



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA A LA REFLEXIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DIRIGIDAS A MADRES ADOLESCENTES EN LA ARGENTINA.

MARÍA SUSANA ORTALE

Universidad Nacional de La Plata

INTRODUCCIÓN

1.1. El encuadre

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

El trabajo representa un ejercicio inicial que pretende contribuir a complejizar el enfoque predominante en las políticas públicas, aplicando la perspectiva de género y de derechos, perspectivas que la retórica de las políticas dicen seguir², a fin de identificar sus consonancias, potencialidades y limitaciones para comprender y abordar los problemas de la salud sexual y reproductiva.

¹ Este trabajo forma parte de mi línea de estudio como investigadora de la UNLP y de la CIC e integra los proyectos “Género, pobreza y políticas sociales. Estudios en el aglomerado Gran La Plata” (PICT-2006-01951) subsidiado por la Agencia y “Concepciones sobre la mujer y su papel en el desarrollo en programas sociales de la Provincia de Buenos Aires” subsidiado por la CIC/PBA, ambos dirigidos por las Dras. Amalia Eguía y Susana Ortale.

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

Intenta mostrar la fecundidad de la Antropología en la problematización y elaboración de propuestas vinculadas a este campo, el cual -lejos de ser uniforme-, se encuentra inscrito en valores culturales, experiencias, racionalidades y moralidades en disputa que cuestionan las posibilidades de eficacia normativa y legislativa.

1.2. Un poco de extrañamiento

Caben algunas reflexiones sobre el problema objeto de análisis:

La primera hace consciente la paradójica y elocuente ausencia de estudios de género en las etapas no reproductivas y el posible desliz de los estudios de salud con enfoque de género hacia una reificación de las categorías que pretende deconstruir.

La segunda advierte sobre el estudio focalizado en “las” adolescentes y no en las relaciones de género. En términos estrictamente sanitarios, las causas de muerte de las adolescentes por problemas que rodean a la maternidad son del 5% y están en 4º orden (UNICEF/INDEC, 2003). Asimismo, el riesgo sanitario para sus hijos se ha sobredimensionado especialmente en el caso de las madres de 18 y 19 años, que concentran la mayor proporción dentro del conjunto de madres adolescentes; en todo caso el riesgo se vincula con la condición social y no con la edad (Adaszko, 2005).

Los efectos positivos para la salud que puede entrañar la maternidad adolescente no han sido analizados en nuestro país y, desde una mirada relacional, cabría preguntarse también qué sucede con la salud de los adolescentes que no encuentran refugio en el sistema educativo ni en el mercado de trabajo; bastante sabemos de sus muertes por accidentes, violencia y drogadicciones. Además, las mujeres viven más y con años de vida más saludables que los varones. Los hombres acuden menos a centros de salud y tienen concepciones y comportamientos asociados a la representación dominante de la masculinidad que socavan su salud. La consagración de “masculinidad” mediante el ejercicio de la genitalidad ha resultado muchas veces cara a la salud psicobiológica de los hombres.

La tercera entiende que “el problema”, 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 y reproducción, siempre en función de necesidades definidas históricamente.

La cuarta asume que las diferencias de género constituyen parte, no la única ni la más importante, de las desigualdades que afectan a mujeres y hombres y que explican determinadas problemáticas de salud (Menéndez, 2006).

La quinta, reconoce que para las ciencias sociales la sexualidad de los adolescentes ha importado frecuentemente, por sus consecuencias y no en sí misma, intereses que iluminan acerca de las cuestiones que se exploran y la manera en que lo hacen.

Finalmente, el tema de indagación se vincula con problemas que preocupan a los organismos estatales y ONG (Cardacci, 2006). En tal sentido, es la relevancia política la que promueve determinadas líneas de investigación académica, y de las que se esperan aportes para la (re)orientación de programas.

