistema médico, la escuela, el sistema penal contribuyen a la construcción de definiciones dominantes sobre la manera adecuada de ser y actuar, fijadas en estereotipos internalizados que tienden a cristalizar y reproducir las jerarquías sociales, en el marco de relaciones de poder. Contribuyen también a normalizar y reprimir lo que ha sido definido como “desviación”. Siguiendo al autor, consideramos que junto a la noción de “inmadurez” construida desde la medicina (y psicología) se define la emergencia de especialistas tendientes a atender los problemas que acontecen durante esta etapa. Tales especialistas se asumen como responsables de conducir a los y las adolescentes en su tránsito hacia la adultez. Y legitiman científicamente el control y vigilancia de cualquier desviación de la norma sobre la base de los saberes construidos (Adaszko, 2000/2002).

Al respecto, cabe mencionar el siguiente relato de una médica ginecóloga especialista en adolescencia, quien al referirse a la atención de la salud de jóvenes mujeres afirma que:

“...cuando me traen a la chica de 14, y su mamá me dice: ‘decile todo’, ¿para qué digo yo? Si le va a entrar una parte y lo otro no lo va a comprender. Pero no porque sea tonta o no le dé la cabeza sino porque está en una etapa de desarrollo. Los adultos solemos darle una autoridad y jerarquía a los adolescentes, que no la tienen por maduración. Es lo mismo que le pasa a los pediatras con los bebés, y te dicen ‘¡me tomó el pelo! No duerme porque es un caprichoso’. Pobre chico, que sabe si solo tiene 3 meses”.

Destacamos este relato entre otros, pues expresa la manera en que profesionales de la medicina arrojan autoridad sobre los y las jóvenes y el derecho a decidir en nombre de ellos/as la cual se legitima en base a un argumento biológico: el desarrollo madurativo.

Este relato continúa de la siguiente manera:

“... ¿Por qué es importante comprender el desarrollo psicoevolutivo? Porque si soy médico de atención primaria y tengo que trabajar en prevención en sexualidad, tengo que conocer esto y ahí está la base de la doble protección... Uno no puede entrar a discutir vos que quieres, es como el nene chiquito cuando va a poner los dedos en el enchufe. Si el niño va a explorar, la madre va a decir ‘¡no!’ Bueno a la chica de 14 hay que decirle ‘¡doble protección!’” (SM-GinecIJ)

Coincidimos con Adaszko (2000/2002; 2005) en el sentido que la construcción médica de la adolescencia como un grupo con predisposición al riesgo y, del adolescente como inmaduro, conflictivo, acosado por sus temores, y psicológicamente turbado, justifica las

prácticas de control y vigilancia, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los jóvenes. Además invisibiliza la capacidad de agencia de los y las jóvenes.

Desde la mirada médica los cambios psicológicos sintetizados en las nociones de “crisis” y exposición a “situaciones de riesgo”, se fundan en los cambios corporales físicos y hormonales que acontecen durante la pubertad. Estas nociones denotan la idea de *storm and stress* (Hall, 1904), en castellano *turbulencia y tensión*.

Stanley Hall propuso que los aspectos psicológicos (inestables y conflictivos) observados entre jóvenes norteamericanos en su época tenían como base los cambios puberales; y universalizó esas condiciones psico-sociales al establecer un desencadenante biológico. De esta manera, Hall refiere a la adolescencia como periodo tormentoso y postula que el desarrollo se produce de acuerdo a pautas inevitables, inmutables y universales e independientes del ambiente socio cultural (Adaszko, 2005; Tubert, 1986).

A partir de los diferentes relatos identificamos una visión universal de la adolescencia, la cual se sustenta sobre bases biológicas, específicamente el desarrollo neurobiológico del ser humano. Y desde esta concepción se tiende a naturalizar la “crisis de identidad” adolescente, como parte de su normalidad.

Consideramos que esta visión ignora las diferencias de clase, de género, étnicas, que permean los modos de ser adolescente, las cuales fueron documentadas por trabajos antropológicos en diversas sociedades, como los desarrollados por Margaret Mead y Ruth Benedict. A partir del trabajo de campo en los Mares del Sur, Mead propuso que las transformaciones puberales se asocian con cambios en los estatus sociales pero que la naturaleza de los cambios depende de la cultura y sector social en que se encuentran insertos los/las jóvenes. Benedict planteó que en todas las sociedades se generan mecanismos mediante los cuales se moldea la conducta individual, estimulando y reprimiendo ciertos perfiles de personalidad.

Por su parte, David Le Breton sostiene que la noción de “crisis” relacionada con la adolescencia, traduce el contraste entre las aspiraciones del joven y las posibilidades de realización ofrecidas por la sociedad donde vive. Señala que las “conductas de riesgo” son una búsqueda de identidad, se arraigan en un sentimiento confuso de falta en la existencia de los jóvenes, y que la intención es buscar un momento de soberanía y traducir un malestar. Según el autor, las turbulencias provocadas por las conductas de riesgo ilustran una voluntad de deshacerse del sufrimiento. De esta manera, frente a la naturalización de la crisis adolescente, Le Breton nos propone pensar esta noción como

la de conductas de riesgo en el marco de las transformaciones acontecidas a partir de la modernidad, tales como individualismo, desmembramiento de antiguas redes sociales de integración.

Del conjunto de las informantes clave, una médica señala cierta relativización de la definición del lapso temporal de duración de la adolescencia como etapa de la vida, específicamente de la edad de 20 años, establecido por la OMS como límite superior de la adolescencia:

“En realidad depende de la cultura donde este inserto el individuo, ésta puede acortarse muchísimo o ser nula directamente o prolongarse según diferentes culturas. En nuestra cultura está tendiendo a alargarse esa etapa de la vida porque uno consideraría que es un adulto cuando ya es autosuficiente y puede incluso ser independiente de su núcleo familiar desde lo económico, que es lo más difícil actualmente”.

Este planteo reconoce como arbitrario el límite etario, y considera que el lapso de duración de la adolescencia dependerá del contexto cultural en que se desenvuelve la persona.

No obstante, la referencia a “una cultura”, ignora los diferentes grupos que se encuentran insertos en la sociedad así como las diferencias de clase existentes al interior de una sociedad (Colángelo 2003).

Diferentes autores, entre quienes podemos mencionar a Dina Krauskopf (2004) refieren que para el desarrollo de jóvenes que crecen en condiciones de pobreza y exclusión social, aquella prolongación de la vida no se cumple. En este sentido, Krauskopf postula que el tiempo de ser joven varía entre culturas y clases sociales. Frente al concepto de moratoria, fijado a partir de una secuencia de eventos regulada y una imaginaria homogeneidad social cercana a la clase media, la autora propone la noción de la *premura social* en el cumplimiento de responsabilidades adultas y con ausencia de oportunidades, al que se ven enfrentadas muchas personas.

En esta línea, frente a aquel testimonio que refiere a la prolongación de la juventud “en nuestra cultura”, la consideración de la clase social y del género complejiza el escenario, evidenciando trayectorias juveniles heterogéneas, recorridos existenciales flexibles y diversificados así como el enfrentamiento a la premura social por parte de aquellas personas que viven en exclusión (Krauskopf, 2004, Heilborn et al. 2002).

¿Por qué la mirada médica delimita la adolescencia de la niñez? ¿Cuáles son las condiciones que llevan a distinguirla?

De acuerdo al conjunto de relatos, los temas y problemas que afectan a la adolescencia, y que la delimitan como etapa de la vida diferente de las restantes son los siguientes:

- “problemáticas de salud sexual y reproductiva”: incluyendo aquí, “cambios puberales y el impacto que tiene en la salud del chico”, prevención de infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales, “prevención de embarazo no intencional”, “embarazo en la adolescencia”.
- “problemática de la nocturnidad”: en la cual incluyen, “consumo de sustancias y todo el tema de la problemática de adicciones de drogas tanto legales como ilegales”, que son considerados “aparejados” a la nocturnidad y definidos en términos de “riesgo”.
- “la mortalidad en el adolescente”, aquí se incluye a: accidentes de tránsito, considerados como “la primera causa de muerte en la juventud y en la adolescencia” en la ciudad de Bahía Blanca.
- “problema de la autoeliminación o el suicidio”, incluyendo el “intento de suicidio y la depresión ya en etapas de la adolescencia media y tardía sobre todo, esta es una problemática bastante importante en nuestra ciudad”
- “trastornos de la conducta alimentaria”, definidos como una problemática “muy frecuente a esta edad, que van en un abanico desde la caquexia o sea desde la delgadez extrema hasta la obesidad mórbida”.

Cabe aclarar que las categorías de problemas y los contenidos incluidos en cada una de ellas, tal como son expuestas fueron mencionados por el conjunto de informantes clave. Y en base a los mismos, fundamentan la necesidad de un abordaje médico específico de la adolescencia con respecto al “resto de la pediatría o de los clínicos”.

El conjunto de informantes coincide en el carácter común de las problemáticas que acontecen durante esa etapa; siendo definidas en términos de problemáticas “*psicológicas y sociales y no biológicas*”. Y que a partir de ellas la medicina plantea la necesidad de tener una “*atención especial*” de las personas que transitan la adolescencia, diferente de la atención impartida durante otras fases de la vida:

“(…) Y se empieza como a visualizar hace un tiempo no tan atrás, la importancia de que esa etapa tenga una atención especial, porque así como el neonato te diría que el adolescente también es particular, porque desde lo biológico, por ahí no se enferma

mucho, es por eso que quedaba desde la atención médica ahí sin un lugar, los adolescentes son sanos no se enferman no es como los chicos chiquitos, primer infancia, segunda que por ahí se resfrían, se enferman, mocos, esto, lo otro, las enfermedades exantemáticas. Ya los adolescentes no tienen nada de eso y entonces la atención de ellos, involucra otro tipo de cosas (...)". (LI – MedPed.).

Centrada en la constitución de una “medicina del niño”, María Adelaida Colángelo (2008, 2019) analiza el modo particular en que la niñez como categoría social fue construida por (y ha contribuido a construir) la pediatría de comienzos del siglo XX en Argentina. La autora analiza la forma en que la medicina configuró especializaciones profesionales a partir de la definición de sujetos particulares - la ginecología en el siglo XIX, la pediatría entre fines del siglo XIX e inicio del XX y, más tarde, entrado el siglo XX, la geriatría-. Sugiere que el proceso de definición médica de grupos de edad conlleva la construcción de un principio de clasificación que distingue entre cuerpos y enfermedades de adultos y niños, dando lugar a la definición de un objeto específico de intervención y a la constitución de un grupo de profesionales especializados en su abordaje, en simultáneo. En base a su propuesta, consideramos que los atributos que caracterizan a la adolescencia desde la mirada médica, con foco en el desarrollo madurativo, constituyen la base a partir de la cual se recortan a los y las adolescentes como población específica, y dan una forma particular a su cuerpo y padecimientos. Específicamente en el caso de los adolescentes tales padecimientos remiten a problemáticas de salud definidas como “psicológicas y sociales”.

Siguiendo a Colángelo, diremos que esa definición permite, y a la vez resulta de, la especialización y profesionalización de la Adolescencia como Especialidad de la Pediatría, de forma tal que a partir de una relación mutuamente constitutiva se estructuraron una práctica profesional (Especialidad en Adolescencia) y una categoría social (adolescencia).

Es también recurrente y compartida por todas las informantes, la alusión a las características que presenta una consulta con adolescentes: insume mayor cantidad de tiempo, y específicamente requiere de una “*escucha activa, porque cuando el adolescente se da cuenta que no hay interés en la escucha, es difícil de abordarlo, es difícil llegar a la causa del motivo real de la consulta, de la entrevista*”.

De acuerdo a un grupo de informantes, el abordaje específico de la adolescencia se caracteriza por la integralidad, es interdisciplinar e intersectorial. Y la atención médica incluye la generación de servicios o consultorios de adolescencia, al interior y separada de la pediatría.

“Ya en muchos otros lugares hay servicios de pediatría donde además de consultorio hay internación de adolescencia y consultorio específico para adolescencia, en nuestra ciudad todavía no había. El abordaje es totalmente diferente (...) Siempre, cuando te hablo de impacto sobre la salud es viéndolo desde la integralidad no solamente desde la parte física u orgánica sino sobre todo en la parte de salud mental. Por eso vas a ver que los que trabajamos en adolescencia, lo que vas a ver es que trabajamos en equipo y en interdisciplinariedad e incluso en transdisciplinariedad e incluso con instituciones que no tienen nada que ver con tema de salud. Porque el abordaje es también social y cultural”. (AL – MedPed.EspAdoles.).

La noción de *integralidad* referida elimina la distinción entre esfera orgánica, social y psicológica, que tradicionalmente realiza la biomedicina (Adaszko 2000/2002); y se postula en la base del abordaje mencionado como la forma ideal de atención de la salud en la adolescencia.

Ahora bien, ¿Qué características presenta el acceso y la atención de la salud en la adolescencia en los servicios de salud públicos en nuestra ciudad?

8.2. La atención de la salud en la adolescencia en la red estatal de servicios de salud.

Frente a las definiciones de adolescencia como etapa específica del curso vital y a la necesidad de un abordaje particular del grupo de edad, las profesionales médicas refieren la existencia de dificultades para la implementación de tal abordaje en los servicios de salud.

Diferentes informantes coinciden en la dificultad, por parte del sector salud, de brindar una atención “accesible y no expulsiva” y “empática”, de los y las adolescentes que acuden a los servicios de salud (tanto en el primer como en el segundo nivel de atención). Focalizando en los atributos del problema que inciden en la posibilidad de acceso de la población joven a los servicios de salud, los testimonios remiten a la dificultad de adecuar

los turnos, horarios de atención, la oferta de servicios de acuerdo a las características de la población. En este sentido, cabe recordar aquí, que de las 54 unidades sanitarias, solo dos cuentan con Consultorio de Adolescencia, además del Hospital Municipal (programa de SSyR – PBA), con un horario de atención de 8 a 14 horas, lo cual puede ser visto como una barrera administrativa en el acceso a la salud de los y las jóvenes (Burrone et.al 2007).

Un grupo de informantes refiere a la insuficiente infraestructura para responder a las necesidades de atención de la salud de la población, en la etapa de adolescencia. Específicamente, a la insuficiencia y precariedad de espacios físicos, que resulten *“amigables – amables y receptivos- y adecuados”* en hospitales y unidades sanitarias, *“que tengan que ver más con ellos, que no sean grises o banco de cemento”*. *“En las unidades sanitarias tenemos áreas para puérperas, madres, niños, ¿y para adolescentes? No hay espacios que los albergan. Los espacios que hay son de precariedad”*; *“lugares asistenciales más amables y menos expulsivos”*.

Otro grupo plantea la dificultad de brindar una atención accesible a los y las adolescentes *“como sujetos de derecho, que tengan autonomía y participación”*, en el marco de lo cual *“pensar la salud con los adolescentes y no pensar la salud para ellos”*, desde una mirada *“desprejuiciada sobre las problemáticas de los adolescentes”*.

Afirman que en general los profesionales de la salud suelen tener una *“mirada prejuiciosa”* respecto a la adolescencia y las problemáticas vinculadas a ella, la cual resulta ser un atributo que permea las prácticas cotidianas de atención de la salud tanto del primer como del segundo nivel de atención. Esta mirada prejuiciosa se postula como factor condicionante de la posibilidad de acceso a la atención de la salud de los y las adolescentes; específicamente ocasionando la baja concurrencia de los y las adolescentes a los centros de salud.

“Respecto a lo de los prejuicios creo tiene que ver con el rechazo que se genera ya con el solo hecho de recibir la consulta; y esta cuestión trillada que se repite de que ‘están perdidos’, ‘no escuchan’, ‘rompen los huevos’, ‘todo lo que se implementa no lo sostienen’. Nunca hay una problematización acerca de cómo puedo hacer para acercarme, como puedo hacer para que ellos se sientan cómodos en la consulta....”.

(AQ-HospPub).

“Se habla de la falta de recursos, la falta siempre desde afuera, pero nunca de uno y la posición que uno puede tomar respecto a quien va atender”.

Además afirman que los profesionales de la salud en general suelen manifestar un “rechazo de esta etapa”, lo cual dificulta el abordaje apropiado de los y las adolescentes. Los diferentes testimonios explican este rechazo en base al desconocimiento de dicha etapa por parte de muchos profesionales de la salud y, debido a la formación médica (tanto de grado como en residencia), la cual resultaría inapropiada para la comprensión y atención de los problemas que acontecen durante la adolescencia.

“...como que los pediatras no se engancharon mucho con la atención de los adolescentes, es como que había hasta cierto rechazo por esa etapa, ¿viste? Y sinceramente creo que se debe a impotencia o desconocimiento de esa etapa evolutiva pero lo cierto es que a los adolescentes les pasaba que quedaban ahí en el medio y no queda claro si siguen siendo del pediatra o si pasan al médico clínico...”. (LiM-Ped)

*“...en la formación del pediatra no está contemplado...la atención de los adolescentes. Como que los pediatras no teníamos formación en relación a la problemática que pueden tener los adolescentes, que generalmente no es tanto por **enfermedades biológicas**, ¿viste? Sino más bien **cuestiones sociales y psicológicas**. Y tampoco por ahí...si bien se enseñaba sobre los cambios madurativos y la pubertad y todo eso, es como que **se lo veía desde una visión biológica y no tanto desde una de lo emocional o la crisis de ese tipo que acompaña esos cambios, para los cuales generalmente, no estábamos preparados para entenderlos, para acompañarlos.** (IL- Med.Ped.)*

*“Es un grupo muy particular que necesita que los profesionales que los atienden tengan **una formación distinta**, eso es así. No es fácil. Y en realidad a los médicos que dicen que no les gusta trabajar con adolescentes es porque cuando vos desconoces o, no te sentís preparado es mejor escapar y decir que no te gusta ¿viste? la atención del adolescente no es una consulta médica tradicional, **no tiene nada que ver para lo que nos formamos los médicos**”. (LI – Med.Ped.)*

A partir del conjunto de testimonios identificamos dos actitudes, contradictorias, en relación a la atención médica de la adolescencia, las cuales tienen en común las definiciones (“sociales”, “psicológicos”, “emocional”) atribuidas a los problemas que acontecen en la adolescencia.

Por un lado, se considera la adolescencia como una etapa que requiere una atención especial, en virtud del “*carácter social y psicológico*” de las problemáticas de salud que le acontecen.

Por otro lado, es una etapa que genera “rechazo” entre los/as pediatras, el cual es explicado en base a las características que revisten dichas problemáticas, definidas como “sociales y psicológicas, y no tanto biológicas”. Se argumenta que, frente a este tipo de problemáticas, la formación académica en medicina resulta deficitaria ya que en general está centrada en los “aspectos biológicos” del cuerpo, de la salud y enfermedad, lo cual resulta insuficiente para comprenderlas y atenderlas. Eso se postula como desencadenante de una actitud de rechazo y resistencia a brindar atención médica a los y las adolescentes. Recuperamos la propuesta de David Le Breton (1992, 2002) acerca de la representación moderna del cuerpo y de la concepción de la medicina occidental como saber del organismo, atendiendo a la división de aspectos (biológicos, psicológicos, sociales) involucrados en el proceso salud enfermedad vigente en los testimonios.

Le Breton plantea que el cuerpo no es un dato evidente sino el efecto de una elaboración social y cultural; de manera tal que, el saber biomédico del cuerpo en nuestras sociedades occidentales, es una representación del cuerpo, y vale aclarar que una entre otras posibles. Según Le Breton, la medicina moderna se apoya en el saber anátomo-fisiológico del cuerpo, que consagra la autonomía de éste y la indiferencia hacia el sujeto al que encarna, estableciendo una distinción entre el hombre y el cuerpo. De acuerdo al autor, en la evolución gradual de su saber, la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, para considerar solo el mecanismo corporal. La medicina apuesta al cuerpo; no es un saber sobre el hombre sino un saber anatómico y fisiológico.

Su planteo contribuye a explicar aquel centramiento en los “aspectos biológicos” del cuerpo, manifestado por las informantes clave.

Los testimonios refieren a la comunicación deficiente y dificultades de integración entre efectores y, de articulación entre instituciones tanto en el primer nivel de atención como entre los distintos niveles del sistema sanitario. Ello afecta la proclamada integralidad, que implica posibilidad de organización de las respuestas sanitarias, de acuerdo a las necesidades de las personas, familias y comunidad, integradas funcionalmente entre niveles y estructuras del sistema sanitario (Chiara et.al. 2010).

Asimismo, los informantes refieren a la deficiente articulación intersectorial entre sectores y actores que trabajan en adolescencia; haciendo hincapié en el trabajo en conjunto con instituciones educativas, como también a la articulación con las áreas de gobierno municipal de niñez, adolescencia y familia.

Focalizando en la atención de la salud en la adolescencia en el segundo nivel de atención, de acuerdo a los testimonios obtenidos, ésta se organiza, y diferencia, en dos formas: por consultorio e internación.

La atención por consultorio abarca las personas cuya edad se encuentra comprendida entre los 10 a 20 años, siguiendo el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero este rango etario no coincide con el establecido para internación, tal como exponen las informantes, en que se impone el límite de 15 años por debajo o por arriba del cual, corresponde a la internación en los servicios de pediatría o clínica, respectivamente:

“En el tema de la internación es un poco más complicado, porque como las camas están destinadas para pediatría y el resto es clínica, entonces se pone el límite de los 15 años, en todos los hospitales de la republica argentina vas a encontrar ese corte, o sea en lo que es internación hasta 15 en pediatría y, a partir de los 15 es clínica médica. ...”

(AL – Med.ped.EspAdol)

Es decir que, si bien a nivel discursivo, se definen como adolescentes las personas de 10 a 19/20 años, siguiendo el criterio estipulado por la OMS; en la práctica hospitalaria una persona de 16 años o más es atendida en el servicio de clínica médica cuando requiere internación, y definida como adulta.

La demarcación de este límite etario de 15 años se encuentra relacionada al “rechazo” hacia los y las adolescentes mayores de 15 años y, la “resistencia” frente a la atención e internación de personas comprendidas en ese segmento etario⁵¹ por parte de médicos/as, enfermeros/as del área de pediatría y, equipos de salud en general. Rechazo, que como ya ha sido referido, es asociado a la formación en medicina en general y pediatría en particular, centrada en los “aspectos biológicos” de la salud-enfermedad en detrimento de

⁵¹ Nos referimos a la franja que comprende adolescencia, 10 a 19 años, pero que superan el límite de 15 años. De modo que, quienes tienen entre 15 y 19 años, conceptualmente definidos como “adolescentes”, en cuanto a internación son excluidos del servicio de pediatría y enviados al de clínica.

lo “social” y “psicológico”, siendo estos dos últimos los que más se vinculan con las problemáticas de salud en la adolescencia.

Así mismo conlleva una práctica simbólica como la “amenaza” hacia la práctica pediátrica normalizada:

*“(el punto de corte de 15 años) es una problemática, porque a veces cuando se ingresan pacientes más grandes hay como una especie de **resistencia por parte de los médicos e incluso de las enfermeras que tienen que atender estos pacientes porque son más grandes, las problemáticas son en general bastante fuertes...** con algunos pacientes, que son en general los pacientes crónicos de los pediatras que se van haciendo adolescentes, ahí hay mayor contención porque son pacientes que los conocen, que vienen con una problemática que manejan muy bien los pediatras y entonces hay como una mayor contención de esos pacientes. Diferente es cuando vienen con **otro tipo de problemáticas que entonces se ve al adolescente como una amenaza, entonces ahí generan más resistencia o cuando no entienden las problemáticas, esas constituyen barreras importantes en salud que hacen que el tratamiento fracase. Se fue mejorando con el tiempo pero esas resistencias los equipos de salud las tenemos**”.*

Este relato ilustra cómo el rechazo a la atención médica de los y las adolescentes se construye a partir de la visión de sus problemáticas, como “amenaza” frente al manejo médico normal del paciente. Esto obliga al sector salud a diseñar dispositivos de atención diferentes con los que, evidentemente el sistema de salud local actual no cuenta.

“En pediatría, las enfermeras, y los residentes, detestan que vos internes a un paciente mayor de 15 años, y más aun con alguna patología mental...no sabes la resistencia que hay, (Esa resistencia es por) impotencia, inseguridad, desconocimiento, entonces, bueno...’ ¡no! Que lo internen en clínica’ ¿viste? Y en clínica capaz que un adolescente este en la misma habitación con un paciente de 80, agonizando, entonces un paciente que tiene un problema emocional, un paciente psicológico, estar en esa situación es como que empeora, es una gran barrera, dentro de los hospitales, es tremendo...tenes el paciente y tenes que estar pidiendo por favor que te lo acepten en algún lado...a veces pienso que las enfermeras grandes de pediatría no querían nada que les altere el orden...”.(LI – Med.Ped.)

