

EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: FORMULACIONES Y EXPERIENCIAS

Susana Ortale

Universidad Nacional de La Plata

Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires

Introducción

Este trabajo²⁷ tiene por finalidad caracterizar las concepciones de género presentes en los lineamientos y en las acciones desarrolladas por los programas de salud sexual y reproductiva de la provincia de Buenos Aires (Argentina) a partir de la aprobación de la Ley Nacional 25.763 de Salud Sexual y Reproductiva en 2002 (SSyR) y de la Ley Provincial 13.066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en 2003 y observar su incidencia en la promoción de derechos a la SSyR y de relaciones más equitativas a partir de la recuperación de experiencias de distintos actores (funcionarios, médicos y madres adolescentes pobres).

La puesta en foco en estas últimas, cuya fundamentación se desarrollará luego, requiere el análisis de las variables principales que afectan el acceso igualitario al derecho a la salud sexual y reproductiva: las relaciones de género, la edad y la posición de clase en torno de las cuales se organiza y disputa el acceso a recursos, a su distribución, a la lucha por su control.

27 Enmarcado en un proyecto de investigación sobre pobreza, políticas sociales y género, dirigido por Amalia Eguía y Susana Ortale, radicado en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMeCS), dependiente del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS, UNLP/CONICET) y de la Comisión de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC/PBA). Contó con el apoyo de subsidios del CONICET, la CIC, la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva y el Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Asimismo constituye mi línea de investigación como investigadora de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

28 Las posturas esencialistas plantean que la identidad femenina está dada, se basa en una diferencia sexual genuina y existe como modelo originario previo a la dominación patriarcal. En esta postura con diversidad de matices se incluyen: Luce Irigaray, Sara Ruddick y Jean Elshtain, Carol Pateman. Las posturas no esencialistas sostienen que las relaciones de género son producto de una construcción social, planteando que la diferencia sexual no debe ser un dato relevante sino que debe ponerse el acento en las relaciones de subordinación que se dan en los diversos ámbitos; planteo clave de las luchas feministas.

El problema que nos ocupa realiza una intersección entre diferentes dimensiones de la vida (sexualidad, reproducción) y variables de las personas (género, edad) íntimamente ligadas a procesos biológicos, razón por la cual constituye un problema resistente a su desnaturalización. No obstante, se reconoce el potencial transformador o la capacidad instituyente de algunos actores que, en determinados contextos, pueden operar en este campo.

La metodología utilizada se basa en una aproximación predominantemente cualitativa de recolección y de análisis de información proveniente de fuentes primarias y secundarias. A partir de información documental y del relato de médicos/as y de adolescentes sobre sus experiencias y evaluaciones sobre el acceso y calidad de los programas y servicios, se discutirán los logros referidos a la equidad de género e intergeneracional, considerando como elementos esenciales los siguientes derechos: a la información, a tomar decisiones autónomas, a una atención de salud adecuada y oportuna, a recursos suficientes y de calidad para el ejercicio de una sexualidad libre de riesgos, a no ser discriminado, a tener relaciones libres de violencia, a participar en la reorientación de los servicios y programas.

Género, adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y políticas sociales

Reconocemos que la problematización del género la debemos a movimientos feministas que impulsaron debates a partir de los cuales se fueron redefiniendo enfoques y posicionamientos políticos, pudiéndose distinguir posturas esencialistas y no esencialistas²⁸. Luego, distintas corrientes en torno a la relación entre género y desarrollo (DI MARCO, 2005) fueron perorando las políticas sociales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos abrió el camino de un proceso que implicó una ampliación progresiva de ciudadanía, ampliación que fue posible por las acciones del movimiento social de mujeres en las últimas cuatro décadas. Éstas influyeron fuertemente tanto en la redefinición de las políticas nacionales como en los organismos internacionales dando lugar a la aparición de instrumentos consagradorios de nuevos derechos y nuevas especificaciones.

La aparición y difusión de los métodos anticonceptivos en la década de 1960 otorgará a la mujer el dominio sobre su propio cuerpo y el control de la reproducción. A partir de entonces, la maternidad deja de ser vista como un destino y emerge la posibilidad de considerarla resultado de una elección responsable (Di Marco, 2005).

En 1979 se aprueba la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la mujer (CEDAW). Este documento cuestionó las diferencias de género y reconoció la especificidad del cuerpo, resaltando la necesidad de las mujeres de recibir información y atención adecuada en lo relativo a su función reproductiva.

En relación al debate sobre la inclusión o no de las adolescentes en la CEDAW, el Comité de seguimiento en una de sus recomendaciones aclaró que el término mujeres incluye a niñas y adolescentes (FAUR, 2005).

Respecto a las políticas de infancia y adolescencia, puede observarse que ellas han sufrido importantes transformaciones a lo largo del siglo XX implicando diferente tipo de acciones e intervenciones por parte del Estado. Como señalan Balardini y Miranda (2000), las diferentes políticas suponen diferentes éticas y concepciones de la sociedad y de la posición que en ella se les destina a los y las adolescentes y jóvenes. Implican el reconocimiento de nuevos sujetos sociales pero también la incorporación de diferentes visiones sobre la problematización de la adolescencia y juventud y la incorporación de distintas formas de control social²⁹.

²⁹ Es importante destacar que la medicalización de la adolescencia transfirió el problema de la adaptación desde el plano moral, al que respondían instituciones punitivas, hacia el plano individual psicológico en el que se proponen respuestas terapéuticas y educativas. Es a mediados de siglo XX que se crean los primeros servicios de salud especializados en atender a adolescentes, consolidando en el imaginario colectivo la representación que actualmente persiste sobre la adolescencia (BALARDINI Y MIRANDA, 2000).

A partir de la sanción de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989) (CDN), niños y adolescentes dejan de ser considerados por lo que les falta, como seres inacabados, incompletos. Se reconoce que todos los niños son sujetos de derecho más allá de su realidad económica y social y estos derechos deben ser garantizados por el Estado.

La Convención plantea dos cuestiones centrales que se tensionan en la realidad:

a) “la consideración de los niños/adolescentes como sujetos plenos de derecho, merecedores de respeto, dignidad y libertad. Con este enfoque se abandona el concepto del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado, la sociedad.

b) la consideración de los niños, niñas y adolescentes como personas con necesidad de cuidados especiales. Cuestión que supone que, por su situación particular de desarrollo, además de todos los derechos que disfrutaban los adultos, ellos tienen derechos especiales.” (MÉNDEZ, 2005:75).

