

Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata (Buenos Aires, Argentina)

Susana Ortale*

Resumen

La mirada estigmatizante de la maternidad en la adolescencia y el interés por controlar la sexualidad por parte del sector sanitario, es reciente y diferente para hombres y mujeres. Sabemos que las categorías género y edad, en tanto construcciones culturales que aluden a relaciones básicas de desigualdad -atravesadas por estructuras económico-políticas particulares-, están cargadas de significados que se dirimen en un campo social predispuesto a reforzar estereotipos naturalizantes y relaciones de dominación.

El estudio se ubica en la problemática general del reconocimiento de derechos presente en los programas de salud sexual y reproductiva que tienen como destinatarias a mujeres adolescentes pobres. El recorte pone en foco el contraste entre el marco normativo y el significado que asume la maternidad para las adolescentes. Para ello, se analizan programas de salud nacionales, de la Provincia de Buenos Aires y de la municipalidad de La Plata y discursos obtenidos en entrevistas realizadas a veinte adolescentes residentes en barrios pobres de la ciudad de La Plata. El análisis de los programas explora la incorporación del enfoque de género y la interpretación de los problemas de sexualidad/reproducción de l@s adolescentes en el marco de los derechos humanos y el de los discursos de las entrevistadas indaga su interpelación.

Palabras clave: Maternidad adolescente; Derechos humanos; Políticas de salud sexual y reproductiva.

Abstract

Stigmatizing gaze of teenage motherhood and the aim to control the sexuality from the health sector, is recent and different for men and women. We know that gender and age categories, as cultural constructions that refer to basic relations of inequality-crossed by particular political-economic structures, are loaded with meanings that are settled in a social and naturalizing field predisposed to reinforce stereotypes and relations of domination. The study is placed in the general problem of acknowledgement of rights in the programs of sexual and reproductive health in adolescent girls from low environment. This frame brings into focus the contrast between the normative framework and the meaning motherhood assumes for adolescents. For this purpose, we analyze national health programs, of Buenos Aires province and the municipality of La Plata as well as speeches made in interviews to twenty teens in poor neighborhoods of the city of La Plata. The analysis of the program explores the incorporation of gender and political interpretation of the problems of sexuality and reproduction of adolescents in the context of human rights and the opinions of the informants explores the interpellation.

Keywords: Teenage motherhood; Human rights; Gender approach; Sexual and reproductive health policies.

Fecha de recepción: Diciembre 2008 • Fecha de aprobación: Noviembre 2009

*Investigadora de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia. de Buenos Aires. Profesora e investigadora de la Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP (CIMECS- IdIHCS). E-mail: ortalemaria@speedy.com.ar Trabajo presentado en la Mesa 17. Género en las Políticas Sociales. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM. Posadas, Agosto de 2008.

Introducción

Este trabajo¹, analiza el contenido de los programas de salud sexual y reproductiva vigentes en el partido de La Plata² en 2007 y se contrasta con las experiencias de maternidad de adolescentes pobres, grupo cuya vulnerabilidad deriva de la condensación de inequidades socioeconómicas, de género y de edad. El estudio de estas variables de desigualdad ha contribuido a reconocer la heterogeneidad de situaciones y relaciones involucradas en la categoría “adolescencia”, reconocimiento que sin embargo no ha logrado incidir en el modelo homogéneo presente en las instituciones, permaneciendo dicha categoría soslayada del arquetipo de maternidad/paternidad predominante en nuestra sociedad desde hace poco más de 50 años.

“El problema” de la maternidad adolescente, construido por los adultos y por las instituciones aparece en nuestro país como preocupación de la salud pública en 1960, habiéndose edificado sobre tres campos fundamentales: el moral, el legal y el de la salud (Palomar Vereá, 2004) a partir de los cuales los adolescentes son controlados, normalizados o estigmatizados. La maternidad adolescente sigue ligada a un discurso victimizador, homogeneizador y alarmista, ubicando al evento en un lugar negativo e inaugurando una trayectoria de infortunios (Adaszko; 2005). Los discursos preponderantes sobre el tema tienen por finalidad controlar la sexualidad -sobre todo femenina- y la reproducción en función de necesidades políticas y económicas. Desde hace unas décadas el énfasis está puesto en el riesgo que representa el embarazo para la díada madre/hijo -activado por conductas “inmaduras”, “irresponsables” e “irreflexivas”- y en su aporte a la reproducción de la pobreza.