El conjunto de relatos referidos a la organización de la atención coincide con el fenómeno denominado “inversión de la relación de servicio” definido por Marta Crivos (1988). A partir de una investigación antropológica en una institución hospitalaria, Crivos afirma que en un primer momento, el hospital se postula al servicio del enfermo; en tanto que en un segundo momento es el paciente quien se encuentra a disposición del hospital. La autora plantea que esa transformación implica la subordinación del paciente a los mecanismos que pone en marcha el hospital, los cuales responden a necesidades ajenas al fin que propugna la institución, a saber: la recuperación de la salud de la persona.

Siguiendo la propuesta de Marta Crivos (1988), diremos que la internación de un paciente mayor de 15 años, en la sala de clínica médica, tiende a su instrumentación como “objeto fácilmente adecuado al ritmo de actividades” (Crivos, 1988: 136) de la institución.

Asimismo, aquel “rechazo” referido por el conjunto de informantes clave, estructura los vínculos entre los usuarios y agentes de la salud, niega en ocasiones la asistencia por parte de médicos y enfermeros y, define así una *barrera en el acceso a la atención de la salud*. Siguiendo a Landini, Gonzalez Cowes y D’Amore (2014) el concepto de barreras de acceso, remite a “*aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria*” (2014: 232). Así, la accesibilidad quedaría definida como la articulación o ajuste entre las características de la oferta (es decir, del sistema de salud y sus profesionales) y las características y necesidades de la demanda, pudiendo existir barreras que limiten la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud. Ello remite a la noción de “barreras de accesibilidad” (Wallace S, Enriquez-Haas V. 2001; Comes y Stolkiner, 2005).

Suele reconocerse una serie de dimensiones de la accesibilidad, diferenciando accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural⁵².

La noción de “accesibilidad cultural”, remite a los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales y la organización del servicio, por un lado, y los beneficiarios, por el otro. Según Landini et. al (2014), el equipo de Stolkiner complementa la idea de accesibilidad cultural con lo que denominan

⁵² Excede a nuestros propósitos realizar un análisis conceptual de cada una de las dimensiones. Para su conceptualización y discusión se puede recurrir a Landini, Gonzalez Cowes, D’Amore (2014); Comes y Stolkiner (2004), entre otros. En esta tesis hacemos referencia a accesibilidad cultural y administrativa, en tanto dimensiones emergentes a partir de nuestro corpus de datos.

“*accesibilidad simbólica*”. Destacan que los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos también pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta. Para esto acuñan la idea de accesibilidad simbólica, aludiendo al universo simbólico o subjetivo que organiza la vida de los sujetos.

La propuesta de la accesibilidad simbólica muestra que no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a diferencias culturales.

A partir de los datos construidos y considerando esta propuesta teórica, se postula que los marcos de sentido construidos por los profesionales de la salud y en los servicios de salud pueden constituirse como barreras, dificultando la articulación entre usuarios y servicios de salud. La definición de adolescencia construida por la medicina (entre otros saberes académicos) y reproducida por el conjunto de profesionales de la salud contribuye a generar una actitud de rechazo a brindar atención médica a los y las adolescentes, lo cual obstaculiza su ejercicio del derecho a la salud atención de la salud.

8.3. La construcción médica del Embarazo en la adolescencia

De acuerdo a los testimonios obtenidos, el embarazo en la adolescencia es definido como *problema*.

Nos preguntamos ¿Por qué es un “problema”? ¿En qué sentidos lo es?

A partir del conjunto de relatos, agrupamos los significados acerca de la noción de “problema” en dos ejes conceptuales: “riesgo para la mujer adolescente gestante” y “acceso a la atención de la salud”

El embarazo en la adolescencia es definido como problema debido al “riesgo” que las informantes consideran que entraña para la mujer gestante. Dependiendo de la edad de la mujer, se habla de “riesgo biológico” o “riesgo social”. En este sentido las informantes refieren que cuando la mujer es menor a 15 años, el embarazo conlleva “riesgo biológico” para ella. Constituye un problema físico, debido a que aún no ha completado el desarrollo madurativo, lo que sumado al requerimiento energético del embarazo, ocasiona mayor riesgo para su salud.

Cuando la mujer gestante es mayor a 15 años, la noción de problema reviste un significado socioeconómico, que se relaciona a las dificultades para finalizar estudios

escolares, y lograr la inserción laboral. Desde esta posición, el embarazo en la adolescencia se asocia a un “riesgo social”.

“La problemática es sobre todo en la adolescente menor de 15 años en que la maduración física se superpone al embarazo propiamente dicho, entonces ahí tiene gran repercusión sobre la salud integral del individuo. A partir de los 15 ya la problemática del embarazo en la adolescencia, ya cobra otra dimensión, socioeconómica y de posición de la exogamia y tiene que ver más con eso, con la salida del individuo hacia la sociedad, como va a estar, va a estar más vulnerable o no”.

(AL – Med.Ped.EspAdol).

“... un embarazo tiene riesgo biológico cuando una adolescente todavía no completo su desarrollo. No tiene los requerimientos de calcio, bueno, si le sumamos los requerimientos que tiene un embarazo, se ha demostrado que tiene mucha más cantidad de patologías. A diferencia de las de 15 a 19 en que al contrario el riesgo es menor que en las mujeres de cuarenta y pico de años. Pero en todas estas etapas el riesgo social es mayor que en cualquier adulto. Entonces si pensamos en la salud desde todos sus aspectos, una chica de 16 años no va a tener tanto riesgo biológico en su embarazo pero si tenemos que mirar todo el entorno, colegio, que no quede desescolarizada, un montón de aspectos”. (SA – GinecIJ).

“El embarazo a partir de los 15 años desde el aspecto medico exclusivamente, si separáramos la salud física del resto, es igual a cualquier otro embarazo, es igual al de una persona de 25 años, de 30, diferencia biológica no hay. De 15 a 19 la diferencia es la inserción en la sociedad que va a tener ese binomio, como lo va a dejar, en qué posición” (AI-MedPedEspAdol).

Una de las informantes relativiza la noción de riesgo social, considerando el contexto social, económico, familiar en que se desarrolla el embarazo, más que la edad per se:

“Si hay una buena contención por parte de la familia y de la sociedad no tendría que haber ninguna diferencia con respecto al resto de los adolescentes... si está estudiando, bueno una escuela que lo contenga que lo deje seguir estudiar, una familia, ya está, no hay diferencia respecto a cualquier otra edad. Ahora si ya una familia que no lo contiene,

ese adolescente está solo, no puede ir al colegio, tiene que ir a trabajar con su hijito, bueno ese adolescente está en otro nivel, un nivel de vulnerabilidad, de inequidad”. (AL – MedPed.EspAdol).

El embarazo en la adolescencia es un problema que las informantes vinculan con el acceso a la atención de la salud. Este planteo coloca el foco en el sector salud y hace hincapié en las barreras en el acceso al sistema de salud (prestaciones, consejería, educación sexual), que condicionan la posibilidad de lograr la atención médica necesaria.

“los problemas nuestros no son económicos, por falta de recursos, tienen que ver con el acceso y con nosotros que somos los proveedores de servicios... Como lograr que los métodos estén en todos lugares y no solo en los servicios, y que tenga que venir a firmar la adolescente de que se llevó una caja de pastillas, que tenga que venir de 8 a 10 con turno, son todos requisitos a veces que ponemos, que terminamos expulsándola”.
(SAV - ginecóloga infanto juvenil).

“...a veces no se garantiza la confidencialidad o la privacidad... ¿cómo llegamos a los adolescentes? La verdad es que cuando llegamos con mensajes desde adultos ni nos miran, hay que pensar estrategias que a ellos les hagan sentir que es para ellos”
(SM – GinecIJ)

De acuerdo a estos relatos, los requisitos administrativos impuestos desde los servicios de salud, las formas en que se brinda atención de la salud, por ejemplo la falta de garantía de la confidencialidad, de la privacidad, configuran barreras de acceso a la salud de los y las adolescentes.

Atendiendo a los factores que contribuyen a la ocurrencia del embarazo en la etapa de la vida definida como adolescencia, los testimonios aluden a:

- barreras en el acceso a prestaciones de salud y a consejería, las cuales ambas están contempladas en las políticas de salud sexual y reproductiva y, en los marcos normativos que las sustentan;
- la incapacidad de los y las jóvenes de cuidarse durante las relaciones sexuales. Los diferentes relatos vinculan esta incapacidad a la “inmadurez”, “normal”, que sería parte de su desarrollo neurobiológico durante la adolescencia.

8.4. Abordaje de la salud sexual y reproductiva

Durante el trabajo de campo realizamos observaciones sistemáticas (con distintos grados de participación) de diversas actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, realizadas por nuestras informantes clave, destinadas a jóvenes de escuelas secundarias de la ciudad de Bahía Blanca.

A continuación haremos referencia a algunas de esas actividades, describiéndolas a modo de “escenas”. De esta manera, seleccionamos aquellas escenas que ilustran mejor las concepciones acerca de embarazo en la adolescencia, puestas en acto durante esas actividades. Entendemos que estas escenas contribuyen a develar cómo los significados atribuidos al embarazo en la adolescencia están vinculados a la definición médica de adolescencia

Escena etnográfica 1: Adolescencia como sucesión de cambios físicos, psicológicos y sociales.

Una médica pediatra y una ginecóloga infanto juvenil coordinan una “*charla de educación sexual*” -como la denominan ellas-, en una escuela secundaria del centro de la ciudad de Bahía Blanca; específicamente destinada a estudiantes de segundo año.

Para la selección de los contenidos de la charla, días antes de la fecha establecida para realizar la actividad, se les solicitó a los y las estudiantes que formularan preguntas sobre temas que les interesaba conocer en relación a salud sexual y reproductiva.

Las preguntas fueron realizadas de manera anónima y entregadas a sus docentes, quienes posteriormente las cedieron a las médicas, a fin de que por su intermedio pudieran seleccionar aquellos temas de interés para el desarrollo de la actividad.

La presentación de la actividad, ante los y las estudiantes, estuvo a cargo de la médica ginecóloga, quien frente al auditorio dijo que la idea del “*taller*” es responder las preguntas que fueron formulando cada uno/a de los/as estudiantes, con su participación activa. Explica al conjunto de estudiantes que esta participación implica que los/as estudiantes conversaran los temas entre ellos, distribuidos en grupos y, que las médicas moderaran la puesta en común e hicieran la devolución hacia el final, aclarando conceptos trabajados grupalmente.

La médica pediatra divide al conjunto de estudiantes en 5 grupos y a cada uno entrega una actividad diferente. Tales actividades consistían en el análisis de una letra de una canción, una serie de frases para discutir si son verdaderas o falsas, e historia para analizar lo que sucede en ella.

Luego del trabajo por grupos, cada grupo expuso lo que conversó, bajo la guía y moderación de la médica ginecóloga, quien también realizó las aclaraciones o ampliaciones de conceptos o correcciones.

Una de las historias para discutir y analizar dice:

*“...estoy en el colectivo camino a su casa, sus papas se fueron a una cena
#hoy es la gran noche
#usalo siempre”.*

Al momento de realizar la puesta en común de lo conversado por grupo, la pediatra lee el enunciado aunque sin leer los hashtag. Un estudiante le avisa que no terminó de leerlo, y ella hace gesto refiriendo a que no tiene importancia esa omisión.

Frente al enunciado, la ginecóloga preguntó al grupo: *“¿les parece que están preparados para tener su relación sexual?”* (Haciendo referencia a los actores de la historia).

Los estudiantes respondieron que sí, considerando el segundo hashtag, a partir del cual entienden y acuerdan que los protagonistas de la historia pudieron haber conversado acerca del uso del preservativo y recomiendan usarlo siempre.

Frente a esta respuesta afirmativa, la ginecóloga respondió que *“puede que sí o puede que no”*. Y a continuación pregunta y responde: *“¿Cuándo es el momento? para iniciar relaciones sexuales. Cuando estemos seguros ¿Qué tiene que pasar? Cambios físicos, lo que se conoce como polución nocturna. Después vienen los psicológicos y después los sociales”*.

A partir de esta escena etnográfica es posible identificar la noción de adolescencia asumida desde el discurso médico, como un periodo en que los cambios biológicos acontecidos dan origen a modificaciones psicológicas y sociales, que en conjunto conducen a las personas a pasar por un período de desarrollo, entre la niñez y la adultez. En esa interacción adquiere centralidad la noción de preparación para la vida adulta.

Se evidencia como este marco de sentido acerca de “la” adolescencia (en singular, enfocada desde sus aspectos biológicos como base, naturales y universales) se actualiza y permea la discusión respecto a inicio de relaciones sexuales.

La pregunta acerca de “si están preparados para tener una relación sexual” tiene su correlato en aquella lógica desarrollista. Y la respuesta “puede que sí o puede que no” siembra dudas acerca de si están los adolescentes preparados para tener relaciones sexuales, en el contexto de la “inmadurez” que, la mirada médica asume como normal de esta etapa de la vida.

Escena etnográfica 2: Prevención del embarazo en la adolescencia.

Dos médicas desarrollan una actividad de educación sexual con estudiantes de 4to año de una escuela secundaria del centro de la ciudad. Al igual que en la escena anterior, se propone la misma organización y dinámica de trabajo pero se modifican los soportes gráficos a partir de los cuales abordar los temas e inquietudes del conjunto de estudiantes. A uno de los grupos de estudiantes le asignan discutir el tema “*embarazo adolescente*” a partir de una noticia extraída de un periódico argentino.

Al momento de realizar la puesta en común la médica ginecóloga les pregunta: “*¿lo ven como realidad? ¿Lo ven como algo que les puede pasar? ¿Saben cómo prevenirlo?*”

Un estudiante responde: “*hay que cuidarse ambos, excepto se busque un hijo*”.

Frente a lo cual la médica pregunta: “*¿considerando la edad de ustedes?*”, frunciendo el ceño como cuestionando la afirmación del estudiante anterior.

Otro estudiante responde “*la mayoría no lo busca*”.

“*¿De quién es la responsabilidad?*” pregunta la médica.

“*De los dos. Del Estado quien debe asegurarse de dar información y métodos anticonceptivos*” responde un tercer estudiante.

“*Del Estado, que también debe asegurar cuidados para la madre y el hijo, si los adolescentes deciden tener el hijo*” finaliza el primero de los estudiantes.

Al finalizar este intercambio, la médica ginecóloga refiere a la importancia de conocer los métodos anticonceptivos argumentando que son “*herramientas para evitar embarazo, sobre todo en la adolescencia, que es la edad en la que están ustedes*”.

Minutos más tarde, durante la explicación de los diferentes métodos anticonceptivos, al comentar en que consiste el dispositivo intrauterino (DIU), la médica ginecóloga dice:

“*El DIU les va a permitir terminar el secundario, y acceder a estudios terciarios o universitarios y quedarse tranquilos que nada malo les va a pasar*”.

A partir de lo transcurrido en esta escena advertimos que la mirada médica realiza sus intervenciones desde una definición de adolescencia universal, en singular (“la adolescencia”) cuyos atributos, asume que todos comparten, en base a la referencia a la edad del público participante (“edad en la que están ustedes”).

Retomando la propuesta de Ariel Adazsko (2005) en relación a la definición de las edades sociales, diremos que la adolescencia se construye haciendo hincapié en la gradación escolar.

Esta definición de la adolescencia se inscribe en una visión del curso de la vida concebido en términos de una sucesión evolutiva de etapas que el individuo va transitando hasta llegar a la adultez. En el marco de esa concepción la maternidad/paternidad en la adolescencia implica romper con esa secuencia de etapas.

Instituciones como el sistema médico contribuyen a normalizar y reprimir aquello que ha sido definido como “desviación” por quienes establecen las definiciones dominantes sobre la manera adecuada de ser y actuar (Adazsko, 2005), a través de un enfoque preventivo del embarazo, definido como “algo malo que les va a pasar”.

Cabe destacar que no cuestionamos las actividades de educación sexual y la importancia de contar con información acerca de métodos anticonceptivos, lo cual entendemos que forma parte de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

Independientemente de esa consideración, lo que nos interesa de esta escena, es la puesta en acto de una mirada que normaliza la adolescencia (como etapa preparatoria para la vida adulta a través de la educación media y superior), que expresa la necesidad de evitar el embarazo en la edad comprendida en la adolescencia, porque se entiende que rompe con una secuencia de eventos definida por convención. En un esquema como este, todo cambio aparece como una perturbación, que es necesario superar para proseguir el camino preestablecido (Tubert, 1982). De ahí las referencias al embarazo como algo “malo” que hay que “evitar”.

Escena etnográfica 3: El embarazo adolescente ¿es (o no es) un problema?

El Centro de Salud Familiar y Comunitaria n° 1 del barrio Villa Nocito, es uno de los enclaves donde se realizó trabajo de campo etnográfico. Tal como se ha descrito en el Capítulo 6, este Centro de Salud formaba parte de la red estatal de servicios de salud, centrado en atención primaria de la salud, dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio. Allí se llevaban adelante acciones de prevención de problemáticas de salud a nivel comunitario, como parte de sus objetivos y práctica cotidiana

En el marco de tales acciones, los integrantes del equipo de salud formularon el proyecto denominado “*Promoción de salud sexual en la adolescencia. Abordaje interdisciplinario e intersectorial*”. Este proyecto de trabajo tenía por fin abordar el embarazo en la adolescencia y se originó con el propósito de implementarlo en una escuela secundaria adyacente al Centro de Salud, destinado a estudiantes de 15 a 18 años de edad alumnos de tal establecimiento educativo, residentes del barrio.

Como parte de la fundamentación y detección del problema en el proyecto escrito se establece que:

*“El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana. Se produce justamente en este período y es considerado como un **problema biomédico** con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además **implicancias socioculturales y psicológicas** con elevado costo personal, educacional, familiar y social. Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño. Destacando además, que estimativamente el 90% de los embarazos en los adolescentes, no son deseados y tampoco planificados”* (resaltado nuestro).

Este proyecto nace a partir de una solicitud presentada al Centro de Salud por docentes y directivos de la escuela, quienes manifestaron su preocupación en virtud de la existencia de “casos de estudiantes con distintas problemáticas de salud como: embarazo no deseado o no planificado, chicos que consumen distintas drogas (marihuana, cocaína), y alcohol”.

El equipo de salud consideró esta inquietud frente a la cual consensuaron destinar un tiempo de la agenda de trabajo para discutir y planificar una intervención. En el marco de esta discusión se propuso hacer un sondeo de los temas que a los y las estudiantes les interesaría que se abordaran desde su perspectiva. Para tal fin, acordaron colocar un buzón por curso y división, en la escuela, que permaneciera a disposición durante una semana, en el cual los y las estudiantes pudieran depositar allí, en forma escrita y anónima, su/s inquietud/es.

Transcurrida la semana, una vez retirado de la escuela el buzón y llevado al Centro de Salud, se abrió y dio lectura a los interrogantes y problemas descritos. Y posteriormente

el equipo de salud los agrupó y ordenó de mayor a menor frecuencia de menciones, y dio como resultado el siguiente listado: “droga”, “violencia”, “embarazo”, “sida”.

Una vez obtenido este listado, integrantes del equipo de salud optaron por trabajar en relación a los temas embarazo y droga, los cuales fueron definidos por ellos como *“problemas embarazo adolescente, y adicciones”*.

A partir de esta afirmación buscamos indagar el significado de esta definición.

Al interrogar acerca de la definición del embarazo en la adolescencia como *problema*, al interior del equipo de salud, identificamos la existencia de imprecisiones y desacuerdos. Mientras por una parte hubo inmediato acuerdo unánime en definir y aceptar que el embarazo en la adolescencia constituye un problema, por otra parte a la hora de fundamentar esta apreciación, emergieron los desacuerdos, y las dudas.

Hubo quien explicó que un embarazo en la adolescencia *“coartaría las diversas posibilidades de desarrollo personal”*.

Varios lo caracterizaron como problema por el *riesgo biológico* que entraña. Este posicionamiento es compartido por el conjunto de estudiantes de la Carrera de Medicina de la UNS, quienes afirman que *“a nosotros nos enseñaron que un embarazo llevado a cabo en la adolescencia conlleva riesgos como bajo peso al nacer, entre otros”*.

Frente a esto, una médica cuestiono abiertamente esta perspectiva, argumentando que los riesgos obstétricos y neonatales que pudieran existir, no serían inherentes a la edad sino que estarían relacionados al contexto social en el que vive la adolescente.

Finalmente alguien expreso: *“el embarazo adolescente es un problema, pero claro deberíamos definir de que tipo, si desde lo biológico, lo laboral, lo educacional”*. Aunque no se argumenta la razón, se da por sentado que el embarazo en esta etapa de la vida constituye un problema.

De esta manera los integrantes del equipo de salud se manifiestan a favor de uno u otro argumento, incluso la imprecisión, pero respecto a la definición del embarazo en la adolescencia como problema no hay duda en términos generales.

Sin embargo, cabe destacar el siguiente testimonio por parte de una médica:

“con la diversidad de disciplinas que tenemos (haciendo referencia a los diversos profesionales que conforman el equipo de salud) creo que debemos indagar en otros aspectos del ‘embarazo adolescente’; del deseo de tener un hijo nadie habla, quien dice que no puedan tener un hijo (...) Estoy cansada de dar charlas sobre adicciones,

*embarazo adolescente, es mas **no estoy segura que realmente sea, el embarazo adolescente, un problema para los adolescentes.** Las charlas siempre están enfocadas desde la **mirada de los adultos**, hay que ver que les parece a ellos. Hay temas que no se tocan como por ejemplo el deseo de tener un hijo. Seguramente haya problemas pero hay que ver más profundamente”. (Med.Fam.MJ)*

Este testimonio evidencia un posicionamiento que difiere de las anteriores apreciaciones descritas. Refiere al *embarazo adolescente* ya no como un “problema” exclusivamente sino que hace hincapié el “deseo de tener un hijo”.

Además interpela una mirada adultocéntrica que, desde su punto de vista, permea los discursos en torno al tema y las acciones de promoción de la salud, y que relega la mirada de los y las jóvenes acerca de temas de salud que los incumbe.

El cuestionamiento al discurso médico del embarazo adolescente como problema se evidencia también en el siguiente testimonio:

*“Yo creo que como equipo interdisciplinario de salud debiéramos hacer la diferencia y **no reproducir discursos y prácticas hegemónicas**, de lo contrario somos el **escuadrón "anti-embarazo adolescente" que envía la secretaria de salud a las escuelas.** Creo q es tiempo de repensar y resignificar nuestra ideología como equipo porque sino el equipo interdisciplinario de salud se reduce a un concepto marketinero”.*

La categoría “*escuadrón anti-embarazo adolescente*” es utilizada por la médica con un doble sentido. Por un lado, para referir al abordaje del embarazo en la adolescencia, centrado en la prevención del mismo, con enfoque de riesgo y desde una mirada que desestima la percepción de los jóvenes respecto al fenómeno; el cual atribuye a la dirección de la Secretaría de Salud municipal. Y, por otro, aunque de manera complementaria, para diferenciar la estrategia de abordaje que asuma el equipo de salud de Villa Nocito, de los modos de intervención desplegados desde la Secretaría de Salud a nivel central; en torno a las cuales plantea su rechazo y distanciamiento de las mismas, invitando a los demás integrantes del equipo de salud a pensar estrategias alternativas.

En este sentido, desde el equipo de salud se propusieron acciones que hicieran foco en la participación activa de parte de los estudiantes hacia quienes iban dirigidas las mismas.