A partir de este paradigma se consolida una nueva base jurídica que permite refundar el concepto de ciudadanía: la infancia y adolescencia pueden ser comprendidas entonces, como la etapa en el desarrollo vital de una persona a través de la cual se empieza a ejercer una ciudadanía social y se accede paulatinamente a la titularidad de derechos, al desarrollo de una ciudadanía plena. Es importante destacar que la CDN hace expresa mención a la diferencia sexual entre mujeres y varones pero no interpela las relaciones sociales de género, ni la discriminación existente en la simbolización de esta diferencia, siendo por tanto, como plantea Eleonor Faur, una convención neutral en términos de género.

En pos de su logro, cabe al Estado garantizar y proteger los derechos de los niños y adolescentes y brindar apoyo a las

familias para que puedan cumplir su función “primordial”, desarrollando políticas públicas de carácter integral. Los niños y niñas, desde esta perspectiva, son considerados ciudadanos, sujetos portadores de derechos y las familias, las instituciones y el Estado tienen la responsabilidad de preservarlos.

Sintetizando podemos afirmar que la atención a los adolescentes fue un motivo de preocupación de varias conferencias internacionales y regionales suscriptas por la Argentina: CEDAW (1979, ratif. 1985), Convención Internacional de los Derechos del Niño (1994, ratif. 1995), III Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Viena, 1993), Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

A partir de las conferencias de El Cairo y de Beijing, el marco de derechos sexuales y reproductivos sostiene los derechos a: tener acceso a información actualizada y científicamente correcta; ejercer control sobre el propio cuerpo; tener relaciones sexuales cuando, con quien y como quieran tenerlas, y que no se les obligue a tenerlas; tomar decisiones sobre la propia sexualidad; tener goce sexual; protegerse contra los riesgos de la actividad sexual, tales como el embarazo no buscado, las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA; tener acceso a servicios no prejuiciosos y sensibles que les ayuden a manejar asuntos relacionados con la salud sexual.

El Plan de Acción de El Cairo (1994) menciona las deficiencias presentes en los países latinoamericanos en relación a la salud sexual y reproductiva, evidenciadas por los estudios y datos existentes. Las principales carencias refieren a la falta de educación sexual, lo que aumenta los riesgos de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la existencia de embarazos no deseados. Las condiciones de pobreza y vulnerabilidad afectan las posibilidades de permanecer en el sistema educativo, lo que refuerza la reproducción de la pobreza. Por eso

se recomienda atender sus necesidades especiales y establecer programas apropiados, conteniendo enseñanza y orientación de los y las adolescentes sobre la igualdad de los sexos, violencia, conducta sexual y reproductiva responsable, salud reproductiva y la prevención de ETS y VIH/SIDA, programas de prevención y tratamiento de abuso sexual e incesto, servicios de planificación familiar para aquellos adolescentes que tengan una vida sexual activa y apoyo social y familiar para las adolescentes embarazadas.

Problematización de la maternidad adolescente

En la Argentina, la maternidad adolescente aparece como problema de salud pública en 1960. (GOGNA, 2005). El mismo ha sido construido por los adultos y por las instituciones que velan por la salud pública cuyos objetivos no explicitados tienen por función controlar su sexualidad -sobre todo femenina- y la reproducción, siempre en función de necesidades definidas históricamente³⁰.

Desde entonces el énfasis está puesto en el riesgo que representa para la diada madre-hijo/a -activado por conductas inmaduras, irresponsables e irreflexivas- y en la contribución de la maternidad/paternidad adolescente en la perpetuación de la pobreza. No se tematiza la incidencia de ésta en las condiciones en las que se desarrollan los y las adolescentes ni en la del “mundo adulto” en generar condiciones favorables a los jóvenes padres/madres. Tal como plantean algunos autores, la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad ante determinadas presiones y situaciones de riesgo, entendiéndola como la exposición derivada de la falta de información y/o acceso a los recursos necesarios para poner en práctica la información de la que se dispone, sea esto por factores socioeconómicos o culturales como las relaciones de género.” (PECHENY, 2000).

En este sentido, los principios formulados por Sen *et al.* (2005) sirven de fundamento para determinar si un método

³⁰ En tal sentido cabe destacar que recientemente (2009) la OMS prolongó 6 años el período adolescente, abarcando a la población de 12 a 25 años. Fuente: <http://www.eldia.com.ar/edis/20090517/informaciongeneral12.htm> (consultada el 10/1/2010)

o intervención son justos o no sobre la base de su capacidad para promover la salud y proteger los derechos al bienestar social³¹.

Señalan que cualquier análisis de la equidad de género y de salud reconoce que las diferencias en las necesidades de salud de las mujeres y los hombres vinculadas con diferencias biológicas e históricas no conducen *naturalmente* ni justifican una situación social o derechos diferentes o desiguales en las sociedades que pretenden ser justas.

El reconocimiento de que las diferencias se mantienen debido a la discriminación social exige que las medidas para lograr la equidad en salud se concentren en políticas que promuevan resultados iguales, hecho que requiere un tratamiento diferente para superar la discriminación histórica.

El género parece influir en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a las diferencias en exposición y en vulnerabilidad; en la gravedad y las consecuencias de la enfermedad; en el acceso a los recursos para la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; en la experiencia y las consecuencias de la mala salud, y en las respuestas del sector de la salud³².

La afirmación de que la mayor morbilidad de las mujeres obedece a sus necesidades de salud reproductiva es válida para ciertos países, particularmente aquellos de ingreso bajo en los cuales los problemas de salud reproductiva manifiestan un peso importante de las diferencias de salud según el género

(COTTINGHAM Y MYNTTI en SEN *et al.*, 2005).

Partiendo de estas consideraciones, el foco de estudio en la maternidad adolescente de mujeres pobres deriva de los siguientes fundamentos:

- En el plano de la vida reproductiva, las desigualdades de género se traducen en tendencias epidemiológicas (modificaciones en la tasa de masculinidad de la infección por VIH, tendencias del embarazo adolescente -particularmente temprano-, mortalidad materna derivada de abortos mal practicados, desigualdad en las posibilidades de acceso a abortos en condiciones sanitarias seguras, entre otras), cuyas consecuencias para la vida de las mujeres son amplias y en muchos casos duraderas.

- Las dificultades en el acceso a la información y a los recursos anticonceptivos son especialmente marcadas en las mujeres más pobres y más jóvenes, con consecuencias en los embarazos no buscados y los abortos inducidos.