Lupica y Cogliandro (2007) analizan información sociodemográfica y epidemiológica de madres correspondiente a los principales aglomerados urbanos del país³; concluyen que vivienda, educación y cobertura de salud indican que la mayoría de las madres adolescentes son pobres. Diversos estudios (Gogna 2003, 2005; Adazko, 2005; Pantelides, 2005; Climent y Arias, 2000, Marcús, 2006) que exploran la problemática de la salud adolescente afirman que los riesgos para la salud materno-infantil se han sobredimensionado, especialmente en el caso de las madres de 18 y 19 años que son las que concentran la mayor proporción dentro del conjunto (UNICEF/INDEC, 2003; Adaszko, 2005), derivándose tales riesgos más de la condición social que de la edad.

En tal sentido, la vulnerabilidad de la adolescencia a determinadas situaciones de riesgo, manifiesta la “exposición ante la falta de información y/o acceso a los recursos necesarios para poner en práctica la información de la que se dispone, sea esto por factores socioeconómicos o culturales como las relaciones de género.” (Pecheny, 2000: 418).

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

² Ciudad capital de la Pcia. de Buenos Aires; cuenta con 600.000 habitantes y sus características socioeconómicas, son tributarias y en muchos sentidos representativas del conjunto de aglomerados urbanos de la provincia.

³ 2° semestre de 2005 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Es importante tener en cuenta que el 10.7 % de madres de 14 a 19 años registradas en el último censo (INDEC, 2001), refleja cierta estabilidad desde 1980 (Binstock y Pantelides, 2005). Conforme el análisis de dicho censo realizado por estas autoras, la tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años), registra un descenso desde un 78.3 por mil en 1980 a 62.2 por mil en el 2001, con variaciones entre regiones. No obstante, el porcentaje que representan los nacimientos de mujeres adolescentes sobre el total de nacimientos ha subido del 10.9 % en 1960 al 14.8 en 2001, destacándose como tendencia la estabilidad de muchas parejas y la búsqueda del embarazo. Datos recientes (UNICEF/SAP, 2009) indican que en 2007, en el país el porcentaje de madres menores de 20 años es de 15,8% y de 13,8 % en la Pcia. de Buenos Aires, habiendo aumentado respecto de 2005.

Por su parte, las desigualdades de género en la vida reproductiva de las mujeres se traducen, desde el punto de vista sanitario, en cambios en la tasa de infección por HIV, incremento del embarazo adolescente temprano y en las consecuencias de abortos inseguros. Son especialmente las adolescentes pobres quienes presentan más dificultades en acceder a información y a recursos anticonceptivos, con consecuencias en los embarazos no buscados y los abortos inducidos (Gogna; 2003). Faur y Gherardi (2005) señalan que en 2002 los abortos inducidos casi equiparan a los nacimientos anuales (500.000/700.000) y que la feminización del HIV en edades tempranas (13 a 24 años), muestra una razón mujer/hombre de 0.9:1.

Las desigualdades se traducen también, en valores, prácticas y proyectos de vida que naturalizan desiguales posibilidades de elección, de tomar decisiones, acceder y controlar recursos, sabiendo que en el espacio de la sexualidad y la reproducción, las mujeres aún se encuentran subordinadas.

En nuestro país, distintos investigadores (Faur y Gherardi, 2005; Checa, 2005; CELS, 2005; Petracci y Ramos, 2006; Schuster y García Jurado, 2006) han señalado que históricamente, las mujeres argentinas han visto afectado su derecho a decidir libre y responsablemente si tener o no hijos, cuántos, cuándo y cómo tenerlos, y a pesar de la adhesión a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), a otros instrumentos internacionales de derechos humanos y al monitoreo realizado por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS), la situación persiste.

Los aportes realizados por Gogna (2005) muestran cómo en América Latina, los estudios realizados durante los noventa, marcaron una tendencia similar en la que se devela que: "...un alto porcentaje de adolescentes de ambos sexos tienen una vida sexual activa, no tienen suficiente información acerca de la sexualidad, anticoncepción y reproducción, presentando también dificultades para tomar medidas preventivas en materia de ETS y VIH-SIDA, así como en el caso de embarazos no deseados". (Maddaleno, cit. por Gogna, 2005). Según un estudio del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM, 2005 cit. por INFOBAE, 2008), 6 de cada 10 madres adolescentes argentinas no planificó su embarazo. En el mismo informe, 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 (cit. por INFOBAE, 2008).