Luego de dos reuniones de trabajo y discusiones durante y entre medio de ellas, se consensó una estrategia de abordaje, que propiciara la participación activa de los y las

jóvenes y la discusión grupal entre estudiantes y equipo de salud, privilegiando la voz de los y las jóvenes, utilizando como recurso disparador un dibujo. Este dibujo fue aportado por una médica al equipo de salud, en torno al cual no hubo ningún cuestionamiento en contra, de parte de los integrantes del equipo. A través de esta actividad se buscaba conocer las formas en que los jóvenes significan el embarazo en la adolescencia, y poder dar respuesta de manera colectiva a las inquietudes vigentes en relación al tema. La actividad consistiría en dividir al curso en grupos de no más de 4 o 5 personas, y a cada grupo, entregarle una copia de la imagen, y que al costado de la misma escriban lo que la imagen le sugiere. Al final se procedería a la puesta en común y discusión. La imagen elegida para el desarrollo de la actividad fue la siguiente:



Si bien el equipo de salud, a nivel discursivo se cuestiona el modo de intervención hegemónico y, busca diferenciarse del mismo al privilegiar la “voz de los jóvenes” en los espacios de educación sexual, considerar el “deseo” (y no solo el peligro), a partir de los datos observacionales advertimos que, en la práctica se continúa trabajando bajo la óptica de presupuestos que refuerzan los aspectos negativos del embarazo en la adolescencia. Lo cual opera en el sentido inverso al descubrimiento de la diversidad de situaciones acontecidas en torno a la adolescencia y al embarazo en la adolescencia (Adazsko, 2005). A partir de esta tercera escena, identificamos la definición del embarazo en la adolescencia como “*problema*”, por parte de los y las integrantes del equipo de salud, del centro de salud. Frente a la definición casi unánime del embarazo en la adolescencia como problema, pudimos identificar diferencias respecto a los significados asignados a

la categoría “problema”: esto se evidencia en aquella reflexión que refiere “*deberíamos definir de que tipo, si desde lo biológico, lo laboral, lo educacional*”.

Decimos casi unánime puesto que una médica se opuso a su calificación como problema, proponía su discusión privilegiando la perspectiva de los y las jóvenes, e introducía una noción inexistente hasta entonces, tal como el “deseo”; en tanto dimensiones priorizadas al momento de definir la estrategia de abordaje a implementar en las escuelas. Sin embargo la imagen seleccionada, como recurso disparador para trabajar el tema, reproduce el discurso alarmista en el cual el embarazo durante la adolescencia adquiere un carácter siempre negativo (Adaszko, 2005).

A lo largo del trabajo de campo (en diferentes períodos en los años 2009, 2010, 2014, 2015) tuvimos reiteradas oportunidades de observar el diseño y puesta en marcha de diferentes estrategias de intervención en educación sexual por parte de profesionales y equipos de salud en establecimientos educativos; algunas de las cuales hemos referido ya a través de las escenas anteriormente descriptas. A partir de las cuales queremos destacamos los siguientes aspectos.

Por una parte, advertimos que la educación sexual era objeto de disputas en torno al conocimiento y modos de intervención en las escuelas, entre integrantes del sector salud. Si bien el enfoque de prevención era dominante identificamos otro que hacía hincapié en el deseo más que en el riesgo y peligro, asociado a la sexualidad y reproducción. Consideramos entonces que la educación sexual implica conflictos y negociaciones permanentes, que involucran diferentes perspectivas, actores e instituciones, en la configuración de los contenidos y estrategias de abordajes legítimos en un momento y lugar determinados (Lavigne, 2016).

Por otra parte, a partir de los datos observacionales notamos que, en los espacios observados, la educación sexual era abordada desde diferentes perspectivas y estrategias, de forma independiente de la ESI (ley N° 26.150), normativa que regula su incorporación curricular de modo sistemático y obligatorio. En este sentido, diferentes trabajos dan cuenta de ciertos programas, instituciones y abordajes diversos a través de los cuales niñas/os y jóvenes venían siendo educados en sexualidad más allá de la configuración de la ESI (Morgade y Alonso et al., 2008).

Consideramos que en las actividades de educación sexual observadas predomina un enfoque biomédico de la sexualidad, centrado en los problemas o peligros de las prácticas

sexuales y, en la prevención de riesgos de “la” sexualidad adolescente (Baez y Gonzalez del Cerro, 2015); donde se interpreta el comportamiento de los y las adolescentes desde categorías de riesgo, descontrol e inmadurez.

Vemos que la educación sexual se orienta a la transmisión de información a fin de prevenir *riesgos* asociados a las prácticas sexuales de los y las adolescentes, tales como embarazo e infecciones de transmisión sexual. Y prevalece una mirada de la sexualidad “como un peligro del que hay que enseñar a cuidarse” (Fulco, V 2019) y como un hecho natural, biológico y universal.

Coincidimos con Faur (2018) en que si bien este enfoque ha sido y es relevante desde el punto de vista sanitario, no responde a una visión integral de la sexualidad, tal como la que propone la Ley n° 26150 de Educación Sexual Integral⁵³, atendiendo a los ejes conceptuales de: derechos, género, diversidad, cuidado del cuerpo y de la salud y afectividad. La perspectiva de la sexualidad del enfoque biomédico gravita sobre los aspectos biológicos de la sexualidad en desmedro de las emociones de los y las adolescentes, las formas de habitar el cuerpo, las relaciones de género, la construcción de identidades, entre otras dimensiones de la sexualidad

Estas observaciones coinciden con los resultados de una investigación realizada por Valentina Palazzani⁵⁴, en torno a la situación de implementación de la ESI en nueve escuelas secundarias estatales de Bahía Blanca.

En cuanto a la perspectiva desde la cual se aborda la educación sexual, Palazzani encuentra que, pese a que la educación sexual en el nivel secundario está comenzando a ser abordada desde una perspectiva más integral, abarcando ejes y contenidos vinculados a los derechos, a la diversidad sexual, persiste un enfoque biologicista de la educación sexual, restringido a los aspectos biológico y preventivo de la sexualidad concebida como riesgo.

⁵³ En el año 2006, se sanciona la Ley N°26.150 que establece como propósito fundamental la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho de niños, niñas y jóvenes a recibir Educación Sexual Integral (ESI) en todas las instituciones educativas públicas, de gestión estatal y privada del país. La misma comprende todos los niveles educativos, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente.

⁵⁴ El objetivo general del estudio es analizar la situación de la implementación de la Ley de ESI en las escuelas secundarias de gestión estatal de la ciudad de Bahía Blanca. Específicamente se busca identificar y caracterizar las modalidades, alcances, facilitadores y obstaculizadores que prevalecen en la implementación de la Ley de ESI en las escuelas secundarias, así como también describir las formas en que es percibida dicha Ley por los distintos agentes responsables de su implementación.

Además, la autora afirma que, en cuanto a la forma de abordaje de la educación sexual integral en las escuelas de Bahía Blanca, predomina la incorporación de contenidos en las áreas curriculares de manera transversal (49%); aunque también se destaca el abordaje a través de charlas con especialistas (21%) y los talleres (17%). En esta línea, el conjunto de actividades de educación sexual que hemos podido observar, se incluyen en esta segunda forma de abordaje que define Palazzani.

Respecto a la modalidad de implementación del Programa Nacional: el 50% de los/as docentes expresa que se lleva a cabo de manera institucional, como parte de una política o proyecto institucional; en tanto que el 35% manifiesta que se implementa de forma individual, en el marco de propuestas de algunos/as docentes en forma particular.

En suma, los contenidos y lineamientos de la ESI se implementan en la ciudad de Bahía Blanca, aunque aún no de manera extendida.

8.5. Discusión

En todas las sociedades hay un procesamiento social del transcurso de la vida, y una construcción de clasificaciones y grupos etarios elaboradas a partir de sus diferentes momentos. En la sociedad occidental moderna, ese proceso fue concebido en términos de una línea evolutiva, donde las etapas se ordenan secuencialmente y de forma irreversible (Colangelo, 2019).

La mirada médica comparte esta imagen del curso vital como una sucesión irreversible de etapas, que transcurren a lo largo del tiempo. Y en proceso de clasificación de grupos etarios, elaborado por la medicina, opera simultáneamente la definición de un grupo específico de intervención y la constitución de un grupo específico de profesionales especializados en su abordaje: hablamos de la *adolescencia* y la *especialidad en adolescencia*.

Atendiendo a las formas en que se define a la adolescencia por parte del conjunto de médicas entrevistadas, es concebida como etapa de la vida, comprendida entre los 10 y 19 años de edad, e identificamos las siguientes formas de representarla:

- Etapa de transición: intermedia entre la “*niñez*” y la “*adultez*”; los/as adolescentes son representados como seres en tránsito, definidos/as por lo que no son, ni niños ni adultos, sino que “*quedan en el medio*”.
- Etapa de cambios físicos y psicológicos: acontecimiento de transformaciones físicas y hormonales, las cuales conllevan una serie de cambios psicológicos y sociales, entre los cuales adquiere centralidad la noción de “*crisis de identidad*”.

A la noción de crisis de identidad se asocian otras dos cualidades que se asume que definen a los adolescentes: “ser rebeldes” y exponerse a “situaciones de riesgo”. Una y otra se asocian a la construcción y búsqueda de la identidad, la cual se afirma que tiene una base biológica por ser resultado de los cambios antes referidos, donde adquieren primacía los cambios hormonales. Así, de acuerdo con Adaszko, (2005) la medicina, entre otras disciplinas, se contribuyó a naturalizar la denominada “crisis adolescente” como parte de su normalidad.

La visión médica asume que el conjunto de modificaciones biológicas y psicológicas llevan a todas las personas a pasar, de manera obligatoria y semejante, por un período de desarrollo que culmina en la entrada en el mundo adulto. De esta manera, se construye la adolescencia como una etapa universal, en la medida en que corresponde a la naturaleza biológica de las personas; es decir, desencadenada por el desarrollo físico y biológico de la pubertad. Al respecto coincidimos con Mariana Chaves (2005) en su identificación de un discurso naturalista vigente en las representaciones que la autora construye en torno a juventud.

En el marco de este procesamiento del curso de la vida operado desde la medicina, la *adolescencia* es definida como momento de transición y espera y, los *adolescentes* como sujetos inmaduros, incompletos, inestables psicológicamente y vulnerables socialmente (Colángelo, 2019; Adaszko, 200/2002, 2005).

Atributos como “maduración”, “preparación para la vida adulta”, “crisis”, “riesgo”; denotan la idea de moratoria y storm and stress (Hall, 1904 citado en Adaszko 2005), y forman parte de las ideologías represivas al servicio del mantenimiento del orden establecido (Tubert, 1982). En esta línea, coincidimos con Adaszko (2000/2002) en que el riesgo es un atributo organizador del discurso médico acerca de la salud de los adolescentes y de su práctica profesional.

Frente a estas nociones, desde las ciencias sociales se ha pretendido relativizar la categoría adolescencia, desnaturalizar los atributos asignados a ella y, por tanto cuestionar la asignación de características consideradas universales para la especie humana. En esta línea cabe destacar el trabajo pionero de Margaret Mead (1989), quien en base a sus investigaciones en Samoa, plantea que la denominada crisis psicológica de la pubertad no es un hecho natural e inevitable del desarrollo humano sino un producto de la sociedad occidental. Y que la adolescencia es vivida sin grandes crisis y rupturas con los adultos y la sociedad en general.

La propuesta de David Le Breton contribuye a des-naturalizar la denominada “crisis adolescente”, al considerar las características de una estructura social particular. Le Breton (2012) propone que la noción de crisis relacionada con la adolescencia, traduce el contraste entre las aspiraciones de los jóvenes y las posibilidades de realización ofrecidas por la sociedad en la que vive. El autor propone una aproximación positiva respecto a las *conductas de riesgo* y sostiene que representan una forma de resistencia al sufrimiento, una búsqueda de retomar el control, de volver a ser actor, teniendo en cuenta que “*el sufrimiento está río arriba, perpetuado por una conjunción compleja entre una sociedad, una estructura familiar, y una historia de vida*” (Le Breton, 2012).

En relación al *embarazo en la adolescencia* reconocemos en la mirada médica, una valoración negativa siendo definido como un “*problema*”, y se asocia a la idea de “*riesgo*”, que se asume que reviste el embarazo para la mujer adolescente gestante.

Focalizando en la noción de riesgo, cabe recuperar la propuesta de la antropóloga Mary Douglas (1996), quien aporta la idea de que el riesgo es producto de la construcción social de las sociedades en su devenir histórico; y como tal, tiene como origen concepciones e interpretaciones que derivan de la sociedad.

La definición médica establece dos tipos de riesgos: “biológico” y “social”. El “riesgo biológico”, es construido en base al desarrollo madurativo físico, y según la mirada médica estaría presente fundamentalmente en las adolescentes menores de 15 años, en virtud de no haber completado ese desarrollo.

El “riesgo social” es construido en base a criterios como: deserción escolar, precaria inserción laboral, aspectos que son vinculados al acontecimiento de un embarazo en la adolescencia. Y se afirma que este riesgo está presente a lo largo del transcurso de la adolescencia, independientemente de las subetapas definidas en su interior, y es mayor que en la edad adulta.

Diferentes investigaciones han destacado que los riesgos biológicos (obstétricos, neonatales) serían más el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente que la edad de la madre (Portnoy, 2005; Stern, 1997). Autores como Claudio Stern (1997) postulan que es solo a edades muy tempranas – menores a dos años pos-menarca o sea más o menos a los 13-14 años de edad – cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos en relación a resultados adversos, expresados en una mayor morbi-mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer. Y agrega que no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos,

se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.

Teniendo en cuenta la propuesta de Douglas (1996) consideramos que la calificación del embarazo en la adolescencia como de riesgo se vincula a la forma en que se define la adolescencia en nuestra sociedad y por parte de instituciones como el sistema médico.

En una concepción del curso de la vida como sucesión evolutiva de etapas que el individuo va transitando, y de la adolescencia como cataclismo acontecido entre dos periodos de relativa estabilidad y quietud: infancia y adultez., adquiere sentido la noción de “riesgo social”, en tanto todo cambio aparece como una perturbación, que es necesario superar para perseguir el camino preestablecido (Tubert, 1982). Lo cual hemos identificado tanto en las entrevistas como a través de la observación del abordaje del embarazo en la adolescencia, en los establecimientos educativos, en relación al cual se propone un enfoque preventivo.

Se identifican dos tipos de factores que resultarían causales del embarazo en la adolescencia. Por un lado, se hace referencia a las barreras en el acceso a la atención de la salud entre efectores de salud y usuarias, lo cual dificultaría el acceso de prestaciones y consejería en materia de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, se coloca el foco en la inmadurez psicológica de los y las adolescentes, que ocasiona la falta de cuidado durante las relaciones sexuales.

Cabe realizar una serie de comentarios en relación a la atención de la salud en la adolescencia.

Todas las médicas entrevistadas coinciden en que las transformaciones físicas y psicológicas que acontecen durante la adolescencia fundamentan la necesidad de una atención especial de esta etapa de la vida y un abordaje específico de los adolescentes por parte de la medicina, diferente del impartido a niños y adultos. El tipo de problemas de salud que acontecen en su transcurso se configuran como base del reconocimiento de la adolescencia como una especialización dentro de la pediatría. Los problemas de la adolescencia son definidos como “sociales” y “psicológicos”, mucho más que biológicos. En este sentido, coincidimos con Colángelo (2019) en que la definición de grupos etarios y especialidades médicas responde a la forma en que las disciplinas modernas organizan el abordaje del fenómeno humano.

Si bien se reconoce la necesidad de una atención y abordaje particular por parte de la medicina también se reconoce que, en ciertos ámbitos de trabajo, la adolescencia era – y

en ocasiones continúa siendo- objeto de “rechazo” por parte de profesionales de la medicina y enfermería.

Los diferentes testimonios remiten a la formación académica en medicina para explicar el rechazo a brindar atención médica por parte de ciertos profesionales de la salud. Afirman que la formación médica de raigambre biológica, que en general prima en el círculo académico, resulta insuficiente o inapropiado para comprender los “aspectos sociales” de la salud – enfermedad. Y son estos aspectos, sociales y psicológicos, los que se asocian a los problemas de la adolescencia. De modo que la falta de herramientas para la comprensión de los mismos, constituye un obstáculo para la atención de la salud en la adolescencia.

Focalizando en la división de los problemas de salud en términos de “biológicos”, “sociales”, “psicológicos”, diversos autores proponen que esta división da cuenta de la visión de mundo de la medicina (Good, B, 2003, Le Breton, 2002; Camargo Jr, 2005). La medicina occidental se funda en un saber anatómico – fisiológico, que escinde al cuerpo del hombre. De acuerdo a esa visión de mundo que instrumenta la medicina, el cuerpo es compartimentado en una serie de sistemas y, los problemas de salud – enfermedad segmentados, estableciendo una correspondencia entre sistemas, problemas y la división en especialidades de la propia Medicina. Lo cual dificulta (o contrarresta) el abordaje holístico de la salud-enfermedad.

Resulta ilustrativo el siguiente relato, aportado por una médica pediatra, quien trabajó en el Consultorio de Adolescencia en el Área de Pediatría del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Atendió a una mujer gestante de 16 años, internada en la sala de cirugía por una lesión por arma de fuego en sus piernas.

“...estaba internada en la sala de cirugía y la seguían los traumatólogos, ¿viste? Con dos yesos desde las caderas hasta los pies y bueno pero solamente se miraba la herida de bala, solamente estaban abocados a eso. Por ejemplo no se había visto si el bebe estaba bien, si el embarazo seguía su curso bien, como estaba ella. Cuestión que le habían hecho radiografías sin considerar mucho el embarazo, había entrado a quirófano y no estábamos seguros si habían tenido en cuenta la anestesia adecuada para una situación de embarazo...En esa situación me di cuenta que era útil que hubiera alguien clínico que integrara todos los aspectos...ahí se ve la importancia de la consulta integral...”

Siguiendo a Le Breton (2002) diremos que este es el escollo de la medicina occidental moderna, que es el saber del cuerpo, que no incluye al hombre; que cura una enfermedad, desatendiendo al ser humano inscripto en una trayectoria social e individual.

A partir de diferentes situaciones narradas por las médicas informantes, como la recientemente transcrita, coincidimos con Crivos (1988) en que en la atención hospitalaria hay un proceso de reducción del proceso de salud-enfermedad, a “áreas mínimas abarcables” (1988: 129) por alguna de las especialidades que funcionan en el hospital. Y que por su intermedio, se tiende a la disociación del cuerpo en zonas aislables a los fines de una terapia establecida.

Siguiendo a Byron Good (2003) aquella visión de mundo de la medicina es reproducida a través de prácticas formativas, desplegadas durante la formación médica. Modos específicos de “ver”, “escribir” y “hablar” a través de los cuales se formula la realidad de un modo específicamente “médico” (Good, 2003). La noción de prácticas formativas se evidencia en el siguiente relato:

“¿Qué tenemos en una consulta de adolescencia no clínica? Yo no soy clínico de adolescentes, soy ginecóloga infanto juvenil, si bien nosotros también hacemos un poco de atención primaria, nosotros también los pesamos, los controlamos, hacemos todo eso que hacen los pediatras (...)”

(MA – ginecóloga infanto juvenil).

Hemos detectado entonces una situación paradójica: desde la medicina se propone un abordaje y atención especial a los adolescentes en base al tipo de problemáticas relacionadas a ellos, de carácter social y psicológico. Asimismo ese carácter social y psicológico de los problemas de los adolescentes se establece como fundamento del rechazo a brindar atención a los adolescentes por parte de profesionales de la salud. Proponemos que este “rechazo” y la “resistencia” a brindar atención médica adecuada a los adolescentes configuran una barrera en el acceso a la atención de la salud. En este sentido, coincidimos con María Epele (2007) en que el reconocimiento de prácticas simbólicas (como la duda, la sospecha en el caso que la autora analiza y, el rechazo en el nuestro) como barreras, implica ampliar esta categoría analítica para poder incluir procesos sociales que exceden la tradicional clasificación de barreras económicas, geográficas, administrativas. Y que remiten a los marcos de sentido sobre los que se basan los profesionales de la salud, y sobre los que se estructuran las prácticas en servicios de salud.

Desde esta propuesta pretendemos poner en diálogo los dispositivos de la política de salud (discutidos en el Capítulo 7) y la perspectiva de los actores que se desempeñan en los servicios de salud público de la ciudad; e identificar convergencias y divergencias entre prácticas y nociones, respecto a adolescencia, embarazo y, condiciones de acceso y atención de la salud en la etapa de adolescencia. Brevemente, centraremos la discusión considerando las categorías integralidad, formación profesional y accesibilidad.

Los instrumentos de la política sanitaria analizados en el Capítulo 7 promueven la integralidad y la articulación intersectorial como estrategias necesarias en la atención de la salud en la adolescencia.

Si bien el conjunto de profesionales de la salud reconocen la relevancia de ambas estrategias, identifican en general la existencia de dificultades para implementarlas, en las prácticas de atención en los servicios de salud. Dificultades, tanto para lograr la coordinación entre los distintos niveles de atención de la salud, así como entre sectores, por ejemplo entre el sector salud y áreas sectoriales municipales como niñez y adolescencia o provinciales como escuelas, áreas de desarrollo social, de seguridad, etc. En este sentido, se propone que en el contexto de los servicios de salud se opera a través de una lógica de intervención sectorial, lo cual contrasta con la forma particular de configurar el territorio y la lógica intersectorial que promueven los dispositivos de la política.

Otro instrumento presente en los dispositivos de la política de salud refiere a la capacitación de recursos humanos. Al respecto, el conjunto de profesionales de la salud advierte cierta deficiencia en la capacitación en temáticas específicas y en la formación integral del conjunto de trabajadores: refieren que su formación está impregnada de una concepción de la salud restringida a sus aspectos biológicos, y la atención permeada por una visión de los/as adolescentes como “objetos y no como sujeto de derecho”. En este sentido, consideramos que esta visión de los y las adolescentes es un correlato de la definición médica de adolescencia, que entiende a los adolescentes como sujetos incompletos, inmaduros y vulnerables, que requieren supervisión adulta (Adazsko, 2005).

Finalmente, y en línea similar a lo anterior, cabe mencionar la *participación de los y las jóvenes* promovida por los dispositivos de la política de salud en la adolescencia, como estrategia para mejorar el acceso a la salud de esta población. Mientras un grupo de

profesionales identifican reconocen a los jóvenes como *sujetos de derecho* y en este sentido proponen “pensar la salud CON ellos y no PARA ellos”, otro grupo los identifica como sujetos inmaduros asumiendo la necesidad de que los adultos decidan por ellos, restándoles capacidad de agencia.

En el próximo capítulo colocaremos el foco del lente en la mirada de los y las jóvenes en cuanto a adolescencia y embarazo en la adolescencia.

CAPITULO 9.

CURSO VITAL, ADOLESCENCIA Y EMBARAZO DESDE LA VISIÓN DE LOS Y LAS JOVENES DEL BARRIO 17 DE AGOSTO - HARDING GREEN.

En este capítulo pretendemos caracterizar las representaciones sociales acerca de adolescencia y embarazo en la adolescencia desde la mirada de las jóvenes del barrio Villa Harding Green (Capítulo 6), en la ciudad de Bahía Blanca.

De manera similar a lo realizado en el capítulo 8 referido a profesionales de la salud, en este capítulo pretendemos brindar una caracterización de las visiones acerca de curso vital, adolescencia y embarazo desde la perspectiva de los y las jóvenes.

El corpus de datos se obtuvo a partir de fuentes primarias de información, a través de técnicas de observación y entrevista. Y corresponden a la labor etnográfica realizada en el Castillo Amarillo, sede del Programa Envión en el barrio Villa Harding Green, donde fueron contactados/as los y las jóvenes.

En este enclave se optó por trabajar siguiendo las propuestas de investigadoras que como Mead (1989), Noceti (2008), Szulc (2006, 2009) han desarrollado a la hora de proponer la indagación entre niños y adolescentes.

Se propuso un tipo de actividad orientada a caracterizar las formas en que los y las jóvenes conciben el transcurso de la vida y viven su trayectoria vital, así como los significados que atribuyen a la misma, a través de la diagramación de dibujos; actividad a la que este tipo de población está habituada a desarrollar dentro de la propuesta del Programa Envión. De esta manera, esperamos que tales actividades fuesen pensadas como parte de las rutinas, y generaran adherencia, contribuyendo a obtener mejores resultados que con el uso de técnicas de entrevista convencionales.

Las actividades se desarrollaron durante dos estancias de campo entre los años 2012 y 2013 y consistieron en dar respuestas a las siguientes consignas: las formas en que organizan la trayectoria de vida y, cuando fuera mencionada, los significados asignados a la categoría *adolescencia*. Las respuestas obtenidas a las mismas se presentaran teniendo en cuenta las nociones de representación social anteriormente formuladas.