La literatura en nuestro país muestra que los indicadores sociales explican diferencias en los comportamientos demográficos y en el acceso a los servicios sociales de la población (educación, salud) según su ubicación en la distribución de los ingresos, plasmándose -entre otras cosas- en niveles diferenciales de fecundidad, fecundidad adolescente y morbi-mortalidad materna e infantil.

Según información correspondiente a los principales aglomerados urbanos del país³³ (LUPICAY COGLIANDRO, 2007), las madres de 14 a 49 años pobres y con menor nivel

31 Las autoras plantean que a) donde la diferencia biológica interactúa claramente con factores determinantes sociales para definir las diferentes necesidades y experiencias de mujeres y hombres en el ámbito de la salud, la equidad de género puede exigir un tratamiento cualitativamente diferente que sea sensible a esas diferentes necesidades y b) cuando no hay ninguna razón biológica verosímil que explique los diferentes resultados, deberá considerarse que la discriminación social es la principal sospechosa de causar resultados de salud poco razonables.

32 Ejemplos vinculados al sesgo de género presente en el campo de la salud se manifiestan por ejemplo en la prevalencia de las infecciones genitales y la aceptabilidad de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, especialmente entre las mujeres pobres de los países en desarrollo, problemática reconocida a partir de los 90. Se suponía hasta ese entonces que las quejas de las mujeres acerca del malestar o el dolor ante la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) eran imaginarias y podían ignorarse. El descubrimiento de la amplia prevalencia de las infecciones de los órganos genitales que explicaban tales molestias se retrasó por mucho tiempo pudiendo haber servido tales síntomas como una temprana señal de alerta si no hubieran rechazado esas quejas como irracionales o psicósomáticas (GERMAIN *et al.* en SEN *et al.*, 2005). Otros ejemplos mencionados por Sen se vinculan con la prevalencia de la violencia doméstica y sus consecuencias para la salud física y mental de las mujeres -abuso físico, emocional o psicológico, depresión- (SEN *et al.*, 2005).

33 2° semestre de 2005 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

educativo tienen 2 hijos/as más que el promedio (2,5 al finalizar la etapa fértil), y a edades más tempranas (4 años antes según el nivel económico y 6 años antes según nivel educativo), brechas que se ha acentuado en las madres que tuvieron su primer hijo/a entre el 2004-2005.

Es importante tener en cuenta que, según datos del censo nacional 2001, sólo el 58,7% de los adolescentes de 15 a 18 años estaba escolarizado. Y si bien en el municipio de La Plata el nivel de escolarización es significativamente más elevado en ese grupo de edad (80%), se revela una alta tasa de repitencia y abandono en 3º ciclo del nivel de Educación General Básica-EGB (12 a 15 años) y polimodal (16 a 18 años) en el sector estatal: 28% y 29 % respectivamente en 2006; también una elevada tasa de “extraedad” en el 3º ciclo de EGB en el mismo sector (40%)³⁴. Esto sugiere que las posibilidades de acceder a contenidos mínimos sobre educación sexual que se brinda en las escuelas son casi nulas.

Según las etapas de transición demográfica mencionadas por la CELADE³⁵, la Provincia de Buenos Aires está atravesando una fase de “transición avanzada” ya que en el año 2001 combina baja mortalidad (8,0 o/oo); baja natalidad (16,9 o/oo) y una fecundidad de 2,29 hijos/as por mujer, indicando que el crecimiento vegetativo de la población sería moderado a bajo.

Estas transformaciones se relacionan con múltiples factores entre los que se pueden mencionar la mayor participación de la mujer en el mercado laboral, la extensión de los años de estudio y las expectativas de realización personal y posibilidades de decidir el momento y la cantidad de hijos/as que se desean tener influyendo en la decisión de las familias a limitar su descendencia. Sin embargo estos procesos no se dan en forma homogénea en todos los estratos sociales siendo más pronunciados en los medios y medio altos: como plantea Susana Torrado (1997) “...la caída de la fecundidad es diferencial según el grado de urbanización, el estrato

socio - ocupacional y el nivel de educación, de acuerdo a un patrón que es liderado por los estratos medios y altos...”.

También se observa que la fecundidad adolescente muestra una escasa correlación con la fecundidad total, lo que sugiere un comportamiento diferente a la fecundidad de otras edades, siendo este comportamiento más acentuado en América Latina, en donde sobresale la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente. Tal tendencia en la región está determinada por el aumento de la fecundidad entre los más pobres. La tendencia de la fecundidad adolescente “es el resultado de un síndrome de modernidad truncada en dos ámbitos: i) sexual, por la combinación de una liberalización de la conducta sin un aumento de la capacidad de control anticonceptivo personal (psicológico y familiar) y material (acceso a servicios); y, ii) social, por un aumento de las acreditaciones formales (en particular, educación) sin una expansión consecuente de las oportunidades materiales (en particular, trabajo).” (RODRÍGUEZ, 2008:4).

El comportamiento refractario al descenso de la fecundidad es notorio en el caso de Uruguay y Argentina, cuyas tasas de fecundidad adolescente actuales son superiores a las que tenían hace 40 años (BINSTOCK Y PANTELIDES en RODRÍGUEZ, 2008).

Datos del INDEC (2001), indican que la proporción de hijos/as nacidos vivos de madres adolescentes ha aumentado desde 1980. Es decir que una proporción significativa de niños/as nacen de madres jóvenes, con gran vulnerabilidad si pertenecen a sectores pobres.

El porcentaje que representan los nacimientos de mujeres adolescentes sobre el total de nacimientos ha subido del 10,9% en 1960 al 14,8 en 2001 (BINSTOCK Y PANTELIDES, 2005). Otros estudios destacan que los indicadores de vivienda, educación y cobertura de salud reflejan que la mayoría de las madres adolescentes son pobres (LUPICA Y COGLIANDRO, 2007).

34 Fuente: DGCyE. Dirección Provincial de Planeamiento. Dirección de Información y Estadística. Relevamiento Anual Nacional. 35 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE/CEPAL). La transición demográfica en América Latina, extraído de www.eclac.cl/celade (consultada el 10/1/2010)

El Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) plantea que las adolescentes sufren las consecuencias de la desnutrición, anemia acentuada y cuando están embarazadas es probable que sufran abortos espontáneos o tengan niños/as con una desnutrición crónica. Como se mencionó más arriba, otros especialistas opinan que la maternidad de las adolescentes de más edad dentro de esa categoría, no es más riesgosa que la de las mujeres adultas jóvenes.

