

El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud

Informe final

Ministerio de Salud/CONAPRIS¹, CEDES²

¹ Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria
Ministerio de Salud, Argentina
Av. 9 de Julio 1925, P. 8° (1073ABA) Buenos Aires, Argentina
Tel: (54-11) 4379-9013/9118
Email: asinvtec@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar

² Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27, (1173) Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: (54-11) 4865-1707/1704
Email: cedes@cedes.org / eadol@cedes.org
www.cedes.org

ÍNDICE

	Págs.
Resumen ejecutivo	
Diseño y metodología del estudio	4
Capítulo 1 Marco conceptual: revisión de la literatura biomédica y socioantropológica	7
Capítulo 2 El diagnóstico local en la opinión de los informantes clave entrevistados	25
Capítulo 3 La encuesta a puérperas (15-19)	99
Capítulo 4 Análisis comparado de la Encuesta a Puérperas Adolescentes con la Encuesta de Condiciones de Vida, SIEMPRO 2001	131
Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones	145

Equipo responsable del estudio

Equipo coordinador general:

CEDES

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

Equipos locales:

CENEP (Centro de Estudios de Población)

Georgina Binstock (Becaria)
Edith Alejandra Pantelides (Responsable)

Buenos Aires

Paola Andreatta (Becaria)
Marta Arrascaeta (Responsable)

Catamarca

Elisabeth Duhart (Becaria)
Silvia Bustamante de Villagra (Responsable)

Chaco

Lidia Mobilio (Becaria)
Pedro Picasso (Responsable)

Misiones

Silvia Nudelman (Becaria)
Raúl Claramunt (Becario)
Cora Coti de La Lastra (Responsable)

Rosario

Fernanda Candio (Becaria)
Edgardo Ábalos (Responsable)

Salta

Silvia Yocca de Sabio (Becaria)
María Antonia Casares (Responsable)

Tucumán

Evelina Chapman (Becaria)
Graciela Melek (Responsable)

Diseño y metodología del estudio

Introducción

El presente informe da cuenta del proceso y los resultados del estudio colaborativo multicéntrico "El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud" realizado durante el período agosto 2003-junio 2004 en el marco de las becas *Ramón Carillo- Arturo Oñativía* de la Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

El informe está organizado en una introducción y 5 capítulos. El capítulo 1 presenta la revisión de la literatura biomédica y socioantropológica. En el capítulo 2 se analizan las perspectivas de funcionarios de diversos sectores (salud, educación, desarrollo social) y de los profesionales que trabajan en los servicios de salud acerca de la temática del estudio. El capítulo 3 describe y analiza los resultados de la encuesta a las adolescentes puérperas realizada en las principales maternidades de las jurisdicciones en las que se desarrolló el proyecto. El capítulo 4 presenta un análisis comparado de los datos de la encuesta a puérperas y los de la Encuesta de Condiciones de Vida (Siempre, 2001). Finalmente, en el capítulo 5 se desarrollan las conclusiones del estudio y se ofrecen recomendaciones para la reorientación de programas y políticas de salud³.

El informe concluye con un apartado con Anexos, en los que se adjunta el cuestionario y el consentimiento informado aplicado en la encuesta a puérperas, tablas adicionales de la encuesta e información acerca de la legislación nacional referida a la población adolescente y joven.

Objetivos del Estudio

Objetivos Generales

- Elaborar diagnósticos de situación que orienten el diseño de intervenciones destinadas a prevenir el embarazo adolescente no planeado y su repetencia en provincias seleccionadas.
- Contribuir a la elaboración de consensos a nivel local acerca de las estrategias de acción prioritarias.
- Favorecer el desarrollo de las capacidades de investigación a nivel local.

Objetivos Específicos

- Realizar una revisión bibliográfica de la literatura socio-antropológica sobre el embarazo en la adolescencia y de la literatura biomédica acerca de sus efectos sobre los resultados de salud perinatal.
- Actualizar el perfil de las adolescentes madres y no madres incluyendo indicadores socio demográficos y de salud y producir información sociodemográfica sobre los padres de los niños/as nacidos de mujeres menores de 20 años.
- Sistematizar la información secundaria disponible acerca de la atención del embarazo y el parto de las adolescentes (número de controles prenatales, inicio de los controles, forma de terminación del parto, egresos por complicaciones de aborto, etc.).
- Producir información sobre el perfil sociodemográfico, la historia reproductiva, la atención del embarazo y el conocimiento e intención de uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes que tienen su partos en la principales maternidades de las jurisdicciones incluidas en el estudio.

³ Este informe fue supervisado por la Lic. Mónica Gogna, coordinadora del estudio.

- Conocer la perspectiva de los/as adolescentes (con y sin hijos) acerca del embarazo en esta etapa de la vida⁴.
- Confeccionar una guía de recursos locales en cada sitio que incluya instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brinden información y servicios destinados a la población adolescente en general y a las adolescentes embarazadas y madres en particular.
- Realizar en cada sitio un encuentro de presentación de los resultados de la investigación con participación de los diferentes actores involucrados en la temática (incluidos los/as propios adolescentes) destinado a crear consenso respecto de las estrategias de prevención a implementar y lograr su compromiso con los acuerdos que se alcancen.

Resultados esperados

- Perfil actualizado de las madres adolescentes (datos sociodemográficos y de salud) y los padres de los niños/as.
- Diagnósticos locales de los obstáculos a la prevención del embarazo adolescente no deseado y las ets/vih-sida y de los facilitadores de acciones preventivas.
- Orientaciones para los servicios de salud en relación con la prevención de la repitencia del embarazo no planeado en la adolescencia.
- Información acerca de la calidad percibida de los controles prenatales que contribuya al monitoreo de la calidad de esta prestación.
- Acuerdos acerca de las estrategias a implementar/fortalecer para la prevención del embarazo adolescente no planeado y su repitencia.
- Desarrollo de las capacidades de investigación en los servicios de salud.

Metodología utilizada

Selección de los sitios

El estudio se realizó en las provincias de Chaco, Misiones, Salta, Catamarca y Tucumán y en el Gran Buenos Aires y Gran Rosario. Los sitios fueron seleccionados atendiendo básicamente a las tasas de fecundidad adolescente y al peso de los nacimientos de mujeres de 15 a 19 sobre el total de nacimientos según se observa en la tabla que sigue:

	Tasa de fecundidad adolescente (15-19) (2002)*	Proporción de nacidos vivos de mujeres 15-19 (2002)	Tasa de mortalidad materna (2002)	Egresos por aborto (15-19) sobre el total de egresos por aborto. (2000)	Tasa de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años (por 1000 nac. vivos) (2000)	Tasa de mortalidad infantil total (por mil nacidos vivos) (2002)	Leyes o programas de SR
Total país	59.70	14.1%	4.6	13.9%	20.1	16.8	Ley nacional
Misiones	86.63	19.1%	4.6	15.6%	...	22.3	Decreto
Chaco	113.9	22.8%	7.8	21.6%	...	26.7	Ley provincial
Tucumán	72.57	15.4%	5.3	12.6%	22.8	22.3	-

⁴ El trabajo de campo del componente de grupos focales se realizó en el marco de este proyecto. El análisis de dicho material será realizado por el CEDES como contribución al estudio multicéntrico y se integrará en la publicación final.

Catamarca	100.8	19.2%	6.2	10.2%	22.6	20.6	-
Salta	75.38	15.5%	6.9	14.9%	22.4	18.9	-

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

... tasas sin calcular porque el peso porcentual de la categoría ignorado es igual o mayor al 25%

Fuente: Ministerio de Salud, 2003. Estadísticas Vitales, Información Básica Año 2002

Ministerio de Salud, 2002. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico total país y división político territorial - Año 2000

Ministerio de Salud, 2002. Defunciones de menores de cinco años - Indicadores seleccionados. Argentina 2000

Estrategias de relevamiento de información

El estudio utilizó diferentes fuentes de datos y técnicas de investigación (cuantitativas y cualitativas):

- Entrevistas a informantes clave (de áreas Salud, Educación, Desarrollo Social, ONGs, líderes comunitarios) destinadas a conocer su opinión acerca de las acciones de prevención en curso y a explorar otras alternativas de intervención. Se realizaron 111 entrevistas en los sitios que formaron parte del estudio. En este informe se analizaron las entrevistas a funcionarios (N=43) y a prestadores de servicios de salud (N=32).
- Encuesta a las púerperas de 15 a 19 años que tuvieron sus partos en las maternidades seleccionadas para el estudio. Se llevó a cabo un censo durante 2 meses. El trabajo de campo se desarrolló entre diciembre de 2003 y febrero de 2004. El cuestionario constó de 6 módulos: atención del embarazo y el parto; historia reproductiva; conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; situación al nacimiento del primer hijo nacido vivo; futuro; perfil sociodemográfico.
Durante los dos meses en que se aplicó la encuesta se registraron 1881 partos. Fueron encuestadas 1645 (87.5%), 183 (9.7%) fueron excluidas del estudio en base a los criterios previamente establecidos⁵, 45 (2.4%) se fueron de alta o fueron trasladadas antes de poder ser contactadas y 8 (0.5%) no aceptaron ser encuestadas.
- Análisis de datos secundarios (Censo 2001; Encuestas de hogares, Estadísticas Vitales, Egresos hospitalarios, etc.). A partir de información censal y de las estadísticas vitales se realizó un diagnóstico de la fecundidad adolescente en la Argentina y sus jurisdicciones. A su vez, se analizaron los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, SIEMPRO, 2001, con el objetivo de aislar diferenciales en las condiciones de acceso a la atención de salud sexual y reproductiva de las adolescentes respecto de la población femenina general, y contextualizar los resultados obtenidos de la aplicación de la Encuesta a Púerperas Adolescentes.
- Grupos focales con adolescentes varones y mujeres con y sin hijos para conocer su percepción acerca del embarazo en la adolescencia y profundizar los hallazgos de la encuesta.

⁵ Se decidió no aplicar la encuesta en los siguientes casos: si la adolescente o el recién nacido estaban en cuidados intensivos, si el bebé había nacido muerto o la joven tenía una patología mental.

Capítulo 1

Marco conceptual: revisión de la literatura biomédica y socioantropológica

1.1. La perspectiva biomédica acerca del embarazo en la adolescencia y sus efectos sobre la salud materna y perinatal⁶

Los argumentos más comúnmente esgrimidos para catalogar al embarazo en adolescentes como un problema social y de salud pública, son los referidos al supuesto aumento constante en su ocurrencia y a los efectos deletéreos sobre la salud perinatal.

El presente trabajo parte de realizar una extensa revisión bibliográfica sobre estos tópicos. Intenta acercar datos que permitan construir diagnósticos acertados, para avanzar en la construcción de nuevas propuestas tendientes a reorientar las políticas y programas de salud.

El embarazo en adolescentes como problema socio-demográfico

De acuerdo con los datos existentes, no parece que los embarazos en adolescentes en la Argentina fuesen más frecuentes ahora que hace 30 años.

La fecundidad adolescente en nuestro país alcanzó su nivel más bajo en las décadas de 1950 y 1960. Por entonces alrededor de 50 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años tenía un hijo en un año determinado. La década de 1970 mostró un aumento de la fecundidad de las mujeres argentinas, entre ellas, también de las adolescentes.

El punto más alto se alcanza entre fines de los años setenta y comienzos de los ochenta, cuando la tasa de fecundidad de las jóvenes se eleva hasta 81 hijos por cada 1000 mujeres (Geldstein y Pantelides, 2001).

Se produce luego un paulatino descenso que lleva la tasa a 70 por 1000 en 1991, 65 por 1000 en 1998 y 59 por 1000 en 2001.

Entonces, a pesar de que la evidencia es incompleta, pues no incluye a los embarazos que no llegan a término, una observación de la tasa específica muestra la disminución de la fecundidad adolescente en la Argentina en los últimos años.

A su vez, el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años en el país, ha evidenciado también una leve pero sostenida disminución en los últimos 5 años de los que se tienen datos, pasando de 16,4% en 1997 a 15,2% en 2001. En números absolutos, en 1997 nacieron en Argentina 113.546 hijos de madres menores de 20 años; en 2001 fueron 103.891.

Es conocido que estos datos esconden profundas desigualdades regionales: el ya mencionado porcentaje (15,2%) de nacidos vivos hijos de madres menores de 20 años para la Argentina en el 2001, oculta extremos tales como la CBA con 5,3% y la provincia de Chaco con 25,8%, o Misiones con el 21,3% (Ministerio de Salud de la Nación - OPS, 2003).

Por otro lado, una proporción pequeña de los niños que nacen cada año, pero significativa en términos de problemática bio-psico-social, tiene madres de entre 10 y 14 años. Así, para el año 2001 la cantidad de hijos nacidos de estas adolescentes precoces en Argentina fue 2734.

El embarazo en adolescentes como problema de salud pública

Como ya fue comentado, uno de los argumentos más comúnmente esgrimidos para definir el embarazo en adolescentes como un problema de salud pública es el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño, en particular en relación a una mayor prematuridad y bajo peso al

⁶ Esta sección fue elaborada por el Dr. Fabián Portnoy.

nacer, con el consiguiente impacto en la morbi-mortalidad perinatal (Fraser *et al.*, 1995; Ketterlinus *et al.*, 1990).

Los resultados de los estudios al respecto son controversiales y en los últimos años distintas investigaciones han destacado que estos riesgos (obstétricos, neonatales e infantiles) serían mas el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente que la edad de la madre (Silber *et al.*, 1995; Stern, 1997).

En otras palabras, este mayor riesgo, en particular entre las adolescentes de mayor edad, podría explicarse relacionado a la pobreza, la nutrición deficiente, el hábito de fumar, la mala salud antes del embarazo y un control prenatal insuficiente y/o inadecuado (Coll, 1997; Zuckerman, 1983; Makinson, 1985).

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

Así, hay mucha experiencia acumulada que demuestra que con un apropiado soporte psico-social y con adecuados controles prenatales los resultados obstétricos en las madres adolescentes son comparables, o casi tan buenos, como los que se observan en mujeres mayores de 20 años (Olausson, 1997; Gale y Seidman, 1989; Lao y Ho, 1997).

Incluso se ha observado que haciendo intervenciones médicas oportunas e integrales se reducen significativamente las complicaciones obstétricas y perinatales (Voto, Lapidus y Margulies, 1994).

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

En la Argentina, la frecuencia del embarazo en menores de 15 años es bajo, representando para el 2001 el 0,4% del total de nacidos vivos en el país.

A su vez, del total de los hijos nacidos de madres menores de 20 años, los hijos de las adolescentes precoces representan el 2,7% (Ministerio de Salud de la Nación-OPS, 2003).

Esto no significa que no deba ser considerado como un problema, máxime cuando es altamente probable que muchos de estos embarazos sean resultado de abusos sexuales.

Resultados perinatales adversos asociados al embarazo en adolescentes

Presentamos los resultados principales de la revisión de importantes trabajos en relación al embarazo en adolescentes y resultados perinatales adversos.

Centramos el trabajo en los factores mas comúnmente asociados al riesgo perinatal en adolescentes: el parto pretérmino y el bajo peso al nacer.

La mayoría de los estudios revisados no permiten sacar conclusiones categóricas acerca de los riesgos evaluados. Muchos de ellos se basan en poblaciones pequeñas, con características o sesgos tales que hacen que los resultados difícilmente puedan ser extrapolados a la realidad o las realidades argentinas.

Sin embargo, tomados en su conjunto, muestran tendencias y asociaciones relevantes.

Parto pretérmino

Se designa con este nombre al parto que ocurre antes de la semana 38 de edad gestacional.

Diversos estudios muestran que la incidencia de parto pretérmino es mayor en las adolescentes comparada con la población general, y los mecanismos asociados a este hecho no son totalmente conocidos (Fraser *et al.*, 1995; Chineta, Eure *et al.*, 2002; Lang, Lieberman y Cohen, 1996; Perry, Mannino, 1996; Scholl y Hediger, 1994; American Academy of Pediatrics, 1999).

El estudio de Jolly MC *et al.* encontró una asociación significativa entre embarazos en mujeres menores de 18 años y el riesgo parto pretérmino (RR 1,41 IC 1,02-1,90) del mismo modo que en el metanálisis de School TO *et al.* donde también fue evidente dicha asociación (RR1,46 IV 1,20-1,77).

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

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

Un estudio realizado en la Provincia de Buenos Aires (Bolzán, Norry, Borguetti, Vélez, Paredes y Arias, 1998) muestra que el parto prematuro tuvo una prevalencia levemente superior en las adolescentes menores de 19 años comparadas con mujeres mayores de 20 años, pero sin significación estadística.

La etiología del incremento del riesgo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas está discutida. Una causa posible sería la baja edad ginecológica. La edad ginecológica es definida como la edad cronológica menos la edad de la menarca. Una investigación sobre 1700 primíparas menores de 18 años, luego de estratificarlas por edad cronológica y controlar diferentes variables confundidoras, muestra que una edad ginecológica menor a 2 años está asociada con al menos el doble de riesgo de parto pretérmino y que esto estaría influenciado por la inmadurez de los órganos reproductivos de estas jóvenes adolescentes (Scholl, Hediger, Salmon y Ances, 1989).

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

Hay investigaciones que ponen foco en los parámetros clínicos que representan dicha inmadurez. Siendo que la adolescencia es un período de acelerado crecimiento y desarrollo, la talla alcanzada al momento del embarazo aparece como un indicador de maduración biológica (relacionado, a su vez, con las dimensiones de la pelvis ósea de las adolescentes) y algunos estudios la muestran como el mayor determinante de la duración del embarazo (Lao y Ho, 2000; Mogelli y Opatola, 1995).

Entonces, a menor talla, mayor riesgo de parto pretérmino. Obviamente, factores tales como la edad, las deficiencias nutricionales y/o las anemias carenciales, entre otros, guardan una estrecha relación con la talla alcanzada.

A su vez, algunos estudios muestran que aquellas mujeres que tuvieron un parto pretérmino siendo adolescentes, duplican el riesgo (en relación a mujeres mayores de 20 años en la misma condición) de volver a tener un nuevo parto pretérmino si se vuelven a embarazar siendo aún adolescentes (Blankson, Cliver y Goldenberg, 1993).

Bajo peso al nacer

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

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

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

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

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

El estudio de Fraser (Utah, EEUU) tenía como objetivo determinar si la edad muy joven confiere un riesgo intrínseco de resultados adversos en el embarazo. Se realizó un análisis estratificado de 134.084 primigestas de entre 13 a 24 años. Entre las madres blancas, casadas, con nivel de educación adecuado para la edad, que recibieron adecuado cuidado prenatal presentaron un riesgo relativo significativamente mayor ($RR\ 1,71\ IC\ 1,5-2,0$) de tener un hijo con bajo peso al nacer aquellas pertenecientes al subgrupo de 13 a 17 años comparadas con las de más de 20 años. Otros estudios (Eure y Lidsay, 2002) arriban a similares resultados con aumentos de riesgo de bajo peso al nacer significativos ($RR\ 1,47\ IC\ 1,31-1,6$), pero otros estudios no han arribado a los mismos hallazgos. En este sentido Jolly *et al.* en Inglaterra y Gales no han encontrado asociación significativa entre embarazo en adolescentes menores de 18 años y bajo peso al nacer ($RR\ 0,95\ IC\ 0,82-1,09$).

En estudios clínicos realizados en países en desarrollo, la incidencia de bajo peso al nacer (definido como peso menor a 2500 gramos) y/o muy bajo peso al nacer (definido como peso menor a 1500 gramos) en hijos de madres adolescentes está incrementada en relación a la incidencia en hijos de mujeres mayores (Miller *et al.*, 1996), en particular cuando se asocia a baja edad gestacional.

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

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

Sin embargo, estudios que utilizaron análisis por regresión logística muestran que la edad materna no es un factor de riesgo independiente para bajo peso para edad gestacional, y que el bajo peso al nacer está primariamente asociado con el parto pretérmino. Los factores de riesgo para bajo peso al nacer incluyen la baja edad materna, inadecuados controles prenatales y bajo nivel educativo (Cooper, Leland y Alexander, 1995).

Así, en estudios que controlaron las variables sociales y los problemas de salud demostraron que la edad temprana por sí sola no es suficiente para predecir el riesgo de BPN o prematuridad (Zuckerman, 1983).

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

Un estudio en la provincia de Buenos Aires no mostró diferencias significativas en el peso al nacer, a pesar de las distintas curvas de peso y talla según la edad materna. Se observó un mayor aumento

de peso total durante la gestación en las adolescentes de menor edad y menor peso inicial (Bolzán y Guimarey, 2001).

La paridad, en cambio, operó como factor significativo en las diferencias de crecimiento fetal, en consonancia con lo reportado por otros estudios (Onguyemi, Hullet y Leeper, 1998).

Este efecto de la paridad sobre el crecimiento neonatal se considera, junto a la edad materna, como uno de los principales factores de confusión en la mayoría de los estudios sobre retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) (Bolzán y Guimarey, 2001; Fujimori, De Olivera y De Cassana, 1997; Kramer, 1987).

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

A partir de datos extraídos de las Estadísticas Vitales del año 2001 se observa que para Argentina las prevalencias tanto de bajo peso al nacer como de prematuridad fueron mayores para los grupos de adolescentes que para las parturientas de mayor edad (Binstock, 2004) en concordancia con lo reportado por la mayoría de los estudios internacionales relevados.

Referencias bibliográficas

- American Academy of Pediatrics, 1999. "Adolescent Pregnancy-Current trends and issues:1998", en *Pediatrics*; 103(2):516-520.
- Binstock, G., 2004. "Fecundidad adolescente: diagnóstico sociodemográfico", Informe final junio de 2004, CONAPRIS-CENEP.
- Blankson, M. L.; Cliver, S. P. y Goldenberg, R. L., 1993. "Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescents", en *JAMA*; 171:184-187.
- Bolzán, A.; Norry, M.; Borguetti, M.; Vélez, M.; Paredes, M. y Arias, L., 1998. "La embarazada adolescente como grupo de riesgo obstétrico de dos distritos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina", en *Obstet y Ginecol Latinoam*; 56(2):80-86.
- Bolzán, A. y Guimarey, L., 2001. "Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos", en *Arch Argent Pediatr*; 99(4):296-301.
- Chineta, R., Eure, M. *et al.*, 2002. "Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital", en *Am J Obstet Gynecol*; 186:918-20.
- Coll, A., 1997. "Embarazo en la adolescencia". *Clínicas perinatológicas argentinas*; 4:23-55.
- Cooper, L. G.; Leland, N. L. y Alexander, G., 1995. "Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents", en *Soc Biol*; 42:22-35.
- Costa, M. C. *et al.*, 1999. "Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa", en *Adolesc Latinoam*; 1(4).
- Creatsas, G. y Goumalatsos, N. *et al.*, 1991. "Teenage pregnancy:comparison with two groups of older pregnant women", en *J Adolesc Health*; 12:77-81.
- Draper, E. S. *et al.*, 1999. "Prediction of survival for preterm births by weight and gestational age: retrospective population based study", en *BMJ*; 319:1093-7.
- Eure, C. R. y Lindsay, M. K., 2002. "Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital", en *Am J Obstet Gynecol*; 186:918-20)RR 1,47 IC 1,31-1.6.
- Fernández-Paredes, F. y Castro García, M. *et al.*, 1996. "Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz", en *Bol Med Infant Mex*. 53(2):84-88.
- Fescina, R., 1997. "Nutrición materna y resultados perinatales", en *Clínicas Perinatológicas Argentinas*; 4:77-98.
- Fraser, A. M. *et al.*, 1995. "Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes", en *Engl J Med*; 332:1113-1117.
- Fujimori, E.; de Olivera, I. y De Cassana, L., 1997. "Estado nutricional de gestantes adolescentes en San Pablo, Brasil", en *Arch Latinoam Nutr*; 47:305-310.
- Gale, R. y Seidman, D. S., 1989. "Is teenage pregnancy a neonatal risk factor?", en *J Adolesc Health Care*; 10:404-408.
- Geldstein, R. N. y Pantelides, E. A., 2001. *Riesgo reproductivo en la adolescencia*, Cuadernos de UNICEF.
- Griffits, E.; Mardones, A.; Zambrano, J. *et al.*, 1995. "Relación entre el estado nutricional de embarazadas adolescentes y el desarrollo prenatal", en *Bol Of Sanit Panam*; 118:488-498.
- Jolly, M. C. *et al.*, 2000. "Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old", en *Obstet Gynecol*; 96:962-6.

Ketterlinus, R. D. *et al.*, 1990. "Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behaviour: influences on neonatal risk status", en *J Adolesc Health Care*; 11:423-31.

Konje, J. C. *et al.*, 1992. "Early teenage pregnancies in Hull", en *Br J Obstet Gynaecol*; 99:969-73.

Kramer, M., 1987. *Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis*, WHO; 65:663-667.

Lang, J. M.; Lieberman, E. y Cohen A., 1996. "A comparison of risk factors for preterm labor and term small-for-gestational-age birth", en *Epidemiology*; 7:360-376.

Lao, T. T. y Ho, L. F., 1997. "The obstetric implications of teenage pregnancy", en *Hum Reprod*; 12:2303-2305.

Lao, T. T. y Ho, L. F., 1998. "Obstetric outcome of teenage pregnancies", en *Hum reprod*; 13:3228-32.

Lao, T. T. y Ho, L. F., 2000. "Relationship between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancies", en *Hum Reprod*; 15(2):463-468.

Lee, K. S.; Ferguson, R. M.; Corpuz, M. y Gartner, L. M., 1988. "Maternal age and incidence of low birth weight at term: a population study", en *Am J Obstet Gynecol*; 158:84-89.

Makinson, C., 1985. "The health consequences of teenage fertility", en *Fam Plann Perspect*; 17:132-139.

Miller, H. S. *et al.*, 1996. "Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association", en *Obstet Gynecol*; 87:83-88.

Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, 1996. *Propuesta normativa Perinatal. Tomo 2. Atención de patologías perinatales prevalentes*.

Ministerio de Salud de la Nación-OPS, 2003. *Indicadores básicos. Argentina*.

Mongelli, M. y Opatola, B., 1995. "Duration and variability of normal pregnancy. Implications for clinical practice", en *J Reprod Med*; 40:645-648.

Nayak, H. A. y Puranik, G., 1992. "Obstetric outcome in teenagpregnancy", en *J Obstet Gynaecol*; 42:442-446.

Olausson, P. y Cnattingius S., 1997. "Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden", en *Obstet Gynecol*; 89:451-457.

Perry, R. L. y Mannino, B., 1996. "Pregnancy in early adolescence: are there obstetric risks?", en *J Matern fetal med*. 5:333-339.

Olausson, P. O. y Haglund, B., 1999. "Teenage pregnancies and risk of late death and infant mortality", en *Br J Obstet Gynaecol*; 106:116-121.

Onguyemi, M.; Hullet, S. y Leeper, T., 1998. "Pregnancy body mass index, weight gain during pregnancy and fetal outcome in a rural black population", en *J Matern Fetal Med*; 7(4):190-193.

Scholl, T. O. y Hediger, M. L., 1994. "Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis", en *J Adolesc Health*; 15:444-45.

Scholl, T. O.; Hediger, M. L.; Salmon, R. W. y Ances, G., 1989. "Association between low gynaecological age and preterm birth", en *Paediatr Perinat Epidemiol*; 3:357-366.

Scholl, T. O. y Miller L. K., 1987. "Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight", en *Obstet Gynecol*; 69:312-316.

Silber *et al.*, 1995. *La salud del adolescente y del joven*. OPS. Publicación Científica N° 552.

Smith, G. y Pell, J. P., 2001. "Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study", en *BMJ*;323:476.

Stern C., 1997. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud Pública Mex; 39 (2).

Voto, L.; Lapidus, A. y Margulies M., 1994. "El embarazo en la adolescencia. Inconvenientes en el parto. Prevención y tratamiento" en *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*. 1(2):50-57.

Zuckerman, B., Alpert, J. *et al.*, 1983. "Neonatal outcome: is adolescent pregnant a risk factor?", en *Pediatrics*; 71:489-493.

1.2. Revisión de la literatura socioantropológica⁷

Desde hace más de 40 años las investigaciones en salud han explorado las distintas dimensiones del embarazo y la fecundidad de los/as adolescentes poniendo en evidencia una serie de asociaciones en virtud de las cuales ha llegado a ser casi de sentido común afirmar que no es adecuado que los jóvenes tengan hijos antes de los 19 años. No creemos necesario hacer nuevamente un *update* de dichos estudios ya que cualquier investigador familiarizado con la temática conoce esta literatura y acordará con nosotros en que existe una sobreabundancia de estados del conocimiento que, con matices, arriban a las mismas conclusiones: (a) los adolescentes son por naturaleza inmaduros para ejercitar con responsabilidad su sexualidad, (b) hay una relación inversa entre edad y probabilidad de que incurran en conductas que pongan en riesgo su salud y su vida, (c) los principales riesgos que derivan de las relaciones sexuales sin protección son los embarazo no planificado, las complicaciones de abortos practicados en la clandestinidad, y/o la infección por VIH/ETS, (d) el embarazo temprano acarrea consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar futuro de los niños/as y sobre sus padres, en particular sobre las madres, quienes ven limitadas sus posibilidades de desarrollo personal (estudio, trabajo, etc.) y (e) las/os adolescentes son incapaces de asumir adecuadamente el cuidado y crianza de los niños⁸.

Lo que son conclusiones de un cierto saber científico-especializado -inscripto en un paradigma- pasan a formar parte de las premisas de una segunda generación de estudios que, tomándolas como datos inmediatos de la realidad, bucean en busca de variables en el nivel cognitivo y comportamental que expliquen por qué los jóvenes incurren en estas prácticas inapropiadas para su grado de madurez. Las articulaciones entre las dimensiones individuales y colectivas, incluyendo las determinaciones culturales, económicas, las relaciones de poder, etc., se diluyen en estos enfoques, o cuando son abordadas suelen quedar reducidas a variables que inhiben o estimulan comportamientos que en última instancia siempre son explicados desde el plano individual.

“El análisis retrospectivo de la producción académica de los últimos años sobre los jóvenes y la salud permite detectar una serie de situaciones “paradojales”. Los estudios que abordan esta temática comienzan casi siempre por enfatizar la necesidad de contemplar los aspectos sociales, culturales y de género para el análisis de los jóvenes, de sus problemas y de la distribución diferencial de los padeceres. Sin embargo, a la hora de los resultados y las conclusiones habría un acuerdo dominante en ubicar los orígenes de los problemas de salud en los comportamientos individuales, arriesgados y evitables de los jóvenes (Maddaleno y Suárez Ojeda, 1995; Bayés, 1995) perdiéndose de este modo la riqueza de la contextualización más amplia.” (CEDES / COLMEX / NEPO, 2000).

Aquí nos interesa examinar las premisas de las cuales parten estas investigaciones y las interpretaciones que se infieren de sus resultados que, adelantémoslo ahora, están atravesadas por distintos sociocentrismos –en general de clase, étnicos y generacionales- que dificultan la comprensión y el abordaje adecuado de los fenómenos estudiados.

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

En este sentido, Pantelides (2003) tras un rastreo exhaustivo de evidencia empírica que pudiera dar cuenta de estos cambios arriba a la conclusión, compartida por Stern, de que ni las tasas de fecundidad entre adolescentes se han incrementado en las últimas décadas ni el embarazo temprano explica la reproducción de la situación de marginalidad. A partir de allí se pregunta “si la fecundidad adolescente no estaba aumentando, si los riesgos de salud no eran consecuencia del estado de adolescencia y si las carencias educativas y económicas no eran un resultado de la maternidad temprana ¿qué otros factores explican la preocupación?” (Pantelides, 2003:2).

⁷ Esta sección fue elaborada por el Lic. Ariel Adaszko.

⁸ Algunas de estas revisiones pueden consultarse en Weller, 1999; Gogna, 2000; Stern, 2001 y Pantelides 2003.

Stern señala que:

“los elementos principales que convergen para que este fenómeno haya surgido como un ‘problema social’ en la última década son: (a) el crecimiento absoluto y relativo de la población adolescente como una manifestación de la etapa de la transición demográfica por la que atraviesa el país, (b) la menor disminución de la fecundidad de las adolescentes comparada con la de las mujeres mayores, y su interpretación como un evento demográfico que aumenta el peso de la fecundidad adolescente en el crecimiento de la población; (c) la creciente medicalización del embarazo y el mayor acceso de la población de los sectores populares a los servicios de salud; (d) los cambios sociales y culturales que han llevado a extender el período de riesgo de un embarazo premarital y han modificado el contexto normativo en el que ocurren los embarazos tempranos; y (e) el incremento en la proporción y en el número de jóvenes madres solteras como resultado de cambios sociales y culturales en la familia, así como de otros cambios derivados de la crisis económica” (Stern, 2001:345).

El autor apunta que implícito en las premisas de estos estudios se encuentra un marco valorativo que desde una normalidad hegemónica define la conducta de los jóvenes como proclive a la desviación de las normas dominantes (Stern, 2001:338-9). Pantelides por su parte agrega, por un lado, que a partir de avances de los movimientos feministas en las décadas del 60 y 70 se instala la preocupación por otro tipo de futuro y no tan solo la maternidad, y, por el otro, lo plantea como resultado de una reacción frente a una sexualidad, que además es femenina y joven, que parece haber escapado al control social (Pantelides, 2003:2).

En efecto, la tematización del embarazo en la adolescencia como un “problema” de salud pública merecedor de investigación e intervenciones por parte del Estado surge en la década del 60’ acompañando los cambios sociodemográficos, económicos, culturales, e ideológico-políticos que tuvieron lugar tras la Segunda Guerra Mundial. Los mismos estuvieron enmarcados en una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes, leído en clave de salud/enfermedad, que dieron lugar en los años 50’ a la creación de los primeros servicios de salud específicamente diseñados para la atención de jóvenes en EEUU y en América Latina.

La preocupación de los adultos por la salud de los jóvenes tendió a homogeneizar la experiencia de todos los individuos de entre 10 y 19 años bajo el rótulo adolescencia, en un proceso que minimiza las diferencias entre diversos grupos sociales y enfatiza características comunes psicoevolutivas que se explican desde un nivel biológico.

“Es necesario revisar los puntos de partida y considerar la población juvenil no sólo como homogénea en tanto poseedora de ciertas características y problemáticas comunes, sino también como un conjunto esencialmente heterogéneo” (Weller, 1999:36).

“Los planteamientos tan generales y generalizadores de estas preguntas han llevado a respuestas igualmente generales para un fenómeno que –se supone- tiene un significado universal” (Stern, 2001:340).

Es llamativo que en el mismo momento en que la salud pública construía como relación problemática la sexualidad, el embarazo y la adolescencia, las ciencias sociales comenzaban a desnaturalizar otras categorías y a desmedicalizar a los sujetos rotulados con tales títulos. A modo de ejemplo, recuérdese que es en esa época que comienza a diferenciarse entre sexo y género, reservándose el primer término para las diferencias anatómico-biológicas entre hombres y mujeres, y el segundo a las representaciones y prácticas que cada sociedad asigna a los sexos. De ahí que, mientras las diferencias y atributos derivados del sexo de los individuos sean universales, las diferencias por género son construcciones que varían histórica y socialmente. Distintos pensadores mostraron como los estereotipos, roles y expectativas de género que asocian a la mujer al espacio doméstico, al rol pasivo, al cuidado de los hijos, y reducen su sexualidad a la función reproductiva, estaban contribuyendo a naturalizar su posición de subordinación en relación con el hombre.

Si bien otras categorías que también estructuran la realidad en las sociedades modernas han sido objeto de deconstrucciones semejantes por parte de las ciencias sociales, el extrañamiento y desnaturalización casi no ha tenido eco en el ámbito de las investigaciones en salud pública. Por el contrario, mientras algunas investigaciones afirman introducir un análisis histórico, cultural y relacional en sus estudios sobre determinados eventos, cuando leemos las conclusiones

comprobamos decepcionados que dicha perspectiva se encuentra ausente en el mejor de los casos, y en el peor lisa y llanamente des-socializan y naturalizan aún más los fenómenos estudiados.

Uno de los ejemplos más contundentes de esta falta de perspectiva social está referido al tratamiento que reciben las categorías que estructuran la sociedad por generación: 'niñez', 'adolescencia' y 'juventud', 'adultos' y 'viejos'. Al afirmar que no han recibido una crítica histórica queremos significar que no sólo están naturalizadas en el sentido común, sino que buena parte de las investigaciones en salud sobre los fenómenos ligados a los sujetos rotulados con estas categorías, toman como base empírica epistemológica las representaciones del sentido común partiendo por ello de premisas erróneas. Las categorías han reificado grupos de edad discretos a los cuales se les atribuye cualidades que se consideran a priori naturales y universales, y se definen espacios institucionales gestionados por especialistas para cada uno de estos grupos.

En tanto la "adolescencia" está socialmente construida como período "formativo", entonces los jóvenes que reciben tal calificativo son considerados aún inmaduros para ejercer roles vinculados con la maternidad / paternidad y para un ejercicio adecuado/responsable, según los cánones adultos, de su sexualidad. La propia categoría adolescencia nunca es interpelada o puesta en duda, ya que, al decir de un epistemólogo, ha recaído en la inmediatez y se la considera un dato obvio de la realidad. El problema surge cuando comenzamos a confundir una categoría, "adolescencia", y los atributos asociados a ella, con la propia realidad, forzando y sesgando a esta última para que quepa en su interior.

En su revisión bibliográfica de las investigaciones sobre embarazo de adolescentes Weller (1999) concluye:

"Si bien los estudios coinciden en señalar la adolescencia como un fenómeno cultural (y por lo tanto variable) a la hora de la reflexión se analizan los datos desde los parámetros de los sectores sociales más aventajados" (Weller, 1999:34-35).

Incluso si aceptamos que los sujetos a los que solemos referirnos como adolescentes constituyen un universo heterogéneo, debemos reconocer que la configuración o características que adquieren hoy en un estrato social no son las mismas que tenían en ese grupo hace medio siglo. Aceptar la naturaleza histórica de la adolescencia implica reconocer que incluso aún cuando sea cierto que algunos jóvenes no poseen la competencia necesaria para criar niños, es porque el grupo y la sociedad en la que ellos se educaron no les permitió desarrollar ese saber, y que su incompetencia no arraiga en su naturaleza.

La noción del adolescente como sujeto inmaduro e incompleto comenzó a forjarse hace dos siglos y está estrechamente vinculada con la emergencia de la noción moderna de individuo. Entre los siglos XVIII y XIX llega a su máximo esplendor la noción de "individuo moderno" que se venía forjando desde el resquebrajamiento de la estructura feudal y que era la expresión más acabada de la ideología de una clase social en ascenso, la burguesía (Goldmann, 1968), que proyectaba e imponía sobre el conjunto de la humanidad su propia representación de un sujeto abstracto y universal: el varón, adulto, europeo, blanco, burgués y cristiano, modelo y evidencia última de la perfectibilidad del hombre y parámetro a partir del cual se mediría la normalidad o anormalidad del resto de la humanidad.

La organización de la vida social dejaba de girar en torno al parentesco y cada quién quedaba librado a su suerte para construir su propio porvenir. Entonces, los organizadores básicos de la jerarquía social comenzaron a ser a partir del advenimiento de la modernidad: "las tres oposiciones clásicas de la vida social y determinantes de la producción cultural: la oposición de género (hombre-mujer), la de generación (niño-joven-anciano-etc.) y las de clase social (obrero-patrón)" (Galende, 1997: 13).

En este período la idea del "yo" fue adquiriendo una posición central (Gergen, 1993), pero se concebía que el "yo" no nacía tal cual se expresaba en el individuo adulto sino que se iba construyendo gradualmente para sí, tutelado por una serie de instituciones sociales que se encargaban de modelar una personalidad funcional al sistema social. Galende (1994), refiriéndose a las instituciones que precisaba la "individualidad burguesa" para imponer su ideología, apunta que "necesitaba institucionalizar la infancia, pedagogizándola, considerando al niño como una 'tábula rasa' sobre la que inscribir sus valores y su moral" (Galende, 1994:68)⁹.

⁹ Ariès nota que la representación del niño como inocente: "resulted in two kinds of attitude and behavior toward childhood: firstly, safeguarding it against pollution by life, and particularly by the sexuality tolerated if no approved of

Así, junto al "individuo", o como expresión de sus primeras etapas de desarrollo, en este período también comienzan a hacer su aparición en el imaginario social dos nuevos actores: el niño primero –acompañado por "el instinto maternal" que legitimará la reclusión de la mujer en el espacio doméstico (Gergen, 1993)– y el adolescente más tardíamente.

La legitimidad que fueron adquiriendo los discursos y prácticas producidos por las nuevas ciencias, fundamentalmente en el siglo XX, dio como resultado que en 1904 Stanley Hall publicara el primer estudio "científico" sobre la temática adolescente sentando las premisas que aún hoy subyacen a buena parte de los estudios e intervenciones en salud. En su estudio vinculó "científicamente" una serie de fenómenos, hecho que se advierte con claridad en el propio título de su obra: *Adolescencia: su Psicología y su relación con la Fisiología, Sociología, Sexo, Crimen, Religión y Educación* (Muuss, 1980).

La adolescencia es descrita "como un período característico de *Sturm und Drang*, –tempestad y empuje o tormenta e ímpetu¹⁰–, afirmando que los aspectos psicológicos y sociológicos –altamente inestables y conflictivos– se fundan en propiedades biológicas, tendiendo con ello un puente que legitimará, en las siguientes generaciones de investigadores y prácticas sanitarias, la intervención de especialistas sobre los adolescentes. Así, a un tiempo, se universalizó el padecimiento a la vez que se descontextualizó e individualizó su causa. La teoría recapitulatoria de Hall –el desarrollo ontogenético reproduce la evolución filogenética–, inferiorizaba al joven señalando la correspondencia entre la adolescencia y el período de barbarie de la especie (Muuss, 1980).

La naturalización de una inestabilidad intrínseca al adolescente se fue consolidando a lo largo del siglo XX con los aportes de Coleman, Erikson y Havinghurst (Aggleton, 1996:2). El primero defendió la idea de que los adolescentes poseen valores y actitudes distintivos que los colocan aparte de la sociedad, Erikson llenó de contenido ese período planteando que se caracterizaba por la constitución de identidades y experimentación con roles y comportamientos, y finalmente Havinghurst desarrolla la idea de que los jóvenes cumplen una serie de "tareas adolescentes" para arribar a la adultez. Aggleton señala que gran parte de las investigaciones empíricas que avalaban estas hipótesis tenían fuertes sesgos de selección, y que en definitiva el adolescente retratado como sujeto universal y abstracto no era otro que el joven norteamericano blanco de clase media (Aggleton, 1996:2), aquel al que se le imponía cumplir el "sueño americano".

Los estudios que actualmente trabajan basándose en estas premisas distinguen *pubertad*, *adolescencia* y *juventud*, haciendo referencia con el primer término al conjunto de transformaciones puramente orgánicas, en tanto que los dos últimos remiten a períodos de transición entre la niñez y la adultez en nuestra sociedad: *adolescencia* entre los 10 y los 20 años –estos límites varían sensiblemente según el autor, puesto que, no lo olvidemos, fijar límites determina incumbencias profesionales y es, por tanto, un espacio de disputa– y *juventud* entre los 15 y los 25 aproximadamente. Señalan que las transformaciones que se producen en la pubertad a escala biológica afectan y determinan universalmente una inestabilidad en el ámbito psicológico en los años subsiguientes. Como este período coincide con cambios de status y la consiguiente asunción de roles adultos, si el sistema social no posee mecanismos institucionalizados que permitan controlar este proceso necesariamente se producirán desajustes que se traducirán en patologías psicológicas y conductas desviadas.

En síntesis, el "contexto social" opera negativamente sobre individuos que entraron en inestabilidad psicológica a partir de percibir en su cuerpo las marcas visibles de la exacerbación hormonal. Al biologizar la denominada "problemática adolescente" la universalizan y la reducen a una cuestión individual de adaptación, y en consecuencia su preocupación central radica en la identificación de riesgos –en las conductas o en el entorno– y en el reforzamiento de espacios y mecanismos de control. La biologización de la adolescencia es funcional a las ideologías que ven a la sociedad como un agregado de individuos y a éstos como sujetos racionales que actúan roles y papeles en una comunidad de iguales, siendo el padecimiento o la muerte causados por características o comportamientos del sujeto o por agentes patogénicos ajenos a toda determinación social. Adelantémonos señalando que la situación de pobreza que viven muchos jóvenes puede y es atribuida a comportamientos inapropiados, entre ellos las prácticas sexuales sin cuidado que los condenan, merced a la necesidad de asumir tempranamente responsabilidades adultas, al abandono

among adults; and secondly, strengthening by developing character and reason" (citado en Conrad y Schneider, 1992:146).

¹⁰ Expresión tomada en préstamo del romanticismo alemán.

de la escuela y a la imposibilidad de conseguir trabajos calificados en el futuro.

Recordemos que hasta la década del 50' la criminología y la sociología, en el proceso de reificación de la desviación (Freidson, 1978), tomaron como uno de sus objetos de estudio las pandillas juveniles en los centros urbanos norteamericanos. Estos estudios decaen, no sólo al ganar espacio nuevas corrientes en el pensamiento socioantropológico, sino a partir de lo que conceptualmente ha sido denominado la "medicalización de la adolescencia" –que ya venía anticipándose desde principios de siglo– y en su expresión más acabada: la creación de los primeros servicios de salud especializados en la atención de adolescentes en los EEUU¹¹.

Muuss (1980) afirma que los estudios más recientes producidos en el ámbito de la salud han eliminado un término que fue utilizado hasta hace algunas décadas por autores tales como Ausubel, Stone y Church (Muuss, 1980:11), *pubescencia*, período de alrededor de dos años que sigue a la pubertad en el cual maduran las funciones reproductivas, incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios (Muuss, 1980:12). La *pubescencia* como período distintivo del ciclo vital es el único que ha sido objeto representaciones y prácticas específicas en todas las sociedades en tanto período en que la mayoría de ellas operaba de manera ritualizada la incorporación de los sujetos al mundo adulto (Muuss, 1980), y en la nuestra coincide cronológicamente con la denominada *adolescencia temprana*. La desaparición del concepto supuso un desplazamiento de sentido, proceso que culminó con la desocialización y la universalización de aquellos fenómenos observados en los jóvenes que viven en sectores urbanos de sociedades técnicamente avanzadas, aquellos que pueblan las muestras de las investigaciones psicológicas y médicas.

El desequilibrio observado en algunos jóvenes norteamericanos pasó de ser consecuencia de las características de una estructura social particular, a ser un presupuesto incuestionable, momento necesario del desarrollo de cada individuo de la especie. Los términos se invierten y ahora la mirada se centra en el individuo, cuya propia naturaleza perturba la 'estabilidad' del sistema social. Así, "determinados 'resultados' producidos con mayor frecuencia por la estructura, son tomados como medida de salud, y transformados luego en 'finalidades'" (Tubert, 1982:14). Las preguntas se dirigen entonces hacia los mecanismos que permitirían controlar que los sujetos se adapten a, y alcancen, esas 'finalidades'.

Tal como se refirió más arriba, el "individuo" tiene un proceso de gestación que debe ser tutelado desde sus primeros pasos infantiles, hasta que pueda tomar decisiones responsables sobre su futuro. Galende (1997) refiere que:

"[...] desde la Revolución Francesa y para toda la modernidad occidental, se vincularon fuertemente los derechos ciudadanos con determinados valores del individuo: tienen derecho pleno de ciudadanía aquellos individuos que sean autónomos, no dependientes o esclavos, dueños de su voluntad" (Galende, 1997:174).

Se es individuo, con los derechos y obligaciones que ello conlleva, cuando se es reconocido como tal por quien ejerce el poder. Bourdieu afirma que "en la división lógica entre jóvenes y viejos está la cuestión del poder, de la *división* –en el sentido de repartición– de los poderes" (Bourdieu, 1990:164, subrayado en el original). Así, se construye un grupo como 'juventud', se asignan límites, atributos y aspiraciones, y se delimitan dispositivos institucionales desde relaciones de poder. Bourdieu señala que la relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente manipulada y manipulable, y que así, mediante esta categoría, se procede al definir a los jóvenes de los sectores más desfavorecidos como adolescentes igualándolos a los de clases medias y altas aunque sus experiencias tengan muy poco en común (Bourdieu, 1990).

Retomando la visión dominante acerca de la adolescencia, ésta excluye el movimiento y la contradicción y opera una fragmentación de un proceso histórico en etapas estáticas "entre las cuales la adolescencia es una 'fase de transición' cuyo parámetro último es el individuo competente para desenvolverse en una sociedad de mercado. Dentro de un esquema de este tipo, todo cambio aparece como una 'perturbación' que es necesario eliminar o superar para proseguir el recorrido preestablecido, y no como algo inherente a la constitución misma del sujeto y de su relación con el mundo" (Tubert, 1982:11–12).

La pretensión de universalidad y la naturalización de la determinación de los problemas del

¹¹ En Argentina también se crean los primeros Servicios de Adolescencia en los Hospitales públicos en la década del 50' (Gogna, M., coord., 2001).

adolescente fueron duramente atacados en los años 20' por la antropología cultural norteamericana encabezada por Franz Boas. En 1924 Margaret Mead partió en el primero de una serie de viajes a los Mares del Sur con la explícita misión encomendada por Boas de:

"... probar en qué medida los problemas de la adolescencia (llamados en alemán *Sturm und Drang* y *Welschmerz*) dependían por una parte de las actitudes de una cultura dada y por otra de las particularidades inherentes al desarrollo psicobiológico de la adolescencia con todas sus discrepancias, crecimiento desparejo y nuevos impulsos" (Mead, 1972:122-123).

Su conclusión, luego desarrollada por la escuela de cultura y personalidad, reconoce que las transformaciones puberales conducen a cambios a nivel psicológico y ambos se relacionan con modificaciones en las posiciones y relaciones sociales en las que están implicados los sujetos, pero la naturaleza de los últimos depende de la comunidad, la cultura y el sector social en el que estén insertos los jóvenes. Por sobre todo "[los] hallazgos atestiguan nuevamente, el dominio de las formas culturales sobre las *características innatas*" (entrecomillado en el original, Mead, 1967:21).

La naturaleza humana es flexible y cada cultura estimula ciertas formas de personalidad mientras que reprime otras (Mead, 1967). En su trabajo etnográfico con jóvenes Samoanas denominado *Coming in Age in Samoa* verifica que el tránsito entre la niñez y la adultez no estaba signado en las distintas culturas que estudió por los problemas que vivían los jóvenes norteamericanos.

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

Ruth Benedict (1969), desde la misma perspectiva, plantea que en toda sociedad existen mecanismos a través de los cuales se condiciona y moldea la conducta individual. Estos mecanismos median entre lo fisiológico y las pautas de conducta, y gestionan las discontinuidades en los roles que sucesivamente debe asumir un individuo en el transcurso de su vida social. En occidente la discontinuidad entre niños y adultos no sólo no es resuelta por la ausencia de espacios ritualizados –como en las sociedades etnográficas– sino más bien por "las discontinuas instituciones culturales y dogmas", a diferencia de las otras culturas en las que los roles adultos se van aprendiendo desde niños. La antropóloga proporciona tres ejemplos del pasaje de un individuo varón desde el rol de "muchacho al de padre: 1) status de papel responsable–no responsable, 2) dominación–sumisión; 3) papel sexual opuesto (Benedict, 1969:340).

Por sólo explicar uno vinculado con el tema del embarazo en la adolescencia, un niño Samoano de seis años ejerce simultáneamente un papel de dominación y responsabilidad ante sus hermanos menores, y de sumisión y ausencia de responsabilidad ante sus hermanos mayores. Su estatus se define en función de la edad: a medida que crece, también aumenta la cantidad de personas a su cargo y sobre las que ejerce control, en detrimento de la cantidad de personas a las que debe sumisión. Así, las expectativas asociadas al rol de adulto van siendo aprendidas desde pequeño. Otras diferencias notables son el sexo y la muerte, los cuales no se ocultan al niño como ocurre en nuestra sociedad, sin que ello traiga aparejado consecuencias psicopatológicas durante la adolescencia o la edad adulta.

Casi ochenta años después de haber efectuado su etnografía en Samoa [1967], el estudio ha tenido un impacto diferencial dentro y fuera de la comunidad científica. Mientras que algunas corrientes del campo de la psicología y la pedagogía redefinieron sus perspectivas, los discursos dominantes en el campo de la salud -aquí nos interesa la salud del adolescente-, si bien incorporaron las nociones de complejidad y determinación múltiple para matizar el determinismo biológico, siguen sin discutir la universalidad del *Sturm und Drang*, y las atribuciones de inmadurez de los jóvenes.

En un trabajo en que se analiza el surgimiento de la Psiquiatría de Adolescentes en los Estados Unidos, Fabrega y Miller (1995) sostienen que la visión de la adolescencia como período turbulento y proclive a la aparición de psicopatologías no tiene más de cien años y es el más reciente capítulo en la construcción de representaciones y prácticas que el sistema social ha producido para controlar la

socialización de los jóvenes, escenario que dará lugar a la aparición de una subdisciplina psiquiátrica que ha tipificado formalmente un conjunto de patologías que pueden hallarse entre los adolescentes. La concepción cultural del adolescente cambió de una en que la caracterización psicológica no jugaba un papel importante en la definición –pues el crecimiento y desarrollo físico eran los elementos centrales para su integración activa en el mundo económico (Foucault, 1996)–, a otra en que se define al adolescente como sujeto vulnerable que requiere una prolongada supervisión adulta (Fabrega y Miller, 1995:884).

Implícito en este cuadro se halla la noción de patología ligada a la adolescencia como un estado social, que requiere de la intervención institucional para resguardar la integridad de los adolescentes. La medicalización transfiere el problema de la adaptación desde el plano moral, al cual se daban respuestas institucionales de punición, hacia el plano individual psicológico en el cual se proponen respuestas terapéutico–curativas. Se ha construido al adolescente como oprimido, conflictivo, acosado por sus temores, y psicológicamente turbado, por no decir simplemente enfermo (Fabrega y Miller, 1995:884). Esta construcción, es la que justificará las prácticas de control, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los jóvenes mientras estos se enfrentan a una serie de pruebas o “tareas” que deberán superar con éxito para ser reconocidos como adultos responsables.

Aquí queremos llamar la atención sobre el traspaso a-crítico de resultados de investigaciones efectuadas en los EEUU a otros contextos. Esto no significa obviar las asociaciones halladas entre los *teenegers* y las consecuencias negativas del embarazo, sino más bien preguntarnos: (a) si los jóvenes de clase media argentina son como los *teeneger*, (b) si los jóvenes de la misma edad de todo el país son como los jóvenes de clase media porteña, (c) en el caso en que se evidencien consecuencias negativas de la fecundidad, si se debe a la inmadurez de los adolescentes o a otros factores, y (d) si estas consecuencias obedecen a las mismas causas en todos los grupos de jóvenes.

Así vemos que las relaciones entre *pubertad*, *pubescencia*, *adolescencia* y *juventud* son complejas y cada uno de ellas determina características y límites definidos por los “adultos”, y más aún, algunos adultos, y no por el propio grupo designado. En tanto no hace demasiadas décadas los movimientos feministas impugnaron la construcción de género y los movimientos gay y lésbico la noción de sexualidad “normal”, la idea de adolescente como sujeto inmaduro, incompleto e incompetente social y culturalmente no ha tenido igual suerte.

En este sentido, es fundamental estar atentos a la “cosificación” a la que conduce la etiqueta “adolescente” y evitar la asociación con una serie de problemas ‘propios’, término utilizado con desmesura en la literatura sobre “salud integral del adolescente”. Ésta, los construye como grupo, aunque pocas experiencias tengan en común los sujetos designados. Pero a la vez, los construye como un *otro* que los aleja, o suspende momentáneamente, de su inclusión en el grupo de los adultos, el *nosotros* (Frankenberg, 1992). Lapassade afirma que, simultáneamente, construir la adolescencia como mera etapa signada por la inmadurez y la provisoriedad es un mecanismo psicológico utilizado por los adultos para reforzar su propia identidad centrada en el “mito de la madurez de la edad adulta” (citado en Tubert, 1982).

No debemos perder de vista que estos discursos no solo teorizan sobre la adolescencia sino que legitiman prácticas concretas de intervención sobre sujetos que difícilmente se adecuen a los estereotipos del adolescente de clase media y a las expectativas que este sector define para sus hijos. Esto no significa que no podamos elaborar teorías o conceptos que expliquen los fenómenos relacionados con los adolescentes, pero debemos tener alerta frente a la cosificación a la que pueden conducir:

“Al hablar teóricamente de la adolescencia, debe tenerse en cuenta que como es una de las etapas de la vida por la que atraviesan los seres humanos, constituye en el análisis final, un concepto simple. Así, coexisten teorías diferentes, a menudo contradictorias, para explicar este fenómeno [...] Sin embargo, esto no significa que las cosas o los seres humanos se comporten como las teorías o los conceptos establecen que se deben comportar, dado que se suele lamentar que las teorías no son útiles para comprender, explicar o contribuir a que los seres humanos sean clasificados como adolescentes” (Monroy de Velasco, 1985, pág. 19, *nuestra traducción*).

En síntesis, si bien la salud pública puso su mirada en los adolescentes ya a finales del siglo XIX, el proceso de medicalización alcanzó su apogeo a mediados del siglo XX con la institucionalización de

los primeros servicios de atención especializados para adolescentes. Casi simultáneamente, un fenómeno que hasta entonces no mereció mayor atención desde la salud pública comenzó a pensarse como indeseable, como problema sobre el cual la sociedad y el Estado debían intervenir: "el embarazo adolescente" (Advincula Reis, 1998). No debe llamarnos la atención la simultaneidad histórica de estos eventos puesto que están relacionados. El vínculo está dado por la necesidad de la sociedad de generar nuevos espacios de control de la conducta, especialmente de la sexualidad de los jóvenes, leída no ya desde un punto de vista religioso, sino desde la oposición entre salud/normalidad y enfermedad/anormalidad.

Pero esta mirada normalizadora, y el paradigma hegemónico desde el cual se construye e impone tiene el efecto de des-socializar el padecimiento y sus orígenes remitiéndolo a un plano individual donde cada sujeto es responsable último por sus desventuras.

"habría que comenzar a indagar en qué medida los riesgos tradicionalmente asociados a la vida sexual *per se* ... no están, en realidad, encubriendo la problemática de la desigualdad social (Weller, 1999:34).

Stern afirma en el mismo sentido que:

"La mortalidad y morbilidad materno-infantiles asociadas al embarazo adolescente son más una manifestación de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos [...] Si acaso, ante la pretensión de establecer una relación de causalidad entre el embarazo temprano y la pobreza, en nuestros países debería considerarse que el contexto de pobreza y de falta de oportunidades es "causa" del embarazo temprano y de sus consecuencias negativas, y no al revés" (Stern, 2001:335, 337).

Por otra parte, como bien apunta Weller (1999:34),

"Debemos hacer un esfuerzo crítico para despejar nuestras miradas de prejuicios 'adultocéntricos' y volver a preguntarnos por la sexualidad de los jóvenes sobre la base de la comparación entre adultos y jóvenes de igual sector social".

Entonces, como mostraremos a lo largo del trabajo, descubriremos que las y los adolescentes tienen hijos por las mismas "razones" que los adultos, y en particular que los adultos del sector social al que pertenecen: para realizar un deseo, cumplir con las expectativas sociales, o, "sellar una unión", porque tienen dificultades para acceder a la información y los métodos anticonceptivos que permitirían evitar embarazos no planeados y/o porque la socialización de género ha exceptuado a los varones de su responsabilidad en esta materia, entre otros motivos.

Eso no significa desconocer que la sociedad y el estado tienen aún una deuda pendiente con los jóvenes y, en particular con aquellas y aquellos que viven en situación de pobreza, respecto del ejercicio efectivo de los derechos sociales (trabajo, educación, salud, vivienda). En las páginas que siguen caracterizaremos esta "asignatura pendiente" en lo que a la prevención y atención de su salud reproductiva se refiere. Esperamos que los hallazgos de este trabajo sirvan como insumo para reorientar las políticas y programas en esta temática.

Referencias bibliográficas

Advincula Reis, A. (1998): "Análise metafórico-metoniímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60" en *Cuadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro* 14 (1), pp.115-123.

Aggleton, P. (1996): "Sexual practices, sexuality, transmitted diseases and AIDS amongst young people", trabajo presentado en el *Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Colegio de México, México.

Benedict, R. (1969): "Continuidades y discontinuidades en el condicionamiento cultural", en Kluckhohn y Otros (Comp.), *La personalidad en la naturaleza, la sociedad y la cultura*, Barcelona, Grijalbo.

Bourdieu, P. (1990): "La 'juventud' no es más que una palabra" en *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo.

Consortio de Programas de Sexualidad y Salud Reproductiva en América Latina (2000): *Protocolo de Pesquisa La salud de los jóvenes: una encrucijada de diferentes lógicas*, Buenos Aires.

Fabrega, H. jr. y Miller, B. (1995): "Adolescent Psychiatry as a Product of Contemporary Anglo-American Society" en *Social Science & Medicine* 40 (7), pp. 881-894.

Foucault, M. (1996): *La Vida de los Hombres Infames*, Ediciones Caronte Ensayos, La Plata.

Frankenberg, R. (1992): "The Other who is also the same: Epidemics in space and time, Youth and AIDS" en *International Journal of Health Services* 22, 1, pp. 73-88.

Freidson, E. (1978): *La Profesión Médica*, Ediciones Península, Barcelona.

Galende, E. (1994): "Modernidad, individuación y manicomios", en *Políticas en Salud Mental*, Ed. Lugar, Buenos Aires.

Galende, E. (1997): *De un horizonte incierto*, Paidós.

Gergen, K. (1993): *El yo saturado*, México, Paidós.

Gogna (comp.), (2001): *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo*. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires.

Gogna, Mónica (2002): "Estado del arte sobre la investigación en sexualidad y derechos sexuales: Argentina 1990-2002", en prensa, CEDES, Buenos Aires.

Goldmann, L. (1968): *La ilustración y la sociedad actual*, Caracas, Monte Ávila.

Mead, M (original en inglés de 1972): *Experiencias personales y científicas de una antropóloga*, Paidós, Buenos Aires.

Mead, M. (1967): *Adolescencia y Cultura en Samoa*, Buenos Aires, Paidós.

Monroy de Velazco, A. (1985): "Puberty, Adolescence, and Culture", en *The Health of Adolescents and Youths in The Americas*, Washington D.C., OPS, pp. 19-24.

Muuss, R. (1980): *Teorías de la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós.

Pantelides, A. (2003): *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*, mimeo, Ponencia presentada al Seminario: "La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?", CELADE, Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003.