Trabajamos con una muestra no probabilística de veinticinco (25) jóvenes, de edad comprendida entre 15 y 19 años, de ambos sexos, aunque con mayor presencia femenina (diez varones – quince mujeres) quienes fueron contactados en la sede de Programa ENVION.

La trayectoria escolar del conjunto de jóvenes informantes clave se caracteriza por la existencia de interrupciones, abandono, en ocasiones retornos sucesivos, y repitencias. Las razones mencionadas por las cuales se interrumpiera o abandonara la asistencia a la escuela, en orden de mayor a menor frecuencia, son: trabajo, embarazo, dificultades escolares (repitencias), cuidado de hermano/as menores y, la percepción (personal y familiar) de que la escuela no contribuye en nada en sus vidas y da igual asistir o no. El trabajo fue mencionado por parte de jóvenes varones, el embarazo por parte de las mujeres, en tanto que el cuidado de hermano/as menores fue referido por jóvenes de ambos sexos aunque con mayor representación de las mujeres.

Al momento de realización del trabajo de campo, trece del total de veinticinco jóvenes, asistía a la escuela.

9.1. Caracterización del curso vital

El 75 % de los y las jóvenes informantes clave, considera que el curso vital se encuentra segmentado en intervalos de tiempo; delimita fases, que distinguen entre sí y en relación a las cuales asignan diferentes nombres.

Las categorías lingüísticas nativas usadas para aludir a las diferentes fases son:

- *chico, adolescente, joven, adulto* (43%)
- *chico, medio, grande*, (21%)
- *infancia, adolescencia, adultez* (21%)
- *niñez, rebeldía, juventud, abuelos* (7%)
- *niño, adolescencia, grande*, (7%).

A continuación presentamos un cuadro en el que se sintetizan las categorías lingüísticas, los rangos etarios y atributos asignados a cada una de ellas. El mismo fue elaborado por la autora a partir de los datos obtenidos por medio de entrevistas y diagramas confeccionados. Posteriormente realizamos una serie de comentarios en torno a algunos de los datos construidos.

Categoría lingüística	Rango cronológico (en términos ideales)	Atributos
Chico Niño	Nacimiento hasta 12 años	Dependencia materna Juego
Joven Adolescente Medio	Entre los 13 y 24 años Entre los 13 y 18 / 19 años de edad	Desinterés en el bien común Falta de compromisos Diversión (jugar a juegos electrónicos, consumo de alcohol) Rebeldía Edad de la pavada Independencia materna Estudio
Adulto Grande	A partir de 20- 25 años en adelante	Trabajo Conformación de familia propia (pareja e hijo/as) Aumento de las responsabilidades (comparado con fases anteriores) Valoración de los bienes propios Interés en el bien personal y común de otros.

(Elaboración propia en base a datos de campo)

A simple vista la imagen del curso vital que el cuadro proyecta, coincide con la concepción del curso vital definido en términos de una línea evolutiva de etapas ordenadas a lo largo del tiempo y, de la adolescencia como etapa crítica, de espera y preparación para ingreso a la vida adulta, presentes en las políticas de salud y entre las médicas entrevistadas. Sin embargo, destacamos la necesidad de trascender los conceptos y explorar los significados construidos en torno a los contenidos de las nociones de curso de la vida y adolescencia.

Entonces, hecha esta aclaración pasamos a realizar comentarios acerca de los conceptos vertidos en aquel esquema.

El “estudio” no constituye un atributo que defina, de manera unánime entre los jóvenes, la fase denominada *adolescencia*. Además, su significado varía de acuerdo al estrato socio-económico con el que se identifican las personas. Cuando se usa para referir al propio (de los informantes) diagrama del curso de vida, el atributo educación remite a estudio escolar secundario y, específicamente hasta el 9no año de la Educación General Básica como límite superior. Lo cual contrasta con su percepción de las trayectorias educativas de las personas que adscriben a estratos socioeconómicos medio y alto, quienes finalizarían la carrera escolar y continuarían estudios superiores. De modo que, a partir del atributo estudio, se distinguen diferentes itinerarios biográficos de acuerdo a los estratos socio-económicos. En este sentido:

*“no es lo mismo en una del barrio Prensa, Patagonia y Villa Harding Green (...) una persona de clase baja como nosotros, estudia hasta que abandona los estudios en noveno año y después trabaja. En cambio una persona de clase alta estudia primario, secundario, después cursa una carrera universitaria y terciaria y después si trabaja. En la clase baja, una persona **pasa** de la infancia a la adultez (...) y en la clase alta hay infancia, adolescencia y después adultez (...)”* (F19M).

“Una persona primero estudia y después trabaja...Estudia hasta noveno año. Después de noveno abandona los estudios, trabaja y ya puede tener hijos. Hay quienes estudian hasta la universidad, por quieren. Yo no”. (J15M).

En este contexto de estudio, el lapso de tiempo denominado *moratoria social*, es decir, esa separación relativa de los jóvenes del mundo adulto para el aprendizaje de hábitos y valores básicos, que los predispongan a asumir papeles sociales requeridos por la sociedad cuando se conviertan adultos, no constituye una característica que se reconozca como propia; sino que es reservada a ciertos estratos socio-económicos.

El “trabajo” señala el tránsito de una fase del curso de la vida a otra, y da lugar a concebir embarazos, tener hijos y conformar una familia propia.

El trabajo expresa el paso de una fase a otra del curso vital, ya sea que se refieran a un curso de vida general como a su propia experiencia de vida. Sin embargo, el límite temporal en el que se ubica al evento, que señala ese pasaje, es variable, ya que en términos ideales se lo propone entre los 20 a 25 años pero al referir a su itinerario biográfico particular, ese limita se adelanta hasta los 15 a 17 años de edad.

El “aumento de responsabilidades” es un atributo usado por los jóvenes para caracterizar la adultez, en la representación del curso de la vida en general. No obstante esta caracterización se desdibuja al referir a sus propias trayectorias de vida, en las que deja de ser un atributo determinante para delimitar la edad adulta. En este sentido expresan que:

“Hay jóvenes que son maduros, que son más responsables. Y hay adultos que se comportan como chicos... La edad no define ni diferencia las etapas”. (G15F).

Esta posición, que se reitera en otros testimonios, relativiza la edad como criterio demarcador de etapas de la vida y, la noción de la “madurez” y “responsabilidad” como atributo que caracterizaría la adultez frente a otras fases del curso de la vida.

Respecto al “trabajo” cabe mencionar el siguiente relato:

“Nosotros estamos en el medio, no somos grandes ni chicos... Ya no somos chicos pero tampoco somos grandes, estamos en el medio... Cuando sos grande, trabajas. Bueno cuando estas en el medio hay algunos que trabajan, porque algunos de nosotros trabaja” (E14M)

A partir de los datos etnográficos, la concepción occidental dominante de *adolescencia*, como etapa de transición entre la infancia y la adultez, inmadurez y preparación para vida adulta (Tubert, 1982; Adaszko, 2005; Checa 2015) no es evidente en las trayectorias de vida de jóvenes de Villa Harding Green. En este contexto estudiado, la escuela y el trabajo aparecen como claros demarcadores etapas y de pasaje de una etapa a otra (adolescencia a adultez) aunque sus límites temporales son particulares y diferentes de aquellos señalados por profesionales de salud y políticas públicas.

Los testimonios dan cuenta de cierta relativización de las fronteras entre las fases del curso vital, lo cual corroboramos a través de datos observacionales.

A partir de las observaciones focalizadas en individuos notamos que, parte del conjunto de jóvenes informantes clave (de ambos sexos aunque con una preponderancia mayor de los varones) realizan actividades laborales además de asistir a la escuela. Específicamente trabajan como ayudante de albañil, limpieza de patio, horticultura, y tareas domésticas y cuidado de niños/as, para contribuir al sostén económico del hogar o para contar con un dinero para sus propios gastos.

Y en general el trabajo está más presente que la escuela en las experiencias de vida de los y las jóvenes:

“la vida no es siempre igual porque siempre te pasa algo...porque si una persona esta juntada y después el marido pierde el trabajo, después va cambiando y va teniendo otro trabajo, y así va teniendo más cosas, arregla la casa...” (AyL.17F)

Atendiendo a los testimonios de jóvenes entrevistados, coincidimos con la propuesta de autores como Heilborn et al (2002) quienes afirman que el estrecho horizonte de oportunidades restringe la posibilidad de planeamientos a futuro, resultando en una especie de “*presentificación*” de la vida. En línea similar, Le Breton (2012) sostiene que hoy en día, la dificultad del pasaje hacia la edad adulta, está acentuada por una competencia de lo indeciso sobre lo probable, lo cual impide proyectar un porvenir previsible.

Frente al 75 % de los jóvenes que considera que el curso vital se encuentra segmentado en intervalos de tiempo; el 25% restante del conjunto de informantes clave está integrado por jóvenes mujeres quienes en sus relatos de las trayectorias de vida remiten a directamente a una imagen normalizada del curso de la vida, en la que términos como “*tendría*”, “*debería*”, remiten a una definición dominante sobre la manera adecuada de ser, fijada en estereotipos internalizados (Adaszko, 2005).

*“(...) Nazco, cuando soy chica empiezo el jardín. Después voy a la escuela. Después de la escuela **tendría** que seguir estudiando y después formar una familia”*

(L17F) –resaltado mío-.

*“(...) cuando se es chico, se juega todo el día. Después se tiene novios, se sale de noche, y más grande hay responsabilidades como el trabajo y la familia. Esto es como **debe ser** pero es diferente a como es. Hoy está todo mezclado. Esto es **como debería ser**, como me enseñaron. En mi caso, esta todo junto”*

(A17F) –resaltado mío-.

Este grupo de jóvenes remite a un imaginario normalizado acerca cómo se estructuraría el curso vital, el cual contraponen a las propias experiencias de vida y trayectorias biográficas.

Así mismo, a partir de su experiencia y trayectoria particular cuestionan la definición dominante del curso vital, como sucesión lineal e irreversible de etapas, y proponen otra

alternativa para transitar el curso de la vida. En este sentido, ante el acontecimiento de un hecho como un embarazo, plantean pensar otra forma de organizar y realizar las actividades esperadas (estudiar por ejemplo) para cada una de esas etapas; sin necesariamente tener que dejar de hacerlas.

“...O sea entendí que más que perder etapas, como que adelanté quizás, y por eso hoy me doy la oportunidad de que lo que no pude hacer antes, igual lo quiero hacer, en otro orden quizá... A los 15 era muy chica y creía que me había perdido de hacer un montón de cosas como joven: salidas, otras experiencias como un viaje, estudiar sola y no dejando un hijo en la casa. O por lo menos entender que podía seguir estudiando y no tener que quedarme en mi casa, como ya siendo mamá y listo hacete cargo de tu hijo. Fue un cambio brusco y pensé, como que iba a ser mamá solamente. Y después entendí que no, quizá adelanté eso pero no impedía que yo iba a poder hacer otras cosa”. (Br17F)

Bajo el término “perdida de etapas” se subsume lo esperado para cada momento de la vida de acuerdo a las normas establecidas del *timing* (Gastrón y Oddone, 2008). Siguiendo a Adaszko (2005) diremos que el término “pérdida de etapas” se configura como una metáfora a través de la cual se normaliza y reprime aquello definido como desviación de lo adecuado para la edad social, en el marco de relaciones de poder, al servicio del mantenimiento del orden establecido (Tubert, 1992)

En este sentido, la noción de “perdida de etapas” se corresponde con la definición dominante de las maneras adecuadas de ser, de los estratos socioeconómicos medio y alto. Esta noción es confrontada por parte de este grupo de jóvenes dando cuenta de otras formas de transitar el curso vital, y de que un embarazo no implica necesariamente el abandono de proyectos como estudiar.

El curso vital es también caracterizado por la presencia de responsabilidades y obligaciones a lo largo de toda la vida. Independientemente de la magnitud de los problemas que acontecen en el curso de la vida, y de las responsabilidades, estas siempre están presentes a lo largo del tiempo.

*“...es siempre igual pero con problemas mayores a medida que vas creciendo (...)
siempre hay un problema, no estas así en la nada, pensando en nada, siempre hay un*

*problema (...) por ejemplo, cuando sos chiquito, se te pierde un juguete y te pones mal, es un problema. De grande no se te pierde un juguete pero siempre va a haber un problema (...) Yo crecí haciendo mis cosas siempre sola, todo, ya sea de la escuela, todo, yo sola, aprender a cocinar de chica, o sea como que no fui en etapas, despacio, sino **todo junto**” (R19F).*

De esta manera, no se evidencia una discontinuidad entre las experiencias del niño y del adulto, como la planteada por Ruth Benedict (1969) respecto a la sociedad occidental; ni se produce un contraste polarizado entre un período y otro 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.

Estos relatos acerca de las propias trayectorias de vida se contraponen a la concepción acerca de que el curso de la vida definido en términos de una secuencia evolutiva unilineal, en la que cada fase tiene un carácter universal.

Por el contrario el curso vital es vivido como una amalgama de acontecimientos, no habiendo una discontinuidad entre las experiencias del niño y del adulto; lo cual se opone a la delimitación de fronteras y etapas con características propias. En este sentido compartimos las miradas de Martuccelli y Segalen. Martuccelli (citado en Checa, 2015) afirma que ni el final de los estudios, ni el ingreso en el mundo del trabajo, ni la constitución de la familia parecen ser hitos para marcar el pasaje de una fase a otra sino que *“los tiempos y experiencias se superponen sin solución de continuidad”* (2015: 76). En línea similar Martine Segalen (2005) postula la imposibilidad de marcar claramente un “antes” y un “después”, pues el momento en que se adquiere la independencia económica, residencial, entre otros, han dejado de coincidir en la sociedad contemporánea.

9.2. Representaciones sociales en torno al embarazo

Con el objetivo de construir representaciones acerca del embarazo en la adolescencia, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a diez mujeres madres, quienes al momento de realización del trabajo de campo tenían entre 17 y 19 años.

En relación a su educación formal, el 40% no asistía a la escuela, desde tiempo antes de conocer que estaban embarazadas.

En tanto que el 60% asistía a la escuela al momento de conocer la noticia de que estaban embarazadas. De este segundo grupo, el 50% interrumpió la escuela luego del nacimiento, el 25% la interrumpió durante el curso de su embarazo y, el 25% restante no interrumpió la escuela y continuó estudiando luego del nacimiento.

Hacia el momento de realización de la labor de campo, el 20% del total de informantes, asistía a la escuela; en tanto que el 80% restante no concurría a la escuela.

No obstante, ese 80% manifestó interés en retomar los estudios cuando su hijo/a tenga mayor edad; y pudiera finalizar la lactancia materna y/o ingresar a su hijo/a al jardín de infantes público, y de ese modo contar ellas con tiempo que pueda ser destinado a la asistencia a la escuela, mientras sus hijos están al cuidado de otros/as adultos/as.

Tanto quienes no asistían a la escuela como quienes si lo hacían, manifestaron interés de retomar y continuar la escuela, bajo el argumento de que la misma contribuiría a lograr una mejor calidad de vida y un bienestar a futuro mejor para sí mismas y sus hijos.

“Mi mamá fue mamá a los 16, y listo después se dedicó toda su vida a criar hijos, y no termino la escuela...está bien, era capaz que otros tiempos, otros pensamientos, no sé. Y uno como que piensa que ya está, como que tiene que repetir la historia...con el paso del tiempo, me di cuenta de que no, de que no era así, todo lo contrario porque si yo quería hacerle un bien a mí hijo o darle un futuro mejor, quería hacer algo mejor por él y por mí” (BrM17).

En este sentido, recuperamos aquí el trabajo de Paula Fainsod (2004) quien, a partir de un estudio acerca de las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y adolescentes madres de sectores populares, discute las miradas que sostienen que la edad en la que ocurren los embarazos y maternidades es la que los convierte en una situación de riesgo social y educativo - en tanto supone, entre otros, el abandono de los estudios. Fainsod sostiene que bajo esas miradas quedan silenciadas aquellas situaciones en las que a partir del embarazo y la maternidad se resignifica el pasaje por la escuela. Y propone que el vínculo pobreza - embarazo/maternidad adolescente- escolarización, si bien presenta cierta correlación, no es posible establecer una relación unívoca y causal. De esta manera, frente al interrogante acerca de si el embarazo y la maternidad adolescente en contextos de pobreza, opera como factor de retención o de expulsión en la escuela media, Fainsod afirma que esta pregunta no es excluyente.

A partir de los datos de campo obtenidos en Villa Harding Green coincidimos con Fainsod en el sentido en que ese interrogante tampoco es excluyente en nuestro contexto de estudio y, consideramos que a partir del embarazo y la maternidad, la escuela se resignifica, adquiriendo un valor que estaba ausente antes. Si bien, como plantea Ortale (2009) el estudio es ubicado en un lugar subordinado a las necesidades de sus hijos, es valorado como forma de realización personal, como forma de superación, y medio para alcanzar un bienestar a futuro para las jóvenes madres y sus hijo/as; valor que estaba ausente antes del embarazo y el nacimiento de los hijos.

Respecto a la situación habitacional, el 80% del total de las jóvenes informantes clave convive con su pareja (par en edad) en vivienda propia. En tanto que el 20% restante reside en el domicilio de sus padres. Una de las ellas está en pareja con el padre de su hijo aunque no convivan juntos, sino que en domicilios separados, hasta que finalice la construcción de su nueva vivienda. La otra joven está separada del padre de su hijo.

Todas las jóvenes manifestaron conocer los diversos métodos anticonceptivos existentes, saber cómo usarlos y que hacían uso de ellos durante las relaciones sexuales.

Coinciden también en su consideración de la Unidad Sanitaria del barrio Villa Harding Green como lugar de referencia donde recurrir para solicitar un método anticonceptivo. No obstante, frecuentemente se menciona que las formas concretas de atención de la salud en dicho centro de salud, no suelen ser las más apropiadas a causa de cierto maltrato recibido por parte de los efectores de salud.; lo cual se configura como barrera en el acceso al derecho a la salud:

“las chicas no se animan a buscar las pastillas, porque (en la sala médica) son muy agretas, te hablan mal, te preguntan un montón de cosas, te dicen fecha de última menstruación, ¡acordatela!, ovulación, qué día empezar a tomarla, no olvidarse, de mala manera”.

(Y17F).

El 80% manifestó que decidieron, junto a su pareja, dejar de usar algún método anticonceptivo.

Los términos “buscado” y “no buscado” emergen de los relatos como categorías nativas para referenciar el embarazo, en el 80% y el 20% de los casos, respectivamente.

El sentimiento ante la noticia de que estaban embarazadas fue de felicidad en todos los casos. Solo una de las jóvenes manifestó sentir emoción y temor simultáneamente, porque: *“sentía que no estaba preparada, que no iba a poder, sin experiencia, pero te das cuenta que ahí aprendes”* (R19F).

En todos los casos, la noticia fue gratamente recibida, y todas las jóvenes manifestaron “querer” tener un/a hijo/a, incluso en el caso de quien manifestó no haber buscado un embarazo.

En los casos en que se mencionaron explícita y espontáneamente los motivos que fundamentan la afirmación de querer tener un hijo/a, las jóvenes refirieron la sensación de “estar solas” mayormente y, en un caso se mencionó el padecer una enfermedad y no saber si podría tener un hijo más adelante en el tiempo..

*“Cuando me entere que estaba embarazada **no fue nada malo** pero porque en ese momento yo la estaba pasando mal por otra cosa, hacía dos años atrás se había ido mi papa, en mi casa estaba todo mal, y prácticamente para mí fue como un escape el embarazo. Si bien no fue buscado pero yo estaba bien con H. Fue bien recibido”.* (Br17F).

“yo lo busque, o sea lo buscamos los dos, dejé las pastillas y decidimos tener un hijo...para mí fue lo más lindo...yo quise, no sé si al sentirme sola” (JE17F)

“Lo busqué, por el tema justamente de que estoy enferma y más adelante no sabría si podría tener otro hijo, porque tengo los huesos muy, muy delicados” (LU19F).

En los diferentes relatos todas las jóvenes coinciden que la experiencia de ser madre es caracterizada como: “lindo”, “divertido”, “maravilloso”, “muy bueno”, “genial”.

Y que conlleva grandes responsabilidades, que genera obligaciones, lo que trae como consecuencia una pérdida de tiempo para sí mismas, puesto que todo el tiempo está dedicado a la atención del hijo. No obstante, acuerdan en que esto no remite a una cuestión de edad sino que “a todas les pasa lo mismo”.

Ninguna de las informantes considera, en sus testimonios, que existan diferencias en ser madre a la edad en que lo fueron, en comparación a serlo a una mayor edad.

Tampoco refieren que un embarazo a su edad entrañe un problema para sí mismas o terceros. Identifican como problema situaciones como: “no tener pareja”, “no tener una casa propia”, o el “embarazo por abuso”. No obstante, tales situaciones no se reconocen como cuestiones vinculadas a y privativas de cierta edad, sino que son situaciones que pueden acontecer a cualquier edad.

“(El embarazo) no es un problema, si lo es, me afecta, no tener pareja” (R19F).

“(...) es complicado pero a la vez feliz, para mí, yo estoy re contenta (...) es difícil a veces porque yo estoy viviendo en la casa de mi mamá, pero yo tendría que vivir con el papá de él (...) pero en cualquier momento (de la vida) es difícil” (Y17F).

En base al conjunto de testimonios obtenidos, no identificamos que el embarazo en la adolescencia tenga una connotación negativa; no es valorado como un problema en sí mismo. Lo cual contrasta con la visión de profesionales de la salud entrevistadas, y que presentamos en el Capítulo 8.

En cuanto a la mirada médica acerca del embarazo en la adolescencia, pero desde la perspectiva de las jóvenes, destacamos el siguiente relato:

*“Cuando caes a la guardia, cuando te preguntan la edad, a veces no con palabras, pero te hacen ver y sentir de que **está mal** de que te haya pasado, ¡como tan chica!... **te cagan a pedos por quedarte embarazada, porque tienen esa mirada de que te metiste en un re problema...** te encontrabas con esas caras como diciendo ¡pero cómo tan chiquita! ¿No te cuidabas? Y te lo hacían ver y que te dieras cuenta de que estaba mal y **a veces te atendían mal lamentablemente...** es como que se agarran de eso, sos chica entonces puedo cagarte a pedos todo el tiempo. **Ya lo tienen implementado o lo creen sabido de que si sos adolescente, estar embarazada, es un problema.** Entonces cuando te ven en la guardia, chica y con un embarazo, lo primero que hacen es cagarte a pedos, después te atienden pero ya porque sos joven no más, como que se creen con ese derecho de cagarte a pedos y después te atienden”. (BR17F).*

Las jóvenes advierten que, en general, los médicos tienen una valoración negativa del embarazo en la adolescencia.

Seleccionamos este relato porque ilustra - e interpela- la mirada médica respecto al embarazo en la adolescencia, que lo valoriza como “problema”, en base a la edad de la joven. Consideramos que esta valoración negativa se inscribe en una concepción del curso de la vida como una sucesión evolutiva de etapas que el individuo va transitando a lo largo del tiempo. De modo tal que, como afirma Tubert (1982), en un esquema como este, todo cambio aparece como una perturbación del camino preestablecido, y no como algo inherente a la constitución del sujeto y a su relación con el mundo.

La mirada médica respecto al embarazo en la adolescencia permea el contenido y orientación de las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, realizadas con los y las jóvenes, además de manifestarse en la consulta clínica:

*“Me acuerdo de haber participado en charlas, yo ya siendo mamá, y hasta era incómodo para mí misma, porque al momento de enseñar a prevenir ese embarazo en la adolescencia como que mostraban muchas cosas malas, y yo escuchaba y pensaba pero si no fue así, ¡claro! realmente yo no lo viví de esa manera... **decían prevenir el embarazo de joven porque tenes que terminar los estudios...** y si está bien están esas cosas y seguramente no las vas a poder hacer, como dicen ellos. Pero no las vas a poder hacer más AHORA, no es que no las vas a poder hacer NUNCA MÁS en tu vida, no es así tan drástico”.*

Continuando la línea argumental anterior, la definición del embarazo en la adolescencia como problema, desde la mirada médica, se funda sobre una concepción del transcurso de la vida como línea evolutiva en la que la adolescencia remite a un periodo de espera y preparación para la vida adulta, centrada en la carrera escolar. Desde esta mirada, el embarazo emerge como una perturbación que apartaría a las jóvenes de su trayectoria escolar; lo cual denota la idea de “riesgo social”, que referimos en el Capítulo 8. De manera tal que desde los servicios de salud se propone el enfoque preventivo como estrategia tendiente a evitar cualquier desviación.