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM en INFOBAE, 2008) advierte que 6 de cada 10 madres adolescentes argentinas no planificó su embarazo. En el mismo informe, Mabel Bianco señala que el número de embarazos en las menores de 15 años se incrementó en los últimos 10 años, duplicándose desde 1990 la fecundidad del grupo de 10 a 14 años, por el descenso de la edad de iniciación sexual, que se ubica entre los 13 y los 15 años.

En 2006 el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires declaró que “el 40% de los 30 a 35 mil abortos que se practican al año en los 77 hospitales públicos corresponden a adolescentes.” (Diario Clarín, 8/8/06)³⁶.

En línea con estos datos, en 2005 “uno de cada cinco partos realizados en hospitales públicos de la ciudad de La Plata corresponde a menores de 18 años. Las autoridades sanitarias reconocen que la maternidad juvenil sigue siendo un problema difícil de revertir. En casi el 60% de los casos, además, se trata de embarazos no deseados. Según datos oficiales, las adolescentes mayores (18 y 19 años) suelen estar en pareja con varones de entre 20 y 29 años pero distinta es la situación de las niñas-madres (9 a 13 años): todas tuvieron hijos con varones que presentan al menos diez años más que ellas, situación que, muchas veces, permite suponer condiciones de abuso, violación o incluso incesto.” (Diario El Día, 13/11/05).

36 En Argentina el aborto es ilegal excepto en caso de riesgo para la salud y la vida de la mujer y de violación de mujer demente o idiota. El Código Penal establece penas tanto para la mujer que se lo practica como para quien realiza el procedimiento.

37 Las madres menores de 15 años muestran una tasa mortalidad infantil similar a la de años anteriores, de alrededor de 27 o/oo, casi 6 veces superior a la del grupo de madres de 30 a 39 años. La tasa desciende a 8,5 o/oo en el grupo etéreo de 15 a 19 años y es menor en los dos grupos siguientes. Las tasas específicas por nivel de instrucción de las madres muestran que en los niños provenientes de madres sin instrucción se ubica en 21,7 o/oo y de aquellas con primaria incompleta de 10,6 o/oo, 12 y 6 veces por encima, respectivamente, a la mortalidad correspondiente a madres que completaron el nivel universitario o terciario. (Salud Materno-Infantil 2008, Subsecretaría de Planificación de Salud. Dirección de Información Sistematizada)

http://www.ms.gba.gov.ar:80/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil2008/archivos/mort_inf_factores.htm (consultada el 14/1/2010)

En el mismo artículo además se plantea que, de acuerdo a cifras oficiales “cada día se internan en los hospitales bonaerenses 87 mujeres por abortos mal realizados, la mayoría de ellas adolescentes. Y se estima que por cada aborto que llega al hospital público, se realizan cuatro clandestinos. Con referencia a las causas de muerte materna, más del 25% se debe a abortos y sus consecuencias. Según el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM), además, en los últimos cinco años aumentó en un 40% el número de abortos en condiciones de riesgo en las menores de edad”.

Respecto al VIH/SIDA, en los últimos años la epidemia en Argentina evidenció una tendencia a la feminización.

La tasa de incidencia en 2007 muestra una reducción del 50% respecto de 1996 pero el número de casos de SIDA en mujeres diagnosticadas anualmente no ha dejado de crecer (BARREDA *et al.*, 2008).

De los 36.570 enfermos de SIDA notificados en 2007, las mujeres representan el 25,1% y los hombres el 74,6%. Datos de 2006 reflejan que el 88% de los nuevos casos diagnosticados de SIDA fue por transmisión sexual en mujeres heterosexuales; pero desde el año 2004 son las mujeres de 15 a 24 años las que predominan en los casos de nuevas infecciones. Y si se considera el grupo de mujeres de 13 a 19 años en relación a los varones, el predominio es aún mayor. La vía de transmisión más frecuente es por relaciones sexuales desprotegidas, la mayoría de ellas heterosexuales (BARREDA *et al.*, 2008).

Otro indicador epidemiológico vinculado a la reproducción que resulta pertinente considerar, muestra la permanencia en 2008 de los diferenciales de mortalidad infantil en la provincia de Buenos Aires según la edad de la madre y el nivel de instrucción³⁷.

Aspectos metodológicos

Se analizó el marco legislativo y normativo sobre el tema vigente en nuestro país. Asimismo, se realizaron entrevistas a 22 madres adolescentes residentes en barrios pobres, identificadas en clubes, comedores y escuelas de las áreas de influencia de centros de atención primaria de salud del municipio de La Plata³⁸. También al responsable del programa de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud municipal y a médicos/as que trabajan en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y en hospitales públicos del municipio sobre la atención que brindan a madres jóvenes³⁹ (FONSECA Y ORTALE, 2009).

Estas instancias de conocimiento se concatenan alrededor del interrogante sobre la traducción del marco legal y normativo en acciones concretas.

Seguiremos las formulaciones de Sonia Correa y Rosalind Petchesky (1994) acerca de los derechos sexuales y reproductivos, para quienes el poder para tomar decisiones informadas acerca de la fertilidad, la actividad sexual, la maternidad y los recursos para llevar adelante tales decisiones seguras y efectivamente, se expresan y determinan en instituciones y relaciones sociales: en las normas que establecen la normalidad y la anormalidad, la moralidad y la amoralidad, en las parejas y en los encuentros sexuales, en las relaciones familiares, en la educación, en los servicios de salud.

De modo tal que para poder dar cuenta de la concreción de los derechos sexuales y reproductivos, es necesario analizar los resultados mediante los que se expresan las diferencias de poder y de recursos en estos ámbitos: posibilidades de tomar decisiones seguras o inseguras sobre la reproducción para los distintos grupos de personas según su género y/o edad, posibilidades de autodeterminación y autonomía corporal,

posibilidades de acceso a recursos concretos (información, servicios, anticonceptivos, métodos de prevención de ETS, etc.)

En definitiva, se indagan los factores presentes en las normas del estado, en las instituciones, en los hogares, en las parejas, que contribuyen/limitan la promoción de los derechos reproductivos de las adolescentes y relaciones de género más equitativas en el campo de la salud reproductiva.