En el marco de tal contexto, este trabajo representa un ejercicio inicial que pretende identificar la interpretación y el abordaje presente en las políticas sociales con relación a los problemas de la salud sexual y reproductiva, dimensión atravesada por valores culturales, experiencias, racionalidades y moralidades en disputa particularmente en el caso de la adolescencia. Para ello, se pretende integrar en el análisis de las políticas sociales dirigidas a atender la problemática de la maternidad adolescente, las nociones de igualdad de género y edad. Como plantea Amorós (2000), la igualdad supone equiparar diferencias bajo un mismo parámetro, homologar derechos entre partes discernibles y condenar a las jerarquías o desigualdades que se deriven de diferencias de cualquier tipo. La base de la desigualdad remite a la imposibilidad de lograr derechos sociales, los cuales ponen en tensión -siguiendo a Fraser (1997)- conflictos distributivos y de reconocimiento.

De cara a un relativismo radical o a un particularismo extremo, el marco de los derechos humanos -con sus principios de universalidad y no discriminación- posibilita sostener la igualdad y el logro de justicia a través de demandas de reconocimiento (por parte de grupos con identidades culturales subordinadas) y de redistribución (por la injusticia económica).

Dentro del derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva. La CEDAW (1981) establece que los países adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación de la mujer en la atención médica, garantizar su acceso igualitario a los servicios de salud, incluyendo los de planificación familiar, servicios apropiados para la atención del embarazo y parto y posparto y asegurar nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia, información, asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar, decidir el número de hijos e intervalo de nacimientos, la información y medios que les permitan acceder a esos derechos.

Con relación a los adolescentes, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se ha ido materializando a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN, 1989 -especialmente art. 24-), la Conferencia de Viena (1993), el Plan de Acción de El Cairo (1994) y la plataforma de Beijing (1995). Más adelante se hará visible el vacío legislativo sobre planificación familiar y la falta de compromiso de la Argentina durante años con relación a este derecho.

Nuestro recorte, ubicado pues en la problemática general del reconocimiento de derechos, contrasta el marco jurídico y normativo con el significado que asume la maternidad en las adolescentes pobres a partir de reflexiones en torno a la tensión universalidad/particularidad, igualdad/diferencia, redistribución/reconocimiento presente en los programas de salud sexual y reproductiva que las tienen como destinatarias. Pero, más allá de los marcos jurídicos y de su contemplación por parte de las políticas sociales, es necesario aprehender cómo y cuánto del acceso a derechos se dirime en ámbitos "privados" -familias, parejas-, estructurados bajo la misma lógica de desigualdad en las relaciones, y tal vez con más fuerza, que en el resto de las instituciones sociales.

Metodología

El estudio se basa en el análisis de fuentes secundarias y primarias. Las primeras comprenden: la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁴ (N° 25.763), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud, 2003), la Ley provincial 13.066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y documentos sobre programas provinciales y municipales vigentes en 2007 en La Plata. Entre ellos se destacan el Programa de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud provincial y los Programas de Salud Reproductiva y de Prevención y Educación Sexual dependientes de la Secretaría de Salud municipal⁵.

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

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

El abordaje centrado en la recuperación de la perspectiva de los actores, sigue el principio que indica su necesaria contextualización. El recaudo de no absolutizar el punto de vista de los actores ni abstraerlo de condiciones y posiciones determinadas estructuralmente, se basa en asumir que la estructura social y de significado refieren a condiciones de desigualdad y diferencia que se expresan en las relaciones construidas entre los actores (Menéndez, 1997).

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

⁴ En ella importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, incorporados en 1994 en la reforma de la Constitución Nacional, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW); y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

⁵ Debido a las dificultades de encontrar información actualizada sobre proyectos o programas de la gestión municipal iniciada en el 2007, se analizan los programas que funcionaron en el período anterior.