Introducimos aquí la noción de *riesgo* elaborada por la antropóloga Mary Douglas (1996). Douglas aporta la idea de que el riesgo es producto de la construcción cultural de las sociedades en su devenir histórico; y como tal, tiene como origen concepciones e interpretaciones que derivan de la sociedad.

Entonces diremos que la definición de embarazo en la adolescencia como problema tiene relación con la forma en que se piensa la adolescencia desde el sistema médico (entre otras instituciones), y desde los adultos de sectores medios y altos en general. Sin embargo, atendiendo a la información presentada aquí, esas definiciones contrastan con las representaciones de los jóvenes de VHG, entre quienes las trayectorias de vida no siguen una secuencia lineal de eventos, el embarazo no implica un problema, no se comporta como causante de deserción escolar, aunque sí como factor de re vinculación escolar (Fainsod, 2004).

Entonces, a la hora de diseñar e implementar estrategias de abordaje del embarazo en la adolescencia, proponemos que es importante indagar las cuestiones que encierra en contextos locales e identificar y problematizar los propios marcos de sentido. Coincidimos con Fernández (2006) en que según como se piense e imagine que las cosas son, así serán las políticas que se diseñen para su abordaje. En línea similar Adaszko (2005) discute las estrategias implementadas desde las instituciones de salud; y afirma que diferentes deberían ser las acciones desplegadas según los problemas de los jóvenes sean atribuidos a una causa individual (inmadurez, comportamiento irresponsable), a una causa social (condiciones de exclusión y pobreza estructural que impiden proyectar un futuro diferente), o se intente comprender la articulación entre dimensiones en el marco de contextos históricos, políticos, económicos concretos.

Todas las jóvenes consideran que, la maternidad, implica una responsabilidad, que vinculan al cuidado del hijo/a propio/a. No obstante, reiteran que el cuidado de niños/as no implica un hecho novedoso en sus trayectorias de vida, que irrumpe al ser madres. Sino que el cuidado se encuentra presente a lo largo de sus trayectorias biográficas desde niñas, que han cuidado de niños/as, de su grupo familiar (hermanos) o de terceros, sea en forma no remunerada o remunerada. En esta línea, coincidimos entonces con Ortale (2009) quien a partir de sus hallazgos, afirma que la maternidad (en el caso de mujeres que han sido hijas mayores) no implica un cambio marcado de roles, sino que se ve como continuidad de lo que se hacía desde más temprana edad.

“(...) no me lleva por sorpresa nada. Yo crie a mis hermanos más chicos. Cuando eran chicos los crie yo prácticamente, ya te digo, mi abuela falleció cuando éramos chicos, mi mamá trabajaba y yo estaba con los tres más chiquitos (...) estoy acostumbrada, no me tomó por sorpresa (...)” (LM19F)

En base a los datos de campo, en este contexto de estudio, el cuidado de niños y niñas, es asumido por las mujeres, a lo largo de sus vidas. Es una actividad que las mujeres realizan desde que son niñas pequeñas. Es transmitida por otras mujeres, adultas (madres y abuelas fundamentalmente) en el seno del hogar. Y forma parte de la vida diaria de las mujeres de diferentes edades.

Durante el lapso de duración de la labor de campo, en el Castillo Amarillo, era habitual observar a niñas de 7 u 8 años, quienes reiteradamente llegaban a este espacio tomando de la mano a hermano/as menores de 4 y 5 años, que estaban bajo su cuidado mientras sus madres trabajaban. O jóvenes varones de 17 y 18 años que asistían a las actividades con hermanas de 15 y 16 años, a quienes les encargaban que cuidaran de hermanos menores, que arribaban al espacio junto ellos o eran llevados allí por su madre, en algún momento de la jornada.

Tales datos observacionales acerca del cuidado de niños y niñas, concuerdan con diferentes trabajos científicos vinculados a la noción de *economía de cuidado*⁵⁵, realizados desde la corriente de pensamiento denominada economía feminista (Rodríguez Enríquez C 2015; Guerrero et.al. 2019; Aguilar, 2019).

Según Corina Rodríguez Enríquez (2015) el contenido del concepto economía del cuidado⁵⁶ refiere a todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros).

Asimismo Rodríguez Enríquez introduce el concepto de *organización social del cuidado*, el cual refiere a la manera en que, las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias –de forma interrelacionada- producen y distribuyen cuidado. Y sostiene que, de acuerdo a la evidencia disponible⁵⁷, la organización social del cuidado, en su conformación actual en América Latina en general, y en Argentina en particular, es

⁵⁵ A través del concepto de economía del cuidado, la economía feminista persigue dos objetivos: visibilizar el rol sistémico del trabajo de cuidado en la dinámica económica en el marco de sociedades capitalistas, y dar cuenta de las implicancias que la manera en que se organiza el cuidado tiene para la vida económica de las mujeres (Rodríguez Enríquez, 2015).

⁵⁶ No es nuestra intención realizar una discusión del concepto a lo largo del tiempo; para un recorrido conceptual del término, se puede ver V. Esquivel: *La economía del cuidado en América Latina. Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, pnud, Panamá, 2011.

⁵⁷ Ver, Rodríguez Enríquez C (2015) “La economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad”, revista Nueva Sociedad N°256.

injusta, porque las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas en dos ámbitos diferentes. La autora plantea que hay una distribución desigual de las responsabilidades de cuidado entre hogares, Estado, mercado y organizaciones comunitarias. Y que la desigualdad en la distribución de responsabilidades se verifica también entre varones y mujeres; la evidencia muestra que el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de los hogares, por las mujeres⁵⁸.

Para Rodríguez Enríquez eso deviene de la concurrencia de una serie de factores⁵⁹, entre los cuales menciona la división sexual del trabajo y, la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar.

La naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar resulta de la construcción de una idea social (que las mujeres tienen mayor capacidad que los hombres para cuidar) a partir de una diferencia biológica (la posibilidad que las mujeres tienen de parir y amamantar). De modo tal que la capacidad biológica exclusiva de las mujeres, las dota de capacidades superiores para otros aspectos del cuidado (como limpieza de la casa, preparación de la comida, higiene de niños/as) (Rodríguez Enríquez 2015).

Según Dolors Comas D'Argemir (1995) la división del trabajo no crea relaciones sociales sino que a la inversa, las relaciones sociales existentes se proyectan en maneras de repartir el trabajo. Es así que la desigualdad entre varones y mujeres es lo que se incorpora como factor estructurante en la división sexual del trabajo.

Atendiendo a la información recabada, la misma tendencia observada en América Latina y Argentina se puede constatar en el barrio 17 de Agosto – VHG, a partir de las observaciones y entrevistas realizadas, donde notamos que el cuidado de niños/as está a cargo de las mujeres en los hogares.

Cabe destacar al respecto, del conjunto de relatos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, el siguiente relato por parte de una joven de 17 años, madre de un hijo de 4 años:

⁵⁸ En este sentido, Paula Aguilar (2019) afirma que en sociedades de baja provisión de servicios públicos de cuidado, como en Argentina, la responsabilidad por estas tareas esenciales recae de manera primordial sobre las familias, y dentro de ellas, en las mujeres, jóvenes y niñas.

⁵⁹ Otros factores que confluyen en la forma que adopta la organización social del cuidado según Rodríguez Enríquez (2015) son: los recorridos históricos de los regímenes de bienestar, en los que la cuestión del cuidado fue considerada como responsabilidad principal de los hogares (y dentro de ellos, de las mujeres) y, el cuidado como experiencia socioeconómicamente estratificada.

“... una queda embarazada y piensa que ya está listo ahora **me tengo que dedicar a criar, a ser mamá y ya está. Y como que ahí comienza tu vida de grande y no tenes mas nada que hacer. Me costó entender igual eso, yo creo que fue con ayuda de otras personas que me hicieron ver que no, que podía hacer mis cosas igual...que podía seguir estudiando y no tener que quedarme en mi casa, como ya siendo mamá y listo hacete cargo de tu hijo. Fue un cambio brusco y pensé, como que iba a ser mamá solamente...Hoy me puedo dar la oportunidad de estudiar y hacer otras cosas que a mí me gustan, salir con mis amigas, o sea no es como yo me lo tenía pensado. Pero bueno eso fue gracias a personas que me fui cruzando... Mi mamá ya está, ahora tuviste un hijo, ahora tenes que criarlo, listo, quedarte con él, vas a tener que formar tu familia y ese era el plan que había para mí...**

- ¿Cuál era ese plan que decís que había para vos?

Las cosas de grande, tener una familia, criar mi hijo, hacerme cargo de una casa, y bueno, si H tenía trabajo, trabajaba él y sino yo iba a tener que ayudar, trabajar y listo. Ya no pensar en terminar la escuela, en que quiero salir sola, eso como que ya lo tenía que prácticamente olvidar. Pude ver que no iba a ser así. Pero lo pude ver gracias a que otras personas me lo pudieron hacer ver...”
(BR17F) – negrita mío-

Actividades como crianza de los hijos, realización de las tareas del hogar, cuidado de la familia, son tareas que aparecen vinculadas a la maternidad y atribuidas a la mujer. El conjunto de estas actividades conforman la idea de “plan” destinado a las jóvenes, que le es transmitido a ellas a través de sus madres, la familia y la comunidad. Siguiendo a Rodríguez Enríquez (2015) y Comas D’Argemir (1995) diremos que ese “plan” consisten en una construcción social, sostenida en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como las prácticas domésticas cotidianas, la educación, las instituciones. Es a través del reconocimiento de sus capacidades diferenciales y la vinculación de las mujeres a la reproducción de la vida que se opera esta selección y justificación de la distribución de actividades.

Autoras como Ana M. Fernández (2006), Elizabeth Jelin (2010) plantean que la familia es el lugar donde la subordinación de género se encuentra más a la vista y al mismo tiempo más oculta en tanto su práctica cotidiana naturaliza relaciones de dependencia y, tiende a transmitir y reforzar patrones de desigualdad existentes. Según Fernández (2006)

nuestra sociedad organiza el universo de significados en relación con la maternidad alrededor de la idea Mujer = Madre. Sostiene que esa idea organiza el conjunto de prescripciones que legalizan las diferentes acciones en el concebir, parir y criar descendencia, como los proyectos de vida posibles de las mujeres.

Por su parte Jelin (2010) afirma que para promover la equidad y disminuir las desigualdades sociales se requiere la intervención de instituciones extra-familiares compensadoras y transformadores; como “políticas de cuidado y de bienestar”. Jelin propone que frente a la *familiarización (y feminización)* de las actividades de cuidado, la provisión de servicios de cuidado por parte del Estado, por ejemplo de cuidado infantil como jardines maternos, puede ser una estrategia política basada en el objetivo de aliviar la carga familiar a través de una *des familiarización y des feminización* del cuidado.

Tales estrategias son relevantes en contextos como VHG, donde notamos que ante la salida laboral de las mujeres madres, son las hijas quienes se hacen cargo del cuidado de hermanos menores, llegando incluso a tener que abandonar la escuela, para cumplir con tareas de cuidado; recayendo el cuidado infantil en la familia por imposibilidad de hacerlo a través del mercado, Estado y organizaciones comunitarias.

Cabe destacar también los términos usados habitualmente para referir a las actividades que realizan mujeres y varones. “Trabajo” remite a únicamente a la actividad productiva en este contexto de estudio. Quien trabaja es el varón, mientras que lo que hace la mujer no es entendido como trabajo, sino que las tareas domésticas se asumen como parte de su condición de mujer, vinculadas a la reproducción (Fernández AM. 2006; D’ Argemir, 1995; Beltrán Pedreira, 1994)

En este sentido, diferentes autoras explican que la industrialización y las relaciones capitalistas de producción conllevaron la configuración de familia y trabajo como dos ámbitos diferentes y la identificación de las mujeres con la familia y del varón con el ámbito laboral (Federici, 2018; D’Argemir, 1995; Pateman, 1996).

9.3. Discusión

Los jóvenes de Villa Harding Green, coinciden en que durante el curso vital de las personas, suceden cambios, se atraviesan fases a las que se les atribuye características singulares. Sin embargo las fronteras etarias entre ellas no son claras a la luz de sus

experiencias de vida particulares, en las que aquellas características se superponen, adelantan o atrasan.

Se afirma la existencia de características específicas para cada fase del curso vital - juego, salidas nocturnas, trabajo, familia - en términos ideales, a modo de un “deber ser”. Identificamos aquí un contraste entre la transición normativa propuesta por la definición dominante (Gastron y Oddone, 2008; Adzsko, 2005) es decir, lo esperado para cada momento de la vida de acuerdo a las normas establecidas del *timing*, y la propia experiencia; como cuando respecto al curso vital distinguen “*cómo debe ser el curso vital que es diferente a como es*”, “*como debería ser la trayectoria de vida, como le fue enseñado*” y la propia vivencia en donde “*está todo junto*”, “*está todo mezclado*”.

Cabe destacar, la categoría nativa “medio” para autoreferenciarse: “*estamos en el medio*”, ni grandes ni chicos. Realizan actividades esperadas de acuerdo a la edad, a los “calendarios sociales” contruidos, pero también otras “normalmente” asociadas a la adultez. Específicamente el trabajo que, en este contexto de estudio, tiene primacía sobre el estudio, y se encuentra presente en el período convencionalmente definido como adolescencia.

A diferencia de la discontinuidad planteada entre las experiencia del niño y del adulto (como la planteada por Benedict (1969) para la sociedad occidental en oposición a las sociedades etnográficas), un grupo de jóvenes informantes mujeres consideran que las responsabilidades y obligaciones están presentes siempre a lo largo del curso de la vida, no habiendo un contraste entre roles de adulto y niño de status responsable/rol de status no responsable, respectivamente, retomando uno de los pares de opuestos analizados por Ruth Benedict. En relación a lo que establecía Benedict (1969), respecto de la sociedad occidental, en este contexto de estudio el individuo puede ser condicionado de continuo, desde la infancia, para la participación social responsable, siendo las tareas que se esperan de él adecuadas a su capacidad. Y, a partir de los relatos, se entiende que en este proceso cobran protagonismo las relaciones de género.

El conjunto de informantes da cuenta que las tareas aprehendidas están atravesadas por la división sexual del trabajo. En la medida en que los varones son condicionados a trabajar fuera de la casa. En tanto que las mujeres vinculadas a tareas de cuidado de hermano/as menores, cuidado del hogar, preparación de la comida. Se constata una división del ámbito público para varones y ámbito privado, doméstico para mujeres.

La adolescencia, como categoría de edad no es referida de manera extensiva por parte del conjunto total de informantes clave. Y si bien la franja etaria en la cual se haya comprendida (en las ocasiones en que es mencionada) se superpone en parte con la que definen los distintos saberes científicos, sus fronteras son difusas y varían de acuerdo a los estratos socioeconómicos. Un grupo de jóvenes informantes no la reconocen como un período de transición universal entre la “infancia” y la “adultez”, y en cambio la vinculan a una condición de clase.

En este sentido Henriques-Mueller y Yunes (1993), argumentan que en las sociedades industriales la adolescencia llegó a igualarse con el número de años dedicados a la educación de los niños; si esos años no se destinaban a la educación, y en cambio sí a su participación económica, entonces puede suponerse que no habría adolescencia. Por su parte Colángelo (2003) sostiene que, además de la existencia de diferencias culturales en la definición de grupos y categorías de edad, las representaciones de grupos sociales se explican a partir de los condicionamientos derivados de su posición en la estructura social. Coincidimos con Colángelo, en su propuesta de tener en cuenta la articulación de las dos dimensiones – diversidad cultural y desigualdad social- a la hora de abordar la *adolescencia*. Identificamos que las trayectorias de vida y la adolescencia son construidas en relación a las condiciones materiales de existencia.

En el contexto de estudio analizado, las trayectorias biográficas individuales, no corresponden a las secuencias tradicionales de la organización tripartita del trayecto de vida (niñez- adolescencia- adultez). Las fronteras son difusas, y las características asociadas a cada edad se hayan superpuestas, retrasadas o adelantadas. Lo cual contrasta con las definiciones de adolescencia vigente en los dispositivos de la política de salud analizados (capítulo 7) así como con la mirada médica construida a partir del relato de profesionales de la salud (capítulo 8).

Coincidamos con Susana Ortale (2009) en que el embarazo en la adolescencia suele ser construido como problema, sin embargo no lo es *per se* ni puede ser abstraído de contextos específicos, desatendiendo las experiencias concretas alrededor del embarazo, los motivos, los inconvenientes particulares.

El relevamiento del significado que reviste el embarazo para las jóvenes entrevistadas del barrio 17 de agosto – Harding Green, nos permitió advertir que dicho evento no está

cargado de una valoración negativa; que hay una intencionalidad y deseo de ser madre, contrarrestando la existencia de embarazo no buscado.

En este sentido no es definido como “problema” y carece de las connotaciones negativas asumidas por profesionales de la medicina y dispositivos de la política de salud, condensadas en el término “de riesgo social”. Uno de los atributos negativos propuestos desde su mirada remite a la interrupción de la trayectoria escolar.

Focalizando en el vínculo embarazo – escolarización, poco más de la mitad de las jóvenes asistía a la escuela al momento de quedar embarazadas, no obstante algunas de ellas dejaron de ir a la escuela durante el embarazo o después del nacimiento de su hijo. En cuanto a ello, coincidimos con Binstock y Gogna (2014) en que, entre las jóvenes que estaban aún escolarizadas, el embarazo suele poner fin a trayectorias educativas que ya presentaban algunas dificultades previas. En general las trayectorias educativas son irregulares, con periodos alternados de asistencia y abandono escolar.

Asimismo, ante la motivación de “volver a la escuela” desde la perspectiva de las jóvenes de VHG, coincidimos con Fainsod (2004) en que el embarazo en este contexto de estudio opera como factor de retención y re vinculación escolar (no solo de expulsión); advertimos que a partir del embarazo y el nacimiento de los hijos se re valoriza la escuela. Y de acuerdo con Ortale (2009) el estudio, aunque en parte subordinado a las necesidades de sus hijos, aparece como norte de realización personal ante el embarazo y la maternidad.

Consideramos que el embarazo no implica por sí mismo el abandono de la escuela necesaria y únicamente. No obstante, para contrarrestar esa situación, se requieren formas de compatibilizar la maternidad y escolarización; así como de transformar los estereotipos de género en torno al cuidado infantil, desnaturalizando su feminización.

Cabe destacar el cuestionamiento que las jóvenes realizan con respecto al abordaje del embarazo en la adolescencia por parte de profesionales de salud. Específicamente cuestionan la visión negativa y alarmista del embarazo en la adolescencia vigente tanto en la consulta clínica como en el enfoque preventivo, desde el cual realizan las actividades de educación sexual. Las jóvenes perciben que los médicos las miran con compasión y reproche, con motivo de su embarazo.

En base a los datos de campo, advertimos que esa connotación negativa del embarazo en la adolescencia se sustenta en una visión de la trayectoria de vida, concebida en términos

de una línea evolutiva y de la adolescencia como etapa de inmadurez. Esta visión coincide con los valores culturales presentes en los sectores socioeconómicos medio y alto, y se extrapola al conjunto de la población, independientemente de las condiciones de vida particulares.

De los relatos surge que el cuidado de hijos no reviste un problema para las jóvenes madres, dado que están habituadas a esta tarea desde temprana edad.

Consideramos que la condición biológica que permite engendrar se relaciona con la concepción de una capacidad para criar y ser amas de casa, lo cual se expresa en la idea de “plan” para ellas referido por las jóvenes entrevistadas.

Podemos reconocer en la transmisión por parte de la familia y la comunidad de este “plan” de vida para las jóvenes, un mecanismo de socialización y una forma de construcción social de las relaciones entre varones y mujeres que modelan preparaciones, disposiciones y oportunidades (Comas D’Argemir 1995), donde los roles de unos y otras se mantienen y transmiten de forma intacta.

De ahí que entendemos, siguiendo a Nancy Fraser (2012) que cualquier propuesta de transformación de esta situación que busque revertir estas desigualdades, requiere políticas con enfoque integral de género. Este enfoque debe combinar la dimensión de la *redistribución* del trabajo productivo remunerado y trabajo reproductivo no remunerado, asignado a varones y mujeres respectivamente; y la dimensión del *reconocimiento* de las diferencias que haga foco en las normas de género que estructuran las divisiones sociales.

En el próximo capítulo, pondremos en diálogo las representaciones sociales relevadas acerca del embarazo en la adolescencia desde la mirada de los jóvenes, profesionales de la salud y políticas de salud; estableciendo concordancias, discordancias y tensiones entre las mismas.

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES

A lo largo de los capítulos 7, 8 y 9, fuimos delineando ideas que remiten a síntesis y conclusiones provisorias acerca del embarazo en la adolescencia desde las miradas de las políticas de salud, profesionales de la salud y jóvenes, respectivamente, en base a los resultados del trabajo de campo etnográfico realizado en cada enclave. En este capítulo recuperamos aquellas ideas y las pondremos en diálogo entre sí, a fin de dar cuenta de las concordancias, discordancias y tensiones entre las representaciones construidas.

La exposición de los mismos se realiza retomando los conceptos y supuestos de partida. El proyecto de tesis propuesto fue pensado en pos de comprender el embarazo en la adolescencia desde la mirada y a partir de la experiencia de los sujetos y grupos sociales en relación a dicho fenómeno.

Consideramos central en antropología, el descubrimiento y análisis de las categorías culturales fundamentales, mediante las cuales los conjuntos sociales operan y reproducen su sociedad (Durham, 1992). En esta línea, se optó por una estrategia metodológica a través de la cual descubrir y caracterizar la diversidad de significados que son construidos en torno al transcurso de la vida.

Iniciamos entonces este recorrido considerando los siguientes supuestos de partida: 1. Los significados de las categorías de edad que segmentan el curso vital, así como los roles y expectativas asignadas a ellas, son relativos y particulares a contextos locales; 2. la valoración y significado del embarazo en la etapa vital denominada *adolescencia* así como su impacto en las trayectorias biográficas tiene relación con las formas como se concibe el curso vital, y se experimentan esas trayectorias, en contextos particulares.

Desde nuestro punto de vista consideramos que en todos los conjuntos sociales hay un procesamiento social del transcurso de la vida, en el cuál se definen grupos sociales a partir de la delimitación de etapas de la vida. Tales etapas adquieren un carácter relativo, en la medida en que la segmentación del curso de la vida humana difiere en base a coordenadas espacio-temporales. Respecto a cada una de las categorías de edad se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, y actividades específicas. De esta manera, a través de las clasificaciones de las categorías de edad, no solo se establecen divisiones entre tramos o momentos de la vida, sino que

también se instituyen grupos sociales –etarios- y se sitúan a quienes los integran – en nuestro caso, los *adolescentes*- en un lugar social particular (Feixa, 2003; Noceti, 2008; Ortale, 2009; Chaves, 2005; Adaszko, 2005; Fainsod, 2004; Remorini, 2008, Colángelo 2003, 2019). Vemos la *adolescencia* en términos de categoría socialmente construida, resultado de procesos históricos relativamente recientes, ligados al advenimiento de la modernidad occidental. Han contribuido y contribuyen a su definición, diversas instituciones, tales como: escuela, sistema penal, médico, así como saberes académicos (Adaszko, 2005).

Asimismo entendemos que en el contexto de sociedades donde se encuentran insertos diferentes grupos sociales, se torna necesario articular el abordaje de la diversidad de formas de organizar el curso de vida y categorías de edad y modos de ser adolescente categorías, pensados en términos de particularidades culturales, con la dimensión de la desigualdad social, fundada en la existencia de clases sociales (Colángelo, 2003). La articulación de estas dos dimensiones – *diversidad y desigualdad* - fueron tenidas en cuenta para el desarrollo de esta tesis.

A partir de los datos de campo, identificamos que la mirada médica concibe el curso de la vida en términos de una línea evolutiva, de una secuencia de eventos ordenados en el tiempo. Define la adolescencia como etapa del ciclo vital, signado por el desarrollo madurativo progresivo; de espera para la asunción de roles adultos, y enfatiza la idea de carrera escolar como preparación para ingreso a la vida adulta y prerrequisito para la mejor inserción en el mercado de trabajo. Estas ideas denotan la noción de *moratoria social* (Margulis, 2003); en relación a la cual volveremos a referirnos más adelante al considerar la mirada del conjunto de jóvenes.