Leyes y programas dirigidos a la Salud Sexual y Reproductiva

No es ocioso señalar que las leyes nacionales y provinciales (obligatorias en todo el territorio las primeras y en territorios provinciales las segundas), deben ajustarse a los principios de la Constitución y a los tratados internacionales de derechos humanos, diez de los cuales -entre ellos la CEDAW y la CDN-, han adquirido rango constitucional en 1994 (PECHENY Y PETRACCI, 2006).

En 2002, se sanciona la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (N° 25.763), casi veinte años después del retorno a la democracia en 1983 y luego de un camino de disputas entre actores parlamentarios y de la sociedad civil. Previamente y bajo el impulso de la reforma constitucional de 1994, se sancionaron leyes en catorce de las veintitrés provincias y después de 2002 se aprobaron en seis, entre ellas Buenos Aires.

La reglamentación de la ley nacional en 2003, creando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, restringió su aplicación. Los objetivos de la ley benefician a toda la población, sin diferenciación de ningún tipo pero la reglamentación en el caso de los niños, adolescentes e incapaces, recomienda la presencia de un adulto responsable, especialmente en los menores de 14

38 La Plata es la capital de la Provincia de Buenos Aires. Tiene una población de 660.893 habitantes, se trata de un 98% de población urbana. El 12,5% corresponde a hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

39 La mayor parte de las entrevistas realizadas a los médicos y médicas estuvieron a cargo de la Lic. Felicitas Fonseca, becaria de estudio del CEREN, dependiente de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Tema de estudio: “Maternidad adolescente: acciones y perspectivas médicas sobre la atención materno-infantil en servicios públicos del municipio de La Plata”; dirigida por la Dra. Susana Ortale.

años. Esta indicación fragiliza la atención del “interés superior del niño” consagrado constitucionalmente, en tanto que podría sentirse cohibido frente a sus padres/tutores.

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

Tres años después de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se crea el Programa Nacional de Educación Sexual (Ley Nacional 26.150; 10/2006) estableciendo que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos y privados aunque “con una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente”.

En la Provincia de Buenos Aires, se reglamenta en el 2003 la Ley 13.066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable con similares objetivos a los de la ley nacional. La provisión de anticonceptivos para menores de 14 años está ligada a la firma del consentimiento informado de los padres.

Asimismo, el Programa provincial posibilita exceptuarse de participar en los programas de salud reproductiva a aquellos profesionales que aduzcan objeción de conciencia. En el ámbito provincial dicho programa quedó incluido como un sub-programa de Salud Sexual y Reproductiva dentro del Programa Materno Infantil⁴⁰. Este último tiene como

propósito “contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias bonaerenses, promoviendo el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus comunidades.” El programa provee de manera gratuita insumos (leche, medicamentos, instrumental), libreta sanitaria y material de difusión; busca mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud, la niñez y la adolescencia, a promover estilos de vida saludables y a disminuir las tasas de mortalidad de la población materno infantil⁴¹.

Si bien el subprograma explicita que la salud reproductiva se basa en la promoción en varones y mujeres del desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos a lo largo de todas las etapas de su vida, es claro su énfasis en la procreación responsable⁴².

Tal como aparece en el documento, la Procreación Responsable es un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja desea tener; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna especialmente por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías; evitar los embarazos no deseados. Supone también tomar decisiones luego de haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, respetando convicciones y deseos de las personas. El subprograma se sostiene sobre cuatro pilares fundamentales: información, consejería, entrega gratuita de insumos (preservativos, anticonceptivos orales, inyectables, anticoncepción hormonal de emergencia, DIU, folletería y manuales para agentes sanitarios), y control de salud (exámenes periódicos para la mujer: PAP, serología en ETS, examen de mamas, controles ginecológicos).

Es importante señalar que en 2007 el Sub-programa incluía a un 25% de menores de 20 años y a un 98% de mujeres⁴³.

40 El sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires tiene una cobertura amplia en el subsector público, que depende del Ministerio de Salud y se articula con las Secretarías de los municipios. Cuenta con aproximadamente 1700 establecimientos de dependencia provincial, municipal y nacional de las cuales 260 tienen internación y 1440 brindan atención ambulatoria. La mayor parte de los servicios públicos brindan atención a los grupos materno-infanto-juveniles más carenciados y en situación de mayor riesgo social y sanitario. En la provincia de Buenos Aires, son 1477 los efectores de salud en los que funciona el Sub Programa, entre Unidades Sanitarias y Hospitales.

41 <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil.html> (consultada el 3/3/ 2010)

42 http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html (consultada el 3/3/2010)

43 http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html. (consultada el 3/3/ 2010)

Por su parte, la protección de la maternidad y paternidad de los adolescentes es establecida en la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Infancia y Adolescencia 26.061 sancionada en octubre de 2005 y sustentada en la CDN. Por tanto, las instituciones deberán garantizarles el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales de la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad; programas de atención integral, orientación, difusión y promoción de sus derechos, y asistencia médica necesaria en igualdad de oportunidades.

En pos de identificar estos aspectos y asumiendo la heterogeneidad de situaciones y potenciales respuestas y representaciones en torno a esta problemática, indagamos la apreciación de los distintos actores y actoras involucradas.

La perspectiva de las “actoras”

Como hemos planteado, las decisiones acerca de la actividad y la salud sexual, la fertilidad y la maternidad y disponer de recursos para llevarlas a cabo de manera efectiva, están condicionadas por normas consuetudinarias que establecen la normalidad y la anormalidad, la moralidad y la amoralidad en las relaciones de pareja y familiares, en la educación, en los servicios de salud. ¿Qué se desprende de las declaraciones formuladas por los agentes entrevistados con relación a tales aspectos?

Al igual de lo que plantea Gutiérrez en trabajos previos (2001, 2003), los discursos de funcionarios y médicos/as entrevistados revelan una percepción de los y las adolescentes como población vulnerable, caracterizada por la inmadurez, la “incompletitud” inestabilidad, irresponsabilidad, inconsciencia, razón por la cual debe ser modelizada, reglada, moralizada.

44 Refiere al promedio de hijos por mujer y se calcula como el cociente entre la cantidad de hijos e hijas nacidos vivos y la cantidad de mujeres de 14 o más años en determinado período.