Stern, C. (2001): "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente" en *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, Stern y Figueroa (Comp.), El Colegio de México, México.

Tubert, S. (1982): "La estructura Adolescente", en *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*, Madrid, Saltés.

Vázquez, Mariana (2001): *Salud Integral del Adolescente. Una Aproximación a la Situación de Prevención y Atención de la Salud*, Informe de Investigación, UNLZ, Lomas de Zomaro.

Weller, S. (1999): "Salud Reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998" en Olivera, M. (org), *Cultura, Adolescencia, Saúde*, CEDES, COLMEX, NEPO-UNICAMP, Campinas.

Capítulo 2

El diagnóstico local en la opinión de los informantes clave entrevistados

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de entrevistas a funcionarios que desempeñan cargos gerenciales en las administraciones públicas de los sitios en los que se llevó a cabo el estudio y los resultados obtenidos de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud con el propósito de aportar elementos que contribuyan a elaborar recomendaciones para el abordaje del embarazo (prevención y atención) en la adolescencia en la Argentina.

2.1. La perspectiva de los funcionarios¹²

Introducción

Presentamos a continuación los resultados del análisis de entrevistas a 43 funcionarios que desempeñan cargos gerenciales en distintos niveles de las administraciones públicas de las 7 provincias en las que se desarrolló el estudio. En términos generales, estos informantes son responsables de Ministerios, Secretarías, Direcciones y Programas, que están directa o indirectamente relacionados con la salud y el desarrollo de los jóvenes.

Las entrevistas a informantes tenían por objetivo principal recuperar los conocimientos y experiencias que actores significativos locales pudieran tener sobre el embarazo de las/los adolescentes, material que, con otras fuentes de datos cuantitativas y cualitativas, permitió elaborar el diagnóstico para cada una de las provincias y para el país en su conjunto.

Uno de los motivos que nos condujeron a realizar entrevistas a informantes claves fue el dar cuenta de las múltiples miradas y perspectivas que pudieran existir sobre el fenómeno estudiado, como así también resaltar las dimensiones sociocultural y subjetiva, y no tan sólo la biológica, como clave para entender y abordar esta problemática. Cabe aclarar que cuando nos referimos al embarazo en la adolescencia como 'problema', lo hacemos en tanto objeto de investigación, distanciándonos por tanto de, o poniendo entre paréntesis, la construcción problemática que sobre tal fenómeno tienen nuestros entrevistados.

En este capítulo nos proponemos realizar una lectura transversal de las 43 entrevistas efectuadas a funcionarios de las distintas jurisdicciones. El análisis de estas entrevistas nos permite reconstruir el conjunto de normas y valores dominantes en los contextos locales acerca del embarazo y la maternidad / paternidad de adolescentes, pero también, en el caso de los funcionarios, refleja la postura de quienes son responsables de definir prioridades en materia de políticas públicas y movilizar los recursos necesarios para llevarlas adelante.

Esta sección está organizada según una serie de ejes temáticos dirigidos a indagar los modos en que los funcionarios piensan la adolescencia, las condiciones de vida y principales problemas que afectan la salud y el desarrollo social de los jóvenes en las provincias, sus opiniones y experiencias vinculadas con el embarazo de las adolescentes, y su evaluación de las políticas públicas que abordan el embarazo y la maternidad / paternidad en esta etapa de la vida. Finalmente presentaremos los principales obstáculos que visualizan los informantes y su opinión acerca de qué políticas y acciones deberían implementarse para profundizar o reorientar las acciones en curso, seguido de nuestras propias conclusiones.

Cabe aclarar que el marco conceptual que guía la interpretación de las entrevistas puede ser consultado en un capítulo independiente que forma parte de este mismo informe final. Aquí sólo interesa señalar que los términos 'niñez', 'adolescencia' y 'juventud' son categorías sociales históricamente construidas. Mediante ellas los adultos de una sociedad etiquetan a conjuntos de individuos asignándoles determinadas cualidades, expectativas y roles que varían cultural y socialmente. En función de cómo se piense la adolescencia y los fenómenos en los que se ven envueltos los adolescentes, se derivan interpretaciones particulares acerca del significado del "embarazo adolescente" y de qué se debería hacer para incidir en el mismo.

¹² El análisis de las entrevistas a funcionarios fue realizado por el Lic. Ariel Adaszko.

Metodología

A través de las entrevistas a informantes claves se intenta recuperar el saber que distintos actores poseen sobre el problema, reconociendo que este saber es contextual: es producto de su formación profesional, su inserción institucional, su experiencia cotidiana, así como de ciertos posicionamientos políticos e ideológicos. La forma de conceptualizar la adolescencia y de interpretar el fenómeno de la fecundidad adolescente determina prioridades, orienta sus acciones y, fundamentalmente, la naturaleza de estas últimas. Esta afirmación no niega el peso que tiene la disponibilidad o ausencia de recursos, en especial cuando este último escenario constituye el trasfondo sobre el cual se gestiona en la Argentina, pero sí plantea que ante condiciones macroeconómicas semejantes pueden desplegarse respuestas muy diversas.

Las entrevistas a informantes suponen, por un lado, el reconocimiento de la singularidad de cada sujeto, pero a la vez, su punto de vista expresa en parte la manera en que perciben, construyen como problema y responden los conjuntos sociales de los que estos actores forman parte.

Teniendo en cuenta estas premisas teórico–metodológicas y sobre la base de un muestreo intencional propio de las técnicas cualitativas, se elaboraron guías para entrevistas abiertas semiestructuradas a ser aplicadas en las siete provincias. El fruto de estas entrevistas no sólo constituye un documento en sí mismo sino que proporciona líneas de interpretación para los otros subproductos de este diagnóstico.

Cada becario/a seleccionó un conjunto de actores que pudieran proporcionarnos distintas miradas sobre el embarazo durante la adolescencia, la maternidad/paternidad en estas edades, y las políticas y acciones implementadas en cada jurisdicción. Se procuró que en la muestra estuvieran representados actores provenientes de distintos sectores: (a) funcionarios públicos de distintos niveles y dependencias, (b) personal que estuviera actualmente presentando servicios directos en los efectores de salud, y (c) representantes de organizaciones de la sociedad civil. También fueron entrevistados (d) jueces, (e) senadores, (f) investigadores académicos, y (g) representantes de organizaciones juveniles. Cabe mencionar que paralelamente a estas entrevistas, la mirada de los adolescentes fue relevada, por un lado, mediante una encuesta a jóvenes puérperas y, por el otro, a través de 10 grupos focales realizados en tres provincias –Buenos Aires, Chaco y Tucumán–, material que no será incluido en este informe.

Entre agosto y noviembre del año 2003 se realizaron entre 15 y 20 entrevistas en cada sitio. En la mayoría de los casos las entrevistas fueron grabadas y desgrabadas para su posterior análisis. En los casos en los que no se contó con la autorización de los entrevistados para grabar el encuentro los entrevistadores realizaron un registro escrito y se utilizó ese material para la construcción de los datos.

Una vez que las entrevistas fueron desgrabadas y codificadas en una matriz elaborada por el equipo coordinador, los datos recibieron un primer análisis a cargo de los becarios / responsables cuyos productos fueron los *Primeros Informes de Avance*. Seguidamente, realizamos un análisis transversal del conjunto de las entrevistas, ya no por localidad sino por sector del que provinieran los entrevistados (funcionarios y prestadores de salud).

La diversidad en el origen de los entrevistados garantiza una amplia base para el análisis, pero a la vez complejiza el proceso ya que la información proporcionada por cada informante está vertida a partir de una posición social dada y no siempre es cotejable con la de otros actores en igual posición o profundizada por los otros entrevistados. Por otro lado, no podemos generalizar a partir de esta muestra, aunque sí haremos algunas inferencias que pueden luego ser profundizadas en futuros estudios. En particular, los datos vinculados con las acciones concretas en materia de salud sexual y reproductiva de los adolescentes son fragmentarios, y de ahí que, salvo excepciones, no estén siendo considerados aquí.

La guía de entrevistas para funcionarios contenía los siguientes ejes de indagación:

1. Caracterización de la población adolescente local, identificación de principales problemas, definición del problema 'Embarazo durante la adolescencia', actitud de los adultos ante este fenómeno, y magnitud del fenómeno en la provincia.
2. Perfil institucional y oferta de servicios para el abordaje de adolescentes embarazadas y de adolescentes padres / madres.

3. Programa, proyecto o línea de acción en curso.
4. Política vinculada con la anticoncepción, acceso y provisión de métodos anticonceptivos, y obstáculos organizacionales, culturales e ideológico-políticos para el desarrollo de estrategias vinculadas con esta área, especialmente las que se dirigen a adolescentes.
5. Políticas y acciones relacionadas con la prevención de la transmisión del VIH/Sida en adolescentes.
6. Políticas y acciones vinculadas con el aborto.
7. Políticas y acciones vinculadas con el abordaje de situaciones de violencia y abuso sexual en menores.
8. Evaluación de la política estatal y recursos disponibles para soporte de adolescentes en situación de embarazo.
9. Propuestas para profundizar o reorientar las políticas y estrategias.
10. Articulaciones intersectoriales para la implementación de acciones.

A través de una serie de resguardos metodológicos se procuró no sesgar el registro de las subjetividades y discursos de los entrevistados con valoraciones y preconceptos de los miembros del equipo de investigación (central y local). Es por ello que el diseño de las guías de entrevistas procuró que sean los propios informantes quienes definan los problemas, especialmente 'el embarazo adolescente', y expliquen por qué lo hacen de un modo determinado. Para detectar posibles variaciones inter e intrajurisdiccionales no se fijó a priori un rango etario para la 'adolescencia' ni se segmentó a los adolescentes en subgrupos según criterios socioeconómicos, de género, étnicos o culturales, etc. Por la misma razón en las guías no se empleó la expresión 'embarazo adolescente', en tanto consideramos que el mismo ya está construido como problema social. Otras expresiones omitidas intencionalmente fueron 'embarazo no deseado', 'embarazo no buscado', 'riesgo', 'vulnerabilidad', 'precoz' e 'integral'.

Cabe recordar que uno de los objetivos de las becas Carrillo-Oñativia es la transferencia técnica a las provincias en términos de la formación de recursos humanos del sector salud en investigación social. Por tal motivo, a lo largo de nuestro proyecto se realizaron tres talleres. En el primero se les brindaron herramientas para realizar las entrevistas y en el segundo para construir y analizar los datos. Si bien la experiencia fue muy rica y el intercambio productivo, a la vez generó algunas limitaciones a la hora de la aplicación de los instrumentos de relevamiento. Específicamente se observó que los becarios tuvieron la habilidad de "adaptar" la guía a las situaciones particulares en las que debieron aplicarla. Asimismo, la poca familiaridad de los entrevistadores con este tipo de técnicas no permitió un total aprovechamiento del material recogido en el análisis contenido en los informes locales. Por último, la calidad de algunas entrevistas limitó nuestra capacidad de análisis posterior. De ahí que sólo se analicen a continuación algunos ejes para los cuales la información disponible es abundante y confiable.

Resultados

En este trabajo estamos presentando el resultado del análisis de las entrevistas a 43 funcionarios, que desempeñan cargos gerenciales en distintos niveles de las administraciones públicas provinciales y municipales, algunos de ellos en programas nacionales en ejecución en las provincias:

Tabla 2.1
Cantidad y porcentaje de funcionarios entrevistados por provincia¹³

Provincia	Funcionarios entrevistados	
	N	%
Catamarca	9	21%
Chaco	10	23%
Gran Buenos Aires y La Plata	5	12%
Gran Rosario	4	9%
Misiones	6	14%
Salta	7	16%
Tucumán	2	5%
Total	43	100%

En la tabla 2.2 se observa una distribución de frecuencia del área en la cual se desempeñan los funcionarios¹⁴ entrevistados:

Tabla 2.2
Área de la Administración Pública en el que se desempeñan los entrevistados

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

La categoría 'otros' incluye a un senador y a un juez. La mayoría de los informantes categorizados bajo el rótulo 'Desarrollo Social' pertenecen a Direcciones o Programas dirigidos a mujeres, niños y jóvenes. Es interesante destacar que la mayoría de las intervenciones dirigidas a 'adolescentes' quedan subsumidas/subordinadas dentro de estas áreas mayores no existiendo, con pocas excepciones como sí ocurre en algunos sistemas de salud locales, programas específicos para este grupo. Los adolescentes son abordados en tanto jóvenes –categoría que se extiende hasta los 25 años–, mujeres en edad reproductiva, población con necesidades básicas insatisfechas, estudiantes del polimodal, etc. Cada programa o acción encuentra a los adolescentes en la intersección de algunos de estos criterios, y sus límites deben ser juzgados a partir de los objetivos que tienen esos programas que no los tienen como beneficiarios exclusivos. No estamos negando la existencia de programas para jóvenes de 10 a 19 años, sino que, salvo excepciones, aquellos de mayor envergadura e impacto no suelen tener la 'adolescencia' como criterio de focalización. En las últimas secciones del documento discutiremos los motivos aducidos por los entrevistados para este aparente vacío.

Cabe mencionar que si bien se pautó con los becarios que se realizarían al menos 5 entrevistas por tipo de informante –(a) personal de salud, (b) miembros de organizaciones de la sociedad civil, y (c) funcionarios– lo cual daría como base para nuestro análisis 35 entrevistas a funcionarios, fue difícil sostener este criterio dado que en algunas localidades los equipos tuvieron obstáculos para acceder y/o acordar las entrevistas. Por ello, se compensó el menor número de entrevistas en alguna categoría con un incremento en otras, dando como resultado cantidades desiguales de entrevistados en cada provincia como se observó en la tabla, con un máximo de 10 en el Chaco y un mínimo de 2 en la provincia de Tucumán.

Otro elemento que complejiza el análisis es la heterogeneidad del nivel organizacional en los que se encuentran las instituciones relevada, y la disparidad en los grados de responsabilidad de los informantes. A medida que aumenta el nivel de gestión, las respuestas sobre acciones concretas se

¹³ Si bien por cuestiones de practicidad utilizamos el término "provincia", debe tenerse en cuenta que en el caso de la provincia de Santa Fe el estudio se circunscribió al Gran Rosario, en tanto que en la provincia de Buenos Aires los datos provienen del conurbano y la ciudad de La Plata. Por ello, en el caso de ambas provincias, los resultados no son inmediatamente extrapolables al resto de la provincia.

¹⁴ Debemos aclarar que el término 'funcionarios' está siendo utilizado aquí en una acepción elástica que incluye tanto a funcionarios políticos de primera y segunda línea responsables de Ministerios, Secretarías y Direcciones Generales, como a responsables de instituciones gubernamentales –excepto efectores del 1º y 2º nivel de salud que forman parte de otra categoría–, y personas de los poderes judiciales y legislativos de nivel provincial.

hacen más vagas y menos precisas –salvo raras excepciones–, y de manera inversa, a medida que decrece el nivel gerencial la realidad que describe el informante está más circunscripta y las acciones tienen menor impacto. Si bien esto es esperable, no siempre significó una ganancia inversa, es decir: el incremento de nivel no dio como resultado, por diversos motivos, un mayor nivel de definición política, y a medida que se desciende al nivel operativo local, no siempre obtuvimos un mayor detalle de las acciones.

En efecto, sea por selección inadecuada de informantes –en muchos casos no había otros disponibles–, por problemas en la aplicación de los instrumentos o por la propia lógica política de algunos distritos cuyos funcionarios no están familiarizados con el campo sobre el que deben intervenir, la riqueza de información disponible para cada provincia es dispar.

En la tabla 2.3 se pueden observar las dependencias relevadas por área. Las mismas corresponden, casi en su totalidad, a Ministerios, Secretaría, Subsecretarías, Direcciones Generales, Programas y Proyectos.

Tabla 2.3
Dependencias relevadas en cada provincia

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

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

Dado el alto grado de generalidad de muchas unidades textuales de análisis, y de la gran diversidad de respuestas, en la mayoría de los casos no es posible trazar patrones comunes intraregionales como sí fue posible en el análisis de entrevistas a agentes de los sistemas de salud –ver la sección siguiente de este capítulo. Cuando esto fue posible lo indicaremos en el texto. Otras variables relevadas que no serán consideradas aquí son: edad, sexo, profesión, especialidad, antigüedad en la organización y antigüedad en el cargo.

Si bien quien suscribe, miembro del equipo coordinador fue responsable principal del diseño de las pautas de entrevistas, dado mi carácter de antropólogo habituado a recoger directamente la información en terreno, me veo obligado a considerar las entrevistas aquí analizadas como fuentes casi secundarias. Esta afirmación no implica quitar valor sino reconocer sus limitaciones y estar atento a errores y posibles sesgos que se hayan cometido en el proceso de relevamiento.

En la redacción de este informe hemos querido privilegiar la voz de los entrevistados transcribiendo numerosos fragmentos de entrevistas. Las mismas han sido editadas mínimamente para facilitar su lectura. Cada una es seguida de una sigla referencial de tres letras –iniciales de las provincias– y un número de identificación interno. Si bien los fragmentos corresponden a una provincia en particular, están ilustrando la idea que en ese momento se desarrolla que no necesariamente se limita a funcionarios de esa provincia.

Algunas advertencias finales: En primer lugar, no realizaremos un cruce entre las opiniones y percepciones de los funcionarios y los resultados de la encuesta a jóvenes puérperas que forma parte de otro capítulo de este informe final. La ‘evidencia empírica’ que arroja dicha encuesta es un dato construido sujeto a interpretación. Que la fecundidad de adolescentes sea alta o baja, depende en última instancia de un juicio valorativo relativo al contexto y a la normatividad social desde la que un actor interpreta esos datos. Aquí nos interesa recoger la mirada *emic* sobre el fenómeno. En segundo término, los datos son insuficientes para analizar cómo influyen el género, la edad y la profesión/especialidad de los funcionarios en la producción de sus miradas. Finalmente, no se brindan respuestas unívocas, sino más bien se despliega el abanico de miradas sobre los temas abordados, intentando cuando fue posible producir algún tipo de clasificación de estas respuestas e interpretación a partir del marco conceptual que guía el conjunto de esta investigación.

Las ‘adolescencias’ en las provincias argentinas

Partimos de la premisa de que el concepto ‘adolescencia’, naturalizado en el sentido común, varía social e históricamente y se define en contraposición a un ‘otro’, el adulto, el cual se supone, según la construcción occidental, poseedor de cualidades ausentes o en desarrollo en aquellos sujetos a quienes no se les reconoce tal estatus. La negación del título de adulto implica la mayoría de las veces la suspensión o la reducción de condenas y sanciones por comportamientos socialmente desaprobados, aunque esta ‘moratoria’ está sujeta en muchos casos a la procedencia social del sujeto particular. Es por todo ello que las entrevistas se iniciaron solicitando a los informantes que precisarían a qué sujetos estaban refiriéndose cuando utilizaban el término ‘adolescencia’ y al brindarnos el perfil de las jóvenes embarazadas.

Por otro lado, quisimos estar atentos a las posibles variaciones que pudieran surgir en la definición a raíz de que el estudio se desarrolló en regiones con un alto porcentaje de población bajo la línea de pobreza y supusimos que en los discursos de los funcionarios deberíamos encontrar marcas que dieran cuenta de la realidad de jóvenes en distintas situaciones. Desde nuestra perspectiva, ni los jóvenes son sujetos aislados ni el embarazo acontece en el vacío.

En términos generales todos reconocieron dificultades a la hora de delimitar y proporcionar un perfil de los adolescentes lo cual se expresó tanto cuando se les solicitó que describan los principales problemas que afrontan los jóvenes en las provincias como cuando se les pidió un perfil de las jóvenes que se embarazaban. En este último caso predominaron las referencias a “chicas” de sectores pobres y marginales.

“En cuanto al perfil de este grupo mayoritariamente tiene que ver con niñas, jóvenes que no han completado su escuela primaria, un porcentaje importante o mayoritario proviene de estrato socio-económico muy bajo de barrios periféricos de esta ciudad o de zonas rurales de la provincia” (CHA-52)

Si bien ‘la adolescente embarazada’ se encuentra en todos los sectores sociales, el registro subjetivo que tienen los funcionarios consultados está más ligado a las jóvenes beneficiarias de políticas sociales, es decir, de aquellas en quienes focalizan los programas que encabezan. Es así como, cuando utilizan la expresión ‘mamá adolescente’, la ligan casi exclusivamente a las jóvenes de sectores pobres, ya que en los estratos medios, según se nos relata, es muy frecuente que el embarazo no llegue a término.

Solicitando más precisiones sobre el adolescente en las provincias, los entrevistados brindaron una amplísima gama de edades delimitatorias del grupo que iban desde las definiciones técnico-operativas de la OPS/OMS que subsumen la experiencia de todos los jóvenes de una franja etaria bajo el rótulo ‘adolescentes’, hasta criterios socioculturales que relativizaban la posibilidad de ofrecer respuestas unívocas a la pregunta:

“No se los puede definir biológicamente, es una construcción cultural” (ROS-28)

“No me animaría a poner edades fijas, sino periodos o sea hasta que ellos se constituyen en responsables de sí mismos, constituyen una familia y hacerse cargo de ella” (SAL-57)

Mientras que la gran mayoría señaló los 10–11 y los 19–20 como edades límites, el extremo inferior fue llevado en algunos casos hasta los 13–14 años y el superior, en otros, adelantado hasta los 16–17 o postergado hasta los 23–24. Estas variaciones denotan la existencia de múltiples adolescencias que en algunos casos son referidos a grupos sociales específicos, y otras veces a desviaciones individuales con respecto a un desarrollo 'normal' que debe atravesar todo individuo. El embarazo, o más específicamente llevarlo a término y asumir el rol materno es presentado como divisorio de aguas entre ambos status. Para unos es una situación normal, para otros un 'precocidad' casi patológica.

"Hasta los 20–21 a menos que haya algo, como el embarazo, que haga 'crisis' antes" (CAT–13)

La lectura de las opiniones y las respuestas de los funcionarios al embarazo en jóvenes debe, entonces, realizarse atendiendo a estas variaciones.

En algunos casos las distinciones fueron atribuidas a subcategorías de adolescentes, aunque en otros primaron las generalizaciones que afirmaban que en última instancia los jóvenes, independientemente de su extracción social, comparten el atributo de ser sujetos incompletos que aún no tienen la capacidad de asumir responsabilidades, fundamentalmente las vinculadas con la maternidad / paternidad.

"El adolescente es un joven que no tiene límites, especialmente cuando incursionan en la decisión de su actividad sexual. Pensamos que el joven está sabiendo de los riesgos del embarazo pero es como que no lo tienen incorporado, entonces el adolescente realmente aprende cuando está viviendo el problema. Es también cultural y pensamos que le está haciendo mucha falta la vivencia de los riesgos y tener el auto cuidado más incorporado desde el ámbito familiar. Nosotros muchas veces no podemos llegar a lo más profundo, que es el sentimiento y creemos que les está faltando, como dije, el acompañamiento familiar, especialmente en los valores de su propio cuerpo. El joven-adolescente ha ido perdiendo el valor de su cuerpo y probablemente la actividad sexual es una manera de sentirse también que expresa afecto" (CAT–09)

Estas generalizaciones predominaron en las respuestas a las preguntas por las consecuencias del embarazo en estas edades, especialmente negativas, en tanto que las distinciones prevalecieron cuando se preguntó por los factores que contribuyen al embarazo y la actitud de los adultos frente al embarazo durante la adolescencia, como veremos luego.

La casi totalidad de los entrevistados no hicieron alusión a criterios biológicos para definir el límite inferior ni a psicoevolutivos para señalar el límite superior del grupo. Más bien, este último criterio se ubicó en la base de las explicaciones de por qué no es adecuado que un adolescente tenga hijos, sin quedar en claro cuándo el proceso de maduración está lo suficientemente avanzado para hacerse cargo 'adecuadamente' del cuidado y crianza de los hijos. En síntesis, para delimitar las adolescencias, prevalecieron factores sociales y culturales vinculados, en el último caso, con la posibilidad de asumir roles y responsabilidades adultas.

Téngase en cuenta que estas delimitaciones pueden suponer la inclusión o exclusión de sujetos de determinadas políticas como, por ejemplo, el libre acceso a métodos anticonceptivos. Además, dado los 'adolescentes' son incorporados en muchas de las políticas en tanto miembros de otros grupos – mujeres en edad reproductiva, personas en situación de pobreza, etc.–, pero no califican como grupo para algunos subsidios como por ejemplo el Plan Jefes y Jefas de Hogar, según señala el siguiente testimonio:

"Entre 15 y 24 años, que no estudia ni trabajan entonces estos jóvenes, son, este es el perfil más que ha quedado excluido de todas las políticas focalizadas porque si no son jefes de hogar o sea si no tiene carga familiar, están fuera del circuito productivo y fuera del circuito educativo entonces este es el perfil más, después es donde tenemos, donde tenemos los problemas de adicciones, alcoholismo en menores en conflicto con la ley" (CHA–47)

En la mayoría de los casos se apreció un intento espontáneo por dejar sentada la estrechez de la categoría 'adolescencia' y de contextualizar el carácter problemático del embarazo, indicando la existencia de más de una adolescencia, con perfiles y necesidades muy diferentes. Es decir, al describir los factores que contribuyen al embarazo en menores, sus consecuencias, el perfil de las jóvenes en esta situación y la actitud de los adultos frente al embarazo de adolescentes, fueron emergiendo cuatro criterios, no siempre explícitos, de segmentación del gran conjunto 'adolescente'.

A través de estos cuatro criterios nos fue posible reconstruir, siempre según la mirada de los funcionarios entrevistados, el perfil y las trayectorias de vida de tres grupos de jóvenes. Más allá de cómo arribamos metodológicamente a estos tres grupos, no deben considerarse bajo ningún aspecto tipos ideales, sino que ellos representan cabalmente la situación de tres conjuntos de individuos.

Los tres primeros criterios que utilizan los funcionarios para diferenciar grupos de adolescentes están asociados y son en orden de importancia: (1) nivel socioeconómico, (2) lugar de procedencia/residencia y (3) nivel cultural. El cuarto criterio es la edad. Salvo raras excepciones, no estuvo presente la variable etnicidad, aunque podríamos entrever que esté atravesando las tres primeras y encubierta, especialmente, por la de nivel cultural. Si bien los criterios están asociados en pares de opuestos: pobre/bajo nivel cultural/proveniente del interior vs. pudiente/buen nivel cultural/de la ciudad –capitales provinciales–, el eje estructurador es sin lugar a dudas la condición socioeconómica.

El cuarto criterio se vincula con la edad y si bien opera para todos los estratos sociales es referido fundamentalmente para las chicas de sectores populares. Queremos decir con esto que al describir a las adolescentes de sectores medios este criterio no está operando y se equipara la experiencia de una chica de 13 y otra de 17 años en este estrato social. Mientras que en este sector social las adolescentes siempre son descritas como ‘aún inmaduras’ para criar hijos, la sentencia comienza a perder fuerza en cuanto a los sectores pobres se refiere, una vez pasado el límite de los 15 años.

Del cruce de los cuatro criterios ya citados: edad, procedencia, nivel socioeconómico y nivel cultural comienzan a perfilarse tres subgrupos con características distintivas y trayectorias de embarazo y resolución del mismo dispares. Es interesante subrayar que cuando se refirieron al adolescente en abstracto, predominó la descripción de jóvenes de sectores medios, en tanto que cuando refirieron las respuestas al ‘problema embarazo’, prevaleció la descripción de las adolescentes de sectores populares. Esas descripciones abstractas, enraizadas en las experiencias subjetivas de funcionarios mayoritariamente provenientes de estratos medios, eran proyectadas al conjunto:

“En lo personal lo que vi me duele. ¿Por qué me duele?, [porque] soy mamá y tengo hija adolescente, más allá de mi profesión, y veo esa, ese crecimiento de la vida en otra vida que todavía no está preparada para administrar su propia vida” (CAT-13)

Utilizaremos términos distintos para referirnos a cada uno de los tres grupos:

- (a) Las *niñas* madres.
- (b) Las *adolescentes* embarazadas de sectores medios.
- (c) Las *mamás* jóvenes de sectores populares.

Como se explicará más adelante, la existencia o no de problemas derivados del embarazo es distinta en los tres grupos, e inclusive la preocupación –entendida como ansiedad y percepción de necesidad de ‘hacer algo’– acerca de la propia situación de embarazo varía. En términos generales, la mirada está centrada en las menores de 15 años, las cuales en muchas ocasiones son aludidas como ‘niñas madres’ independientemente de su condición socioeconómica, y en las adolescentes de sectores medios independientemente de su edad. Mientras que en estos dos grupos el embarazo ‘no debería ocurrir’ en virtud de que la joven no está preparada ni biológica ni psicológicamente, en lo atinente a las jóvenes de sectores populares el núcleo problemático se vincula con las condiciones sociales en las que tiene lugar el embarazo, más que en un rechazo terminante del propio embarazo. Debemos llamar la atención sobre el hecho de que el grueso de los embarazos registrados se producen precisamente en este subgrupo de jóvenes de sectores populares.

En relación con la distinción espontánea que realizan entre los jóvenes del interior y los de la ciudad, mientras algunos informantes caracterizaron a los primeros como más ‘aniñados’ que los segundos, otros los describen de manera inversa, es decir, casi ‘adultos’. Esto incidiría en la posibilidad de ejercer ‘adecuadamente’ la maternidad / paternidad:

“Hay chicos que ya a los 10, 11 años ya tienen actitudes y tienen ... conductas de adolescentes y chicos que por ahí tienen 13, 14 años que son del interior, que todavía son muy aniñados” (CAT-17)

“En el interior tienen un tipo de actividad mucho más simple y totalmente distinta a lo que es la Capital” (CAT-08)

“Yo me refiero a los chicos de once años en adelante porque trabajamos mucho con chicos de las zonas periféricas de la ciudad y esos chicos aparentemente crecen más rápido, no, maduran más rápido” (MIS-41)

"Nosotros tenemos mucha población a cargo de la economía familiar, chicos que... en esta provincia trabajan desde muy tempranas edades, entonces hay muchas cuestiones que las resuelven como adultos y no lo son" (BUE-03)

No queda del todo claro si el 'no lo son' está vinculado con la inexperiencia o alguna característica psicoevolutiva de un joven de 15 o 16 años. Es decir, si optamos por la primer alternativa, como veremos más adelante, en estos jóvenes existe un ejercicio previo de responsabilidades atribuidas a los adultos. Algunos funcionarios juzgan inapropiado este adelantamiento –asumen responsabilidades que deberían ser exclusivamente de los adultos–, en tanto otro grupo no lo ve como problemático.

"Muchas veces la hija mayor empieza a cuidar a sus hermanos menores y pasa a ser la madre, muchas veces sin darse cuenta o si quiere estar embarazada" (SAL-64)

Si se opta por la segunda, el criterio psicoevolutivo, en ningún caso un joven de 15 o 16 años estaría en condiciones de asumir ese rol.

Situación de los jóvenes en las provincias

Antes de sumergirnos de lleno en el tema del embarazo, nos interesa describir las condiciones de vida y los principales problemas que afrontan los jóvenes en las provincias argentinas. No lo haremos a partir de estadísticas, para lo cual existen abundantes fuentes que pueden ser consultadas, sino a partir de la particular óptica que de estas condiciones de vida y problemas tienen los responsables de definir e implementar las políticas sociales que respondan a las necesidades de los jóvenes. A la vez, podremos apreciar cómo los funcionarios consultados van vinculando las distintas problemáticas al fenómeno del embarazo.

Al describir la situación de los jóvenes los entrevistados identificaron una serie de problemas que en orden de importancia pueden resumirse en: el consumo de alcohol, el uso de drogas, el embarazo no planificado, la violencia y la exclusión. Es posible que la mención del embarazo como uno de los principales problemas esté siendo inducido por el propio contexto de entrevista. En una primer lectura, los dos primeros –alcohol y drogas– son mencionados reiteradamente y sindicados como causantes de otros problemas tales como la violencia, el maltrato e incluso el propio embarazo. Sin embargo, a medida que avanzamos con la lectura no queda en claro la dirección de la causalidad y más bien podríamos hablar de configuración de problemáticas que se asocian con determinadas condiciones de vida.

Como ya se mencionó previamente, algunos afirman que existirían problemas comunes de todos los jóvenes. Algunos están vinculados con el medio en el que se desarrollan, y otros con la 'naturaleza propia' de la adolescencia.

"En cuanto a la problemática en general del adolescente y es un poco la búsqueda de identidades que tienen, no es cierto, ese desequilibrio propio de la edad" (CHA-53)

"Eso varía de acuerdo a sectores con distintas realidades socioeconómicas ... [pero] en sí, la problemática atraviesa todos los sectores en cuanto a las dificultades para asumir ciertas responsabilidades" (SAL-57)

Es oportuno volver a insistir sobre tres puntos: En primer lugar el papel que juega la 'responsabilidad' y cómo varía entre los distintos informantes su significación. Para algunos la juventud es sinónimo de irresponsabilidad, o al menos de inmadurez para asumir responsabilidades:

"En algunos casos, lamentablemente la adolescencia es como que hace crisis con la aparición de un embarazo no deseado, de un aborto, de un abuso, o sea de todo esto que hace a una, a estímulos desde el afuera que no está preparada la persona ni psíquica ni biológicamente para hacerse cargo de un algo, no solo que no quiso, sino que no comprende, no puede entender por qué vive esto, y muchas veces lo acepta como con culpa y bueno, por algo será" (CAT-13)

Para otros la incapacidad de asumir responsabilidades radica en la situación de pobreza. En segundo lugar: mientras que unos vinculan la pobreza con una falta de capital simbólico –la ignorancia–, concepción que podría lindar con la inferiorización del pobre –recuérdese, por un lado, los sonados casos de sentencias judiciales que quitaban la tenencia de niños a mujeres en situación de pobreza extrema, y, por el otro, la tendencia extendida de equiparar pobres/primitivos/niños/inmaduros–, otros plantean que en realidad de lo que se trata es de una situación socioeconómica que impide que satisfagan las necesidades materiales básicas de los

niños. El tercer punto se vincula con la expresión 'asumir adecuadamente responsabilidades', que puede estar teñida, como en los otros casos, de socio centrismos de clase.

Del conjunto de problemas identificados por los funcionarios podemos distinguir entre aquellos que se transforman en demanda de servicios del Estado, problemas que, si bien son percibidos como tales, quedan en la esfera privada o aún siendo públicos no reciben respuesta del Estado, y problemas relacionados con la pobreza y la exclusión social. A grandes rasgos el primer grupo está encabezado por la violencia, el segundo por el consumo de alcohol seguido por situaciones de abandono, y el tercero por la falta de expectativas. Todos estos problemas, se estructuran en trayectorias que conducen, según la mayoría de los entrevistados, al embarazo. Que la violencia reciba respuesta desde el sector salud no significa que esa respuesta sea de gran impacto. Se la categoriza allí puesto que los entrevistados mencionaron la existencia de programas que abordan la problemática, en tanto otras cuestiones como ser el abuso de alcohol o uso de droga no fueron mencionados.

El abandono es referido a dos causas principales: en los sectores medios se lo asocia a la ruptura del diálogo intergeneracional, y en los sectores marginales a la desestructuración familiar, la constitución de familias monoparentales o la necesidad de ambos padres de salir al mercado laboral. En síntesis, la pertenencia de los jóvenes a lo que desde algunos sectores se denomina 'familias disfuncionales'. Según se nos relata, las adolescentes mujeres y sus hijos serían los más perjudicados, ya que la tendencia a que los varones adolescentes no se hagan cargo de sus hijos contribuiría a esta situación de abandono. Cuando este niño sin padre arribe a la adolescencia es probable que vuelva a embarazar a otra chica y repita la conducta de abandono de su progenitor.

En todo caso, los jóvenes, cualquiera sea el sector del que provengan están siendo retratados como criándose sin referentes que les puedan transmitir valores:

"Por una parte la desorientación, por un lado. La falta de continente familiar e institucional ... que pueda cumplir la función orientadora esencial ... Dentro de los diferentes estadios, creo que ésta es la edad en la que precisamente la orientación es fundamental" (SAL-56)

"Casi podría resumirlo en uno, y muy serio, el problema de los adolescentes de nuestra ciudad, y quizás en general de todos los adolescentes, que es la falta de contención familiar, la falta de la presencia de la familia, en cada una de las cosas, de los jóvenes" (CHA-50)

"Soledad y abandono por parte de los adultos" (CAT-13)

"Bueno, los chicos, se crían a que Dios es grande ... aprenden generalmente en la calle, son muy pocos los chicos que reciben información directa de los padres o de algún adulto, generalmente aprenden todo en la calle" (MIS-41)

Abandono no es sinónimo de aislamiento físico, sino de incomunicación. Esto se aprecia fuertemente en las descripciones de las condiciones de vida de las jóvenes de sectores populares, los cuales, viviendo en condiciones de hacinamiento, también sufrirían de este problema:

"Y esto también tiene que ver en algunos casos con la situación socioeconómica donde también hay situaciones de hacinamiento de rupturas de los lazos familiares" (CHA-47)

"Yo creo que el hacinamiento es un factor clave ... y por supuesto, también [el] cada vez más frecuente desligada que tienen los padres ... del cuidado de los chicos" (CAT-08)

"Hacinamiento, de vivir quizás en una misma habitación de pronto, padres, hijos.. No hay intimidad de los padres en sus relaciones sexuales, no hay intimidad de los hijos adolescentes" (BUE-02)

Esta situación generaría una ausencia de autoridad y la consiguiente falta de límites peligrosa para sujetos caracterizados como carentes aún de las herramientas para gobernar con responsabilidad sus vidas.

"Los adolescentes están manifestando también la crisis de autoridad. Como sociedad por suerte nos fuimos apartando de los castigos, pero no estamos ofreciendo modelos de autoridad que impliquen un claro conocimiento de los límites que necesitan. Ellos indican esto con conductas que no son apropiadas porque hacen daño, se hacen daño a sí mismo; tenemos muchos problemas de alcohol, de adicciones" (SAL-57)

"Creo que es una época de múltiples tentaciones. No me refiero a tentaciones al pecado, sino que me refiero a una sobre estimulación al adolescente como sujeto de consumo. Y como sujeto expuesto a libertades que para la etapa de maduración del adolescente, de pronto no sería un común denominador con lo necesario para su formación" (SAL-64)

La violencia es referida como otro de los problemas críticos, que a veces se transforma en pedido de ayuda y otras no. Las jóvenes pueden ser víctimas de los adultos o de sus pares varones.

“La violencia, que una de las cuestiones que más demanda en los equipos, los adolescentes violentos o los que no quieren trabajar, los que insultan, o los que rompen. La violencia es una expresión de la vida cotidiana muy fuerte, no sólo en los adolescentes” (BUE-03)

“Los principales problemas que estamos viendo son problemas emergentes sociales: adicciones, estamos viendo depresiones, estamos viendo suicidios, estamos viendo embarazo adolescente, estamos viendo, como te traduzco, violencia de adolescente desde y hacia los adolescentes” (TUC-27)

“Yo creo que acá los principales problemas de los adolescentes no escapan, la Provincia de Catamarca, no escapa al País. Nos vemos que los jóvenes han tenido un cambio muy importante en su forma de convivencia en el medio, en su protagonismo y creemos que esta inmerso permanentemente en un ambiente de violencia de los adolescentes. ¿Por qué cree que se produjo ese cambio? No podemos decir que ellos sean generadores de violencia pero están inmersos en un ambiente de violencia y esto los hace cada vez más vulnerables a los jóvenes” (CAT-09)

La violencia de la que son víctimas se expresa de diversas maneras que van desde el maltrato físico o psíquico doméstico, pasando por la violencia callejera a la violencia institucional. A su turno, la violencia puede conducir al embarazo –abuso y violación de chicas–, o puede resultar del embarazo: maltrato, rechazo y abandono de los padres y de la pareja de la joven cuando se enteran que está embarazada. En todo caso los jóvenes, y en especial las mujeres, son presentadas como inmersas en un ambiente violento y sumamente vulnerables.

“Y tenemos también una gran cantidad de niñas que son embarazadas por abuso” (CAT-17)

“En general es de todos, hasta los 20 después hay que hacer las diferencias de edad, porque indudablemente el embarazo entre los 10 y 14 años habría que ver que pasa con la violencia, la coerción, el abuso” (ROS-31)

El abuso de jóvenes fue referido casi con exclusividad a las menores de 15 años, casi siempre en relación con los sectores pobres en una cadena de causalidad que va de la pobreza, al hacinamiento, de allí al co-lecho y finalmente a las relaciones sexuales intergeneracionales, plantadas por algunos como violación y por otros funcionarios como atravesada por pautas culturales que la legitimarían –volveremos a este punto más adelante.

“Habíamos hablado de que con el hacinamiento, en condiciones socioeconómicas bajas, de bajos recursos socioeconómicos, se dan altos índices de abuso, de relaciones, de incesto” (MIS-43)

“Quizás tengamos que hacer una investigación de que todas estas embarazadas adolescentes muy menores, digamos un rango de 12,13,14 años, comenzar a hacer un análisis, que hay muchas chicas, especialmente del interior, que ese primer embarazo se debe o no a un abuso sexual. Esta es una situación muy, muy, muy frecuente en el interior de la provincia. Se da donde hay parejas inestables, por parte de las madres y estos niños, adolescentes van creciendo en este medio, donde también, como hablábamos recién, el gran problema del alcohol, la violencia esta inmersa en esos hogares y los chicos son los que sufren de este abuso sexual o violación. (CAT-09)

“Al abuso sexual, dentro de la relación, o sea, lo ven como algo normal, natural hasta que se lo habla, y ahí empiezan con los crik, a darse cuenta” (CHA-46)

Hagamos notar que cuando se consultó por los principales problemas de los adolescentes en la región, el abuso o violación prácticamente no estuvieron presentes de manera espontánea, salvo cuando excepcionalmente se lo remitían a las menores de 15 años. La mayoría de las respuestas, contundentes, surgieron en la segunda parte de las entrevistas en donde se preguntaba directamente si el abuso y la violencia sexual eran un problema en la zona.

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

“Creo que todo está relacionado con la crisis social” (SAL-62)

“No tienen un proyecto de vida personal donde puedan trasladar la energía que tienen” (SAL-64)

Aquí comienzan a emerger situaciones heterogéneas. Desde el punto de vista *emic* algunos expresan la diversidad en términos de vulnerabilidades diferenciales originadas en la concurrencia de factores de riesgo, y otros la remiten directamente a experiencias de vida de grupos diferentes.

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

jóvenes, sino de insertarse desde el punto de vista educativo, sobre todo desde el punto de vista social" (CAT-08)

"Un adolescente de las Flores probablemente se parezca más a una mujer de 20, 30, o 40 años de las Flores que alguien de su misma edad que viva en Estocolmo" (ROS-28)

En este punto comienzan a pesar más los criterios que planteamos en la sección previa, y los tres perfiles de jóvenes: (a) jóvenes de 10 a 14 años; (b) jóvenes de 15 a 19 de sectores medios; y (c) jóvenes de 15 a 19 años de sectores populares. Para este último grupo en particular se plantea como central el problema de la desocupación, paisaje común en todas las provincias:

"En los barrios en los que estamos trabajando es un problema reconocido como el prioritario la desocupación, como un problema que [se] instala en el conjunto de la comunidad pero que fundamentalmente vulnerabiliza más aún a los jóvenes y tal vez se exprese con mayor violencia en ellos esta imposibilidad de articular un proyecto, de imaginar un proyecto futuro con las manifestaciones que en cada comunidad y en cada grupo esto pueda producir: desde la violencia como una forma vincular hasta el abuso de sustancias como últimamente el alcohol, pero también otro tipo de sustancias, que por otro lado su venta se instala como una estrategia de supervivencia" (ROS-28)

La vulnerabilidad que se dice 'propia' de la inmadurez de los adolescentes se potencia por la situación de marginalidad en la que se desarrollan.

"En cualquier etapa de la vida vos te preguntas '¿para dónde voy?'. Imaginate [en] un adolescente ... es una pregunta muy grossa ... preguntarles por una idea de progreso tampoco lo tengo como una meta, ni siquiera la pregunta tengo como una meta ... Entonces es complicado esto, es complicado... Pero a mi me parece que lo más concreto que puede pasar es ver a un adolescente, bueno, sumido digamos en esta confusión de '¿qué me va a tocar mañana?' ... no es lo mismo decir con '¿qué me va a tocar mañana?' cuando llegaste a tu casa y más o menos tu ropa está ordenada y tu vieja te pudo hacer, o tu abuela o quien te cuida, un plato de comida. Y otra cosa es '¿qué va a pasa mañana?' cuando ni tengo pero... mate cocido" (BUE-01)

A diferencia de lo que ocurre en otras regiones en las cuales el nivel de instrucción no es sensible a la 'nueva pobreza', en las zonas estudiadas se revela como un indicador directo del nivel socioeconómico ya que la desigualdad social y la pobreza estructural son históricas. En lo atinente a esta problemática surge el tema de la diferencia de género:

"Un de los elementos son las pautas culturales, se toma como un hecho natural que una nena pueda ser mamá a edad temprana porque colabora con las cosas del hogar y no es prioridad la educación para la mujer como la es para el varón. Apenas tienen una dificultad en la escuela se produce la deserción y eso hace que los que sigan concurriendo sean los varones" (SAL-64)

Por otro lado, en el caso de los varones de sectores populares, la mirada está centrada en que 'hagan algo':

"En cuanto a educación, se sabe que la deserción, está más, en éstos últimos años, que incluso la concurrencia, es decir la matrícula inicial también, de alguna manera ha sido afectada, en cuanto a la delincuencia, a la desocupación de los adolescentes que no estudian, también hay una gran franja que no tiene ningún tipo de ocupación, incluido el estudio, y con todos los problemas de salud que acarrea la pobreza. Lógicamente sabemos que dentro de los adolescentes que concurren a la escuela, también está medido el grado de indisciplina que ha aumentado" (CHA-55)

"El nivel de penetración del problema en cada estrato social ... es diferente. No obstante eso hay problemas en los estratos inferiores de la comunidad o los más pobres que tienen que ver con la escolaridad, que tienen que ver con la dificultades de acceso a un mercado laboral para crear expectativas para sostenerse él y su familia, y en los estratos sociales medios altos o altos está el problema de falta de expectativa, más allá de la posibilidad de la familia para cubrir sus necesidades o requerimientos de distracción, pero que tienen que ver con su inserción en la universidad o la terminación de su escuela secundaria. Los problemas que tienen que ver con sexualidad o con embarazo adolescente son mucho más desde el punto de vista numérico en los niveles sociales inferiores o en los grupos más pobres por algún tipo de resolución al problema que tienen los niveles sociales con mayor poder adquisitivo llegando eventualmente a solucionar el tema del embarazo a través del aborto" (CHA-52)

Nótese que en el fragmento previo se reitera la idea de que, mientras que para los jóvenes de estratos medios la 'falta de expectativa' es experimentado con angustia y como 'problema' a resolver, parecería que para los grupos subalternos, por el contrario, ya ni siquiera es un tema. Como se verá más adelante, para algunos funcionarios la manera de disminuir la fecundidad

adolescente es generando actividades para que ocupen su tiempo ocioso. El significado y el nivel de problematización del embarazo deben leerse a la luz de estas diferencias.

La situación de pobreza extrema está asociada, según los entrevistados, a la pérdida de capital simbólico que contribuye a la reproducción de la situación de vulnerabilidad. Esto se refleja en el siguiente testimonio, aunque, acláremoslo, con un dejo de etnocentrismo:

"El problema mayor es la ignorancia. El porcentaje de jóvenes que no saben leer ni escribir es impresionante. Nosotros tenemos casos de adolescentes que por recomendación de su mamá vinieron a Posadas para trabajar en algún lugar y era impresionante las chicas no conocían la escoba, no conocían como usar un detergente y mucho menos los artefactos eléctricos. Mucha, mucha ignorancia" (MIS-44)

Apuntemos que claramente, el consumo de alcohol fue mencionado como el principal problema de los jóvenes, especialmente en algunas provincias:

"Uno de las ... problemáticas de nuestra provincia es el embarazo adolescente, las adicciones, dentro de las adicciones el alcoholismo principalmente" (CHA-48)

"En relación a los problemas de los y las adolescentes en esta ciudad hay que mencionar el problema de la sexualidad, el problema del consumo excesivo de alcohol que existe en este momento, no tan entendido el tema de drogas y no tan promocionado pero que existe" (CHA-52)

"Hay problemas serios de consumo de alcohol y drogas, sobre todo en los barrios más periféricos, más, más complicados como son los barrios del sur de la Capital" (CAT-08)

"Los problemas más graves que se ven en la calle en este momento me parecen que pasan por suplantar algunos valores, afectos que les están faltando por elementos como la droga, el cigarrillo, el alcohol y lamentablemente lo que hace unos años no se veía en Catamarca que eran los chicos sentados en la calle tomando una cerveza, hoy es muy habitual ... no se si es un problema de los chicos o es un problema de los adultos" (CAT-17)

"Creo que en base a los datos que tenemos podemos decir que los adolescentes tiene problemas de hábitos de vida no saludable, o sea de problemas de drogadicción, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual" (SAL-64)

Después del consumo de alcohol, la violencia, el abandono y la exclusión, los funcionarios comienzan a referirse al embarazo y a dos problemas que se hacen derivar de él: el aborto y la mortalidad materna a los que nos referiremos en el próximo apartado. Muy pocos informantes mencionaron el Sida y las enfermedades de transmisión sexual. Estos padecimientos fueron planteados, en la mayoría de los casos, cuando se consultó directamente sobre ellos. Si bien se los señaló como problemas, siempre se aclaró que no tienen aún tanta relevancia desde el punto de vista de su incidencia.

"Hemos visto que últimamente ha aumentado la cifra de embarazo no deseado y por tanto el número de aborto en la adolescencia. En un porcentaje que realmente nos está preocupando ya, supera del 18 al 20 por ciento. Y eso también trae acarreado el aumento de las enfermedades de transmisión sexual como sífilis que tenemos un altísimo nivel de sífilis en la provincia [...] Y estamos también con la terrible consecuencia de un altísimo índice de sífilis congénita al nivel de países africanos más pobres. Muchas veces manifestar estas cifras a veces no es muy bien visto por ciertas autoridades que con una visión un poco estrecha y corta piensan que como es posible que durante su gestión tenga sífilis [...] De más está decir que también nos enfrentamos con otro problema mucho más grave que es la infección por HIV/Sida" (MIS-45)

En el caso del VIH/Sida, también se remarcó que las comunidades locales, excepto en los grandes conglomerados urbanos, lo siguen percibiendo como un problema lejano y externo. Sin entrar en detalle puesto que no constituye el centro de esta investigación, señalemos que incluso por el lenguaje utilizado por muchos informantes el VIH/Sida sigue siendo un problema de 'grupos de riesgo', las acciones están centradas en la detección de casos y el control de las PVVS, se trabaja sobre los emergentes, y una proporción de las detecciones de casos por transmisión vertical se realizan en el post parto.

"Si, se está trabajando, se hace la detección de todas las pacientes en su control prenatal, que son el 60% de las pacientes que ingresan a la Institución, se hace la detección de HIV, el 40% que no está controlada y que llega a tener su niño en la Maternidad no lo hacemos, sino lo hacemos posterior al parto" (TUC-24).

"Con respecto al sida, el sida probablemente no se lo vea como un problema pero existe, si bien es cierto cuando evaluamos los grupos etarios del sida son estos jóvenes de 25 a 40 años los que más están afectados, obviamente estos jóvenes tienen hijos que van a tener en algún momento adolescentes que tengan sida por transmisión vertical pero la problemática cada vez hace que al

haber embarazos adolescentes más precoz, también la franja de los chicos afectados con sida también va a ser más precoz." (CAT-09)

"Y, es un problema en la sociedad por que precisamente hay falta de formación, nosotros hemos, gente trabajando hoy dentro de nuestra área que está realmente muy capacitada y el trabajo que vienen desarrollando desde el área de Políticas Juveniles, ha sido positivo en cuanto a la transmisión de información fundamentalmente, pero sigue siendo problemático por que lo que nosotros siempre planteamos, pareciese que es una enfermedad que a los Catamarqueños no nos debería atacar, o no nos toca, y sin embargo la tenemos quizás en la familia misma y queremos ignorarla o a lo mejor la ignoramos por que precisamente falta información fundamentalmente" (CAT-11)

"Pregunta: ¿En esta zona, el Sida es un problema?"

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

Pregunta: ¿En la provincia se te ocurre que puede llegar a ser un problema el SIDA?"

Respuesta: Creo que es el gran problema del futuro, sí" (TUC-24)

"Me parece que sí, y más de lo que se cree y de lo que se habla, me parece que vuelvo al mismo tema, que es una falta de sinceramiento, es una sociedad bastante hipócrita todavía, en muchas cuestiones, hay mucha gente que tiene relaciones sexuales irresponsablemente, sin protección, el tema del preservativo creo que es algo terrible, creo que por ahí pueden llegar a tener un poco más de conciencia los homosexuales, que los heterosexuales con respecto a esto, pero no saben distinguir la diversidad que hay de preservativos, por ejemplo los texturados que son para tener sexo anal, que la mayoría los desconoce, y creo que si es un problema, porque hay más que nunca travestís en las calles, incluso, por comentario, trabajo ad-honorem y colaboro con una organización también, y los mismos remiseros con los que trabajamos suelen comentar que las mismas prostitutas que llevan, o los travestís que ya cumplen horarios fijos, para clientes fijos, se quejan de que realmente están teniendo más éxitos, por llamarlo de alguna forma, o funciona mejor hoy el negocio de los travestís hoy con hombres, que el de las mujeres" (CHA-46)

"Pregunta: ¿en ésta zona, el Sida es un problema?"

Respuesta: Hay casos, hay caso de chicos con Sida, pero si uno comparara con la magnitud del problema como la desnutrición o otro tipo de enfermedades el Sida no sería un problema por el número total de casos, pero hay casos y va creciendo, el caso de chicos con Sida porque las mujeres, pero no se si en las adolescentes" (CHA-47)

En relación con el embarazo no planificado:

"Esto tiene que ver con la vida que llevan, que un hijo tiene un significado muy diferente al hijo que venía después del casamiento, planificado. Hay otro tipo de planificación y de anticipación de la vida que nosotros estamos tratando de saber interpretarlo. Creo que hay muchos prejuicios, creo que se valora como ignorancia, como dejadez, como pobreza, y no me parece que sea sólo eso. No quiero decir que lo económico y lo cultural y la pobreza no influyan, pero no queremos que sea un elemento de discriminación sino todo lo contrario" (BUE-03)

Como se aprecia en el testimonio previo, también la ignorancia puede recibir múltiples interpretaciones. Tal como lo aclaramos para la 'responsabilidad', algunos entrevistados lo derivan de la juventud, fruto de la falta de experiencia o como cualidad intrínseca del ser joven

"El principal problema ... la falta de información ... en las distintas problemáticas, como puede ser el embarazo, como puede ser el tema de las drogas, del alcoholismo, de todo lo que es iniciar esta nueva etapa de transición donde el chico prueba " (CAT-14)

Otros ligan la ignorancia a la pobreza, también, como mencionó el funcionario, con posibles interpretaciones sesgadas.

"El descuido en la atención de su niño, la muerte prematura de niños por ignorancia en como puedo prevenir que mi hijo no se ahogue y se muera" (CAT-13)

"Muchas veces es por ignorancia, ignorancia ¿en qué sentido?: sufren este tipo de violaciones, este tipo de abusos, por parte de otras personas adultas que conviven y que comparten en más de una oportunidad ese lecho" (CAT-13)

En síntesis, creímos importante presentar el marco en el cual tiene lugar el embarazo puesto que las trayectorias de las y los jóvenes adquieren sentido en estos contextos sociales.

El embarazo de jóvenes

Los funcionarios difieren en su percepción acerca de la magnitud del embarazo de adolescentes y si ha variado o no en los últimos años.

“Un tema prevalente es el embarazo en la adolescencia entendiendo esto no como un problema que afecta a la mujer adolescente, sino también al varón adolescente. El embarazo en la adolescencia es un problema serio en la Provincia de Catamarca que es una de las Provincias que tiene índices más importantes dentro del contexto de la región en cuanto a la cantidad de mujeres menores de 19 años que se embarazan. A pesar de todas las tareas realizadas no se ha logrado, en el curso de los últimos años de trabajo, disminuir esta prevalencia, es decir la tasa de embarazo en la adolescencia se mantiene estable por lo menos en los últimos 5 o 6 años con quizás el agravante de que en el último año se ha encontrado un incremento del embarazo en la adolescencia precoz, esto es entre mujeres menores de 15 años que han triplicado el número en relación a años anteriores. Sin embargo como las adolescentes de 15 a 19 no han incrementado, o si han disminuido un poco el número, la tasa global de embarazo en la adolescencia se mantiene estable, pero creo que es un dato no menor tener en cuenta la precocidad de los embarazos y como se ha incrementado el índice en las mujeres menores de 15 años” (CAT-15)

“El embarazo adolescente numéricamente mantiene valores similares a los de hace 20 años ... [disminuyó] el número y proporción de los embarazos mayores de 20 años y esto no se ha producido hasta el momento con los adolescentes por lo cual nuestra provincia tiene alrededor de un 25% del total de nacimiento que nacen de madres entre 10 y 20 años” (CHA-52)

“Esta situación se va agravando año tras año” (CHA-50)

“Es una situación que se mantiene constantemente” (CHA-48)

En tanto algunos funcionarios apoyan sus aseveraciones citando información estadística o resultados de investigaciones, otros se basaron en su experiencia personal y profesional.

“Creo que es mucho más alto de lo que se difunde ... Creo que en estos últimos 5 años tengo la sensación de que se dio una explosión en los embarazos adolescentes” (SAL-56)

El embarazo durante la adolescencia es referido por todos los informantes como un fenómeno complejo que posee distintas dimensiones:

“Es un problema social, es un problema económico y es un problema familiar. Problema social en tanto y en cuanto los niños no están criados, en la mayoría de los casos, con la figura paterna por razones obvias o de separación o lo que fuere, en la mayoría de los casos falta la figura paterna, que es importantísima. Desde el punto de vista económico generalmente no están dadas las condiciones como para tener un niño en las debidas condiciones ... desde el punto de vista alimenticio y material y ello trae connotaciones afectivas también. Y desde el punto de vista familiar porque generalmente suele traer conflictos con los progenitores de la menor embarazada y eso hace que también [que] se pueda vivir en un grupo desestructurado” (ROS-30)

Si bien algunos consultados plantearon con claridad una serie de factores que contribuyen a la ocurrencia del embarazo en estas edades, en algunos casos remitiéndola a un factor dominante, muchos otros reconocieron la dificultad de atribuirlo a una sola causa y advirtieron sobre posibles reduccionismos o lecturas superficiales.

“Decir que sólo falta información de no saber cómo cuidarse, nos parece que es una respuesta ingenua, por lo menos es ingenua. Parece que muchas veces es una decisión quedar embarazada y tener un hijo. O sea, es una manera de proyectarse, una manera de tener algo, y esto produce nuevas familias, por supuesto” (BUE-03)

“Generalmente se dice que hay falta de información sobre educación sexual en las escuelas, que las chicas no saben cómo cuidarse... creo que es más profundo que esto, me parece que no tenemos que despreciar la mirada respecto de lo que significa el embarazo como afirmación personal, del sentido de vida que tiene que ver con pautas culturales bastantes” (SAL-57)

“Es un problema la homogeneización del pensamiento y las respuestas desde los que definen políticas públicas (ROS-28)

Nuestra insistencia en deconstruir el embarazo como problema está motivado en que según como se lo piense dará, o debería dar lugar a respuestas diferentes. Sea como fuere, salvo pocas excepciones, todos los funcionarios señalaron la complejidad del tema y generalmente se subraya la necesidad de contextualizarlo para poder entender sus implicaciones y diseñar respuesta desde las agencias gubernamentales:

“El punto de partida va a tener que ser no tener prejuicios ... no interpretarlas como tontas o como ignorantes o como pobres. Son líneas de discriminación” (BUE-03)

"No sé para quién es el problema. Esto debería preguntarle a las personas que creen que es un problema. Es una circunstancia como tantas otras de la vida, en las cuales no podemos juzgarlas, sino desde las políticas públicas colaborar a que las personas y las comunidades resuelvan las situaciones en un sentido positivo" (SAL-57)

"Bueno, yo creo en la iniciación sexual prematura, irresponsable, la carga de responsabilidad puesta exclusivamente en la chica, en tanto desde el cuidado, la prevención y después hacerse cargo del embarazo, culturalmente esta (...) así, y bueno, quizás, esto que te comentaba cuando me preguntabas mi opinión acerca del embarazo adolescente, se cruzan a lo mejor de la necesidad, o el sueño es abandonar el hogar paterno para ser libre, independiente, la necesidad de aferrarse a una pareja, la necesidad de, no sentirse discriminada porque no se tiene relaciones sexuales, porque hay compañeras que ya se han iniciado, son muchísimas las variables que, cada una de las personas puede llegar a conjugar en sí misma, que conducen a, a una situación de embarazo no deseado, no previsto, no planificado" (CHA-54)

En los testimonios se advierte un intento por comenzar a diferenciar situaciones y avanzar más allá de un modelo comportamental reduccionista. En muchos casos esos modelos están atravesados por prejuicios que no permiten una comprensión adecuada del fenómeno. Es ilustrativo el fragmento siguiente: el entrevistado comienza respondiendo a la pregunta sobre si el embarazo de adolescentes tiene consecuencias:

"Yo creo que las consecuencias centrales que trae es ... cuál es la capacidad de esa criatura de hacerse cargo de otra criatura, entonces las consecuencias pasan por el chiquito que va a estar más abandonado que otro, pasa por los neos que probablemente pase más ese niño, que esté más abandonado, que la agresividad que sufre en el medio, que los abusos que sufre en el medio, que la droga, que terminen siendo asesinos" (ROS-31)

a renglón seguido agrega

"Bueno eso no sé si son más porque uno también tendríamos que verificarlo, aquí no se ha hecho una historia de vida tampoco de los niñitos de los hijos de las adolescentes que ha pasado con esos chicos después que salieron de acá porque yo no creo que tengan más riesgo, al menos no en nuestro medio porque generalmente el embarazo en la adolescente se debe controlar bien, porque no es el riesgo en cuanto a la edad, excepto que fuesen criaturas que esa es otra historia, porque ya te digo en esa franja de edad es otra historia" (ROS-31)

Mirando en detalle podemos advertir matices en las explicaciones acerca de dónde reside la problematización de que una joven se embarace y sea madre. Las explicaciones pueden esquemáticamente ser agrupadas en: (a) el embarazo de adolescentes es un problema en sí mismo que debería evitarse siempre porque por definición un adolescente no está capacitado para asumir la maternidad/paternidad; (b) el embarazo de adolescentes es problemático dado el contexto socioeconómico en el que tiene lugar; (c) el embarazo de adolescentes es un problema dado el contexto sociocultural en el que se produce y la reacción social que conlleva; (d) el embarazo de adolescentes es problemático ya que genera un incremento en la morbilidad y en la mortalidad; (e) el embarazo es un problema cuando no es planificado.