Así definida desde la mirada médica, en singular, *la adolescencia*, adquiere un carácter universal en la medida en que su construcción se sustenta sobre la base de transformaciones biológicas -hormonales y corporales-, que tienen lugar durante la denominada pubertad. Y se asume que tales cambios biológicos son los responsables de los consecuentes cambios psicológicos, resumidos en la idea de “crisis de identidad”. El conjunto de estos cambios sustenta la idea de los adolescentes como sujetos inmaduros, desde la mirada médica, así como la idea de que requieren permanente acompañamiento y supervisión adulta, la cual puede contribuir a invisibilizar la capacidad de agencia de los adolescentes.

La definición de la adolescencia como un proceso de maduración progresiva, no es natural; sino que esta definición es en sí misma una concepción particular vinculada a una noción específica del tiempo, de las transformaciones, y un modo de concebir y construir la persona. Por lo tanto, lejos de ser la expresión de procesos naturales, términos como “maduración”, “desarrollo”, responden a un sentido del cambio socialmente construido. Es decir, “maduración” constituye una metáfora a través de la cual la adolescencia es explicada y articulada con la noción de futuro: implica la idea de temporalidad lineal a lo largo de la cual los adolescentes deben cambiar, la noción de mejoramiento gradual y el supuesto de que este cambio es resultado de un proceso natural, inscripto en la biología (Colángelo, 2008, 2019).

Frente a las nociones de “crisis emocional”, “de identidad” y exposición a “conductas / situaciones de riesgo”, que desde la mirada médica se asocian a la definición de adolescencia, y se fundan sobre un basamento biológico estrictamente, recuperamos las propuestas de Mary Douglas (1996), Belén Noceti (2009), David Le Breton (2004).

El *riesgo* es producto de la construcción cultural, edificado de acuerdo con el tipo de sociedad de la que emana, de sus creencias y visiones dominantes, a partir de la cual se cataloga ciertos aspectos sociales como peligrosos al tiempo que se ignoran otros (Douglas, 1996). La calificación de sujetos y la designación de prácticas en términos de riesgo legitiman la acción del Estado sobre los mismos (Noceti, 2008).

La noción de *crisis* traduce el contraste entre las aspiraciones del joven y las posibilidades de realización ofrecidas por la sociedad donde vive. Desde una mirada positiva, las *conductas de riesgo* aparecen como una búsqueda de identidad para quienes no se encuentran incluidos; una forma de ubicarse en este mundo contemporáneo, ahogado por la profusión de sentido, y en el que el margen de autonomía individual se incrementa pero implica miedo o sentimiento del vacío. En este mundo, las conductas de riesgo representan una forma de resistencia al sufrimiento, una búsqueda para retomar el control, para volver a ser actor (Le Breton, 2012).

La concepción del transcurso de la vida como línea evolutiva, las representaciones de la adolescencia como etapa de cambios, de crisis, de riesgo, desde la mirada médica coinciden con las vigentes en las políticas de salud analizadas.

En relación a las políticas públicas, en nuestro país, acuerdos y convenios de diferente nivel jurisdiccional (nacional, provincial), versan sobre la población convencionalmente definida como adolescente, en pos de afirmar y proteger sus derechos. En esta línea cabe mencionar la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución Nacional en la reforma de 1994, que cambia la condición jurídica de niños, al reconocer a niños y adolescentes como sujetos activos de sus derechos y ya no como objeto de derechos.

En el año 2005 se sancionó la Ley Nacional n° 26.061 de Protección Integral de Derechos, la cual derogó la Ley Agote de Patronato de Menores que permitía al Estado disponer de los menores de edad basándose en la incapacidad de estos. Este cambio (que será tomado posteriormente por las legislaciones provinciales, en el caso de la provincia de Buenos Aires a través de la Ley 13.298) constituye el “paradigma jurídico de protección integral de la niñez” (Noceti, 2008).

En este sentido cabe destacar que, si bien los dispositivos de la política de salud en relación a la población adolescente reflejan la normativa vigente e incluyen la condición jurídica de niños y adolescentes como sujetos de derechos y no como objetos de tutelaje, evidenciamos dificultades para introducir dicha condición en las intervenciones en los servicios de salud. Pues, sobre la base de las definiciones de la “crisis adolescente” como parte de su normalidad y del adolescente como sujeto vulnerable que requiere supervisión adulta, que distintas disciplinas (medicina, psicología) contribuyeron a naturalizar, profesionales de la salud se arrogan el derecho a decidir por ellos/as.

En este sentido coincidimos con Dina Krauskopf (2004) en que, pese a los acuerdos y normativas vigentes, el derecho a la participación es débilmente ejercido en general. Y la noción de “inmadurez” posterga el derecho a la participación y el ejercicio de la ciudadanía responsable.

Identificamos concordancias entre las definiciones de transcurso de la vida y adolescencia propuestas desde la mirada médica y desde las políticas de salud. ¿Qué resultados arroja la comparación de esas miradas con la de los jóvenes de 17 de Agosto - Harding Green (VHG)?

La definición médica del transcurso de la vida y la vigente en las políticas contrasta con la mirada y experiencia de los jóvenes de VHG, donde las trayectorias biográficas son heterogéneas.

Los datos construidos a la partir de la labor de campo en el Barrio 17 de Agosto - Villa Harding Green (VHG) dan cuenta que allí, los recorridos escolares de los y las jóvenes están marcados por repitencias, interrupciones, en ocasiones momentáneas y en otras permanentes.

La asistencia a la escuela se combina con, o es sustituida por, la inserción en el mercado laboral. De modo que no es posible marcar claramente un “antes” y un “después” a lo largo del curso vital, ya que los hitos que marcaban el pasaje de la adolescencia a la adultez en la sociedad industrial (Oddone, 2008) han dejado de coincidir entre ciertos grupos sociales, en la sociedad contemporánea (Segalen, 2005).

A partir de los datos de campo identificamos que los motivos por los cuales interrumpen y/o abandonan la escuela varían entre mujeres y varones. Es así que la ocupación en el mercado laboral, sobre todo informal, es mencionada fundamentalmente por los jóvenes varones, quienes frente a la dificultad de conciliar ambos (escuela y trabajo), optan por el trabajo. Mientras que entre las mujeres, el embarazo y el cuidado de niños y niñas menores son los motivos más frecuentemente mencionados por los cuales se interrumpe la escolarización. La escasa o nula percepción de valor de la escuela para sus vidas está igualmente representada entre varones y mujeres.

Mientras desde la mirada médica y desde las políticas de salud se coloca el énfasis en el recorrido escolar para definir roles y expectativas adecuadas a la adolescencia; en VHG la escuela no tiene el mismo significado de posibilidad de realización personal, presente en otros estratos socio-económicos, de medio a través de la cual poder continuar estudios universitarios y mejorar la inserción laboral, como plantea el conjunto de profesionales de la salud.

Coincidimos con Heilborn et al (2002), en que aquella argumentación médica de alguna manera subestima el hecho de que las oportunidades educativas y sociales no se ofrecen igualmente para el conjunto de jóvenes de todos los estratos sociales.

Consideramos que tanto la noción de transición como de moratoria social refieren a condiciones de estabilidad económica y social y a una pertenencia de clase, donde la

adolescencia y otras etapas de la vida tienen posibilidad de ser desplegadas a lo largo del curso vital; lo cual difiere de las condiciones de vida de sectores populares. En este sentido planteamos la inconveniencia o cuanto menos recaudo en el uso de categorías generales como la de adolescencia, subsumiendo bajo ella situaciones o condiciones muy diferentes, realidades fragmentadas, y enmascarando la variedad de experiencias de vida por las que atraviesan los y las jóvenes.

El uso generalizado de la noción de *adolescencia* como categoría social, entendida como fase universal del desarrollo del ser humano, por parte del conjunto de profesionales de la salud, contrasta con su uso particular entre los y las jóvenes de Villa Harding Green.

Identificamos dos grandes posiciones en relación a la adolescencia en VHG. Hay quienes niegan su existencia como tramo del curso de la vida en estratos socio-económicos bajos, y la reservan para sectores, medio y altos en los cuales las personas continúan una carrera escolar y universitaria. En tanto que entre las personas de estrato socioeconómico bajo (en relación al cual, estos jóvenes se auto-identifican), desde su perspectiva, se pasa de la niñez a la adultez, al estar ausente el período de moratoria social dedicado al estudio.

Y hay quienes reconocen la existencia de la adolescencia como etapa de la vida, aunque sin la consideración de fronteras claras que la distinguen de la etapa anterior y posterior. Puesto que, la escuela y el trabajo, convencionalmente considerados como atributos que distinguen a las etapas entre sí, no lo son en este contexto particular: el trabajo está presente en la vida de los jóvenes desde temprana edad y no es un atributo exclusivo de la adultez, y la escuela está presente –de manera intermitente- en diferentes momentos de la vida.

Consideramos entonces que la dificultad del pasaje hacia la edad adulta está acentuada por una competencia de lo indeciso sobre lo probable, que impide proyectar un porvenir previsible (Le Breton, 2012).

En este sentido, a diferencia de la sociedad industrial donde los trayectos de vida se organizaban alrededor del trabajo industrial y se subdividían en tres etapas -formación, trabajo y retiro-, las transformaciones del modelo industrial salarial de fines de siglo XX, implicaron cambios en la organización del curso de vida resultando en la des-institucionalización, des-cronologización y des-estandarización de las trayectorias vitales (Gastron y Oddone, 2008).

Mientras las trayectorias biográficas de vida se ven des-estandarizadas, como entre los jóvenes de VHG, las políticas de salud analizadas (y la mirada médica) continúan apoyándose en definiciones de curso de la vida en términos de secuencia lineal de etapas segmentadas cronológicamente.

El Estado, a través de las políticas públicas, contribuye a la regulación de la trayectoria de vida; de modo tal que los modelos construidos establecen “calendarios sociales”, los cuales tienen por función ordenar el movimiento de los individuos a lo largo de la vida siguiendo secuencias de posiciones que confieren status y roles (Oddone, 2008). En este sentido, podemos pensar que los adolescentes están sujetos el *policiamiento* de las instituciones sociales; considerando la noción de “policiamiento” de Jacques Donzelot cuando alude a la “proliferación de las tecnologías políticas que van a actuar sobre el cuerpo, la salud, las formas de alimentarse y de alojarse, las condiciones de vida...” (1979: 10). Se constituyen grupos de profesionales especializados en su abordaje, políticas públicas específicas, que promueven prácticas “adecuadas” y desalientan otras. De manera que conceptos como lo de madurez, estabilidad, equilibrio y adultez forman parte de las ideologías represivas al servicio del mantenimiento del orden establecido.

Consideramos que la caracterización de las representaciones sociales acerca del embarazo en la adolescencia desde el marco conceptual centrado en la definición social de los periodos etarios contribuye a develar la categoría adolescencia (Adzsko, 2005) e identificar diversas situaciones y significados en torno a adolescencia y embarazo.

La exploración del significado que tiene el embarazo para las jóvenes entre 15 y 19 años contrasta con la mirada que del mismo se asume desde las políticas de salud así como de parte de profesionales de la salud.

Proponemos que la interpretación del embarazo en la adolescencia en las políticas de salud así como entre las médicas entrevistadas se encuentra atravesada por valores culturales acerca de la adolescencia como etapa de la vida de cambios, preparación para la vida adulta, de moratoria y transición hacia la adultez. Es en este marco de sentido, que el embarazo tiene una connotación negativa, definido como “problema” al configurar un evento disruptivo, que trunca la trayectoria escolar y dificulta a su turno la trayectoria laboral.

Podemos reconocer en esa interpretación la preeminencia de sentidos y valores más propios de estratos socio-económicos medio y alto, enmascarando otros significados en relación a adolescencia, embarazo, maternidad.

En este aspecto, coincidimos con Climent (2009) y Stern (2001) en que la consideración del embarazo en la adolescencia como problema conlleva la aplicación de criterios normativos que suponen una valoración negativa del mismo; juicios originados en valores de clases medias y altas erigidos como hegemónicos, los cuales son sostenidos por profesionales. Lo que entraña una dificultad al generar conceptos universales desde los cuales se ve a la población adolescente como grupo homogéneo, dejando de ver las diferencias.

La adolescencia asume significados diferentes entre los y las jóvenes del barrio 17 de Agosto, en contexto de vulnerabilidad e incertidumbre donde prima la instantaneidad sobre el futuro, en el cual el embarazo se percibe como proyecto de vida a no muy largo plazo.

De la misma manera, términos y enunciados por medio de los cuales, los profesionales de la salud, refieren a dicho fenómeno, como “precoz”, “temprano”, “algo malo que les puede pasar”, “evitar para poder seguir estudiando”, denotan la forma en que desde la medicina y las políticas públicas, se piensa al transcurso de la vida y a los adolescentes, como sujetos inmaduros, incompletos, en tránsito hacia la vida adulta.

Los calificativos asociados al embarazo en la adolescencia desde la mirada médica, tales como “problema”, “riesgo”, comulgan con el foco puesto en la edad; ya que interrumpiría el proceso de transición hacia la vida adulta.

Las jóvenes en VHG no ven el embarazo durante el período convencionalmente definido como adolescencia, como un problema en sí mismo. El embarazo y la maternidad no se presentan como resultado de un evento accidental o no intencional, sino que la definición de embarazo “buscado” da cuenta de un propósito e intención de ser madres, reiteradamente mencionado en las entrevistas realizadas.

Asimismo no tienen una valoración negativa entre las jóvenes entrevistadas. Para algunas jóvenes resulta una fuente de reconocimiento y de integración social, frente a la sensación de “sentirse solas”. Y siguiendo a Le Breton (2012) diremos que representan una forma de buscar su lugar en el mundo y ubicarse en él, una forma de construir una identidad.

En base a los datos de campo proponemos que el desarmado del tejido social, tanto como la fragmentación de los procesos para la inserción social de los y las jóvenes deben ser tenidos en cuenta a la hora de analizar el embarazo en la adolescencia y proponer estrategias de abordaje. Es así que, son necesarias acciones que enfoquen en el tejido social de contención; tendientes a la ampliación del espacio de oportunidades y generación de accesos para todos los jóvenes (Noceti, 2009)

Atendiendo a la relación entre embarazo / maternidad adolescente y escolarización, la mirada médica establece una relación unidireccional entre ambos, de forma tal que el embarazo es causa de abandono escolar. Desde las políticas de salud, se propone la desescolarización como consecuencia y como factor determinante del embarazo en la adolescencia.

Focalizando en las jóvenes madres entrevistadas, coincidimos con Fainsod (2008) en que el embarazo y la maternidad en esta etapa pueden resultar factores de retención escolar. Y que para algunas jóvenes, a partir del embarazo y la maternidad, se resignifica la escuela. Al inicio del trabajo de campo, casi la totalidad de las jóvenes entrevistadas tenía interés en retomar los estudios escolares. Y al momento de escritura de estas conclusiones, el 60% de las jóvenes madres pudo finalizar la escuela secundaria – no sin vaivenes- y una de las jóvenes se encuentra cursando el nivel terciario.

El cuidado de los hijos es frecuentemente mencionado como factor que dificulta continuar o retomar la escuela, y es referido como una tarea atribuida a las mujeres, que realizan desde temprana edad. Esto verificamos asimismo por medio de los datos observacionales. Así, los datos de campo dan cuenta de la definición de prácticas relativas a la división del trabajo entre mujeres y varones; lo cual revela la dimensión de género, la construcción socio – cultural de significados que se otorgan al hecho de ser mujer y varón, organizada a partir de la diferencia sexual, en una sociedad determinada (Faur, E, 2003).

Entendemos que caracterizar el embarazo en la adolescencia como problema per se, desatendiendo las relaciones sociales desiguales – que entrecruzan las dimensiones de clase y de género-, que afectan a grupo de jóvenes de sectores populares, no refleja adecuadamente la realidad de diferentes conjuntos sociales y, conlleva la victimización o culpabilización de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

En un esquema de la trayectoria vital como el propuesto desde las políticas y desde la medicina, todo cambio aparece como una perturbación, que es necesario superar para perseguir el camino preestablecido (Tubert, 1992). En este sentido, vemos los dispositivos de la política de salud como una “biopolítica” que impone una serie de regulaciones mediante técnicas y métodos de medición y control de las poblaciones (Foucault, 2002; Lavigne, 2016).

A partir de las observaciones de las actividades de educación sexual identificamos que el abordaje de la salud en la adolescencia y el enfoque preventivo del embarazo en la adolescencia, están atravesados por una visión de la trayectoria de vida basada en la idea de serie de etapas etarias ordenadas a lo largo del tiempo y, de la adolescencia fundada sobre la noción de inmadurez.

Si bien son relevantes las diferentes iniciativas en pos de abordar los derechos sexuales y reproductivos en general, y el embarazo en la adolescencia en particular, identificamos que en la forma de presentar la cuestión, está implícita una concepción universal de la adolescencia, soslayando la diversidad cultural y la desigualdad social (Colángelo, 2003).

En esta línea, consideramos importante poner en discusión los marcos de sentido desde los que se instrumentan las acciones políticas y de los profesionales de la salud. Estos marcos de sentido en ocasiones contribuyen a configurar una barrera de acceso a la atención de la salud; tal como emerge de los relatos de las médicas entrevistadas, en relación con el rechazo a brindar atención médica a los adolescentes en algunos servicios de salud.

Asimismo con respecto a la organización de la atención hospitalaria de los adolescentes, los relatos de las médicas entrevistadas acerca de la internación de un paciente mayor de 15 años, en la sala de clínica médica, dan cuenta de la adecuación del paciente al ritmo de las actividades del servicio de pediatría; en virtud de lo cual el paciente es quien se encuentra a disposición del hospital (Crivos, 1988: 136).

Teniendo en cuenta los datos de campo, pese a que está reconocido el derecho a la atención de la salud integral y salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en los marcos normativos, las oportunidades y garantías no están totalmente dadas, existiendo barreras (administrativas, simbólicas) en el acceso a la salud.

Desde que inicie la investigación a la fecha, el tratamiento del fenómeno del embarazo en la adolescencia, en las clases medias y medias altas, paulatinamente, se ha ido modificando en función de una de-construcción respecto de los roles de género al interior de los hogares, lo cual se plasma en algunos de los fundamentos de las políticas de salud analizadas.

Entendemos que ese proceso conlleva una dinámica temporal más lenta en los hogares de clases más humildes. Los datos etnográficos muestran que, el cuestionamiento respecto de la maternidad como proyecto de vida y, la transformación de los estereotipos de género, no se darían con la misma velocidad con la que se da en otros sectores sociales. El embarazo no es visto como un problema lo cual también se puede atribuir a que por detrás hay una construcción de roles de género específica, patriarcal, al interior de los hogares, que valoriza de manera positiva la maternidad y, que aún no es cuestionada.

En tales contextos y atendiendo a las jóvenes mujeres madres, que tienen interés es seguir estudiando, consideramos necesarias políticas de cuidado que permitan compatibilizar maternidad y escolarización. En este sentido, coincidimos con autoras como Corina Rodríguez Enríquez (2015), Guerrero (2019), en que uno de los desafíos para la agenda de políticas públicas es el desarrollo de políticas que amplíen las posibilidades de las personas de elegir el modo de organizar el cuidado y que faciliten la conciliación entre las responsabilidades laborales, familiares, educacionales; y que contribuyan a redistribuir las tareas de cuidado entre hombres y mujeres. Entre ellas, la generación de servicios públicos de cuidado de niños, de forma tal que las jóvenes madres puedan destinar tiempo al estudio; más aún en un contexto donde las tareas de cuidado recaen en la familia y específicamente en las mujeres.

Cabe mencionar asimismo que, desde los años en que realizamos trabajo de campo etnográfico hasta la redacción de las reflexiones finales, notamos una mayor visibilización y demanda colectiva⁶⁰ de la política pública nacional de la ESI, sancionada a través de la ley N° 26150. En este sentido, consideramos que diferentes actores sociales contribuyen en conjunto a traccionarla, es decir, organismos, movimientos, agrupaciones que fueron demandando cada vez más su implementación a nivel local. Tales como

⁶⁰ Al respecto Eleonor Faur (2018) afirma que entre inicios de los 2000 y 2018, cambiaron los enfoques, se multiplicaron los actores involucrados, los escenarios de acción, en torno a la ESI, así como también se hicieron visibles disputas y resistencias. La autora sostiene que en 2018, la demanda social conforma un pilar ineludible en la defensa de la ESI; e identifica el *Ni una menos*, del 3 de junio de 2015, como punto de inflexión, entre cuyos reclamos más urgentes se encontraba la aplicación de la ley N° 26.150, contribuyendo a que la ley traspasara los muros de la escuela.

Universidad Nacional del Sur (UNS)⁶¹; gremios docentes y de empleados estatales; colegio de trabajadores sociales; la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito; Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, entre otros. Y por sobre todo, las juventudes emergieron como actor político central en este proceso de demanda de la efectiva implementación de la ESI.

A partir de los datos de campo que hemos relevado, entendemos que en nuestro contexto de estudio en el barrio 17 de Agosto - VHG, el problema no recae tanto en el embarazo *en sí mismo* como en la falta de oportunidades para construir otros proyectos de vida diferentes, la cual antecede a la ocurrencia del embarazo.

Si bien no desconocemos las consecuencias negativas que la mater-paternidad pueda tener sobre las oportunidades a futuro de los y las jóvenes, el truncamiento de la trayectoria escolar y la caída de las oportunidades laborales (que suelen considerarse resultado del embarazo en la adolescencia) por lo general existen y son anteriores a la ocurrencia del embarazo. De modo que, en condiciones de vulnerabilidad e incertidumbre frente al futuro, el embarazo aparece como proyecto de vida a mediano plazo.

Lo anterior no implica dejar de reconocer la incidencia de otros factores que coadyuvan a la búsqueda del embarazo y elección de la maternidad como proyecto de vida, como lo es cierta naturalización de la división sexual del trabajo al interior de la familia, que se expresa a través de la maternidad y la realización de tareas domésticas como único destino de las mujeres jóvenes. A esto se suman las dificultades en el acceso a la información en torno a derechos sexuales y reproductivos y a los métodos anticonceptivos que se agudizan en condiciones de pobreza, y que ocasionan embarazos no buscados (Gogna, 2003). Todo lo cual se traduce en desiguales posibilidades de elección de otros proyectos de vida. Sin embargo, consideramos que el problema de fondo reside en el horizonte angosto de oportunidades, que limita las posibilidades de elección de caminos alternativos, en el contexto de condiciones determinadas estructuralmente (Ortale, 2009).

⁶¹ Al respecto podemos mencionar el desarrollo de la Cátedra Libre de Educación Sexual Integral, a lo largo de los meses de mayo y junio del año 2019, organizada por integrantes de la agrupación estudiantil (UNS) Puño y Letra y de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito; el Observatorio de Género y Diversidad Sexual de la Universidad Nacional del Sur, creado en el marco de un proyecto de extensión universitaria; el desarrollo de jornadas de capacitación tales como la Jornadas sobre ESI con perspectiva en Discapacidad y Diversidad Funcional en el mes de octubre de 2019.

Aquello tampoco implica desconocer la existencia de dificultades en el acceso a la información en torno a derechos sexuales y reproductivos y a los métodos anticonceptivos, que se agudizan en condiciones de pobreza, y que ocasionan embarazos no buscados (Gogna, 2003).

Coincidimos con Ariel Adzsko (2005) quien plantea que las acciones deben ser diferentes según los problemas de los jóvenes sean atribuidos a una causa individual – inmadurez de los adolescentes, su comportamiento irresponsable, su ‘proclividad’ al riesgo, el descuido o abandono de sus padres–, a una causalidad social –condiciones estructurales de exclusión que en muchos casos no permiten proyectar un futuro diferente, expectativas culturales que imponen ciertas metas sin brindar los medios para alcanzarlas, estereotipos de género–, o se intente entender la compleja articulación entre las diversas dimensiones en el marco de contextos históricos, políticos y económicos concretos.

Finalmente, a lo largo de todo este recorrido esperamos contribuir a pensar y hablar de “adolescencias” en plural, poniendo en tensión el modelo de adolescencia homogénea; y reconociendo diferentes adolescencias atravesadas por procesos de diversidad cultural y desigualdad social, los cuales imprimen diferentes significados a los fenómenos que acontecen en torno a ellas.

Asimismo, esperamos que estos datos y reflexiones sean insumo que contribuya a generar oportunidades y accesos para todos los y las jóvenes.