El campo normativo y las políticas: leyes y programas

Desde hace poco más de seis años existe legislación nacional y provincial, así como planes y programas de distintos niveles gubernamentales y no gubernamentales cuyas acciones no muestran aún resultados promisorios. En Octubre de 2002, se sancionó la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (N° 25.763), luego de un largo trayecto de conflictos entre actores de la sociedad civil y de vaivenes parlamentarios. Para los sectores conservadores y eclesiásticos representó una estocada y para el movimiento de mujeres, un logro que no cubrió todas las expectativas (CONDERS)⁶. Ella tiene por objetivos: disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, prevenir/disminuir abortos, promover la salud sexual y reproductiva, prevenir y tratar ETS y cáncer genito-mamario, brindar educación sexual a los adolescentes. Se reconoce el derecho de todos a acceder a métodos anticonceptivos de su elección reversibles, seguros, eficaces y aceptables y de recibir atención y adoptar decisiones sin discriminación, coacción o violencia alguna. Pero su reglamentación en 2003, creando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, restringió la aplicación de la Ley en tanto no se beneficia a toda la población sino que en el caso de los niños, adolescentes e incapaces, recomienda la presencia de un adulto responsable, especialmente en los menores de 14 años, frente al cual por ejemplo, podrían sentirse cohibidos. Esta indicación fragiliza la atención en el "interés superior del niño"⁷ consagrado constitucionalmente, según el cual debería prevalecer su voluntad. Además, se obliga sólo a las escuelas públicas a implementar programas de educación sexual⁸ por lo cual, quienes asistiesen a escuelas privadas verían afectado su derecho a la información, también garantizado constitucionalmente. Otra restricción se vincula con la posibilidad de que servicios y/o profesionales de salud se exceptúen de suministrar métodos anticonceptivos, obturando el acceso irrestricto a la planificación familiar (Shuster y García Jurado, 2006).

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

⁶ Ver página del CoNDERS: http://www.conders.org.ar/pdf/LEY_n_25673_comentarios.pdf

⁷ En concordancia con la CIDN, se entiende por interés superior del niño, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

⁸ Recién en 2002 se promulga la Ley Nacional 25584 prohibiendo acciones discriminatorias hacia alumnas embarazadas en las escuelas públicas del país, siendo sustituida un año y medio después por la Ley Nacional 25.808 que incluye a los establecimientos privados, a los alumnos progenitores, y especifica protecciones durante la etapa de lactancia. En 2006 el Programa Nacional de Educación Sexual (Ley Nacional 26.150) establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos y privados aunque "con una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente".

En tal sentido, cabe destacar que la patria potestad de los padres (Art. 264 del Código Civil) no puede actuar obstaculizando la educación sexual de los hijos ni la atención en los servicios de salud; en tanto derechos, la patria potestad debe garantizar su ejercicio. La provisión de anticonceptivos para menores de 14 años se liga 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 Infantil⁹. 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 responsable¹⁰. Ésta, tal como aparece en el documento, es un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja desea tener; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna, - entre otras causas- por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías; evitar embarazos no deseados. Supone también tomar decisiones habiendo recibido información sobre los métodos anticonceptivos, respetando convicciones y deseos de las personas. El subprograma se sostiene sobre cuatro pilares: información; consejería; entrega gratuita de preservativos, anticonceptivos orales, inyectables, anticoncepción hormonal de emergencia, DIU, folletería y manuales para agentes sanitarios y control de salud (exámenes periódicos de la mujer. PAP, serología en ETS, examen de mamas, controles ginecológicos).

Es importante señalar que pese a la aprobación de la Ley y a la vigencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a fines de 2006 el (sub)-programa incluía a un 25 % de menores de 20 años y a un 98 % de mujeres¹¹.

En La Plata, de acuerdo a un informe de gestión de 2001 de la Secretaría de Salud¹², el perfil prestacional de los centros de salud municipales revela que el 65% de las prestaciones se dirigen a la atención del binomio madre-hijo. La cobertura de mujeres embarazadas bajo control (3.171 embarazadas) incluye al 65% de las embarazadas previstas. Para 2003 se proponen como metas alcanzar una cobertura de control oportuno del embarazo superior al 80% en la población objetivo y capacitar 600 instructores en educación sexual.