En el primer caso:

"Ni bien ni mal. ... Se debería evitar desde lo preventivo tanto por el adolescente que recién comienza a vivir como por el bebe" (SAL-62)

"Para mí es un mal social, ya que la adolescente se embaraza sin quererlo. Los padres no lo aceptan, el bebe es repudiado por la madre y por los adultos, encima no tiene padre" (SAL-62)

Los entrevistados que resaltan los factores socioeconómicos plantean:

"Yo creo que es un problema de acuerdo al contexto de la situación en que se crea ese embarazo adolescente ... del área que trabajamos es muy recurrente esta situación en familias muy pobres, ahí sí es un problema ... por el hecho de que no tiene lo mínimo para criar esa criatura que ya de hecho surge de otra persona que no está con la madurez suficiente ... y no se le puede brindar todos los elementos necesarios para el normal desarrollo tanto a nivel físico, biológico, como social, por el mismo sistema de pobreza" (MIS-36)

Dentro de este grupo es muy frecuente que se utilice la explicación del 'círculo de la pobreza', es decir, las carencias materiales y simbólicas de los padres dan lugar a que sus hijos se embaracen a edades tempranas, abandonen la escolaridad, no consigan insertarse en el mercado laboral o si lo hacen no obtienen puestos calificados y reproduciendo las condiciones iniciales de pobreza. Así se crea un círculo recursivo que transmite intergeneracionalmente la pobreza. Este argumento está relacionado con la idea de una 'cultura de la pobreza' que se reproduce transmitiéndolo de

generación en generación. Un sistema cerrado en el que se encuentran atrapados los protagonistas y que no puede romperse sino es a través de la intervención de un agente externo, en general el Estado.

"[Es un] problema cultural que, agregado a la falta de educación, reproduce el círculo de la pobreza" (BUE-02)

"Para desarrollarse como persona va a ser muy difícil luchar contra el embarazo adolescente. Entonces es como que es imposible disminuir el riesgo si uno no le da, no le da... otras opciones" (ROS-30)

La tercer explicación se vincula con la anterior, pero opera para todos los grupos sociales aunque de manera diferente, afectando principalmente a las jóvenes de estratos medios. Nos referimos al sistema de valores dominante. Aquí no se trata de un factor que produce el evento del embarazo sino de una reacción social posterior al mismo. El embarazo es perjudicial porque conduce a la exclusión y a la estigmatización.

"Son niñas que por ahí el cuerpo esta preparado pero psicológicamente no, a veces estos embarazos son producto de la primera relación sexual y en las chicas que van a la escuela donde existe la deserción escolar, el rechazo familiar, el rechazo a veces de la misma pareja es como que quedan muy vulnerables ante la vida" (MIS-43)

"En general [el] rechazo del embarazo del adolescente, y a la culpabilización del adolescente mismo cuando en realidad la culpa no debería recaer sobre ellos." (CHA-49)

"Diferencia por género, se culpabiliza a la mujer, incluso si fue violada o abusada" (CAT-13)

"Es primero una negación a toda la situación. Hay una resistencia a una realidad que en algunos casos, con el tiempo, a medida que se va aceptando esta realidad, después hay un acompañamiento hacia el adolescente, hacia los adolescentes. En otros casos pasa todo lo opuesto, esa resistencia o negación se mantiene y el adolescente queda desprotegido" (CAT-14)

"Tienen que dejar de estudiar muchas veces son rechazadas ... en algunas escuelas me comentaban que ya quedan tildadas como las loquitas del grupo, cuando en realidad todas están por ahí teniendo su vida sexual activa ya. Sin embargo ellas por ser embarazadas ya quedan estigmatizadas como las loquitas, o como las rápidas, o como las que siempre dicen que sí. Les genera por ahí el rechazo de su propia familia" (CAT-17)

En relación con este punto algunos informantes indican que en los últimos años ha disminuido la estigmatización de las adolescentes embarazadas como reconoce el mismo entrevistado.

"Actualmente hay como un mayor nivel de apertura, creo que ya no es tan tajante como antes en donde había un rechazo absoluto, aunque todavía sigue habiéndolo. Todavía hay padres que durante meses no les hablan a sus hijas por que están embarazadas o las echan de la casa por vergüenza" (CAT-17)

"Al que le toca de lejos lo ve muy distinto, ¡muy distinto!, por que por ejemplo personas que no tienen dentro de su entorno ninguna persona, ninguna mamá niña entonces hablan de una manera, pero los que tienen un caso testigo lo toman como una [situación] no te digo normal pero bueno, ya está" (MIS-44)

"Yo creo que ahora está mucho más aceptado, más institucionalizado que hace un par de años, yo creo que antes, hace un par de años había mucho rechazo por parte de la comunidad, precisamente a casos excepcionales que se podían distinguir de embarazos adolescentes, había un rechazo quizás desde la misma familia hacia el hijo o la hija por que ... parece que se convertiría en algún castigo" (CAT-11)

Hay quienes limitan este cambio de valores a algunos grupos:

"La actitud del adulto ... que se convierte casi en jueces pero a su vez siguen de largo, no se detienen y no colaboran en como hacer para solucionar este problema [...] pienso que lo ven, que se asombran y se convierten en jueces con los adolescentes en los dos estratos sociales, pero, que aceptan como más natural que el estrato, donde se desarrolla los adolescentes pobres, es una cuestión más esperada" (CHA-50)

"Los de clase social alta son los que desprecian, son los que buscan sacárselo o venderlo. En la más baja lo aceptan más" (SAL-62)

"En el nivel bajo, vemos que es como más común, es más frecuente, entonces, ya tienen otros hijos que les ha pasado lo mismo, entonces, fuera como que por ahí lo aceptan más" (TUC-24)

Es interesante destacar que cuando los entrevistados vierten opiniones sobre el embarazo durante la adolescencia concentran las consecuencias negativas en la franja de jóvenes menores de 15 años, para aquellas chicas que frecuentemente son referidas como las 'niñas madres' y en las mayores de sectores medios. En tanto para el primer grupo se enfatiza la cuestión de la inmadurez, para el segundo se destaca la cuestión de la culpa.

"Cuando nosotros hablamos de embarazo adolescente en un grupo etario de entre 13 y 19 años, es muy notorio y los estudios que nosotros estamos realizando obedecen a que las parejas son personas adultas, son personas por ahí de más de que le llevan 10 años ... esto obedece a pautas muy arraigadas en nuestra sociedad, socioculturales y económicas por que se da generalmente que en estas relaciones, a veces son relaciones no consentidas, y son relaciones algunas veces producto de una relación, de incesto por que son realmente niñas madres con todas las complicaciones, ¿no es cierto?, que lleva un embarazo a esta edad, psicológica, mortalidad materna" (MIS-43)

"Pienso que sí, trae consecuencias, trae consecuencia sobre la persona, sobre, sobre la niña madre que cambia totalmente su proyecto de vida" (CHA-53)

Las condiciones sociales en que tiene lugar el embarazo tiene para algunos directas consecuencias en el incremento en la morbimortalidad tanto de las adolescentes como de los recién nacidos:

"Si creo que es un problema desde el punto de vista de la salud y lo social digamos, pero no por el embarazo en sí mismo sino por toda esta madeja de relaciones sociales entre la familia, la sociedad, la concepciones hacen que un fenómeno normal pueda ser transformado en un problema de salud" (CHA-47)

"Existen varios tipos de riesgo en el embarazo del adolescente. En aquella adolescente que está todavía inmersa en el sistema educativo es el abandono de posibilidades de educación y desarrollo, cambiar su expectativa de vida y modelo de vida. En aquellas adolescentes muy jóvenes, como también existen casos adolescencia muy temprana 12, 13, 14 años, está el riesgo desde lo biológico para la madre tanto como para el niño. En las adolescentes mayores y en muchas de ellas a partir de los 16 años en adelante la gran posibilidad de que no solo tengan un hijo, sino que sean varios y en forma repetida. Ya disminuye el riesgo biológico para la madre pero está el riesgo biológico para el hijo con menor tamaño y el alto riesgo de enfermar o morir de los chicos hijos de estas madres" (CHA-52)

El aborto y sus complicaciones se mencionan como problema derivado del embarazo no planificado, los cuales pueden dar lugar al incremento de la mortalidad materna.

"Y bueno, uno es el problema de educación sexual, que tiene que ver con todo, no... Los que conocemos el número, porque existe, problemas de adicciones, en eso incluimos el alcohol, el cigarrillo. Bueno, el problema de educación sexual, cuando te hablo de educación sexual, bueno ahí entrará la anticoncepción, el embarazo, el aborto. Bueno, ya te digo, esto en sí es el aborto, en general coincide, se da en las adolescentes, en las chicas adolescentes, y también se nos da en las mayores de 45 años, pero está focalizado en las chicas. Digamos hasta en mortalidad materna también, hay un gran peso en adolescentes" (BUE-05)

"Básicamente la presencia de embarazos no deseados, cada vez más, y su consecuencia, que es el aborto/" (MIS-45)

Los testimonios van narrando trayectorias que vinculan episodios en una cadena temporal: *falta de educación sexual / no utilización de métodos anticonceptivos / embarazo no planificado / temor a la reacción social o imposibilidad de alimentar una nueva boca / aborto / muerte materna.*

"Encarar la gran problemática nuestra de la zona, que estamos concientes que tenemos un altísimo índice de mortalidad materna, e infantil. Dentro de la mortalidad materna, las causadas por aborto, prioritario, más aún porque estamos en una zona de riesgo por el hecho de que todas las provincias del NEA están encaradas dentro de las que tienen mayor tasa de fertilidad. Somos muy fértiles por lo tanto hay mucho mayor cantidad de abortos y complicaciones y también muertes por aborto, que incluso hemos notado que en el último tiempo, en relación directa con el aumento de la carestía de la vida, la falta de trabajo, la desocupación, etc., fue en aumento. Lastimosamente una cifra que venía bajando a lo largo de los años, nuevamente tuvimos un recrudescimiento, un repunte" (MIS-45)

Para otros la morbimortalidad no está necesariamente asociada con la condición social sino que es generalizable a todas las jóvenes:

"Está comprobado, hay más muerte maternas, hay además, las consecuencias del aborto que sabemos que es también, elevado y además no solo en el adolescente, sino en el hijo, que puede nacer prematuro, y casi siempre con menor peso, que si la mamá tuviera una edad mayor" (CHA-55)

"Entrevistador: ¿Usted piensa que el embarazo en la adolescencia trae consecuencias?"

Informante: Totalmente desagradable

Entrevistador: ¿Como cuáles?"

Informante: Desde la falta de vínculo madre-hijo, el descuido en la atención de su niño, la muerte prematura de niños por ignorancia en como puedo prevenir que mi hijo no se ahogue y se muera tomando la mamadera, ... que de pronto el niño duerme con su mamá y amanece muerto por que ..., mamá no sabe como, le dio el pecho y como su inconciencia también es tan grande ¿no?" (CAT-13)

No todos están de acuerdo con la afirmación de que la edad es la variable independiente de la alta morbimortalidad, sino que más bien apuntan a las condiciones socioeconómicas que incidirían sobre el resultado de ese embarazo:

"Nosotros tenemos varios trabajos, yo particularmente tengo un trabajo hecho en adolescencia, en donde no hemos demostrado que el embarazo sea digamos de mayor riesgo, es decir en donde comparamos embarazadas adolescentes y no adolescentes y hemos visto que los resultados, tanto digamos de la vía de terminación del parto como los resultados perinatales, no son peores en la adolescentes que en la no adolescente. Esto no es lo que nos asusta porque está demostrado que no es, que los resultado no son peores, sino el contexto en que el adolescente tiene su niño, es decir como trunca su desarrollo, de la mujer, en cuanto a que no puede realizarse, porque de ser madre tan joven y sin tener recursos, eso trae aparejado toda una serie de elementos sucesivos, que no es lo que toda mujer desearía en su vida. Entonces, nosotros más lo vemos desde el punto de vista de la sociedad, es decir los trastornos que esta niña puede llegar a tener en mayor de edad y al no desarrollarse ya como persona con esta maternidad y cantidad de cosas. Si en los resultados que nosotros hemos visto no hemos encontrado que haya mayor riesgo de una patología ni de los resultados del R.N." (TUC-24)

"Sí, creo que es un problema porque primero no hay posibilidad de proyectar la vida en otro sentido que no sea la maternidad, es un problema porque sabemos que los embarazos en la adolescencia tienen mayor riesgo que en las no adolescentes. El problema no es tanto en el embarazo, sino en los niños recién nacidos, con mamás no preparadas, en medio de una situación social desfavorable es más probable que tengan mayor mortalidad y morbilidad ... Vemos que muchas de las mujeres adolescentes han tenido niños de bajo peso o prematuros, siendo estas las primeras causas de mortalidad perinatal de la Provincia" (SAL-64)

"Consecuencias negativas en la salud de las mujeres no creo que sean producidas por la situación del embarazo, son producidas por las condiciones de vida que tienen." (ROS-28)

Otro de los puntos utilizados para señalar si un embarazo es un problema es el grado de decisión sobre el hecho de embarazarse.

"Si es un embarazo no deseado, obviamente es un problema, ahora si es un embarazo de adolescente que se embaraza planificando su embarazo y no, no parecería un problema en realidad" (TUC-24)

Algunos lo refieren como 'planificación' en tanto que otros en términos de 'deseo'.

"Eso no, no lo voy a discutir porque es así, pero una de las cosas que más me preocupan es que no siempre el embarazo adolescente es un embarazo no deseado" (ROS-30)

"Tenemos dos [formas] de llegar al embarazo en nuestra provincia que me parece que hay que tratarlos por separado ... Por un lado tenemos las chicas que se embarazan a partir de una relación sexual afectiva con un compañero, un novio de su edad, en forma natural donde se decide comenzar, que lamentablemente cada vez hay como un comienzo más temprano de la puesta en práctica de la sexualidad que la lleva por falta de información, por falta de contención de su familia, por falta de sentarse a pensar y llega la consecuencia del embarazo. Y tenemos también una gran cantidad de niñas que son embarazadas por abuso, de sus propios familiares, de vecinos, de tíos, en donde ellas no tienen la oportunidad de decidir el querer tener o no una relación sexual que después termina en embarazo" (CAT-17)

De un hecho que le acontece involuntariamente a la joven, pasamos a entrever que hay situaciones en donde su decisión está presente. Aquí surgen dos interrogantes. En primer lugar si se le reconoce a la joven el derecho de desear tener un hijo y, en segundo lugar, si la joven tiene la competencia necesaria para poder tomar tal decisión.

Con relación al primer punto mientras que para algunos estratos sociales y a determinadas edades el deseo es legitimado, para otros grupos sociales esto no sucede. Es decir, se espera que el adolescente de estratos medios se concentre en el estudio y deposite su deseo en el progreso personal postergando la maternidad. En cuanto a la pregunta sobre la 'competencia', para algunos funcionarios está sobre determinado por la etapa psicoevolutiva que atraviesan, y de allí que se diga que no tienen aún el saber, entendido tanto en términos de conocimientos como de experiencia, para planificar adecuadamente. Para otros funcionarios la 'competencia' se vincula con el *background* cultural, y este varía ente los grupos sociales.

"Con cada chica que uno habla tiene diferentes motivos por los cuales ha quedado embarazada y ha decidido avanzar con su embarazo" (MIS-37)

"Aquí estoy nuevamente en lo que yo considero un reduccionismo ¿no? Voy a citar textualmente un manual de OPS "en los países donde la mortalidad materna es baja, la mortalidad materna adolescente es aún más baja, en los países donde la mortalidad materna es alta la mortalidad materna adolescente es aun más alta" con lo cual creo, que es muy diferente un adolescente sueco a un adolescente de las Flores, ... y un adolescente de las Flores probablemente se parezca más a una mujer de 20, 30, o 40 años de las Flores que alguien de su misma edad que viva en Estocolmo. Entonces, en éste sentido, yo considero que el embarazo en algunos sectores, en los sectores pobres de nuestra sociedad se produce en edades tempranas de la vida, se produce en función de razones culturales y que la cultura, los grupos no la eligen [...] Está más determinado por factores culturales que por la propia elección" (ROS-28)

Una tercer alternativa del criterio sobre la capacidad de agenciamiento no la reduce a los jóvenes sino que la hace extensiva a todos los individuos de estratos bajos, marcando con ello una diferencia clara entre el individuo de sectores medios que puede construir libremente su destino –ideal del imaginario social de la clase media en la modernidad– en tanto que otros se ven atrapados por "lo social". Esta explicación sostiene la primacía de la cultura por sobre el individuo, apareciendo así un criterio diferencial de interpretación según clase.

En síntesis, de las distintas explicaciones de por qué el embarazo de los/las adolescentes debería pensarse como problema sobre el cual intervenir, sólo el primer conjunto de respuestas lo rechaza terminantemente apuntando que no es adecuado por la inmadurez psíquica de la joven. El grueso de las respuestas afirma que el problema no radica en el embarazo en sí mismo sino en la falta de planificación o en el contexto social, económico y cultural en el que se produce el embarazo. Sin embargo, estas certezas siguen corriendo en paralelo a la postura que condena que los jóvenes se embaracen.

"En general yo creo que el embarazo en la adolescencia no trae consecuencias, no trae consecuencias, siempre y cuando el embarazo sea deseado, que es algo que hay que tener en cuenta y que muchas veces, sino son la mayoría de las veces, estos embarazos no son deseados o vienen, como te decía, como consecuencia de una desinformación del adolescente. Entonces es ahí cuando se plantea el problema, es decir, el embarazo no deseado, conjuntamente con la falta de acceso a los servicios de salud para poder llevar adelante el embarazo generan que la mayoría de estos embarazos sean poco controlados y estigmatizados en el contexto social tanto por los adultos, llámense padres o familia, como por los pares" (CHA-48)

"Desde un punto de vista sanitario, desde un punto de vista social es un problema, no veo un problema desde el surgimiento de una nueva vida" (CAT-08)

Gran parte de los entrevistados, amen de los distintos motivos aducidos para evitar el embarazo en adolescentes, sostienen que el gran problema es la exclusión social de la que pueden ser víctimas las jóvenes.

"Desde el punto de vista social si bien hay muchas cosa superadas aún uno se encuentra con temas como que en tal escuela la niña no puede seguir concurriendo, o, la ubicación de lo horarios. La gente si consigue un trabajo y ser sola a veces no la aceptan tampoco porque saben que la responsabilidad de ella esta primero puesta en el hijo, entonces desde el punto de vista laboral, muchas veces no es aceptada" (CHA-53)

"Un adolescente con un hijo, no puede seguramente seguir con la escolaridad en lugares donde pudo estar antes ... Hay lugares de la sociedad en donde se expulsa a la joven. Puede ser la escuela, pueden ser grupos de parientes, grupos de amigos, asociaciones de tipo civil o religioso, que le van dejando afuera ... O sea que desde lo vincular empieza a vivir todo desde afuera" (SAL-56)

"El problema pasa por todo esto, porque las posibilidades de realizarse, las posibilidades de seguir sus estudios, las posibilidades de capacitarse para luchar en la vida son más difíciles cuando tenés un hijo de por medio, además cuando tenés una criatura que criar a otra criatura. No le conviene a la mamá, no le conviene al bebé, no le conviene a la sociedad en su conjunto, tendría que ser la sociedad que asuma esto." (ROS-31)

El embarazo aparece como un acontecimiento disruptivo en el proceso de desarrollo 'normal' que puede adelantar el status de la joven:

"Creo que es una tragedia, así lo denominaría. Salvo en el caso de embarazos racionalmente buscados, no me tocó ver esto con frecuencia, pero salvo esto creo que es una tragedia ... irrumpe violentamente en la vida del adolescente ... se le cambia no solo la vida, sino que le transforma el rostro, en el sentido de la expresión de un proyecto de vida ... De pronto la mujer se da cuenta de que su cuerpo entra en otra etapa y que su rostro se va quedando y sus vivencias empiezan a opacarse" (SAL-56)

Sin embargo, como se verá más adelante, en el caso de los jóvenes de sectores populares, la situación de haber asumido roles adultos es descripta por nuestros informantes como previa a la situación de embarazo. Si es así, el embarazo puede llegar a ser una situación esperable dentro de este contexto, un medio de reafirmación del carácter de adulto.

"A pesar de ser adolescentes tienen responsabilidades de adultos" (SAL-63)

"Muchas veces la hija mayor empieza a cuidar a sus hermanos menores y pasa a ser la madre, muchas veces sin darse cuenta si quiere estar embarazada" (SAL-64)

La subjetividad de los funcionarios, su *habitus*, el lugar desde donde miran, atraviesa el conjunto de sus respuestas más allá que algunos procuren encubrirlo bajo su título profesional.

"Para mí es un problema, porque para mí el proyecto de vida de un adolescente, no puede ser tener un hijo, a mí, ese no sería un proyecto de vida, aunque algunos lo tengan, y es un problema porque deberíamos promover, que lleguen por lo menos a los 19, 20 años, este, con una madurez como para decidir si quieren o no ser madres" (CHA-49)

"Los jóvenes, uno que no tienen experiencia, tampoco tienen la seguridad económica suficiente para llevar adelante una familia, ni siquiera los conocimientos mínimos del cuidado materno infantil que requiere por ser mamá y bueno, eso entre tantos como ser la pobreza" (MIS-36)

"Que no es simple la [función] de ser madre y asumir todas las responsabilidades que debieran tener como madre, con todo lo que eso significa, que no es solamente una cuestión biológica, una cuestión de cariño, sino es mucho más que eso ser madre" (MIS-37)

"Las consecuencias, el aborto entre ellas, es una de las consecuencias, el tema de niños que están digamos, que no son, no crecen dentro de una familia, o, tomando la familia no como la, con la mamá-papá-hijo, sino la familia tradicional, sino con las personas con quien uno mantiene un vínculo, que por ahí, no crecen en una familia, no, no, no establecen vínculos firmes con los integrantes del grupo familiar, por que es como que, si llegó de sorpresa no hay un lugar donde encajarlo, o sea, no tiene un lugar dentro de lo que es todo el grupo familiar, es como que siempre está, ... puede estar aislado, digamos, es como menos considerado, entonces el tema de dejar de lado a una persona, al niño, el tema de no crecer digamos, yo siempre digo que, está bien, para ser digamos, lo ideal es que el niño tenga y tratar de luchar para eso, que el niño tenga su familia, así como se necesita de dos para hacer un niño, lo ideal es que también sea así, se necesita dos para criar a ese niño, para brindarle toda la atención, para brindarle todo el cariño y todas las cosas que necesite el niño para su crecimiento, no normal, por que no, no se trata de qué es lo normal y qué es lo anormal, sino para su crecimiento armónico, entonces me parece que las consecuencias son graves en el sentido de que la falta de imagen de un padre, o la imagen de una madre, por ahí que se confunden los vínculos donde la madre viene a ser después la hermana, y todo eso, me parece que en la personalidad del chico, en el psiquismo del chico, no soy psicóloga pero me imagino, y de acuerdo a lo que pude hablar con un psicólogo, y todo esto que, seguramente trae, acarrea problemas, en la vida en un futuro del niño y en la vida adulta" (CAT-07)

En relación con las cuestiones ideológico-culturales, en el testimonio previo se plasman varios temas a los que sólo haremos mención aquí. En primer lugar la pregunta, a la que no intentaremos dar respuesta aquí, de cuándo están las condiciones socioeconómicas lo suficientemente consolidadas como para que sea oportuno traer un niño al mundo. Siguiendo la lógica del fragmento precedente, la respuesta en el caso de los grupos excluidos parecería ser nunca, independientemente de la edad. Cuando abordemos las trayectorias de las jóvenes de sectores

populares veremos que algunos entrevistados sostienen que en realidad el tener hijos forma parte de las estrategias de supervivencia.

En segundo lugar tenemos la cuestión del modelo de familia tradicional, al menos para algunos grupos sociales, con figura paterna y materna así como roles bien definidos. Aclaremos aquí que 'bien definidos' desde el punto de vista de la familia tradicional. Este modelo es una forma de familia entre tantas como enseña la antropología.

"Muchas veces depende de cuáles sean las condiciones sociales de esa adolescente ... la heterogeneidad de culturas en relación con esto es tan grande que una generalización sería irresponsable. Hablando desde el sentido común en los sectores más vinculados a aquel al que pertenezco suele ... provocar esto una actitud de repudio y de espanto. En otros sectores es una actitud de bienvenida. De hecho el embarazo suele serlo cualquier circunstancia y más aún en circunstancias vinculadas a los jóvenes porque muchos de los grupos de distintos grupos culturales que podemos individualizar en los barrios, tienen una tradición matriarcal donde son las abuelas quienes se hacen cargo de esos niños y lo hacen muy bien, cosa que puede también, es una tradición, que es ajena a los sectores medios y los sectores más europeos del que provengo" (ROS-28)

Por último el fragmento también citado trae a colación la discusión acerca de los conflictos entre los derechos de la joven y los derechos del niño.

Comenzando a diferenciar los grupos

En una primera lectura, las trayectorias de los embarazos, sean cuales sean los factores que favorecen su ocurrencia, a la cadena *falta de utilización de métodos anticonceptivos* ⇒ *embarazo no planificado* ⇒ parecen seguir dos alternativas:

- 1) ⇒ *Temor a la reacción social o imposibilidad de "alimentar una nueva boca" ⇒ aborto (⇒ y en algunos casos muerte materna)*
- 2) ⇒ *Inmadurez ⇒ abandono y descuido del niño ⇒ los abuelos asumen el rol paterno.*

"Las chicas, tan jovencitas, no están preparadas para atender, criar y mucho menos educar a los niños. Entonces terminan siendo educados por sus abuelas generalmente ... Con el consiguiente abandono, también, del padre de este chico y a la adolescente" (CAT-08)

"Los padres no lo aceptan, el bebe es repudiado por la madre y por los adultos, encima no tiene padre " (SAL-62)

En esta sección consideraremos en mayor detalle las causas y las posibles consecuencias del embarazo, tal como la explican los funcionarios. Paulatinamente comenzaremos a introducirnos en las trayectorias diferenciadas de cada uno de los tres grupos, que se describirán en los siguientes apartados.

A medida que los entrevistados van profundizando sus explicaciones sobre el fenómeno, comienzan a emerger las diferentes situaciones en las que tiene lugar el embarazo, y ceden los argumentos generalizadores. En sus respuestas a preguntas directas, como a lo largo de todas las entrevistas brindan información sobre los factores que contribuyen al embarazo.

En primer lugar se menciona la falta de información:

"La falta de información, me parece que es fundamental porque nos consta que donde las chiquitas reciben información se protegen, con anticonceptivos orales la mayoría" (MIS-41)

"Las personas mayores decimos, bueno, "Como no se va a cuidar esa mujer!" pero desconocen que realmente que ignoran todas posibilidades de cuidarse" (MIS-44)

"Hay un poco de ignorancia, de desconocimiento de todo lo que tiene que ver con la sexualidad, con los derechos, con la reproducción, es como si no se conociera que es un derecho prevenir el embarazo" (SAL-64)

"La falta de conciencia, de educación sexual. Otra cosa que encontré hace unos años es que los chicos decían que no tenían miedo de embarazarse a las chicas ya que ellos tenían relaciones anales, sin tener en cuenta los contagios que podían tener. Eso te habla a las claras de la ignorancia que existe" (SAL-65)

"No buscan la seguridad del no embarazo entonces no sé si es cultural, para mi es educativo" (ROS-31)

Otro grupo de entrevistados planteó dudas acerca de si el problema es la falta de información, o si es que en realidad radica en que los adultos carecen de herramientas para que la información que se ofrece sea incorporada significativamente por los jóvenes.

"Fundamentalmente la falta de conciencia, no solamente los jóvenes sino en toda la sociedad, creo que los jóvenes en Catamarca como en el país, si bien pude haber bastantes deficiencias en lo que es educación, no carecen de información, cuando uno los entrevista, los encuesta, habla con ellos, descubre que en realidad conocen más de sexualidad, de embarazo en la adolescencia y de anticoncepción, mucho más de lo que uno cree. Lo que le falta a los jóvenes es responsabilidad a la hora del ejercicio de la sexualidad y creo que esta irresponsabilidad de los jóvenes, tiene dos componentes, por un lado la irresponsabilidad propia del adolescente pero por otro lado la falta de conciencia en la familia de que esto es una realidad y el no tratamiento de este tema en forma cotidiana como una problemática, eh... los padres que se niegan a hablar de este problema por que supuestamente no afecta a sus hijos, las escuelas que se niegan a hablar de este problema por que supuestamente incita a los chicos a ejercer la sexualidad en forma precoz, ... en fin esto hace que los jóvenes con la información que manejan que no siempre es tan poca, utilizan su propia irresponsabilidad para el ejercicio de la sexualidad sin tomar en cuenta las consecuencias que esto tiene aun a sabiendas de que existen estas consecuencias que no son agradables para ellos" (CAT-15)

"Comenzar, que lamentablemente cada vez hay como un comienzo más temprano de la puesta en práctica de la sexualidad, que la lleva por falta de información, por falta de contención de su familia, por falta de sentarse a pensar, llega la consecuencia del embarazo [...] Me parece que está fallando mucho el apoyo del adulto, el adulto significativo para el adolescente, del padre o de la madre o de la tía, de la maestra, del profesor eh..., que les ayude a asimilar, y a procesar la información que tienen de todos los ámbitos" (CAT-17)

Casi todos los funcionarios plantearon un vacío en el sistema educativo, señalando que esta área debería jugar un rol más protagónico en la prevención del embarazo no planificado.

"También tiene que ver la educación, ya que nuestro sistema educativo no contempla el tema Educación sexual [...] Y tienen que ver los medios masivos de comunicación ... la familia y la Educación no tienen la destreza o las habilidades para preparar a los chicos para que ese mensaje de los medios incidan en relación al sexo" (SAL-63)

"El problema del embarazo adolescente, es un problema fundamentalmente [de] una falta de educación sexual desde la familia a la escuela, [...] se habla de educación sexual pero se habla en la escuela, en la EGB ahora ... yo daba clases en una escuela secundaria nocturna y en primer año ya teníamos chicas embarazadas, entonces es como llegar demasiado tarde" (CHA-47)

Este vacío es llenado por otros medios que ofrecen información no confiable, o, según algunos entrevistados, no adecuada para los adolescentes.

"Una mayor libertad en las prácticas sexuales ... los medios de comunicación muestran la mayor libertad sexual o sea de practica, de relaciones sexuales a edades más tempranas como una cuestión más normal, más aceptado. Entonces eso genera también una mayor posibilidad de embarazo sumado a la falta de información" (CHA-47)

"Lo que conocen los chicos sobre sexualidad es a través de Internet (pornografía) y no la sexualidad responsable" (CHA-46)

"Principalmente, yo creo que es el tema de que no se hable, la falta de comunicación, la falta de educación sobre los chicos, y el tema del ... fundamentalmente es el tema de una cuestión el bombardeo de la televisión, que constantemente los programas televisivos están mostrando que el adolescente, es como que tiene que quemar etapas, que el adolescente tiene que vivir, para que viva plenamente su adolescencia, tiene que estar adelantado en situaciones que tal vez no le favorecen" (CAT-07)

No sólo la escuela no cumpliría su función formativa, sino que la familia no asume esa función. Sea por lo que fuere, la "familia desestructurada" y la interrupción del diálogo intergeneracional son factores que estarían contribuyendo a que las jóvenes se embaracen.

"La falta de control de la familia de estos hijos, la falta de diálogo de la familia con sus hijas e hijos también porque también son jóvenes adolescentes, los que embarazan las chicas" (TUC-24)

"Creo que es fundamental la educación, la falta de diálogo en el seno familiar" (SAL-58)

"El desligue que tienen ellos del cuidado de los chicos" (CAT-08)

"Me parece que hay todavía una falta de sinceramiento por parte de los adultos, que no quieren reconocer que los chicos viven una vida sexual a como de lugar, se embarazan o se embarazan, y les cuesta hablar bien, y no encuentran contención ni en sus padres, ni en la escuela, creo que la buscan por otros lugares (CHA-46)

La crisis de ambas instituciones sociales –escuela y familia– comienza a plantearse en términos de crisis moral.

"Nosotros hablamos también que se perdieron los valores. Los valores morales están en crisis, esta necesidad de supervivencia superó todos los parámetros que teníamos" (SAL-58)

"Bueno, está medio implícito en lo que dije anteriormente, una de las causas es entonces, es la desinformación, otra dentro de esas subculturas, muchas veces el hacinamiento en el que viven muchos, muchos adolescentes, tanto el sexo femenino como masculino, los medios de comunicación social, con los estímulos constantes que mandan a través de la televisión, la misma sociedad, con sus incoherencias, por un lado censurando, pero por otro, entonces eso es lo prohibido que siempre está tentado al adolescente, por (...) y en otros casos decía esa incoherencia, porque sin embargo, está como incitando a los jóvenes, con su permisividad, de toda índole también actualmente, el adolescente es como que tiene más libertad entre comillas, o más, a veces desatención, de los padres, de la familia, está más tiempo solo, y esto puede, puede permitirle distintas actitudes o comportamientos que a lo mejor sí, si tuviera más límites, o tuviera más diálogo con los padres, más diálogo con otros adultos responsables, se podría mitigar muchas, muchas" (CHA-55)

Hay algunos funcionarios que introducen el lenguaje del 'riesgo', afirmando que los adolescentes, por características propias de su estadio psicoevolutivo, tienen predisposición a conductas de riesgo, y de allí infieren que es necesario una vigilancia cercana para evitar que no incurran en conductas inapropiadas:

"Yo suelo pensar en general, me parece digamos, que tiene que haber una con una característica adolescente, que es lo fortuito, digamos..., lo efímero, lo ocasional, o "ya fue", y ahí quedó el embarazo, porque bueno, también uno puede pensar que ya fue esa música, o ya fue esa relación... Pero de hecho que hay una iniciación mucho más temprana sin ningún acompañamiento de dispositivos coherentes en relación al cuidado de la sexualidad en general. Todos sabemos que para un adolescente, la palabra del par es lo que vale, es lo más valioso, no es cierto" (BUE-01)

"Creo que son los motivos que ya mencione antes. Profundizando un poco, creo que un factor de mayor peso es que la adolescente vive en situación de riesgo, cuando hay factores de riesgo fuerte micros y macros, y cuando además hay escasos protectores [...] Cuando se combinan estos factores la adolescente es altamente vulnerable" (SAL-56)

"Sabemos que el adolescente naturalmente se cree omnipotente, de que a él no le va a pasar estos problemas, el problema le ocurre a los otros, tiene una pequeña omnipotencia propia de edad, digamos y otro por supuesto la falta de educación, no tienen idea de educación sexual ni nada por el estilo. O sea, eso crea una especie de, una irresponsabilidad característica de especialmente la primera etapa de la adolescencia. Entonces empiezan a advertirse, a desarrollarse sus sentidos y no toman precauciones, no toman las precauciones debidas y ya se encuentran con el embarazo no deseado" (MIS-45)

Algunos testimonios traslucen un cierto fatalismo, en algunos casos con clara idea de inevitabilidad

"El adolescente se embaraza como consume drogas, como escucha música, como está, o sea lo que... Yo la observación que tengo del adolescente, no sólo porque trabaje acá con adolescentes, sino porque... digamos yo siempre trabajé con problemática infanto juveniles, está todo en un mismo plano" (BUE-02)

"Con el correr de los años y viendo como cada vez se incrementan más las mujeres que se embarazan en edades muy precoces, entiendo que se deben hacer acciones coyunturales, ya específicas sobre todo con aquellas adolescentes muy jóvenes que han sido madres, para la prevención de la reincidencia del embarazo, creo que es una situación dramática sobre todo teniendo en cuenta las edades de las adolescentes que tenemos en la Provincia y que de alguna manera hay que tratar de trabajar en la coyuntura, aunque no dejemos de lado la tarea de educación a largo plazo pero sí en la coyuntura de la prevención a través de programas de anticoncepción, para las madres adolescentes que ya son madres, evitando de esta manera que vuelvan a tener un embarazo" (CAT-15)

Así como algunos remiten el embarazo a un plano sobre el cual no se puede hacer mucho más que esperar a que maduren y monitorearlos de cerca hasta tanto eso ocurra, otros, también en lo psicológico, lo plantean en términos de perfiles de personalidad:

"Bueno, yo creo que el perfil de las embarazadas mamá, fundamentalmente es, son niñas que tienen por diversas razones, que no le permite, tener una postura firme, frente a las presiones que existen en la sociedad, agregado a esa, la falta de comunicación y diálogo, que seguramente tienen estos chicos, con la familia, estas dos cosas, no creo que tengan que ver, con el estrato social en que viven" (CHA-50)

A continuación ya comienzan con claridad las atribuciones de causalidad diferenciadas por estrato social.

"Depende de los distintos lugares, de los distintos microambientes que rodean al adolescente, de los distintos estratos sociales al que pertenece. Tenemos el embarazo adolescente forzado por una violación en los barrios marginales, tenemos en los mejores estratos sociales de la provincia, como búsqueda de huida del seno familiar, de comunicación entre los miembros de la familia, fundamentalmente los padres. En ese marco y gama, muchos más" (TUC-27)

Obsérvese que una misma persona puede explicar el fenómeno utilizando varios criterios. El mismo que líneas arriba lo desligaba del estrato social, ahora lo remite a ese plano.

"Bueno que fundamentalmente, el primer punto es, este, y vuelvo a insistir, pero creo que vale la insistencia, es la, la soledad que tienen los chicos en este momento, en lo que respecta a la contención familiar, si a eso se agrega, las presiones que tienen con sus pares, y los mayores riesgos que tienen en este momento las niñas porque la vida social de ellas ha cambiado, en el caso de las que tienen más recursos, y en el caso del adolescente pobre, me parece que es casi una cultura inevitable, que el adolescente se convierta en madre, la falta de educación, la lleva a la pérdida de la escolaridad y vuelta al ciclo, y vuelta a la maternidad, yo lo pondría como valores, como falta de valores a estos dos aspectos, que contribuyen a que las niñas se embaracen" (CHA-50)

De los factores cognitivos se va pasando a los factores morales y de allí a la intervención de la cultura tanto como favorecedora de la maternidad / paternidad en algunos sectores como obstaculizadora de la prevención en todos los grupos.

"Yo pienso que también hay una cuestión cultural, no tenemos la costumbre de la prevención [...] el no transferir la importancia de la prevención, el no transferir, es como si se formara un divorcio, entre lo que se sabe que hay que hacer y lo que se hace en realidad [...] Una cuestión de tipo cultural, no es cierto, donde los mitos, las costumbres, intervienen mucho digamos, porque, lo que te quiero decir es como es, que impiden a veces, hablar sobre el tema" (CHA-53)

"Salta es muy tradicionalista y es no va con los tiempos que corren" (SAL-58)

"Tiene que ver con lo que estábamos hablando, que no es solo la falta de información de cómo cuidarse, sino muchas veces mandatos que tienen que ver con lo cultural, con lo social con los cuales debemos trabajar para que las mujeres y las personas en general puedan tomar decisiones con mayor libertad" (SAL-57)

"Yo creo que contribuye la sociedad en su conjunto, porque la sociedad nuestra es muy perversa y es esquizofrénica porque el mensaje es la iniciación temprana porque vas a tocar el cielo con las manos, como si no fuese un aprendizaje, una construcción, porque la cuestión de la sexualidad, de llevarse bien en el sexo, la cuestión de todo eso se aprende como se aprende a leer, a escribir y es una construcción de a dos indudablemente, necesitás de las dos partes y esto viste no se habla, no se dice, no y creen" (ROS-31)

"Habría que ver y analizar desde lo biológico, lo psicológico, etc..esas consecuencias y como se van a desarrollar. Yo creo que tienen que ver con la personalidad de cada uno y la cultura, la familia, la contención, los preceptos religiosos que manejan y demás que van a hacer que esa situación puede ser positiva en su vida o no" (MIS-37)

Las representaciones de género y las relaciones de poder entre los sexos juegan un papel central. Mientras que algunos funcionarios lo hacen extensivo a toda la sociedad

"Pasa por la valoración y los permisos que nosotros debemos conseguir para desempeñarnos en los ámbitos públicos, que esto signifique para la mujer una participación valorada socialmente" (SAL-57)

"Bueno, una es la desinformación. Esto me parece que es una causa importantísima. Y la otra es lo cultural. Yo pienso que esto lo seguimos teniendo, el problema, digamos cultural de la mujer y más que nada del adolescente. Porque yo, te vuelvo a repetir, yo creo que hay ciertos poderes acá, y ciertas jerarquías de desventajas y de vulnerabilidad" (BUE-05)

otros lo restringen a los grupos subalternos planteando que la vulnerabilidad diferencial de la mujer es mayor allí.

"Falta de información es lo menos, lo más importante es la imposibilidad de negociar preservativos, problemas para acceder gratuitamente, mandatos culturales" (CHA-54)

"Las diferencias sociales son disímiles, porque tenés de todo, tenés el que lo busca también al chico para una reafirmación, para tener algo de ella, para tener algo propio eso también está y eso es atravesado culturalmente porque yo no creo que actualmente en nuestra cultura no haya quien no quiera ser mamá pese a que vos digas que debiese ser una elección" (ROS-31)

"Pautas culturales, se toma como un hecho natural que una nena pueda ser mamá a edad temprana porque colabora con las cosas del hogar y no es prioridad la educación para la mujer como la es para el varón. Apenas tienen una dificultad en la escuela se produce la deserción" (SAL-64)

"En los sectores pobres está vinculada con el no acceso a educación y la discriminación de la mujer" (ROS-28)

Las niñas madres

Todos los entrevistados coinciden al señalar que las chicas menores de 15 años no realizan un aporte importante al conjunto de embarazos en menores de 19 años. No obstante ello, este tipo de embarazo es el que genera mayor preocupación, independientemente del sector social del que provenga la joven, dado que es muy frecuente que sea producto de una violación y bajo ninguna circunstancia la chica está en condiciones de asumir el rol materno.

"Hay que hacer las diferencias de edad, porque indudablemente el embarazo entre los 10 y 14 años habría que ver que pasa con la violencia, la coerción, el abuso" (ROS-31)

"Tratan de callarlo ... se trata de ocultar ... son de los tíos, de los hermanos, o de los padrastros" (MIS-44)

Si bien se plantea que ocurre en todos los estratos, todas las explicaciones que recibimos se referían a niñas de sectores pobres. En estos grupos se lo asocia con varios factores, en algunos casos pautas culturales, otras fruto de condiciones de vida como el hacinamiento, el co-lecho, el consumo de alcohol, etc.

"La violencia familiar que se da muchas veces por el alcoholismo de los padres" (SAL-64)

"Quizás tengamos que hacer una investigación de que todas estas embarazadas adolescentes muy menores, digamos un rango de 12,13,14 años, comenzar a hacer un análisis, que hay muchas chicas, especialmente del interior, que ese primer embarazo se debe o no a un abuso sexual, esta es una situación muy, muy, muy frecuente en el interior de la provincia. Se da donde hay parejas inestables, por parte de las madres y estos niños, adolescentes van creciendo en este medio, donde también, como hablábamos recién, el gran problema del alcohol, la violencia esta inmersa en esos hogares y los chicos son los que sufren de este abuso sexual o violación" (CAT-09)

A diferencia de lo que ocurre en las mayores de 15 años para las cuales la tasa de fecundidad está relativamente estabilizada, perciben que en este grupo va en aumento.

Suele existir una diferencia significativa de edad entre las chicas y las personas que las embarazaron, y en la mayoría de los casos, cuando se trata de violación, existe una relación de parentesco entre la 'niña' y su victimario:

"Habíamos hablado de que con el hacinamiento, en condiciones ... de bajos recursos socioeconómicos, se dan altos índices de abuso, de relaciones, de incesto, y eso a lo que íbamos que comentábamos hace un ratito que cuando nosotros decimos, y hablamos de niñas que vienen embarazadas de 13 15 años, y vos le preguntas de su pareja que edad tienen, y bueno, son personas de treinta y pico de años. En un alto porcentaje son productos precisamente de eso de violación, de abuso, de violación" (CHA-43)

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

"La consecuencia más triste es que las carencias que sufre la embarazada, el bebe y también el futuro que le espera ... el futuro que le espera tanto a la mamá como al bebe por que generalmente no cambia esa situación y son muy pocas, no se si hay alguna estadística más sería por ahí de la

que uno puede ver normalmente, pero si una niña de 12 años tuvo un bebe es probable que a los 14 tenga dos" (MIS-44)

"Por ahí en el espectro social de bajos recursos por ahí lo toman desde el punto de vista de algo más común por que estamos hablando que se da de manera frecuente y se repite a nivel familiar: 10, 12 años y esta embarazada, y a veces estamos hablando de chicas de 17 años y van por el segundo, tercer hijo" (MIS-43)

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

"Si son muy pequeños, si son muy jóvenes las madres tienen [...] hay como una inmadurez de toda la personalidad de la niña que no sabe como criar a su hijo" (CHA-47)

"Es como una niña teniendo otra niña, como las que recibimos en el grupo MA.N.E. Una persona que todavía no se ha desarrollado plenamente en toda su potencialidad a lo mejor físicamente pudiera ya estar en condiciones pero psicológicamente y socialmente no lo está" (MIS-45)

"Yo creo que las consecuencias centrales que trae es cuál es la capacidad de esa criatura de hacerse cargo de otra criatura, entonces las consecuencias pasan por el chiquito que va a estar más abandonado" (ROS-31)

"Tenemos niñas de 12, 13 años, cuando recién están conociéndose ellas, recién están conociendo su cuerpo, con la situación de que ya están en una situación de embarazo. Entonces me parece que es grave por lo que implica toda la situación, de que no saben qué es lo que quieren y ya tienen que asumir una responsabilidad. El hecho de que es una [criatura], la criatura que viene sobre el contexto en el que viene, como lo toma en un futuro. El hecho de como se le refiere a la criatura la crianza, sabemos que la primera etapa de un niño, lo que sería la primera infancia, es importantísimo, en donde se desarrolla la personalidad del niño y todo eso ... me parece que una niña de 13 años no está en condiciones de poder dar aportes significativos ... para el crecimiento pleno del chico" (CAT-07)

"Creo que trae consecuencias negativas para la mamá y para el bebé, porque muchas adolescentes son adolescentes muy jovencitas que no terminaron de crecer ellas y con menos razón, después por ahí la falta de vínculo, el desapego, el abandono" (ROS-30)

Se plantea que este patrón de embarazos a corta edad y la repitencia, va pasando de generación en generación y es muy frecuente en el interior de las provincias.

"No es lo mismo la educación de los chicos de la Capital a los de la Puna y eso influye mucho en la adolescencia. Por ejemplo en Seclantás las mujeres pasan de ser niñas a ser madres sin vivir la adolescencia porque sus propias madres tienen entre 8 y 12 niños" (SAL-64)

Las mamás jóvenes de sectores populares

La situación de las jóvenes de sectores populares es muy distinta a la de sus pares de estratos medios y elevados. En primer lugar su experiencia vital tiene lugar en un contexto de exclusión y marginalidad en el que la maternidad adquiere otros sentidos.

"Yo creo que los elementos que inciden estarían en la baja información, en la crisis económica, la falta de recursos económicos que en las que viven estas niñas madres, en el analfabetismo. Muchas niñas madres que no han completado el primario, que tienen que salir muchas veces a trabajar como trabajadoras sexuales, por que económicamente inclusive tienen que mantener a toda su familia, que son producto a veces de violencia, violencia familiar ... por ahí cierran todos los factores socio, económicos, culturales ambientales en los que se mueven" (MIS-43)

Las condiciones socioeconómicas y la exclusión del mercado laboral como un horizonte de progreso también estarían incidiendo.

"También el no acceso al mundo del trabajo y a la posibilidad de construcción de un proyecto personal" (ROS-28)

A diferencia de los estratos medios, aquí suele haber mayor diferencia de edad entre los miembros de la pareja.

"Para nuestra cultura, acá en Misiones se da un muy alto porcentaje ... de ese sesgo importante de una niña de 15 años con una pareja de más de 10 años, pero eso también se da en un nivel socioeconómico bajo" (MIS-43)

Para estos grupos parecería inevitable el embarazo 'temprano'.

"Me parece que es casi una cultura inevitable, que el adolescente se convierta en madre" (CHA-50)

Aquí no preocupa tanto el hecho del embarazo en sí mismo sino en las condiciones en que crecerá el niño y los riesgos para su desarrollo.

"La niña o adolescente embarazada no es un problema pero es una preocupación muy grande. Es una preocupación muy grande por que generalmente terminan viviendo en una casita de 4 por 4, ella, su embarazo, los 6 o 7 hermanos, la mamá, el papá o el padrastro de turno ... Es muy difícil que en alguna familia organizada la chica quede embarazada y siga viviendo dentro del grupo familiar. Generalmente le hacen una piecita al lado o de la casa materna o de la casa paterna y viven su matrimonio, y en este caso hay muchos en el interior de pueblitos chicos, por ejemplo en 2 Arroyos, en Arroyo del Medio nosotros hemos visto niñas embarazadas que tienen sus casas al lado de la casa que le hicieron sus propios padres" (MIS-44)

"Vemos que muchas de las mujeres adolescentes han tenido niños de bajo peso o prematuros, siendo estas las primeras causas de mortalidad perinatal de la provincia; detrás de ello vemos como telón de fondo al embarazo no deseado, que no son planificados. La morbilidad es alta en los niños menores de cinco años y sobre todo lo vemos en el tema de la broncoaspiración, la asfixia por sofocación porque a veces por la misma situación de la casa, en donde viven hacinados, puede provocar la muerte por sofocación" (SAL-64)

Se plantea que es muy probable que estas jóvenes vuelvan a embarazarse poco tiempo después.

"Partir de considerar que se trata de un ser humano que está completando su desarrollo, sus conocimientos y sin trabajo generalmente, con mucha posibilidad de que no sea único ese embarazo, sino que una adolescente tenga muchos embarazos durante su adolescencia. Estos casos debe considerarse que se dan en zonas marginales, en población que está excluida en servicios y de educación y recursos. Entonces el riesgo potencial es enorme" (TUC-27)

En términos generales predominan tres posturas en relación con la perspectiva acerca del embarazo de jóvenes de sectores de escasos recursos: (a) aquella que enfatiza los factores de riesgo; (b) la idea de una cultura de la pobreza, y (c) la estrategia de supervivencia.

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

"Yo creo que el hacinamiento es un factor clave" (CAT-08)

"De hacinamiento, de vivir quizás en una misma habitación de pronto, padres, hijos... No hay intimidad de los padres en sus relaciones sexuales, no hay intimidad de los hijos adolescentes, no hay posibilidad ni de ver televisión, aunque sea. Todo eso también fomenta la cosa de la intimidad, todas esas cosas..." (BUE-02)

"Hay varias razones en quienes viven en zonas de marginalidad o de exclusión, en zonas sub-urbanas, o con familias múltiples, con parejas parentales diversas por parte de, de su madre, muchas veces es por ignorancia, ignorancia ¿en qué sentido?, sufren este tipo de violaciones, este tipo de abusos, por parte de otras personas adultas que conviven y que comparten en más de una oportunidad ese lecho, de manera transitoria o permanente, o sea me refiero a una sola habitación para 12, 14 personas" (CAT-13)

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

"Tiene mucho que ver con todas éstas necesidades básicas insatisfechas, y tiene que ver con que a veces el embarazo en algunas nenas es como un modo, por primera vez, [de] tener algo que les pertenece, y a otras por desinformación, por las adicciones que se ponen en el medio, y que motivan la falta de cuidado, con respecto a la salud sexual" (CHA-49)

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

"Esto lo que hace es entrar en un círculo de pobreza, porque va a repetir la problemática que han repetido sus padres y los hijos de este adolescente van a hacer lo mismo más adelante [...] "Estamos viendo mucho, muchísimo en los barrios y obvio que eso acarrea un montón de otros problemas como es la desocupación, como mantener a los chicos, y un montón de generadores de problemas [...] Y la pobreza y las situaciones culturales que ya trae de familia arrastrando de generación en generación, el sistema de pobreza, de valores culturales" (MIS-36)

"En el caso en que la joven deba terminar o coartar sus estudios para continuar con la crianza del niño esto interrumpe obviamente no solamente el proyecto de terminar con un estudio o concretar una carrera, sino también lo que tiene que ver después con la inserción laboral, ya que, la joven madre, que no ha terminado una capacitación no puede obtener un trabajo digno, por lo tanto la remuneración que obtiene es escasa y por lo tanto, completa de esta manera un círculo de pobreza y miseria que trae consecuencias para el nuevo ser que ha sido gestado en un momento inoportuno" (CAT-15)

La tercer lectura incorpora la idea de que el embarazo también forma parte de las estrategias de supervivencia y concede un cierto nivel de agenciamiento a los actores, es decir, no son simples observadores de una realidad abrumadora que los sobredetermina.

"Trasladan la cultura de su lugar de origen obviamente, porque la mayor parte de sus mamás, de sus abuelas, de sus hermanas han tenido los hijos a los 15 y eso se repite. Y además pensar que vienen las familias cosechadoras, entonces se necesitaba una familia grande para las cosechas y eso también contribuye" (ROS-31)

"Tienen que ver los condicionantes sociales, la historia familiar, los déficit educativos, en forma muy importante la posibilidad planteada por muchas de estas madres a nivel de los servicios de salud que es el mecanismo para conseguir un sostén del grupo familiar a través de un hombre muchas veces par, entre comillas adolescentes, o mucho mayor que tiene algún trabajo que puede sacarle de una familia y ser centro de la familia esta madre adolescente" (CHA-52)

"Algunos lo viven casi en forma natural: eso pasó con su hermana mayor, con su mamá, con su abuela, y ya prácticamente es [la entrevistada sonríe y gesticula dando a entender que la imposibilidad de hacer algo] es otro recurso más humano digamos para el grupo familiar que pueda salir a trabajar y hacer changas como para sostener la familia" (MIS-45)

"Hay que analizarlo también antropológicamente, en los lugares que se mueren mucho los chicos, es de supervivencia tener muchos chicos. Entonces, esto por un lado. Esto, quien sabe, no se dice pero también hay que pensarlo" (BUE-05)

Otra diferencia notable con respecto al grupo de adolescentes de sectores medios, es que, mientras para ellas el embarazo se describe como un episodio que interrumpe su proyecto de vida, en el caso de las jóvenes de sectores marginales el embarazo, por el contrario, se describe como 'el proyecto de vida', es decir, el género aparece fuertemente ligado al rol de reproductora y cuidadora. La mujer se constituye como tal a partir de que demuestra su fecundidad y su capacidad de cuidar a la prole.

"Era una forma de sentirse protagonista del algo, al fin podía sentirse protagonista de algo o que la maternidad le daba sentido que servía como mujer, como persona, como mujer, el hecho de poder embarazarse le daba sensación de pertenencia de algo o de protagonismo de algo. Hasta ese punto se lo veía de forma casi natural" (MIS-45)

"Es una cuestión además con un centro fuertemente cultural. En poblaciones marginadas, muchas veces "el" proyecto es tener hijos, ni estudiar y ni siquiera, a veces, formar una familia. Sabemos que una manera de formar una familia es tener hijos y que si no hay hijos, los hombres no se quedan en la familia" (BUE-03)

"El embarazo muchas veces es una búsqueda de afirmación personal" (SAL-57)

"Algunos opinan que es un proyecto de vida, una forma de salida del hogar y entrada a la adultez. Otros ven sólo el lado negativo" (BUE-04)

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

"En el nivel medio para abajo es como se naturaliza el tema. Es como decir bueno, creció la planta, brotó la planta, la reguemos, sabemos que el ciclo sigue, o sea es como una cosa que no se mide desde la situación como de crisis como de adelantamiento, como de preocupación, de que es lo que está pasando. A veces es hijo del mismo padre, de un concubino de la madre, pero se naturaliza." (CAT-13)

“Creo que depende del lugar socio-cultural donde se encuentra el adolescente en las clases medias y altas si hay más desapruebo, en las otras no porque además es una cuestión cultural e histórica, la mamá del adolescente se embarazó seguramente de adolescente y la mamá de la mamá también y además es como que es una cuestión más aceptada” (ROS-30)

De ahí que se sostenga que el aborto es menos frecuente –esto no quita que las condiciones en las que lo practican estos sectores de lugar a mayores riesgos para la salud de las adolescentes.

“En general ... la mayoría de los embarazos adolescentes que llegan a términos son analfabetas, analfabetas funcionales inclusive y de un estrato social bajo” (CHA-48)

Algunos entrevistados discrepan con dos cuestiones relacionadas que ya hemos mencionado y a las que nos volveremos a referir en el siguiente apartado. El primero es que la mayoría de los funcionarios afirma que las jóvenes no están preparadas para asumir los roles maternos.

“También influye la cuestión de que han criado a 10 hermanitos y están podridos de criar a lo que no es de ellos y además por sobre todas las cosas obviamente no tienen un proyecto de vida al margen” (ROS-31)

“A pesar de ser adolescentes tienen responsabilidades de adultos” (SAL-63)

El segundo, derivado del primero, es que plantean como problema que las abuelas, en el caso de que efectivamente las chicas no estén preparadas, se vean obligadas a asumir el rol materno y con ello que se confundan los roles. Sin entrar en detalles podemos atrever un dejo de etnocentrismo en ambas cuestiones.

“Muchas veces depende de cuáles sean las condiciones sociales de esa adolescente ... la heterogeneidad de culturas en relación con esto es tan grande que una generalización sería irresponsable. Hablando desde el sentido común en los sectores más vinculados a aquel al que pertenezco suele ... provocar esto una actitud de repudio y de espanto. En otros sectores es una actitud de bienvenida. De hecho el embarazo suele serlo en cualquier circunstancia y más aún en circunstancias vinculadas a los jóvenes porque muchos de los grupos de distintos grupos culturales que podemos individualizar en los barrios, tienen una tradición matriarcal donde son las abuelas quienes se hacen cargo de esos niños y lo hacen muy bien, cosa que puede también, es una tradición, que es ajena a los sectores medios y los sectores más europeos del que provengo” (ROS-28)

Las adolescentes embarazadas de sectores medios

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

En primer lugar la joven es descrita como inmadura aún para asumir responsabilidades maternas. Su energía debe dedicarse al estudio y la preparación para triunfar en el mundo de los adultos.

“El problema que le constituye a la chica llevar adelante sus proyectos, para educarse, para trabajar, es una edad donde estaba preparada para hacer una determinada cosa, y de pronto tiene que asumir un rol de responsabilidades totalmente distinto, constituye un problema que lo puede superar” (CHA-53)

“Porque el adolescente o la adolescente, en este caso, quema etapas, hay etapas de desarrollo donde se está preparado para una cosa, para una determinada función en la vida” (ROS-29)

“Es un problema por las complicaciones que puede traer por la falta de control, por, a veces, la falta de acompañamiento de los padres, y por que el adolescente en sí quema las etapas que tiene que ir viviendo y madurando, física e intelectualmente” (CAT-14)

“Les genera por ahí el rechazo de su propia familia. No terminan ellas de completar su identidad y su personalidad y ya tiene que criar a un bebé que le tienen que formar también su personalidad con lo cual tienen que asumir responsabilidades a las que todavía no están preparadas, las tienen que

asumir y en general las consecuencias suelen ser mucho más pesadas para la mamá que para el varón" (CAT-17)

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

"El tema de niños que no crecen dentro de una familia, o, tomando la familia no como la mamá-papá-hijo, sino la familia tradicional, sino con las personas con quien uno mantiene un vínculo, que por ahí no crecen en una familia, no establecen vínculos firmes con los integrantes del grupo familiar, por que es como que si llegó de sorpresa no hay un lugar donde encajarlo, o sea, no tiene un lugar dentro de lo que es todo el grupo familiar" (CAT-07)

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

"Nos preguntamos por el futuro de estos niños, por el futuro de estas chicas que tienen que dedicar su vida, si es que lo hacen, tampoco lo sabemos, a la crianza de estos niños. Creo que por eso te hablaba de la configuración nueva de la familia." (BUE-03)

"Sí, primero que corta la adolescencia. Un bebe exige tiempo, responsabilidad, atención. Sí la mamá asume el rol se convierte en una mujer, deja de estudiar" (SAL-62)

"Le genera problema de exclusión más allá de lo que normalmente la mujer excluía por la cuestión de género al tener un hijo entonces se complica mucho más la situación, tiene que abandonar la escuela, no consigue trabajo, porque el mercado laboral no acepta a jóvenes con hijos" (CHA-47)

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

"Físicamente una chica sana puede tener un chico sano, pero, no permite su crecimiento total y por supuesto que rompe su proyecto de vida" (CHA-49)

"El hecho que una persona joven que se podría haber realizado por una carrera o una profesión, o incorporarse a la fuerza del trabajo, no lo puede hacer ya que tiene que ocupar su tiempo en cuidar a los niños." (SAL-64)

"Trae consecuencias, trae consecuencia sobre la persona, sobre, sobre la niña madre que cambia totalmente su proyecto de vida" (CHA-53)

"El problema pasa por todo esto, porque las posibilidades de realizarse, las posibilidades de seguir sus estudios, las posibilidades de capacitarse para luchar en la vida son más difíciles cuando tenés un hijo de por medio, además cuando tenés una criatura que criar a otra criatura. No le conviene a la mamá, no le conviene al bebé, no le conviene a la sociedad en su conjunto" (ROS-31)

La reacción de los padres al enterarse de que su hija está embarazada es compleja: a la crisis inicial seguiría el sentimiento de vergüenza, culpa, rechazo, con un triple desenlace. En primer lugar obligar a la joven a abortar, en segundo término forzar un casamiento, o por último asumir ellos el cuidado del niño.

"La familia comienza a disgregarse, el papá y la mamá comienzan a discutir, a echarse la culpa; la chica deja de estudiar, sobre todo en el medio no público. Muchas veces la chica va con su hijo a la escuela. ¿Quién mantiene a ese bebe? La adolescente se ve obligada a trabajar para mantener a su hijo" (SAL-62)

"[La actitud de los adultos frente al embarazo] la mayor parte es la negación, el aislamiento ... Por ahí hay aceptaciones [pero] después hay pases de factura por parte de los adultos" (CHA-47)

"Los casos que conocí, los padres son un problema hasta que aceptan. No creo que sea fácil para los padres, sobre todo si están pasando por un momento difícil. Enterarse que su hija está embarazada es difícil" (SAL-58)

Muchos lo viven como una tragedia que no sólo afecta la dinámica del grupo familiar sino que puede conducir a su desintegración.