En este sentido, coincidimos con Climent (2009) en que el diseño de políticas públicas que hagan foco en el embarazo en la adolescencia, entrañe una reflexión crítica de los propios presupuestos, revele los múltiples significados y habilite la propuesta de intervenciones diferenciales acotadas a contextos particulares. Destacamos la relevancia de la articulación intersectorial así como el efectivo reconocimiento de los y las jóvenes como actores clave en este proceso.

Asimismo, consideramos necesarias políticas territoriales con perspectiva de género, que incluya las dimensiones de reconocimiento y redistribución (Fraser, 2012) que hagan foco en las concepciones de género de los grupos locales y que propicien la activación/movilización de proyectos de vida alternativos a través de la planificación y gestión de medidas que contribuyan a hacerlos efectivos.

ANEXOS

CAPITULO 5

Análisis de la información recopilada apoyada en los postulados de la Semiótica de Enunciados (Magariños de Morentin, 1998).

Texto de entrevista

*Y ¿el curso vital? ¿Cómo...?
Tiene que ver con cómo nosotros organizamos las especialidades...en general si vos me preguntas, para mí, comienza desde antes de la concepción, ¿no? En el mejor de los casos, desde la planificación, ¿no? ...de la paternidad.*

Normalización

(+ el curso vital) Tiene que ver con cómo nosotros organizamos las especialidades en general si vos me preguntas* (+ el curso vital) para mí* (+ el curso vital) comienza desde antes de la concepción* ¿no? (= comienza desde antes de la concepción)* En el mejor de los casos* desde la planificación (de la paternidad =)* ¿no? (= comienza desde la planificación) de la paternidad**

Segmentación

1. *(+ el curso vital) Tiene que ver con cómo nosotros organizamos las especialidades**
2. *en general si vos me preguntas**
3. *(+ el curso vital) para mí**
4. *(+ el curso vital) comienza desde antes de la concepción**
5. *¿no? (= comienza desde antes de la concepción)**
6. *En el mejor de los casos**
7. *(+ el curso vital comienza) desde la planificación (de la paternidad =)**
8. *¿no? (= comienza desde la planificación) de la paternidad**



Definiciones contextuales

CURSO VITAL es aquel que tiene que ver con cómo nosotros organizamos las especialidades

CURSO VITAL es aquel que comienza antes de la concepción

CURSO VITAL es aquel que comienza desde la planificación de la paternidad.

La *normalización* del texto refiere a una intervención sintáctica del analista. Se coloca entre () alguna justificación sintáctica, cuando se trata de un sujeto implícito el signo "+" precede en el paréntesis al correspondiente sujeto (+), cuando se recupera un término que ya se ha dicho, se antepone el signo "= " dentro del paréntesis (=), y cuando se trate de un término que se lo dirá de inmediato se ubica el signo "= " al final del paréntesis (=). Las incorporaciones del analista, aclaratorias, se colocan entre //.

La *segmentación* tiene por objetivo obtener las partes del texto básicas o elementales, siguiendo un criterio sintáctico. La separación se marca con el signo "*" y se eliminan los signos de puntuación. Los segmentos obtenidos son los que permiten recuperar las distintas significaciones de que disponía previamente el productor del texto y que ha actualizado en él al producirlo.

La *definición contextual* es aquella mediante la cual se establece el sentido que adquiere un término cualquiera presente en determinado segmento textual (Magariños de Morentin 1996). Consiste en la transformación de un segmento textual mediante: x es aquel /la/lo (+ preposición con q! -cualquier expresión que contiene un pronombre relativo directo o por transformación). Para la elaboración de las definiciones contextuales se eliminarán en principio aquellos que tienen una función fática, y se procederá en los casos en que existan relaciones entre segmentos a unificarlos si es posible. En nuestro ejemplo, eliminamos: 2, 3, 5, 6, 8

Grilla de Observación – Unidad de Salud Familiar y Comunitaria n°1, Villa Nocito.

Fecha:		
Número de planilla por jornada:		
Descripción de punto de observación y contexto		
Hora	Actor	Actividad

Grilla de observación – Villa Nocito, Unidad de Salud Familiar y Comunitaria n°1.

FECHA: jueves 11/09		
Planilla 1		
Presentes: psicólogo/a, operador CPA, trabajadora social, estudiante de medicina, trabajadora social, estudiante de medicina, yo, médica de familia, en ese orden desde la puerta dando vuelta hacia escritorio.		
HORA	ACTOR	ACTIVIDAD
9.15	Psicólogo	programa los días, horarios y coordinadores de los talleres que se están llevan a cabo en la Escuela Polimodal Media 5
9.35	Médica de familia	Expone los casos familiares a ser abordados (son tres) y se organizó quien/es de los integrantes del equipo atendería a quien, así como la modalidad de abordaje de cada uno de ellos.

10	<p>Psicólogo</p> <p>Medica de familia</p> <p>Todos los presentes</p> <p>Médica de familia</p> <p>Todos los presentes</p>	<p>Discusión en torno a las condiciones de funcionamiento de la unidad sanitaria (“Unidad de Salud Familiar y Comunitaria N° 1” según la médica de familia a cargo), que a continuación se detalla.</p> <p>Solicita la presencia y labor de una secretaria, una enfermera, y personal de limpieza. Comenta que <i>“la salita está hecha una mugre”</i>, que <i>“no les pido a los pacientes que se sienten en la camilla porque es un asco, está llena de tierra”</i>. Y dice que, de tener una secretaria, <i>“en vez de atender a cinco pacientes, atendería a 10 o 12, porque la realidad es que no puedo atender a los pacientes en el consultorio y además dar los turnos. Me tengo que repartir el tiempo de que dispongo para varias tareas que no me corresponden, cuando en realidad solo debería cumplir mi función de medica”</i>.</p> <p>discusión entre todos los integrantes del equipo, para ver de qué manera dar respuesta a tales demandas por parte de la medica</p> <p>Dice que a la Municipalidad no le corresponde asignar y pagar a una administrativa, y que no hay presupuesto municipal para tal fin.</p> <p>Con respecto a la enfermera, dice que la misma fue solicitada a la Secretaria de Salud de la Municipalidad por escrito y por intermedio de la Coordinadora del Área. Junto al pedido de enfermera se solicitó también médico. Dicha solicitud se realizó después de que los dos médicos de familia, que antes estaban a cargo de la sala, abandonaran su puesto en la misma.</p> <p>Deciden convocar a la comunidad de Villa Nocito a una reunión en el Salón de Jubilados, con el fin de comunicar a la comunidad las condiciones en que se encuentra la sala médica, y que propongan soluciones al respecto.</p>
----	--	---

10.30	psicólogo	Comenta que en la escuela Media 5, se presentó en todas las divisiones de primer año la actividad titulada “érase una vez” que tiene por objetivo conocer y reconstruir el concepto de adolescencia.
	Médica de familia	Propone, para el taller de embarazo adolescente, usar un dibujo que una estudiante de medicina de primer año le cedió, y ahora esta lo propuso al equipo, en lugar del video “jóvenes madres” (Dicho video fue elegido entre todos los miembros del equipo, en una oportunidad en que se realizó una reunión a tal fin en la casa de la médica).
	Estudiantes de medicina	Comenta que ese dibujo se lo cedió una estudiante de medicina de primer año.
	Estudiantes de medicina	Las estudiantes de medicina que integran el equipo consideran la posibilidad de postergar la proyección del video para más adelante, y utilizar por el momento el dibujo.
	Estudiantes de medicina	Entre todos deciden utilizar como recurso disparador de ideas, un dibujo que aportó una estudiante de medicina
	Entre todos los participantes	Dice que la actividad consiste en dividir al curso en grupos de no más de 4 o 5 personas. A cada grupo, entregarle una copia de la imagen, y que al costado de la misma escriban lo que la imagen le sugiere. Al final se procedería a la puesta en común y discusión.
	Médica de familia	Dice que <i>“la foto esta bárbara, no sé dónde la habrá encontrado, pero está muy buena”</i> .
11. 10	Todos	Recreo. Una estudiante prepara mate Una trabajadora social conversa con el operador del CPA acerca de una persona que consume droga. El psicólogo habla por teléfono
11.25	psicólogo	Da por terminada la discusión de trabajo acerca de talleres en escuela. Y propone retomar con el abordaje de los 3 casos familiares, haciendo foco en la médica y trabajadoras sociales. Los demás participantes escuchan en silencio.

Unidad de Salud Familiar y Comunitaria n°1, Villa Nocito, Bahía Blanca.

Categorías de actividad.

Categorías de actividad	Actividades que la integran
Discusión de casos (pacientes)	Evaluación de seguimiento de casos vigentes
	Discusión teórica (en base a textos seleccionados a partir de interrogantes surgidos en el curso de las intervenciones)
	Presentación y admisión de nuevos casos
	Discusión del abordaje del nuevo caso
	Distribución de tareas entre miembros del equipo de salud a fin de dar curso al abordaje
Discusión de estrategias de promoción de la salud	Discusión y planteo de objetivos
	Discusión y planteo de abordaje/ acciones
	Distribución de tareas entre miembros del equipo

Galería de fotos

Registro foto gráfico: jóvenes en el barrio de Villa Hardin Green. Observación participante. Años 2012 – 2013.



**Calle Pilcaniyen 4000, Villa Hardin Green, 02/2012
Festejo de carnaval.**



**Plaza barrio 17 de agosto, sector Villa Hardin Green, 03/2012
Feria y festival barrial.**



Festival barrial, grupo de baile reggaetón y zumba, Plaza barrio 17 agosto, 03/2012



Castillo Amarillo – Programa Envión, Villa Harding Green, junio, 2012. Antes de inicio de actividad de educación sexual en el Castillo Amarillo

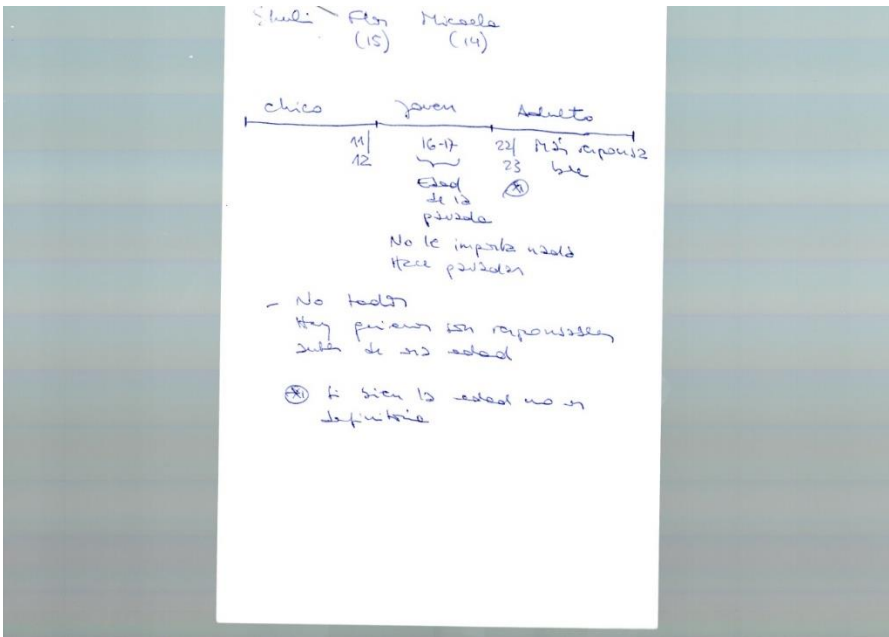
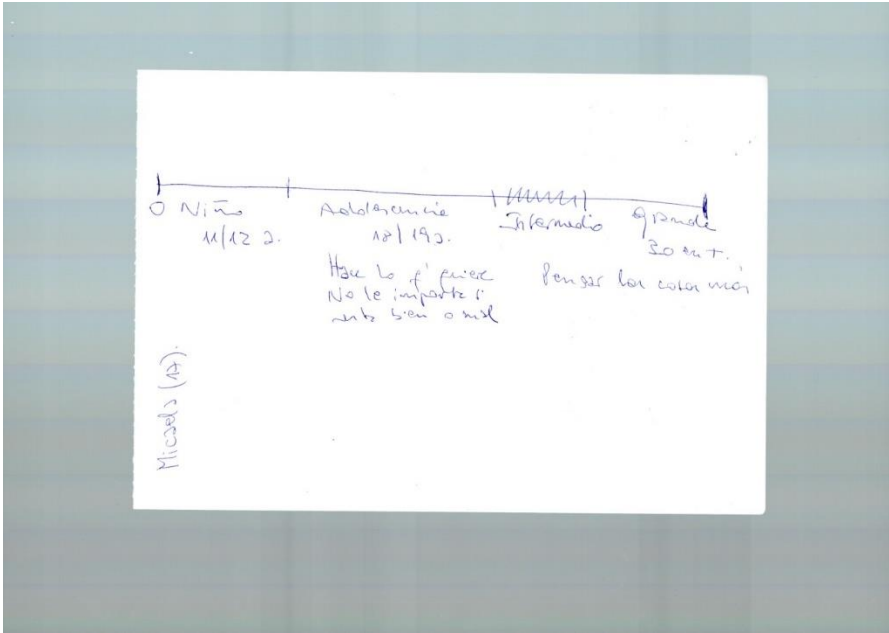


Castillo Amarillo, Programa Envión, Villa Harding Green. julio 2012. Grupo de música de jóvenes de Villa Harding Green.



Jóvenes informantes clave, Barrio Villa Harding Green

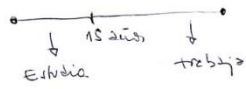
Diagramas de cursos vitales con jóvenes en VHG.



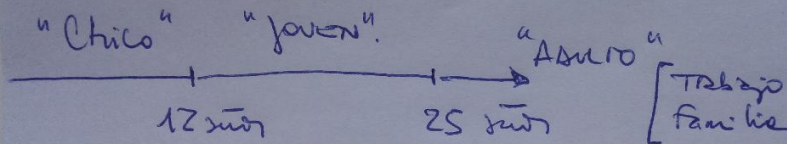
Hasta 9^{no} Año → Estudio (15 años)
 Después de 9^{no} Año → trabajo, y ya
 puede tener
 hijos

Hay quienes =
 Estudio hasta la Universidad
 (7 años). Los que quieren:
 13 años

Ciclo de vida



E (15)
 S (14)
 A (14).



E/ 16 y 17
 "ADOLESCENTE"

[No le importa nada
 solo se divierte

Dispositivos de políticas de salud. Tabla Adolescencia: propiedades y abordaje.

	Propiedades				Abordaje
	Definición [¿Qué es?]	Rango cronológico [¿Cuándo es?]	Rasgos [cómo es]	Aptitudes [capacidades] [¿Cómo puede ser?]	
<p>Documento Técnico 1 – PBA SSR</p> <p>Etapa de la vida</p> <p>Momento vital</p>	<p>De 13 a 18 años de edad. Siguiendo el Código Civil y Comercial que denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió 13 años.</p>	<p>Desarrollo de capacidades evolutivas</p> <p>Vulnerable</p> <p>Adopción de conductas de riesgo genera peligro de contraer ITS, VIH SIDA o, embarazo no planeado</p>	<p>aprender a ejercer derechos, asumiendo y compartiendo responsabilidades</p> <p>Ganar autonomía de a poco, a medida que pueden elaborar un juicio propio, tomar sus propias decisiones y asumir sus consecuencias (“autonomía progresiva”).</p>	<p>En este proceso se necesita apoyo y acceso a información.</p> <p>Reconocimiento de la <i>autonomía progresiva</i>, a partir de la cual cada niño/a puede ejercer su voluntad sobre su propia vida: a partir de los 16 tienen plena autonomía en relación al cuidado de su propio cuerpo.</p>	
<p>Programa de Adolescencia PBA</p> <p>Grupo poblacional</p> <p>Grupo etario</p>	<p>Entre los 10 y 19 años: “adolescencia temprana” de 10 a 14 años “adolescencia tardía” de 15 a 19 años</p>			<p>contemplando sus particularidades, asegurar el acceso sin barreras al sistema de salud</p> <p>espacios de atención adolescente en los establecimientos de salud</p> <p>atención diferenciada</p>	
<p>Líneas sobre los derechos y accesos de los y las adolescentes a los sistemas de salud</p> <p>(Programa Nacional de salud Integral en la Adolescencia)</p> <p>Actores estratégicos para el desarrollo de la sociedad</p> <p>Diferente de “juventud”, que no se define por procesos biológicos sino por psicosociales</p>	<p>Periodo de la vida</p> <p>de 10 a 19 años (OMS): 10-14 (temprana), 15-19 (tardía)</p> <p>13 – 18 años (Código Civil Argentino, Ley 26994/2014)</p>	<p>cambios físicos, cognoscitivos y sociales, y psíquicos incluida la madurez sexual y reproductiva</p>	<p>asumir comportamientos y funciones de adultos</p> <p>desarrollar la autonomía</p> <p>aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar</p>	<p>de una manera específica, para consolidar y garantizar la salud adulta</p>	
<p>Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina</p> <p>(Programa Nacional de salud Integral en la Adolescencia - PNSIA)</p> <p>Fase específica del curso de vida</p> <p>Momento único de la vida</p> <p>Distintas adolescencias.</p>	<p>De 10 a 19 años (OMS): población destinataria de las acciones del PNSIA</p>	<p>Cambios físicos, cognoscitivos y sociales</p> <p>Cada adolescente es un ser único marcado por el contexto histórico y el medio socio-cultural en el que vive, por su pertenencia de clase, etnia y genero entre otros factores.</p> <p>Expuestos a riesgos específicos, y gran parte de su problemática es de orden social”</p>		<p>atención especial distinta de la que hay que prestar a niños y adultos</p> <p>específico, diferente de aquellos destinados a otras poblaciones, respaldado por un marco normativo, fomentando la participación multisectorial y en todos los niveles de atención, e incluyendo la participación activa de los y las adolescentes</p>	

Instrumentos de política	Problemas que buscan resolver	Recursos que movilizan	Dispositivo de la política de la salud	
			Programa de Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires.	Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
Historia clínica unificada	p/p	información	X	
Campañas en medios masivos de comunicación	a/p	información	X	
Capacitación específica de recursos humanos existentes	p/p	información	X	X
Focalización por grupo de edad	p/p	regulación	X	X
Compromisos y acuerdos de gestión	a/p	regulación	X	
Garantías explícitas	p/p	información		X
Asistencia técnica en el desarrollo de espacios de atención diferenciados en establecimientos de salud	a/p-f	regulación	X	X
Generación y difusión de información sobre desempeño				X
Guías de práctica clínica				X
Generación y difusión de información sobre indicadores de salud				X

Elaboración propia en base a Chiara (2003, 2017).

CAPITULO 6

A) Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios (RPPVAP)

Villa: Urbanizaciones o autourbanizaciones informales producto de ocupaciones de tierra urbana vacante o de la afectación de tierras fiscales por el Estado para asentar a las familias provisoriamente, cuyas características son tramas irregulares (no son barrios amanzanados sino organizados en intrincados pasillos), viviendas construidas con materiales precarios, alta densidad poblacional, escaso o nulo espacio verde e infraestructura autoprovista.

Asentamientos Precarios: Barrios informales (en términos dominiales) con trazados urbanos que tienden a ser regulares y planificados, y que generalmente (aunque no de modo excluyente) cumplen algunas de las siguientes características: son decididos y organizados colectivamente, los ocupantes buscan legitimarse como propietarios, las viviendas tienen algún grado de firmeza y su ubicación puede encontrarse en tierras degradadas.

Otros: La complejidad de la realidad urbana-habitacional, exigió abrir una tercera categoría que se denominó "Otro" con el objetivo de incluir una serie de barrios con situaciones particulares que conforman parte de la misma problemática.

Según el RPPVAP en la ciudad de Bahía Blanca se han identificado 32 barrios, de los cuales 10 están categorizados como villas, 15 como asentamiento precario y 7 como otros, a partir de un relevamiento realizado entre los años 2014 y 2015.

La nómina de barrios según la tipología identificada es:

5 DE ABRIL	CARACOL II	BAJO RONDEAU VIEJO	MARIANO MORENO
TALLERES SUR	MIRAMAR	VILLA MARIANO MORENO	VILLA PARODI
ROSARIO	STELLA MARIS	DON ONESIMO	FERROCARRIL ROCA
EMPLEADOS DE COMERCIO	LOS MEXICANOS	SALADERO	SAN ROQUE
CARACOL	ESTACIÓN WHITE	17 DE AGOSTO	9 DE NOVIEMBRE
CARLOS GARDEL	WHITE NORTE	ALTOS SANCHEZ	FERROVIARIO
NOCITO	EL PORVENIR	BRITÁNICO	SPURR
ALBERDI	EVITA	PALONI	PROGRESO

Fuente: RPPVAP

B) N6mina de Unidades Sanitarias, Extensiones y Centros seg6n 6reas Program6ticas

Secretaria de Salud - 6reas Program6ticas
Plan de Salud 2015, MBB

CENTRO DE SALUD I

CENTRO DE SALUD MUNICIPAL ANTONIO MENGHINI

EXTENSION UNIDAD SANITARIA SOC. FOMENTO

DE CERRI

AREA PROGRAMATICA II

CENTRO DE SALUD MUNICIPAL LEANDRO PIÑEIRO

EXTENSION UNIDAD SANITARIA VILLA NOCITO

EXTENSION UNIDAD SANITARIA MALDONADO

UNIDAD SANITARIA VILLA BORDEU

AREA PROGRAMATICA III

UNIDAD SANITARIA ESTOMBA

UNIDAD SANITARIA AVELLANEDA

UNIDAD SANITARIA VILLA FLORESTA

UNIDAD SANITARIA LATINO

UNIDAD SANITARIA LUJAN

UNIDAD SANITARIA VILLA BELGRANO

AREA PROGRAMATICA IV

UNIDAD SANITARIA VILLA HARDING GREEN

UNIDAD SANITARIA GRÜNBEIN

UNIDAD SANITARIA VILLA GLORIA

UNIDAD SANITARIA PATAGONIA

UNIDAD SANITARIA ALDEA ROMANA

UNIDAD SANITARIA 12 DE OCTUBRE

UNIDAD SANITARIA VILLA MUÑIZ

AREA PROGRAMATICA V

UNIDAD SANITARIA ANCHORENA

UNIDAD SANITARIA VILLA MITRE

UNIDAD SANITARIA BARRIO OBRERO

UNIDAD SANITARIA VILLA AMADUCCI

UNIDAD SANITARIA DON BOSCO

UNIDAD SANITARIA SANCHEZ ELIAS

AREA PROGRAMATICA VI

UNIDAD SANITARIA VILLA ROSAS

UNIDAD SANITARIA LOMA PARAGUAYA

UNIDAD SANITARIA VILLA DELFINA

UNIDAD SANITARIA RUCCI

UNIDAD SANITARIA VILLA RESSIA

UNIDAD SANITARIA CENTENARIO

AREA PROGRAMATICA VII

CENTRO DE SALUD MUNICIPAL LEONOR N DE CAPPELLI (I.
WHITE)

UNIDAD SANITARIA SAN JOSE OBRERO

UNIDAD SANITARIA SALADERO

CENTRO DE SALUD VIII

CENTRO DE SALUD MUNICIPAL CABILDO

EXTENSION UNIDAD SANITARIA VICTORIA

SINCLAIR

AREA PROGRAMATICA IX

UNIDAD SANITARIA BELLA VISTA

EXTENSION UNIDAD SANITARIA LA FALDA

EXTENSION UNIDAD SANITARIA NAPOSTA

UNIDAD SANITARIA TIRO FEDERAL

UNIDAD SANITARIA MIRAMAR

UNIDAD SANITARIA PEDRO PICO

UNIDAD SANITARIA UNIVERSITARIO

UNIDAD SANITARIA SAN CAYETANO

AREA PROGRAMATICA X

UNIDAD SANITARIA NOROESTE
UNIDAD SANITARIA PAMPA CENTRAL
UNIDAD SANITARIA MARIANO MORENO
UNIDAD SANITARIA SAN DIONISIO
UNIDAD SANITARIA BARRIO COLON
UNIDAD SANITARIA KILOMETRO CINCO
UNIDAD SANITARIA SAN MARTIN
AREA PROGRAMATICA XI
CENTRO DE SALUD MUNICIPAL C.I.C. SPURR
CENTRO DE SALUD MUNICIPAL VILLA ESPERANZA
UNIDAD SANITARIA VILLA SERRA
UNIDAD SANITARIA VILLA ROSARIO
UNIDAD SANITARIA RIVADAVIA

Fuente: Municipalidad de Bahía Blanca. 2015

BIBLIOGRAFÍA

ABRAMO, H. (1994) *Cenas juvenis*. São Paulo: Scritta.