<http://www.ec.gba.gov.ar/Estadistica/Censo/partidos/laplata/laplata.htm> (consultada el 8/1/2011)

45 En los hospitales sí es clara la distinción en la atención brindada a embarazadas mayores/menores de 20 años: a ellas se les destina un espacio de tiempo especial, siendo mayor el tiempo que los profesionales manifiestan dedicarles a su atención y habiendo cierta división del trabajo que resulta en la presencia de “especialistas” o encargados de atenderlas. Otra característica importante del contexto hospitalario es la existencia de actividades grupales de capacitación o reflexión sobre temáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva (FONSECA Y ORTALE, 2009).

El responsable de salud del municipio ofrece datos de una encuesta sobre anticoncepción realizada en 2009 (N=884 mujeres entre 14 y 45 años). Dentro del grupo de 14 a 19 años, el 28% había sido madre teniendo un promedio de 1,2 hijos (el promedio de hijos al finalizar la etapa fértil en el municipio de La Plata fue de 2,3 y la “paridez” media⁴⁴ de 1,7 según datos del Censo 2001).

La conceptualización de las adolescentes como poseedoras de conocimiento y comprensión parcial sobre la fisiología y los procesos reproductivos, justifica la exigencia de adultos responsables que las acompañen a las consultas de salud o bien intervenciones unilaterales, basadas en la convicción de que la decisión médica es la acertada.

Más allá de algunas diferencias observadas entre los y las médicas que trabajan en servicios hospitalarios y los que trabajan en los CAPS⁴⁵ la adolescencia o juventud es concebida por los profesionales como una etapa que necesita atención especial e integral.

La falta de educación, de familiares que las orienten, la inestabilidad de las parejas y la reticencia de los varones a usar preservativo, son los factores que, en las consultas, los médicos/as mencionan como determinantes de las situaciones de riesgo.

Destacan que la prevención de los embarazos es posible a partir del parto, reconociendo el “fracaso” de los servicios de salud. Consideran que el cumplimiento de los controles durante el embarazo obedece al “juego” del rol materno, única alternativa que les queda como proyecto de vida; proyecto que se deriva de la interiorización de modelos familiares.

Pese a las intenciones de los programas vigentes y a la disponibilidad regular de recursos en los últimos años, particularmente anticonceptivos, destacan la insuficiencia e ineficacia de las acciones, atribuyendo la causa a peculiaridades de la edad. Asimismo, la demanda de consultas y/o de métodos anticonceptivos por parte los jóvenes es exigua: las marcas de género determinan con fuerza la responsabilidad de las mujeres por el control de la salud sexual y reproductiva siendo ellas quienes eventualmente solicitan preservativos para sus parejas.

Es importante señalar que la mención de la infección cervicouterina por el virus de papiloma humano (HPV) fue omitida por la totalidad de los médicos y médicas entrevistados.

Esta problemática ha sido objeto de debate reciente por especialistas (FASGO, 2009) en tanto se estima que más del 75% de las mujeres en algún momento de su vida se infectarán con el HPV. Según las sociedades científicas, los programas de *screening* mediante la citología cervicovaginal y la profilaxis mediante vacunación son medidas suficientes para la prevención del cáncer de cuello uterino pero hasta el momento no se cuenta con tales herramientas.

Con relación a las adolescentes, las entrevistas giraron alrededor de su experiencia de maternidad y ellas fueron las que abrieron (o no) la conversación hacia problemáticas vinculadas a la sexualidad.

Las experiencias relatadas por las adolescentes evidencian la incidencia del contexto familiar en la búsqueda del embarazo, motivado por condiciones hostiles o de violencia:

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

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

“mi papá un día me dijo: vamos a hablar en serio porque ya sos señorita así que empezá a cuidarte porque los hombres cuando la quieren poner la ponen así que tenés que estar segura”; “Empezamos a salir cuando yo tenía 14 años y me cuidé hasta que él quiso tener un hijo. Me preguntó si quería tener un hijo con él y le dije que sí. Intentamos la primera vez y no quedé pero después sí, así que él estaba re-contento”; “ porque él había pensado que no podía tener hijos, había estado con mujeres, en pareja estable queriendo tener hijos y no podían quedar embarazadas así que suponía que no podía tener hijos, igual nunca se hizo ningún estudio, así que estaba contento”.

El preconcepto presente en muchas políticas del Estado, ONG y credos religiosos acerca de la protección brindada por los familiares adultos (madres, padres), traducido en lineamientos de programas y en acciones de los servicios, se derrumba al observar que son ellos quienes coartan los derechos de sus hijas a decidir libremente, poniendo además en riesgo su salud:

“Mi mamá no quería que lo tuviera porque tenía miedo a la reacción de mi papá. Papá y mamá querían que tomara esa pastilla para perderlo así que me rajé a lo de mis tíos a Los Hornos. Yo no quería perderlo porque después vas a quedar con remordimiento”.

“Fue por mi mamá, me dijo: -si lo tenés yo me vuelvo de un tiro, yo no tengo nada que perder, no tengo marido. Lo único que te tengo es a vos, sos mi única hija-. Y después de eso aborté. Y a la semana me escapé de mi casa.”

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

En cuanto al sistema educativo formal, su importancia en la información brindada sobre sexualidad y reproducción es reducida⁴⁶:

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

“...más o menos, esos informes que dan y te decían chicos, cuidense, pero lo normal, poquito”; “...lo que me dieron en el colegio no me sirvió de nada, no entendí un montón de cosas. Fue una charla”.

Cabe señalar que la incorporación de contenidos sobre salud reproductiva en la currícula escolar es aún objeto de debate⁴⁷ y la información a través de pares o familiares adultos puede ser inadecuada, agregándose -particularmente en estos últimos- intenciones de manipulación.

Tal como señalaron los profesionales de los servicios de salud, la escasa demanda de consulta o atención antes del embarazo limita las posibilidades de prevención:

“...me daba vergüenza ir a preguntar por las pastillas”; “...la primera vez que tuve un control fue cuando quedé embarazada”.

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

“...porque han pasado casos, no sé si tanto del DIU pero creo del espiral, que ha venido con los chicos en la cabeza, qué se yo, me da como impresión. También me da impresión tener algo que no es mío adentro del cuerpo, no sé si es así pero...”.

La mayoría no buscó el embarazo, hecho que no obstante la información recibida, les resultó previsible:

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

Quienes buscaron el embarazo -una minoría- evidencian las ventajas de haber asumido de manera exclusiva el control reproductivo:

“no, él no quería cuidarse. Y yo no me cuidaba, quería tener también porque tanto cuidaba yo a mis sobrinos, entonces quería tener míos”; “...estaba muy contenta. Siempre me conformaba cuidando sobrinos (tiene 7 hermanas, todas madres a partir de los 15 años). Todas mis hermanas tenían hijos y yo era la única que estaba fuera de línea y allá en Corrientes la mayoría tienen de jovencitas, de 13 y 14 años. De la mayoría de ellas fui yo la más virgen digamos”.