"La crisis, crisis familiares, crisis de los propios padres adolescentes, en la mayoría de los casos los dos son adolescentes, la madre y el padre de ese bebé en camino, y una crisis de todos los que los rodean familiares, amigos" (MIS-37)

"Desde el punto de vista familiar porque generalmente suele traer conflictos con los progenitores de la menor embarazada" (ROS-29)

Se dice que los varones que embarazan a estas chicas suelen ser pares sin demasiada diferencia de edad.

"Si estamos hablando de un espectro socioeconómico un poquito más alto nosotros encontramos que el nivel embarazo adolescente se da en parejitas en que las adolescentes están entre 15, 16 años y el varón también más o menos en ese espectro 17, 18 años" (MIS-43)

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

"Las repercusiones que hay son importantes, tanto familiares como en su colegio, porque estamos hablando de adolescentes ... Esto existe. Y después lo llevas como culpa... además la mujer, ... como culpa por mucho tiempo o por toda la vida" (BUE-05)

El abandono del colegio no sólo es producido por la necesidad de criar al chico sino por episodios de discriminación, especialmente en colegios privados y religiosos.

"Sabemos de los problemas de discriminación en las escuelas con estas adolescentes. Hubo casos bastante resonados de chicas que fueron echadas de escuelas, sobre todo de escuelas privadas, no tanto en las del Estado. Pero en una escuela... la escuela, no sabemos si está preparada para recibir a adolescentes embarazadas" (BUE-03)

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

"La cultura ha cambiado en ese sentido. Estaba muy mal visto el embarazo años atrás respecto a los adolescentes y a las embarazadas solteras en general. Hoy por hoy no, se toma con mucho más naturalidad" (ROS-29)

Ante este escenario se presenta como alternativa el aborto, en algunos casos buscado por la joven y otras forzado por sus padres.

"En los estratos un poco más alto hay como una doble visión, en algunos casos, alguna familia hacen, plantea, el problema de aborto porque es una posibilidad económica, y en otros sí hay contención familiar" (CHA-47)

"Depende de las clases sociales, eso es totalmente así, porque acá se hacen abortos seguros que no los resuelve el adolescente" (ROS-31)

"El otro extremo [es que] ni siquiera viene al médico, a nosotros, va directamente a algún lugar donde le puedan interrumpir el embarazo. Es un muy buen signo que se acerquen porque una vez que se acercaron ya la cosa es fácil, el tema es conseguir que vengan" (MIS-41)

El testimonio previo también revela el registro que tienen algunos funcionarios sobre las dificultades de acceso al sistema.

La segunda alternativa es el casamiento. También en algunos casos es planificado por los jóvenes pero con frecuencia es forzado por sus padres.

"En nuestra sociedad los padres los hacen casar cuando aún no están preparados para tener pareja o llevar adelante una familia. También trae consecuencias para el bebe que nace, puede ser abandonado, no deseado, pasa a ser criado por sus abuelos, no están bien definidos los roles. Y en cuanto a la relación de la adolescente con sus pares sus compañeras la hacen a un lado y los chicos la buscan únicamente para tener relaciones sexuales ya que ella al haber tenido un hijo seguramente es una chica fácil" (SAL-65)

"En el tema del adolescente que tiene otras oportunidades de estudio de preparación, de que maneja a veces algo de dinero para salir, divertirse, recrearse, la actitud de los padres suele ser de "qué van

a pensar", "qué van a decir", y hay dos actitudes, se induce al aborto, se lo interrumpe al embarazo, o se induce al casamiento con las consecuencias de que a los 3, 4 meses están separados por que son dos vidas que necesitan crecer y madurar" (CAT-13)

Algunos entrevistados afirman que el mandato del casamiento no tiene tanto peso actualmente a partir de la mayor aceptación de la figura de 'madre soltera'.

"Generalmente el embarazo adolescente es de la mamá, el papá casi no está, y si está es a medias porque son dos chicos generalmente ... No se ve lo que se veía antes de que hiciste tal cosa casate porque es así la historia, no, ahora ya no, entonces el papá ausente y la mamá jovencita, termina, deja la escuela, no trabaja ni estudia, se le cortan todas las posibilidades, su futuro es absolutamente incierto, no puede trabajar en nada importante" (MIS-41)

La tercera posibilidad es que los abuelos, tras la crisis, terminen asumiendo el rol de padres, particularmente la abuela, a quien por ser mujer, le está reservado culturalmente ese lugar.

"Y los padres generalmente al principio rechazan. Es todo un escandaleta, pero después la madre, casi siempre la madre es la que se encarga de apaciguar un poco el ambiente y asumir la responsabilidad de ese bebe" (MIS-41)

"Lo normal es que asume el rol, asumen el rol los abuelos, asumen el rol de padres, y crían a su nieto. Antes se echaba a la chica de la casa, ahora no se la hecha a la chica de la casa, se la deja en la casa y se asume el rol, los abuelos asumen el rol de padres, le dan protección, contención, cariño y sostén económico. Esta actitud suele ser generalmente con las mujeres, y en menor grado con los varones, hay excepciones también. Es como que el varón puede zafar de la situación, no haciéndose cargo y la familia, los adultos aceptan esta situación, la avalan totalmente, porque total es varón" (CHA-53)

El testimonio previo introduce la cuestión de las diferencias de género en contra de la mujer.

"Ante el embarazo adolescente, se reitera el mandato de que "bueno, mi hija ya hiciste la macana ahora tenés que hacerte cargo", y en el caso del varón, tratar de que zafe, si es posible. La misma madre, a su hija mujer hacete cargo, a su hijo varón borrate" (CHA-54)

En síntesis, si bien los informantes perciben una disminución en el nivel de estigma atribuido al embarazo adolescente y a la maternidad de adolescentes, aún se considera indeseable en los sectores medios.

"El embarazo en la adolescencia trae consecuencias, y consecuencias graves, un a la primera consecuencia es lo que respecta a la mamá, que es una adolescente que cuyo proyecto de vida, sin ninguna duda salen truncados, es una adolescente que seguramente si se ocupa de ese niño, tendrá querer abandonar la escuela, y tendrá seguramente que someterse a otros tipos de presiones, para poder acompañar la crianza de su hijo, y si no se ocupa del hijo, igualmente es una adolescente que, ha tenido un hijo, es inevitable, y empiezan entonces los cargos de culpa en las niñas que abandonan sus hijos, en lo que respecta a los chicos, son el niño de madre adolescente, sin ninguna duda, tiene mayores dificultades en la crianza, que un niño que tiene una familia normal, es probable que esa mamá adolescente sea abandonada también por su familia, que el papá no esté, está ausente, o sea muy inestable su presencia, o sea que la crianza de ese hijo, va a ser absolutamente diferente y con mayores riesgos que un niño que nace en un seno familiar normal." (CHA-50)

La maternidad / paternidad de los jóvenes y las ausencias

Como se discutió previamente, los entrevistados discrepan sobre la capacidad de los jóvenes de hacerse cargo de los niños y asumir los roles maternos / paternos. Poniendo entre paréntesis la variable 'madurez', en términos generales hay un acuerdo en que, salvo excepciones, las jóvenes, tarde o temprano, asumen el rol, en tanto que los varones es frecuente que no lo hagan.

"El adolescente sigue haciendo su vida mientras los abuelos asumen el rol de padres" (BUE-04)

"Yo fui directora de escuela hasta el año 2000. 14 años fui directora del [...] y todos los años teníamos chicas que informaban que tenían un embarazo. Tan es así que justo en el año 2000, mi último año como docente en la escuela, teníamos tres bebés en 5° año con mamás que asumían absolutamente su responsabilidad, y cuando la abuela que normalmente se hacía cargo de ese bebé no podía, lo cuidaban en la escuela entre todos, y era parte de nosotros" (MIS-37)

"Si, si, me encanta. Me encanta que asuman la responsabilidad y que digan bueno es mío y ni lo doy, ni lo regalo, ni lo vendo, ni lo dejo, ni interrumpo el embarazo" (MIS-41)

"Esa niña de 14 años estaba al lado de su mamá, como lo que comúnmente decimos nosotros "que era una adolescente que cuidaba a su hermanito", pero ella estaba de cuando estuvieron los medios (le hicieron una entrevista) y ella habló del grupo familiar, por que vivía con su mamá, hablo del grupo familiar completo y de sus hijos como hijos de ella diríamos, por que el marido vivía con ella, el muchachito tenía 18 años" (MIS-44)

"A veces estamos hablando de jóvenes de 15, 17, 19 años en los cuales no tienen como una decisión definida de lo que quieren hacer con su pareja, fijate que si no pueden definir el perfil como pareja es imposible que puedan definir el futuro de ese niño que viene al mundo. Generalmente se siguen quedando en la casa materna" (MIS-43)

Algunos informantes sostienen que por más que se hagan cargo del niño es frecuente que al tiempo aparezcan problemas.

"Después ese problema se vuelve todo ternura por que generalmente todos los problemas parecen disolverse cuando la criatura aparece y ven ese bebé nuevo en la familia, pero, pero es ternura y, y sigue siendo un problema por que a ese bebé hay que criarlo, hay que mantenerlo, hay que cuidarlo, hay que tratar de que esa niña no se vuelva a embarazar, que muchas veces sucede también" (CAT-17)

Las representaciones de género asignan a la mujer el lugar de reproductora y cuidadora de los hijos, en tanto que legitiman que el varón se libere de tal responsabilidad.

"Siempre es una mujer, siempre es una mujer ... Yo tengo como registrado en el Hogar de varones cuando nosotros trabajábamos con los niños que estaban en situación de abandono, de ochenta casos hemos tenido solamente 2 casos de donde ... la mamá y el papá han decidido que los niños se quedaran con el papá, por que el papá insistía, insistía, insistía, insistía, pensaba que el le iba a dar una mejor, mayor seguridad a su hijo, entonces la mamá acepto, pero los 78 restantes los papás ausentes, ausentes total" (MIS-44)

"Es como que el varón puede zafar de la situación, no haciéndose cargo, y la familia, los adultos, aceptan esta situación, la avalan totalmente, porque total es varón." (CHA-53)

"En el caso de los varones, los padres los felicitan porque son machos. En el de las chicas es distinto, a veces las hacen abortar, eso genera muchas cargas psicológicas para las adolescentes" (SAL-65)

Si bien ha disminuido en algunos sectores la estigmatización de la mujer, la culpabilización diferencial por género sigue existiendo.

"Hay diferencia si, evidentemente, cuando se trata de la maternidad, el rechazo es mayor [hacia la mujer] aunque también en los jóvenes, en los adolescentes puede haber rechazo en la familia, pero generalmente se hace cargo, y la sociedad la señala como la que debe hacerse cargo, es la madre, y a veces se deja, se ve con menos culpa al padre, aunque no sea un adolescente" (CHA-55)

El gran ausente en estas trayectorias, al menos según las relatan la mayoría de los funcionarios es el varón. Si bien enfatizan la importancia de este miembro de la pareja afirman que el peso de la paternidad lo carga la mujer.

"Es un problema de alguna manera para la familia, para la mamá" (SAL-62)

"Un tema prevalente es el embarazo en la adolescencia entendiendo esto no como un problema que afecta a la mujer adolescente, sino también al varón adolescente" (CAT-15)

"En general las consecuencias suelen ser mucho más pesadas para la mamá que para el varón" (CAT-17)

"Los niños no están criados, en la mayoría de los casos, con la figura paterna por razones obvias o de separación o lo que fuere, en la mayoría de los casos falta la figura paterna, que es importantísima" (ROS-30)

"Cómo puede ser que siempre es la mamá la que deja de estudiar, es la mamá la que corre con los gastos, es la mamá la que carga ... y el papá, es un papá adolescente que sigue estudiando, que no es estigmatizado, que ni siquiera tiene la preocupación económica de tener que mantener" (CAT-17)

La modificación de pautas culturales trajo consigo mayor tolerancia hacia la madre joven, pero no se ha modificado sustancialmente la actitud de los varones. Se puede decir que, en términos generales, se da por sentada la ausencia de estos últimos.

"Aunque ya esta más aceptado desde lo cultural, sería el hecho de que se tiene un niño y lo tiene la mamá sola, sin un papá" (SAL-63)

"Para mí es un mal social, ya que la adolescente se embaraza si quererlo. Los padres no lo aceptan, el bebe es repudiado por la madre y por los adultos, encima no tiene padre" (SAL-62)

Las intervenciones institucionales reproducen en parte este diferencial de género en detrimento de la mujer.

"La mayoría lo ve como un problema, lo ve como un problema, como una falta de responsabilidad, lo primero que hacen es buscar un culpable, y hay un tema que también me preocupa mucho que es la falta de inclusión, o de inclusión perdón, del varón como padre adolescente, siempre se habla de la chica embarazada y del varón como el eje del mal, desde los ojos de los padres, y desde los ojos de la escuela, y no se le incluye al varón que también es padre adolescente, aunque no pueda llevar adelante ese rol, o ese cargo, o sea creo que es muy terrible el tema de la culpa" (CHA-46)

Lo que queda en claro es que, en tanto a la joven, en especial de sectores populares, se le reconoce la capacidad de asumir el rol, no sucede lo mismo con el varón. Es decir, la chica, sea por experiencia en el cuidado de sus hermanos menores o por aprendizaje durante los primeros años de la adolescencia, tarde o temprano asumirá el rol materno, en tanto que los varones, por falta de ese ejercicio y, entre otros motivos debido a que las representaciones sociales de género le quitan esa responsabilidad, no estarían en igualdad de condiciones respecto de su rol.

Evaluación de las políticas públicas en el área

Uno de los módulos de las entrevistas estaba orientado a brindar la oportunidad a los funcionarios de juzgar la política y los esfuerzos que los estados provinciales hacen para abordar el tema del embarazo de adolescentes y la maternidad y paternidad de jóvenes. Si bien el caudal de información por provincia es dispar, se puede decir que en términos generales, salvo algunos programas aislados, hubo consenso en que no existen tales políticas porque el problema no forma parte de la agenda pública.

"Si porque... no está en la agenda... O sea hay un esfuerzo y una actitud muy espasmódica, ... yo fui funcionaria por ahí lo puedo desde un lugar también habiendo sido, al ser Subdirectora y el Director también es partícipe de la política del Estado, no estás ajeno a la política del Estado. Formamos parte de la política del Estado. Cuesta que la adolescencia sea una agenda, forme parte de la agenda" (BUE-01)

"No existe ninguna política que yo conozca al menos con respecto al tema" (SAL-56)

"Respuesta: En algunos hospitales hay servicios de adolescentes y en otros ni siquiera hay un abordaje especial para lo que es adolescentes. En la mayoría no hay. O sea, está dentro de la bolsa de lo que es una mamá embarazada. Y después tenés cosas puntuales pero no algo integral, que puedas decir toda la Provincia o todos los municipios están trabajando en la maternidad adolescente

Pregunta: ¿Qué políticas o acciones adicionales sería necesario implementar?

Respuesta: Yo creo que no adicionales" (BUE-04)

Dada las condiciones socioeconómicas generales del interior del país, existirían otras urgencias que requieren mayor atención. Esto no implica que los jóvenes queden por fuera de estas acciones, sino que la adolescencia como tal no es un criterio de focalización.

"Creo que el embarazo de adolescente, es muy personal la respuesta que te voy a dar, pero para mí no es una prioridad. En lo que respecta a la política de salud de nuestro Ministerio en este momento no es una prioridad [...] Si bien es cierto, no puedo dejar de decirte eso, que la mortalidad infantil esta engrosada por la mortalidad perinatal, de modo tal que si uno lo ve así, y es lo que está pasando ahora, todo depende de un control del embarazo más exhaustivo, que eso si se está haciendo, allí entraría las adolescentes embarazadas, lo que no se está haciendo es poner energía y recursos en la prevención de esas adolescentes que se embarazan, y cuyos niños probablemente puedan engrosar la mortalidad infantil" (CHA-50)

A veces la falta de abordaje del embarazo en jóvenes está vinculada con la cuestión de que en realidad se lo toma dentro de la problemática general materno-infantil, y otras porque se considera que hay otros problemas que atañen a la vida de los jóvenes, principalmente las condiciones de marginalidad en que viven, que son más urgentes.

"En los '90 fue la política de Adicciones, te bombardeaban con la política de adicciones. Es como si la única problemática que tenían los jóvenes era si se fumaban un porro o no. Cuando uno sabía que ... les ocurren otras cosas a los chico" (BUE-01)

Como se señaló al comienzo del informe, las políticas sociales encuentran a los jóvenes en la intersección de otras problemáticas que no les son exclusivas.

"Una política específica para la temática del embarazo adolescente no existe ni en esta provincia ni en este país. Hay un reconocimiento del tema como que significa un problema desde el punto de vista de la atención. Pero no hay ni normativas, ni recursos específicos. Desde ya que se asignan recursos a la atención del embarazo y del parto y de los hijos recién nacidos de las adolescentes porque estamos hablando del 25% de los nacimientos de la provincia. Aún más en Salud Pública esto es mucho más que el 25% que puede llegar al 30% o más de los partos del sector público. No sólo los partos, el control del embarazo, la asignación de medicación, leche, recursos, horas, profesionales y de todo recurso necesario para el control y la atención de esto está como pauta integrante de lo que hace presupuesto Materno Infantil, pero no como un programa específico" (CHA-52)

La energía está puesta más bien en garantizar ciertos derechos universales que incluirían a los jóvenes, antes de pensar exclusivamente en términos de grupos de edad y necesidades específicas:

"Yo creo que hay un compromiso muy importante del gobierno respecto de este tema ... Lo hay, yo creo, ya desde cuando se estableció el Decreto del año 94 en el cual se compromete a nivel institucional [a] apoyar todas las medidas de trabajo en salud sexual y reproductiva que atañen a todos los grupos etarios, de los jóvenes hasta los adultos [...] Lo tenemos [el apoyo político] con la media sanción de nuestra ley provincial de procreación responsable, derechos sexuales y reproductivos que por ahí estaba un poquito guardada. En este momento hemos luchado tanto desde la comisión de salud por la sanción de nuestra ley ... Vamos a ver que pasa más adelante que sería una ley que ampare aún más. Inclusive donde se piensa hacer una consejería sobre salud sexual y reproductiva en donde tengamos un amparo más constitucional. Aunque es un concepto muy mío, yo creo que nosotros necesitamos una ley cuando verdaderamente los otros días discutía que luchamos por nuestra ley, pero por que estamos luchando por una ley por que no se está cumpliendo el respeto por los derechos humanos, por que todo este tema que estamos hablando, abordando, embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva, está contemplado dentro de los derechos humanos y uno dice y bueno, las instituciones, pero necesitamos una ley por que no se cumple por un lado eso y por que las acciones, y el acceso a un sistema de salud todavía esta un poco alejado de la realidad" (MIS-43)

Nuestra afirmación precedente se ve avalada cuando analizamos las legislaciones en materia de salud sexual y reproductiva vigentes en las provincias. Podemos apreciar que en tanto todos los funcionarios celebran la aprobación de la Ley Nacional, expresan serias dificultades para la aprobación de leyes semejantes en el nivel provincial. Podríamos sintetizar diciendo que en este momento la lucha está orientada a generar consensos y viabilidad política para estas leyes más que a discutir normativas específicas para un grupo de edad. Si se aprueban estas legislaciones que salvaguardan los derechos de las mujeres en general, las adolescentes quedarían, por definición, automáticamente cubiertas. Una vez alcanzado este objetivo, se considera habrá tiempo suficiente para discutir legislaciones más particulares.

Las provincias en donde se ha podido avanzar en este proceso son Buenos Aires, Santa Fé y Chaco, en tanto que los funcionarios de Misiones, Tucumán, Catamarca y Salta plantean serias dificultades. En algunas legislaturas se han comenzado a discutir leyes de salud sexual y reproductiva, en otras se encuentran "cajoneadas", y en otras este proceso ni siquiera se ha iniciado.

Por ejemplo, en relación con la Provincia de Catamarca:

"Bueno, específicamente en el tema de embarazo o maternidad de la adolescencia, no, pero dentro de lo que es procreación responsable, dentro de la ley y de las ideas que están en la Cámara de diputados y senadores, existen algunos legisladores que han estado trabajando en este tema, siempre involucrando al adolescente en la problemática de salud reproductiva" (CAT-09)

"Había un proyecto de ley, un proyecto de salud reproductiva, que se ha planteado el tema de, todo esto del tabú y el tema de la cuestión religiosa, la cuestión cultural, que hubo mucho impedimento, y mucha..., sabía que tenía sus complicaciones, no sé como estará la situación de ese proyecto de ley que se presentó" (CAT-07)

"No, como decía anteriormente, hubo una discusión a través de un proyecto del Senador de Valle Viejo ... sobre maternidad responsable, pero no tengo el seguimiento de cuales han sido en definitiva los resultados a nivel legislativo ... creo que la ley todavía no se ha legislado, en definitiva, no se ha aprobado. Hubo una discusión en la que participó ampliamente la comunidad, a través de los diferentes estamentos: la Iglesia, Organizaciones de la Sociedad Civil., los mismos cuerpos legislativos y deliberativos pero, yo creo que ... a muchos les cuesta abordar, por que temen precisamente la reacción de determinados sectores" (CAT-11)

"Le mentiría si le digo, sé que está cajoneado, está guardado en Diputados, creo que lo mandaron a archivo, es decir, tendríamos que averiguar bien, yo no, no lo voy a hacer en estos días, pero es lamentable que no se haya tratado el Proyecto, no digo que se haya aprobado, pero por lo menos lo hubiesen tratado" (CAT-06)

"No existe ningún instrumento legal, existe una ley de salud sexual y reproductiva con media sanción que nunca ha sido totalmente sancionada. Lo que tengo conocimiento que existe en este momento son otros proyectos de resoluciones que de alguna manera apoyan a la Ley Nacional y dentro de estas resoluciones está contemplada la problemática del embarazo en la adolescencia" (CAT-15)

Misiones presenta una situación semejante a la de Catamarca:

"Hay proyectos que van a entrar este año si Dios quiere, el proyecto de embarazo adolescente es una ley separada de la ley de salud reproductiva que también ... esperemos que se sancione ahora ... Hace años que está, que se está presentando proyectos, proyectos y más proyectos. Había como 15 proyectos. Todas las bancadas presentaron un proyecto diferente y el año pasado nos reunimos para unificar todo eso. Terminamos el año pasado y cuando estaba por entrar a sesión no sé que pasó, ¡Ah! Creo que el obispo después que hizo unas correcciones se cajoneó, no salió. Él fue el último que leyó el proyecto de ley ... Está muy bueno, está muy bueno porque se enfoca, la ley está muy bien redactada, es amplia. Por supuesto respeta los derechos humanos, los derechos de la pareja y los derechos del niño y deja puertas abiertas para otras cosas. Se maneja en esa ley nada más que los anticonceptivos reversibles, como también en el nivel nacional. Estaba a punto de salir, pero justo se vino toda esta etapa preelectoral y bueno, quedó ahí, para otro momento, así que, una vez que pase todo esto vamos a empezar a mover de nuevo" (MIS-41)

En Salta el escenario es semejante:

"Acá no conozco que exista, si se del anteproyecto, pero a nivel de norma o de ley no encontré nada" (SAL-56)

"No existe. Nosotros tenemos un proyecto de salud sexual que se está tramitando desde hace años en la Legislatura. Este proyecto se llama paternidad responsable y tuvo media sanción en la Cámara de Diputados, fue al Senado tuvo media sanción pero con muchas modificaciones, volvió a Diputados y ahora está para ser tratado ... Hay una ley de protección del niño y la familia, pero a mi modo de ver es muy general y no permite un avance" (SAL-57)

"Creo que se estaba discutiendo, pero no sé si llegó a sancionarse, la ley de salud reproductiva. Así como el año pasado se sancionó a nivel nacional se estaba discutiendo a nivel provincial, pero referido a salud reproductiva en general, no específicamente para adolescentes" (SAL-58)

"No hay ley. Se debería llamar Maternidad Responsable, ya que la iglesia no lo acepta y los gobernantes no se quieren pelear con la iglesia" (SAL-62)

"No. En este momento se están discutiendo dos proyectos. Uno nació de la Cámara de Diputados que creaba un programa provincial de salud sexual reproductiva similar al Nacional; este proyecto fue aprobado y pasó a la Cámara de Senadores donde se le hizo muchas modificaciones que atentaban contra el objetivo del proyecto, entonces volvió a Diputados donde se encuentra ahora. No sabemos qué va a pasar, hay una discusión ríspida porque hay intereses creados, políticos, religiosos, etc." (SAL-64)

El testimonio siguiente pone en evidencia, en primer lugar, la importancia de la Ley Nacional la cual es referida por todos como rectora, pero al mismo tiempo la dificultad para implementarla en el nivel local: inviabilidad política y falta de recursos. Veremos más adelante que las pocas acciones implementadas dependen, en términos generales, de los recursos provistos por el Estado Nacional.

"Sí legalmente está la ley que viene de ejecutivo nacional pero que no sé a que grado de intervención llegó en nuestra provincia. Yo sé que es nacional y distribuyen anticonceptivos, pone recursos para la prevención. Tengo conocimiento de que existe una nueva legislación. Tenemos una ley provincial a media sanción también. Tenemos hermosas leyes, pero la idea es cómo bajarlas, cómo llega a la gente, porque resulta que ese es otro tema, la operacionalización de la ley.

Y eso creo que no es fácil, es todo un tema y ahí volvemos a la falta de recursos de las acciones del Estado" (MIS-36)

Las provincias que cuentan con marcos normativos para salud sexual y reproductiva comienzan a plantearse otros problemas.

"Si creo, o sea todo lo que tenga que ver con la nueva ley, pero / de Salud Reproductiva, pero el problema no es ese, me parece que el problema va en que falta una política pública, que incluya obligatoriamente dentro de los currículos, ya sea de privados, semi privados, como son los religiosos, o públicos, y en otras áreas de gobierno, o que se le dé, por ejemplo, a ésta Institución, incorporándole más personal, o mayor presupuesto, o en educación viendo como formamos a más formadores, a más maestros, a personas que estén en un lugar que tengan que hacer de contenedores, a como de lugar, porque trabajan con esa población, que sea un política que incluyan en manera obligatoria el tratamiento de todos éstos temas, / y de última si creen que no son idóneos los profesionales, que se arme, que se repita como loro un proyecto que esté aprobado, o un material que esté bien aprobado" (CHA-46)

En algunas regiones se han planteado la posibilidad de contar con otros marcos normativos más específicos para adolescentes y jóvenes:

"Lo que pasa que en el estatuto del menor hay algún capítulo relacionado con esto, pero esto es una ley que se están revisando algunos contenidos entonces, pero hay una ley que funciona pero no es una ley específica sino dentro del estatuto del menor y la familia, hay algunos capítulos relacionado con esto" (CHA-47)

"En la ley que te comentaba, hace, minutos, que conocemos popularmente, como la ley de Madre niñas" (CHA-54)

"Específicamente en la adolescencia no. Hay un proyecto de ley que está también tratada en Cámara, que es justamente prevención del embarazo no deseado en la adolescencia. Pero todavía no fue sancionada como ley" (MIS-45)

"No sé. Lo que tenemos en lo que respecta al ámbito escolar en la provincia es una resolución provincial, la N° 1439, no se computa las inasistencias de alumnas embarazadas entre los cinco días antes y quince días (hábiles) posteriores al parto. Existe la política educativa de no discriminarlas y tratar de retener a las madre" (SAL-62)

Obstáculos para el desarrollo de políticas y acciones y lineamientos sugeridos para fortalecer el trabajo con adolescentes

Si bien las guías de entrevista no contaba con un módulo específico para indagar los obstáculos al desarrollo de políticas y acciones vinculadas con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes – excepto un ítem que consultaba si en la región tuvieron oposición a la entrega de anticonceptivos a adolescentes–, a lo largo del corpus de entrevistas los funcionarios fueron volcando una serie de problemas. Desarrollaremos aquí estos obstáculos y las sugerencias de los funcionarios para avanzar en el trabajo. Los mismos pueden clasificarse en: (a) debilidad o inexistencia de políticas específicas para adolescentes; (b) problemas de diseño, financiamiento y sustentabilidad; (c) déficit de formación de recursos humanos; y (d) obstáculos ideológico-políticos.

En primer lugar, como se desarrolló en el apartado anterior, se menciona la ausencia de una política específica, no sólo para el área de adolescencia sino en general de salud sexual y reproductiva. Todos toman como referencia el Programa Nacional pero señalan que, en la mayoría de los casos, no ha sido posible implementarlo en el nivel local.

"Y los equipos se manejan con su criterio personal, porque no hay una definición política al respecto. Yo espero que haya una definición para el lado que sea pronto, porque esto hay que trabajarlo, porque cuántos más embarazos hayan, también va a haber más abortos, quizás más todavía que los embarazos" (BUE-03)

"No hay legislación ni política provincial al respecto" (BUE-04)

"A mí me encanta el trabajo, me encanta, es una cosa que realmente es muy gratificante, pero también es muy frustrante, porque uno hace esto con una pasión excesiva y no encuentra respuesta de los que tienen poder de decisión como para darnos una mano facilitarnos el trabajo. Entonces eso a uno le hace sentir muy mal a veces" (MIS-41)

"Yo creo que a este tema, si bien esta en la agenda pública, es un tema muy conversado, pero todavía no baja lo necesario como para que realmente se tome conciencia [...] Esto [no es] evitar que los pobres tengan hijos, ni es evitar que las familias no estén juntas, es decir lo que para mi es capacitar a la gente y darle la posibilidad de que cada uno elija su tiempo" (MIS-44)

"Creo que primero como un tema que debiera tomarse seriamente ... tendría que estar sin duda en la agenda política, en los Ministerios De Salud y Promoción como una acción prioritaria" (ROS-30)

"Las consecuencias de la falta de política en este sentido se reciben en el sector público, por eso yo creí que llevar esta política adelante iba a ser más fácil y que no iba a haber tanta resistencia" (ROS-31)

La decisión política debe traducirse en la disponibilidad de recursos, discursos claros y fuerte apoyo de los equipos que vienen trabajando en terreno desde hace años de una manera casi encubierta.

"Habría que implementar el tema este de un proyecto que se ejecute, que sea una política desde el gobierno provincial, que ejecute o por lo menos que se empiece a visualizar el tema de que cuando uno implementa una política, es por que ya se visualizó la problemática y se sensibilizó sobre esa situación [...] y quienes en definitiva tienen el poder, la autoridad para decidir, como que se visualice más el tema de que es necesario tener la prevención del embarazo en adolescentes [...] para que una vez visualizado, sobre eso se pueda armar una política de estado, una política social que tenga una bajada directa y que pueda llegar a la gente" (CAT-07)

"Lo que sin ninguna duda creo es que tiene que estar en el nivel central, en el nivel de los que ejecutan las decisiones, como para que el trabajo con los adolescentes se haga de manera sistemática, en todos los sectores de la sociedad, no solo desde el centro de salud" (CHA-50)

Se señala la necesidad de contar con un rol más activo por parte del Estado Nacional, y se trae a colación el ejemplo de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Esta Ley, más allá de las dificultades para implementarla en cada provincia, significó para los equipos que vienen trabajando un espaldarazo, el primer paso firme para avanzar en los procesos locales.

"Mientras no haya una política general, nacional, de salud en la cual se vean incorporados todos estos problemas, seguiremos con los problemas, es decir, el problema va a seguir existiendo probablemente, pero distinto es cuando existe y no hay nada para abordarlo, a cuando existe y tenemos una legislación estructural para tratarlo" (ROS-29)

"En primer lugar nos vendría muy bien que se aprobara la Ley provincial de salud sexual y reproductiva. Sería un punto clave porque liberaría de la preocupación a los profesionales médicos que no están adheridos por temor de denuncias de mala praxis. Además para trabajar en un marco legal [...] La otra medida sería presentar en sociedad el programa de salud sexual y reproductiva, que podamos hablar de esto con la gente de cara a la luz, cosa que en este momento está como en oscuras" (SAL-64)

Varios informantes apuntan que la sola disponibilidad de métodos anticonceptivos no implica automáticamente la existencia de una política. Esto no significa criticar el flujo de insumos que arriban desde Nación, sino más bien apuntan a que esto es insuficiente.

"Falta de política educativa que acompañe la distribución de anticonceptivos, "repartir por repartir", y la gente no sabe qué hacer con los métodos" (BUE-02)

La inexistencia de la política, sumada al desfinanciamiento originado por la crisis estructural, se traduce en la falta de presupuesto para el desarrollo de las acciones. Esto se observa tanto en lo que hace a la falta de personal como de infraestructura.

"En el programa de salud reproductiva estoy prácticamente yo, que si bien nos colaboran la doctora, la pediatra y las enfermeras, somos 4 en total" (CAT-14)

"Y si no tenés recurso humano, entonces no podés, porque hay gente que está trabajando ad-honorem por ejemplo" (CHA-49)

"Y en la residencia no tenemos capacidad de equipamiento e infraestructura adecuada para que los adolescentes vivan ahí con sus chicos" (MIS-36)

"Quedamos de hacer un programa de capacitación conjunta entre la Subsecretaría y la Dirección de la mujer pero quedo en nada por razones económicas, por falta de recursos, como tantas otras veces [que] ocurre con el estado" (MIS-36)

"Es mucho trabajo, es mucho esfuerzo, somos muy pocos y no tenemos un peso. Entonces, realmente [es] prácticamente imposible todo un esfuerzo sobrehumano, te diría, poder concretar esas cosas" (MIS-41)

"Pero lastimosamente a lo largo de estos últimos tiempos se fue deteriorando, por el hecho de que nuevamente era la lucha interna acá, hasta para conseguir el espacio, otra vez fuimos invadidos en este pequeño espacio que conseguimos nuevamente fuimos invadidos por otros consultorios, lastimosamente acá tenemos un gran déficit de infraestructura" (MIS-45)

"Pregunta: Han realizado alguna evaluación de este programa y línea de acción? ¿Cuáles fueron los resultados?"

Respuesta: No. El problema es que para eso se necesitan los fondos, porque hacer el seguimiento del paciente que no está en ningún lugar, ¿[Cómo] la movilizás? Sí la gente que nosotros tenemos como te decía es ad-honorem" (TUC-24)

Se destaca la importancia del aporte del Estado Nacional, pero se señala en muchos casos que esto no ha sido acompañado por las provincias. Por el contrario, en muchos casos los estados locales han restringido aún más el poco presupuesto que destinaban al área aprovechando el arribo de fondos del gobierno federal. Esto ha generado en muchos casos una dependencia absoluta de fondos externos a las provincias y un problema de sustentabilidad a futuro.

"Pregunta: Si tuviéramos que decir cuáles son las fuentes de financiamiento

Respuesta: Nación. No hay. Acá no tenemos" (MIS-41)

"No, no .no, nada. Absolutamente nada. No, el programa no tiene nada de nada, ni un solo peso, lo único que contamos ahora son los insumos que nos vienen de Nación pero tampoco nosotros tenemos posibilidades ni siquiera de comprar, por ejemplo, preservativos que de Nación todavía no llegaron" (MIS-41)

"No hay ningún tipo de presupuestos. Todas las personas que están en el Consejo son del Plan Federal, que lo financia el BID, Jefes y Jefas, y el resto todos ad-honorem" (SAL-63)

Un momento particularmente difícil fue el proceso de crisis institucional y económica que comenzó en el año 2001 y cuyos efectos se hicieron sentir todo el año siguiente.

"Tuvimos enormes dificultades en ocasión diciembre del 2001 y la devaluación que se fueron regularizando. En este momentos llevamos varios meses [... con] una provisión estable" (ROS-28)

"Los reclamos de la gente, sobre todo cuando ocurrió la crisis en la Argentina a fines del 2001, en que hubo un bajón de todos, de todos los insumos, en especial de éste, se notó el incremento de los embarazos, inmediatamente en los meses en que bajó la provisión de anticonceptivos" (CHA-55)

Relacionado con el punto anterior se destaca la falta de continuidad y a-sistematicidad en las pocas acciones implementadas a lo largo de los años. La propia dinámica política genera que cada gestión quiera 'empezar de cero' en vez de evaluar lo que se viene implementando para sostener y profundizar aquello que funciona.

"En este país tener programado más de un año ya es un éxito" (SAL-64)

"Si bien el programa de adolescencia en este momento no ha tenido continuidad en sus acciones" (CAT-14)

"Lo que no sucede con los adolescentes, todavía en este momento eso es algo que está permanentemente pensado, pero todavía no lo ha podido llevar a práctica con absoluta sistematización [...] Yo creo que en principio lo que tenemos que hacer, es fortalecer las acciones que en este momento se están implementando, sistematizarlas, que tengan continuidad, que todo el equipo la trabaje por igual, porque en general uno tiene a hacer cosas nuevas, que otras cosas se pueden hacer, pero lo que se ve cuando se hacen los talleres, cuando se charla cuando se supervisa los centros de salud, es que todavía las cosas que están implementadas no se están haciendo bien, yo pondría las fuerzas en lo que está, empezar a trabajar, trabajar bien y con compromiso" (CHA-50)

Otros dos temas centrales son la falta de información para tomar decisiones y el bajo impacto de las actividades en marcha. En relación con el primer punto la escasa información se relaciona con la falta de sistematicidad en la recolección de los datos y la pérdida de sentido que esta práctica tiene para muchos equipos.

"Desde el año pasado [estamos] tratando de tener datos vivos, números, cifras, cantidades de suicidios, cantidades de embarazos adolescentes, cantidad de HIV positivos. Estamos intentando incluir esta cultura del dato (...) que en educación no existe lamentablemente. Nos es muy trabajoso pero estamos intentando pedir datos, números, a los equipos, nosotros trabajamos con los equipos" (BUE-03)

"El problema más serio es que no tenemos información tan detallada" (CHA-47)

"Un gran subregistro en este país con respecto al embarazo adolescente" (ROS-31)

La mayoría de los consultados percibe que las acciones implementadas tienen un muy bajo impacto tanto en el nivel de cobertura como en cuanto a la transformación de la vida cotidiana de las comunidades.

"Los programas existentes, desde el Estado u ONGs, son de bajísimo impacto" (BUE-04)

"Trabajar en los establecimientos educativos, como estamos haciendo nosotros desde hace años, pero que evidentemente no está efectivo porque es insuficiente" (CHA-49)

"También es difícil tener un impacto, eso lo digo siempre y tengo total convicción. Por empezar no tenés un seguimiento adecuado, eso no lo logré. No sé quienes están cubiertos del programa, sabemos que el abandono mayor se da en la adolescencia" (ROS-31)

"Sí existen algunas líneas de acción a nivel institucional, parcial o concretos en otros hospitales, como puede ocurrir en el Centro de Salud, donde si hay. Pero estas líneas o programas llegan a grupos reducidos de población porque son acciones que están a nivel hospitalario y se necesita que estas acciones de alguna manera bajen a donde está la gente, y donde está la gente, donde están los servicios periféricos, servicios de salud de primera línea. ¿Qué hace falta para eso? Como toda cosa, recursos" (TUC-27)

El bajo nivel de cobertura afecta fundamentalmente a las poblaciones del interior de las provincias, las que viven en peores condiciones.

"Las acciones no llegan a todos lados, especialmente al interior de la provincia" (BUE-02)

"Tenemos dificultades para acceder a población del interior" (CHA-54)

También se registran dificultades para trabajar con algunos subgrupos de jóvenes. Por un lado la mayoría de las acciones se realizan desde los efectores de salud o en las escuelas, lo cual implica que los adolescentes que abandonaron el colegio y no acceden al sistema de salud no pueden beneficiarse. El otro elemento ya citado se vincula con la distribución de los efectores y de las agencias gubernamentales que tienen dificultades para llegar a los jóvenes del interior de las provincias. El tercer grupo con menor cobertura son los menores de 15 años.

"Tenemos cifras que se han incrementado últimamente sobre todo en adolescentes jóvenes de 12 a 15 años. Nosotros empezamos con este programa a trabajar con las adolescentes de 15 a 19 y allí logramos mantener las cifras y en algunos casos, en algunos lugares disminuir los abortos. Pero como no trabajábamos con las menores de 15 años con la anticoncepción, se nos incrementó [los embarazos y abortos]" (CAT-14)

"Para los adolescente varones en realidad la oferta específica sería poder hacerlos conocer, como debe usarse un preservativo, en realidad no es sólo para el varón, porque es tan importante que también lo conozca la mujer ... pero para el adolescente varón específicamente no, está aun más abandonado que la adolescente mujer" (CHA-50)

"Los adolescentes no concurren mucho a los centros de salud, sólo ante problemas puntuales" (CHA-55)

Tal como lo mencionamos reiteradamente en este informe, algunos funcionarios aluden a los criterios de focalización. En tanto no existen programas específicos para adolescentes y estos son abordados en tanto miembros de otras categorías sociales, en los casos en que no se encuentren dentro de algunas de estas otras poblaciones objetivos quedan excluidos.

"Entre 15 y 24 años, que no estudia ni trabajan entonces estos jóvenes, son, este es el perfil más que ha queda excluido de todas las políticas focalizadas porque si no son jefes de hogar o sea si no tiene carga familiar, están fuera del circuito productivo y fuera del circuito educativo entonces este es el perfil más, después es donde tenemos, donde tenemos los problemas de adicciones, alcoholismo en menores en conflicto con la ley" (CHA-47)

Esto a su vez está vinculado con una concepción que fragmenta al sujeto y no lo aborda integralmente.

"Pero creemos que es una pata que le faltan un montón y que hasta ahora las cosas se van tomando así, se toma, lo toma salud por un lado y lo toma promoción por el otro y lo toma el otro por el otro, lo toma por el otro. La idea que nosotros tenemos es tomar salud, educación, deportes y recreación, digamos un poco la propuesta es formar un equipo intersectorial que vea la problemática del

adolescente en todas las áreas que correspondan y poder a la vez poder hacer un análisis de la situación" (ROS-30)

"Yo creo que la salud es uno de los indicadores más importantes del grado de bienestar que tenemos las personas y si nosotros sabemos que hay factores dentro de nuestra salud y la salud de los jóvenes que son medibles como por ejemplo el hecho de que una persona pueda tener, no sé, un techo, un agua potable, a una vida digna, a un sistema educativo, a la no violencia, a una violencia física, a una violencia social, a factores que por ahí no los podemos medir pero que lo vemos, como te decía hoy, a tener una autoestima lo suficientemente elevada como para poder cuidarme y cuidar a tu pareja, a poder tener una confianza en la justicia, a tener una equidad, a un ejercicio libre de nuestra propia autonomía, yo creo que las políticas que verdaderamente deberíamos impulsar son políticas que abarquen todos los aspectos tanto sociales, culturales, políticos, política desde el punto de vista integral. Por que yo creo que todo lo que se trabaje en forma aislada, la salud por un lado, lo social por el otro, lo educativo por el otro tenemos como dado que no sirve, tenemos que aprender a trabajar en forma conjunta y a crear políticas como yo creo que este es un ejemplo muy clásico y vos justamente lo decías "Están muy contentos con lo de Cultura y Salud Sexual y Reproductiva", pero yo creo que es la primera vez que en la provincia se debieron fusionar tres ministerios y trabajar una política en forma conjunta y es riquísimo por que cada uno aporta la línea de su disciplina" (MIS-43)

El punto anterior lleva directamente a la cuestión de generar políticas que tiendan a la inclusión social de los jóvenes.

"Lo fundamental ... cambiar problemas estructurales, que en un país como en todos los países en vías de desarrollo" (ROS-29)

"A medida que nosotros podamos incorporar a los jóvenes en actividades, en acciones, en proyectos, en trabajo, vamos a poder contener estos chicos, entonces" (CAT-09)

"Pero insisto, me parece que mucho tiene que ver con la inclusión de la adolescente, sobre todo la adolescente de recursos culturales bajos" (ROS-30)

"Toda la cuestión educativa, yo rescato centralmente la cuestión educativa y el conocimiento en toda esta temática y por supuesto aparte de la cuestión educativa, dar los medios para que exista un proyecto de vida" (ROS-31)

"Me parece que les falta infraestructura para contener a toda esa gente, programas, trabajo, falta para los que son padres, para los que quieren ser responsables, por ahí, son los abuelos, son los que terminan encargando de los nietos, mientras los padres tratan de mendigar, o buscar trabajo para tratar de formar una nueva familia, que hay muchas familias ensambladas, que algunas funcionan y otras no, y que justamente ahí se genera la violencia" (CHA-46)

Debido a la crisis, falta de planificación y discontinuidad, se trabaja sobre la urgencia. Algunos entrevistados señalan que los equipos deberían desarrollar un pensamiento estratégico, en el cual la urgencia sea una variable a considerar desde el propio diseño de las acciones.

"Pero por otro lado, los tiempos y las posibilidades efectivas de trabajo... Nosotros en Psicología tenemos muchas urgencias y muchas emergencias. Cuando llegas a una escuela y viene un chico golpeado y... tenías una reunión para charlar sobre... Se te va todo al cuerno, salís corriendo, lo llevas al médico. Los tiempos de trabajo, los tiempos disponibles, es difícil administrarlos [...] Creo que hay que empezar a planificar la urgencia y la emergencia. Hay que empezar a planificarla porque ya es una regularidad. Ya no es algo que surge de repente. Entonces hay que saber trabajar en estos contextos" (BUE-03)

Algunos consultados criticaron especialmente la verticalidad y el desconocimiento de las realidades locales en el diseño de las políticas y acciones.

"En este tipo de problemas tan difícil de abordar, si no se hace con la red social en el, en lo local, tratando de entender / la situación en el territorio donde viven las madres, las niñas, las familias, es muy difícil desde programas verticales, diseñados desde cualquier escritorio poder tener impacto sobre esto hay que digamos, reconocer los medios, los tabúes, las situaciones para después poder hacer algún un tipo de trabajo participativo [...] Yo creo, creo que lo que debería tratar de hacerse en algunos casos, algún tipo de investigaciones [] cualitativas o investigación-acción que nos permitieron conocer, primero debemos tener más información territorial, y ver donde, si aparece en algún lugar, el problema más serio es que no tenemos información, tan detallada, por lo menos si es que hubiera porque no sé si la cuestión adolescente aparece en algún área específica, entonces en esa área específica desarrollar una metodología cualitativa de investigación-acción, entendiendo y actuando porque si no, las campañas publicitarias de cualquier cosa, de un modelo dominante donde no se dan ordenes han dado un resultado, nulos digamos" (CHA-47)

Asimismo se plantea la necesidad de incorporar a los jóvenes a las etapas de diseño de los proyectos.

"Nosotros estamos tratando, como la subsecretaría está en Posadas y en algunos municipios, [de] organizaron áreas de juventud ... En los municipios los jóvenes se han organizado, tienen experiencia en trabajo comunitario, entonces armar un área dentro de cada municipio ... recuperar las relaciones con ellos, hay ganas de participar de los jóvenes. Por ahí no en todos los municipios están acostumbrados a ver a los jóvenes organizados, medio que son reacios a cederles espacio" (MIS-36)

Mencionamos previamente un problema vinculado con la falta de una cultura del trabajo que valore la recolección de datos. Otro de los obstáculos estructurales que dificulta la construcción de políticas viables y el incremento del impacto de las acciones en curso es el alto nivel de fragmentación y la imposibilidad de establecer articulaciones intersectoriales e interinstitucionales duraderas. En especial se menciona la necesidad de articular Salud, Educación y Desarrollo Social. En parte las posturas responden a tres problemas visualizados por los funcionarios: (a) la necesidad de profundizar las estrategias de sensibilización de la comunidad mediante educación sexual en las escuelas, (b) la imposibilidad del sector salud por tomar por sí solo la problemática, y (c) dado que muchos informantes consideran que el fenómeno del embarazo adolescente no es un problema de salud sino de las condiciones de vida, se hace entonces necesario trabajar en conjunto con otras áreas.

"No es fácil trabajar esto [...] Por un lado hay un poco de endogamia en cada ministerio" (BUE-03)

"Debemos empezar a trabajar con la educación, esto no es nada nuevo, nosotros acá hemos intentado en distintas oportunidades trabajar con la gente de educación. Con los cambios políticos y cambios de personas, no se pudo efectivizar" (CAT-14)

"Creo que las Organizaciones, las ONG, y todas las otras instituciones que están relacionadas con los jóvenes, deben, trabajar con mayor constancia. Yo creo que Salud permanentemente es reclamada y demandada para implementar acciones de prevención, pero muchas veces, nos quedamos en el camino porque no hay acompañamiento de otros actores sociales" (CAT-09)

"Lo central pasa por poder aplicar políticas transversales, es decir que nosotros, como área de juventud y receptora de un montón de problemas que aquejan a los jóvenes como el que usted hace referencia, podamos trabajar en forma conjunta con diferentes áreas de los distintos Ministerios que conforman el Poder Ejecutivo y a partir de allí, generar acciones concretas, nosotros quizás, trabajando a partir de la detección de la demanda, organismos de salud a partir de la formación y del trabajo de campo que lo pueden hacer con mucha más propiedad, por que se forman, por que tienen personal técnico capacitado para abordar la temática. Falta quizá ponernos de acuerdo, crear consejos que atiendan esta problemática" (CAT-11)

"Yo creo que para esta próxima gestión, le toque a quien le toque, esta Subsecretaría va a tener que estar compuesta así como estaba la multilateral. Por una voz de cada Ministerio para las problemáticas que se tienen entre el área de la mujer y de la infancia" (MIS-44)

"Reforzar las estrategias con otros sectores no solamente la del sector salud, instalar la problemática dentro de la agenda pública estatal, y crear las redes necesarias para la atención de la problemática [...] Las otras acciones yo creo que están referidas a la atención diferencial fundamentalmente del adolescente" (CHA-48)

"Otra estrategia sería una decisión política, desde educación, con salud coordinando, ya que hasta el momento yo veo divorciado el tema y sería básico para reforzar ese aspecto" (SAL-63)

"Otra medida importante sería poder lograr la articulación intersectorial, o sea trabajar más codo a codo con los otros sectores como Educación, Desarrollo Social, Justicia y Legislativo. En el Legislativo entraría un manejo más adecuado de la violencia. Hay algunos intentos como por ejemplo PAPIS, pero estamos medio desarticulados" (SAL-64)

"Fundamentalmente, aunque no forma parte de la estructura de salud, lo que puede cambiar pautas y hábitos y conducta, tiene que venir desde el lado de educación con un gran apoyo en contenidos y en difusión desde el área Salud. Pero la política tiene que ser educar a nuestra población, asegurar algún tipo de estabilidad, dentro de la estructura educativa, y eventualmente hacer conocer los derechos y accesos a no inhibir su sexualidad pero asegurar que puedan optar por tener o no un hijo en forma independiente con todas sus necesidades cubiertas [...] honestamente, para ser coherente con la respuesta anterior trabajar cada vez con más énfasis con el área de Educación y con todas las áreas que tengan que ver con lo social, tanto la Secretaría de Desarrollo como el área de mujer, juventud, para tratar de concientizar informar y que sea absolutamente la opción libre de tener o no tener un hijo en una niña/mujer adolescente según la edad que ella sea" (CHA-52)

En relación con el sistema educativo, varios funcionarios apuntaron que la escuela, ya sea por su estructura o por la formación de sus recursos humanos, no está preparada para abordar esta problemática.

"Sabemos de los problemas de discriminación en las escuelas con estas adolescentes. Hubieron casos bastante resonados de chicas que fueron echadas de escuelas, sobre todo de escuelas privadas, no tanto en las del Estado [...] La escuela no sabemos si está preparada para recibir a adolescentes embarazadas. Entonces, estos cursos de educación sexual que se hicieron muchos años, ya no tienen casi sentido, y estamos replanteándonos cómo trabajar el tema del embarazo, con este tipo de adolescentes que tenemos hoy" (BUE-03)

"En educación no se hace todo lo que se podría" (CHA-55)

"A los tumbos, este, una institución cumplía la otra no, cuando esta otra podía cumplir la otra no podía, pero firmamos un convenio" (MIS-44)

"No vamos mucho a los privados y a los religiosos porque ahí siempre nos condicionan" (MIS-41)

"No se lo ve [educación sexual] en la educación, en la escuela, y ni siquiera se lo ve en la Educación Superior" (SAL-63)

"Cuando se van a dar charlas a los colegios necesitan autorización de los padres [...] La charla de educación sexual que están dando los médicos se limitan únicamente a la anatomía del aparato genital masculino y femenino. Entonces, cuando queremos empezar a trabajar con esta ley de procreación que queríamos sacar desde la Provincia, la tienen archivada desde hace años, tuvimos muchos inconvenientes con planteos que hicieron por medio de cartas de lectores a los diarios distintos padres que se pasan golpeando el pecho en la Iglesia, que dicen por qué otras personas tienen que hablarle a sus hijos de educación sexual cuando les corresponde a ellos." (SAL-65)

"yo creo que hay que hacer buenas campañas de planificación familiar, hay que trabajar con los chicos en el sentido de la sexualidad, yo creo que hay que recuperar algunas, algunos valores de la familia, la gente está como a veces muy enojada, está muy preocupada por otros temas, y, y los chicos me parece que quedan solitos, estee..., y encima los chicos en esa edad que suelen ser bastante difíciles de llevar entonces por ahí la actitud más cómoda es dejarlos que ellos vayan caminando, y, y me parece que no, me parece que [y desde el área educación] me parece que hay que darle lugar a estas campañas como la que hicimos con el Ministerio de Salud, me parece que hay que formarlos a los docentes para que puedan manejar estas situaciones, eh..., me parece que hay que manejarlos a los docentes para que puedan acompañar a los alumnos a procesar toda la información que tienen, o a darles información cuando ellos detecten que los chicos no tienen información, pero para eso ellos mismos necesitan ser capacitados y formados" (CAT-17)

En el caso de los efectores de salud se afirma que la atención adecuada de adolescentes requeriría de un tiempo del que no se cuenta.

"Las herramientas, para trabajar y atender de la mejor manera, y con mejor calidad a un adolescente, están puestas sobre la mesa, lo que nos faltaría es, el mayor compromiso de ver que realmente, el adolescente, al adolescente hay quedarle tiempo para la consulta" (CHA-50)

El personal no está capacitado ni la estructura preparada para trabajar con adolescentes

"Bueno, pero nuevamente cuando llegó el momento de establecerse la unión de estas dos ramas, la adulta y la adolescente en el momento de la internación, aparecía nuevamente el choque o sea, que una paciente que fue muy bien cuidada y controlada amorosamente, con mucho afecto, con mucho apoyo ... conduciendo de forma /e/ casi personalizada, después al ingresar para su parto, bueno" (MIS-45)

"Además tenés la otra que realmente por ejemplo y hasta ahora la fijamos los servicios de salud con el tema de las embarazadas por el producto de su panza y no por ellas como seres humanos. No se ha intentado darles que se apoderen de su derecho[...] Cuándo te enseñaron a vos derecho en la facultad de Medicina, cuándo te enseñaron anticoncepción en la facultad de Medicina, cuándo te enseñaron a vos que las mujeres tenemos los mismos derechos" (ROS-31)

"Los médicos que van a dar las charlas no están capacitados pedagógicamente para llegar a los chicos" (SAL-65)

"No sé definirte exactamente cuál sería la política. Lo que sí creo es que en primera instancia, sin ninguna duda tiene que estar la concientización del equipo de salud en la gravedad del problema y el compromiso que debe asumir este mismo equipo de salud para enfrentarlo" (CHA-50)

"Yo pienso que lo que se debe implementar, es, formar equipos de trabajo, formar equipos de trabajo, que den respuestas, porque pasa, no es cierto, que se presentan las situaciones o los temas, Pero después no se puede responder frente a todos los pedidos que hay, a nosotros nos pasa mucho en el Departamento de Salud Escolar, vamos, no es cierto, a un taller, damos nuestro taller, lo armamos, pero en el taller surgen problemáticas que necesitan respuestas, y que no nosotros no nos

sentimos capacitados, digamos, como para ir a dar esa respuesta, sobre todo una capacidad operativa, digamos, no tenemos capacidad operativa, nos piden por ejemplo ir a Tirol, y para ir a Tirol no contamos, a veces con medios como para, como para rápidamente hacer efectivo el pedido” (CHA-53)

Una preocupación prevalente, ya tratada en el apartado previo, es la dificultad para generar consensos entre los distintos actores locales.

“Respuesta: Hay proyectos que van a entrar este año si Dios quiere, el proyecto de embarazo adolescente es una ley, separada de la ley de salud reproductiva que también esperamos que se sancione ahora.

Pregunta: ¿Qué historia tiene la Ley?

Respuesta: Hace años que se están presentando proyectos, proyectos y más proyectos. Había como 15 proyectos, todas las bancadas presentaron un proyecto diferente y el año pasado nos reunimos para unificar todo eso” (MIS-41)

“Tenemos una falencia tremenda, porque si bien está votada la ley desde el 92 en la provincia no se lleva a cabo” (ROS-31)

Muchos lo adjudican a las pautas culturales o a cuestiones ideológicas.

“Graves barreras y obstáculos. Si nosotros tenemos en cuenta que esta es una sociedad de por sí muy, muy conservadora” (CAT-14)

“La Ley, contempla un programa que tiene distintas etapas, la parte educativa, la parte [de] la prevención de las enfermedades y bueno y lo otro es cuando hablamos de los distintos métodos de anticoncepción. Ellos [la Iglesia] tienen oposición a métodos de anticoncepción, fundamentalmente a la aplicación del DIU, y algunos otros, ellos siguen insistiendo con el tema natural, el tema natural así no va, así le va a la sociedad, así les va a nuestras familias, así les va a los hijos, cuando hay el 80 % de los hijos de la gente humilde, son hijos que no han sido deseados, es decir, vienen de relaciones que tienen otro tipo de interés, por lo tanto, yo creo que allí es donde hay que sentar y bueno, si ellos tienen, dicen que son métodos abortivos, bueno, los científicos o los técnicos o los profesionales en el tema, son los que deben opinar, si esto está aprobado como sistema de anticoncepción, y está determinado científicamente, lo otro es embarrar la cancha” (CAT-06)

“Demanda de capacitaciones a adolescentes en las escuelas pero a la vez genera conflicto por temor de padres y autoridades de las escuelas de cómo se lo va a hablar [... Es un] tema tabú para autoridades de colegios” (CHA-46)

“Tenemos muchos problemas con respecto a la Iglesia, con respecto sobre todo con algún grupo de laicos [... La Ley es necesaria porque] liberaría de la preocupación a los profesionales médicos que no están adheridos por temor de denuncias de mala praxis. Además para trabajar en un marco legal [...] Aquellos profesionales que con sus principios religiosos, éticos, morales o culturales no están de acuerdo con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva no se los obliga; en general no tenemos mayores problemas sobre todo en el Interior, pero tuvimos más inconvenientes en Capital” (SAL-64)

De allí que se señale la necesidad de abrir canales de diálogo para flexibilizar la posición de los sectores más conservadores, entre ellos la Iglesia.

“Creo que las instituciones religiosas deberían tener un poco más de flexibilidad a esta altura ya, y un poco más de apertura mental para poder trabajar en relación al embarazo no deseado con todos los problemas que esto trae a los niños que ya están en esta situación” (CAT-08)

“Creo que la iglesia no se tendría que meter ya que cada uno tiene derecho de decidir que hacer con su vida” (SAL-65)

Existen necesidades más urgentes por resolver que afectan a toda la población, incluidos los adolescentes.

“Sería necesario implementar y tal vez priorizarlos porque en realidad estamos en la provincia en una situación de emergencia, de todo tipo: económico, social y sanitario donde todavía no podemos llegar a buen puerto con una de las cosas primordiales como la salud de la madre y el niño que es lo que debería estar abarcado en el Programa materno infantil y no hemos llegado hasta allí” (TUC-27)

“Yo creo que lo que falta es hacer / eh más accesible a la totalidad de la ciudad // para dar un ámbito pero sería fundamental en la provincia // este /este, creo / que lo que es fundamental en la provincia una legislación de procreación responsable que / que pueda poner al alcance de absolutamente todos los ciudadanos la utilización de anticoncepción gratuita, eh pero además que esta anticoncepción pueda estar, eh, otorgada de una manera / eh / que pueda dispensarse en el contexto / de una práctica que de cuenta de ésta heterogeneidad social y cultural de modo que efectivamente sea utilizada por aquellas poblaciones de mayor necesidad /como / no lo es si la estrategia es única / para toda la provincia / eso a nivel provincial” (ROS-28)

"Hay mucho para hacer pero creo que hay que implementar políticas que sean creación y funcionamiento de programas concretos de prevención y asistencia, pero en un principio dirigido a la mujer, no solo a la adolescente. Tiene mucho que ver lo que nos pasa a las mujeres en esta cultura, en este medio y cuando hablamos de adolescentes, está también incluida la mamá. Si estamos hablando de adolescentes y embarazos precoces, no podemos partir del problema y tomar solo una parte del problema. Tenemos que abordar el asunto de la mujer y dentro de la mujer a la adolescente" (SAL-57)

En lo que atañe a la profundización de las estrategias en curso se señala la necesidad, por un lado, de incorporar a los varones y, por el otro, de trabajar desde una perspectiva de promoción de los derechos.

"Considero que habría que fortalecer o favorecer los factores protectores que antes mencionaba. El estado debe tomar acciones, ya que es su deber indelegable sobre todas las personas. La gente debe conocer que tiene derechos y exigirlos" (SAL-56)

"La política tiene que ser educar a nuestra población, asegurar algún tipo de estabilidad, dentro de la estructura educativa, y eventualmente hacer conocer los derechos y accesos a no inhibir su sexualidad pero asegurar que puedan optar por tener o no un hijo en forma independiente con todas sus necesidades cubiertas" (CHA-52)

"La política es la decisión, la decisión de nosotros en elaborar un proyecto, porque apoyo de funcionarios existe. Desde ayer hay un proyecto, hay que analizarlo, seguramente habrá que agregar algunas cosas [...] Nosotros estamos cometiendo un error en esta charla porque el embarazo también es varón, no solamente en la mujer. El varón tiene muchas preguntas, entonces el proyecto tiene que ser para el adolescente integral, no la embarazada integral" (SAL-60)

Además de una reflexión acerca de los obstáculos existentes, los funcionarios fueron vertiendo otras ideas sobre qué habría que comenzar a hacer. Las mismas se centraron en garantizar el acceso a la información, estimular el pensamiento crítico de los jóvenes, utilizar medios masivos de comunicación, y comenzar a trabajar en espacios que habitualmente no son aprovechados para promoción y educación para la salud.

"Fundamentalmente, luchar contra la ignorancia, llegar a todos lados y ampliar lo más que se puedan, las posibilidades de acceso a la información; educación, esa es la clave" (CAT-13)

"Desde la reflexión, desde la concientización, desde la internalización de su propio cuidado, desde su propia proyección como ser humano, de su propia felicidad y su realización. Todo tipo de campañas pueden ser válidas. Siempre desde el respeto y la propia reflexión" (MIS-37)

"Creo que una de las acciones fundamentales es la de comunicación social, creo que a largo plazo la única estrategia que es válida es la educación, la información ... para que a largo plazo podamos instalar en la conciencia de nuestra sociedad, el problema del embarazo no solamente en la adolescencia, sino el embarazo no deseado en general ... si los medios de comunicación pudieran aliarse a nosotros, sería una gran estrategia para poder a largo plazo, repito, instalar en la conciencia de todos, no solamente la información necesaria, sino la "responsabilidad" necesaria para evitar estos problemas" (CAT-15)

"Primero, como decía al principio, era la información, pero tiene que ser con medios masivos. Lo que pasa que es un tema tabú y que mucha gente no quiere que se trate" (TUC-24)

"Campañas, por ejemplo radiales, televisivas, son muy útiles las F.M. de los barrios porque se habla en otro idioma, la gente escucha mucho, es mucho más fácil llegar" (MIS-41)

Se apunta la necesidad de no limitarse al trabajo con los jóvenes sino incorporar a los padres y fortalecer la familia como espacio de contención de las adolescentes embarazadas.

"Hay que seguir con los padres, trabajar mucho con los padres sobre todo el tema de los prejuicios, los mitos con respecto a todo lo que sea la sexualidad, con respecto a los anticonceptivos, por supuesto, porque todavía hay gente que piensa que son abortivos" (MIS-41)

"Elaborar un proyecto bien específico, para atender esto y a través de ello educar a los jóvenes, a la sociedad, a los padres" (SAL-62)

"No es un problema de la adolescente quedar embarazada, es un problema de toda la familia, de la familia y de la comunidad en la que esto está surgiendo. Así que tenemos gente que trabajando con las familias, e interinstitucionalmente" (BUE-03)

"Se debe trabajar fuertemente fortaleciendo la familia, que es fundamental para toda la sociedad. A veces creo que actuamos en las consecuencias y no en las causas. Es fundamental concientizar a la familia sobre la importancia del grupo familiar, de la contención, de la prevención porque es fundamental para todos los problemas" (SAL-58)

Por último, se plantea la necesidad de que el trabajo se haga en los lugares en los cuales transcurre la vida cotidiana de los jóvenes.

Conclusiones

A lo largo del capítulo hemos presentado las opiniones de cuarenta y tres funcionarios que tienen bajo su órbita el diseño y gestión de políticas vinculadas con la salud y el desarrollo de los jóvenes en siete provincias argentinas. Si bien es cierto que varían considerablemente los niveles organizativos en los cuales se desempeñan, y sus niveles de responsabilidad y capacidad para definir políticas y movilizar recursos, en términos generales sus relatos nos permiten conocer las diversas concepciones acerca de qué es lo que debería hacerse para abordar el fenómeno del embarazo y la maternidad en la adolescencia.

Si bien pudimos caer en una suerte de simplificación, inevitable por cierto, en la metodología utilizada para exponer la posición de los funcionarios, creemos haber desplegado las múltiples miradas y dejado constancia de la complejidad del fenómeno. Como es natural, los funcionarios no están divididos en grupos con posiciones antagónicas o mutuamente excluyentes. En cada uno de ellos podemos advertir, en diverso grado, la presencia de "marcas" vinculadas a las diversas miradas sobre el fenómeno. Es decir, que un entrevistado tiende a homogeneizar la experiencia de la maternidad para todos los jóvenes de 15 a 19 años independientemente de su condición social, no quita que a lo largo de su discurso vaya reconociendo situaciones diferenciales.

En la primer sección se discutió cómo conciben la adolescencia y a los adolescentes. Dado que partimos de considerarlo una construcción social que varía históricamente, la forma en que se construye el embarazo como problema y se piensan estrategias de acción está en directa relación con la forma en que se piensa la adolescencia. Mientras algunos informantes optaron por generalizaciones que obscurecían la dimensión histórica de los procesos sociales en los que se constituye la adolescencia y el embarazo adolescente volcándose hacia visiones esencializadoras de los jóvenes –sujetos inmaduros, incompletos, irracionales, vulnerables, necesitados de control, guía y contención–, otros funcionarios prefirieron contextualizar la experiencia de los jóvenes identificando sub-categorías con experiencias, trayectorias de vida referidas al embarazo y necesidades disímiles.

La vida de los jóvenes en las comunidades está atravesada por múltiples problemáticas, que en términos generales no difieren de las que viven los adultos en condiciones semejantes. Como refirió un entrevistado, la joven de sectores populares se parece más a su madre que a un par de la misma edad de sectores medios. El consumo de alcohol, la violencia doméstica, callejera e institucional, la desocupación y la exclusión son paisajes comunes en las distintas provincias en las que crecen y se desarrollan estos jóvenes. Mientras que en lo que atañe a los sectores medios el problema principal parecería ser la falta de diálogo intergeneracional, los temores sobre la posibilidad futura de inserción laboral y el desarrollo de una carrera universitaria, entre los jóvenes en situación de pobreza la incertidumbre sobre el mañana, la necesidad de vivir el día a día, obtura la posibilidad de pensar en un futuro diferente.

Si bien no lo hemos desarrollado en el informe, de la lectura de las entrevistas surge que el aborto, el abuso y el VIH/Sida son reconocidos como problemas pero no hay líneas concretas para abordarlos con los adolescentes más allá de tocarlos tangencialmente en el marco de talleres más generales cuando surge la inquietud en forma espontánea.

Si bien muchos funcionarios proyectaron sus propios preconceptos de clase sobre el conjunto de los jóvenes homogeneizándolos en una primera instancia, debemos reconocer que cuando profundizaron en sus explicaciones poco a poco fue emergiendo un registro bastante preciso de los distintos grupos de jóvenes. A partir de sus discursos pudimos ir reconstruyendo tres perfiles de jóvenes que dimos en llamar niñas-madres, jóvenes de sectores populares y adolescentes de estratos medios y altos.

Cada uno de estos grupos tiene una relación diferente con el embarazo. Mientras se piensa que las jóvenes menores de 15 años no están bajo ninguna circunstancia preparadas para asumir la maternidad, y que el embarazo constituye para las jóvenes de sectores medios una amenaza a su posibilidad de realizarse y atenta contra su posibilidad de ascenso social, en el caso de las jóvenes

de sectores populares se afirma que en muchos casos, sea por elección, por tradición o por que no existen otras alternativas, la maternidad constituye una manera positiva de realización y afirmación personal. En este último caso pudimos detectar tres posiciones: un grupo de funcionarios planteó el embarazo en términos de concurrencia de factores de riesgo, otros en términos de una cultura de la pobreza que se transmite intergeneracionalmente, y el último grupo lo piensa en términos de estrategias de supervivencia.

Existe un relativo acuerdo en que, excepto en el grupo de menores de 15 en donde pueden estar implicadas situaciones de violencia sexual y abuso y en las que puede incrementarse la morbilidad y mortalidad, para las mayores de 15 años el problema no es el embarazo en sí sino las consecuencias del embarazo, fundamentalmente la reacción social y la estigmatización de la que pueden ser objeto en sectores medios –incluyendo la posibilidad de la exclusión del sistema educativo– y, en los estratos más pobres, sus condiciones de vida. Otras consecuencias negativas derivadas de las anteriores son las complicaciones del aborto inducido como respuesta a los problemas citados.

En términos generales los funcionarios acordaban en que las condiciones negativas en la salud de la madre y el niño no eran causadas por el propio embarazo, sino por las condiciones de marginalidad en las que viven las jóvenes. De ahí que se plantee que este tipo de riesgos no está vinculado con la edad.

La reacción social frente al embarazo de una joven también es dispar por sector social encontrándose más estigmatizado en los estratos medios y más naturalizado en los sectores pobres. Es frecuente que en los grupos en mejor situación económica el proceso gestacional se interrumpa induciendo un aborto sin mayores complicaciones, en tanto en los sectores más humildes, cuando optan por un aborto, lo deben realizar en condiciones que ponen en peligro la vida de las jóvenes incrementando con esto el riesgo de mortalidad materna.

Un tema recurrente es la doble moral que impera en cuanto diferencial de género que afecta negativamente a la mujer. Si bien se han producido cambios normativo–valorativos que mitigaron la estigmatización de la mujer, ella sigue cargando con el mayor peso en la crianza de los niños. El varón, en términos generales, es el gran ausente y las jóvenes terminan siendo acompañadas por sus padres en el proceso gestacional y en la crianza de los niños.

Aquí emergió otro aspecto que debe ser subrayado. Discrepancias entre los funcionarios acerca de si una joven tiene la competencia necesaria para tomar decisiones adecuadas sobre su futuro y para asumir responsabilidades vinculadas con el cuidado materno. Vemos aquí nuevamente la relación entre la definición de adolescencia y el juicio de valor sobre estas cuestiones. Si partimos de la noción generalizadora que piensa a los jóvenes como inmaduros por naturaleza, la respuesta es negativa para ambas cuestiones. Si aceptamos que la juventud y la adolescencia varían social y culturalmente podríamos concluir que las chicas en situación de pobreza ya han sido socializadas para tal actividad y, las de clase media, no. En el primer grupo el cuidado de los hermanos menores, la deserción escolar previa al embarazo, la necesidad de salir a trabajar, les confiere una competencia que sus pares en mejor situación, en situación de “moratoria”, no poseen.

También pudimos apreciar como algunos discursos estaban impregnados de socio centrismos. En particular nos referimos a los juicios sobre ‘las familias funcionales’, la distribución de roles intergeneracionales, la negativa a la posibilidad de que niños mayores asuman responsabilidades en el cuidado de niños menores. Como mencionamos oportunamente, si bien el lenguaje de género ha ingresado en el universo simbólico del funcionariado, la reflexión crítica que posibilite la desnaturalización de otros estereotipos, por ejemplo los roles para cada grupo de edad, aún no tiene demasiado peso.

Otro tópico que emergió de la lectura de las entrevistas es la preocupación por la multiparidad y los cortos períodos intergenésicos. En muchos casos fueron atribuidos a factores culturales, pero más preocupante aún es que muchos funcionarios reconocen como causa las dificultades en el acceso a los servicios de salud y los métodos atinconceptivos.

En cuanto a los obstáculos para el diseño e implementación de políticas y acciones en el área de la salud y el desarrollo de los jóvenes, algunas dificultades son comunes a la gestión independientemente del área de que se trate. Nos referimos a la falta de recursos, la fragmentación intrainstitucional e imposibilidad de sostener articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, el

déficit en la capacitación de recursos humanos, el trabajo sobre la urgencia, la falta de continuidad en las acciones y la ausencia de compromiso político. En todo caso se puede advertir que los programas se caracterizan por su bajo nivel de cobertura e impacto. Si bien en muchos casos existen evaluaciones de proceso, prácticamente no se evalúa resultados e impacto.

En relación con la falta de recursos, vale citar el ejemplo de la provincia del Chaco que al momento de implementar su programa debió fijar como criterio de inclusión a las adolescentes que ya tuvieran un hijo.

"Por un problema de haber definido población de riesgo y posibilidad de cubrir a la población con los insumos y recursos se ha definido como grupo elegible aquella adolescente que ha tenido un hijo para proveer método. No obstante esto no quiere decir que no se haga asesoramiento e indicaciones a otras adolescentes que no hayan tenido hijo pero que no se le provee regularmente el método en forma gratuita hasta este momento por imposibilidad de financiarla [...] Ahí entra el problema: una cosa es recibir consejería de que pueden usar y otra es recibir el método. No tenemos disponibilidad de método para asegurar o un preservativo, o un comprimido o un DIU, para cualquier adolescente independiente de la edad que consulta al servicio de salud" (CHA-52)

Si bien esta situación se ha subsanado con la provisión de insumos por parte del Ministerio de Salud de la Nación, el problema aún persiste en el caso de la provisión de preservativos; los programas provinciales dependen del Programa Nacional de Sida para la disponibilidad de este método.

Las jóvenes son beneficiarias de las acciones en salud reproductiva en tanto miembros de otros grupos: personas en situación de pobreza, mujeres en edad reproductiva, etc. El escaso nivel de focalización tiene varias explicaciones, pero en términos generales podríamos plantear que existen necesidades a cubrir previas a la posibilidad de focalizar exclusivamente en los jóvenes. La desigualdad de género, la inequidad en el acceso a los recursos, las dificultades para acceder al sistema de salud, afectan a todas las mujeres y no tan sólo a las jóvenes. De allí también que el llamado por superar la fragmentación esté vinculado con la posibilidad de atender el desarrollo integral de las jóvenes y las comunidades y no tomarlas de forma aislada. En este sentido destaca la necesidad de generar articulaciones programáticas entre las áreas de Salud, Educación, Juventud y Desarrollo Social.

En las provincias relevadas, las áreas de Juventud tienen mucho menor desarrollo que otros organismos como aquellos que trabajan por los derechos de la Mujer. En el primer caso se advierte, salvo excepciones, la falta de familiaridad con el tema en cuestión.

Si bien la mayoría de los funcionarios remarcó la necesidad de crear programas específicos para adolescentes desde una mirada que aborde integralmente sus necesidades –no exclusivamente la anticoncepción–, la insuficiencia de recursos lo hace poco viable.

Otras dificultades son propias del área de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, pero, nuevamente, no afectan exclusivas a los/las adolescentes. En este sentido debemos subrayar la dificultad para generar consensos que hagan viable el desarrollo de estas políticas y el fuerte peso que en muchas regiones aún tienen sectores conservadores y la Iglesia Católica. En efecto, las posturas ortodoxas que obstaculizan la implementación de actividades de educación sexual y prevención del embarazo desde una visión de derechos sexuales y reproductivos, no sólo provienen de la Iglesia como institución sino inclusive de muchos miembros de los equipos de salud.

La dificultad para desarrollar estas políticas se cristaliza en el hecho de que en muchas provincias el proceso de discusión de leyes de salud sexual y reproductiva se encuentre empantanado. La resolución de estos procesos está en parte vinculada con luchas históricas previas a la sanción de la Ley Nacional. Encontramos provincias que teniendo implementados programas con anterioridad a la constitución del Programa Nacional tampoco han logrado sancionar legislación propia. En las provincias donde el proceso se está iniciando la supervivencia de esos programas depende en parte del arribo de fondos desde el Estado Nacional y en una cierta discrecionalidad en la publicidad de los programas.

En todo caso, la sanción de la Ley Nacional y el envío de insumos ha abierto nuevos horizontes en algunas regiones, pero los funcionarios avizoran que esto no es suficiente y se requiere de un rol más activo del Estado Nacional en la viabilización de las acciones en el nivel local.

2.2. La perspectiva de los prestadores de servicios de salud¹⁵

Introducción

Esta sección presenta un análisis transversal de los resultados obtenidos de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud, realizadas en el marco de este estudio, con el propósito de aportar elementos que contribuyan a elaborar recomendaciones para el abordaje institucional del embarazo adolescente en la Argentina.

El documento incorpora como punto de partida los acuerdos internacionales en el campo de la salud sexual y reproductiva y las orientaciones generales para el diseño e implementación de programas de salud para adolescentes. En el marco de estas orientaciones y de los avances observados en la Argentina se analizan los resultados de las entrevistas y se elaboran recomendaciones para la implementación de acciones en los niveles locales.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores provinciales en cada uno de los sitios de acuerdo con un cuestionario consensuado con la coordinación del proyecto¹⁶. Los informantes de los servicios de salud se seleccionaron en base a su experiencia de trabajo con adolescentes desde los efectores públicos de los distintos niveles de atención. La información se procesó para su análisis de acuerdo con una matriz que incorporó los principales ejes del cuestionario.

Los principales resultados muestran la prevalencia de consideraciones negativas acerca del embarazo en la adolescencia entre los profesionales del sector salud, relacionadas en algunos casos con consecuencias de tipo médico y en otros con aspectos personales, familiares o sociales, así como mayores capacidades para elaborar estrategias de atención que de prevención del embarazo adolescente.

Se observa cierta disparidad jurisdiccional en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, aunque en términos generales se aprecia el impacto positivo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por ley en 2002, en el incremento del acceso a los métodos anticonceptivos.

Se destaca la debilidad en la institucionalización de unidades de adolescencia en la mayoría de las jurisdicciones, y las dificultades de los servicios de salud para la atención de las víctimas de violencia sexual y el seguimiento de los casos con complicaciones de aborto, especialmente en los centros de atención primaria.

Se aprecia un adecuado funcionamiento de la red de referencia entre los centros de salud y los hospitales de mayor complejidad para la atención del embarazo y del parto en la mayoría de las jurisdicciones, pero se repiten las dificultades para la retención posterior de las pacientes en los consultorios de planificación familiar. También se observan obstáculos en todos los niveles de atención para la articulación intersectorial de las acciones de prevención en salud sexual y reproductiva.

En base a este diagnóstico y considerando las orientaciones de los acuerdos internacionales reflejados en la literatura especializada, al final del capítulo se proponen recomendaciones para el mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia y de la prevención del embarazo no planificado y de su repetencia.

Las recomendaciones incluyen la ampliación a la población adolescente de la cobertura de los programas provinciales de salud reproductiva, la institucionalización de unidades de adolescencia en los servicios de salud, la oferta de métodos anticonceptivos, incluyendo preservativos, en todos los consultorios de adolescencia y de planificación familiar, el fortalecimiento de las redes de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud, la promoción de comités de maltrato o violencia familiar en los hospitales, la capacitación de los profesionales del equipo de salud en perspectiva de género

¹⁵ El análisis de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud fue realizado por la Lic. Valeria Alonso.

¹⁶ La pauta de entrevista fue diseñada por Ariel Adaszko, investigador del equipo coordinador CEDES, y discutida con los investigadores y responsables institucionales provinciales durante el 1º taller en Buenos Aires.

y adolescencia, y la articulación intersectorial de las acciones con el sistema educativo y la sociedad civil.

Acuerdos internacionales

Durante la pasada década de 1990 se asistió a una serie de esfuerzos internacionales para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y la situación de los niños y las mujeres que incorporaron la preocupación por el bienestar de los adolescentes. Estos esfuerzos se plasmaron en la celebración de acuerdos internacionales que persiguieron el compromiso de los países en la implementación de políticas orientadas a mejorar la calidad de vida y la equidad social de estas poblaciones.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño articulan los derechos y las obligaciones básicas relativas a la promoción y la protección de la salud de los adolescentes. Elaboraciones y apoyos posteriores provienen de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, y el Programa Mundial de las Naciones Unidas de Acción para la Juventud hasta el Año 2000 (WHO-UNFPA-UNICEF, 1997).

Sin embargo, las tasas de fertilidad adolescente se mantienen por encima del 50 por 1.000 en la mayoría de los países de América Latina, aun cuando han disminuido en los últimos años entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. La magnitud del embarazo adolescente en la región junto con su asociación con la falta de planificación familiar y la prevalencia de la violencia basada en el género mantienen actualizados los desafíos y las estrategias comprometidas por los países en los acuerdos internacionales.

Información de la Organización Panamericana de la Salud indica que entre 35% y 52% de los embarazos adolescentes en la región no fueron planificados, 38% de las mujeres se queda embarazada antes de los 20 años, y que en la mayoría de los países de América Latina, entre 15% y 25% de todos los recién nacidos eran hijos de adolescentes. Al mismo tiempo, la evidencia sugiere que la violencia doméstica y el abuso intrafamiliar, incluyendo la violación, son prevalentes en la región, y que sólo recientemente se han reconocido como asuntos de derecho y de salud pública (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003).

En este escenario, muchos de los programas destinados a los adolescentes que se han implementado en la región han sido verticales en su enfoque, al haberse centrado en comportamientos específicos, como prevención de VIH o de embarazo, sin incluir conceptualizaciones más amplias sobre salud sexual y desarrollo, vinculadas por ejemplo con el conocimiento y el aprecio del cuerpo, y la capacidad de construir relaciones relevantes. Complementariamente, las recomendaciones internacionales señalan la necesidad de que los esfuerzos de los programas por la salud de los adolescentes estén focalizados en las inequidades y en las injusticias sociales, en tanto condiciones altamente constrictivas para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes (WHO-UNFPA-UNICEF, 1997).

En este sentido, la experiencia que los programas centrados en prevenir únicamente problemas específicos de los jóvenes, entendidos generalmente como conductas problemáticas aisladas, y que no han prestado atención a los contextos sociales no han sido efectivos en el largo plazo. En base a estas experiencias, los programas no deberían centrarse exclusivamente en la prevención de embarazos, sino en mejorar las habilidades para la vida de los adolescentes.

Las recomendaciones para el diseño de estos programas incluyen la promoción de ambientes seguros y sanos, el desarrollo de planes de acción que incorporen la salud sexual de los adolescentes, la oferta de servicios de salud para adolescentes y jóvenes, la promoción de la participación juvenil, el apoyo al desarrollo de habilidades y competencias de los adolescentes, el desarrollo de las capacidades y de los recursos humanos, y el apoyo a la investigación y la evaluación (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003).

El abordaje en la Argentina

La fecundidad adolescente manifiesta diferencias socioeconómicas y jurisdiccionales en la Argentina. El embarazo en la adolescencia afecta principalmente a las jóvenes pertenecientes a los sectores sociales más desprotegidos (INDEC, 1995). La proporción de recién nacidos de madres de 15 a 19 años sobre el total de los nacimientos se mantuvo con un leve descenso entre 1991 y 2002 (de 14,9% en 1991 a 14,2% en 2002). Sin embargo, se mantienen las diferencias regionales en esta proporción; la Ciudad de Buenos Aires exhibe el mejor nivel del indicador en 2002: sólo 6,4% de los nacimientos corresponde a madre adolescente, mientras la provincia de Chaco, en el nordeste del país, muestra para ese mismo año el nivel más alto, alcanzando 22,8% (MSAL, 2003).

El abordaje de la salud sexual de los adolescentes ha mostrado en el país algunos avances significativos en los últimos años. En 1993, con anterioridad a la CIPD, se inicia un Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente que reconocía que la salud reproductiva era un aspecto descuidado de la atención de salud de los adolescentes (Gogna, 2001). Actualmente el Programa Materno Infantil, dependiente de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, incorpora un componente dedicado a la adolescencia.

Hacia fines del año 2002, después de largos años de debate, se sanciona una ley nacional que crea un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud (Ley 25.673), reglamentada por el Decreto N° 1282/03. El antecedente jurídico de esta ley es la inclusión por primera vez en la Constitución Nacional reformada en 1994 de la facultad otorgada al Congreso Nacional para dictar "un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y tiempo de lactancia" (Gogna et al, 1998, p. 325).

El Programa Nacional, destinado a la población en general, tiene los objetivos de:

- a. alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia,
- b. disminuir la morbimortalidad materno-infantil,
- c. prevenir embarazos no deseados,
- d. promover la salud sexual de los adolescentes,
- e. contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y patologías genital y mamaria,
- f. garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y
- g. potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. (Ley 25.673, artículo 2°)

Las funciones del programa nacional consisten en orientar y asesorar técnicamente a los programas provinciales, principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. El apoyo técnico nacional incluye la provisión a las jurisdicciones de "métodos y elementos anticonceptivos" (Decreto N° 1282/03, Artículos 1° y 2°).

El decreto reglamentario de la ley nacional reconoce el derecho de los menores a la prevención y atención de su salud sexual y reproductiva, fijando un límite en los 14 años de edad para la supervisión adulta de la consulta médica, mediante la presencia de los padres o de un adulto responsable (Decreto N° 1282/03, Artículo 4°).

Estas especificaciones, relativas a la cobertura y la prestación de servicios de anticoncepción en el sector público, en la seguridad social y en los seguros privados, y al reconocimiento del derecho de los menores a la atención de su salud sexual y reproductiva, superan gran parte de las restricciones a la institucionalización de la atención de la salud sexual y reproductiva reflejadas por las reservas de la posición argentina hacia fines de la década de 1990 a los compromisos internacionales de El Cairo + 5.

No obstante, ciertas restricciones vinculadas con esas reservas de la posición que asumió Argentina en 1999 parecen estar aún vigentes. A principios del pasado año 2003 se tramitó un recurso de amparo contra el estado nacional, promovido por una asociación civil y vehiculado por una jueza federal, que declaró la inaplicabilidad de la Ley 25.673. El recurso reclamaba la inconstitucionalidad de ley nacional por la violación de los derechos a la vida, la salud y la patria potestad.

Los fundamentos de ese recurso de amparo consideraban que ciertos métodos anticonceptivos aprobados por la autoridad sanitaria nacional resultaban atentatorios contra el derecho a la vida y contra el derecho a la salud, y que el nuevo programa socavaba el derecho de los padres a la educación de sus hijos menores de edad. El Ministerio de Salud, con el apoyo de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, logró la revocación de la medida. No obstante, tuvieron que enfrentarse nuevas presentaciones judiciales que intentaron los reclamos vinculados con el ejercicio de la patria potestad.

En el marco de esta política nacional el Ministerio de Salud, a través de la CONAPRIS, define como uno de los campos prioritarios de acción la problemática del embarazo en la adolescencia. Las preocupaciones centradas en la prevención del embarazo no planeado en la adolescencia y de su repitencia, y en asegurar la calidad de la atención de los embarazos cursados fundamentan el desarrollo de la presente investigación.

En este capítulo se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a los informantes clave de los servicios de salud en contacto con adolescentes con el objetivo de contribuir a la implementación y el fortalecimiento de las estrategias del sector salud para la prevención del embarazo adolescente no deseado y su repitencia.

Resultados de las entrevistas en los servicios de salud

Durante los primeros meses de la investigación se realizaron entrevistas en los sitios de localización del estudio a informantes clave de sectores de la sociedad vinculados con la problemática del embarazo en la adolescencia. Se entrevistaron funcionarios de las administraciones públicas provinciales, representantes de organizaciones de la sociedad civil y profesionales de los efectores públicos de salud de distintos niveles de atención. En este capítulo se consideran los resultados de las entrevistas realizadas a los profesionales de los servicios de salud de las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Misiones, Salta y Tucumán, y de la ciudad de Rosario.

Las dimensiones abordadas en la pauta de entrevista fueron:

- los principales problemas de los adolescentes y su distribución social, y la opinión general del embarazo en la adolescencia;
- los elementos que contribuyen a su ocurrencia, las consecuencias del embarazo, y las mejores estrategias de prevención y atención;
- el perfil institucional, incluyendo recursos, oferta de servicios, anticoncepción, VIH-SIDA, las complicaciones de aborto, violencia y violación; y
- el reconocimiento de políticas y acciones a nivel provincial o local.

Estas dimensiones se trabajaron para este informe privilegiando dos grandes ejes de análisis: uno enmarcado en las consideraciones de los entrevistados acerca de la adolescencia y el embarazo temprano, y otro que reúne los abordajes institucionales especialmente para la atención del embarazo y del parto, la prevención de los embarazos no deseados y el tratamiento de las complicaciones de aborto y de la violencia sexual en adolescentes.

Con objeto de delinear perfiles provinciales en los abordajes del embarazo en la adolescencia desde el sector salud, la presentación de los resultados se ordena en un primer momento por provincia. Luego se intenta trazar líneas transversales de análisis, propiciando el intercambio de experiencias y perspectivas entre las jurisdicciones.

Provincia de Buenos Aires

En la provincia de Buenos Aires se realizaron en el marco de este estudio seis entrevistas a informantes clave del sector público de salud. La muestra se compone de cuatro informantes de instituciones localizadas en la ciudad de La Plata y dos en Gran Buenos Aires. Según su nivel de complejidad las instituciones fueron cinco hospitales (cuatro provinciales y uno nacional) y una unidad sanitaria. Los servicios involucrados fueron los de ginecología, obstetricia, y pediatría.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

La perspectiva de los entrevistados acerca de la adolescencia centra su problemática más en esa etapa de la vida de las personas que en las diferencias sociales. Se repiten las manifestaciones

acerca de la ausencia de modelos o referentes adultos y la deficiencia en los vínculos intergeneracionales hacia el interior de las familias, las que estarían afectando a todos los adolescentes. En los casos en los que se apela a la diferenciación social en la problemática adolescente, se la considera especialmente como generadora de acceso desigual al sistema educativo.

Si bien algunos de los entrevistados reconocen la existencia del embarazo buscado en la adolescencia, es la idea del embarazo no planificado como resultado de un accidente o un descuido la que subyace a la mayoría de las opiniones. Entre los factores que conducen a este 'descuido' se señalan la ocurrencia de relaciones sexuales no planificadas, la creencia de ausencia de posibilidad de embarazo a la primera relación sexual, y para algunos casos el mal uso de los métodos anticonceptivos. Algunos entrevistados observan procesos más complejos que suponen al embarazo como una salida posible a situaciones familiares conflictivas o bien la repetición de las historias reproductivas de sus propias madres.

Es en el análisis de las consecuencias del embarazo donde se manifiestan plenamente las consideraciones negativas. Desde la pérdida de escolaridad hasta el aumento de la violencia, se destaca una serie de efectos adversos del embarazo en la adolescencia que incluye también el impacto económico en las familias. Las consecuencias psicológicas se vinculan con la falta de pareja estable, la ausencia del padre del bebé y la inmadurez de las adolescentes para asumir la maternidad. En las opiniones más drásticas, sus efectos aluden a las dificultades en la constitución del vínculo con el recién nacido, y con el incremento de la violencia en la relación entre un embarazo no deseado y un niño no querido. Las alusiones al impacto económico de sumar un integrante más generalmente al hogar de origen no aparecen relacionadas con las consideraciones psicológicas.

Entre las estrategias de prevención, se insiste en el rol del sistema educativo y en las campañas de comunicación, aunque se reconoce que la educación sexual o la educación para la salud, si bien resulta un componente necesario, no alcanza a ser suficiente para asegurar la disminución de los embarazos no planificados. En este sentido, varias opiniones coinciden en la urgencia social de ofrecer otros caminos a los adolescentes: libertad para elegir y disponibilidad para estudiar, contención afectiva y espacios de recreación, y perspectivas futuras de trabajo.

Las propuestas para el abordaje desde el sector salud enfatizan en la generación de programas para adolescentes, incluyendo la oferta de consultorios exclusivos, la atención integral y los intercambios grupales.

Abordajes institucionales

La existencia de consultorios específicos para la atención de adolescentes resulta una de las estrategias favorables para abordar desde el sector salud la atención integral de los jóvenes. La combinación de un espacio exclusivo con profesionales especialmente capacitados para cuidar de la salud de los adolescentes constituye sin duda un excelente punto de partida para la prevención del embarazo precoz no deseado si se articulan estrategias de prevención que incluyan componentes de promoción del cuidado de la salud y oferta de anticoncepción con acciones orientadas al incremento del acceso de los jóvenes a la consulta y a la extensión de la cobertura.

En el caso de las instituciones públicas de salud relevadas en la provincia de Buenos Aires, se destaca la existencia de consultorios de adolescencia en cuatro de los cinco hospitales objeto de entrevistas a informantes clave. El hospital restante había tenido una experiencia fallida de consultorio de adolescencia de sólo un año y medio de duración, que fracasó por falta de espacio físico y recursos humanos. En el análisis de las entrevistas de las otras provincias se verán muchas iniciativas de este tipo que no pudieron sostenerse por motivos similares.

Los hospitales relevados que cuentan con consultorio de adolescencia incluyen en general la atención del embarazo temprano de manera exclusiva, es decir separada de la atención de los embarazos de las mujeres adultas. Las modalidades de organización varían entre las instituciones; en algunos casos la atención del embarazo adolescente se realiza como parte de las actividades del consultorio de ginecología adolescente, y en otros la atención la realiza una división del servicio de obstetricia incluida en el departamento materno infantil.

No obstante, sólo uno de los hospitales cuenta con un comité de adolescencia trabajando en articulación con el sistema educativo. En el resto de los casos no se consignan líneas específicas de

trabajo, y en algunos se señala el fracaso en la comunicación con los centros de salud encargados de la atención primaria. Sí se destaca en todos los hospitales la preocupación por los resguardos legales en la atención de menores, específicamente en la intervención del servicio social y del juzgado para la autorización de un mayor a cargo de la madre y el bebé al momento del alta del hospital. También la gratuidad general de los servicios; sólo en un caso se menciona la existencia de bonos de cooperadora.

Las estrategias de prevención de la repitencia del embarazo de las adolescentes parecen quedar acotadas, como en el resto de las mujeres, a la citación para la consulta de puerperio que incluye consejería en planificación familiar. En este sentido, los entrevistados no manifiestan la existencia de seguimiento de las pacientes, ni comunicaciones con los centros de salud, después del alta del hospital.

En todas las instituciones se proveen métodos anticonceptivos en los consultorios de ginecología o de planificación familiar. En general, la entrega de los métodos se asocia con la oportunidad de la consulta ginecológica o queda supeditada al control. En algunos casos se destaca una mayor demanda de adolescentes a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Considerando que el uso del preservativo resulta generalmente el más aconsejado entre la población adolescente, se destaca que sólo uno de los informantes reporta la realización de una campaña de provisión de preservativos. Ninguna de las instituciones restantes cuenta con preservativos entre su oferta de métodos anticonceptivos. En general es la provisión de anticonceptivos orales la que prevalece, de manera semejante que en el resto de los sitios analizados.

El abordaje de la anticoncepción en la adolescencia parece estar legitimado entre los entrevistados, y formar parte de las prácticas frecuentes de las instituciones. Aun cuando todavía se observan ciertas restricciones impuestas a la cobertura fundamentadas en fuertes imperativos de tipo moral, que socialmente convendría ir superando si efectivamente se pretende evitar los embarazos no deseados entre los jóvenes: 'No se promueve la relación sexual. Sí se les da a aquellos con una pareja estable que conviven'.

Finalmente, existen opiniones contrapuestas frente a la anticoncepción de emergencia, las que se combinan con desconocimiento en algunos profesionales. El espectro en este tema va desde la utilización de anticoncepción de emergencia aunque no sea provista por el programa, 'fabricándola' en el hospital si no la tienen disponible, hasta el desacuerdo con su utilización, pasando por su utilización fundamentada en su carácter 'no abortivo'.

Las estrategias de prevención del vih/sida comprenden la realización del test de rutina en todas las embarazadas. Sólo en un caso se destacan problemas con la disponibilidad de reactivos, cuando ésta será la barrera de acceso al test en la mayoría de los otros sitios del estudio.

Los entrevistados que están trabajando en los servicios que reciben las complicaciones de aborto, reportan volúmenes considerables de estos ingresos que alcanzarían en algunos al 50% de los partos. Cuando se manifiesta una posición frente al aborto, aparece la obligación de la denuncia y la 'postura antiabortista'. Sólo en un caso se plantea la incorporación de las pacientes al programa de procreación responsable.

Los casos víctimas de violencia y violación son derivados a los servicios de psicología y asistencia social, quienes se encargan del tratamiento de la paciente y de su tramitación legal. Es notable que en el tratamiento de estos casos se aprecie cierta desesperanza que puede llegar a una suerte de parálisis profesional. Muchas veces se señala que la responsabilidad por la denuncia recae en la misma familia en la que se perpetró el abuso: 'sólo controlamos el embarazo; si la mamá no ha hecho la denuncia, nosotros no podemos hacerla', y otras que 'el juzgado devuelve a esos niños al lugar donde los abusaron, su casa.'

Uno de los hospitales cuenta con un comité de violencia que tiene dos años de antigüedad, trabajando en red situaciones de violencia con el hospital de niños, las unidades sanitarias y otras instituciones, en un esfuerzo por saldar 'la deuda que tiene la sociedad con los menores.' El análisis de las dificultades en la atención de las complicaciones de aborto y de la violencia sexual es retomado en las conclusiones de este trabajo.

La mayoría de los entrevistados conoce el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Plan de Salud Integral del Adolescente incorporado al Programa Materno Infantil y los programas provinciales. Entre estos, se destaca la propuesta de trabajar para unificar criterios entre los hospitales de la jurisdicción para la atención del embarazo en la adolescencia y las estrategias de prevención del embarazo no deseado.

Son aquellos que manifiestan desconocer la existencia de políticas y programas nacionales o provinciales los que enfatizan propuestas de estrategias centradas exclusivamente en la educación y en la difusión. Se volverá sobre este punto en las conclusiones.

Provincia de Catamarca

En la provincia de Catamarca se realizaron dos entrevistas a informantes clave del sector público de salud. Las instituciones fueron un hospital general (servicio de obstetricia) y un centro de salud, ambos pertenecientes a la jurisdicción provincial y localizados en la ciudad capital.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

Los entrevistados de la provincia de Catamarca coinciden en enfatizar las diferencias sociales a la hora de identificar los problemas de los adolescentes en la ciudad capital. La escasez de ingresos y la marginación son asociadas a la carencia de educación y la falta de información, y las regiones suburbanas son identificadas como las más afectadas. Los problemas serían el alcoholismo, las adicciones y la falta de información sobre sexualidad y anticoncepción.

Ambos entrevistados consideran que es la falta de educación la que estaría contribuyendo a la ocurrencia del embarazo en la adolescencia; uno de ellos agrega también el alcoholismo. Es esta asociación directa entre el embarazo y un nivel educativo insuficiente la que los lleva a enfatizar la importancia de la educación como estrategia preventiva. No obstante se destaca la ausencia de la discriminación entre los embarazos buscados o no en este diagnóstico, aun cuando en un caso se reporta la existencia de cierta naturalidad del embarazo precoz en los estratos sociales más desfavorecidos.

En cuanto a la consideración de las consecuencias del embarazo en adolescentes ambos entrevistados también coinciden en una primera aproximación médica. En un caso se menciona la posibilidad de partos distócicos, aunque se reporta una distancia significativa entre las publicaciones y la propia experiencia profesional en la frecuencia de patologías asociadas con los embarazos precoces. En el otro caso se mencionan además de la hipertensión, problemas como desnutrición y anemia, relacionados más que con la edad de las chicas con sus condiciones de vida, muy probablemente preexistentes al embarazo.

Las recomendaciones vinculadas con la atención de los embarazos precoces combinan la propuesta de una atención especial con un adecuado sistema de derivaciones entre los distintos niveles de complejidad de los efectores públicos del sistema de salud. En este sentido, se propone realizar el primer diagnóstico de la evolución del embarazo en los centros de atención primaria y derivar al hospital de alta complejidad de la provincia los casos de mediano y alto riesgo.

En términos generales, estas consideraciones pueden dejar entrever en los entrevistados de la provincia de Catamarca una aproximación más medicalizada al embarazo en la adolescencia. Esta posición les permite un abordaje más ajustado a la atención médica del desarrollo de los embarazos, pero parece reproducir sin demasiada reflexión ciertos prejuicios sociales en la explicación de su ocurrencia y desenlace, los que deberían desanudarse para la búsqueda de estrategias de atención integral.

Abordajes institucionales

Los servicios son gratuitos en ambos casos. La oferta del centro de salud reúne planificación familiar, control ginecológico, control prenatal, derivación al hospital de los embarazos de alto riesgo, y seguimiento por agente sanitario en los casos de abandono. Realizan talleres dentro del programa de procreación responsable, y acercan educación sexual a las escuelas. Fuera de estas iniciativas, no hay una línea específica de trabajo para abordar el embarazo en las adolescentes.

El servicio de obstetricia del hospital, si bien no cuenta con un programa específico de atención de adolescentes, ha incorporado horarios vespertinos de atención más accesibles a las jóvenes, así como atención psicológica y charlas para menores de edad. Cuentan con tres programas de trabajo: lactancia materna, planificación familiar y nutrición. Después del parto derivan a todas las pacientes a los servicios de planificación familiar, control de puerperio, y seguimiento y promoción de la lactancia. Atendiendo la situación social crítica, trabajan con comités de donantes de pañales, leche, elementos para el hogar, etcétera.

Tanto el centro de salud como el servicio de ginecología y la maternidad del hospital proveen métodos anticonceptivos. En ningún caso tienen disponibilidad de preservativos. En el centro de salud sólo proveen anticonceptivos orales, 'el ginecólogo tiene resistencia a los otros'. Y las adolescentes, *igual que el ginecólogo*, prefieren los orales. La administración de los métodos se acompaña de la realización de los estudios complementarios. Han incorporado la anticoncepción de emergencia, de la que disponen por donaciones, en los casos 'más urgentes'.

El hospital cuenta con anticonceptivos orales para la lactancia y hormonales, DIU, y charlas de métodos naturales. No tienen incorporada la anticoncepción de emergencia y 'no se la menciona', puesto que 'si es periovulatoria es microabortiva'. Resulta interesante que, al no estar incorporada en las prestaciones por el programa nacional, la utilización de la anticoncepción de emergencia queda sujeta a la disposición de los profesionales y a las donaciones de los laboratorios.

La prevención de la transmisión vertical de hiv parece tener problemas según el reporte de los entrevistados. Mientras que el centro de salud estaría realizando test de rutina a todas las embarazadas, el hospital ha detectado casos positivos en mujeres en el parto y en recién nacidos. Los casos son vinculados con la ausencia de controles prenatales.

El centro de salud no recibe habitualmente casos de complicaciones de aborto ni víctimas de violación. En el hospital se triplicaron los ingresos por complicaciones de aborto en los últimos dos años. En todos los casos denuncian a la mujer, siguen protocolos de asepsia y antisepsia, y aíslan a la paciente hasta haber descartado consecuencias. El servicio social del hospital se comunica con los padres en los casos de menores de edad y realiza seguimiento domiciliario.

Los casos de violación parecen ser difíciles de detectar. Cuando son identificados se les da intervención a la psicóloga y la asistente social, se recomienda una pericia y, a diferencia de los casos de aborto, 'eventualmente' se realiza la denuncia.

Según los entrevistados, no existe en la provincia alguna línea programática específicamente destinada a la población adolescente. Las políticas del gobierno local involucrarían el fortalecimiento de la planificación familiar, la educación sexual y la captación de la pareja. Sin embargo, se reconoce que las acciones principales, distribución de anticonceptivos y talleres de procreación y paternidad responsable en centros de salud, no han mostrado resultados muy alentadores.

Desde el hospital se propone como estrategia preventiva la publicación de las estadísticas que están manejando en el servicio de obstetricia, tales como la triplicación de los ingresos por complicaciones de aborto en los últimos dos años y las muertes maternas, en la búsqueda de impacto social. No queda claro en la entrevista si la estrategia intenta sensibilizar a tomadores de decisiones para acciones en relación con el incremento del acceso y la ampliación de la cobertura, o bien ejemplificar a la sociedad.

Provincia del Chaco

En la provincia del Chaco se realizaron tres entrevistas a informantes de instituciones públicas de salud. Las entrevistas involucraron a dos hospitales provinciales de Resistencia (servicio de tocoginecología y consultorio de adolescencia), y un centro de salud.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

Sólo uno de los informantes de los servicios de salud entrevistados en la provincia del Chaco se refiere a la problemática adolescente desvinculada de la incidencia de embarazo. El entrevistado señala como principales problemas de los adolescentes de la ciudad de Resistencia la deserción escolar y las 'disfunciones' familiares, las que afectarían de manera más pronunciada a los grupos

sociales más vulnerables por condiciones marginales de vida. Los otros informantes se refieren a los factores que contribuirían al embarazo cuando hablan de la problemática adolescente. En esta dirección destacan la falta de educación sexual y sanitaria, y el inicio precoz de las relaciones sexuales como 'pauta cultural'.

El embarazo precoz es considerado por los entrevistados principalmente como un embarazo de alto riesgo. Entre sus consecuencias, se destacan: mayores probabilidades de malformaciones, enfermedades genéticas, mortalidad perinatal y materna, bajo peso al nacer, desnutrición. No obstante, su carácter problemático es atribuido a su condición de 'embarazo no planificado'. Esta ausencia de planificación estaría condicionando, según los entrevistados, una serie de consecuencias sociales del embarazo adolescente. Estas serían un inicio más tardío de su atención médica, e insuficiente apoyo familiar, aceptación y contención, abandono escolar y posterior impacto en la vida laboral.

Entre las estrategias de prevención del embarazo adolescente, los entrevistados proponen la distribución de información a través de los medios masivos de comunicación, la escuela, la familia y los consultorios. En cuanto a su atención, se señala que las adolescentes embarazadas deberían ser consideradas como pacientes de alto riesgo social.

Abordajes institucionales

En ninguna de las tres instituciones existe un programa o plan de acción específico para atender el embarazo en la adolescencia. No obstante, en uno de los hospitales las adolescentes embarazadas son atendidas en el sector de embarazo de alto riesgo, de manera consistente con las consideraciones previas de los entrevistados. En ese hospital, la atención combina servicios de tercer nivel para internación y parto con atención primaria en el área de influencia. Los controles de embarazo que no correspondan a esa área se atienden en los centros de salud correspondientes al domicilio de las pacientes. Después del parto, las mujeres son nuevamente referenciadas a esos centros de salud.

En el centro de salud, las adolescentes embarazadas se atienden junto con las adultas, todas a cargo del mismo obstetra. El consultorio pediátrico tampoco tiene un espacio diferenciado para la atención de adolescentes. Mientras que el consultorio de adolescencia del otro hospital entrevistado no atiende embarazos. Organizado en tres áreas, salud mental, clínica y social, este consultorio ofrece grupos para padres, talleres y charlas en las que difunde contenidos de paternidad responsable.

En síntesis, la oferta de servicios para adolescentes en los efectores entrevistados en el Chaco si bien gratuita y bien articulada según los distintos niveles de atención, no alcanza a abordar una atención integral de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, aun cuando existan consultorios específicos para esa franja de edad. Un ejemplo de esta situación es la ausencia de métodos anticonceptivos en el consultorio de adolescencia.

Los otros dos servicios cuentan con anticonceptivos orales y, a diferencia de las otras jurisdicciones relevadas, con preservativos; el hospital también cuenta con DIUs, los que no son recomendados a las adolescentes. La orientación del centro de salud es recomendar 'evitar las relaciones sexuales' en los adolescentes como primera medida y, si no obtuvieran respuesta, indican anticonceptivos orales debido a que las chicas manifiestan la reticencia de los varones a utilizar preservativos. En ninguno de los casos utilizan anticoncepción de emergencia por ausencia de insumos.

Las determinaciones analíticas de VIH ofrecen diversidad entre las tres instituciones relevadas. En el consultorio de adolescencia se indica test de VIH previo consentimiento informado. En el centro de salud no realizan estos test a adolescentes. Y en el servicio de obstetricia del otro hospital realizan test de rutina a todas las pacientes también previo consentimiento.

Ni en el consultorio de adolescencia ni en el centro de salud reciben casos de complicaciones de aborto, aunque el informante del primer consultorio señala que 'tienen la obligación de notificar a los padres y a la policía'. El informante del servicio de tocoginecología manifiesta que el hospital tiene un subregistro importante de complicaciones de aborto. La pauta que siguen en el trabajo con adolescentes en estos casos consiste en 'solucionarle el problemas sin mayor crítica alguna, y sin hacer la denuncia policial, como en realidad se debería'. Una vez resuelto el episodio, derivan a la paciente a salud reproductiva.

El personal del centro de salud tiene capacitación para denunciar los casos de violación en el juzgado de menores, pero no han recibido adolescentes en situación de abuso sexual. El consultorio de adolescencia no ha atendido casos de embarazo por violación, pero sí de menores víctimas de abuso sexual. Para el tratamiento de estos casos se vinculan con la unidad de violencia familiar de la Dirección de Minoridad y Familia, porque señalan que generalmente involucran la agresión de familiares con encubrimiento de la madre. El informante del servicio de tocoginecología señala que los casos de violación toman carácter policial y generalmente no se atienden en ese hospital.

Todos los entrevistados reconocen avances en salud reproductiva en la provincia, con la implementación del Programa de Procreación Humana Responsable. Entre las acciones, uno de los informantes destaca el Ateneo Perinatal, el Comité de Muerte Materna, el Comité de Seguimiento Perinatal, y la administración sistemática de hierro durante todo el embarazo.

Sin embargo, la ausencia de un programa específico para adolescentes se combina en la provincia con su exclusión del programa de procreación responsable. Según uno de los informantes es requisito de la población bajo este programa ser mujeres mayores de 18 años y haber tenido al menos un hijo. De ahí que una de las recomendaciones de los informantes, insistir en la anticoncepción en la adolescencia, se vincule con la propuesta de incorporar al programa provincial a la población adolescente.

Las estrategias propuestas desde los consultorios de adolescencia y pediátrico resultan bien interesantes. En el primer caso se propone coordinar con el servicio de maternidad del mismo hospital para la atención en el consultorio de control de embarazo. En el segundo, se recomienda implementar la atención integral en pediatría, incorporando la oferta de anticoncepción para los padres de los niños que acuden a atenderse al consultorio.

En todos estos casos, las estrategias propuestas concurren de forma clara en el objetivo de implementar una atención integral de la adolescencia desde el sector salud, al integrar la atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios ya existentes para adolescentes y, a su vez, incorporar a los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Provincia de Misiones

En la provincia de Misiones se realizaron cinco entrevistas a profesionales de los servicios de salud. La muestra se distribuyó en cuatro hospitales y un centro de salud, todos de la jurisdicción provincial y ubicados en la ciudad de Posadas. Los servicios involucrados fueron los de adolescencia y endocrinología, y obstetricia, una unidad perinatal, y la residencia en atención primaria.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

Las consideraciones acerca de la problemática adolescente son bien heterogéneas entre los informantes clave de los servicios de salud de la provincia de Misiones. Los entrevistados que se ajustan más a la información que recaban de su práctica profesional destacan los motivos más frecuentes de consulta en su servicio, tales como alteraciones en la imagen corporal, o bien desconocimiento de enfermedades de transmisión sexual, señalando una distribución más o menos homogénea entre sectores sociales. Los otros refieren a problemáticas más vinculadas con las condiciones sociales, relacionadas especialmente con distintas carencias: de educación, contención familiar, proyectos, ocupación útil del tiempo en un caso, y falta de trabajo, de ideales, y/o modelos en otros.

Esta diversidad de opiniones sobre la problemática adolescente se diluye en la consideración del embarazo precoz. La totalidad de los informantes manifiesta aproximaciones negativas en su evaluación del embarazo en adolescentes. Estas aproximaciones negativas se expresan tanto en la definición de los elementos que estarían contribuyendo con su emergencia como en la evaluación de sus consecuencias.

Los informantes vinculan la ocurrencia del embarazo con el espectro de carencias con el que definieron la problemática en la adolescencia. Así, el embarazo precoz aparece como producto de las presiones sociales sobre los ideales de apariencia física, de la falta de educación y de

información acerca de los factores de riesgo y de la prevención, de la ausencia de proyectos personales y de contenciones familiares, y de la imposibilidad de acceder a fuentes de trabajo.

Las consecuencias asignadas a los embarazos en los adolescentes reúnen aspectos físicos, emocionales, sociales, familiares y personales, con diferentes alineamientos. Algunos informantes consideran que existen riesgos sanitarios como prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, anemia, infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual, mientras que otros afirman que la mayoría de estos embarazos culminan en un parto normal sin demasiadas patologías. Esta divergencia de opiniones se reproduce en la mayoría de las jurisdicciones analizadas y refleja en cierto modo la discusión planteada en la literatura médica.

Las opiniones coinciden en relación con las consecuencias sociales y personales del embarazo adolescente. Los principales problemas señalados son el desequilibrio económico, las rupturas familiares, la imposibilidad de seguir estudiando, la repetición de la historia familiar, incluyendo el abandono y las carencias afectivas. En un solo caso se entiende que en los sectores más humildes formar una nueva familia a propósito del nacimiento de un hijo podría convertirse en una solución al descongestionar la carga económica en la casa de los padres.

Las propuestas de estrategias de prevención del embarazo adolescente se centran especialmente en el trabajo comunitario. Algunos de los informantes destacan la necesidad de implementar talleres o grupos de adolescentes a nivel barrial que quiebren la distancia entre los chicos y los médicos. En tal sentido, se propone la participación de punteros barriales, trabajadores sociales, agentes sanitarios, en la organización de estas actividades.

Son pocas las propuestas para el mejoramiento de la atención del embarazo adolescente. Uno de los informantes sugiere garantizar un buen control de embarazo para evitar la repitencia, incluyendo mayor tiempo de consulta y mejores explicaciones. Y otro propone un abordaje interdisciplinario de la atención del embarazo, incorporando a trabajadores sociales en la evaluación de las condiciones de las adolescentes, y otros profesionales en los cursos de preparación para el parto, fomento de la lactancia en las salas de espera, y seguimiento de las chicas una vez finalizado el embarazo: 'no hemos logrado, salvo excepciones, que vuelvan a buscar la planificación familiar.'

Abordajes institucionales

De los informantes entrevistados en Misiones, tres corresponden a la maternidad central de la provincia, unidad perinatal y servicio de obstetricia, uno al hospital pediátrico y otro a un centro de salud de Posadas. El hospital pediátrico cuenta con un centro de crecimiento y desarrollo, un servicio de ginecología infanto juvenil y un consultorio de adolescencia. La informante señala que este consultorio no cuenta con recursos especiales, 'ni siquiera está establecido como centro de referencia de la provincia'. No tienen programa especial ni línea de trabajo específica para abordar el embarazo adolescente. El centro de salud ofrece control de embarazo, control ginecológico y consejería en salud sexual. Los partos se realizan en la maternidad central. Las embarazadas adultas y las adolescentes comparten el mismo esquema de atención.

La unidad perinatal de la maternidad reúne a los servicios de obstetricia y de neonatología. No cuenta con un programa específico para adolescentes; los consultorios atienden de manera indistinta a adultas y adolescentes. Informalmente, se producen derivaciones de adolescentes embarazadas a dos médicas con interés especial en su atención.

El servicio de obstetricia de la maternidad atiende, según los informantes, 7.000 partos al año, correspondiendo el 23% a madres adolescentes. A pesar de esta proporción, ya no cuenta con consultorio de adolescencia y mantiene también el mismo esquema de atención de embarazo para adultas y adolescentes. Uno de los informantes afirma que anteriormente el servicio tuvo consultorio especial para adolescentes, pero que con el tiempo este fue 'copado' por otros componentes.

Los servicios del centro de salud son totalmente gratuitos, sin ningún tipo de contribución. El hospital de pediatría es un hospital de autogestión que factura a las obras sociales de los pacientes afiliados; la atención es gratuita para los pacientes sin cobertura. En la maternidad, según los informantes, existen bonos colaboración, que quedan sujetos a la capacidad de pago de los pacientes.

Todos los servicios entrevistados proveen métodos anticonceptivos, a excepción, paradójicamente, del consultorio de adolescencia del hospital pediátrico, quien realiza sólo consejería: 'nosotros lo que

hacemos es trabajar en educación, pero no ofrecemos la pastilla anticonceptiva ni ningún otro método'. El centro de salud cuenta con métodos orales y recientemente se han incorporado los inyectables. No disponen de preservativos y no tienen incorporada la anticoncepción de emergencia. El acceso a los métodos queda sujeto sólo a un examen clínico con buenos resultados.

Según los informantes, la maternidad sólo tiene disponibilidad esporádica de preservativos. El stock, provisto por el programa nacional, incluye anticonceptivos orales generales y de lactancia, y DIUs. El acceso a los métodos depende de la realización de estudios complementarios: serología, VDRL y HIV, control cervical, papanicolaou y examen de flujo. No tienen incorporada la anticoncepción de emergencia.

El consultorio de adolescencia del hospital pediátrico solicita reacciones de VIH en laboratorio para las 'poblaciones de riesgo', pero el informante no define los criterios para determinar estas poblaciones. En el centro de salud, la realización de rutina de test de VIH en todo control de embarazo queda reducida, según el informante, a 'una expresión de deseos', 'puesto que no todos los centros pueden realizarlo porque no hay reactivos'; 'se pide, pero a veces queda en el papel'.

En la maternidad, las opiniones están divididas entre los informantes. En un caso se afirma que realizan el test de VIH en todas las embarazadas como parte del control de embarazo, y en los otros dos se destaca que el hospital no siempre cuenta con reactivos suficientes para la realización del test en todas las pacientes. Uno de ellos afirma que el servicio de enfermedades de transmisión sexual indica la realización del test en algunos casos: pacientes sin estudio realizado y VDRL positivo, pacientes con neumonía, micosis o alguna patología que denote deficiencia inmunológica.

El hospital pediátrico y el centro de salud no reciben casos de aborto. Las pacientes que llegan con hemorragia a la guardia del hospital pediátrico son evaluadas por un ginecólogo y, si se trata de un aborto en curso o de una complicación, son derivadas a otro hospital. El servicio de obstetricia de la maternidad tampoco recibe complicaciones de aborto; estos casos son atendidos en el servicio de ginecología, con un promedio mensual de 100 complicaciones de aborto, según uno de los informantes, y entre 50 y 60, según el otro, siendo más del 50% de adolescentes.

El hospital de pediatría es el único de los servicios entrevistados que cuenta con un mecanismo preestablecido para atender los casos de abuso sexual o violación. Algunos de sus profesionales tienen firma registrada en el juzgado, y son los autorizados para realizar el diagnóstico presuntivo de abuso sexual. Estos profesionales son convocados ante los casos en los que se sospecha abuso, realizan el informe y efectúan la denuncia. Los pacientes quedan internados hasta que se constate que 'están en condiciones psico-emocionales y físicas de regresar a su casa'. Un asistente social evalúa el episodio. Las pacientes que están embarazadas son derivadas al servicio de perinatología.

En el centro de salud no existe ninguna indicación ni vínculo con otras instituciones para atender los casos víctimas de violencia sexual. El informante relata que en ese momento están atendiendo una paciente cursando su segundo embarazo, cuyo primer hijo es producto de un abuso de su padre. La falta de herramientas adecuadas de los servicios de salud para abordar los casos de violencia sexual parece manifestarse especialmente en los centros del primer nivel de atención, planteando desafíos urgentes en la planificación de la atención primaria de salud.

Los profesionales de la maternidad coinciden también en un diagnóstico de impotencia frente al tratamiento de los casos de violencia sexual. Si bien, a diferencia del centro de salud, cuentan con el apoyo de una asistente social y una psicóloga, no han tramado relaciones en torno a este problema con ninguna otra institución, y manifiestan muchas dificultades en la presentación de las denuncias debido al silencio familiar y de las propias víctimas del abuso. Nuevamente, de manera coincidente con las demás jurisdicciones analizadas, aquí se plantea la urgencia de definir y establecer guías para la atención de las víctimas de violencia sexual.¹⁷

Finalmente, todos los informantes de los servicios de salud entrevistados en Misiones coinciden en la inexistencia en la provincia de políticas, programas o acciones concretas orientados a la

¹⁷ Suponemos también que, como la mayoría de los entrevistados son médicos, puede existir una desvinculación entre el abordaje clínico de las víctimas de violación y los procesos que desencadena la intervención de los asistentes sociales. No obstante, la mayoría de las opiniones médicas al respecto devela grandes vacíos en el tratamiento de estos casos y muy poca efectividad en la prevención del círculo de la violencia familiar desde el sector salud, aun cuando los profesionales médicos son los encargados de atender sus consecuencias más nefastas, tales como los embarazos producto de las violaciones incestuosas.

prevención o a la asistencia del embarazo adolescente. La estrategia más cercana que se conoce para el abordaje de esta problemática es el programa de salud sexual y reproductiva. Uno de los informantes declara que 'los planes materno infantiles han estado protegiendo mucho a la mamá embarazada y al bebé menor de 2 años, y nuestros adolescentes se están desnutriendo y están en alto riesgo'. Sin desmerecer la prioridad de la población materno infantil en cuestiones de salud pública, los contenidos de esta sentencia podrían ser una alerta para reforzar las políticas de salud orientadas a la población adolescente.

Otra de las propuestas interesantes manifestadas por los informantes consiste en garantizar la articulación en red de los hospitales con los centros de salud de la provincia, incorporando también vínculos intersectoriales, debido al desconocimiento existente del trabajo de los distintos niveles.

Rosario

En la ciudad de Rosario se realizaron siete entrevistas en servicios de salud. Involucraron a dos hospitales municipales, un hospital provincial y una maternidad municipal, en sus consultorios de adolescencia y psicología, consultorios externos, consejería y directivos.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

Los informantes de los servicios de salud de la ciudad de Rosario coinciden en vincular la problemática adolescente con los procesos de pauperización y deterioro social de los últimos años. Algunos de ellos centran especialmente la atención en los sectores medios que han visto retroceder su situación económica recientemente. También en algún caso se reproduce el prejuicio de la naturalidad con que los sectores más pobres vivirían las carencias en el acceso a mejores condiciones de vida.

Entre los problemas más comunes, los informantes incluyen la violencia, la discriminación, la falta de posibilidades de estudiar o trabajar, y el consumo de tabaco, alcohol y drogas. En cuestiones específicas de salud sexual y reproductiva, se señala la falta de información y de educación, y la imposibilidad de acceso o el mal uso de los métodos anticonceptivos.

Las opiniones acerca del embarazo en la adolescencia van desde consideraciones francamente negativas a relativizaciones generalmente vinculadas con la pertenencia social de la adolescente embarazada, aunque también en algún caso con la edad, la existencia de una pareja estable y el deseo de ese embarazo como 'proyecto de vida'.

La consideración negativa del embarazo adolescente se manifiesta especialmente en la evaluación que hacen los informantes de los elementos que contribuyen con su ocurrencia. Entre estos elementos se repiten la falta de información, el mal uso de métodos anticonceptivos, la falta de inserción en los colegios, en el trabajo y en la comunidad, la ausencia de proyectos propios diferentes al embarazo, las carencias afectivas y de contención familiar, y el abuso sexual. No obstante, en algún caso se señala también al embarazo en la adolescencia como expresión de disconformidad con la historia familiar y con la decisión personal de tener un hijo.

En la evaluación de las consecuencias del embarazo precoz, se señala la ausencia de problemas físicos si el embarazo es diagnosticado y controlado adecuadamente. Pero se destacan problemas de identidad frente a la responsabilidad de la maternidad y ausencia generalizada de pareja. También se menciona el acceso al aborto que tendrían los sectores más acomodados como una de las consecuencias.

Las estrategias de prevención del embarazo adolescente propuestas por los informantes de la ciudad de Rosario combinan educación sexual en las escuelas con la búsqueda social de mejores oportunidades para los adolescentes. La propuesta de incluir más contenidos de educación sexual e información en salud reproductiva queda sin embargo dependiendo de factores psicológicos y sociales, vinculados con las historias personales y familiares de los adolescentes. En este otro sentido es que se sugiere, quizás de manera no demasiado ajustada, la promoción de estilos de vida saludables y proyectos de vida.¹⁸

¹⁸ Muchas veces se confunde el mejoramiento de las condiciones de vida de la población con la promoción de estilos saludables de vida. Pensamos que el primer caso apela a la responsabilidad social por el bienestar de la población, mientras que el segundo enfatiza en la posibilidad de incentivar cambios personales a nivel de la conducta. Las políticas

Las propuestas para mejorar la atención de los adolescentes incluyen la organización de equipos de salud que puedan atender de manera integral la problemática de los adolescentes que se encuentren en una situación social y personal más desprotegida, comprometiendo espacios exclusivos de atención en los servicios de salud. En cuanto a la atención específica del embarazo en adolescentes, los informantes enfatizan en el cuidado de factores psicológicos. Desde esta perspectiva, se propone el acompañamiento y la información para el parto y los cuidados del bebé, la promoción del acompañamiento de la familia a los controles y a la sala de partos, una atención diferenciada, incluyendo mayor tiempo de consulta para expresar sus problemas, especialmente para las menores de 16 años.

A su vez, algunos informantes señalan su desacuerdo con lo que denominan 'la patologización del embarazo adolescente', entendiéndolo que 'tiene que ser la mejor atención como en todas las mujeres, sin distinción'. La apreciación resulta interesante puesto que alerta sobre la necesidad de explicitar que la búsqueda de atención especial para las adolescentes embarazadas no significa ir en desmedro de la calidad de la atención de las mujeres adultas.

Abordajes institucionales

En la ciudad de Rosario, cuatro de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud se realizaron en la principal maternidad municipal, abarcando la dirección, la coordinación de adolescencia y embarazo, y los consultorios de psicología y de consejería. Las entrevistas restantes se realizaron una en el consultorio de adolescencia del servicio de ginecología de un hospital general municipal, otra en el servicio de obstetricia del hospital provincial, y la última en consultorios externos del hospital de niños municipal.

Los servicios que provee la maternidad municipal son gratuitos, aun cuando el hospital cuenta con una cooperadora y se solicita un dador de sangre para la internación. En ella se atienden los partos, y luego las pacientes son referenciadas a los centros de salud o a un centro de especialidades médicas descentralizado de la maternidad. Si bien existe una coordinación de adolescencia y embarazo, el programa rentado de embarazo en adolescentes ha dejado de funcionar debido al retiro de los fondos. No obstante, los informantes manifiestan tener una línea de trabajo específica para atender adolescentes embarazadas apoyada en una ordenanza municipal que indica la supervisión de los casos por el área de trabajo social, en articulación con el juzgado de menores. El procedimiento incluye la convocatoria de un adulto responsable para la firma del alta.

En el hospital general municipal, que cuenta con consultorio de adolescencia, funcionaba un programa especial hasta hace unos años, que contaba con un equipo interdisciplinario, pero que también 'por cuestiones de organización, tiempo y falta de personal se fue diluyendo'. No obstante, el hospital cuenta con un consultorio específico para el control de embarazo de adolescentes, y también con horarios exclusivos para la atención ginecológica de adolescentes. Mientras que el curso de preparación para el parto y el puerperio es abierto a mujeres de todas las edades. Los protocolos de atención del embarazo también son los mismos para adultas y adolescentes, incluyendo la misma cantidad prevista de controles.

El servicio de obstetricia del hospital provincial cuenta con un consultorio específico para la atención del embarazo en adolescentes, pero las chicas comparten la sala de espera con las mujeres adultas. El servicio no tiene una línea de trabajo específica para la atención de las adolescentes y el informante afirma que 'no hay nada de lo que se debería tener, educadores, capacitadores, asistente social...'.

Los consultorios externos del hospital de niños, aun con una infraestructura muy reducida, cuentan con dos médicos especializados en salud integral del adolescente, e incluyen servicios de salud mental, ginecología y trabajo social. Actualmente están en proceso de implementación de un proyecto de Coordinación de Salud Integral del Adolescente de Rosario, dependiente de la Dirección de Atención Médica de la Secretaría de Salud Pública. La implementación, según relata el informante, aprovechará el funcionamiento en red con los centros de salud.

sanitarias pueden dirigirse en uno u otro sentido, o en ambos, pero es importante considerar que la promoción de estilos de vida requiere como condición necesaria asegurar la disponibilidad de los bienes y servicios básicos para una vida saludable.

La maternidad provee métodos anticonceptivos en forma gratuita para todas las pacientes, incluyendo anticonceptivos hormonales, de lactancia, inyectables mensuales y trimestrales, DIU (sólo después del primero o segundo parto en mujeres adultas), y preservativos. En cuanto a la utilización de anticoncepción de emergencia, no parece haber acuerdo entre los informantes. Mientras unos afirman indicarla y utilizarla, otros aseguran que a la maternidad 'no llegan ese tipo de pacientes'.

El hospital general municipal recibe insumos anticonceptivos de la Secretaría de Salud Pública y del Ministerio Nacional. Cuentan con inyectables trimestrales y mensuales, anticonceptivos orales, DIU y preservativos. Para los anticonceptivos de lactancia dependen de las muestras médicas. Las adolescentes son asesoradas en el consultorio de pediatría, y privilegian la recomendación de preservativos. No es necesaria la realización de papanicolaou; el estudio se indica después del año de la iniciación sexual.

En el hospital provincial la provisión de métodos anticonceptivos a las adolescentes tampoco requiere ningún otro estudio más que una historia clínica satisfactoria. Cuenta con anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y ocasionalmente preservativos. El informante manifiesta ser uno de los fundadores del Consejo Argentino de Anticoncepción de Emergencia. Y afirma que 'cada adolescente tiene una indicación justificada, que no tiene que ver con la actividad sexual en sí misma, sino con su comportamiento personal', en lo que parece ser una apreciación de la capacidad de las chicas para administrar sus métodos anticonceptivos.

Al igual que los hospitales de niños entrevistados en otras jurisdicciones, el de la ciudad de Rosario tampoco provee métodos anticonceptivos, y sólo presta servicios de consejería en sus consultorios externos, a pesar de contar con un servicio de ginecología.

La ciudad de Rosario cuenta con un programa municipal de prevención de vih y sida, PROMUSIDA. Los informantes afirman que en la maternidad se realiza pesquisa universal de vih en las embarazadas, así como el tratamiento correspondiente para prevenir la transmisión vertical. No obstante, el informante del hospital de niños reconoce que tienen subregistro de vih en pediatría, realizando el test en casos puntuales de inmunodeficiencia.

En el hospital general municipal proponen la realización del test de vih cuando las chicas 'tienen pareja nueva y no quieren utilizar preservativo'. Mientras que en el servicio de obstetricia del hospital provincial el dosaje es de rutina para todas las mujeres embarazadas.

La estimación de los ingresos por aborto a la maternidad no resulta coincidente entre los informantes. Algunos afirman un volumen de casos en aumento, mientras otros aseguran que en general los abortos no llegan a la maternidad sino al hospital de emergencias o a servicios de ginecología, puesto que esta está asociada con el embarazo y el parto. De todas maneras, el abordaje parece consistir en la preservación de la intimidad de las mujeres, alterando la causa de internación y evitando las denuncias. Sí, en el caso de las menores se notifica a los padres para la autorización de las prácticas, señala uno de los informantes, pero aclara 'nosotros no le preguntamos a la madre si fueron abortos inducidos o no, sino que tratamos a todas por igual'.

El hospital general municipal recibe una adolescente con complicación de aborto por día. El informante estima que alrededor del 10% de todos los abortos incompletos que se atienden en el hospital corresponden a adolescentes. Afirma también que no se realiza denuncia ni notificación a los padres, aunque 'como tienen que estar internadas, por ahí un padre o tutor o un adulto tiene que venir a firmar el alta'.

En el hospital provincial estarían recibiendo unas 350 complicaciones de aborto por año, correspondientes a todos los grupos etáreos. El informante no menciona ningún tipo de denuncia, pero sí notificación a los padres en el caso de las menores de edad. Afirma también que durante la internación se realiza consejería en anticoncepción y se cita a las pacientes a consultorio para establecer planificación familiar. En el hospital de niños no reciben complicaciones de aborto.

Los profesionales entrevistados en la maternidad manifiestan tener muchas dificultades con la denuncia y el tratamiento legal de los casos de abuso sexual. La apreciación general coincide en señalar el contexto familiar de perpetración y ocultamiento posterior del abuso. Su resolución parece quedar en manos del servicio de trabajo social. No obstante, vuelven a aparecer como síntomas preocupantes la reducción a la privacidad familiar de la responsabilidad de la denuncia de este tipo

de delitos, por lo menos desde la perspectiva médica, y el prejuicio de la naturalización en los sectores sociales más desprotegidos.

En el hospital general municipal han iniciado acciones para incorporar la anticoncepción de emergencia en las guardias frente a los casos de violación. El tratamiento incluye la comunicación con trabajo social para la realización de la denuncia del caso.

El informante del hospital provincial afirma que existe una frecuencia creciente de abuso sexual. Coincide en que los casos de abuso generalmente se producen dentro de la familia y del núcleo de relaciones cercanas de la víctima. Sin embargo, la detección médica depende de la información espontánea que realicen las adolescentes, y es en esa instancia en la que 'entra la obligación de denunciar el problema'.

En el hospital de niños funciona un comité de maltrato infantil, y hacen denuncia judicial y policial de los casos de violencia sexual. No obstante, el informante reconoce también que muchas veces la denuncia no sigue su curso debido a que la madre no la mantiene y desiste, observando una suerte de complicidad entre esta y el abusador dentro de la familia: 'el abuso sexual es mucho más frecuente de lo que parece, por lo menos de lo que se denuncia (...); está muy aceptado, hay cómplices internos dentro de la casa, la madre y el abusador. Hacemos la denuncia a tribunales, a la policía, al juzgado de menores, y después la madre desiste...'

Finalmente, las opiniones de los informantes acerca de la existencia de políticas locales en adolescencia y embarazo son disímiles. Algunos destacan la ordenanza municipal que creó el programa local de salud reproductiva con anterioridad a la sanción de una ley provincial. No obstante, el programa incluye sólo a adolescentes que ya hayan tenido un embarazo para la provisión gratuita de métodos anticonceptivos.

Las propuestas de políticas y acciones adicionales también difieren entre los informantes. Uno de los ejes recupera el acercamiento a la comunidad de los servicios de salud, trabajando en la prevención. Otro, el reconocimiento de la necesidad de la existencia de espacios exclusivos de atención para adolescentes en los servicios de salud. También se destaca la necesidad del fortalecimiento de las redes, promoviendo la participación de los adolescentes en los programas sociales.

Una idea interesante como acción desde los servicios, consiste en el aprovechamiento del tiempo de internación pediátrica en el hospital de niños para la organización del trabajo en prevención con las madres.

Provincia de Salta

En la provincia de Salta se realizaron tres entrevistas a profesionales de instituciones públicas de salud. Las instituciones fueron dos hospitales y un centro de salud provinciales de la ciudad capital.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

Los informantes clave de los servicios de salud enfatizan en distintas dimensiones en su consideración de la problemática adolescente. De manera más general, aparecen como más preocupantes los problemas económicos, laborales, de relación y de competitividad, comunes a todos los sectores sociales. Los embarazos, los accidentes y el consumo creciente de drogas son asociados con la pobreza.

Sólo una de los informantes se concentra de manera exclusiva en la problemática de la salud reproductiva de la población adolescente. En este caso, se relaciona 'el machismo que hay en la provincia' con la mala información en salud reproductiva, en el autocuidado del cuerpo y con la falta de respeto al disenso. Las diferencias sociales se expresan, según esta informante, en los problemas de acceso a los métodos anticonceptivos.

Las consideraciones acerca del embarazo en la adolescencia son disímiles. En un caso se considera al embarazo precoz como el producto de interrupciones en la autoestima de los adolescentes en algunos grupos sociales. En otro, se hace hincapié en que los embarazos en la adolescencia no son

embarazos no deseados, sino inoportunos.¹⁹ Mientras que el último considera que este es un embarazo de altísimo riesgo, puesto que 'la adolescente va a ser madre en una edad en la que todavía no ha terminado de crecer física ni psíquicamente, no está preparada ni tiene las condiciones económicas para mantener al chico'.

Las coincidencias en la apreciación negativa del problema se manifiestan en la evaluación de las consecuencias del embarazo adolescente, aunque persistan diferentes perspectivas. Entre estas consecuencias se mencionan dificultades para concretar 'proyectos de vida', repitencia de los embarazos, inestabilidad de pareja, abandono escolar, disrupción de los modelos 'clásicos' de familia y, por primera vez, una preocupación por el desarrollo psicosocial de los varones: 'creo que afecta el desarrollo afectivo de los varones; internamente queda una laceración de orden emotivo o afectivo en los varones'. En un solo caso se mencionan riesgos médicos relativos a posibilidad de partos prematuros, bajo peso al nacer e infecciones.

Las estrategias de prevención propuestas por los informantes no son demasiado específicas; en general reúnen un abordaje interdisciplinario de la problemática adolescente desde una perspectiva amplia con la promoción de la educación sexual.²⁰

Abordajes institucionales

Las entrevistas se realizaron a profesionales médicos del hospital de niños, de un centro de salud y de los servicios de obstetricia y ginecología de la maternidad provincial. Centraremos el análisis en este último caso, puesto que en el caso del hospital de niños, el informante afirma que los chicos concurren al servicio de programas comunitarios para la obtención del certificado de aptitud física para ingresar al secundario o por patologías habituales como resfríos y catarros, sin que exista prestación de métodos anticonceptivos, ni determinaciones de vih, ni atención de complicaciones de aborto. En el centro de salud, se ofrecen anticonceptivos orales, pero no hay en la entrevista mayores descripciones de los procedimientos de atención.

En la maternidad, los servicios de obstetricia y ginecología están transversalizados por tres 'proyectos': internación, consultorio externo, y sala de partos. Los servicios son gratuitos. No cuentan con una línea de trabajo específica para adolescentes, y tampoco existe una atención especial para las jóvenes después del parto. La única iniciativa específica que menciona la informante es un proyecto de consentimiento informado para la colocación de DIU en adolescentes con la 'información y la aceptación de su padre'.

A pesar de contar con insumos del programa nacional de salud sexual y procreación responsable, tales como inyectables, anticonceptivos orales y DIU, la informante manifiesta que se privilegia la recomendación del método de la lactancia exclusiva MELA, 'que evita la menstruación y los embarazos'. También aclara que 'no todos los ginecólogos están distribuyendo métodos anticonceptivos', ubicando a este hospital en un lugar notoriamente rezagado respecto de los otros ya analizados en otras jurisdicciones. Tampoco trabajan con anticoncepción de emergencia.²¹

El test de vih es indicado a todas las mujeres embarazadas, sin consentimiento informado, aunque se aclara que si la paciente manifiesta espontáneamente que no desea realizárselo, no se lo exigen. En este procedimiento no se hace distinción entre adultas y menores.

La informante afirma que las complicaciones de aborto son un grave problema, no tanto porque se corresponden con la primera causa de muerte materna desde 1996, con la excepción de 2002 en que fueron la segunda, sino principalmente porque 'algunas personas utilizan el aborto como un método anticonceptivo más...'. Cuando llegan menores de edad con complicaciones de aborto está claro que realizan la denuncia y notifican a los padres. Mientras que los consejos una vez resueltas las complicaciones dependen de cada profesional.

La aproximación de la informante a los casos de violación de adolescentes resulta más que preocupante: '...en el caso de violaciones de niños creo que hay que matar a los violadores. En los

¹⁹ En este caso, la informante refiere al trabajo de Ana Coll, fundadora del Servicio de Adolescencia del Hospital de Clínicas 'José de San Martín' (UBA).

²⁰ No hay propuestas de mejoramiento de la atención del embarazo precoz en estas entrevistas.

²¹ En el caso de esta entrevista sería interesante poder despejar en qué medida la opinión de la informante se reproduce en el abordaje de la maternidad. De todas formas, y según los desarrollos ulteriores del relato, resulta significativo que la maternidad confíe la atención de la salud sexual y reproductiva a profesionales que por ejemplo dudan si hubo provocación en una violación.

adolescentes es más complicado porque hay que ver si fue violación o provocación'. En estos casos la informante fomenta la entrega en adopción de los bebés, 'cuanta gente hay que quiere tener hijos y no puede'. No tienen establecido trabajo con otras instituciones por este tema, y tampoco el hospital cuenta con un psicólogo. El procedimiento sería 'hablar con la policía y tratar de que se haga la denuncia'.

Finalmente, los tres informantes de los servicios de salud de Salta manifiestan no conocer la existencia de legislación o políticas específicas en la provincia orientadas a la adolescencia y el embarazo. Las propuestas de política, con la excepción de la promoción de la ley de salud reproductiva, quedan en general acotadas a campañas de difusión e información, con especial mención de las consecuencias de los abortos, capacitación de educadores, y talleres de comunicación entre padres e hijos. La única institución civil que se menciona es una relacionada con la iglesia local que trabaja en métodos naturales.

Provincia de Tucumán

En la provincia de Tucumán se realizaron cinco entrevistas a informantes clave del sector público de salud. Las instituciones fueron cuatro hospitales y una maternidad provinciales de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo

La mayoría de las opiniones de los informantes clave de los servicios de salud entrevistados en la provincia de Tucumán refiere a la ausencia de modelos y de contención familiar para los adolescentes. Así se apela a ideas de ruptura del tejido social, brechas de comunicación entre adolescentes y adultos, soledad de los chicos, que se manifestarían en la desorientación de los jóvenes frente a una 'oferta creciente de opciones en su sexualidad' y en 'desbordes de conducta'. Y se manifiestan posiciones bien conservadoras que lamentan la pérdida de las familias tradicionales y entienden como uno de los problemas sociales que 'las mujeres quieren hacer lo mismo que los varones, los quieren copiar'.

La evaluación de la distribución social de la problemática adolescente generalmente apela a la desigualdad de oportunidades en el acceso a la educación y a una buena alimentación. Las referencias a las dificultades de acceso a una alimentación adecuada se destacan en las consideraciones de los informantes de Tucumán respecto de los de las demás jurisdicciones.

Las perspectivas frente al embarazo en la adolescencia no son coincidentes. Para algunos de los informantes el embarazo precoz constituye un problema vinculado con las condiciones de vida de los jóvenes, y para otros con deficiencias del sistema de salud en sus acciones de prevención. Sin embargo, la evaluación de los factores que contribuirían a su ocurrencia vuelve a reagrupar a los informantes en una perspectiva que reproduce muchos de los prejuicios sociales que impiden un abordaje integral de la problemática adolescente. Así se mencionan un inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, ambientes 'promiscuos' de vida en los sectores pobres, falta de educación y de información, fragilidad por el divorcio de los padres, tipo de estructura familiar con alteración de roles entre padres e hijos.

La evaluación de las consecuencias del embarazo adolescente reúne impactos de tipo fisiológico, psicológico y social. Se plantea la interrupción del crecimiento por la progesterona, la detención del desarrollo puberal en chicas que no han completado la madurez física. Pero también se destacan interrupciones en los estudios, en los 'proyectos de vida', la pérdida de libertad.

Las estrategias de prevención propuestas por los informantes se centran especialmente en fortalecer la educación sexual y la información. Uno de los informantes sostiene, para este último caso, la necesidad de trabajar en el incremento del acceso de los jóvenes a los centros de planificación familiar, donde pueden recibir en forma gratuita información y métodos anticonceptivos.

En cuanto a la atención, las propuestas resultan mucho más consistentes. Se enfatiza la atención primaria, la inclusión de servicios de procreación responsable en mayor cantidad de centros de atención primaria (CAPs) en la provincia, mayor comunicación con las parejas de las chicas embarazadas, contención, y la disposición de un ámbito especial de atención, distinguido del de la atención de adultas. Esta atención especializada debería incluir un equipo interdisciplinario

constituido por médicos, psicólogos, asistentes sociales, acompañamiento en el parto, anestesia peridural y seguimiento intensivo de la ocurrencia de cesáreas.

Abordajes institucionales

Las entrevistas se realizaron en el área de educación sanitaria de un hospital general provincial, en el servicio de terapia familiar del hospital provincial especializado en salud mental, en la unidad de adolescencia y la sala de partos de otro hospital general provincial, y en el área de promoción y prevención de la salud de la maternidad provincial. Se presenta en primer lugar la información, más inespecífica, de los dos primeros hospitales, y después se analiza más extensamente la correspondiente al otro hospital general y a la maternidad. Se destaca que todos los servicios de salud entrevistados en la provincia de Tucumán cuentan con la previsión de algún tipo de arancel o bono contribución para consultas y prácticas, y en algún caso incluso para la prestación de métodos anticonceptivos.²²

En el primero de los hospitales generales provinciales entrevistado, no tienen programa ni línea de trabajo específica con adolescentes en el área de educación sanitaria. Realizan educación sexual y abordaje comunitario dentro del programa de salud sexual y reproductiva, pero no proveen métodos anticonceptivos. El trabajo con vih/sida sólo está incorporado nominalmente. No trabajan con complicaciones de aborto, y no han establecido vínculo con otras instituciones por la problemática de abuso sexual.

El hospital especializado en salud mental tuvo en el pasado servicios para adolescentes, que actualmente están fuera de funcionamiento, después de una evaluación que consideró muy problemático combinar la atención de menores con la de adultos con patologías psiquiátricas severas. El hospital no es lugar de consulta de embarazo. Cuentan con anticonceptivos orales para pacientes ambulatorios y en internación. No tienen incorporado la atención de hiv/sida, con la excepción de indicación test en casos de drogadependencia. No reciben casos de aborto. Reciben derivaciones del tribunal de menores por violación. En estos casos realizan la denuncia y hacen contención terapéutica.

El segundo de los hospitales generales provinciales en el que se realizaron entrevistas cuenta con una unidad especializada en adolescencia, trabajando en forma coordinada con los servicios de ginecología, endocrinología, cardiología, salud mental, odontología y dermatología. El área sigue los objetivos del programa de atención integral del adolescente. Realizan sólo los primeros controles de embarazo. No realizan seguimiento de las chicas, a menos que ellas regresen espontáneamente después del parto.

La sala de partos del mismo hospital trabaja con médicos de guardia, sin continuidad en la observación de las pacientes. No cuentan con ninguna línea de trabajo específica para adolescentes, con la excepción del requisito legal de la firma de un adulto responsable al alta de la joven y el bebé.

La maternidad provincial también tuvo un programa de salud integral del adolescente entre 1997 y 2000, pero ya no funciona. Se trabaja con el servicio social para la autorización del alta de las pacientes menores de edad por parte de un adulto en ejercicio de la patria potestad.

En el hospital general se promueve la doble protección, pero no cuenta con stock de preservativos. La farmacia del hospital entrega anticonceptivos orales, previa consulta ginecológica. En ningún caso colocan DIU a adolescentes. La anticoncepción de emergencia era utilizada para 'minoradas mentales', y víctimas de violación, pero el informante destaca que 'hubo un abuso del público y ahora hay un proyecto en la legislatura para impedirla.'

La maternidad tiene un consultorio de anticoncepción que provee, según la informante, todos los métodos, incluyendo el DIU. La provisión está sujeta a la realización de estudios complementarios.

El hospital general indica el test de vih de rutina para todas las embarazadas, sin solicitar consentimiento informado de las pacientes. Uno de los informantes sin embargo señala que no se realiza efectivamente en todos los casos por falta de control prenatal, inicio tardío de la consulta o

²² El cobro de los métodos anticonceptivos en los efectores públicos de salud resulta contrario y fuera de los alcances de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

'falta de dinero para hacerse el test'. En la maternidad, la realización del test, indicado para todas las embarazadas, depende de la existencia de reactivos.

En el hospital general reciben entre 8 y 12 complicaciones de aborto por día, de las que la mitad correspondería a adolescentes. La guardia realiza siempre la denuncia policial, según pauta de trabajo del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA): 'porque tenés el riesgo de que un profesional sea denunciado por realizar un aborto, ya que a veces llegan con un aborto incompleto y hay que hacer legrado'.

La informante de la maternidad reporta un aumento de las complicaciones de aborto en adolescentes en los últimos tres años, en la misma proporción que las cesáreas. Se notifica a los padres de las adolescentes y últimamente se ha vuelto a hacer la denuncia policial, práctica que se había abandonado por unos años.

En el hospital general establecieron vínculo con minoridad y familia por los casos de violación. El informante de sala de partos señala falta de capacitación de los profesionales en el abordaje de esta problemática; mientras que la de la unidad de adolescencia declara que 'hay que ser muy cautos porque uno no sabe hasta donde han sido abusadas sexualmente o si hubo consentimiento'.²³

En la evaluación de políticas o acciones a nivel local, uno sólo de los informantes manifiesta conocer el programa de atención integral de salud del adolescente de 1997, implementado en articulación con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Otro de los informantes señala el carácter más bien individual de la promoción de las acciones específicas para la atención de salud de los adolescentes, aunque reconoce la existencia de grupos que han trabajado la sexualidad adolescente desde un abordaje 'puritano' basado en 'proponer la abstinencia como método de evitar el contagio sexual, cosa que un adolescente se te muere de risa'. El resto de los informantes manifiesta desconocer la implementación de políticas o programas a nivel local.

Entre las propuestas de políticas o acciones adicionales se privilegia la educación, por ejemplo la creación de un programa de educación integral del adolescente, pero también la capacitación de los profesionales del equipo de salud, la utilización de la historia clínica del CLAP²⁴, y habilitar dentro de los hospitales consultorios exclusivos para la atención de los adolescentes.

Conclusiones

La consideración del embarazo en la adolescencia como un problema universal ha sido largamente criticada en la literatura especializada. 'Más que un problema en sí mismo, el embarazo en la adolescencia debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social' (Guzmán *et al.*, 2001. p. 393). Esta perspectiva relativista puede constituir un buen punto de partida para analizar las significaciones asociadas al embarazo precoz que se manifiestan entre los profesionales de los servicios de salud de las distintas provincias argentinas. Especialmente, porque cualquier programa o plan de acción para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente deberá incluir a estos profesionales en su diseño y considerar la disposición de los servicios existentes.

Si bien en varios casos existe un intento de relativizar el impacto del embarazo adolescente, en general la mayoría de las opiniones parece concurrir en sus consideraciones más negativas. Ya sea reproduciendo la discusión acerca de su impacto sanitario en términos biomédicos o bien considerando las consecuencias desfavorables en la vida de los adolescentes, tanto en términos personales, familiares y sociales, el embarazo en la adolescencia parece ser considerado especialmente como un embarazo no planificado o no buscado. Son contados los informantes que hablan de embarazo inoportuno.

Estas consideraciones negativas se refuerzan cuando se evalúan las condiciones o los factores de su emergencia. La mayoría de las opiniones también coincide en que el embarazo precoz es producto de una ausencia. Esta ausencia se vincula con la falta o la carencia que, depende el informante, puede ser afectiva, económica, de reglas o roles definidos, de modelos, de 'proyectos de vida', de educación o información, de acceso a la prevención.

²³ Nuevamente el comentario resulta alarmante, al provenir de una profesional especializada en adolescencia.

²⁴ CLAP, OPS/OMS, Publicación N° 1454. *Sistema Informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*.

Los intentos de relativización del embarazo adolescente como problema social y subjetivo generalmente se fundamentan en prejuicios que aluden a cierta 'naturalidad' de la maternidad precoz en los sectores sociales más desprotegidos, incluyendo la repetición de las historias reproductivas familiares. Son muy pocas las opiniones que refieren al embarazo como proyecto posible en esa etapa de la vida, o bien como una suerte de resistencia vital a condiciones subjetivas de existencia más profundas, posiblemente vinculadas con historias personales y familiares no satisfactorias en términos afectivos.

A su vez, la recurrente linealidad que se establece entre el embarazo precoz y la falta de educación lleva a muchos de los profesionales entrevistados a proponer la estrategia educativa como principal método de prevención. Desde una perspectiva antropológica, Byron Good señala la existencia de una relación cercana entre la ciencia, incluyendo la medicina, y un fundamentalismo religioso. Esta relación provendría de nuestro concepto de 'creencia', el que sostiene que 'educar al público sobre los peligros del uso de drogas (...) los lleva a alcanzar la creencia en la cosa correcta y el problema será vencido. Eduque al paciente, les advierten las revistas médicas a los clínicos, y resuelva los problemas de falta de complacencia que afecta los tratamientos de las enfermedades crónicas.' (Good, 1994, p. 7). La generalización de esta 'creencia' se extiende especialmente en aquellos profesionales menos informados acerca de otras estrategias implementadas desde la política sanitaria.

De manera clara, las propuestas de los profesionales de salud orientadas al mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia resultan mucho más ajustadas a la dinámica y a las posibilidades del sector salud que sus estrategias de prevención. Estas últimas parecen más atadas a los prejuicios sociales que están orientando las consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo precoz.

En cambio, las estrategias para la atención consideran la oferta de servicios integrales para los adolescentes, la disponibilidad de espacios propios en los hospitales y de equipos profesionales especializados, así como el aceitamiento de la red de salud según los niveles de complejidad de la atención y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad, siguiendo bien de cerca las recomendaciones especializadas y los acuerdos internacionales en materia de atención de salud de la población adolescente.

En cuanto a la oferta concreta de servicios de atención, se observa a través de la información que proveen las entrevistas una disparidad jurisdiccional en los abordajes de la sexualidad adolescente que puede resultar significativa. Podría trazarse incluso un mapa regional referido a los avances identificados en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Las provincias de noroeste parecen tener mayores dificultades en la extensión de esta cobertura, y es en ellas donde parecen manifestarse mayores resistencias sociales a la promoción de la anticoncepción entre los jóvenes. En el nordeste se aprecia mayor flexibilidad en cuanto a las consideraciones de la sexualidad adolescente, y no aparecen manifestaciones opositoras a la extensión de la planificación familiar a menores de edad. Mientras que es la región central la que muestra sin duda las acciones más concretas en la atención específica de la sexualidad y del embarazo adolescente.

No obstante, se destaca en todas las jurisdicciones el rol fundamental que está protagonizando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la legitimación de la extensión de la cobertura en anticoncepción y en la promoción del acceso a la consulta a través de la garantía de disponibilidad de los insumos. Sin embargo, aún muchos programas provinciales de salud reproductiva no han incorporado a los adolescentes como población objetivo. Fueron varios los informantes que también han hecho recomendaciones en este sentido, para la inclusión de la atención de adolescentes en estos programas, tal como está expresado, por otra parte, en la ley nacional.

También en la mayoría de las jurisdicciones se destaca que parecen primar las voluntades y las afinidades personales de los profesionales con la atención de adolescentes que los programas o las líneas específicas de trabajo con esta población, especialmente en la atención del embarazo. Son pocos los efectores que cuentan con unidad de adolescencia en sus servicios de ginecología y obstetricia. En muchos casos se señala que estas unidades han existido en el pasado, pero que han dejado de funcionar por falta de recursos o por necesidad de infraestructura para la atención de la población general.

Esta ausencia de institucionalización de la atención específica de la adolescencia y las interrupciones señaladas en la continuidad de las acciones parecen coincidir con las conclusiones de Gogna a los estudios de caso de los programas de salud reproductiva para adolescentes en grandes ciudades de América Latina publicados en 2001: '...las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de la reforma del estado en el sector salud (aumento de la población sin cobertura médica debido al creciente índice de desempleo, reducción en los recursos públicos destinados al sector salud y la consecuente reducción en personal e insumos, etcétera) constituyen serios obstáculos para la implementación y consolidación de servicios integrales y de calidad para la población adolescente.' (Gogna, 2001. p. 287). La consideración de estos obstáculos requiere revisarse a la hora de destinar recursos para el diseño y la implementación de programas específicos.

Adicionalmente, muchas de las unidades de adolescencia que están en funcionamiento pertenecen a los hospitales pediátricos. En estos hospitales, aparentemente por norma general, no existe la oferta de anticoncepción. Por lo que estas unidades, en lo referente a la promoción y la atención de la salud sexual de los adolescentes, se ven limitadas a la oferta de consejería, sin disponer de métodos anticonceptivos. A su vez, los consultorios de planificación familiar de los hospitales generales y las maternidades, así como los centros de salud del primer nivel de atención, no cuentan con preservativos, cuando muchos de ellos intentan trabajar en la doble protección con la población adolescente.

El fortalecimiento de los servicios existentes también requiere, y muchos profesionales así lo manifiestan, capacitación del personal de salud en adolescencia, perspectiva de género y derechos sociales y reproductivos. 'La capacitación también debería tender a fortalecer y desarrollar las habilidades de los equipos de salud en el abordaje de las problemáticas del aborto inducido, la doble protección, la anticoncepción de emergencia y la violencia y las adicciones' (Gogna, 2001. p. 288).

Una mención especial en este análisis requiere el tratamiento institucional de las complicaciones de aborto y de las situaciones de violencia. Evidentemente, la sociedad parece no haber superado las dificultades en enfrentar aquellas problemáticas que no puede tramitar, y las instituciones de salud se encuentran en la trinchera con la responsabilidad de atender situaciones para las que no parecen contar con suficientes herramientas.

Si bien ambas problemáticas son disímiles, el aborto y sus complicaciones y el abuso sexual, coinciden en un punto importante: su conexión con el sistema judicial. En el primer caso porque al ser el aborto una práctica punible en la Argentina, las instituciones de salud y sus profesionales manifiestan preocupaciones vinculadas con el resguardo legal en la atención de las complicaciones. En el segundo caso, el abuso sexual es un delito que se agrava cuando las víctimas son menores de edad, y aun más cuando los victimarios son miembros de su familia o son personas que supuestamente están encargadas de su cuidado.

Sin embargo, existe un hiato que separa irreductiblemente a ambas situaciones y que parece ser el nudo que impide un abordaje institucional más cercano a la sensibilidad social que a la responsabilidad legal. Es notable que en la atención de los casos de abortos se aprecie de manera bastante generalizada la subyacencia de un juicio moral respecto de la conducta de la paciente. Es esta valoración moral la que moviliza en muchos casos la efectivización de la denuncia policial, sin desestimar la necesidad de desresponsabilización profesional en la atención de las pacientes a las que debe completarse por ejemplo un aborto que ha quedado inconcluso.

En cambio, las reacciones que provoca el ingreso a la institución de salud de una víctima de violencia sexual son en general bien diferentes. Es bastante generalizado un mecanismo de privatización de la responsabilidad por la justicia de la víctima: la denuncia queda en el terreno de la familia, con el detalle de que muchas veces es esa misma familia el territorio del abuso. Muchos de los profesionales entrevistados manifestaron sentimientos de impotencia frente a la resolución de este tipo de casos. No obstante esta resolución requiere la elaboración de estrategias institucionales.

En la institucionalización de estas estrategias, los hospitales pediátricos parecen haber avanzado mucho más que las maternidades y los hospitales generales, contando con protocolos de denuncia y de atención del abuso sexual. Y estos últimos, quizás por la disponibilidad de servicios de asistencia social, más aún que los centros periféricos de salud. Aparece así una deuda importante del primer nivel de atención en el diagnóstico y tratamiento de las víctimas de violencia sexual.

Finalmente, si bien en la mayoría de las jurisdicciones, con algunas excepciones en los sitios de mayor densidad urbana, parecen seguirse adecuadamente los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y los hospitales en la atención del control de embarazo y del parto, existen serias dificultades en establecer mecanismos de seguimiento de las pacientes después del parto o de la resolución de la complicación del aborto.

Si bien en los servicios se indica la consulta de puerperio que incluye anticoncepción o se refiere a las pacientes que han ingresado por la complicación de un aborto a los consultorios de planificación, en la mayoría de los casos entrevistados se señala que los resultados no son buenos. La repitencia de los embarazos accidentales parece seguir siendo frecuente.

Este resulta sin duda un problema de difícil abordaje, puesto que el sistema de salud no puede, ni debe, supervisar la vida de las personas. Pero sí puede promover la necesidad de los servicios que ofrece, en este caso nos referimos especialmente a los servicios de planificación familiar, desde una perspectiva que recupere la idea de resiliencia. Es decir, aprovechar la capacidad de las personas para sobreponerse a situaciones no deseadas, transformando así su vida²⁵. La oferta de anticoncepción adquiere nueva significación en este marco, y puede abrir alternativas no exploradas a los adolescentes que recientemente han tenido un parto o, especialmente, han sufrido un aborto.

Recomendaciones

Los acuerdos alcanzados en la CIPD de 1994 sitúan a la salud reproductiva como un componente central de la vida de las personas y por lo tanto de las acciones sanitarias. Es en esta que los adolescentes 'emergen como sujetos importantes de políticas, por sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva y los derechos y responsabilidades asociados a esta, por sus condiciones de ser un grupo de riesgo y porque es indudablemente en esta etapa en la que se definen muchos de los aspectos que influyen la conducta sexual y reproductiva que afectarán a los individuos a lo largo de su vida.' (Guzmán et al, 2001. p. 391).

La creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la Argentina en 2002 resulta coincidente con esta perspectiva, orientándose a la atención de la salud sexual y reproductiva de la población general como campo prioritario de la salud pública, e incorporando a los adolescentes como beneficiarios de sus prestaciones.

Sin embargo, es evidente que el sistema de salud y los programas de salud reproductiva no podrán resolver por sí solos las dificultades sociales y las condiciones no satisfactorias de vida en las que muchos adolescentes se desenvuelven: '...los programas de salud reproductiva difícilmente puedan resolver por sí solos los problemas de la formación de identidad, los anhelos de emancipación o la falta de oportunidades para los muchachos y muchachas.' (Villa y Rodríguez, 2001. p.374).

También, a nivel regional en América Latina, se ha señalado la orientación 'vertical y aislada' de los programas destinados a cada uno de los problemas identificados, con la consiguiente fragmentación de los adolescentes, que ha obstaculizado la implementación de 'programas integrales dirigidos a promover el desarrollo humano y atender la salud integral de los adolescentes.' (Donas Burak, 2001. pp. 476-477).

Las recomendaciones del *Plan de Acción del Programa Regional de Salud del Adolescente de OPS/OMS* comprenden cuatro áreas especiales:

1. la salud de los/as adolescentes, con énfasis en la calidad de la atención en los servicios de salud, incluyendo acciones de educación para la salud y consejería;
2. la promoción de futuros saludables para los/as adolescentes, centrado en los/as adolescentes en la escuela;
3. el énfasis en el desarrollo y la promoción de la salud de los adolescentes; y
4. los/as adolescentes como agentes de cambio en su familia, comunidad y sociedad, centrado en actividades de participación y empoderamiento. (CENEP, 2000)

²⁵ 'La resiliencia está definida como la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad. La resiliencia puede transformar la vida de las personas. Es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, salir fortalecido e incluso transformado.' (Roldán, 2001. p. 462)

Mientras que los servicios integrales de atención de adolescentes requieren:

1. brindar atención integral de la salud en los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud;
2. cubrir las áreas de admisión, enfermería, medicina, salud mental, trabajo social y odontología acorde a sus posibilidades de espacio físico y recursos humanos; y
3. respetar el motivo de consulta por el que el/la adolescente concurrió al servicio como puerta de entrada, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la participación de las otras disciplinas y/o servicios de salud. (CENEP, 2000)

Considerando estas orientaciones generales para la implementación de programas integrales de salud para adolescentes y los resultados del diagnóstico de la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la Argentina, en base al análisis de las entrevistas a informantes clave de los servicios de salud, se proponen recomendaciones puntuales para el mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia y las acciones de prevención de embarazos no planificados:

1. ampliar la cobertura de los programas provinciales de salud reproductiva a los adolescentes, independientemente de su historia reproductiva, incorporando también a los varones;
2. fomentar la institucionalización de unidades de adolescencia en hospitales generales y maternidades, incluyendo la disposición de espacios propios de atención y de profesionales especializados integrados en equipos interdisciplinarios;
3. fortalecer las redes de referencia entre los centros de salud y los hospitales para la atención del embarazo y del parto en las jurisdicciones en las que estas redes se mostraron más debilitadas, y para el seguimiento de las pacientes en planificación familiar después del parto o de una internación por complicación de aborto;
4. promover la institucionalización de comités de maltrato o violencia familiar en los hospitales, que actúen de manera coordinada con los centros de salud, para agilizar los mecanismos de denuncia de abuso sexual y violación y supervisar el tratamiento adecuado de las víctimas;
5. incluir la oferta de métodos anticonceptivos en todos los consultorios de adolescencia, incluso en los que están funcionando en los hospitales pediátricos, y estimular la atención de la consulta de los adolescentes en los consultorios de planificación familiar;
6. garantizar la disponibilidad de preservativos, junto con los otros métodos anticonceptivos, en los centros de salud y en los consultorios de adolescencia o de planificación familiar de los hospitales generales o especializados;
7. implementar actividades de capacitación y formación continua de los equipos de salud en perspectiva de género y adolescencia, incluyendo atención de víctimas de violencia sexual y masculinidad;
8. articular las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del sistema de salud con el sistema educativo y las organizaciones de la sociedad civil.

Referencias bibliográficas

Centro de Estudios de Población, 2000. *Recomendaciones para la atención integral de la salud del adolescente. Con énfasis en salud sexual y reproductiva*. WHO – UNFPA, Buenos Aires.

CLAP, OPS/OMS, Publicación N° 1454. *Sistema Informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 1995. *Infancia y condiciones de vida*, Buenos Aires.

Donas Burak, 2001. "Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes". En: Donas Burak (comp.), *Adolescencia y Juventud en América latina*. LUR, Cartago, Costa Rica, 2001.

Gogna (comp.), 2001. *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo*. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires.

Gogna et al, 1998. "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social". En: Isuani, A. y Filmus, D. (comps.), *La Argentina que viene*, FLACSO-UNICEF, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires.

Good, 1994. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press, London.

Guzmán, Contreras, y Hakkert, 2001. 'La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe'. En: Donas Burak (comp.), *Adolescencia y Juventud en América latina*. LUR, Cartago, Costa Rica, 2001.

Ministerio de Salud, 2003. *Estadísticas Vitales. Información Básica 2002*. Buenos Aires.

Poder Ejecutivo Nacional, Decreto N° 1282/03.

Poder Legislativo Nacional, Ley 25.673.

Roldán, 2001. "Adicciones: un nuevo desafío". En: Donas Burak (comp.), *Adolescencia y Juventud en América latina*. LUR, Cartago, Costa Rica, 2001.

Schutt-Aine y Maddaleno, 2003. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, DC.

Villa y Rodríguez, 2001. "Juventud, reproducción y equidad". En: Donas Burak (comp.), *Adolescencia y Juventud en América latina*. LUR, Cartago, Costa Rica, 2001.

WHO-UNFPA-UNICEF, 1997. *Action for Adolescent Health. Towards a Common Agenda*. WHO, Geneva.

Capítulo 3

La encuesta a puérperas (15-19)²⁶

Introducción

La encuesta a puérperas de 15 a 19 años tuvo como objetivo producir información sobre el perfil sociodemográfico, la historia reproductiva, la atención del embarazo y el conocimiento e intención de uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes que tuvieron su parto en las principales maternidades de las jurisdicciones incluidas en el estudio.

Descripción del trabajo de campo

La encuesta fue aplicada en las principales maternidades y hospitales de los sitios seleccionados, según se detalla a continuación:

Gran Buenos Aires:

- Hospital Evita (Lanús)
- Hospital Evita Pueblo (Berazategui)
- Hospital Mi Pueblo (Florencio Varela)
- Hospital Paroissien (La Matanza)
- Hospital Posadas (Palomar)
- Hospital Héroes de Malvinas (Merlo)
- Hospital San Martín (La Plata)
- Hospital R. Gutiérrez (La Plata)

Rosario

- Maternidad Martín

Catamarca

- Hospital Interzonal San Juan Bautista

Resistencia

- Hospital Perrando

Posadas

- Hospital Central Provincial Dr. Ramón Madariaga

Tucumán

- Instituto de Maternidad y Ginecología nuestra Señora de las Mercedes

Salta

- Hospital El Milagro

La información fue recabada a partir del registro del libro de partos de cada maternidad, de esta manera se detectaban las adolescentes puérperas que reunían los criterios de inclusión previamente establecidos (15 a 19 años de edad). Se prestó especial atención a los aspectos de resguardo ético: la encuesta no se aplicaba si la adolescente tenía su bebé en cuidados intensivos, entre otros. La encuestadora abordaba a la adolescente en la sala de internación y le solicitaba su consentimiento informado para responder la encuesta (ver Anexo I).

Las encuestadoras fueron especialmente capacitadas para tal fin. Los equipos de encuestadoras estuvieron conformados por un total de 34 personas, fundamentalmente obstétricas, enfermeras, trabajadoras sociales y médicas.

El trabajo de campo tuvo una duración de dos meses, y la encuesta se aplicó en forma casi simultánea en todos los sitios. En el cuadro que sigue se detallan las fechas de inicio:

²⁶ El análisis de los resultados de la encuesta a puérperas fue elaborado por Mónica Gogna, Nina Zamberlin y Silvia Fernández.

Tabla 3.1.

Sitio	Fecha de Inicio
Rosario	11/12/03
Salta	12/12/03
Chaco	15/12/03
Catamarca	21/12/03
Misiones	22/12/03
Tucumán	26/12/03
Buenos Aires	02/01/04

La supervisión fue realizada por cada becario/a, quien supervisó el operativo de la encuesta en su sitio de pertenencia. La coordinación de la supervisión estuvo a cargo del equipo de Cedes.

Muestra

Durante los dos meses en que se aplicó la encuesta se registraron 1881 partos de mujeres de 15 a 19 años en las maternidades seleccionadas para el estudio. De éstas 1645 (87.5%) fueron encuestadas, 183 (9.7%) fueron excluidas del estudio en base a los criterios previamente establecidos²⁷, 45 (2.4%) se fueron de alta o fueron trasladadas antes de ser encuestadas y 8 (0.5%) no aceptaron ser encuestadas.

Tabla 3.2.
Encuestas realizadas sobre el total de partos ocurridos en el período relevado

Encuestas realizadas		1645 (87,5%)
Encuestas no realizadas		236 (12,5%)
- Exclusiones (bebé / joven en cuidados intensivos, mortinato, joven con alguna patología mental)	183	
- Pérdidas (se fue de alta, la trasladaron de hospital)	45	
- Rechazos (no aceptó ser encuestada)	8	
Total		1881 (100%)

En el desarrollo de la encuesta a puérperas llamó la atención las 18 exclusiones observadas en Tucumán a causa de mortinato. Esta cifra aparece por encima de la del resto de los sitios, aun de aquellos donde el número de encuestas no realizadas por exclusión es mayor a las de Tucumán, como es el caso de la provincia de Buenos Aires que, a su vez, tiene casi el doble de encuestas realizadas.

A pesar de que estamos trabajando con un número pequeño de casos se realizó una búsqueda adicional de datos que permitiera comprender este diferencial. Encontramos que, según información de Estadísticas Vitales del 2002 del Ministerio de Salud de la Nación, Tucumán tiene una tasa de mortalidad fetal de 27.3, muy superior a la media nacional (11,2), y sólo menor a la registrada en San Juan (30,6).

De los 18 nacidos muertos en Tucumán captados por nuestra encuesta, contamos con información de 12 de ellos. Todas las muertes fetales se produjeron luego de la semana 22 de gestación, por lo que se consideran muertes fetales tardías.

Las muertes fetales tardías están concentradas, generalmente, en el extremo inferior de la distribución de peso fetal, es decir, cuanto menor sea el peso logrado a una edad gestacional dada, mayor es la probabilidad de morir.

Las muertes fetales son producidas por varios factores, cuyos pesos relativos aún se ignoran. Sin embargo, la calidad de los controles prenatales y la evolución del peso materno durante la gestación aparecen como factores fuertemente asociados a la mortalidad fetal evitable.

²⁷ Se decidió no aplicar la encuesta en los siguientes casos: que la adolescente o el recién nacido estuvieran en cuidados intensivos, que el bebé hubiera nacido muerto o que la joven tuviera una patología mental.

Edad

El promedio de edad de las puérperas encuestadas fue de 17.5 años. El 56.7% de la muestra se concentró en los 18 y 19 años de edad.

Tabla 3.3.
Distribución por edad de las puérperas encuestadas

	N	%
15	121	7.4
16	236	14.3
17	355	21.6
18	480	29.2
19	453	27.5
Total	1645	100.0

Nivel educativo

El tramo de edad de las encuestadas (15 a 19) se corresponde con los años de educación secundaria e inicio de la educación superior. Por concentrarse el 56,7% de la muestra en los 18 y 19 años de edad, se esperaría que un porcentaje similar hubiese completado el nivel secundario. Sin embargo la información sobre el máximo nivel de educación alcanzado muestra que este porcentaje alcanza sólo el 12,5% y que el 51,6% no ha completado el nivel secundario, el 21,6% sólo ha completado la primaria y el 14,2% no terminó la primaria. Estos datos indican la existencia de un número importante de adolescentes que abandonaron la escuela o que están atrasadas con respecto al nivel educativo esperado para su edad.

Tabla 3.4.
Máximo nivel educativo alcanzado

	N	%
Primaria incompleta	234	14,2
Primaria completa	355	21,6
Secundaria incompleta	849	51,6
Secundaria completa y más	205	12,5
Sin datos	2	0,12
Total	1645	100.0

Perfil sociodemográfico

En cuanto a las condiciones de vida de las adolescentes encuestadas se observa que el 55,4% vive en hogares hacinados (3 personas o más por cuarto), y dentro de este grupo 22% lo hace en condiciones de hacinamiento crítico (4 personas o más por cuarto) (ver tabla 3.5). Por otro lado, sólo la mitad de las encuestadas vive en hogares cuyo baño tiene inodoro con arrastre de agua, y el 15% vive en hogares con letrina.

Tabla 3.5.
Condición de hacinamiento de los hogares de las jóvenes encuestadas
(Total de la muestra)

	N	%
Sin hacinamiento	721	43.8
Hogares hacinados	911	55.4
. Moderado	545	33.1
. Crítico	366	22.2
Ns/Nc	13	0.8
Total	1645	100.0

Tipo de familia

La encuesta mostró que la mayoría de las madres adolescentes encuestadas tienen pareja y conviven con ella. El 65,7% convive con su pareja, ya sea en hogares nucleares o con otros familiares y/o no familiares. Sólo el 30,9% vive en hogares con ausencia de pareja. Esta información contradice la difundida noción que las madres adolescentes son madres solteras, abandonadas por sus compañeros, o bien expulsadas de sus hogares

Tabla 3.6.
Tipo de familia (Total de la muestra)

	N	%
Solo pareja e hijo	552	33.6
Con pareja, hijos y otros	528	32.1
Con hijos y otros (sin pareja)	508	30.9
Otros	54	3.3
Sin datos	3	0.2
Total	1645	100.0

Paridad

El 73.5% de las encuestadas eran primíparas; 22% tenía 2 hijos y el 4%, 3 o más. Los sitios que presentaron mayor proporción de adolescentes con dos hijos o más son: Resistencia y Tucumán (31% en ambos casos).

Tabla 3.7.
Distribución según número de partos de las púerperas encuestadas
(Total de la muestra y total por sitio)

Paridad	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
1	73.5	76.0	72.0	70.3	78.3	76.6	69.0	69.0	74.1
2	22.4	20.4	22.4	23.0	20.8	20.8	24.1	25.5	23.4
3	3.6	3.1	4.8	6.8	0.8	1.9	5.9	4.8	2.0
4	0.5	0.4	0.8			0.6	1.1	0.7	0.5
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

Entre las encuestadas que no han completado el nivel primario el 37,6% tiene dos o más hijos. Esta proporción disminuye a medida que aumenta el nivel educativo siendo 22,4,% entre las jóvenes con nivel secundario incompleto y 14,7% entre las que completaron el nivel secundario. Cabe señalar que la diferencia entre primaria incompleta y completa es mínima y que es la educación secundaria (incompleta o completa) lo que marca una diferencia significativa en relación con la maternidad.

Tabla 3.8.
Cantidad de hijos según máximo nivel educativo alcanzado

Cantidad de hijos	Máximo nivel educativo alcanzado			
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa
1	62,4	64,2	77,6	85,4
2	29,1	30,1	19,3	13,2
3	6,8	4,8	2,7	1,5
4	1,7	0,8	0,4	

Atención del último embarazo

Controles prenatales

La encuesta reveló que una alta proporción de las entrevistadas (96.5%) había realizado controles prenatales. La mayor proporción de entrevistadas sin ningún control prenatal corresponde a Catamarca (6,8%) y la menor a Chaco (1,6%). Salta, Tucumán y Misiones presentan valores superiores al promedio (3,5%).

Tabla 3.9.
Distribución porcentual de las adolescentes según realización de controles prenatales
(Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Sí	96.5	97.1	96.8	93.2	95.8	98.1	98.4	95.2	95.1
No	3.5	2.9	3.2	6.8	4.2	1.9	1.6	4.8	4.9
TOTAL	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

Las mujeres que no realizaron controles prenatales (3.5%) no lo hicieron principalmente debido a problemas para acceder a los servicios de salud (37.9%) (distancia, falta de dinero para el transporte, falta de tiempo), o porque no les pareció importante o no quisieron (25.9%). Las encuestadas que realizaron un solo control prenatal (2.6%) manifiestan motivos similares: problemas de acceso (73.8%), no le pareció importante (4.8%).

El lugar de realización de los controles es principalmente el centro de salud o salita (67.6%) y en menor proporción el hospital público (28.3%), mientras que sólo una minoría (3.6%) se controló en instituciones privadas o de obra social²⁸.

En cuanto al número de controles la mayoría de las que los realizaron (68.6%) hicieron 5 o más consultas. Los sitios que presentan mayor proporción de adolescentes que realizaron 5 o más controles son Rosario (81.2%) y el Gran Buenos Aires (78.6%), mientras que los sitios con mayor proporción de adolescentes que realizaron insuficientes controles fueron Salta y Tucumán donde aproximadamente el 43% de las jóvenes encuestadas habían realizado 4 o menos controles durante el embarazo.

²⁸ La encuesta se aplicó únicamente en hospitales públicos. Por lo tanto esta pequeña proporción de embarazadas que controla su embarazo en el sector privado o de obra social se vuelca al sector público para la atención del parto. Resulta llamativo que en el caso de Catamarca este porcentaje sea cercano al 12% de las adolescentes que parieron en la maternidad pública.

Tabla 3.10.
Cantidad de controles durante el último embarazo
(Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
1	2.6	0.6	4.0	2.7	2.5	2.6	3.2	3.7	4.4
2 a 4	24.8	17.5	20.8	31.1	20.8	12.3	21.9	38.7	39.0
5 y más	68.6	78.6	72.0	59.5	72.5	81.2	72.7	51.7	51.7
No sabe	0.5	0.4				1.9	0.5	1.1	
Ninguno	3.5	2.9	3.2	6.8	4.2	1.9	1.6	4.8	4.9
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

Se observa una fuerte asociación entre realización de controles y nivel educativo. Las jóvenes que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo uno tienen un nivel educativo menor que aquellas que realizaron dos o más controles. A medida que aumenta el nivel educativo, aumenta también el número de controles prenatales. El 51,7% de las jóvenes que no habían completado el nivel primario realizaron 5 ó más controles, mientras que entre las que tenían secundaria incompleta este porcentaje ronda el 75% y entre las que terminaron la secundaria asciende a 82,4%.

Tabla 3.11.
Cantidad de controles prenatales según máximo nivel educativo alcanzado (Total de la muestra)

Cantidad de controles	Máximo nivel educativo alcanzado			
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa
Ninguno	7,3	4,8	2,3	2,0
1	4,3	5,9	1,2	
2	6,8	6,2	3,5	3,9
3	12,8	13,5	6,2	2,9
4	16,7	12,7	10,8	8,8
5 ó más	51,7	56,3	75,1	82,4

De las mujeres que realizaron al menos un control de embarazo, 56.4% inició los controles en el primer trimestre, 37.4% entre los 4 y los 6 meses y un 5.5% consultó por primera vez a partir del séptimo mes. Los sitios que tuvieron mayor captación temprana fueron Catamarca (72.5%) y Resistencia (70.1%), mientras que los sitios donde una mayor proporción de embarazadas demoró el inicio de los controles hasta el cuarto mes de embarazo o más fueron Salta (68.2%), Tucumán (51.9%) y Posadas (46,9%). En el caso de Salta y Tucumán, la captación tardía coincide con el bajo número de controles.

Tabla 3.12.
Meses de embarazo al momento de la primera consulta (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
1 a 3	56.4	60.3	61.2	72.5	53.0	67.5	70.1	46.1	31.8
4 a 6	37.4	36.0	33.1	21.7	39.1	30.5	21.2	43.4	61.0
7 y más	5.5	3.0	5.8	2.9	7.8	1.3	8.7	8.5	7.2
No sabe	0.6	0.2		2.9		0.7		1.9	
Sin datos	0.1	0.4							
Total	100.0 1587	100.0 494	100.0 121	100.0 69	100.0 115	100.0 151	100.0 184	100.0 258	100.0 195

Las mujeres que realizaron más de un control prenatal en general concurren a la consulta acompañadas (75.1%). El 60.9% fue acompañada por su pareja, el 39.4% por su madre y el 25% por una amiga o una parienta (dado que se trata de respuestas múltiples, algunas jóvenes pueden haber mencionado más de un acompañante). Los sitios donde las jóvenes asistieron solas a la consulta en mayor proporción son Tucumán (33.9%), Posadas (31.3%) y Resistencia (29.9%).

Con respecto a la calidad de la atención percibida por las embarazadas durante el control prenatal, el 30.3% la consideró excelente, el 62.1% buena y el 7% regular, mala o muy mala. Entre estas últimas, los motivos de insatisfacción más mencionados fueron: la atención médica no le pareció buena (41.1%), problemas vinculados con la consulta²⁹ (40.2%) y no le gustó el trato que recibió (26.2%).

En cuanto a las prácticas realizadas a las pacientes embarazadas durante las consultas de control prenatal se observa una alta realización de las prácticas de rutina en consultorio: peso (99%), presión arterial (99.3%), medición de altura uterina (97.9%) y auscultación del feto (96.4%). También es alta la proporción de embarazadas a quienes se les hizo una ecografía (96.3%) y se les aplicó una vacuna³⁰ (89.6%). A cerca del 70% se le realizó el test de detección del VIH y recibieron hierro durante el embarazo.

Por otro lado, se constata una baja realización de prácticas preventivas en relación al cáncer genito-mamario: sólo 44,8% de las pacientes que realizaron controles prenatales manifestaron que les habían revisado las mamas en alguna de las consultas y sólo al 36.1% se le hizo un Pap durante el embarazo. Tucumán, Posadas y Salta son los sitios que muestran menores porcentajes de realización de Pap en adolescentes embarazadas (13,1%, 17,9% y 19,4% respectivamente).

Finalmente, las prácticas menos comunes son las que tienen que ver con la preparación para la lactancia (32.1%) y la prevención/planificación de futuros embarazos. Sólo 32.1% de las adolescentes que asistieron a controles prenatales recibieron información sobre métodos anticonceptivos.

²⁹ Problemas relacionados con cambios e inasistencias de los profesionales y la imposibilidad de hacer preguntas o recibir explicaciones.

³⁰ En la encuesta se decidió preguntar si les habían aplicado una vacuna, y no específicamente si le habían aplicado la vacuna antitetánica ya que en muchos casos las mujeres saben que recibieron una vacuna pero ignoran qué vacuna le aplicaron.

Tabla 3.13.
Prácticas realizadas durante las consultas de control de embarazo (Total de la muestra)

	N	%
Le tomaron la presión arterial	1525	99.3
La pesaron	1520	99.0
Le midieron la panza	1504	97.9
Le escucharon los latidos del bebe	1481	96.4
Le hicieron alguna ecografía	1479	96.3
Le aplicaron una vacuna	1376	89.6
Le dieron hierro	1070	69.7
Le hicieron el test del VIH/ Sida	1063	69.2
Le revisaron las mamas	688	44.8
Le enseñaron a preparar las mamas para lactancia	592	38.5
Le hicieron el PAP	554	36.1
Le hablaron de planificación familiar	493	32.1
TOTAL	1536	100.0

Este *ranking* de prácticas muestra el escaso predominio de la consejería tanto anticonceptiva como para la lactancia frente al resto de las prácticas realizadas.

Las charlas de psicoprofilaxis o cursos parto están muy poco difundidas en los sitios estudiados. Sólo un 8.1% de las púerperas encuestadas asistió a alguna charla de preparación para el parto. Mayoritariamente, quienes no asistieron a ninguna charla (63.3%) reportaron como motivo que en los sitios donde se realizaron los controles no se ofrecían charlas o que si éstas existían no se los había informado al respecto.

En el momento de la internación posparto la información que se transmite a la púerpera se centra principalmente en la lactancia pero la cobertura no es amplia: 58.4% de las encuestadas reportaron haber recibido información sobre cómo amamantar al bebé y 54.5% sobre los cuidados del bebé (limpieza del cordón umbilical, baños, etc.). Cabe destacar que 30% de las encuestadas no había recibido ningún tipo de consejo sobre lactancia, puericultura o planificación familiar por parte del personal de salud al momento de la encuesta.

Tabla 3.14.
Información recibida durante la internación (Total de la muestra)

	N	%
Recibieron	1150	69.9
. Sobre cómo amamantar al bebé	961	58.4
. Sobre planificación familiar	492	29.9
. Sobre cuidados del bebé	896	54.5
No recibieron	491	29.8
Sin datos	4	0.2
Total	1645	100.0

Bajo el supuesto de que el tiempo de internación podría estar relacionado con la posibilidad de recibir información se cruzaron ambas variables comprobándose que la proporción de púerperas que recibió algún tipo de información varía levemente entre las pacientes que habían estado internadas menos de 24 horas (67.7%) y las que habían estado internadas más de 24 horas (75.4%) al momento de contestar la encuesta.

Claramente, la consejería anticonceptiva no aparece como un tema que se aborde desde las instituciones de salud durante el embarazo. Tampoco parece ser una práctica establecida en la internación posparto ya que sólo el 29.9% de las púerperas encuestadas recibió información sobre métodos anticonceptivos después de haber tenido su bebé. Este dato llama la atención sobre las **oportunidades perdidas** desde el sistema de salud que, habiendo captado a la adolescente por embarazo, no aprovecha para brindarle información y métodos anticonceptivos.