ACHILLI, E. L. (2007) *Investigar en antropología social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Laborde Libros.

ADASZKO, A.; PORTNOY, F. (2004) “Marco conceptual: revisión de la literatura biomédica y socio antropológica” en *El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud*. Informe final, Ministerio de Salud/CONAPRIS, CEDES, Buenos aires, pp. 7-24.

ADASZKO, Ariel. (2005) “Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo”. En GOGNA, M. (ed). *Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud de la Nación, pp. 33-67.

(2004) *El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y los programas de salud*. Informe final. Ministerio de Salud/CONAPRIS, CEDES, Buenos Aires, pp. 7-24.

(2002/2002) “Adolescentes en riesgo. Construcción médica y proceso de atención. Una perspectiva antropológica”, Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, 19:27-48.

AGUILAR P (2019) “Pensar el cuidado como problema social” en Guerrero G; Ramacciotti K; Zangaro M (comp.) *Los derroteros del cuidado*, Universidad Nacional de Quilmes.

American Academy of Pediatrics: “Adolescent Pregnancy-Current Trends and Issues: 1998”, en *Pediatrics*, Vol. 103, n° 2 pp. 516-520, 1999.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

ARNETT, Jeffrey Jensen (1999) “Adolescent Storm and Stress, Reconsidered”, *American Psychological Association*, Vol. 54, n° 5, pp 317-326.

BAEZ J. y GONZÁLEZ DEL CERRO C. (2015) “Políticas de educación sexual: tendencias y desafíos en el contexto latinoamericano, Revista del IICE/ 38.

BANCHS MA. (2000) “Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de la representaciones sociales”, Papers on Social Representations Textes sur les representations sociales, Vol 9, pp 3.1-3.15.

(1986) Concepto de “Representaciones sociales”: análisis comparativo. Revista Costarricense de Psicología, nro. 8-9, pp. 27-40

BAUMAN, Z (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

BECK U. (1998): *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.

BELTRAN PEDREIRA E (1994) “Público y privado (sobre feministas y liberales: argumentos en un debate acerca de los límites de lo político”, *DOXA*, num. 15-16, Universidad de Alicante.

BESSIN M. (1993): “Les seuils d’âge à l’épreuve de la flexibilité temporelle » en Cátedra Quetelet, *Le temps et la démographie*.

BENDIT René. HAHN, Marina y MIRANDA, Ana (comp.) (2008): *Los jóvenes y el futuro. Procesos de inclusión social y ptarones de vulnerabilidad en un mundo globalizado*. Ed. Prometeo libros. Buenos Aires.

BENEDICT, RUTH. (1938) Continuidad y discontinuidad del condicionamiento cultural, *Psychiatry*, vol. I, pp. 161-67.

BERGER y LUCKMANN (1974) *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.

BIGGART, A. et.al. (2008): Biografías de elección y linealidad transicional: nueva conceptualización de las transiciones de la juventud moderna. En: Bendit, R.; Hahn, Marina; Miranda, Ana (comps.): *Transiciones juveniles: procesos de inclusión social y*

patrones de vulnerabilidad en un mundo globalizado. Ed. Prometeo libros. Buenos Aires, p. 49 -71.

BINSTOCK, G. y PANTELIDES, E. (2005) “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico”. En M. Gogna (coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas Buenos Aires: CEDES- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- UNICEF Argentina.

(2007) “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”, en Revista Argentina de Sociología, Vol. 5, Nº 9, Buenos Aires.

BINSTOCK G y GOGNA M (2014) “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en la Argentina”, en Cavenaghi y Cabella (orgs) *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, ALAP.

BONET, O. (1997) “Saber y sentir. Los Protocolos y las Prácticas en el Cotidiano de la Biomedicina”, V Congreso de Antropología Social, La Plata.

BORGERHOFF MULDER, MONIQUE Y T. M. CARO (1985). “El uso de técnicas observacionales cuantitativas en antropología”. En: *Current Anthropology*, vol. 26, Nº 3, June, pp. 323 a 335.

BOURDIEU, P. (1993) “La juventud es apenas una palabra”. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BURRONE et al. (2007) “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el Municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”, *Revista de Salud Pública*, vol. XI, nro. 2

CAMARGO Jr (2005) A biomedicina. En *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Río de Janeiro, 15 (suplemento); 177-201.

CARD, J. y WISE, L. 1978. "Teenage Mothers and teenage Mothers: the impact of early childbearing on the parents personal and professional lives". Family Planning Perspectives. Vol. 10, N° 4, p. 199-205.

CASAL, GARCIA, MERINO, QUESADA (2006) "Aportaciones teóricas y metodológicas a la sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición", Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Sociología, Bellaterra, España.

CASSAB, C. . Contribuição à construção das categorias jovem e juventude: uma introdução. Locus (UFJF) , v. 17, p. 145-159, 2012.

CASSAB, Maria A. T. Jovens pobres e o futuro: a construção da subjetividade na instabilidade e na incerteza. Rio de Janeiro: Intertexto, 8

CEIRANO, Virginia (2000) "Las Representaciones Sociales de la Pobreza". Cinta de Moebio, núm. 9, 2000 Universidad de Chile, Santiago, Chile

CERRUTTI, M. y PANTELIDES, E. (1992) "Cuántas y quiénes son las adolescentes que tienen hijos". En Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia". Buenos Aires: CENEP, Serie Cuadernos del CENEP n° 47.

CHIARA, M (2017) "Entre los programas y los servicios: las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003 – 2011), Gestión y política pública, vol. 2017; 191 – 222.

CHECA Susana (2015) "Género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia en contextos urbanos". En Carpio J. y Minujin A. *Ciudades divididas. Infancia e inequidad urbana*, EDUNTREF.

CLIMENT, G (2003) "La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas" en Revista Argentina de Sociología, vol. 1, nro. 001, Buenos Aires, pp. 77-93.

(2009) “Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: la perspectiva de las adolescentes embarazadas” en CUADERNOS FHyCS-UNJu, Nro. 37:221-242, Año 2009.

COIMBRA, C. & NASCIMENTO, M. L. do. (2003) “Jovens pobres: o mito da periculosidade”. In: FRAGA, P.C.P. e JUNIANELLI, M.A.S. (orgs.). *Jovens em tempo real*. Rio de Janeiro: DP&A, 8

COIMBRA, C. C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. (2005) Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 2-11.

COLÁNGELO M.A. (2003) “La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje”. *Infancias y Juventudes. Pedagogía y Formación*.

(2008) “La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos de siglo XX”, *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

(2019) *La crianza en disputa. Medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930*, Ediciones UNGS, Buenos Aires.

CRIVOS M (1988) “Estudio antropológico de una sala de hospital”, *Medicina y Sociedad*, vol. 11, nro. 5/6.

(2004) “Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquíes (Salta, Argentina)”. Tesis de Postgrado. Universidad Nacional de La Plata. PrEBi. Proyecto de Enlace de Bibliotecas. SeDiCI. Servicio de Difusión de la Creación Intelectual <http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>

DAVILA LEÓN, O (2004) “Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes”. *Revista Última Década*, 21, pp. 83-104.

DEBERT GUITA Grin. (2010). A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. *Horizontes Antropológicos*, 16(34), 49-70.

DENZIN, N. y LINCOLN, Y. S. (2005) Introducción. La disciplina y la práctica de la investigación cualitativa. En Denzin, N. & Lincoln, Y. S. (2005) (Editores) *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-32). Thousand Oaks: Sage Publications. (Documento de Cátedra N°13- Metodología y Técnicas de la Investigación Social, carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, profesora titular: Ruth Sautu. Traducción resumida al español por Carolina Najmías y María Pía Otero).

DEL RIO FORTUNA C. y LAVIGNE L. (2010) “Una mirada antropológica de dos políticas públicas en sexualidad en la ciudad de Buenos Aires”, *Propuesta educativa*, num. 33, pp. 95-104

DONZELOT, J. (1970) “La policía de las familias” Editorial Paidós.

DOUGLAS M: (1996) *La aceptabilidad del riesgo en ciencias sociales*. Barcelona, Editorial Paidós.

DURHAM, E. (1992) *La investigación antropológica con las poblaciones urbanas: problemas y perspectivas*. *Alteridades*, vol. 2, núm. 3, 1992, pp. 116-125 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México.

EMBER, M (1985) Evidencia y ciencia en etnografía: reflexiones sobre la controversia Freeman-Mead. En: *American Anthropologist*, vol. 87, 1985, pp 906-917.

EPELE M (2007) “Sobre las barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y Atención Primaria de la Salud” en Maceira D (comp.) *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*, PAIDOS, Buenos Aires.

EQUIVEL V. (2011) *La economía del cuidado en América Latina. Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, pnud, Panamá.

FAINSOD, P. (2004) “Pobreza, adolescencia y escuela media. Algunas reflexiones sobre las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y adolescentes madres en contextos de pobreza”. VI Jornadas de Sociología, Buenos Aires.

(2008) “Embarazos y maternidades adolescentes. Desafíos de las escuelas”. En MORGADE, G y ALONSO, G (compiladoras) *Cuerpos y Sexualidades en la Escuela. De la “normalidad” a la disidencia*. Buenos Aires: Paidós, pp. 231-250.

FAUR E (2003) “¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia” en Checa S (comp) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, PAIDOS, Buenos Aires.

(2018) “La Catedral, el Palacio, las aulas y la calle. Disputas en torno a la educación sexual integral”, Debates Revista Mora, del IIEGE. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.N 25.

FEDERICI S. (2018) *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Tinta Limón, Buenos Aires.

FEIXA, C. 1996. “Antropología de las edades”. En PRATT, J. y MARTINEZ, A. (editores). *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona: Editorial Ariel, p. 319 a 334.

1999. *De jóvenes, bandas y tribus. Antropología de la juventud*. Editorial Ariel S:A:, Barcelona.

FERNANDEZ Ana María ([1993] 2006) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós, Buenos Aires.

FIZE M. (2007) *Los adolescentes*, Fondo de Cultura Económica, México.

FOUCAULT M. (1992) *Microfísica del poder*, Las ediciones de La Piqueta, Madrid.

(2002) *Historia de la sexualidad. 1- La voluntad del saber*, Siglo veintiuno editores, Argentina.

FRASCHETT, Augusto. “O mundo romano”. In. LEVI, G. & SCHIMITT, J.C. (Orgs.). *História dos jovens: da Antigüidade à Era Moderna*. São Paulo: Cia. das Letras.

FRASER N, (2012) “La política feminista em la era del reconocimiento: um enfoque bidimensional de la justicia de género”, *ARENAL*12:2, pp. 267-286.

FREEMAN, Derek. 1983. Margaret Mead and Samoa. The Making and Unmaking of an Anthropological Myth. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

FREIDIN, B. y NAJMIAS, C. (2011). Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas. Espacio Abierto- Cuaderno Venezolano de Sociología, 20(1): 51-70.

FRIGERIO, A. (s/f) “La construcción de los problemas sociales: cultura, política y movilización”. Boletín de Lecturas Sociales y Económicas, UCA – FSCE, año 2, n°6.

GARCIA SUAREZ, C. I. y PARADA RICO, D. A. (2017) “Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas”, *universitas humanística* n° 85, pp. 347 – 373.

GARRIZ E Y FORMIGA N (2010) “Construcción de territorialidades y fragmentación socio espacial: agentes y acciones, Scripta Nova REVISTA ELECTRÓNICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98 Vol. XIV, núm. 331 (79)

GASTRON L., ODDONE, M.J. (2008). “Reflexiones en torno a tiempo y el paradigma del curso de la vida”. En *Revista Perspectivas en Psicología, Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Vol.5 Nro.2. 2008.

GENTILE M.F. (2011) “La restitución de la niñez como forma de inclusión social en un centro de día para ‘chicos de la calle’ en Buenos Aires”, *Rev. Ciencias Sociales* 131-132: 75-88 / 2011 (I-II) ISSN: 0482-5276

GOGNA, Mónica et al. (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.

(1996) “El embarazo adolescente: diagnóstico de situación y lineamientos para la intervención”, Secretaría de Desarrollo Social, Sub-secretaría de proyectos sociales.

GOOD, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Cambridge.

GRIMBERG, M. 1998. "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía". Seminario- Taller de Capacitación de Formadores.

GROGGER, J. y BRONARS, S. 1993. "The socioeconomic consequences of teenage childbearing: findings from a natural experiment". *Family Planning Perspectives*. Vol. 25, pp. 156-161.

GROPPO, Luis Antonio. *Juventude: ensaios sobre a sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: DIFEL, 8====, p. ;K.

GUERRERO G; RAMACCIOTTI K; ZANGARO M (comp.) *Los derroteros del cuidado*, Universidad Nacional de Quilmes. <https://deya.unq.edu.ar/publicaciones/cuidado/>.

HARRIS, M. 1983. *Antropología Cultural*. Buenos Aires: editorial Alianza.

1999. *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. Siglo XXI editores.

HEILBORN, Maria Luiza; FAYA, Alfonsina e SOUZA, Josué Ferreira (2014) "Juventude e Sociabilidade em um "território pacificado" no Rio de Janeiro", *Revista ACENO*, vol. 1, nro 1., pp. 102-122

HEINZ, W. R. (2001) : "Work and the life course: A cosmopolitan-local perspective". En Marshall W. et al. (edit.), *Restructuring work and the life course*, Toronto, University of Toronto Press, p.3-22.

HENRIQUES-MUELLER M.H. y YUNES J., 1993. *Género, Mujer y Salud en las Américas. Adolescencia: Equivocaciones y Esperanzas*. Public: 541- OPS, Wash.

HERNÁNDEZ SAMPIERI et.al. (1998) *Metodología de la investigación. Segunda edición*, McGRAW-HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V.

HOBBSBAWM E (1988) *En torno a los orígenes de la revolución industrial*. Siglo XXI editores.

HUESO, A. y CASCANT, M^a J. (2012) *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. Cuadernos docentes en proceso de desarrollo*. EDITORIAL UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

JODELET, Denise, Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. Espacios en Blanco. Revista de Educación [en línea] 2011, 21

KRAUSKOPF, D. (2004) “Comprensión de la juventud. El ocaso del concepto de Moratoria psicosocial”, Joven. Revista de estudios sobre juventud, año 8, n°21, pp. 26-39.

(2005) “El desarrollo juvenil contemporáneo: entre la integración y la exclusión”, Seminario internacional La escuela media hoy. Desafíos, debates y perspectivas, Huerta Grande, Córdoba.

(2010) “La condición juvenil contemporánea en la constitución identitaria”, Última década n° 33, CIDPA Valparaiso, pp. 27 – 42.

LAVIGNE L. (2016) *Una etnografía sobre sexualidades, género y educación. La educación sexual integral en la ciudad de Buenos Aires como política de gestión de la sexualidad juvenil*. Tesis de Doctorado en Antropología, UBA.

LE BRETON D (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

(2004) “La antropología de las conductas de riesgo en jóvenes”, *Body & Society*, vol. 10, n°2.

(2008) *La sociología del cuerpo*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires

(2012) “Las conductas de riesgo de los jóvenes”.

LLOVET, J.J y RAMOS, S. (1986) “La planificación familiar en Argentina: salud pública y derechos humanos”. En Cuadernos Médicos Sociales.

MAGARIÑOS DE MORENTIN, J. (1996). Los fundamentos lógicos de la semiótica y su práctica. Buenos Aires: Edicial.

(1998). "*Manual operativo para la elaboración de 'Definiciones contextuales' y 'Redes Contrastantes'*", en *Signa*. Revista de la Asociación Española de Semiótica, N° 7, pp. 233-253.

MARGULIS, Mario & URRESTI, Marcelo (2000) "La juventud es más que una palabra". En: Margulis, M. (org.). *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires, Biblos.

(1998) "La construcción social de la condición de juventud" disponible en www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mario_margulis_y_marcelo_urresti_-_la_construccion_social_de_la_condicion_de_juventud_urresti.pdf

MARGULIS (2003) *Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*, Ed. Biblos, Buenos Aires.

MAXWELL, J. A. (1996). A model for Qualitative Research Design. En *Qualitative Research Design. An Interactive Approach* (pp. 1-13). Thousand Oaks: SAGE.

MAYER, Karl U. and Urs Schoepflin. (1989): "The State and the Life Course". En: *Annual Review of Sociology*.

MEAD, M. 1985. *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

MENDIZABAL, N. 2007. "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa". En VASILACHIS DE GIALDINO. *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa, pp. 65-105.

MOLINA, M.; FERRADA, C.; PEREZ, R.; CID, L.; CASANUEVA, V.; GARCIA, A. 2004. "Embarazo en la Adolescencia y su relación con la deserción escolar", *Revista Medica de Chile*. N° 132, pp. 65-70.

MORGADE, G. y ALONSO G (2008). *Cuerpos y sexualidades en la escuela. De la "normalidad" a la disidencia*. Paidós.

MORO, J. (2015) "La desigualdad en el acceso a la salud de niños y adolescentes en el Gran Buenos Aires", Carpio y Minujin (comp) *Ciudades divididas. Infancia e inequidad urbana*, EDUNTREF.

NOCETI, MB. 2008. *Niñez en riesgo social y políticas públicas en la Argentina*. Bahía Blanca: EDIUNS.

2008. "Niñez institucionalizada en Argentina. Discordancias entre discursos y prácticas", *Gazeta de Antropología*, 24 (2), artículo 39.

2009. *Cadena de favores. Voluntariado universitario y acción comunitaria*, Libros en Colectivo.

2011 "Niñez en riesgo, conceptualizaciones cotidianas y acciones políticas en Argentina", en *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 18, núm. 57, septiembre-diciembre, 2011, pp. 145- 163 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México

2017 "Caracterización cuali-cuantitativa del trabajo infantil en Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina (2010-2013)", *KAIROS Revista de Temas Sociales*, año 21, n° 39.

ODDONE M.J. (2006) "Envejecimiento, empleo y desempleo de los trabajadores de mayor edad. Trayectorias de vida laboral en el capitalismo globalizado. Un enfoque etnográfico". Tesis de Doctorado Antropología, UBA.

ORANS M. (1996) *Not Even Wrong: Margaret Mead, Derek Freeman, and the Samoans*. Chandler & Sharp Publishers.

ORTALE, S (2008) "Los programas de salud sexual y reproductiva y la maternidad adolescente en el partido de La Plata. Discusiones a la luz de los derechos humanos y el enfoque de género", *Actas del IX Congreso Argentino de Antropología Social*, Misiones, Argentina. Disponible en <http://cdsa.aacademica.org/000-080/341.pdf>

(2009) "Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata (Buenos Aires, Argentina)". *Avá, Revista de Antropología*, nro 15, Misiones.

OSZLAK, G. (1981) “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”, CEDES, Buenos Aires.

PADUA J (1996) *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*, Fondo de Cultura Económica, México.

PALAZZANI V. (2020) La implementación de la Ley de Educación Sexual Integral en escuelas secundarias de gestión estatal de la ciudad de Bahía Blanca. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Humanidades. Bahía Blanca, Argentina.

PERROT, Michelle. “Figuras e papéis”. In: ARIÉS, P. & DUBY, G. (Orgs.). *História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, vol.M, (HH).

PATEMAN C. (1996) “Críticas feministas a la dicotomía público/privado” en Carme Castells (comp) *Perspectivas feministas en teoría política*, Paidós, Barcelona.

RAGGIO L (2018) (comp) *Antropología de las políticas sociales y culturales. Estudios sobre su implementación y perspectivas futuras*, UBA.

RAMBORGER, M. A. et.al. (2018). Confort climático del sector norte y sur de la ciudad de Bahía Blanca. *Geograficando 14* (1), e037. <https://doi.org/10.24215/2346898Xe037>

REMORINI, C. 2008. Aportes a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya Guarani de Misiones, Argentina. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. (2015) Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad* n°256. Pp 30- 44. marzo abril.

RUBIO ML. Y SANTARELLI S. (2011) “Lugares rechazados por los adolescentes de la ciudad de Bahía Blanca”, *Revista Universitaria de Geografía*, 20, 11-39.

SANCHEZ PARGA, J (2004) *Orfandades infantiles y adolescentes. Introducción a una sociología de la infancia*. Ediciones ABYA-YALA, Ecuador.

SAUTU, R. (2005). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.

SEGALEN, M (2005) *Ritos y rituales contemporáneos*, El libro de bolsillo Antropología Editorial Alianza.

SHORE, C (2010) “La antropología y el estudio de la política pública. Reflexiones sobre la formulación de las políticas”. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, n°10, pp. 21- 49.

SZULC, A. (2006). *Antropología y niñez: de la omisión a las ‘culturas infantiles’*. En: Wilde, G y P. Schamber (Eds) *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos*. Buenos Aires: Editorial SB.

SZULC, A. et.al (2009) “La investigación etnográfica sobre y con niños y niñas. Una mirada desde la antropología. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

SZULIK, D. et.al. (2002) “La responsabilidad de los médicos ante las políticas públicas sobre anticoncepción y aborto”, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), disponible en <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3866/1/SSPP200206.pdf>

Society for Adolescent Medicine: “Reproductive Health Care for Adolescent. A Position Statement of the Society for Adolescent Medicine”, en *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, n° 8, pp. 649-661, 1991.

STERN, Claudio (1997) “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, *Salud Publica de México*, Vol. 39, N° 2, pp. 137-143.

(2001) “Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente”, *Sexualidad, salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. Stern C. Figueroa P.G. (comp), México

TREMBLAY, M (1982) The key informant technique: a non ethnographic application, en Burgess, R (ed.) *Field research: a sourcebook and field manual*. Allen and Unwin, London.

TUBERT, S. (1986). “La estructura adolescente”. En *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*.

URRESTI, M (2003) “La dimensión cultural del embarazo y la maternidad adolescente”. En Mario Margulis y otros *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural de la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Ed Biblos.

URRIZA, G. (2003) “El mercado de suelo urbano en Bahía Blanca, Argentina. La consolidación de un modelo de crecimiento urbano de diferenciación socioespacial”. Tesis presentada al Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2016) “Expansión urbana, tierra vacante y demanda habitacional en Bahía Blanca. Modelos de ciudad y política urbana en debate”, *Quid* 16 N°6 (281-320).

URRIZA, G y GARRIZ, E (2014) “¿Expansión urbana o desarrollo compacto? Estado de situación en una ciudad intermedia: Bahía Blanca, Argentina”, *Revista Universitaria de Geografía*, 23 (1-2), 97-124.

VALLES, Miguel S. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis, Madrid.

VEYNE, Paul. “O império romano”. In: ARIÉS, P. & DUBY, G. (Orgs.) *História da vida privada: do Império Romano ao ano mil*. São Paulo: Companhia das Letras.

VILLAREAL, M. 1998. “Adolescent Fertility: socio-cultural issues and programme implications”. Food and Agricultura Organization of the United Nations, Roma.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (2016) “El nativo relativo”, Avá. Revista de antropología, num. 29, pp. 26-69, Universidad Nacional de Misiones.

(1996) “Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo amerindio”, Mana 2 (2): 115 – 144.

WALLACE S, ENRIQUEZ-HAAS V. (2001) Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Pública; 10:18-28.

WELLER, S. (2000) “Salud reproductiva de los las adolescentes. Argentina 1990 – 1998” En Oliveira, M.C. (org.); Cultura Adolescência Saúde: Argentina, Brasil e México, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, Campinas, 2000.

Fuentes documentales

- Ley Nacional N° 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-25673.pdf>
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud. Abril, 2003, Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley 13066, de creación de Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Resolución 3167/2015 Ministerio de Salud. Cambio de nombre programa provincial.

Ley 14.738 Modifica la Ley 13.066 que creó programa que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable. Crea consejerías.

Documento Técnico N° 1 Consejerías en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Herramienta para orientar el trabajo de los equipos de salud. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, abril de 2017.

- Disponibles en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/rectoria/marco-normativo/>
- Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludintegralenadolescencia>
 - “Lineamientos sobre derechos y accesos de los y las adolescentes a los sistemas de salud” (2015). Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>
 - “Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina” (2016). Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>
 - “Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad”. Disponible en <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento108.pdf>
 - Programa de Adolescencia, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
 - Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia 2017-2019. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/argentina_documento_plan_nacional_de_preencion_y_reduccion_embarazo_no_intencional_en_la_adolescencia_vf.pdf