El Programa de Salud Reproductiva tiene por objetivos: prevenir factores de riesgo físico-psíquico y social; promocionar actitudes sexuales saludables mediante acciones educativas, prevenir embarazos precoces, reducir la incidencia de ETS, promover el control médico de las adolescentes y mujeres embarazadas del partido, incentivar en los Centros de Salud el seguimiento ginecológico, propiciar la paternidad responsable. La finalidad hace visible su orientación, a saber "lograr que la familia se fortalezca en sus vínculos como educadora

⁹ Este último tiene como propósito "contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias bonaerenses, promoviendo el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus comunidades". <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil.html>

¹⁰ http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html

¹¹ http://www.ms.gba.gov.ar/programas/Maternoinfantil_Saludsexual.html

¹² Informe de Gestión, Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, 2002 (informe de circulación restringida).

primaria en la consolidación de una persona educada sexualmente, para el amor y el respeto por el otro”, “formar a educadores sanitarios y docentes en educación sexual con la finalidad de que se conviertan en educadores secundarios en la temática.” Además el programa “apunta a que los habitantes sean artífices de su propio estado de salud y propiciar la autogestión de la comunidad para el cuidado de su salud”. Las principales acciones del programa son las educativas y comunicacionales desarrolladas a través de equipos interdisciplinarios que ofrecen cursos de orientación e información a escuelas, padres, juntas comunales, entre otros, dirigiendo sus esfuerzos en la formación “para la educación sexual formal y humanizada”. El Centro de Capacitación Municipal, con motivo de un diagnóstico realizado en el año 2000 en 300 escuelas públicas y privadas, detectó que el 48% manifestaba incidencia de problemas de violencia y sexualidad, surgiendo así el Programa de Prevención y Educación Sexual y el Programa de Violencia, integrados en el Programa Educativo Integral en la Prevención de la Violencia y el Desarrollo de la Educación Sexual en las Escuelas. Este programa profundizó actividades de prevención de adicciones, ETS, violencia y embarazos precoces. La exclusión de la población no escolarizada constituye un problema evidente.

Para brindar asistencia, se designaron como referentes seis Centros de Salud ubicados geográficamente según diagnóstico de “necesidad poblacional” y área programática. No obstante, los 42 centros de salud existentes brindaban servicios de ginecología (n=23), obstetricia (n=21) o ambos (n=13).

En síntesis, del análisis de los documentos de los programas se aprecian algunas cuestiones: a) las acciones de salud sexual y reproductiva se dirigen principalmente a las mujeres (por otra parte a ellas captan casi exclusivamente los servicios de salud, dificultando promover la responsabilidad masculina en sexualidad y fecundidad); b) las leyes ponen énfasis en la salud reproductiva y en mucho menor grado se contempla la salud sexual, término por otra parte cuestionable por su reduccionismo y connotación biomédica (Schuster y García Jurado, 2006); c) la salud reproductiva se piensa y dirige a adultas heterosexuales y los servicios de ginecología excluyen a los varones; d) la inclusión de los programas de salud sexual y reproductiva dentro del programa materno-infantil refleja el interés en la díada, soslayando la sexualidad; e) se considera que la adolescencia debería abstenerse de la reproducción y las acciones prevenir y velar por los riesgos de las prácticas (hetero)sexuales; f) los programas de atención de adolescentes se centran en conductas “de riesgo” (de hecho intervienen cuando se registran daños y los programas de prevención son escasos); g) la creación de servicios con atención personalizada, integral y dirigida a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes no es contemplada en la legislación ni en los programas; h) en la provincia de Buenos Aires se protege especialmente a adultos (padres, médicos), posibilitando el desamparo de los derechos sexuales y reproductivos; i) en el partido de La Plata los derechos a la salud sexual y reproductiva, al menos en términos de disponibilidad y accesibilidad de servicios públicos, están lejos de estar garantizados a la población pobre y los programas dirigidos a los adolescentes, anclados en la identificación de sus destinatarios con riesgos múltiples, se limitan a dar charlas informativas a aquellos que se encuentran escolarizados.