1.3. El problema

El embarazo y la maternidad adolescente se construyen como problema pero no lo son per se ni abstraídos de contextos específicos. La maternidad en nuestra sociedad se ha edificado sobre tres campos fundamentales: el moral, el legal y el de la salud (Palomar Vereá, 2004) los que se imbrican y potencian para establecer un arquetipo, del que las adolescentes están excluidas. A su vez, el estudio de las desigualdades de clase, género y edad han contribuido sustancialmente a reconocer la heterogeneidad de situaciones y relaciones presentes en la categoría “adolescencia”, las que no han logrado permear el modelo normativo y homogéneo presente en las instituciones.

En nuestro país la maternidad adolescente aparece como problema de salud pública en 1960. Sabemos que los discursos sobre el tema tienen por finalidad controlar la sexualidad -sobre todo femenina- y la reproducción en función de necesidades políticas y económicas. Desde hace unas décadas el énfasis está puesto en el riesgo que representa para la diáda madre/hijo -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 adolescentes ni en la del “mundo adulto” en generar condiciones favorables a los jóvenes padres. Reproche, culpa, castigo y en el mejor de los casos compasión, predominan en los decires y haceres de distintos agentes. Tal como plantea Ariel Adaszko (2005), la maternidad adolescente sigue ligada a un discurso victimizador, homogeneizador y alarmista, ubicando al evento en un lugar negativo e inaugurando una trayectoria de infortunios.

Desde el punto de vista sanitario, las desigualdades de género en la vida reproductiva se traducen en algunas tendencias epidemiológicas (cambios en la tasa de infección por HIV según género, incremento del embarazo adolescente temprano, consecuencias de abortos inseguros) que afectan especialmente a las adolescentes. Pero además, ellas también se traducen, articuladas con la situación de clase, étnica, étnica, en valores, prácticas y proyectos de vida que naturalizan la desiguales posibilidades de elección.

En tal sentido, el marco de los derechos humanos puede dar visibilidad a la vulnerabilidad de ciertos grupos a las agresiones a la salud y/o violaciones de derechos no reconocibles con los instrumentos conceptuales propios de la tradición médico-sanitaria. Pero, más allá de los instrumentos jurídicos, es necesario aprehender cuánto del acceso a derechos se dirime en espacios definidos como privados -tal el caso de las familias y las parejas-, estructurados bajo la misma lógica de desigualdad en las relaciones, y tal vez con más fuerza, que el resto de las instituciones sociales.

Tener la posibilidad de tomar decisiones en la vida es central para el empoderamiento de las mujeres y sabemos que en el espacio estratégico de la salud reproductiva, las mujeres aún se encuentran subordinadas. Históricamente, las mujeres argentinas han visto muy afectado su derecho a decidir libre y responsablemente si tener o no hijos, cuántos, cuándo y cómo tenerlos, y a pesar de la adhesión a la CEDAW³ y otros instrumentos internacionales de derechos humanos,

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

la situación persiste. Las dificultades en el acceso a la información y a los recursos anticonceptivos son especialmente marcadas en las mujeres más pobres y más jóvenes, con consecuencias en los embarazos no buscados y los abortos inducidos (Gogna, 2003).

2. EL CONTEXTO SOCIOSANITARIO DE LA MATERNIDAD

Los indicadores sociales se han deteriorado en los últimos 30 años: pobreza, indigencia y desigualdad son datos estructurales. A fines de 2006 el 27% de la población era pobre, el 9 % indigente (INDEC, 2006) y el 10 % de los argentinos de mayores ingresos ganaba 30 veces más que el 10% más pobre (cit. por Lupica y Cogliandro, 2007: 30).

En las últimas décadas se observa una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y un aumento de hogares con jefatura femenina, más marcado en los hogares pobres.

Según información correspondiente a los principales aglomerados urbanos del país⁴ (Lupica y Cogliandro, 2007), las madres de 14 a 49 años pobres y con menor nivel educativo tienen 2 hijos 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 entre el 2004-2005.

De acuerdo a Georgina Binstock y Edith Pantelides (2005), la tasa de fecundidad adolescente promedio en el período 2000-2005 se estima en 60.6 por mil para la Argentina⁵. Analizando el último censo⁶, 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

⁴ 2° semestre de 2005 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Se trata de un programa nacional de relevamiento de características sociodemográficas y socioeconómicas desde 1973. Se aplica anualmente en 28 aglomerados urbanos con + de 200 mil habitantes, comprende el 70 % de población urbana y 60 % de población total.