Historia reproductiva

La iniciación sexual

La edad de inicio de relaciones sexuales de las púerperas encuestadas es, en promedio, los 15 años, con escasas variaciones entre los sitios. El 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años. La distribución de frecuencias por tramos de edad muestra algunas diferencias que resulta interesante tener en cuenta a la hora de plantear posibles estrategias de intervención. En primer lugar, cabe destacar que el porcentaje de adolescentes que se iniciaron sexualmente antes de los 14 años es del 11.9% y registra marcadas diferencias entre sitios: el rango de variación va del 4.9% en Salta al 19.4% en Rosario.

Tabla 3.15.
Edad a la primera relación sexual (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCU MAN	SALTA
Menor de 12 años	0.4	0.4	0.8			1.9		0.4	
12 a 13	11.5	10.0	12.8	12.2	10.0	17.5	12.3	15.1	4.9
14 a 15	52.9	51.9	56.8	54.1	47.5	54.5	52.9	52.8	55.1
16 a 17	30.3	34.2	27.2	25.7	35.8	22.7	28.3	24.7	35.6
18 a 19	3.8	3.5	2.4	2.7	2.5	2.6	4.3	5.9	4.4
No recuerda	0.9			5.4	3.3	0.6	2.1	0.7	
Sin datos	0.1				0.8			0.4	
TOTAL	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

La gran mayoría de la encuestadas (86.1%) reporta haberse iniciado sexualmente con el novio, 8.5% con un amigo o conocido y 3.8% con el marido o pareja conviviente. La comparación entre sitios muestra pocas diferencias, ya que en todos ellos entre 8 y 9 de cada diez se han iniciado con un novio. Por otra parte, la iniciación con "marido o pareja conviviente" presenta los valores más altos en Chaco (8.6%) y en Misiones (5%).

El 0.5% de los casos (9 adolescentes) manifiestan explícitamente que su iniciación sexual fue forzada. Dado que es sabido que una encuesta no es un buen instrumento para captar información sobre violencia sexual y que el contexto en el cual ésta se aplicó puede haber incidido negativamente sobre la disponibilidad de las jóvenes para reportar una situación de características traumáticas, el dato cobra relevancia como "punta del iceberg" de un fenómeno silenciado pero presumiblemente más extendido que lo que la cifra indica.

La prevención de embarazos no deseados y ETS

En promedio, el 60% de las adolescentes refiere haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los porcentajes de utilización más altos se registran en el GBA (69.2%), Misiones (66.7%), La Plata (66.4%) y Rosario (62.3%). En el orden del 50% o más se ubican Salta (50.2%), Catamarca (55.4%) y Chaco (56.7%). En el extremo inferior de la distribución se encuentra Tucumán con una prevalencia del 45%.

Tabla 3.16.

Utilización de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Sí	59.8	69.2	66.4	55.4	66.7	62.3	56.7	45.0	50.2
No	40.1	30.8	33.6	44.6	32.5	37.0	43.3	54.6	49.8
No recuerda	0.1					0.6			
Sin datos	0.1				0.8			0.4	
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

Como es sabido, el uso de métodos anticonceptivos es mayor entre las jóvenes con mayor nivel de instrucción. En nuestra muestra, utilizaron un método anticonceptivo en la iniciación sexual el 55.7% de las jóvenes con menos de 10 años de escolaridad, pero el 67.9% de las que reportaron un nivel educativo aprobado de 10 años y más.

Como también indica la bibliografía, el porcentaje de utilización de métodos es mayor a medida que aumenta la edad de iniciación: utilizaron un método el 55.6% de las que se iniciaron entre los 12 y 13 años pero el 62% de las que lo hicieron entre los 16 y 17 años³¹

La comparación entre sitios muestra que tanto entre quienes se iniciaron entre los 14-15 años como entre quienes lo hicieron a los 16-17 años, los mayores porcentajes de utilización de un método anticonceptivo en la iniciación sexual se registraron en GBA, La Plata, Misiones y Rosario, siendo las encuestadas de Tucumán las que reportaron el menor porcentaje de uso en ambos tramos de edad.

Preguntadas acerca de los motivos de no uso de un método anticonceptivo en la iniciación sexual, las encuestadas (N: 659) refirieron un conjunto de motivos muy similar al que registran las encuestas de Demografía y Salud que se aplican en otros países de la región. El motivo más mencionado fue "no esperaba tener relaciones en ese momento" (35.8%) seguido de "pensaba que no se iba a embarazar" (17.5%). En tercer lugar, aparece la falta de conocimiento de los métodos (11.8%) y en cuarto lugar el deseo de tener un hijo (9.4%). También hay un porcentaje que responde explícitamente que ella y/o su pareja no querían cuidarse (7.3%). La distribución de motivos por sitio presenta algunos diferenciales que resultan sugerentes³²: Es posible identificar algunos "patrones" (combinaciones de motivos principales): En GBA y La Plata la "imprevisibilidad" de la primera relación sexual y "pensaba que no se iba a embarazar" dan cuenta de la gran mayoría de las menciones (más de la mitad y dos tercios respectivamente); en Catamarca y Tucumán el desconocimiento de métodos es el segundo motivo argumentado, con porcentajes del orden del 20% (promedio de la muestra: 11.8%); en Misiones y Rosario, querer tener un hijo es el segundo motivo más mencionado para no haber usado un método en la iniciación sexual (30.8% y 14% de las menciones, respectivamente), finalmente resulta llamativo el caso de Salta, "no esperaba tener relaciones en ese momento" concentró el grueso de las respuestas (66.7% de las menciones).

³¹ Este porcentaje fue 58.7% entre las encuestadas que se iniciaron sexualmente entre los 18 y 19 años. No resulta posible hacer una comparación entre sitios dado el pequeño número de casos en este grupo de edad.

³² No se descarta que algunos de los diferenciales se deban a criterios dispares entre sitios respecto de la clasificación de los motivos de "orden más subjetivos" (por ej. no esperaba tener relaciones en ese momento y pensaba que no se iba a embarazar). Asimismo hay que tener presente que se trata de muestras muy pequeñas (33 en Catamarca y 39 en Misiones).

Tabla 3.17.
Motivo principal de no utilización de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual
(Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIO NES	ROSA RIO	CHACO	TUCU MAN	SALTA
No esperaba tener relaciones en ese momento	35.8	26.8	38.1	36.4	35.9	42.1	25.9	26.4	66.7
Pensaba que no se iba a embarazar	17.5	26.1	28.6	9.1	10.3	7.0	7.4	18.2	17.6
No conocía los métodos	11.8	5.7	9.5	27.3	17.9	10.5	9.9	19.6	5.9
Quería tener un hijo	9.4	12.1	4.8	12.1	30.8	14.0	9.9	4.7	2.0
No querían cuidarse	7.3	7.6	9.5			3.5	17.3	8.1	3.9
Otros motivos	3.8	7.0	4.8	3.0	5.1	1.8	6.2	1.4	1.0
Problemas de acceso	2.7	0.6					2.5	9.5	1.0
Violación	1.4	1.9	2.4			3.5	1.2	1.4	
No sabe	10.3	12.1	2.4	12.1		17.5	19.8	10.8	2.0
Total	100.0 659	100.0 157	100.0 42	100.0 33	100.0 39	100.0 57	100.0 81	100.0 148	100.0 102

Con respecto al método utilizado en la iniciación sexual, nuestros hallazgos son consistentes con los de otros estudios sobre población adolescente (Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides, E. A., 1996; Weller, S., 1999; Geldstein, R. y Schuffer, 2002) el preservativo es el método por excelencia: 8 de cada 10 adolescentes que reportaron "haberse cuidado" en la iniciación sexual, en promedio, lo hicieron con preservativo (83.3%). Este dato resulta auspicioso por dos razones. En primer lugar, se trata del único método que permite simultáneamente prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En segundo lugar, su adopción por parte de los y las adolescentes se ha dado en contextos en los que, al decir de los informantes clave entrevistados en la primera fase, el sector público ha tenido escasa o nula capacidad de proveer este método. En consecuencia, es posible hipotetizar que una mejora en la accesibilidad al preservativo redundará favorablemente en la tasa de uso. El segundo método más utilizado también es un método de control masculino: el coito interrumpido (8.6%). En tercer lugar, se ubican las pastillas anticonceptivas (7%). Obviamente existen diferencias entre los sitios. El rango de variación del preservativo va del 93.2% en el GBA al 64.8% en Tucumán. Cabe destacar que en Rosario el segundo método más mencionado es la píldora (19.8%) y que el peso del coito interrumpido es considerablemente mayor al promedio en Catamarca, Tucumán y Misiones.

Tabla 3.18.
Método anticonceptivo utilizado en la iniciación sexual (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIO-NES	ROSARIO	CHACO	TUCU-MAN	SALTA
Preservativo o condón masculino	83.3	93.2	94.0	70.7	80.0	80.2	74.5	64.8	82.5
Retiro	8.6	3.4	1.2	19.5	15.0	4.2	11.3	18.0	13.6
Píldoras o pastillas anticonceptivas	7.0	3.1	3.6	7.3	3.8	19.8	10.4	11.5	4.9
Inyectables	1.2	0.3				3.1		5.7	1.0
Métodos naturales	1.0		2.4	2.4	1.3		2.8	0.8	1.9
Yuyos/ hierbas/ remedios caseros o frescos/ te	0.3						2.8		
DIU, espiral o T de cobre	0.1	0.3							
Cremas/ óvulos/ diafragma	0.1		1.2						
No recuerda	0.2						0.9	0.8	
Sin datos	0.3	0.9							
Promedio de menciones	1,02	1,01	1,02	1	1	1,07	1,03	1,02	1,04
Total	100.0 983	100.0 352	100.0 83	100.0 41	100.0 80	100.0 96	100.0 106	100.0 122	100.0 103

El comportamiento anticonceptivo

La encuesta se propuso también recoger la percepción que las entrevistadas tenían de su comportamiento anticonceptivo "en general" (entre la iniciación y el primer embarazo, período que en promedio es de un año y medio). Los datos indican que un tercio de las encuestadas no ha utilizado ningún método, 4 de cada 10 reportan haberse cuidado siempre o la mayoría de las veces, y 2 de cada 10 declaran haberse cuidado de manera "intermitente" (a veces sí, a veces no). El promedio engloba situaciones muy diversas. El GBA presenta los mejores indicadores: se cuidan siempre o la mayoría de las veces el 54.6% de las encuestadas y no se cuidó nunca el 23.4%. En el otro extremo se ubica Tucumán, provincia en la cual un tercio declara cuidarse siempre o la mayoría de las veces y más de la mitad de las encuestadas (53.1%) no se cuidó nunca. Otros sitios con elevados porcentajes en la categoría "nunca se cuidó" son Misiones (43.3%), Chaco (39%) y Catamarca (36.5%).

Tabla 3.19.
Comportamiento anticonceptivo después de la iniciación sexual (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCU-MAN	SALTA
Siempre/ la mayoría de las veces	44.4	54.6	48.0	33.8	45.0	46.8	39.6	33.6	37.6
En forma intermitente	21.3	21.4	23.2	29.7	10.8	21.4	21.4	13.3	33.7
Nunca se cuidó	33.9	23.4	28.0	36.5	43.3	31.8	39.0	53.1	28.3
Sin datos	0.4	0.6	0.8		0.8				0.5
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

El método más mencionado por quienes se cuidaron siempre o la mayoría de las veces es el preservativo (70%), seguido de la píldora anticonceptiva (22.2%). En tercer lugar, para el total de la muestra, se ubica el "retiro" (14,5%). El análisis por sitio sugiere la existencia de diferentes "combinaciones de métodos" (el promedio de menciones de métodos utilizados es 1.15 para el total de la muestra). Con excepción de Rosario, donde el método más mencionado es la píldora, en todos los demás el preservativo es el más utilizado. El coito interrumpido es mencionado como segundo método más utilizado en Catamarca y Salta, mientras que en Chaco este lugar lo ocupa la píldora con un porcentaje de menciones que supera ampliamente el promedio de la muestra (35% frente al 22% para el total de los sitios). Otros datos que merecen destacarse es que en Tucumán la píldora y el coito interrumpido se "disputan el segundo lugar" (ambos son mencionados por el 29% de las encuestadas) y que en Salta los métodos naturales (16.9% de las menciones) más que triplican el promedio de menciones (4.8%).

Tabla 3.20.

Método anticonceptivo utilizado después de la iniciación sexual (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATAMARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Preservativo o condón masculino	70.0	87.8	85.0	64.0	64.8	44.4	48.6	45.1	74.0
Píldoras o pastillas anticonceptivas	22.2	14.0	13.3	12.0	18.5	61.1	35.1	28.6	7.8
Retiro	14.5	6.5	1.7	20.0	13.0	6.9	16.2	28.6	41.6
Métodos naturales	4.8	2.5	3.3	8.0	1.9	1.4	4.1	6.6	16.9
Inyectables	2.6	0.7	1.7			2.8	2.7	11.0	2.6
Yuyos/ hierbas/ remedios caseros o frescos/ te	0.7						5.4	1.1	
DIU, espiral o T de cobre	0.1				1.9				
Crema/ óvulos/ diafragma	0.1	0.4							
Preservativo femenino	0.1								1.3
Sin datos	0.1	0.4							
Promedio de menciones	1,15	1,12	1,05	1,04	1	1,17	1,12	1,21	1,44
Total	100.0 731	100.0 278	100.0 60	100.0 25	100.0 54	100.0 72	100.0 74	100.0 91	100.0 77

Entre quienes no se cuidaron o lo hicieron en forma intermitente, los principales motivos fueron similares a los reportados para no cuidarse en la iniciación: deseo de tener un hijo (21.7%), pensar que no se iba a embarazar (20.4%), la "imprevisibilidad" (12.4%) y el no querer cuidarse uno o ambos integrantes de la pareja (11.5%). El deseo de tener un hijo fue el más mencionado en Misiones (32.3%) y Rosario (37.8%). Con excepción de Misiones (el 4.6% manifiesta que ella o su pareja no querían usar un método), el "no quería/n cuidarse" ronda el 10% de las menciones en Catamarca, Rosario, Tucumán y Salta y el 20% en Chaco.

Tabla 3.21.
Motivo principal de no utilización de métodos anticonceptivos después de la iniciación sexual
(Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Quería tener un hijo	21.7	25.0	23.4	12.2	32.3	37.8	26.5	13.9	9.4
Pensaba que no se iba a embarazar	20.4	24.1	26.6	34.7	9.2	15.9	9.7	18.3	26.0
No esperaba tener relaciones en ese momento	12.4	9.6	23.4	4.1	13.8	8.5	4.4	7.2	31.5
No querían cuidarse	11.5	10.5	6.3	10.2	4.6	11.0	19.5	13.3	10.2
Problemas de acceso	8.3	4.8	3.1	10.2	13.8	4.9	6.2	17.8	3.9
No conocía los métodos	6.2	2.6	4.7	14.3	12.3	2.4	0.9	13.3	3.9
Otros motivos	5.1	7.9	6.3		3.1	4.9	10.6	1.7	2.4
No tenía relaciones sexuales	2.2	2.2	3.1	2.0	6.2		0.9	1.1	3.9
Violación	0.3				1.5	1.2		0.6	
No sabe	9.4	9.6	3.1	12.2		13.4	19.5	6.7	7.9
Sin datos	2.6	3.5			3.1		1.8	6.1	0.8
Total	100.0 908	100.0 228	100.0 64	100.0 49	100.0 65	100.0 82	100.0 113	100.0 180	100.0 127

Preguntadas acerca de si estaban utilizando un método cuando quedaron embarazadas de su último hijo, la gran mayoría (81.4%) respondió que no. Como es sabido, el no usar un método no es necesariamente sinónimo de querer embarazarse. Quienes reportaron explícitamente que no utilizaban un método porque querían tener un hijo (n: 584) fueron el 35.5 % de las encuestadas. Esta cifra representa el 43.6% de las jóvenes que no estaban utilizando un método al momento del último embarazo. Sólo un 29% de las jóvenes que no estaban buscando embarazarse utilizaban un método anticonceptivo (preservativo, retiro, píldora, métodos naturales).

Con la intención de contextualizar nuestros resultados, cabe recordar que una encuesta realizada hace una década entre mujeres en edad fértil del GBA arrojó un resultado similar: el 60% de las encuestadas declararon que no había planeado tener su último hijo. De estas mujeres, sólo el 40% estaba utilizando un método (con píldoras, preservativos, inyecciones, DIU y ritmo, en orden decreciente) (López, E., 1993).

La comparación entre los sitios aporta otro dato importante a tener en cuenta a la hora de implementar acciones y evaluarlas: la "estructura de motivos" por la cual las jóvenes no usaban un método es bastante diferente entre sitios. Mientras en Tucumán el motivo más mencionado ("quería tener un hijo": 28.6%) tiene un peso prácticamente similar a "problemas de acceso" (26.9%), en el resto de los sitios prima claramente el primero: Rosario (59.2%), GBA (50.4%), Misiones (44.8%), Chaco (44.6%), Catamarca (39.3%) y Salta (32%). Aún suponiendo que exista un "sesgo" en la respuesta por el momento y el contexto en el que se realiza la pregunta, cabe notar que el porcentaje de adolescentes que refieren haber querido embarazarse del hijo que acaba de nacer presenta un rango de variación importante que aumenta nuestra confianza en la "credibilidad" del dato.

Tabla 3.22.
Motivo principal de no uso de métodos al momento del último embarazo
(Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCU MÁN	SALTA
Quería tener un hijo	43.6	50.4	47.2	39.3	44.8	59.2	44.6	28.6	32.0
Pensaba que no se iba a embarazar	19.2	21.6	21.3	29.5	17.2	10.0	8.8	20.1	24.7
No esperaba tener relaciones en ese momento	9.8	7.8	16.7	9.8	17.2	3.8	4.1	5.6	23.3
Problemas de acceso	8.2	4.0	4.6	1.6	2.3	6.2	6.8	26.9	2.7
No querían cuidarse	7.2	5.0	3.7	4.9	4.6	5.4	15.5	8.5	9.3
Otros motivos	4.4	4.8	4.6		9.2	6.2	8.1	1.3	2.0
No conocía los métodos	2.7	1.2	1.9	8.2	4.6	0.8	1.4	5.6	2.7
Violación	0.1					0.8		0.4	
No sabe	4.6	5.2		6.6		7.7	10.8	2.6	2.7
Sin datos	0.1							0.4	0.7
Total	100.0 1339	100.0 421	100.0 108	100.0 61	100.0 87	100.0 130	100.0 148	100.0 234	100.0 150

Con respecto al 18% de las puérperas que declararon que se estaba cuidando al momento de quedar embarazadas, es posible inferir que hubo mal uso, uso esporádico o falla del método. Los sitios en los que mayor proporción de jóvenes estaban utilizando un método al momento de su último embarazo fueron Misiones (26.7%), Salta (26.8%) y Chaco (20.9%). Cuando se observa cuál es el método que estaban usando, no es posible establecer un patrón. En Misiones y Salta, los métodos más usados y los que explicarían más del 80% de los "fracasos" son métodos de control masculino (56.3% de preservativo en Misiones y 69.1% de coito interrumpido en Salta), mientras que en Chaco el método más reportado es la píldora (35.9%). Si bien se trata de un pequeño número de casos (entre 32 en Misiones y 55 en Salta), estos datos alertan acerca de la necesidad de implementar acciones de consejería destinadas a aumentar las habilidades de las mujeres y sus parejas para implementar un cuidado anticonceptivo eficaz.

Tabla 3.23.
Método anticonceptivo utilizado al momento del último embarazo
(Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Preservativo o condón masculino	43.9	75.6	58.8	38.5	56.3	20.8	17.9	32.4	20.0
Retiro	27.4	8.1		23.1	28.1		23.1	45.9	69.1
Píldoras o pastillas anticonceptivas	20.8	15.1	17.6	30.8	9.4	62.5	35.9	27.0	1.8
Métodos naturales	9.2	3.5	23.5	7.7	6.3		7.7	5.4	23.6
Inyectables	2.6	2.3				8.3	7.7	2.7	
Yuyos/ hierbas/ remedios caseros o frescos/ te	1.7						10.3	2.7	
DIU, espiral o T de cobre	0.7					8.3			
Sin datos	0.3	1.2							
Promedio de menciones	1,07	1,06	1	1	1	1	1,03	1,16	1,15
Total	100,0 303	100,0 86	100,0 17	100,0 13	100,0 32	100,0 24	100,0 39	100,0 37	100,0 55

Conocimiento de métodos y fuentes de información

Los métodos más mencionados fueron en orden decreciente las píldoras (91.2% de las menciones), el preservativo masculino (89.7%) y el DIU (59.4%). Los dos primeros fueron mencionados en proporciones bastante similares en todos los sitios. Con respecto al resto de los métodos, la cantidad de menciones es variable, probablemente debido a la oferta disponible en cada sitio. En Catamarca y Tucumán, por ejemplo, los inyectables son el tercer método más mencionado, mientras que en Rosario y Chaco ese lugar lo ocupa el DIU. Resulta llamativo el rango de variación del "retiro": del 6.5% en Rosario al 81% en Salta, donde ocupa el tercer lugar luego de las píldoras y el preservativo. Con respecto al preservativo femenino (mencionado en promedio por el 3.6% de las entrevistadas), es conocido en mayor proporción en Chaco (6.4%), GBA (5.9%) y Rosario (3.9%). Los "yuyos" recibieron la mayor cantidad de menciones en Misiones (14.2%) y Chaco (12.3%) y los métodos naturales en Salta (44.4%, frente al 13.2% del promedio de la muestra). La ligadura de trompas es mucho más conocida que la vasectomía (6.1% y 1.1% respectivamente). Cabe destacar que el sitio en el cual la ligadura recibió la mayor proporción de menciones fue Catamarca (17.6% frente al 6.1% promedio).

Tabla 3.24.
Métodos anticonceptivos que conoce (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIO-NES	ROSARIO	CHACO	TUCU-MAN	SALTA
Píldoras o pastillas anticonceptivas	91.2	92.7	94.4	85.1	90.0	96.8	93.0	86.7	88.3
Preservativo o condón masculino	89.7	97.2	96.8	77.0	85.8	88.3	84.5	79.3	93.2
DIU, espiral o T de cobre	59.4	70.7	74.4	47.3	43.3	64.3	71.1	29.9	60.5
Inyectables	39.0	29.9	17.6	64.9	30.8	57.1	34.2	57.9	35.6
Retiro	27.4	20.0	0.8	36.5	20.8	6.5	17.1	32.5	81.0
Métodos naturales	13.2	8.1	5.6	18.9	4.2	1.9	12.8	11.8	44.4
Ligadura de trompas o esterilización femenina	6.1	9.2	1.6	17.6	1.7	2.6	12.8	0.7	2.9
Cremas/ óvulos/ diafragma	4.6	7.9	4.8	8.1	0.8	3.9	5.3	0.7	2.4
Preservativo femenino	3.6	5.9	2.4	2.7	0.8	3.9	6.4	0.4	2.4
Yuyos/ hierbas/ remedios caseros o frescos/ té	3.3	1.0			14.2		12.3	1.5	2.4
Vasectomía o esterilización masculina	1.1	1.8		1.4		0.6	2.7		1.0
Píldoras del día después	0.1					0.6			
Otros	0.8	0.8	0.8		1.7	1.3	1.1		1.0
Ninguno	2.1	0.8		8.1	2.5	1.9	3.2	4.1	1.0
Sin datos	0.1	0.2			0.8				
Promedio de menciones	3,42	3,46	2,99	3,68	2,98	3,3	3,57	3,06	4,16
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

En cuanto a las fuentes de información, se destacan el centro de salud/hospital (40.4%), la escuela (38.4%) y las amigas, vecinas y hermanas (35.2%), seguidas de la madre (24.7%). En un más lejano cuarto y quinto lugar se ubican el marido o compañero (7.5%) y los medios de comunicación (5.9%). Se observan algunas diferencias entre sitios que vale la pena destacar. En el GBA, la escuela recibió casi el 50% de las menciones y el rol jugado por las madres es muy similar al atribuido al centro de salud (35.9% y 34.4% respectivamente). La situación se invierte en La Plata, donde el mayor peso lo tiene el centro de salud/hospital (54.4%) seguido por la escuela (26.4%). En el resto de los sitios, se observa que el sector salud desempeña un importante papel como fuente de información sobre métodos (entre el 38.2% y el 48.9% de las menciones). La escuela juega también un papel primordial en Misiones, Salta, Catamarca y, en menor medida, en Rosario. Por otro lado, se destaca el peso de las amigas, vecinas y hermanas como "informantes" en Salta, Catamarca y Tucumán.

Tabla 3.25.
Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA-MARCA	MISIO-NES	ROSARIO	CHACO	TUCU-MÁN	SALTA
Escuela	38.4	48.4	26.4	41.2	69.8	31.1	22.7	18.1	47.3
Madre	24.7	35.9	16.0	14.7	8.6	21.2	30.4	19.6	18.7
Marido/ compañero	7.5	5.8	5.6	10.3	6.9	4.6	2.2	8.8	17.7
Amiga/ vecina/ hermana u otros familiares mujeres	35.2	30.3	18.4	52.9	7.8	29.1	39.2	42.7	58.1
Otros familiares	2.4	2.6	0.8		3.4	4.0	3.9	1.2	2.0
Medios de comunicación o materiales educativos	5.9	5.6	2.4	11.8	1.7	6.6	8.4	4.2	8.4
Centros de salud u hospital	40.4	34.3	54.4	38.2	40.6	37.1	36.4	48.9	42.9
Otros	3.0	2.4	1.6	4.5	5.2	1.3	1.1	3.5	6.9
No recuerda	0.4	0.4	0.8	1.5			1.1		
Sin datos	1.1	1.4	2.4	1.5			3.3	0.4	
Promedio de menciones	1.59	1.67	1,29	1,76	1,44	1,35	1,49	1,47	2,02
Total	100.0 1608	100.0 504	100.0 125	100.0 68	100.0 116	100.0 151	100.0 181	100.0 260	100.0 203

Embarazo, parto y aborto

El 70.8% de las encuestadas reporta haber tenido un solo embarazo. El mayor porcentaje de adolescentes que reportan haber tenido un único embarazo corresponde a Misiones (78.3%) y el menor a las entrevistadas en La Plata (64.8%). En el GBA, el porcentaje es del 73% de la muestra. Las adolescentes con dos embarazos son en promedio el 23.6% de la muestra, registrándose los mayores porcentajes en Tucumán (26.9%), Chaco (25.7%) y Salta (25.4%). En el GBA se destaca la situación de la Matanza: 30% de las adolescentes encuestadas reportan dos embarazos. Con respecto a las adolescentes con tres o más embarazos, se encuentran por encima del promedio (5.7%) las mujeres atendidas en los hospitales de Florencio Varela y La Matanza en el GBA y las de Catamarca (8.1%), Chaco (7.5%) y Tucumán (7%).

Tabla 3.26.
Cantidad de embarazos (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
1	70.8	72.9	64.8	70.3	78.3	75.3	66.8	66.1	71.2
2	23.6	21.6	25.6	21.6	20.8	20.8	25.7	26.9	25.4
3 y más	5.7	5.5	9.6	8.1	0.8	3.9	7.5	7.0	3.4
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

La edad promedio al primer embarazo es 16.6 años en la muestra total, con mínimas variaciones entre los sitios. Para las 481 mujeres que tuvieron un segundo embarazo la edad promedio al mismo fue 17.5 años, para las 93 mujeres que tuvieron tres 17.9 años, y para las 19 que tuvieron cuatro embarazos la edad promedio fue 18,7. La única encuestada que tuvo un quinto embarazo tenía 18 años al momento del mismo.

Se podría inferir que en aquellas mujeres que han tenido dos o más hijos durante la adolescencia los intervalos intergenésicos han sido menores al período de dos años recomendado por la literatura médica.

Tabla 3.27.
Edad al primer embarazo (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATAMARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Menor de 12 años	0.1			1.4				0.4	
12 a 13	1.4	1.0	0.8	1.4		3.2	3.2	0.7	1.5
14 a 15	24.4	19.6	25.6	17.6	22.5	35.1	25.7	33.2	18.0
16 a 17	43.9	42.2	42.4	47.3	49.2	41.6	41.7	45.8	45.9
18 a 19	30.0	36.7	31.2	32.4	27.5	20.1	29.4	19.9	34.6
Sin datos	0.2	0.4			0.8				
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

Con respecto al primer embarazo, el 74% de ellos ocurrió entre los 16 y los 19 años. Los sitios con mayor proporción de primeros embarazos a edades más tempranas son Rosario y Tucumán con un tercio o más de los embarazos en el tramo 14 a 15 años (vis a vis el 24.4% en el total de las entrevistadas).

En cuanto a la forma de terminación de los embarazos, el 15.4% de las jóvenes ha tenido al menos una cesárea y el 3.5% declara al menos un aborto³³ en su historia reproductiva. De los 79 abortos reportados, 49 de ellos (62%) corresponden al primer embarazo, 23 (29.1%) al segundo y el resto a un tercer o cuarto embarazo (7.6% y 1.3% respectivamente). Se observan variaciones en la proporción de adolescentes que reporta que el primer embarazo terminó en aborto: el mayor porcentaje se registra entre las entrevistadas en La Plata (8%), seguidas de las del GBA (3.9%), Salta (2.9%) y Tucumán (2.6%).

Con respecto a la forma de terminación del primer embarazo, el porcentaje de cesáreas fue del 16.7% observándose marcadas disparidades entre los sitios: Chaco, La Plata y GBA tienen valores cercanos al promedio, mientras que Catamarca y Tucumán presentan valores sensiblemente mayores (25.7% y 28.8% respectivamente). Los menores porcentajes de cesárea se registran en Salta y Misiones (9-10%) y en Rosario (13%).

³³ En la encuesta no se discriminó entre aborto espontáneo y provocado.

Tabla 3.28.
Forma de terminación del primer embarazo (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATAMARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Vaginal	80.4	81.7	74.4	74.3	90.8	85.7	81.3	68.6	87.3
Cesárea	16.7	14.3	17.6	25.7	9.2	13.0	16.6	28.8	9.8
Aborto	3.0	3.9	8.0			1.3	2.1	2.6	2.9
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

En síntesis, los resultados de la encuesta permiten describir las características más frecuentes de las madres adolescentes y de la atención del embarazo, y también señalar algunas especificidades que resultaría importante tener en cuenta a la hora de diseñar y evaluar programas locales destinados a prevenir el embarazo no planeado y a mejorar los servicios de salud reproductiva que se ofrecen a esta población.

El promedio de las adolescentes encuestadas se inició sexualmente a los 15 años, con su novio y usó preservativo en esa primera relación. Luego se cuidó de forma intermitente o no se cuidó a pesar de que no deseaba explícitamente embarazarse. Tenía un conocimiento aceptable de los métodos disponibles, el cual le había sido provisto por el centro de salud/hospital, la escuela y/o su madre y sus pares. Tuvo un primer embarazo a los 16 años y medio, lo llevó adelante y su hijo nació de parto vaginal. A futuro, como veremos luego, manifiesta querer cuidarse con píldoras o con DIU.

Ahora bien, la comparación entre los sitios revela diferenciales que son preocupantes porque constituyen inequidades que sería posible evitar o reducir con acciones implementadas desde el estado. Intentaremos poner el énfasis en aquellos aspectos que son más directamente de competencia del sector salud.

El análisis realizado permite establecer diferentes “grados de vulnerabilidad” entre las adolescentes de los diferentes sitios. De esta descripción surgen también pistas para el diseño de estrategias de intervención que atiendan a la diversidad de situaciones que el estudio puso de manifiesto.

En base a los datos presentados podemos concluir que las situaciones más “problemáticas” se presentan en Tucumán, Misiones, Salta y Catamarca, mientras que Chaco, Rosario, GBA y La Plata tienen, a pesar de sus diferencias, una situación menos desventajosa. Veamos qué datos sustentan esta afirmación. En relación con el promedio, Tucumán presenta un menor uso de métodos anticonceptivo al inicio de la vida sexual (mayor peso del desconocimiento de métodos como motivo de no uso), uso de métodos menos “eficaces” en la primera relación (menor proporción de preservativo y más de “retiro”), mayor porcentaje de adolescentes que nunca se cuidaron y de embarazos a edades más tempranas, mayor porcentaje de cesáreas en el primer embarazo, mayor porcentaje de adolescentes con dos y tres hijos y menor presencia de la escuela y el sector salud como fuente de información de métodos anticonceptivos. Una situación también preocupante resulta la de Misiones: mayor porcentaje de adolescentes que nunca “se cuidaron”, mayor porcentaje de encuestadas con 3 hijos, mayor porcentaje de “falla del método”. Por otra parte, es importante tener en cuenta que es uno de los sitios en que las jóvenes se iniciaron en mayor proporción con su marido o pareja conviviente, que reportaron no haber usado un método en su primera relación sexual tanto porque fue imprevista como porque querían tener un hijo y que manifestaron en mayor proporción que el último embarazo había sido “deseado”.

Catamarca tiene, también en términos comparativos, un mayor porcentaje de adolescentes que nunca se cuidaron, mayor peso del desconocimiento de los métodos como una razón de no uso en la iniciación sexual, mayor uso del “retiro” como método en la primera relación y mayor porcentaje de cesáreas en el primer embarazo que el promedio. Por otra parte, es uno de los sitios en los que las entrevistadas reportaron en mayor proporción que quería tener el hijo/a que acaba de nacer.

Salta presenta también una situación que merece atención. Tiene una de las mayores proporciones de iniciación temprana (antes de los 14), menor uso de métodos en la primera relación (en gran

medida debido a la "imprevisibilidad" de la misma), mayor proporción de jóvenes con dos hijos y de "falla del método" al momento del último embarazo.

En Chaco los indicadores "más preocupantes" son el porcentaje de adolescentes que nunca se cuidó, el porcentaje de jóvenes con dos y tres hijos y la proporción que reporta haber estado usando un método al momento de su último embarazo. Al igual que Misiones, reporta un mayor porcentaje de iniciación sexual con el marido o pareja conviviente y un porcentaje superior al promedio declara que quería tener un hijo cuando quedó embarazada del último.

Rosario presenta una situación particular. La encuesta revela un mayor porcentaje de iniciación sexual y de embarazos a edades tempranas y también de no uso de métodos al inicio debido a "quería tener un hijo". Es también el sitio en que las adolescentes manifestaron en mayor proporción (59%) que no habían usado un método porque querían tener este bebé (promedio: 35%). Por otra parte, es el lugar donde el porcentaje de uso de píldora anticonceptiva en la iniciación sexual es más alto. Este dato resulta difícil de interpretar. Por una parte podría ser indicador del buen funcionamiento del programa de salud reproductiva pero resulta preocupante desde el punto de vista de la prevención de las ets y el vih-sida si opera desalentando el uso del preservativo.

En cuanto al GBA, dos son los principales datos a tener en cuenta en término del diseño de intervenciones. Uno es la proporción de abortos en los primeros embarazos, que refuerza la necesidad de trabajar en anticoncepción de manera general y, en particular en el posaborto (si estos abortos terminan en hospitalizaciones). El segundo dato es que el 50% de las encuestadas refirió que no se estaba cuidando al momento de quedar embarazada del recién nacido/a porque quería tener un hijo. Más allá del posible sesgo dado por el momento de aplicación de la encuesta, el dato refuerza la idea de que el embarazo en la adolescencia es muchas veces un "proyecto" personal.

Información sobre el padre del primer hijo/a de las adolescentes puérperas

La encuesta relevó también información sobre el padre del bebé: la edad que tenía al nacimiento del primer hijo/a de la adolescente, el vínculo que la adolescente tenía con él al momento de ese embarazo y la relación que tenían al momento de aplicarse la encuesta.

En la distribución de la tabla 3.29 se observa que casi la mitad de los padres se concentra en el grupo de 20 a 24 años de edad y algo más de un tercio tiene entre 15 y 19 años. Estos datos están indicando que los compañeros con quienes las adolescentes han tenido su primer hijo tienen edades que están dentro de lo socialmente esperado para nuestra sociedad donde los varones o bien tienen la misma edad que su compañera o bien la superan en pocos años.

Sólo un 5% de las encuestadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del mismo. Si bien este grupo de edad tiene un peso relativo poco significativo es importante tener en cuenta que estas situaciones pueden estar relacionadas con posibles violaciones y abuso sexual. Si se observan las distribuciones de este grupo de edad por sitio no se encuentran diferencias significativas con respecto al total de la muestra excepto en Misiones donde el porcentaje de padres que tienen 30 años o más es del 13,4%.

Tabla 3.29.
Edad del padre al nacimiento del primer hijo/a nacido vivo (Total de la muestra)

	N	%
Menor de 15 años	2	0.1
15 a 19	573	35.0
20 a 24	736	45.0
25 a 29	204	12.5
30 y mas	80	4.9
No sabe	24	1.5
Sin datos	18	1.1
Total	1637	100.0

Nota: Se excluyen 8 casos que no contestaron el bloque referido a la información sobre el padre del bebé.

En cuanto al vínculo con el padre del bebé al momento de quedar embarazada se observa que el 40,6% de las entrevistadas reportó que convivía con él, y un 55,4% declaró que tenía una relación de pareja con él pero que no convivía. Es decir, la casi totalidad de las entrevistadas tenía una relación de pareja con el padre de su primer hijo/a, conviviera o no.

Al momento de realización de la encuesta, el 62% de las entrevistadas reportó convivir con el padre de su primer hijo (ver tabla 3.31). Si comparamos los dos momentos temporales (tabla 3.30 y tabla 3.31) se observa que las convivencias aumentaron más del 50% (de 40,6% a 62,5%). Este dato puede sugerir que un importante número de matrimonios o uniones posiblemente no se hubieran realizado de no haber mediado una situación de embarazo, o por lo menos que el embarazo pudo haber adelantado la decisión de concretar la unión. Cabe notar que 10% de las encuestadas habían terminado su relación con el padre de su primer hijo al momento de la encuesta.

Tabla 3.30.
Vínculo con el padre del bebé al momento del embarazo del 1er. hijo nacido vivo
(Total de la muestra)

	N	%
Pareja no conviviente	907	55.4
Pareja conviviente	664	40.6
Amigo o conocido	44	2.7
Otra	10	0.6
Sin datos	12	0.7
Total	1637	100.0

Nota: se excluyen 8 casos que no contestaron el bloque referido a la información sobre el padre del bebé.

Tabla 3.31.
Relación actual con el padre del primer hijo nacido vivo (Total de la muestra)

	N	%
Pareja conviviente	1023	62.5
Pareja no conviviente	349	21.3
Ex-pareja	163	10.0
Otra	89	5.4
No contesta	1	0.1
Sin datos	12	0.7
Total	1637	100.0

Nota: se excluyen 8 casos que no contestaron el bloque referido a la información sobre el padre del bebé.

Condición de actividad de las adolescentes al momento del embarazo

Otro aspecto relevado fue la condición de actividad de las madres adolescentes al momento del embarazo de su primer hijo/a nacido vivo. Se constató que casi la mitad de las encuestadas (un 46,3%) ya no estudiaban al momento de embarazarse. Estos datos reafirman el planteo de diversos autores que cuestionan que el abandono escolar sea consecuencia del embarazo, señalando que el abandono es previo al embarazo (Pantelides, 1995). Evidentemente, para un número importante de adolescentes la posibilidad y la decisión de estudiar están asociadas no a la ocurrencia de un embarazo sino a otras cuestiones que merecerían profundizarse en futuros trabajos.

Al observar los diferenciales por sitio se observa que en Tucumán la situación señalada es aún más crítica, pues 7 de cada 10 adolescentes madres ya no estudiaban al momento del embarazo del primer hijo (69,4%). En Catamarca y en Salta, por el contrario, la proporción de las adolescentes que estudiaban es significativamente superior al promedio (un 68,9% y un 62,4% respectivamente).

Por otra parte, merece especial atención el hecho que un tercio del total de la muestra no estudiaban ni trabajaban al momento de embarazarse de su primer hijo/a. Esta proporción es aún más preocupante en Tucumán donde la mitad de las adolescentes encuestadas se encontraban en esa condición. Esta situación plantea interrogantes acerca del valor asignado por las adolescentes madres a su experiencia de la maternidad. En un contexto de pobreza en donde las expectativas de presente y futuro son restringidas la maternidad puede aparecer para ellas como algo positivo: la posibilidad de tener un proyecto de vida propio.

Tabla 3.32.

Ocupación al momento del embarazo del 1er. hijo nacido vivo (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATAMARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Estudiaban	53.2	56.4	61.6	68.9	59.2	52.6	52.9	29.9	62.4
Solo estudiaba	47.4	50.5	56.0	63.5	52.5	45.5	47.1	26.2	55.6
Estudiaba y trabajaba	5.8	5.9	5.6	5.4	6.7	7.1	5.9	3.7	6.8
No estudiaban	46.3	43.2	38.4	31.1	39.2	46.1	47.1	69.4	37.1
No estudiaba ni trabajaba	30.8	27.7	28.0	27.0	22.5	35.1	25.7	49.4	22.9
Solo trabajaba	15.4	15.5	10.4	4.1	16.7	10.4	21.4	19.9	14.1
Sin datos	0.4	0.4			0.8	0,6		0.4	0.5
Nunca asistió a la escuela	0.2				0.8	1.3		0.4	
Total	100.0 1645	100.0 509	100.0 125	100.0 74	100.0 120	100.0 154	100.0 187	100.0 271	100.0 205

¿Por qué no van a la escuela?

Las adolescentes púerperas que no estudiaban al momento de embarazarse mencionaron como motivo principal de no estudiar el no querer o resultarle difícil (38%), siguiéndole en orden de importancia los problemas económicos (24%). Por último, un 20,6% suponía que el nivel de estudios por ellas alcanzado les resultaba suficiente o habían terminado el nivel. Sin embargo, al observar la "estructura de motivos" por sitios los problemas económicos adquieren mayor importancia en lugares como Misiones, donde casi la mitad de las adolescentes refirieron ese motivo como el principal, y en Catamarca y Tucumán, donde un tercio de las adolescentes señalaron la problemática económica como causa de su no asistencia a la escuela.

Por otra parte, las dificultades en el acceso a la escuela no parecen ser un motivo de peso para la no asistencia. Excepcionalmente en Chaco el peso relativo de este motivo se incrementa con respecto al resto de los sitios: es mencionado por un 11,4% de las adolescentes encuestadas.

Tabla 3.33.

Motivo principal de no asistencia a la escuela (Total de la muestra y total por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATAMARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
No quería estudiar/ le resultaba difícil	38.0	33.2	50.0	39.1	23.4	49.3	35.2	32.4	59.2
Problemas económicos	24.2	23.2	22.9	30.4	46.8	9.9	20.5	30.9	13.2
Lo que estudiaba era suficiente/ terminó el nivel	20.6	26.4	18.8	21.7	2.1	12.7	13.6	27.1	15.8
Quería/ debía atender a su familia	7.0	3.2	6.3		21.3	5.6	13.6	5.9	7.9
Otros motivos	5.1	7.7		8.7	6.4	11.3	4.5	2.1	1.3
Problemas de acceso	2.8	2.7				2.8	11.4	1.6	
No sabe	1.2	1.4				8.5			
Sin datos	1.2	2.3	2.1				1.1		2.6
Total	100.0 761	100.0 220	100.0 48	100.0 23	100.0 47	100.0 71	100.0 88	100.0 188	100.0 76

Desgranamiento escolar durante el embarazo del primer hijo/a nacido vivo

Más de la mitad de las adolescentes puérperas que sí estudiaban al momento de quedar embarazadas abandonaron la escuela antes del 7° mes de embarazo. Sólo 4 de cada 10 continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el 7° mes (ver tabla 3.34). Estos datos indican que durante el embarazo el desgranamiento escolar es significativo.

Por ello, cobra importancia profundizar en los motivos declarados por las adolescentes para abandonar la escuela durante su embarazo. Al indagar en la estructura de motivos mencionados se observa que el sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o el temor a ser discriminada³⁴ ocupa un lugar de peso entre los motivos mencionados (33,2%) (ver tabla 3.35). En Tucumán, Salta y Misiones este motivo fue mencionado por cerca de la mitad de las adolescentes (un 52, 9%, 47,3% y 46,2% de menciones respectivamente). Un motivo de índole diferente aparece como el segundo más mencionado: un cuarto de las adolescentes mencionaron haber abandonado los estudios por motivos de salud (en esta categoría se incluyeron las que respondieron que efectivamente tenían indicado hacer reposo, y quienes respondieron que por motivos de malestar físico relacionado con el embarazo o enfermedades contagiosas en la escuela prefirieron no asistir a la escuela). Un 13,7% reportó que no quería estudiar. Sólo en Misiones y Salta los problemas económicos tienen un porcentaje de menciones relativamente más alto (15,4% y 14,5%) que en la totalidad de la muestra (7,8%).

Es importante analizar estos datos en relación con la continuidad de asistencia a la escuela luego de nacido su primer hijo. Este dato sólo lo podemos conocer para las adolescentes puérperas que al momento de la encuesta eran múltiparas. En este sentido se observa que la mayoría de las adolescentes múltiparas (el 76%) reportó no haber continuado la escuela luego del nacimiento del primer hijo/a. Sólo un 20% continuó estudiando (ver tabla 3.36).

Tabla 3.34.
Asistencia a la escuela durante el embarazo del 1er. hijo nacido vivo (Total de la muestra)

	N	%
Hasta el final del embarazo o más del 7mo. mes	356	40.7
Sólo por algún tiempo	260	29.7
No	259	29.6
Total	875	100.0

³⁴ En esta categoría también se incluyeron casos en que la adolescente refirió haber sido efectivamente discriminada en el ámbito escolar, ya sea por sus compañeros o por las autoridades de la escuela que no aceptaban adolescentes embarazadas.

Tabla 3.35.
Motivos por los cuales no continuó estudiando durante el embarazo del 1er. hijo nacido vivo
(Total de la muestra)

	N	%
Vergüenza/ discriminación	165	33.2
Motivos de salud	125	25.2
No quería/ no le gustaba	68	13.7
Otros motivos	45	9.1
Problemas económicos	39	7.8
Problemas de acceso	36	7.2
Debía/ quería atender a la familia	16	3.2
No sabe	4	0.8
Sin datos	16	3.2
Promedio de menciones	1,03	
Total	497	

Nota: se excluyeron 22 menciones correspondientes a las categorías "Terminaron las clases" y "Terminó el nivel que estaba estudiando".

Tabla 3.36.
Continuidad de asistencia escolar de las multíparas después del nacimiento
del primer hijo nacido vivo (Total de la muestra)

	N	%
Sí	87	20.1
No	327	75.7
Sin dato	18	4.2
Total	432	100.0

Nota: se excluyen 2 casos que reportaron nunca haber asistido a la escuela.

Poco menos de la mitad de las adolescentes multíparas que no continuaron estudiando luego del nacimiento de su primer hijo/a mencionaron como motivos el desear atender a su familia o bien tener la obligación de hacerlo (42,6%). Un tercio reportaron no querer estudiar y 2 de cada 10 mencionaron problemas económicos (ver tabla 3.37). Se observa así que el querer / deber atender a su familia y el no querer estudiar son los dos motivos más mencionados en la mayoría de los sitios, a excepción de Tucumán en donde el tener problemas económicos para continuar estudiando presenta un porcentaje mayor de menciones (31,6%) junto con no querer estudiar (31,6%).

Si bien los problemas económicos tienen un porcentaje atendible de menciones, no ocupan el primer lugar en la estructura de motivos mencionados. Esto no significa minimizar la problemática económica que evidentemente está presente, simplemente indica la necesidad de incorporar otras variables a la hora de entender porqué las adolescentes no continúan estudiando una vez que tienen su primer hijo/a. Los datos sugieren que las adolescentes multíparas no continúan estudiando principalmente por querer dedicarse a la familia que han formado a partir de la llegada de su primer hijo/a y/o tener impedimentos familiares que le permitan desarrollar su condición de estudiante y su maternidad simultáneamente.

Por otra parte, el expresar explícitamente que no quieren estudiar (casi un tercio) también es un dato que merece atención y que incita a reflexionar acerca de las razones por las cuales estas adolescentes no consideran atractivo retomar sus estudios.

Finalmente, el alto porcentaje de adolescentes multíparas que dejaron sus estudios luego de ser madres por vez primera abre el interrogante acerca de qué sucederá con las primíparas, si efectivamente podrán / querrán retomar sus estudios luego del puerperio o si seguirán la trayectoria observada en el grupo de las multíparas.

Tabla 3.37.
Motivos por los que no continuó estudiando después del nacimiento del 1er. hijo nacido vivo
(Total de la muestra)

	N	%
Quería/ debía atender a su familia	129	42.6
No quería estudiar	86	28.4
Problemas económicos	60	19.8
Otros motivos	11	3.6
No sabe	5	1.7
Sin datos	25	8.3
Promedio de menciones	1,04	
Total	303	

Nota: Se excluyeron 24 menciones correspondientes a la categoría "Terminó el nivel que estaba estudiando". Los porcentajes no suman el 100% porque se permitieron respuestas múltiples.

Intención de estudiar y trabajar a futuro

Se les preguntó a las adolescentes si en el próximo año tenían planeado estudiar y trabajar. Cabe destacar que menos de la mitad (45,5%) del total muestral manifestó tener intenciones de estudiar. En cambio, cuando se les preguntó si tenían intenciones de trabajar una proporción mayor (55,1%) manifestó que tenía planeado hacerlo.

Intención de utilización de métodos anticonceptivos

Con relación a la intención de utilización de métodos anticonceptivos casi la totalidad de las encuestadas (94,7%) declara tener intención de usarlos. En cuanto a los MAC que las adolescentes tienen previsto usar aparecen mencionados en orden de importancia los orales, seguidos por el DIU. El preservativo sólo tiene un 7,4% de menciones. Esta cifra es sugestiva ya que como se vio anteriormente el método más usado por las adolescentes encuestadas es el preservativo, por lo tanto este cambio de preferencia reportado en la intención de uso podría estar indicando que luego de un embarazo lo que aparece como prioridad para la adolescente es el cuidado anticonceptivo eficaz y de control femenino. Téngase en cuenta que estas adolescentes han referido altos niveles de utilización de MAC, no obstante, se han embarazado, lo que podría asumirse como un indicador de una no adecuada utilización del método elegido. Esta percepción por parte de la adolescente de que el método "le ha fallado" podría explicar que luego del nacimiento de su hijo/a el preservativo como método anticonceptivo queda relegado en favor de los orales y el DIU.

Ante este cambio de preferencia reportado es recomendable que desde los servicios de salud se trabaje con las adolescentes en la promoción de la doble protección (anticonceptiva y de ETS) y que, por otra parte, se provea a las adolescentes de información sobre la forma adecuada de utilización de los métodos elegidos, y no sólo de información acerca de la oferta de métodos disponibles. A su vez, es clave la provisión del MAC elegido.

Obviamente existen diferencias por sitios. En cuanto a los MAC que las adolescentes tenían pensado usar el DIU ocupa el primer lugar en importancia de menciones en Gran Buenos Aires, Chaco y Salta, y las píldoras anticonceptivas son el segundo método más mencionado. El rango de variación del preservativo va del 13.5% en el GBA al 1,5% en Catamarca. Cabe destacar que si bien

el peso de los inyectables para el total de la muestra es de 9,1%, en Rosario aumenta a 27,2%, y en Tucumán y Catamarca es de 18,4% y 16,2% respectivamente.

Por otra parte, las encuestadas mayoritariamente refieren el hospital o centro de salud como lugar a donde se dirigirán para obtener el método anticonceptivo elegido. Este dato señala la importancia de un funcionamiento eficaz de los servicios de salud en cuanto a la oferta apropiada y provisión de MAC para adolescentes (ver tabla 3.40).

Tabla 3.38.
Intención de uso de métodos anticonceptivos (Total de la muestra)

	N	%
Si	1558	94.7
No	20	1.2
Ns/Nc	63	3.8
Sin datos	4	0.2
TOTAL	1645	100.0

Tabla 3.39.
Intención de uso según tipo de MAC que tiene intención de usar
(Total de la muestra y totales por sitio)

	TOTAL	GRAN BUENOS AIRES	LA PLATA	CATA MARCA	MISIONES	ROSARIO	CHACO	TUCUMAN	SALTA
Píldoras o pastillas anticonceptivas	44.7	39.1	56.2	48.5	82.4	37.1	38.4	53.1	28.7
DIU, espiral o T de cobre	36.0	42.8	39.7	22.1	10.9	30.5	53.7	17.2	48.2
Inyectables	9.1	3.7	5.0	16.2	3.4	27.2	4.5	18.4	4.6
Preservativo o condón masculino	7.4	13.5	10.7	1.5	2.5	3.3	4.0	2.9	6.7
El que indique el médico	2.6	0.8			0.8		0.6	8.4	7.2
Retiro	0.4				1.7	0.7	1.1	0.8	
Métodos naturales	0.4	0.4					1.1	0.4	0.5
Cremas/ óvulos/ diafragma	0.1	0.4							
Yuyos/ hierbas/ remedios caseros o frescos/ te	0.1						1.1		
Cualquiera	0.1	0.2							
Otros	0.1	0.2							0.5
No sabe	8.0	10.0	5.8	16.2	2.5	7.9	6.8	5.9	8.7
Promedio de menciones	1,09	1,11	1,17	1,04	1,04	1,07	1,11	1,07	1,05
Total	100.0 1558	100.0 488	100.0 121	100.0 68	100.0 119	100.0 151	100.0 177	100.0 239	100.0 195

Tabla 3.40.
Lugar donde piensa obtener el método anticonceptivo que tiene intención de usar
(Total de la muestra)

	N	%
Hospital o centro de salud	1282	89.5
Otro establecimiento de salud	130	9.1
Otro lugar	24	1.7
No sabe	20	1.4
Sin datos	24	1.7
Promedio de menciones	1,03	
Total	1433	100.0

Cantidad de hijos que manifiestan querer tener

La encuesta preguntó si las púerperas pensaban que a futuro iban a querer tener más hijos. En el total de la muestra el 54,9% respondió que no, 28,7% respondió que deseaba tener más hijos, y el 16% que no tenía una idea formada al respecto.

En la distribución de la tabla 3.42 se observa que el 79,2% de las adolescentes manifestaron querer tener entre uno y dos hijos como cantidad ideal.

Asimismo, al ser interrogadas sobre el intervalo deseado entre partos, las adolescentes manifestaron querer espaciar los nacimientos: sólo una 1 de cada 10 expresó desear un lapso corto de tiempo (de 1 a 2 años), el resto se inclinó por períodos de tiempo más largos.

Como la encuesta fue aplicada en el puerperio inmediato es posible que las respuestas estén influenciadas por esa experiencia reciente tanto en lo que hace al espaciamiento como al número de hijos (partos) deseados.

Tabla 3.42.
Cantidad de hijos que manifiestan querer tener
(Total de la muestra)

	N*	%
1 hijo	566	42,0
2 hijos	501	37,2
3 hijos	203	15,1
4 hijos	57	4,2
5 y más	15	1,1
Todos los que vengan	6	0,4
Total	1348	100,0

Nota: se excluyen las mujeres que no sabían si querían tener más hijos, las que quieren tener más pero no saben aún cuántos y 6 casos que no se pudo recoger la información.

Las madres de las adolescentes puérperas: ¿la historia se repite?

En cuanto a los factores familiares que pueden influir en un embarazo a temprana edad éste suele asociarse a antecedentes familiares de conductas semejantes. Por tal razón, se indagó sobre la edad que tenía la madre de la adolescente cuando tuvo su primer hijo/a.

Para los casos en que se pudo obtener información sobre la edad que tenía la madre de la adolescente encuestada cuando tuvo su primer hijo/a (N=1278), se observa que aproximadamente tres cuartas partes (72,1%) también fueron madres adolescentes. Este dato suscita algunas reflexiones acerca de la transmisión de experiencias de madre a hija. Se podría suponer que en el entorno social de estas adolescentes la maternidad temprana es algo normalizado y por lo tanto se transmite de madre a hija. Sin embargo, es importante incorporar una mirada amplia sobre este punto y preguntarse si en realidad lo que se transmite generacionalmente no es una situación de pobreza en la cual las dificultades de prevenir un embarazo no planeado así como el valor asignado a la maternidad no son una expresión más de vivir en un contexto adverso.

Tabla 3.41.
Edad de la madre de la adolescente cuando tuvo su primer hijo/a
(Total de la muestra)

	N	%
Menor de 12	1	0,1
12 a 13	26	2,0
14 a 15	220	17,0
16 a 17	310	24,0
18 a 19	373	29,0
20 o mas	348	27,0
Total	1278	100.0

Nota: se excluyen 318 casos de adolescentes que no recordaban la edad que tenía su madre cuando tuvo su primer hijo/a, 47 casos que respondieron no saberlo y 2 que no se pudo relevar la información.

Referencias bibliográficas

López, E., 1993. "Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido", en *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, CEDES - CENEP, Buenos Aires.

Pantelides, E. A. y Cerrutti, M., 1992. "Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia", en *Cuadernos del CENEP N° 47*, CENEP, Buenos Aires.

Geldstein, R. y Schuffer, M., 2002. *Iniciación sexual y después... Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires*, CENEP, Buenos Aires.

Pantelides, E. A., 1995. *La Maternidad precoz*, UNICEF, Buenos Aires.

Pantelides, E. A., 1996. "La fecundidad adolescente y sus consecuencias. Clase social, género y conducta sexual adolescente" en Universidad Peruana Cayetano Heredia, IEPO-PROSAR, *Salud Reproductiva: Nuevos Desafíos*, Lima, págs. 239 - 251.

Weller, S., *Salud Reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998*, en Oliveira, M. (org.) *Cultura, adolescencia y saude. Consorcio latinoamericano de programas em Saúde reprodutiva e sexualidade*, San Pablo, 1999.

Capítulo 4

Análisis comparado de la Encuesta a Puérperas Adolescentes (EPA) con la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), SIEMPRO 2001³⁵

Introducción

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), SIEMPRO, 2001, constituye la fuente más actualizada de información secundaria proveniente de encuestas de hogares en el país. Con una muestra del total nacional urbano, la ECV incluye el relevamiento de indicadores de acceso a los bienes y servicios de salud reproductiva, tales como utilización de métodos anticonceptivos, atención del embarazo y del parto, y consulta ginecológica.

En el marco del estudio sobre embarazo adolescente, el análisis de los resultados de la ECV tuvo como objetivos aislar diferenciales en las condiciones de acceso a la atención de salud sexual y reproductiva de las adolescentes respecto de la población femenina general, y contextualizar los resultados obtenidos de la aplicación de la Encuesta a Puérperas Adolescentes (EPA) en el comportamiento del acceso a la atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes mujeres de 15 a 19 años en el total nacional urbano y de mujeres en edad reproductiva según aglomerado de residencia.

La EPA fue diseñada especialmente para el presente estudio CONAPRIS-CEDES, y aplicada en las principales maternidades de los sitios seleccionados. Su objetivo consistió en realizar un diagnóstico de la situación de las madres adolescentes de las jurisdicciones involucradas en la investigación, según el objetivo específico reformulado del proyecto: "producir información sobre el perfil sociodemográfico, la historia reproductiva, la atención del embarazo, y el conocimiento e intención de uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes que atienden sus partos en las principales maternidades de las jurisdicciones incluidas en este estudio".

En este capítulo se presentan los resultados del procesamiento de los indicadores de acceso a la atención de salud reproductiva de la ECV, como una forma de delinear un escenario que permita aislar diferenciales de acceso en las puérperas adolescentes relevadas por la EPA. Se espera que estos resultados contribuyan a la elaboración del perfil actualizado de las madres adolescentes y a la definición de orientaciones para los servicios de salud.

Metodología

El plan de procesamiento y análisis de la información resultante de la ECV consideró el total nacional urbano y la desagregación por los aglomerados principales de las jurisdicciones seleccionadas en el estudio:

- Gran Buenos Aires (sólo partidos del conurbano bonaerense)
- Gran Rosario
- Gran Resistencia
- Gran Posadas
- Salta
- Catamarca
- Tucumán - Tafí Viejo

Con el objetivo de aislar diferenciales en las condiciones de acceso a la atención de las adolescentes respecto de la población femenina en edad reproductiva, se procesaron en forma separada indicadores de atención de salud sexual y reproductiva para mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años.

³⁵ Este capítulo fue elaborado por la Lic. Valeria Alonso.

Los indicadores seleccionados fueron:

- Cobertura de salud
 - población total por tipo de cobertura de salud y sexo
 - tipo de cobertura por intervalo de edad, mujeres 15 - 49 años
- Atención del embarazo y del parto
 - realización de control de embarazo
 - captación de embarazo por tipo de cobertura de salud
 - cantidad de controles de embarazo por tipo de cobertura de salud
 - tipo de parto por lugar de atención
- Utilización de métodos anticonceptivos
 - utilización actual por intervalo de edad, mujeres 15 - 49 años
 - tipo de método utilizado, mujeres 15 - 19 y 15 - 49 años
- Consulta ginecológica
 - consulta ginecológica en el último año por intervalo de edad, mujeres 15 – 49 años.

La EPA realizó un muestreo temporal durante un período de dos meses de todas las mujeres de 15 a 19 años que ingresaron a internación por parto en las principales maternidades de los sitios seleccionados en el estudio. Se excluyeron los casos de madres y niños en cuidados intensivos. Se obtuvo un total de 1645 encuestas realizadas.

El cuestionario constó de una portada y seis bloques temáticos:

- A. Atención del embarazo y del parto
- B. Historia reproductiva
- C. Anticoncepción
- D. Situación al embarazo del 1º hijo/a nacido vivo
- E. Futuro
- F. Sociodemográfico

Los indicadores de la EPA incluyen los relevados en el bloque mujer y salud reproductiva de la ECV y agregan otros significativos para el relevamiento de la calidad de la atención de los controles de embarazo, la situación al embarazo y la intención de planificación familiar, entre otros. En este capítulo se presentan sólo los resultados comparables entre la EPA y la ECV, precedidos de un análisis general del acceso a la atención de salud reproductiva en la Argentina.

Acceso a la atención de salud reproductiva

El sector público tiene en la Argentina una responsabilidad creciente en la atención de salud de la población. Más de 43% de la población nacional urbana depende del sector público para la atención médica. En algunos aglomerados, como Gran Resistencia y Gran Posadas, la proporción de la población que no cuenta con cobertura de la seguridad social o de los seguros privados supera el 50% (Tabla N° 4.1).

A nivel nacional y en todos los aglomerados seleccionados en este estudio, la población masculina bajo cobertura pública de salud es relativamente superior que la femenina. Estudios basados en encuestas de hogares en América Latina han encontrado un énfasis en la condición socioeconómica atravesando al género en el acceso a la cobertura de salud (Serra et.al., 2002 y Henderson et.al. 2000). No obstante, estudios de género y salud han comprobado también que siempre son las mujeres de los sectores más pobres las que encuentran mayores dificultades de acceso a los servicios de salud (Travassos et.al. 2002; Cortez, 2002; González Velez, 2002).