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

El campo de las subjetividades: los discursos de las adolescentes

Las entrevistas realizadas dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones y experiencias que rodean a la maternidad adolescente. Las entrevistadas tienen un promedio de 1.9 hijos, sus edades están comprendidas entre los 17 y 22 años, concentrándose entre los 16 y 17 años la edad al nacimiento del primer hijo. Poco menos de la mitad ha nacido en provincias del interior del país o en países limítrofes. La mayoría convive con su pareja (en general pares en edad), en hogares extensos y nucleares en similares proporciones reflejándose más marcadamente en estos últimos la precariedad de las viviendas. Tres no asistían a la escuela antes de quedar embarazadas, la mayoría la abandonó en esa oportunidad y sólo cinco retomaron luego sus estudios. Una ha completado el nivel secundario; las que retomaron lo están cursando pero la mayoría no logró completar 9 años de escolaridad básica. En el momento de las entrevistas un tercio trabajaba esporádicamente en actividades precarias mientras que las que lo hacían antes de nacer el primer hijo, duplicaban esa proporción; todas carecen de obra social. Podemos plantear que la participación en el mercado laboral no incidiría retrasando la edad al nacimiento del primer hijo. En nuestro país, las políticas dirigidas a compatibilizar trabajo y familia son débiles y frente a la dicotomía maternidad/trabajo, habida cuenta de las condiciones laborales ofrecidas a las mujeres pobres, la mayoría decide atender a sus hijos. La fuerza del rol materno se evidencia en que cualquier desajuste al mandato cultural provoca culpa y en casos minoritarios, frustración. Sus ocupaciones extradomésticas (lavar ropa, servicio doméstico, contraprestaciones del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados), muy alejadas de las expectativas de realización personal, no resultaban gratificantes ni redituables, respondiendo en todos los casos a imperativos de subsistencia.

Antes del primer embarazo, los anticonceptivos eran conocidos por casi todas aunque utilizados por menos de la mitad. Las que no usaban métodos anticonceptivos concentra a las que fueron madres entre los 14 y 16 años. En ellas, el temor a la reacción de los padres frente a su embarazo, es una constante:

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

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

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

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

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

El contexto familiar incide en la búsqueda del embarazo, la mayoría de las veces motivado por condiciones hostiles o de violencia: *“...en verdad era chica, fue por bronca, para cortar con ellos.” (Jenny)*

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

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

“No, contento 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 contento” (Daiana).

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

La importancia del sistema educativo en la información brindada sobre sexualidad y reproducción es restringida y nula en sus efectos¹³:

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

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

¹³ 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.

Cabe señalar que la incorporación de contenidos sobre salud reproductiva en la currícula escolar es aún objeto de debate¹⁴ y la información a través de pares puede ser inadecuada, lo mismo que la que brindan los adultos, sumándose en ellos la posible manipulación o mala intención (Mabel Bianco, cit. por INFOBAE, 2008).

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

"...no, antes iba a pedir certificado de buena salud para la escuela" (Cintia F);
"...me daba vergüenza ir a preguntar por las pastillas" (Lourdes);
"...la primera vez que tuve un control fue cuando quedé embarazada" (Paola).

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

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

Los métodos aceptados y utilizados por todas son las pastillas, manifestando resistencias hacia los métodos mecánicos (espiral o DIU).

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

"Fue por mi mamá, me dijo: -si lo tenés yo me 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 y me vine para acá. Eso fue en febrero y en diciembre ya estaba embarazada de Abril" (Daiana).

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

¹⁴ La incorporación en el 2004 de la asignatura Salud y Adolescencia -dentro del nivel Polimodal- por parte de la Dirección General de Escuelas de la Pcia. de Bs. As., fue objeto de resistencia por parte de la Arquidiócesis local.

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

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

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

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

"...estaba muy contenta. Siempre me conformaba cuidando los sobrinos (tiene 7 hermanas, todas madres a partir de los 15 años). Ya tenía 19 años y todas mis hermanas tenían hijos y yo era la única que estaba fuera de línea y allá en Corrientes la mayoría tienen de jovencitas, de 13 y 14 años. De la mayoría de ellas fui yo la más virgen digamos" (María José).

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

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" (Brenda);

"quería ser mamá, siempre pensé eso" (Lucía).

"yo siempre me sentí como mamá" (Paola).

"a mi edad mis hermanas ya habían tenido todas, y yo no" (María José).

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:

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

"...siempre me sentí como mamá porque crié a mis sobrinos. Cuando tuve a mi bebé no tuve problema en cómo cambiar un pañal porque ya sabía todo, darle mamadera, todo" (Lucía).

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

Algunas refieren que el embarazo frustró la concreción de proyectos dirigidos a completar estudios y a emprender una carrera.

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

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" (Cintia A), *"para que tengan lo que yo no tuve"* (María José).

"Yo antes quería hacer medicina, me gustaba ser médica forense, pero como no se puede no. Ahora lo único que quiero es estar con ella, con estar con ella me conformo" (Ayelén).

...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 seguí" (Cintia F).