⁵ Tasa mundial: 49.7 por mil; tasa para América Latina: 72.4 por mil (estimaciones para el mismo período).

⁶ INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

variaciones entre regiones (23.9 en la Ciudad de Buenos Aires y valores próximos a 100 en provincias del norte). Sin embargo, 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 la estabilidad de muchas parejas y la búsqueda del embarazo.

El 10.7 % de las adolescentes de 14 a 19 años censadas en 2001 son madres, proporción que se ha mantenido bastante estable desde 1980. El 58 % de los nacimientos de mujeres adolescentes ocurrió en el grupo de 18-19 años, 38.7 % en el de 15 a 17 años y 3% hasta 14 años.

En el total del país, una de cada 10 adolescentes alfabetas son madres y en las analfabetas es madre una de cada cuatro. La proporción de madres con escolaridad primaria completa al menos triplica la proporción de madres con mayor educación.

En 2001 más de la mitad de las madres adolescentes convivía con su pareja, proporción que se eleva en las de mayor edad (71 % de los nacimientos de madres de 18 y 19 años). En cuanto a la relación de parentesco, se trata de hijas en la mitad de los casos, nueras en el 11%, cónyuges en el 27%, jefas en el 3% y convivientes con otros familiares en el 8%. En cuanto a la actividad económica, el 36% de las madres adolescentes son activas (10% ocupadas y 26% desocupadas) frente al 21 % de las adolescentes no madres.

La relación entre maternidad y asistencia escolar revela que el 80 % de las adolescentes sin hijos asiste a la escuela, entre las madres eso se da en el 25 %.

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

Según un estudio del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM, 2005 cit. por INFOBAE, 2008), 6 de cada 10 madres adolescentes argentinas no planificó su embarazo. En el mismo

informe, Mabel Bianco señala que el número de embarazos en las menores de 15 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).

3. METODOLOGÍA

El estudio se basa en el análisis de leyes y programas vinculados al tema y de entrevistas semiestructuradas y abiertas realizadas a diecisiete mujeres adolescentes (o que lo fueron recientemente), residentes en seis barrios pobres del municipio de La Plata⁷.

Las fuentes secundarias analizadas prioritariamente son: la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, La Ley Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y los programas que de ellas se derivan dependientes de los Ministerios nacional y provincial de Salud. Cabe señalar que las acciones y programas que desarrolla el municipio de La Plata, heterogéneas y discontinuas, se enmarcan en las normativas provinciales.

A partir del análisis de las normativas y de los programas sanitarios vigentes y de otros estudios recientes sobre el tema, realizados en nuestro país, se propone develar la construcción y las interpretaciones sobre la maternidad adolescente realizada por el campo jurídico y sector salud y contrastarla con la información relevada mediante entrevistas. En las entrevistas se profundizan aspectos vinculados con las valoraciones, expectativas y significados que rodean a la maternidad, la percepción sobre el desempeño del rol materno, su apreciación sobre la mirada de los adultos a su condición de madre, la participación de sus parejas u otros actores en la crianza el conocimiento de sus derechos a la salud sexual y reproductiva, el acceso y evaluación de los servicios de salud y de programas sociales que las incluyen como destinatarias.

⁷ La Plata, municipio de 600.000 habitantes, capital de la provincia de Buenos Aires. Las tendencias en sus características socioeconómicas, son tributarias y en muchos sentidos representativas del conjunto de aglomerados urbanos de la provincia.

El aporte de la antropología, con su insistencia en el valor de su metodología y en la importancia de la información cualitativa generada a partir de entrevistas, reside en posibilitar una aproximación a los significados, valores y prácticas de las entrevistadas. La recuperación de la perspectiva del actor adquiere centralidad para la comprensión de cualquier problemática humana.

4. EL CAMPO NORMATIVO: LEYES Y PROGRAMAS

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

En Octubre de 2002, se sanciona la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable⁸ (N° 25.763), luego de una larga historia de conflictos entre actores de la sociedad civil y de 7 años de vaivenes parlamentarios. Para los sectores conservadores y eclesiásticos representó una estocada y para el movimiento de mujeres, un logro que no cubrió todas las expectativas (Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales⁹).

Ella tiene por objetivos: disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir/disminuir abortos, promover la salud sexual y reproductiva, prevenir y tratar enfermedades de transmisión sexual, de cáncer genito-mamario, prevenir embarazos no deseados, brindar educación sexual a los adolescentes.

Se reconoce el derecho de todos a acceder a métodos anticonceptivos de su elección reversibles, seguros, eficaces y aceptables y de recibir atención y adoptar decisiones sin discriminación, coacción o violencia

⁸ 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.

⁹ Ver página del CoNDeRS: http://www.conders.org.ar/pdf/LEY_n_25673_comentarios.pdf

alguna. Pero su reglamentación en el 2003, creando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, restringió la aplicación de la ley. Los objetivos de ésta benefician a toda la población, sin diferenciación de ningún tipo pero la reglamentación en el caso de los niños¹⁰, adolescentes e incapaces, recomienda la presencia de un adulto responsable, especialmente en los menores de 14 años. Esta indicación fragiliza la atención en el "interés superior del niño"¹¹ consagrado constitucionalmente, según el cual debería prevalecer su voluntad (por ej. podría sentirse cohibido frente a sus padres/tutores). Además, se obliga sólo a las escuelas públicas a implementar programas de educación sexual, las que representan la mitad de establecimientos educativos del país¹². Quienes asistiesen a escuelas privadas (confesionales o no) verían afectado su derecho a la información, también garantizado constitucionalmente. Otra restricción se vincula con la posibilidad de que servicios públicos de salud o profesionales particulares se exceptúen de suministrar métodos anticonceptivos, excepción contemplada en la ley para los servicios privados confesionales. Y esto atenta contra el acceso irrestricto a la planificación familiar (Shuster y García Jurado, 2006).

¹⁰ Con relación al artículo 1º de la Convención sobre los Derechos del Niño (CIDN), nuestro país por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad (Ley 23.849).

¹¹ En concordancia con la CIDN, se entiende por interés superior del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

¹² Recién en 2002, se promulga la Ley Nacional 25584 (2/5/2002) vinculada con las prohibición de acciones discriminatorias hacia alumnas embarazadas en las escuelas públicas del país, siendo sustituida un año y medio después (Ley N° 25.763 mediante) por la Ley Nacional 25.808 que incluye a los establecimientos privados, a los alumnos progenitores, y además especifica protecciones durante el período de lactancia.

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

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. Cabe destacar que el gobernador de turno vetó la ley provincial derogando el artículo que disponía su cumplimiento en todas las escuelas, por considerar que contrariaba la libertad de culto, pues obligaba a los establecimientos privados (confesionales o no) y no respetaba las convicciones personales. Esto reflejó las presiones de sectores conservadores y religiosos, preocupados por proteger el derecho de los padres a dar la educación que consideran adecuada y por eximir a los establecimientos privados de la regulación legal. Las escuelas privadas –la mayoría subsidiadas por el Estado– podía no impartir esa educación, afectándose el derecho a la información de niñas y niños. En la ley aprobada se manifiesta como objetivo “valorar la maternidad y la familia”, considerada ésta como una sociedad natural existente antes que el propio Estado.

La provisión de anticonceptivos para menores de 14 años está ligada a la firma del consentimiento informado de los padres. Asimismo, el Programa provincial posibilita exceptuarse de participar en los programas de salud reproductiva a aquellos profesionales que aduzcan objeción de conciencia.

Analizando los documentos de los programas se aprecian algunas cuestiones: a) las acciones de salud sexual y reproductiva se dirigen principalmente a las mujeres (por otra parte a ellas captan casi exclusivamente los servicios de salud, dificultando promocionar la responsabilidad masculina en sexualidad y fecundidad); b) las leyes ponen énfasis en la salud reproductiva y en mucho menor grado se contempla la salud sexual, término por otra parte cuestionable por su connotación biomédica y su inducción a proponer la existencia de conductas sexualmente sanas (Schuster y García Jurado, 2006); 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)sexuales¹³; e) los programas de atención de adolescentes se

¹³ Vinculada a la tendencia, cuyo debate instaló entre otras Judith Butler (1996), a asimilar sexo y género y a identificar relaciones sexuales con heterosexuales.

centran en conductas “de riesgo” (de hecho intervienen cuando se registran daños y los programas de prevención son escasos); f) 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; g) en la provincia de Buenos Aires se protege especialmente a adultos (padres, médicos), posibilitando el desamparo de los derechos sexuales y reproductivos.

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 que afectan su promoción.

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

5. EL CAMPO DE LAS SUBJETIVIDADES: LOS DISCURSOS DE LAS ADOLESCENTES

Las entrevistas realizadas pretenden dar cuenta de la heterogeneidad de situaciones y experiencias en torno a la maternidad adolescente.

Las entrevistadas tienen actualmente entre 17 y 22 años pero la edad media al nacimiento del primer hijo es de 16.4 años y tienen un promedio de 1.9 hijos. La mayoría convive con su pareja (en general pares en edad), en hogares extensos y nucleares en similares proporciones. Todas abandonaron la escuela durante el primer embarazo y sólo 5 retomaron luego sus estudios. Una ha completado el nivel secundario; las que retomaron lo están cursando pero la mayoría no logró completar 9 años de escolaridad básica. Actualmente un tercio trabaja esporádicamente en actividades precarias, proporción inferior a las que trabajaban antes de nacer el primer hijo. En nuestro país, las políticas para conciliar trabajo y familia son débiles y frente a la dicotomía maternidad/trabajo, dadas las condiciones laborales ofrecidas a las mujeres pobres, la mayoría decide atender a su hijos. Las ocupaciones realizadas no resultan gratificantes ni redituables, responden a imperativos de subsistencia, muy alejados de expectativas de realización personal.

Antes del primer embarazo, los anticonceptivos eran conocidos por todas aunque utilizados por poco más de la mitad, no así por el resto que es el que concentra a las de 14 a 16 años. La anticoncepción era compartida con la pareja en la mitad de las que se cuidaba. La información había sido provista mayoritariamente por sus madres, hermanas o amigas, teniendo escasa incidencia la escuela¹⁴: “más o menos, esos informes que dan y te decían chicos, cuídense, pero lo normal, poquito.” Cabe señalar que la incorporación de contenidos sobre salud reproductiva en la currícula escolar es aún objeto de debate¹⁵ 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).

La incidencia de los servicios de salud en la prevención resulta nula: “antes iba a pedir certificado de buena salud para la escuela”; “me daba vergüenza ir a preguntar por las pastillas”. 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 hijos o “tener pocos hijos e invertir a fondo (emocional y materialmente)” (Scheper Hughes, 1997: 385) en ellos, meta que señala la mayoría.

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.

La mayoría no buscó el embarazo, hecho que les era previsible: “yo no quería quedar embarazada a esa edad, pero cuando estás con calentura no pensás.”

¹⁴ Cabe destacar que 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.

¹⁵ La incorporación en el 2004 de la asignatura Salud y Adolescencia -dentro del nivel Polimodal- por parte de la Dirección General de Escuelas de la Pcia. de Bs. As., fue objeto de observación y resistencia de la Arquidiócesis local.

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.”

Los sentimientos ante la constatación del embarazo se muestran positivos: “lloraba de alegría”, ambivalentes: “estaba contenta pero no quería que nadie se enterara, tenía miedo, vergüenza, qué se yo” o negativos: “me quería matar”. En estos casos, manifestaron resignación frente al destino inherente a su sexo.

En los sectores pobres la maternidad temprana es frecuente y más aceptada, de allí que para muchas ella constituía “el” proyecto de vida: “quería ser mamá, siempre pensé eso”, “a mi edad mis hermanas ya habían tenido todas, y yo no.”, apreciaciones recurrentes en las adolescentes que han sido hijas de familias numerosas. 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.

En otros casos, el embarazo frustró la concreción de proyectos dirigidos a completar estudios y a emprender una carrera. Aunque aparece como norte la realización personal en el trabajo o en el estudio, todas lo ubican en un lugar subordinado a las necesidades de sus hijos: “para poder darles lo mejor”, “para que tengan lo que yo no tuve”, “para que el día de mañana se sientan orgullosos de su mamá”. Tales proyectos se definen en función de otros, colisionando además con la estructura machista -que han internalizado-: “él no quiere que yo trabaje, hasta me pide que deje la escuela; cuando llega quiere que lo atienda, y tiene razón.”; “tengo el mismo derecho que él de salir a trabajar. Pero pasa que si yo salgo a trabajar abandono a mi hijo”. Tal complicidad o consentimiento abona la idea de Pierre Bourdieu (2000) para quien la lógica del género es la forma paradigmática de la violencia simbólica. El énfasis en la postergación, entrega y sacrificio aparecen recurrentemente en las entrevistas como requisitos de lo que debe ser una buena mujer/esposa/madre.

La mayoría afirma las ventajas de ser madre joven, independientemente de la planificación. Esto se sustenta en la mayor capacidad de disfrute, de paciencia y en la evaluación de la posesión de vitalidad y habilidades para desempeñarse como madres: "como criás a tus hermanos ya sabés, son cosas que ya hacés"; "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", "no sé si a los 30 voy a tener paciencia, ahora estoy con más energías, de más grande no sé", "yo siempre me sentí como mamá".

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: "porque el hombre siempre es más inmaduro, la mujer madura cuando es madre, el hombre no"; "no les cuesta aceptar que van a ser papás, les cuesta aceptar que van a tener que estar siempre con la misma mujer, con los mismos hijos"; "están acostumbrados a salir, la mujer no"; "enseguida se cansan de los chicos"; "les gusta salir, joder"; "la madre es todo, es más que el padre".

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: "Él no está casi nunca, está en el trabajo todo el día..., el padre nunca está".

Los padres de las adolescentes, en su mayoría e independientemente de la reacción inicial ante el embarazo de sus hijas, las acompañaron y acompañan en las tareas de crianza. En aquellas que viven en hogares extendidos, la colaboración de familiares, especialmente madre y hermanas, resulta sustancial. Esta situación compensa la falta de guarderías estatales y posibilita cierta autonomía a las adolescentes para completar su escolaridad, entre otras cosas.

La mayoría percibe que el mundo adulto las mira con compasión y reproche: "te dicen: -te arruinaste la vida, tan joven ¿a vos te parece?-. Y yo no me arruiné la vida, yo los quiero, son mis hijos. Sino no los

hubiese tenido”; “Y con lástima, porque todo el mundo te dice: -¡qué lástima, tan joven!-. Y yo pensaba: pero si es mi hijo y lo quiero”.

Con relación a los programas sociales, ninguna es destinataria de alguno dirigido 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 a 30 euros a través del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados o del Plan Familias dirigidos a hogares pobres. Por otra parte, en nuestro país, la apelación a las mujeres para que participen en programas sociales que apuntan a la promoción y al empoderamiento, se funda en los roles domésticos tradicionales o bien las abstrae de las condiciones concretas que posibilitarían su participación. Siguiendo a Nayla Kabeer (1994: 278) “la ceguera al género de las políticas emana no tanto de ignorar a las mujeres en el diseño de las políticas, como de abstraerlas del contexto social de sus vidas”.

6. COMENTARIOS

Las condiciones de vida de las entrevistadas reflejan una situación de desventaja social evidente, no siempre ni en todos los planos percibida como injusta. Los problemas vinculados a su salud y a la de sus hijos, amplia en la bibliografía, evidencian la limitación de la biomedicina para prevenir situaciones o conductas consideradas de “riesgo”, por otra parte difíciles de alterar si no cambian las estructuras de desigualdad que las propician. Tal limitación se deriva de haber medicalizado un comportamiento resistente a la normatización, de la imprecisión en los parámetros para definir salud/enfermedad y su relación con la normalidad/anormalidad biológica, del etiquetamiento de la adolescencia, de una mirada restringida de la sexualidad y la reproducción, de dificultades para abordar la salud-enfermedad de manera integral, del desconocimiento/negación a dar cumplimiento a los derechos, de la precariedad de servicios y recursos, de su permeabilidad a presiones sectoriales, entre otros factores. La constatación de que la biomedicina y el campo jurídico están colonizados por presunciones ideológicas, moralidades y racionalidades extracientíficas se hace evidente en este terreno.

Las entrevistas dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones y experiencias en torno a la maternidad adolescente y las razones de su relativa marginalidad respecto de los enclaves institucionales que pretenden su control.

Las respuestas deberían partir de esas experiencias y de las condiciones que impiden proyectar un futuro diferente. En tal sentido, la vigencia de derechos obliga a prestar atención a estos -y otros- grupos vulnerados y a presionar por garantizarles igualdad de oportunidades. Pero ¿cómo lidiar con retórica de la universalidad de los derechos frente a la evidencia de su conculcación en actores subordinados a través de relaciones de clase, género y edad, con diferentes percepciones y representaciones sobre sus derechos?¹⁶

La integración de la problemática planteada dentro del discurso de derechos y las luchas por su ampliación, es un logro que permitiría transformar las situaciones de desigualdad más naturalizadas y cuestionar los parámetros de lo normal y lo moral. Pero, siguiendo a Nancy Fraser (1991) y tal como aparece en el problema analizado, tal proceso implica el riesgo de normalización, en tanto supone una relación sistemática con los discursos expertos y los servicios públicos, que hacen de tal normalización, el modo de relacionar las interpretaciones de las necesidades con las políticas públicas. Por ello en este caso, priorizar la perspectiva de los adolescentes y el enfoque de género para analizarlas, posibilita identificar factores y actores que inciden en la reproducción de las desigualdades y revelar en qué medida los programas pueden o buscan o deberían incidir transformadoramente.

Y es aquí donde la Antropología Médica, a través de análisis contextuales e interpretativos, debería intervenir a fin de tender puentes para confrontar los distintos sentidos y campos de significado. Fomentar las relaciones entre antropología, salud pública y derechos humanos en la indagación de la salud podría ampliar los horizontes de comprensión para elaborar otros modelos de intervención. En ese camino, abrir espacios para la reflexión y la negociación sobre medios

¹⁶ Nancy Fraser (1991) propone una vía que combina redistribución y reconocimiento transformativos para resolver la tensión entre las políticas que atienden las diferencias y las que apuntan a la igualdad.

y fines de la asistencia a la salud, sin determinar de modo universal y a priori dónde y cómo llegar con la asistencia, es un norte político, una tarea compleja aunque satisfactoria cuando se tiene a la emancipación humana como un horizonte ético (Ayres, 2002).

BIBLIOGRAFÍA

ADASZKO, 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.

AYRES, José R. (2002) “Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones”, en *Rev. Facultad Nac. de Salud Pública* vol. 20, N° 2, Colombia.

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.

BUTLER, Judith. (1996) *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault* en Lamas, Marta (comp.) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG/Miguel Porrúa Editores.

CARDACCI, Dora (2006) “Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer” en *Salud Colectiva -Salud y Género-* vol 2 N° 1, Universidad Nacional de Lanús.

FRASER, Nancy (1991) “La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialis tafeminista de la cultura política del capitalismo tardío” en *Revista Debate Feminista*, Año 2, vol 3, México.

FRASER, Nancy (1997) “¿De la redistribución al reconocimiento?”, en *Iustitia Interrupta*, 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.

INDEC (2006) *Encuesta Permanente de Hogares*, 2º semestre de 2006, Buenos Aires.

INFOBAE (2008) “Cada vez hay más casos de embarazo adolescente”, Artículo de Bárbara Roesler, 11 de abril de 2008, www.infobae.com

KABEER, Nayla (1994) *Realidades Trastocadas, Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, México, Editorial Paidós.

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 (2005) “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad” Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales UBA, (mimeo) Buenos Aires.

MENÉNDEZ, Eduardo (2006) “Salud y género. Aportes y problemas” en *Salud Colectiva -Salud y Género-* vol 2 N° 1, Universidad Nacional de Lanús.

PALOMAR VEREA, Cristina (2004) “Malas madres: la construcción social de la maternidad” en *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, México.

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.