En lo referente al perfil de las adolescentes respecto de la población femenina en edad reproductiva, se destaca un importante porcentaje de mujeres de 15 a 49 años bajo cobertura pública de salud. Mientras las mujeres de 15 a 49 años muestran a nivel nacional urbano una frecuencia relativa de cobertura pública de más de 45%, superando por otra parte los niveles de la población femenina en

general (41,5%), las adolescentes de 15 a 19 años llegan a superar el 50% en este indicador (Gráfico N° 4.1).

El análisis de los niveles de los diferentes tipos de cobertura de salud, social, privada o pública, muestra en principio los alcances de la responsabilidad de cada uno de los subsistemas en la atención de la población. En el caso de la población urbana argentina, tal como se señaló al comienzo de este apartado, se encuentra una gran responsabilidad depositada en el sector público para la atención de salud. Esta responsabilidad es creciente si se considera a las adolescentes mujeres en relación con otros segmentos demográficos, tanto de la población general, como de la femenina en edad reproductiva.

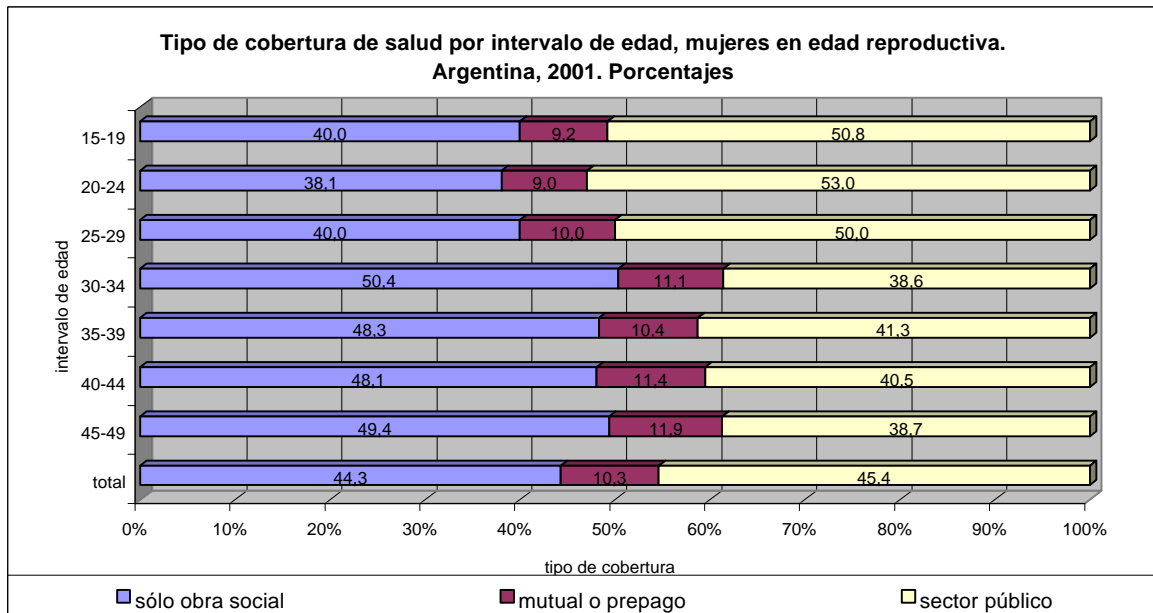
Tabla N° 4.1.

Porcentaje de población bajo cobertura pública de salud según sexo, aglomerados seleccionados y total nacional urbano. Argentina, 2001.

aglomerado	varón	mujer	total
Partidos del Gran Buenos Aires	51,8	47,8	49,8
Gran Rosario	36,0	33,6	34,8
Gran Resistencia	56,1	52,6	54,3
Gran Posadas	54,3	51,7	52,9
Salta	50,1	46,0	47,9
Catamarca	39,5	35,9	37,6
Tucumán-Tafí Viejo	39,5	36,9	38,1
Total nacional urbano	45,1	41,5	43,2

Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

Gráfico N° 4.1.



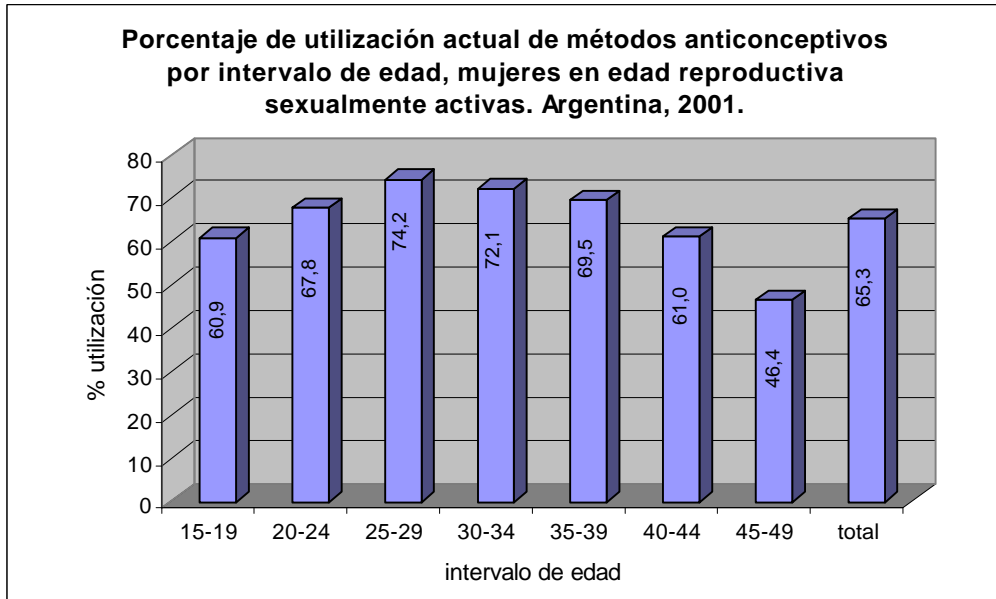
Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

La utilización de métodos anticonceptivos combina en los cuestionarios de las encuestas de hogares el uso de los métodos de alta efectividad con los naturales. La frecuencia relativa de utilización entre las mujeres en edad reproductiva sexualmente activas ha crecido considerablemente en los últimos años. Según información del Módulo de Metas Sociales, incluido en la Encuesta Permanente de Hogares de la onda Mayo de 1994 (EPH94), la población femenina argentina mostraba una prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos en áreas urbanas de entre 44% y 60% (INDEC, 1995), ubicándose el país entre los niveles medios de utilización registrados en América latina y el Caribe, del orden del 57% (FNUAP, 1999).

Los registros del relevamiento de este indicador alcanzan en 2001 al 65,3% de las mujeres en edad reproductiva sexualmente activas. Su distribución por intervalo de edad muestra una curva normal, aunque algo inclinada hacia las mujeres de 44 a 49 años. Las adolescentes de 15 a 19 años muestran no obstante importantes niveles de utilización, superando el 60% (Gráfico N° 4.2).

Los niveles de utilización de anticoncepción entre las adolescentes parecen haber tenido un incremento importante entre 1994 y 2001. Según la EPH94, las mujeres de 15 a 19 años del total de los aglomerados relevados alcanzaban una prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos de cerca de 40%, y con importantes niveles de uso de métodos naturales tales como el control del período menstrual (Díaz-Muñoz et al, 1995).

Gráfico N° 4.2.



Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

La frecuencia de utilización por tipo de método se invierte entre las adolescentes de 15 a 19 años y las mujeres en edad reproductiva en general. En las adolescentes prevalece el uso de preservativos, aun cuando la utilización de anticonceptivos orales también es superior a la del conjunto de las mujeres de 15 a 49 años, mientras que para la población femenina en edad reproductiva son los orales los que ocupan el primer lugar según frecuencia de utilización (Tabla N° 2).

La disminución de la frecuencia de utilización de anticonceptivos orales y preservativos cuando se considera a las mujeres de 15 a 49 años obedece a una mayor incidencia de la utilización de otros métodos, especialmente el DIU en las adultas.

También se observan en este caso modificaciones significativas respecto de los resultados de 1994. Se aprecia un incremento considerable en la utilización del preservativo entre las adolescentes y un descenso, aunque menos pronunciado, en las frecuencias relativas de utilización de anticonceptivos orales. Según la EPH94, entre las mujeres de 15 a 19 años, el uso de anticonceptivos orales se ubicaba en primer lugar con un 52,3% y el preservativo en segundo puesto con 33,7% (Díaz-Muñoz et al, 1995).

Sin duda el incremento de la utilización del preservativo entre las jóvenes entre las mediciones de 1994 y 2001 forma parte del impacto de las campañas de los programas de prevención del vih/sida y enfermedades de transmisión sexual (ETS) de los últimos años.

Tabla N° 4.2.
Porcentaje de utilización de anticonceptivos orales y preservativos, mujeres 15-19 y 15-49 años. Argentina, 2001.

tipo de método	mujeres 15-19 años	mujeres 15-49 años
orales	49,9	46,5
preservativos	54,8	34,2

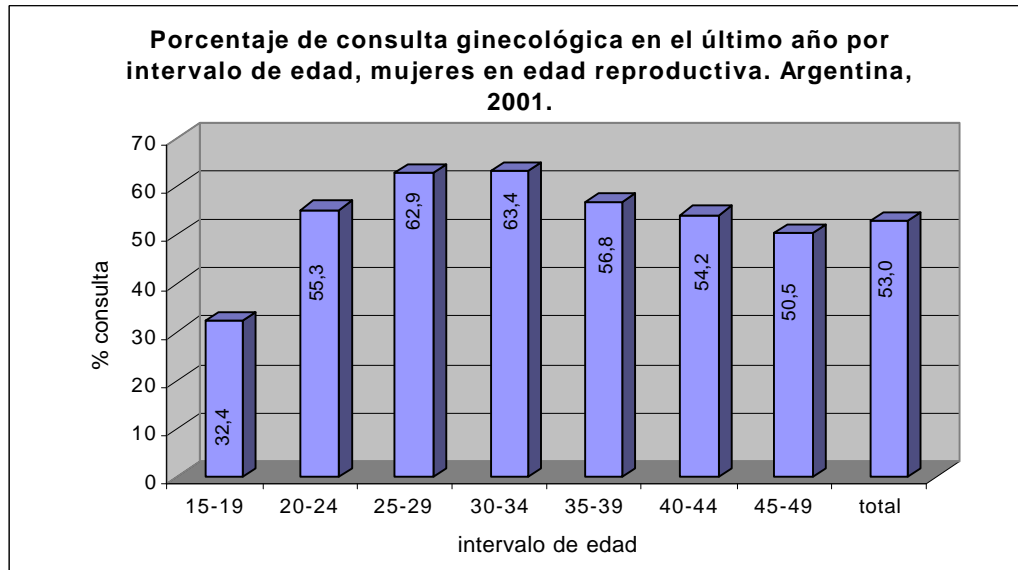
Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

La distribución por intervalo de edad de la realización de consulta ginecológica en el último año previo a la aplicación de la encuesta muestra una curva que se inclina sensiblemente hacia las

adolescentes. Entre las mujeres de 15 a 19 años la frecuencia relativa de consulta es inferior en más de 20 puntos porcentuales respecto de los demás intervalos de edad (Gráfico N° 4.3).

Esta brecha en la consulta puede explicarse por la temprana edad de las adolescentes. Sin embargo, si se considera que las adolescentes sexualmente activas corresponden, según la ECV, a 22% de todas las mujeres de 15 a 19 años, se observa que la frecuencia de consulta ginecológica resulta alta en relación con la iniciación sexual y, más aun, con la utilización de métodos entre las jóvenes sexualmente activas. Es decir que se confirma la realización de consulta ginecológica entre las adolescentes con anticipación a la iniciación sexual.³⁶

Gráfico N° 4.3.



Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

En síntesis, este análisis muestra que el sector público tiene una responsabilidad creciente en la atención de salud de la población urbana femenina adolescente, cuyos niveles de utilización de anticonceptivos son relativamente altos si se consideran a las jóvenes sexualmente activas, habiéndose incrementado en los últimos años.

Las adolescentes se distinguen del conjunto de las mujeres en edad reproductiva por la prevalencia del uso de preservativos, la cual se ajusta a las recomendaciones vinculadas con la promoción de la doble protección, anticonceptiva y de enfermedades de transmisión sexual, entre las jóvenes.

No obstante, la promoción de la consulta y el aprovechamiento de los controles ginecológicos podría incrementar entre las adolescentes los niveles de utilización de métodos anticonceptivos.

Diferenciales de acceso en puérperas adolescentes³⁷

Resultados del total de la base EPA, 2004 y del total nacional urbano ECV, 2001

La frecuencia de realización de control de embarazo se mantiene alta en la Argentina, con una leve diferencia de acceso a favor de la cobertura social o privada, que más que en la capacidad de atención del sector público puede originarse en barreras geográficas o económicas de la población.

Los resultados obtenidos en este indicador en la EPA no se distancian de los correspondientes a la ECV³⁸. Si se considera sólo la población bajo cobertura pública de salud, puesto que la EPA fue aplicada en hospitales y maternidades públicas³⁹, la frecuencia de realización de control de

³⁶ No obstante, en este caso es necesario considerar posibles diferenciales según estrato socio-económico en el acceso de las adolescentes a una consulta ginecológica temprana.

³⁷ Se excluyeron los casos sin datos de los totales de la EPA para el cálculo de las frecuencias relativas.

³⁸ En el caso de la ECV todos los indicadores de acceso a la atención del embarazo y del parto corresponden a la población femenina en general sin discriminación por edad, con hijos nacidos vivos durante los tres años previos a la aplicación de la encuesta.

³⁹ Se destaca también que la frecuencia relativa de la cobertura de obra social fue de sólo 5,2% en el total de la muestra de la EPA, y la de mutual o prepaga, 2,2%.

embarazo entre las adolescentes encuestadas coincide con los valores observados para la población nacional urbana (Tabla N° 4.3).

Incluso, si se consideran los resultados de la EPH94 para el conjunto de las adolescentes, sin discriminación de tipo de cobertura de salud, del total de aglomerados relevados, los niveles de control de embarazo de la EPA siguen siendo aceptables. En la EPH94, la frecuencia relativa de control de embarazo de las jóvenes de 15 a 19 años había arrojado un 95,7% (Díaz-Muñoz et al, 1995).

Tabla N° 4.3.
Porcentaje de realización de consulta de control de embarazo, EPA, 2004 – ECV, 2001

controló embarazo	EPA	ECV	
		cobertura pública	total
sí	96,5	96,2	97,5
no	3,5	3,8	2,5
total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

El inicio temprano del control prenatal es una de las preocupaciones significativas de los servicios de atención de la salud en el marco de las acciones preventivas. La captación del embarazo durante el primer trimestre de gestación resulta un objetivo primordial de las estrategias orientadas a "reducir los riesgos asociados a la maternidad y la supervivencia infantil" (López y Tamargo, 1995:178).

En este caso, la comparación de los resultados de la EPA con los de la ECV muestran una tendencia al control más tardío entre las adolescentes. Mientras sólo 56,8% de las encuestadas por la EPA accedieron al control prenatal durante el primer trimestre de gestación, esta proporción asciende al 77,2% de la población bajo cobertura pública según la ECV y al 84,8% de la población total (Tabla N° 4.4).

También se aprecia una distancia significativa, aunque menor que en el caso del control temprano, entre las adolescentes y el total de la población en relación con la cantidad de controles que se considera adecuada para la atención del embarazo. La ECV arroja un 78,5% de embarazos con más de 4 controles realizados para la población bajo cobertura pública. Las adolescentes púerperas relevadas por la EPA se encuentran un poco por debajo del indicador, con una frecuencia de 5 y más controles de 71,5% (Tabla N° 4.5).

Adicionalmente, los resultados de la EPA en estos dos indicadores se ubican por debajo de los obtenidos por la EPH94. Las jóvenes de 15 a 19 años, sin distinción por tipo de cobertura de salud, habían alcanzado en 1994 un 74% de 5 o más controles y un 67,6% de captación temprana, durante el primer trimestre del embarazo (Díaz-Muñoz et al, 1995).

Tabla N° 4.4.
Porcentaje de captación de embarazo según período de gestación, EPA, 2004 – ECV, 2001

captación de embarazo	EPA	ECV	
		cobertura pública	total
3 meses o menos	56,8	77,2	84,8
4 meses o más	43,2	22,8	15,2
total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

Tabla N° 4.5.
Cantidad de controles de embarazo, EPA, 2004 – ECV, 2001. Porcentajes

captación de embarazo	EPA	ECV	
		cobertura pública	total
1 a 4 controles	28,5	21,4	14,9
5 y más controles	71,5	78,6	85,1
total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

En cambio, la realización de test de detección de hiv/sida a las adolescentes durante el control de embarazo resulta superior entre las adolescentes de la EPA que entre la población bajo cobertura pública de la ECV. Esta brecha de algo más de un punto porcentual podría estar indicando mayores precauciones respecto de la detección de vih en adolescentes o, más probablemente, reflejando el incremento de la realización del test como parte de la rutina de control de embarazo en los años que van desde 1999 a 2004⁴⁰ (Tabla N° 4.6).

Tabla N° 4.6.
Porcentaje de realización de test de vih/sida en control de embarazo, EPA, 2004 – ECV, 2001

controló embarazo	EPA	ECV	
		cobertura pública	total
sí	69,2	67,8	71,4
no	30,8	32,2	28,6
total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

El análisis comparado del peso de las cesáreas sobre el total de partos en adolescentes y población general resulta significativo en dos sentidos. En primer lugar porque es habitual que los profesionales de los servicios de salud teman una mayor frecuencia de cesáreas entre las puérperas adolescentes⁴¹, y en segundo porque existe en la población urbana general una tendencia histórica ascendente de esta proporción.

La proporción de cesáreas sobre el total de partos aumentó en la Argentina de 31% a 36,3%, según los registros de 1997 y 2001, con una participación inferior en el hospital público, aunque también en aumento (de 21% a 24%) (SIEMPRO, 1997 y 2001).

Sin embargo, la proporción de cesáreas sobre el total de partos resultó entre las adolescentes puérperas entrevistadas en 2004 sensiblemente inferior a la correspondiente de la población general entre 1999 y 2001, incluso de aquellas mujeres que atendieron sus partos en el hospital público. Sólo 15% de las adolescentes puérperas de la EPA han tenido una cesárea frente a 24% de las mujeres de todas las edades de la ECV que se atendieron en el sector público (Tabla N° 4.7).⁴²

No obstante, los resultados de la EPH94 indicaban una proporción de cesáreas algo inferior a los de la EPA entre las adolescentes que habían sido madres durante los tres años anteriores a la aplicación de la encuesta, del orden de 13,8% (Díaz-Muñoz et al, 1995).

Los actuales resultados de la EPA, aun cuando acompañarían la tendencia ascendente del peso de las cesáreas en el total de partos, considerando sólo a las adolescentes madres, no alcanzan a fundamentar las precauciones de muchos profesionales de salud relativas a señalar a estas como un riesgo importante del embarazo precoz.

Tabla N° 4.7.
Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, EPA, 2004 – ECV, 2001

cesárea	EPA	ECV	
		hospital público	total
sí	15,2	23,9	36,4
no	84,8	76,1	63,2
total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

Como ya se planteó, la prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos entre las adolescentes resulta, aunque inferior, no tan alejada de los niveles de la población femenina en edad reproductiva

⁴⁰ Se recuerda que la ECV releva atención del embarazo y parto de los niños de 0 a 2 años cumplidos, es decir nacidos durante los tres años anteriores al momento de aplicación de la encuesta.

⁴¹ Estas precauciones aparecieron en varios informantes clave de los servicios de salud entrevistados en el marco de este mismo proyecto.

⁴² La baja frecuencia de cesárea entre las adolescentes puérperas puede explicarse en las diferencias de paridad respecto de las adultas. Del total muestral de la EPA, 73,5% de las adolescentes eran primíparas.

en general. En relación con este escenario, resulta significativo que los niveles de utilización al momento de la iniciación sexual (60%) y con anterioridad a la ocurrencia del embarazo actual (66%) de las adolescentes puérperas entrevistadas por la EPA se encuentren más o menos cercanos a los valores arrojados para las adolescentes de población urbana total de la ECV. Incluso la prevalencia de utilización en las puérperas con anterioridad a este embarazo y después de la iniciación es significativamente superior al 61% que señala la ECV para el intervalo de 15 a 19 años (Tabla N° 4.8).

Estos resultados resultan aún más significativos si se considera que la población de la EPA se compone exclusivamente de adolescentes puérperas, mientras que la de la ECV, en este caso, refiere a las adolescentes sexualmente activas independientemente de su condición de fecundidad. Estas distinciones impiden pensar en un incremento de la utilización de métodos anticonceptivos entre las adolescentes entre 2001 y 2004, y sin duda abren la reflexión a los factores que puedan intentar explicar la caída de la utilización en el reporte correspondiente al momento del embarazo actual.

Tabla N° 4.8.
Porcentaje de utilización de anticonceptivos, mujeres 15 - 19 años, distintos momentos.
EPA, 2004 - ECV, 2001

utiliza MAC	EPA				ECV actual
	a la iniciación sexual	después de la iniciación	al momento del embarazo	intención de uso futuro	
sí	59,9	66,1	18,5	98,7	60,9
no	40,1	33,9	81,5	1,3	39,1
total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

Los resultados del análisis comparado muestran entonces que las adolescentes sostienen los altos niveles de control de embarazo de la población femenina del total nacional urbano, aunque quedarían rezagadas en la oportunidad de comienzo de la consulta y en la cantidad de controles realizados.

La realización del test de determinación de vih/sida durante el control de embarazo posiblemente se haya incrementado en los últimos años en el sector público, o bien las adolescentes reciben un cuidado especial en este aspecto, puesto que sus niveles de realización en 2004 resultaron superiores a los de las mujeres con cobertura pública de todas las edades entre 1999 y 2001.

La proporción de cesáreas entre las adolescentes resultó muy inferior a las de la población urbana general, incluso a la de los partos atendidos en el hospital público, contradiciendo las precauciones señaladas habitualmente por los profesionales de salud.

La prevalencia de utilización de anticonceptivos entre las adolescentes encuestadas por la EPA muestra muy altos niveles tanto al inicio como en la continuación de la actividad sexual, en relación con los resultados del indicador entre las mujeres de 15 a 19 años de la población urbana en general, abriendo interrogantes importantes acerca de los factores que desembocaron en el embarazo actual⁴³.

Resultados según aglomerado de residencia⁴⁴

Este apartado tiene el propósito de presentar la información obtenida de la aplicación de la EPA en las principales maternidades de los sitios del estudio en el contexto del perfil de la atención del embarazo y del parto, y de la utilización de métodos anticonceptivos, de los aglomerados urbanos correspondientes, según los resultados de la ECV 2001. La contextualización de los resultados de la

⁴³ Una discusión ampliada de los factores que pueden estar contribuyendo con la ocurrencia del embarazo entre las jóvenes se presenta en el apartado de Historia Reproductiva del análisis de los resultados de la EPA incluido en este informe.

⁴⁴ En la información correspondiente a la ECV se destacan en cursiva aquellos resultados que superan el 20% de coeficiente de variación.

EPA no pretende una comparación rigurosa entre ambas encuestas, sino que permite sumar elementos para su evaluación.

Todos los sitios y aglomerados seleccionados superan el 90% de realización de control de embarazo tanto para las adolescentes como para la población femenina en general. Considerando los resultados obtenidos de la EPA por sitio de estudio en relación con la frecuencia de control de la población bajo cobertura pública de la ECV, se observan algunas leves diferencias.

Entre éstas se destacan mayores niveles de realización de control entre las adolescentes encuestadas en Gran Buenos Aires, Rosario, Resistencia y San Miguel de Tucumán respecto de los indicadores de la ECV para el sector de cobertura pública de los aglomerados correspondientes, y menores niveles en Posadas, Salta y Catamarca (Tabla N° 4.9). Estos resultados pueden abrir interrogantes acerca de posibles dificultades de acceso al control de embarazo entre las adolescentes encuestadas en estos últimos sitios.

Tabla N° 4.9.
Porcentaje de embarazos con control según sitio / aglomerado de residencia. EPA, 2004 – ECV, 2001

Sitio / aglomerado	EPA	ECV	
		sector público	total
Partidos del Gran Buenos Aires	97,1	94,3	96,4
Gran Rosario	98,1	96,5	95,2
Gran Resistencia	98,4	96,7	97,5
Gran Posadas	95,8	100,0	100,0
Salta	95,1	100,0	100,0
Catamarca	93,2	100,0	99,2
Tucumán-Tafí Viejo	95,2	93,4	95,1
Total de la base / Total nacional urbano	96,5	96,2	97,5

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

La captación de embarazo resultaba significativamente más tardía entre las adolescentes que en la población femenina general, confirmando los reportes de la literatura (INDEC, 1996), y, aun con una brecha más estrecha, la cantidad de los controles también era menor. La desagregación de estos indicadores según el sitio de relevamiento revela una disparidad que puede resultar significativa, especialmente en la distribución de la cantidad de controles realizados.

Los resultados por sitio de la EPA muestran en todos los casos una captación más tardía del embarazo entre las adolescentes que los niveles para el sector público de los aglomerados correspondientes según la ECV. El caso más extremo es Salta con una brecha entre ambas poblaciones de más de 40 puntos porcentuales (Tabla N° 4.10).

En cambio, la situación es disímil en cuanto a la cantidad de los controles. En este indicador muchos sitios mostraron niveles de acceso de las adolescentes equivalentes o superiores a los de la población femenina bajo cobertura pública de los aglomerados correspondientes según la ECV⁴⁵. La declinación del indicador en los resultados totales de la EPA parece estar recibiendo el impacto de las amplias brechas obtenidas en Salta, Catamarca y Tucumán (Tabla N° 4.11).

Tabla N° 4.10.
Captación de embarazo a los tres meses o menos según sitio / aglomerado de residencia. EPA, 2004 – ECV, 2001

Sitio / aglomerado	EPA	ECV	
		sector público	total
Partidos del Gran Buenos Aires	60,7	76,1	82,9
Gran Rosario	68,0	76,9	88,7
Gran Resistencia	70,1	77,7	82,9
Gran Posadas	53,0	67,5	74,4
Salta	31,8	73,0	80,9

⁴⁵ Resulta probable que, aun cuando las adolescentes accedan más tardíamente al control prenatal, realicen igual o mayor cantidad de controles en menos tiempo que las adultas, debido a su mayoritaria condición de primíparas.

Catamarca	74,6	83,0	88,9
Tucumán-Tafí Viejo	47,0	59,4	76,9
Total de la base / Total nacional urbano	56,8	77,2	84,8

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

Tabla N° 4.11.

Porcentaje de embarazos con 5 o más controles según sitio / aglomerado de residencia.

EPA, 2004 - ECV, 2001

Sitio / aglomerado	EPA	ECV	
		sector público	total
Partidos del Gran Buenos Aires	81,3	78,8	85,4
Gran Rosario	84,5	85,7	91,9
Gran Resistencia	74,3	73,6	79,9
Gran Posadas	75,7	77,5	82,9
Salta	54,4	73,8	79,7
Catamarca	63,8	95,9	91,9
Tucumán-Tafí Viejo	54,9	60,2	80,5
Total de la base / Total nacional urbano	71,5	78,6	85,1

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

La proporción de cesáreas entre las adolescentes encuestadas por la EPA se muestra en todos los sitios relevados muy por debajo de los niveles generales de la ECV para los aglomerados correspondientes. Aun cuando en este caso es necesario considerar que el indicador de la ECV no está desagregado por lugar de atención del parto, las amplias brechas obtenidas siguen siendo significativas a favor de las adolescentes, especialmente en Posadas y en Salta (Tabla N° 4.12).

Tabla N° 4.12

Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos según sitio / aglomerado de residencia.

EPA, 2004 - ECV, 2001

Sitio / aglomerado	EPA	ECV
Partidos del Gran Buenos Aires	12,8	34,5
Gran Rosario	15,6	25,2
Gran Resistencia	11,2	32,2
Gran Posadas	9,2	41,4
Salta	8,3	33,9
Catamarca	23,0	51,7
Tucumán-Tafí Viejo	27,7	43,1
Total de la base / Total nacional urbano	15,2	36,3

Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004 y SIEMPRO, 2001.

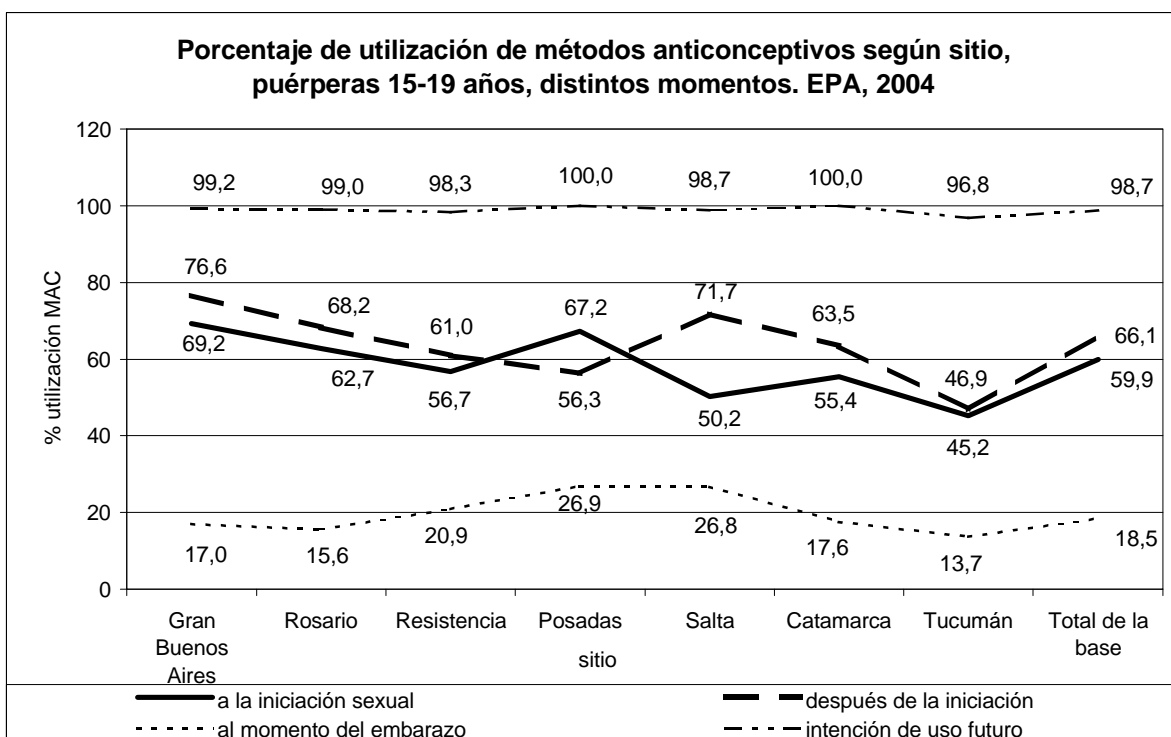
La EPA releva cuatro momentos en la utilización de anticonceptivos entre las jóvenes puérperas: a la iniciación sexual, después de la iniciación, al momento del embarazo actual e intención de uso futuro. En todos los sitios se observan valores extremos superiores en la intención de uso posterior al parto e inferiores en la utilización al momento del embarazo.

En las distribuciones de la utilización a la iniciación sexual y después de la iniciación se destaca el caso de Posadas como el único sitio en el que se observa una disminución en la frecuencia de utilización de anticonceptivos después de la iniciación sexual. En todos los demás sitios analizados se aprecia un incremento de la utilización después de la iniciación sexual en cuyos extremos se ubican Salta, con la brecha más amplia, y Tucumán con la más estrecha. Por otro lado, Gran Buenos Aires y Rosario son los dos únicos sitios que superan los resultados obtenidos del total de la base en estas distribuciones centrales, mientras que Tucumán queda significativamente rezagado (Gráfico N° 4.4).

La distribución de la utilización de anticonceptivos después de la iniciación sexual según sitio de la EPA resulta más o menos coincidente con la de la utilización actual de las mujeres en edad reproductiva según aglomerado de residencia de la ECV. Los lugares ocupados por Gran Buenos Aires, Rosario, Posadas, Salta y Tucumán en ambas distribuciones resultan equivalentes. Las

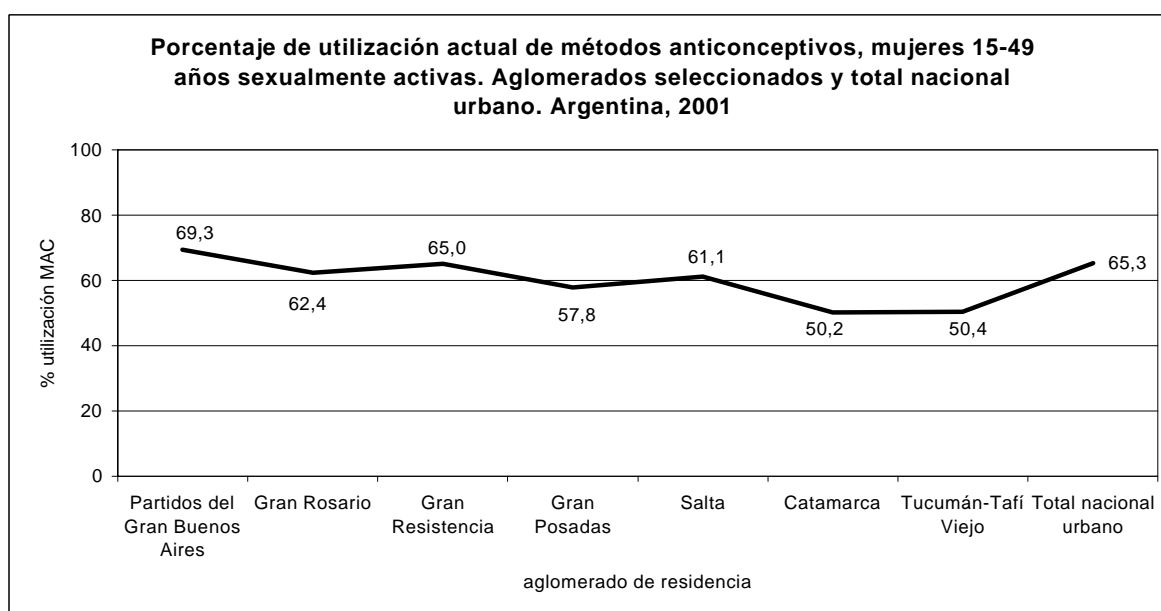
excepciones son Resistencia, destacándose por una frecuencia relativa de utilización más baja entre las adolescentes encuestadas por la EPA que los niveles alcanzados por la población femenina del aglomerado según la ECV, y Catamarca, con una utilización sensiblemente más alta entre las adolescentes puérperas que entre las mujeres en edad reproductiva (Gráficos N° 5.4 y N° 5.5).

Gráfico N° 4.4.



Fuente: elaboración propia en base a CEDES-CONAPRIS, 2004.

Gráfico N° 4.5



Fuente: elaboración propia en base a SIEMPRO, 2001.

La contextualización de los resultados de la EPA por sitio según los perfiles de los aglomerados correspondientes relevados por la ECV para la atención del embarazo y del parto confirman en todos los sitios altos niveles de control de embarazo y una captación más tardía entre las adolescentes respecto de las mujeres bajo cobertura pública de salud, y una proporción de cesáreas muy por debajo de los niveles generales.

La evaluación de acceso a la atención de las adolescentes puérperas se complejiza en relación con la cantidad de controles de embarazo. En este caso, los diferenciales negativos de acceso de las adolescentes encuestadas por la EPA respecto de la población femenina bajo cobertura pública de

la ECV parecen estar recibiendo el impacto de las amplias brechas obtenidas entre los registros de ambas fuentes en Salta, Catamarca y Tucumán.

La distribución por sitio de la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos después de la iniciación sexual entre las adolescentes puérperas resulta semejante a la de la utilización actual de las mujeres en edad reproductiva según los aglomerados correspondientes relevados por la ECV, con la excepción de las adolescentes de Resistencia, con niveles inferiores al perfil general, y de Catamarca, superando al indicador.

Conclusiones

Acceso a la atención en salud reproductiva

- El sector público tiene una responsabilidad creciente en la atención de salud de la población urbana femenina adolescente.
- Los niveles de utilización de anticonceptivos son relativamente altos entre las adolescentes sexualmente activas, respecto de la población femenina en edad reproductiva, con un incremento importante en los últimos años.
- Las adolescentes se distinguen del conjunto de las mujeres en edad reproductiva por la prevalencia del uso de preservativos, la cual se ajusta a las recomendaciones vinculadas con la promoción de la doble protección, anticonceptiva y de enfermedades de transmisión sexual, entre las jóvenes.
- La promoción de la consulta ginecológica y el aprovechamiento de los controles podría incrementar entre las adolescentes los niveles de utilización de anticonceptivos.

Diferenciales de acceso en puérperas adolescentes

- Las adolescentes sostienen los altos niveles de control de embarazo de la población femenina bajo cobertura pública en todos los sitios analizados, aunque quedarían rezagadas en la oportunidad de comienzo de la consulta.
- Los diferenciales negativos en la cantidad de controles de embarazo de las adolescentes encuestadas por la EPA respecto de la población femenina bajo cobertura pública de la ECV parecen estar recibiendo el impacto de las amplias brechas obtenidas entre los registros de ambas fuentes en Salta, Catamarca y Tucumán.
- La frecuencia relativa de realización del test de determinación de vih/sida durante el control de embarazo entre las adolescentes puérperas en 2004 resultó superior a la de las mujeres con cobertura pública de todas las edades entre 1999 y 2001, debido a un posible incremento de la realización del test en el sector público durante los últimos años o bien a criterios especiales de atención de la población adolescente en este aspecto.
- La proporción de cesáreas entre las adolescentes resultó muy inferior a las de la población urbana general, incluso a la de los partos atendidos en el hospital público, contradiciendo las precauciones señaladas habitualmente por los profesionales de salud, aun cuando acompañarían la tendencia ascendente de los últimos años. Las amplias brechas a favor de las adolescentes puérperas se mantienen en todos los sitios analizados.
- La prevalencia de utilización de anticonceptivos entre las adolescentes puérperas muestra muy altos niveles tanto al inicio como en la continuación de la actividad sexual, en relación con los resultados del indicador entre las mujeres de 15 a 19 años de la población urbana en general, abriendo interrogantes importantes acerca de los factores que desembocaron en el embarazo actual⁴⁶.
- La distribución por sitio de la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos después de la iniciación sexual entre las adolescentes puérperas resulta semejante a la de la utilización actual de las mujeres en edad reproductiva según los aglomerados correspondientes relevados por la

⁴⁶ Esta discusión se retoma en detalle en el análisis de los resultados de la EPA presentado en este informe.

ECV, con la excepción de las adolescentes de Resistencia, con niveles inferiores al perfil general, y de Catamarca, superando al indicador del aglomerado.

Referencias bibliográficas

CEDES-CONAPRIS, 2004. *Encuesta a Puérperas Adolescentes. Tabulados básicos*. Buenos Aires (mimeo).

Cortez, R., 2002. "Equidad en el cuidado de la salud por sexo: el caso del Perú" (Mimeo) *Iniciativa para vincular la SR con la reforma del sector salud en AL y el Caribe (Vinreplac)*

Díaz-Muñoz, A. R., Dinardi, G. y Giusti, A., 1995. "Comportamiento reproductivo de las adolescentes". En: INDEC, *Infancia y condiciones de vida*, Buenos Aires, 1995.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 1999. *El estado de la población mundial*. FNUAP, Nueva York.

González Vélez, A., 2002. "La salud sexual y reproductiva de la población vinculada en Colombia: una mirada desde lo local" (Mimeo) *Iniciativa para vincular la SR con la reforma del sector salud en AL y el Caribe (Vinreplac)*

Henderson, P., Montes, J. L. y Glassman, A., 2000. *Access, Utilization and Household Spending on Women's Health : an analysis of household surveys in 6 countries* (Mimeo) IDB, World Bank with and PAHO

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 1995. *Infancia y condiciones de vida*. Buenos Aires.

López, E. y Tamargo, M., 1995. "La salud de la mujer". En: INDEC, *Infancia y condiciones de vida*, Buenos Aires, 1995.

Pantelides, E., 1996. "Adolescentes y sexualidad". En: Universidad Peruana Cayetano Heredia – Instituto de Estudios de Población – Programa de Salud Reproductiva, *Salud Reproductiva, nuevos desafíos*, Lima.

Serra, M., Gómez, O., Méndez, F. y González, E., 2002. *Equidad y género en el acceso a los servicios de salud en Colombia*. (Mimeo)

Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), 1997. *Encuesta de Desarrollo Social*, Buenos Aires (base de datos).

Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), 2001. *Encuesta de Condiciones de Vida*, Buenos Aires (base de datos).

Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro, R. E Brito, A., 2002. "Genero, desigualdade social e utilizacao de servicios de saúde no Brasil" (Mimeo) *Iniciativa para vincular la SR con la reforma del sector salud en AL y el Caribe (Vinreplac)*.

Capítulo 5

Conclusiones y recomendaciones

Estas conclusiones recuperan los principales resultados de cada uno de los componentes del estudio (procesamiento de datos secundarios, encuesta a puérperas y diagnósticos locales), y los reordenan según tres ejes: perfil de las madres adolescentes, perspectivas y líneas de trabajo de los servicios de salud e implementación de políticas y programas de prevención.

A lo largo del trabajo ha resultado evidente que existe un “desfasaje” entre el “sentido común” acerca del embarazo en la adolescencia y el cuadro de situación que surge del análisis de los datos secundarios y de la información generada por la encuesta a puérperas. Asimismo se ha observado que existen diferentes “voces” dentro del discurso de funcionarios y prestadores de salud. Una de ellas “reproduce” muchos de los estereotipos vigentes y, en tal sentido, desconoce en gran medida la realidad que este diagnóstico ha podido reconstruir.

En esta sección se ofrecen un conjunto de recomendaciones, surgidas tanto de los propios informantes como de la reflexión que nos han suscitado los datos producidos y/o analizados a lo largo de esta investigación así como la triangulación entre la información provista por las diferentes técnicas (cuantitativas y cualitativas).

Acerca del perfil de las adolescentes madres

- El promedio de las adolescentes puérperas encuestadas se inició sexualmente a los 15 años, con su novio.
- La edad promedio al primer embarazo es 16 años y medio.
- Aproximadamente tres cuartas partes de las madres de las adolescentes puérperas (72,1%) también fueron madres adolescentes, confirmando la importancia de la repetición de historias familiares en la ocurrencia del embarazo precoz y abriendo interrogantes acerca del lugar de las condiciones de vida en la reproducción de las conductas reproductivas.
- Los niveles de utilización de anticonceptivos son relativamente altos entre las adolescentes sexualmente activas, respecto de la población femenina en edad reproductiva, con un incremento importante en los últimos años.
- Las fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos incluyen en orden de importancia el centro de salud o el hospital, la escuela, las madres y los pares generacionales.
- Las adolescentes se distinguen del conjunto de las mujeres en edad reproductiva por la mayor utilización de preservativos, la cual se ajusta a la recomendación de la doble protección (anticonceptiva y de enfermedades de transmisión sexual).
- La prevalencia de utilización de anticonceptivos entre las adolescentes puérperas tanto al inicio como en la continuación de la actividad sexual es más alta que entre las mujeres de 15 a 19 años de la población urbana en general.
- Al momento del último embarazo muchas adolescentes se cuidaron de forma intermitente o no se cuidaron a pesar de que no deseaban explícitamente embarazarse y tenían un conocimiento aceptable de los métodos disponibles. Más de un tercio de las que no se cuidaron reportaron que querían tener un hijo, lo cual demuestra que el embarazo en la adolescencia es una alternativa válida para muchas jóvenes.
- Se observaron diferentes “grados de vulnerabilidad” al embarazo accidental entre las adolescentes de los diferentes sitios. Las situaciones más “problemáticas” se presentan en Tucumán, Misiones, Salta y Catamarca, mientras que Chaco, Rosario, GBA y La Plata tienen, a pesar de sus diferencias, la situación es menos desventajosa.

- Casi la totalidad de las encuestadas (94,7%) declara tener intenciones de uso futuro de métodos anticonceptivos. En cuanto a los MAC que las adolescentes tienen previsto usar se encuentran en primer lugar los orales, seguidos por el DIU, mientras que el preservativo sólo recibe un 7,4% de menciones. Si se considera que el método más usado en las adolescentes es el preservativo, el cambio de preferencia reportado indica que luego de un embarazo aparece como prioridad el cuidado anticonceptivo eficaz.
- El hospital o centro de salud es el lugar privilegiado para la obtención del método anticonceptivo elegido. Este dato señala la importancia de un funcionamiento eficaz de los servicios de salud en cuanto a la oferta apropiada y provisión de MAC para adolescentes. A su vez, tanto la internación posparto como la consulta de control prenatal aparecen como oportunidades propicias para brindar consejería y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, dado que en general se suele establecer un vínculo entre prestadores y usuarias.
- Las adolescentes sostienen los altos niveles de control de embarazo de la población femenina bajo cobertura pública en todos los sitios analizados, aunque los inician más tardíamente.
- En cuanto al número de controles la mayoría de las que los realizaron (68.6%) hicieron 5 o más consultas. Se observa que las mujeres que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo un control en todo el embarazo tienden a tener un nivel educativo menor que las que realizaron dos o más controles.
- En cuanto a las prácticas realizadas a las pacientes durante las consultas de control prenatal se observa una alta realización de las prácticas de rutina en consultorio (peso, presión arterial, medición de altura uterina, auscultación del feto). También es alta la proporción de embarazadas a quienes se les hizo una ecografía y se les aplicó una vacuna. Por otro lado, se constata una baja realización de prácticas preventivas en relación al cáncer genito-mamario, y que las prácticas menos comunes son las que tienen que ver con la preparación para la lactancia y la prevención/planificación de futuros embarazos.
- La frecuencia relativa de realización del test de determinación de vih/sida durante el control de embarazo entre las adolescentes encuestadas resultó superior a la de las mujeres con cobertura pública de todas las edades (1999 y 2001). Esto puede deberse tanto a un posible incremento de la realización del test en el sector público durante los últimos años como a criterios especiales de atención de la población adolescente en este aspecto.
- Los factores más comúnmente asociados con el riesgo perinatal en adolescentes son el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. La mayoría de la bibliografía especializada revisada no permite obtener conclusiones categóricas respecto de los riesgos evaluados, puesto que muchos de los estudios se basan en poblaciones pequeñas, impidiendo la generalización de sus resultados. No obstante, su análisis transversal muestra tendencias y asociaciones relevantes entre el embarazo precoz y los riesgos de parto pretérmino y de bajo peso al nacer.
- En todos los sitios la proporción de cesáreas entre las adolescentes es inferior a la de la población urbana general, incluso a la de las usuarias del hospital público, contradiciendo las declaraciones de los profesionales de salud entrevistados.
- Los varones con quienes las adolescentes encuestada han tenido su primer hijo tienen edades que están dentro de lo socialmente esperado, o bien tienen la misma edad que su compañera o bien la supera en algunos pocos años.
- Sólo un 5% de las adolescentes encuestadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento de ese hijo. Si bien este grupo de edad tiene un peso relativo poco significativo es importante tener en cuenta que estas situaciones pueden estar relacionadas con violaciones y abuso sexual.
- En cuanto al vínculo con el padre del bebé al embarazo del primer hijo nacido vivo se observa que el 40,6 % de las entrevistadas reportó estar conviviendo, y un 55,4 % declara que el padre de su primer hijo al momento de su embarazo era su pareja no conviviente. Con lo cual el 96% de las entrevistadas tenía una relación de pareja con el padre del bebé, conviviera o no.

- Se constató que casi la mitad de las adolescentes encuestadas (un 46,3 %) ya no estudiaban al momento de embarazarse, replanteando la relación entre el embarazo y el abandono escolar mostrando que el embarazo no es la causa sino una consecuencia probable del abandono escolar.
- Un tercio del total de las adolescentes encuestadas no estudiaban ni trabajaban al momento de embarazarse de su primer hijo/a. En un contexto de pobreza en donde las expectativas de presente y futuro son restringidas la maternidad puede aparecer para ellas como algo positivo: la posibilidad de tener un proyecto de vida propio.
- De las puérperas que sí estudiaban al momento de embarazarse, más de la mitad abandonaron la escuela al momento del embarazo o antes del 7° mes de embarazo. Sólo 4 de cada 10 continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el 7° mes, lo cual indica que el desgranamiento escolar durante el embarazo es significativo.
- El sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o ser discriminada (y/o pensar que la iban a discriminar en el ámbito escolar) ocupa un lugar de peso entre los motivos de abandono escolar (33,2%). En Tucumán, Salta y Misiones este motivo fue mencionado por la mitad de las adolescentes (un 52,9%, 47,3% y 46,2% de menciones respectivamente).
- 54,9 % de las adolescentes encuestadas manifestaron no querer tener más hijos, 28,7% deseaba tener más hijos, y 16 % no tenía una idea formada al respecto. El 79,2% de las adolescentes piensa como tamaño ideal una familia que tenga entre uno y dos hijos.
- Entre las que desean tener más hijos, sólo una 1 de cada 10 manifestó desear un espaciamiento corto entre partos (de 1 a 2 años), el resto se expresó por períodos de tiempo más largos.

Acerca de los servicios de salud: sus perspectivas y líneas de trabajo

- Si bien existe un intento de relativización del impacto del embarazo en la adolescencia, la mayoría de los profesionales de los servicios de salud coincide en sus consideraciones más negativas, ya sea en términos biomédicos o en sus aspectos personales, familiares y sociales.
- La mayoría de los profesionales de los servicios de salud coincide que el embarazo en la adolescencia es producto de una 'ausencia', relacionada con la falta o la carencia de lazos afectivos, condiciones económicas satisfactorias, reglas o roles definidos, modelos, 'proyectos de vida', educación o información, y/o acceso a la prevención.
- Los intentos de relativización del embarazo adolescente de los profesionales de los servicios de salud generalmente se fundamentan en la adjudicación de cierta 'naturalidad' a la maternidad precoz en los sectores sociales más desfavorecidos.
- Se establece una recurrente linealidad entre el embarazo precoz y la falta de educación que lleva a muchos de los profesionales entrevistados a proponer la estrategia educativa como principal método de prevención, desconociendo otras alternativas de las políticas y acciones sanitarias.
- Las propuestas de los profesionales de salud orientadas al mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia resultan mucho más ajustadas a la dinámica y a las posibilidades del sector salud que sus estrategias de prevención. Estas últimas parecen más atadas a los prejuicios sociales que están orientando las consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo precoz.
- Las estrategias para mejorar la atención propuestas por los entrevistados incluyen: la oferta de servicios integrales para los adolescentes, la disponibilidad de espacios propios en los hospitales y de equipos profesionales especializados, así como el "aceitamiento" de la red de salud y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad. Estas propuestas están en sintonía con las recomendaciones especializadas y los acuerdos internacionales en materia de atención de salud de la población adolescente.
- Se observa cierta disparidad jurisdiccional en los abordajes de la sexualidad adolescente, según un mapa regional que sugiere que las provincias del noroeste tendrían mayores dificultades para la extensión de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y las del nordeste mayor flexibilidad para la extensión de la planificación familiar entre los jóvenes. Los

mayores avances en acciones concretas para la atención específica de la sexualidad y del embarazo adolescente parecen concentrarse en los grandes centros urbanos (Gran Rosario y Gran Buenos Aires).

- En todas las jurisdicciones se destaca el rol fundamental que está protagonizando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la legitimación de la extensión de la cobertura en anticoncepción y en la promoción del acceso a la consulta a través de la garantía de disponibilidad de los insumos.
- No obstante, muchos programas provinciales de salud reproductiva aún no han incorporado a los adolescentes como población objetivo. Se sugiere ampliar la cobertura de los programas provinciales de salud reproductiva a los adolescentes, independientemente de su historia reproductiva, incorporando también a los varones.
- En la mayoría de las jurisdicciones parecen primar las voluntades y las afinidades personales de los profesionales con la atención de adolescentes por sobre los programas o las líneas específicas de trabajo con esta población, especialmente en la atención del embarazo. Son pocos los efectores que cuentan con unidad de adolescencia en sus servicios de ginecología y obstetricia. En muchos casos se señala que estas unidades han existido en el pasado, pero que han dejado de funcionar por falta de recursos o por necesitarse esta infraestructura para la atención de la población general. Se sugiere fomentar la institucionalización de unidades de adolescencia en hospitales generales y maternidades, incluyendo la disposición de espacios propios de atención y de profesionales especializados integrados en equipos interdisciplinarios.
- Muchas de las unidades de adolescencia que están en funcionamiento pertenecen a los hospitales pediátricos, en los que no existe la oferta de anticoncepción. Por tal motivo estas unidades se ven limitadas a la oferta de consejería, sin disponer de métodos anticonceptivos. Se recomienda incluir la oferta de métodos anticonceptivos en todos los consultorios de adolescencia, incluyendo a los que están funcionando en los hospitales pediátricos.
- Los consultorios de planificación familiar de los hospitales generales y las maternidades, así como los centros de salud del primer nivel de atención, no cuentan con preservativos a pesar de que muchos de ellos intentan promover la doble protección en la población adolescente. Se sugiere garantizar la disponibilidad de preservativos en los centros de salud y en los consultorios de adolescencia o de planificación familiar de los hospitales generales o especializados y también sensibilizar y/o capacitar a los profesionales en "doble protección".
- En la mayoría de las jurisdicciones, con algunas excepciones en los sitios de mayor densidad urbana, parecen seguirse adecuadamente los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y los hospitales en la atención del control de embarazo y del parto. Sin embargo, existen serias dificultades en establecer mecanismos de seguimiento de las pacientes después del parto o de la resolución de la complicación del aborto. Se sugiere fortalecer las redes de referencia entre los centros de salud y los hospitales para la atención del embarazo y del parto en las jurisdicciones en las que estas redes se mostraron más debilitadas, y para el seguimiento de las pacientes en planificación familiar después del parto o de una internación por complicación de aborto en todas las jurisdicciones.
- Si bien en los servicios se indica la consulta de puerperio que incluye anticoncepción o se refiere a las pacientes que han ingresado por la complicación de un aborto a los consultorios de planificación, en la mayoría de los casos entrevistados se señala que los resultados no son buenos. La repitencia de los embarazos accidentales parece seguir siendo frecuente.
- En la atención de los casos de aborto se aprecia de manera bastante generalizada la subyacencia de un juicio moral respecto de la conducta de la paciente. Se sugiere implementar actividades de capacitación y formación continua de los equipos de salud en calidad de la atención posaborto y en la perspectiva de género y derechos.
- Se observa la generalización de un mecanismo de privatización de la responsabilidad de la denuncia de los casos de violación y abuso sexual, y poca efectividad de los servicios de salud en la prevención del círculo doméstico de la violencia. Se sugiere realizar actividades de capacitación de

los equipos de salud en la detección y atención de las víctimas de violencia sexual así como implementar redes de derivación.

- Los hospitales pediátricos han avanzado mucho más en la institucionalización de estrategias de prevención y tratamiento de la violencia sexual que las maternidades y los hospitales generales, contando con protocolos de denuncia y de atención.
- En las maternidades y hospitales generales se observan mayor preocupación frente al diagnóstico y tratamiento de la violencia sexual que en los centros de atención primaria, manifestándose una deuda importante del primer nivel de atención en la identificación y resolución de los casos de violencia. Se sugiere promover la institucionalización de comités de maltrato o violencia familiar en los hospitales, que actúen de manera coordinada con los centros de salud, para agilizar los mecanismos de denuncia de abuso sexual y violación y supervisar el tratamiento adecuado de las víctimas.
- Se observan debilidades en la articulación intersectorial de las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Se recomienda el fortalecimiento de la coordinación de las acciones de prevención del sistema de salud con el sistema educativo y las organizaciones de la sociedad civil.

Acerca de la implementación de políticas y programas de prevención

- En términos generales, los funcionarios de los distintos sectores involucrados en la definición de políticas y programas para los jóvenes puede distribuirse en dos grandes categorías según su concepción de la adolescencia y el embarazo. Por una parte, están quienes expresan opiniones más generalizadas y esencializadoras de los jóvenes como sujetos inmaduros, incompletos, irracionales y vulnerables, pasibles de control, guía y contención, desconociendo la dimensión histórica de los procesos sociales en los que se constituye la adolescencia y el embarazo. Por otra, quienes están más predispuestos a contextualizar la experiencia de los jóvenes y a distinguir una diversidad de trayectorias de vida así como necesidades disímiles.
- Los discursos reconocen que existe una distancia social significativa entre los jóvenes de los sectores más desfavorecidos y los de los grupos más acomodados. Mientras que en lo que atañe a los sectores medios el problema principal parecería ser la falta de diálogo intergeneracional, los temores sobre la posibilidad futura de inserción laboral y el desarrollo de una carrera universitaria, entre los jóvenes en situación de pobreza la incertidumbre sobre el mañana, la necesidad de vivir el día a día y las escasas posibilidades de "inclusión social" que ofrece hoy nuestro país a un gran número de niños y jóvenes, obturan la posibilidad de pensar en un futuro diferente.
- A partir de los discursos de los funcionarios, se reconstruyen tres perfiles de jóvenes que dimos en llamar niñas-madres, jóvenes de sectores populares y adolescentes de estratos medios y altos. Mayoritariamente se piensa que las jóvenes menores de 15 años no están bajo ninguna circunstancia preparadas para asumir la maternidad, que el embarazo para las jóvenes de sectores medios amenaza sus posibilidades de realización personal, en el caso de las jóvenes de sectores populares se afirma que, sea por elección, por tradición o por que no existen otras alternativas, la maternidad constituye una manera positiva de realización y afirmación personal.
- Existe un relativo acuerdo en que, excepto en el grupo de menores de 15 en donde pueden estar ocultas situaciones de violencia sexual y abuso y entre las que puede incrementarse significativamente la morbilidad y/o mortalidad materna o perinatal, para las mayores de 15 años el problema no es el embarazo en sí sino las consecuencias del embarazo, fundamentalmente la reacción social y la estigmatización de la que pueden ser objeto en sectores medios y el agravamiento de las condiciones de vida en los estratos más pobres. Otras consecuencias negativas que se visualizan son las complicaciones del aborto inducido entre las jóvenes que carecen de los recursos necesarios para acceder a un aborto seguro.
- En términos generales, los funcionarios acuerdan en que las condiciones negativas sobre la salud de la madre y el niño no son causadas por el propio embarazo, sino por las condiciones de marginalidad en que viven estas jóvenes.

- Si bien se han producido cambios normativo–valorativos que mitigaron la estigmatización de la mujer, ella sigue cargando con el mayor peso en la crianza de los niños. El varón, en términos generales, es el gran ausente y las jóvenes terminan siendo acompañadas por sus padres en el proceso gestacional y en la crianza de los niños.
- Si bien el lenguaje de género ha ingresado en el universo simbólico del funcionariado, la reflexión crítica que posibilite la desnaturalización de otros estereotipos, tales como “las familias disfuncionales”, aún no tiene demasiado peso.
- Se destaca la preocupación por la multiparidad y los cortos períodos intergenésicos. Si bien en muchos casos se los relaciona con “factores culturales, los funcionarios reconocen que las dificultades en el acceso a los servicios de salud y al acceso a métodos anticonceptivos están en la base de estos “problemas”.
- Se observan dificultades comunes a la gestión en otras áreas para el diseño e implementación de políticas y acciones en el área de la salud y el desarrollo de los jóvenes: falta de recursos, fragmentación intrainstitucional e imposibilidad de sostener articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, déficit en la capacitación de recursos humanos, trabajo sobre la urgencia, falta de continuidad en las acciones y ausencia de compromiso político.
- Los programas se caracterizan por su bajo nivel de cobertura e impacto. Si bien en muchos casos existen evaluaciones de proceso, prácticamente no se evalúa resultados e impacto.
- Las jóvenes son beneficiarias de las acciones de los programas provinciales de salud reproductiva en tanto miembros de otros grupos: personas en situación de pobreza, mujeres en edad reproductiva, etc. El escaso nivel de focalización se fundamenta, en términos generales, en el hecho de que las dificultades para acceder al sistema de salud, afectan a todas las mujeres y no tan solo a las jóvenes.
- La posibilidad de superar la fragmentación está vinculada con la posibilidad de atender el desarrollo integral de las jóvenes y las comunidades y no tomarlas de forma aislada. En este sentido destaca la necesidad de generar articulaciones programáticas entre las áreas de salud, educación, juventud y desarrollo social.
- En las provincias relevadas las áreas de juventud tienen mucho menor desarrollo que otros organismos como aquellos que trabajan por los derechos de la mujer. En el primer caso se advierte, salvo excepciones, la falta de familiaridad con el tema en cuestión.
- Si bien la mayoría de los funcionarios remarcó la necesidad de crear programas específicos para adolescentes desde una mirada que aborde integralmente sus necesidades –no exclusivamente la anticoncepción–, la insuficiencia de recursos lo hace poco viable.
- Otras dificultades son propias del área de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, pero, nuevamente, no exclusivas de los adolescentes. Se subraya la dificultad para generar consensos que hagan viable el desarrollo de estas políticas y el fuerte peso que en muchas regiones aún tienen sectores conservadores y la iglesia católica. Aunque las posturas ortodoxas que obstaculizan la implementación de actividades de educación sexual y prevención del embarazo desde una visión de derechos sexuales y reproductivos, no sólo provienen de la Iglesia como institución sino inclusive de muchos miembros de los equipos de salud.
- En muchas provincias el proceso de discusión de leyes de salud sexual y reproductiva se encuentra “empantanado”. La resolución de estos procesos está en parte vinculada con luchas históricas previas a la sanción de la ley nacional. Existen provincias que, habiendo implementado programas con anterioridad a la constitución del programa nacional, no han logrado sancionar o reglamentar una legislación específica. En las provincias donde el proceso se está iniciando, la supervivencia de esos programas depende en parte del arribo de fondos o insumos desde el estado nacional y en una cierta discrecionalidad en la difusión de los programas.
- La sanción de la ley nacional y el envío de insumos ha abierto nuevos horizontes en algunas provincias, pero los funcionarios avizoran que esto no es suficiente y reclaman un rol más activo del estado nacional en la promoción de las acciones en el nivel local.

Anexo I

Cuestionario Encuesta a Púerperas (15-19) y Consentimiento Informado

Anexo II

Otras tablas de la Encuesta a Puérperas (15-19)

Anexo III

Legislación nacional
referida a la población adolescente y joven