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." (Brenda)

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

Estas apreciaciones nos hablan del poder que no se ve pero que actúa, aquel que ha colonizado la subjetividad. Tal complicidad abona la idea de Pierre Bourdieu (2000) para quien la lógica del género es la forma paradigmática de la violencia simbólica. Las diferencias son asumidas como funcionales o instrumentales, debiendo existir una clara división del trabajo y si bien las normas y 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/esposa/madre. Uno de los elementos constitutivos de las identidades de género es el

considerar que la condición biológica que permite engendrar, se liga a una habilidad innata para criar (Climent, 2007:158). El esencialismo se hace visible también en la consideración del “instinto” sexual de los hombres. De allí que los padres, como aparece en citas anteriores, traten de incidir en sus hijas para que se prevengan de esa fuerza: son ellas las que se tienen que cuidar.

Con relación a la edad, la mayoría afirma las ventajas de ser madre joven, independientemente de la planificación: “...*más joven podés disfrutarlo más*”; “*aprendés más cosas cuando sos mamá joven*”; “*gracias a Dios que soy mamá joven porque cuando crezca vamos a hablar como amigas*”.

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

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

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

La referencia a la mayor capacidad de disfrute, de paciencia, a la posesión de habilidades especiales para desempeñarse como madres refleja la internalización del maternalismo. Es posible ver en la maternidad una forma de afirmación de la subjetividad a través de la adquisición de un nuevo status; todas consideran que el rol de padre es difícil de asumir e interpretan que las mujeres tienen ventajas comparativas:

“están acostumbrados a salir, la mujer no” (Cintia A); “*enseguida se cansan de los chicos*” (Cintia F); “*la madre es todo, es más que el padre*” (Ayelén); “*no cambian tanto, siguen con sus cosas.*” (Paola); “*el hombre siempre es más inmaduro, la mujer madura cuando es madre, el hombre no.*” (Laura).

Si bien los hombres han aumentado su participación en las tareas del hogar, están lejos de alcanzar los niveles de responsabilidad que tienen las mujeres y según muchas entrevistadas, es nula: “*no está casi nunca, está en el trabajo todo el día..., el padre nunca está*” (Alicia).

Los progenitores de las adolescentes, en su mayoría e independientemente de la reacción inicial ante el embarazo de sus hijas, las acompañan en las tareas de crianza. En aquellas que viven en hogares extendidos, la colaboración especialmente madre y hermanas resulta sustancial. Esta situación compensa la falta de guarderías estatales y posibilita ciertos reemplazos en el desempeño de su rol, permitiendo a veces completar la escolaridad.

Con relación a los programas sociales, ninguna es destinataria de alguno dirigido específicamente a madres adolescentes. A través del Programa Materno Infantil reciben leche cuando hay- en los controles de salud, algunas reciben irregularmente y en reducida cantidad alimentos del Plan Vida y sólo tres reciben mensualmente el equivalente \$ 150 a través del Plan Jefas/Jefes de Hogar Desocupados o del Plan Familias dirigidos a hogares pobres. Muchas habían sido convocadas a participar de charlas y talleres vinculados a la

salud materno-infantil en distintas instituciones barriales, las que -como plantea Daeren (2004)- parten del supuesto de que las amas de casa tienen tiempo disponible y que la reproducción es una responsabilidad intrínsecamente femenina. En nuestro país, la apelación a las mujeres para que participen de programas que apuntan a la promoción -en este caso de la salud- y al empoderamiento, se funda en los roles domésticos tradicionales o bien las abstrae de las condiciones concretas que posibilitarían su participación. En general, las actividades propuestas a las adolescentes entrevistadas estaban dirigidas a la formación de capacidades individuales o a la asignación de tareas en el espacio público comunitario (limpiar terrenos del barrio *"para cuidar la salud de los chicos"*).

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

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

Comentarios finales

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

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

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

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

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

Con relación a esto último, tal como se constata en los relatos, la familia es un espacio de distribución de recursos, de poder y las relaciones intrafamiliares un mecanismo que promueve la desigualdad. No obstante la influencia de los adultos, es claro también que las adolescentes muestran capacidad de decisión, siendo ellas, más que los adultos, quienes interpretan y defienden sus derechos.

Las situaciones estudiadas muestran que los roles y espacios propios de las mujeres y de los hombres permanecen intactos. La asimetría en las relaciones de género y edad se constata en la autoridad que ejercen en primer lugar los hombres y luego los adultos sobre las adolescentes en las decisiones y percepciones sobre la sexualidad, la reproducción y la maternidad. En ellas, la incidencia de las leyes aún no se hace sentir. Pero, en tanto el locus de generación de género se ubica en la esfera privada, en la vida cotidiana, hay que pensar en ese lugar porque la ampliación de derechos comienza allí (Di Marco, 2005).