Apareciendo como decisión compartida aquella que en realidad responde a los deseos de sus parejas, representando el embarazo un acontecimiento que afianzó la fidelidad, ratificó la fertilidad del varón y a veces respondió a la expectativa de éste vinculada al sexo privilegiado: *“le di un varón”.*

En los sectores pobres la maternidad temprana es frecuente y más aceptada; para muchas constituía “el” proyecto de vida:

“me gusta ser mamá, siempre pensé en ser mamá y que quería tener 2 o 3 hijos”; “quería ser mamá, siempre pensé eso”; “siempre me sentí como mamá”.

En el caso de las que han sido hijas mayores en familias numerosas, la maternidad no implica cambio marcado de roles sino continuidad de las tareas desempeñadas desde temprana edad.

Algunas, ante la constatación del embarazo, manifestaron resignación frente al destino inherente a su sexo.

Independientemente de los deseos y sentimientos frente al embarazo, el rol maternal les brinda recompensas y gratificaciones que no encuentran en otros ámbitos de sus vidas (MARCÚS, 2006). El valor afectivo de los hijos y la función de compañía que les asignan es destacado por todas las entrevistadas:

“estoy feliz con ellos, porque tuve una infancia no muy linda tampoco. Nunca pensé que iba a tener mis hijos, estar acá. Y estoy bien, de donde estaba”; “...ellos van a hacerme compañía. Por lo menos ellos están conmigo todo el día”.

47 La incorporación en el 2004 de la asignatura Salud y Adolescencia -dentro del nivel Polimodal- por parte de la Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires, fue objeto de resistencia por parte de la Arquidiócesis local.

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

“no llegué a ser lo que yo quería, a tener la carrera de policía que yo quería”; “me hubiera gustado estudiar peluquería”.

Aunque aparece como norte la realización personal en el trabajo o en el estudio, todas lo subordinan a las necesidades de sus hijos:

“para poder darles lo mejor”, “para que tengan lo que yo no tuve”; “terminar el colegio y alguna carrera para que mi hijo esté orgulloso de la madre, nada más. Seguí la escuela porque mi abuela me dijo que lo haga por el nene, porque sino tampoco la seguía”.

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

“antes cuidaba a unos nenes. Cuando me enteré que estaba embarazada mi marido no quería que haga fuerza, mi papá tampoco, así que tuve que dejar”; “a mi marido no le gusta que yo salga a trabajar porque dice que para qué tiene las dos manos él, y yo tengo que estar en la casa cuidando a mi hijo y limpiando: Para eso están las mujeres dijo. Él no quiere que trabaje, hasta me pide que deje la escuela; cuando llega quiere que lo atienda, y tiene razón. (...) tengo el mismo derecho que él de salir a trabajar. Pero pasa que si yo salgo a trabajar abandono a mi hijo”.

Si bien las normas que rigen las relaciones pueden ser más laxas en la vida conyugal, las atinentes a la maternidad siguen siendo inflexibles. El énfasis en la postergación, entrega y sacrificio aparecen recurrentemente en las entrevistas como requisitos de lo que debe ser una buena mujer/madre. La posesión de habilidades especiales para desempeñarse como madres refleja la naturalización de las construcciones culturales de género:

“no importa la edad, porque si tenés un hijo...es todo. No es más difícil ser madre de joven, te dicen tantas cosas... pero no es tanto y además son cosas que ya hacés”; “la madre es todo, es más que el padre”.

Con relación a los programas sociales, ninguna es destinataria de alguno dirigido específicamente a madres adolescentes. Muchas habían sido convocadas a participar de charlas y talleres vinculados a la salud materno-infantil en distintas instituciones barriales. En nuestro país, la apelación a las mujeres para que participen de programas que apuntan a la promoción -en este caso de la salud- y al empoderamiento, se funda en los roles domésticos tradicionales o bien las abstrae de las condiciones concretas que posibilitarían su participación. En general, las actividades propuestas a las adolescentes entrevistadas estaban dirigidas a la formación de capacidades individuales o a la asignación de tareas en el ámbito comunitario *“para cuidar la salud de los chicos”.*

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

Conclusiones

En nuestro país, cada vez a más temprana edad las adolescentes inician sus actividades sexuales y sin embargo, no existen políticas de atención a la salud que contemplen a la mujer adolescente por fuera de la maternidad (GENOLET, 2008). Como se ha planteado, la tendencia registrada a la resistencia al descenso de la fecundidad adolescente se explica por el aumento de la fecundidad entre las más pobres.

Los factores -algunos contrapuestos- que contribuyen a esta situación se asocian con la liberalización sexual pero a la vez con las dificultades que enfrentan especialmente las adolescentes para negociar decisiones y ejercer dominio sobre su sexualidad y reproducción debido al cercenamiento de su autonomía para ejercer su sexualidad por parte de distintos agentes quienes promueven el ocultamiento y limitan el acceso a información y servicios relevantes para la prevención de embarazos y ETS.

Otros factores se relacionan con las oportunidades de formación educativa y de trabajo para las/los adolescentes pobres y con los sesgos institucionales y sectoriales que los caracterizan negativamente.

La información provista por los médicos y médicas pone en evidencia que en los CAPS, pese a que los profesionales comparten la idea de “riesgo”, no se han generado espacios ni particularidades en la atención dirigida a las jóvenes embarazadas.

Si bien la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Infancia y Adolescencia 26.061 sancionada en octubre del 2005 representó un cambio cualitativo en la consideración de dichos grupos en tanto dejan de ser objeto de intervención, compasión o represión por parte de la familia, la sociedad y el estado y pasan a ser sujetos plenos de derecho, merecedores de respeto, dignidad y libertad, plantea dificultades para eludir miradas y prácticas esencialistas.

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

Otra cuestión que se constata en todos los niveles analizados es la naturalización de roles de género, atestiguando una tendencia persistente a pensar y tratar el género separado de las condiciones estructurales.

Como se ha planteado en trabajos previos (SHUSTER Y GARCÍA, 2006; ORTALE, 2010), en las leyes y lineamientos de programas se aprecia que:

- a) las acciones de salud sexual y reproductiva se dirigen principalmente a las mujeres (por otra parte a ellas captan casi exclusivamente los servicios de salud, dificultando promocionar la responsabilidad masculina en sexualidad y fecundidad);
- b) las leyes ponen énfasis en la salud reproductiva y en mucho menor grado se contempla la salud sexual;
- c) la salud reproductiva se piensa y dirige a adultas heterosexuales;

d) se considera que la adolescencia debería abstenerse de la reproducción y las acciones prevenir y velar por los riesgos de las prácticas (hetero)sexuales;

e) los programas de atención de adolescentes se centran en conductas “de riesgo” (de hecho intervienen cuando se registran daños y los programas de prevención son escasos);

f) en la provincia de Buenos Aires se protege especialmente a adultos (padres, médicos), posibilitando el desamparo de los derechos sexuales y reproductivos;

g) la creación de servicios con atención personalizada, integral y dirigida a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes es incipiente.

El sub-programa de Salud Sexual y Reproductiva ha favorecido en los últimos años el acceso a recursos y servicios pero no ha incidido en el desarrollo de relaciones de género más equitativas. Las acciones de los servicios de salud en la atención de la maternidad adolescente no se distinguen de aquellas dirigidas a la atención de mujeres no adolescentes y las actividades de prevención muestran ser efectivas luego del primer embarazo.

Los resultados arrojan que pese a las leyes vigentes y a la acción de movimientos sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, persisten en los distintos niveles analizados, construcciones culturales sobre la mujer, la juventud y la sexualidad/reproducción que limitan el goce de derechos.

Sin embargo, queremos destacar que la reproducción de lo instituido, evidente en las apreciaciones de las adolescentes, de los médicos/as y en las letras de leyes y programas no anula los procesos de interpelación, puestos de manifiesto -ente otros- en el Informe Argentina de FEIM (BARREDA *et al.*, 2008) en donde se recuperan los cuestionamientos de distintos actores de la sociedad civil organizada. Numerosas organizaciones de la sociedad civil vienen instalando en el ámbito público problemas y necesidades que no pueden

ser resueltas individualmente o en el plano familiar y que tampoco los programas logran captar debido a la falta de transversalidad de las políticas y a la situación de exclusión de muchas/os adolescentes de los servicios de educación, salud y desarrollo social.

Pero la crítica no ha logrado incidir ni deconstruir aún los estereotipos predominantes, poniendo en evidencia el poder ejercido también y entre otros, por los discursos expertos que normalizan comportamientos.

Bibliografía

Balardini, S. y Miranda, A. (2000). Juventud, transiciones y permanencias. En *Pobres, Pobreza y Exclusión* (pp. 129-138). Buenos Aires: CEIL PIETTE.

Barreda, V., Mariño, A. y Bianco, M. (2008). *Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en Salud Sexual y Reproductiva "Sociedad Civil Luchando por Derechos"*. Buenos Aires: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)-UNGASS.

Binstock, G. y Pantelides, E. (2005). La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico socioedemográfico. En M. Gogna (Coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia* (pp. 77-110). Buenos Aires: CEDES.

Correa, S. y Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. En G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (Eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights* (pp.107-123). Boston, MA: Harvard University Press.

Di Marco, G. (2005). *Democratización de las Familias*. Buenos Aires: UNICEF/Paidós.

FASGO Consenso Vacunas HPV (2009). Revista *Opciones en Ginecología y Obstetricia* Vol. 10. 1, 5-11.

Faur, E. y Gherardi, N. (2005). Sexualidades y reproducción: las perspectivas de los derechos humanos. En *Equipo*

Latinoamericano de Justicia y Género. Informe sobre género y derechos humanos. (pp. 169-205). Buenos Aires: Editorial Biblos.

Fonseca, F. y Ortale, S. (2009, octubre 29-31). La atención a la salud sexual y reproductiva de jóvenes en servicios públicos de salud de la ciudad de La Plata. En *X Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural*. Escuela de Antropología de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Genolet, A. (2008, septiembre 24-26). Mujeres adolescentes en situación de pobreza y la salud sexual y reproductiva. El caso de la Ciudad de Paraná. En *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)*, Córdoba, Argentina.

Gogna, M. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.

Gutiérrez, M. A. *et al.* (2001). Estudio de caso. Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires, Argentina. En M. Gogna (Coord.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad* (pp. 25-101) Buenos Aires: CEDES.

Gutiérrez, M. A. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En S. Checa (Comp.), *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia* (pp. 77-101). Buenos Aires: Paidós-Tramas Sociales.

INFOBAE (2008, abril). *Cada vez hay más casos de embarazo adolescente*. Artículo de Bárbara Roesler [On line]. Disponible en: www.infobae.com.ar (enero de 2010).

Lupica, C. y Cogliandro, G. (2007). *Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina*. Anuario de la maternidad. Buenos Aires: Observatorio de la Maternidad.

- Llobet, V. (2006). Las Políticas Sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 4. 1, 149-176.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*. Vol. 4. 7, 100-119.
- Méndez, S. (2005). *Democratización de las Familias*. Buenos Aires: UNICEF/Paidós.
- Ortale, S. (2010). Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata (Buenos Aires, Argentina). *Avá de Antropología*. 15, 271-288.
- Pantelides, E. y Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*. Vol. 5. 9.
- Pecheny, M. (2000). Los jóvenes, el VIH/SIDA y los derechos humanos: una reflexión sobre las experiencias en Argentina y América Latina. En A. L. Kornblit *et al.* (Coords.), *Sida: entre el cuidado y el riesgo* (pp. 413-438). Buenos Aires: Alianza.
- Pecheny, M. y Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes Antropológicos*. Año 12. 26, 43-69.
- Rodríguez, J. (2008). Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial? En *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población* (ALAP), Córdoba, Argentina.
- Sen, G., George, A. y Östlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional N° 14. Boston: OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Shuster, G. y García, M. (2006). Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en maternidad de salud sexual y reproductiva. En M. Petracci y S. Ramos (Comps.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (pp. 17-45). Buenos Aires: CEDES/UNFPA.
- Torrado, S. (1997, noviembre). *Población y Desarrollo: Enfoques Teóricos, Enfoques Políticos*. Serie Materiales Didácticos, Documento N° 2, noviembre 1997 [On line]. Disponible en: <http://www.ec.gba.gov.ar/Estadistica/FTP/Censo/nav.htm> (enero de 2010).