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

Lidiar con retórica de la universalidad de los derechos frente a la evidencia de su conculcación en actores subordinados a través de relaciones de clase, género y edad, con diferentes percepciones sobre sus derechos supone, siguiendo a Fraser (1997), ensayar políticas que tiendan a deconstruir y desestabilizar las diferencias entre los grupos. Lejos están de ello los programas y las prácticas institucionales.

La progresiva integración de la problemática planteada dentro del discurso de derechos y las luchas por la ampliación de los mismos, tendría que comenzar por revelar en qué medida los programas pueden, buscan o deberían incidir transformadoramente en las relaciones de desigualdad más naturalizadas.

Bibliografía

Adasko, Ariel

2005. "Perspectivas socioantropológicas para la adolescencia, la juventud y el embarazo" En: Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Buenos Aires: CEDES.

Amorós, Celia

2000. "Elogio de la vindicación", En: Ruiz, A. (Comp.): *Identidad femenina y discurso jurídico*. Buenos Aires: Biblos-Fac. Derecho- UBA.

Binstock, Georgina y Pantelides, Edith

2005. "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico socioedemográfico". En: Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Buenos Aires: CEDES.

Bourdieu, Pierre

2000. *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.

CELS-CEDES

2005. "La salud y los derechos sexuales y reproductivos avances y retrocesos". Informe final. Buenos Aires: CEDES.

Climent, Graciela Arias, Diana

2000. "Representaciones sociales y comportamientos reproductivos de las mujeres de sectores populares" En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 70. Rosario: Asociación Médica de Rosario.

Climent, Graciela

2007. "Aprendizajes escolares, sexualidad y embarazo en la adolescencia". En: López, E.y Pantelides, E. *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP/CEDES, AEPa, UNFPA.

Checa, Susana

2005. *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Daeren, Lieve

2004. *Mujeres pobres ¿prestadoras de servicios o sujetos de derecho? Los programas de superación de la pobreza en América Latina desde una mirada de género*. Quito: CEPAL.

Di Marco, Graciela

2005. *Democratización de las Familias*. Buenos Aires: Paidós- UNICEF

Faur, Eleonor y Gherardi

2005. "Sexualidades y reproducción: la perspectivas de los derechos humanos" En: *Informe sobre género y derechos humanos. Equipo Latinoamericano de Justicia y género*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Fraser, Nancy

1997. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'*. Bogotá: Universidad de Los Andes- Siglo del Hombre Editores.

Gogna, M (comp.)

2003. *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile*. Buenos Aires: CEDES/BID.

Gogna, Mónica

2005. *Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina: 1990-2002*. Buenos Aires: CEDES.

Gogna, Mónica et al.

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

Bárbara Roesler

2008. "Cada vez hay más casos de embarazo adolescente", Recuperado el 11 de abril de 2008. Disponible en: www.infobae.com

Lupica, Carina y Cogliandro, Gisell

2007. *Anuario de la maternidad Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina*, Buenos Aires: Observatorio de la Maternidad.

Marcús, Juliana

2006. "Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad". En: *Revista Argentina de Sociología*. Vol. 4 N° 7. Buenos Aires: Consejo de profesionales de Sociología.

Menéndez, Eduardo

1997. "El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad". En: *Relaciones* N° 69. México: El colegio de Michoacan.

Palomar Verea, Cristina

2004. "Malas madres: la construcción social de la maternidad". En: *Debate Feminista*, año 15. Vol. 30. Disponible en <http://www.debatefeminista.com/>

Pantelides, Edith Alejandra; Mychaszula, Sonia M.; Gaudio, Magalí

2005. *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CENEP- FNUAP.

Petracci, Mónica y Ramos, Silvina

2006. *Política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos*. Buenos Aires: UNFPA/CEDES.

Scheper-Hughes, Nancy

1997. *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Madrid: Ed. Ariel.

Shuster, Gloria y García Jurado, Mariana

2006. "Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en maternidad de salud sexual y reproductiva". En: Petracci y Ramos (comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES/UNFPA.

UNICEF-INDEC

2003. *Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990-2001*. Serie de Análisis Social 2. Buenos Aires.

UNICEF-Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

2009. *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires.