

Políticas en salud: reflexiones acerca de la construcción de las “problemáticas” que afectan a las y los jóvenes

Silvia Alejandra Tapia

Becaria en CONICET – Instituto de Investigaciones

Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales UBA

silviaatap@hotmail.com

Introducción

En nuestro país, el diseño e implementación de políticas en el campo de la salud se ha sustentado en una concepción de salud que remite al modelo de atención biomédico y de la Salud Pública ‘tradicional’. A partir de dicha concepción se han organizado acciones que se consideran necesarias para dar respuesta a aquellas situaciones visualizadas como problemáticas y que requieren de la intervención del Estado. Por otra parte, desde una perspectiva medicalizante y estereotipada, se utilizan como principales criterios para la generación de planes y programas en este campo, la distinción según enfermedades específicas, grupos de edades y el género.

En particular, en el presente trabajo resulta de interés analizar el abordaje de la salud de los y las adolescentes y jóvenes. Al respecto se planteará, por un lado, la pregunta por las nociones de adolescencia y la juventud que los han constituido como grupo poblacional con determinadas características; el modo en que tales supuestos subyacen las intervenciones y el sentido que éstos les otorgan y, por otro lado, aquellos aspectos de la vida de estos jóvenes que son considerados “problemas” en función de los rasgos atribuidos a éstos en tanto grupo social particular.

En tal sentido, me propongo revisar las concepciones que prevalecen acerca de la adolescencia y juventud retomando, en particular, la definición del “embarazo adolescente” como problema social que afecta a estos sujetos. De tal modo, considero que resultará posible reflexionar acerca de las posibilidades o dificultades para vislumbrar, en el diseño y ejecución

de políticas, las diversas experiencias de los y las jóvenes respecto del cuidado de su salud y el abordaje posible de las diferencias que emergen a partir de aquéllas.

Para ello, entonces, se plantea como necesario preguntarnos y revisar las propuestas de atención que el sector público de salud brinda en función del modelo de atención centrado en la biomedicina y el modo en que esto facilita y/u obstaculiza la accesibilidad de los y las jóvenes al cuidado de su salud, en particular, en términos del ejercicio de derechos.

Atención en salud: nociones acerca del campo

En primer lugar, resulta preciso definir qué entendemos por *campo* ya que, habitualmente suele utilizarse la noción de ‘sistema de salud’ para dar cuenta de la organización de los distintos sectores que realizan acciones para brindar atención a la salud de la población. Tales sectores fueron denominados como el sector público, el de obras sociales y el privado.

Sin embargo, el concepto de ‘sistema’ proveniente de la teoría funcionalista, puede resultar limitado para dar cuenta de la articulación de relaciones, recursos y problemas dentro de un contexto socio-histórico determinado. Por tal motivo, la *noción de campo* se considera superadora de dicha categoría debido a que ésta última permite comprender la compleja combinación de agentes sociales con intereses y capitales diversos entre los que se plantean relaciones de fuerza y lucha por dichos capitales (Spinelli, 2010; Almeida Filho y Silva Paim, 1999:20).

Al respecto, será preciso considerar que en la construcción del mundo social y, de las concepciones y prácticas de salud en particular, intervienen agentes sociales quienes, de acuerdo a sus intereses, propondrán cierta visión de tales concepciones y prácticas, razones para su atención y explicaciones para su origen. Sin embargo, no todos los agentes sociales cuentan con la misma autoridad para imponer una visión como hegemónica. Al respecto, cabe señalar que la producción y búsqueda de imposición de la visión del mundo que sea considerada como legítima, se genera como resultado de un proceso de luchas simbólicas entre agentes que ocupan posiciones sociales diferentes en el espacio social al que llamamos ‘campo’. Este espacio social es posible pensarlo como un conjunto de relaciones de fuerzas entre distintos agentes (Bourdieu, 1990). Dicho espacio, que se estructura de manera desigual,

se caracterizará por estar constituido en función de principios de diferenciación que devienen de las propiedades actuantes que representan distintos niveles de poder en dicho espacio. Tales propiedades actuantes son los distintos tipos de capitales que se encuentran en juego en tal espacio, éstos son, el capital económico, el capital cultural, el capital social, y el capital simbólico (Bourdieu, 1990).

En particular, resulta preciso destacar que en este campo de la salud ha predominado una concepción hegemónica¹ de la misma que la explica como ausencia de enfermedad. Así, entonces, de acuerdo con tal concepción se desarrolló un modelo de atención centrado en la medicina clínica, la cual se constituyó en el modo hegemónico de intervención sobre las problemáticas de salud, o más bien, de enfermedad. En tal sentido, la medicina clínica, con el principal propósito de curar, orientó su atención a la enfermedad, centrada en el cuerpo y sus órganos, y la muerte, como cuestiones inherentes a individuos particulares y descontextualizados (Czeresnia, 2001; Granda, 2004).

En este punto, debemos señalar que la medicina clínica se enmarca en uno de los modelos de atención, que es el biomédico. Sin embargo, los modelos de atención se refieren “no solo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2004:11).

Por lo tanto, es posible dar cuenta de una diversidad de saberes y prácticas de atención de la salud, como las formas de atención ‘popular’ o ‘tradicional’ (Menéndez, 2004) y que son articulados por los distintos sujetos y grupos sociales de manera simultánea para dar solución a sus problemas. Cabe destacar que las distintas formas de atención se integran y articulan en el proceso de autoatención a partir del cual, siguiendo a Menéndez, se sintetizan las representaciones y prácticas que los sujetos y los grupos sociales usan para diagnosticar, atender, explicar, aliviar y solucionar sus problemas de salud (Menéndez, 2004). Entre ellas se incluyen aquellas relacionadas con formas tradicionales y populares de atención así como las que operan a nivel familiar o del grupo doméstico, cuyo principal referente es la mujer en el rol de madre y cuidadora.

¹ En términos de la concepción de hegemonía gramsciana, cabe aclarar que “la ideología se vuelve hegemónica no solo a través de las instituciones del Estado, sino mediante su difusión en todas las áreas de la vida cotidiana” (Wright, 1998:132).

No obstante, la biomedicina tenderá a cuestionar el uso de determinadas prácticas por parte de la población, como por ejemplo la automedicación. Es así que en muchos casos “el personal de salud suele achacar a la ignorancia, falta de educación y/o desidia de la población, lo que por lo menos en determinados casos fue consecuencia de un determinado uso médico original que la gente aprendió en forma directa o indirecta a través del propio personal de salud” (Menéndez, 2004:28). Sin embargo, así como sucede con los otros modelos de atención, en algunos casos que se considere necesario, se tenderá a incluir e, incluso a impulsar, ciertas formas de autoatención subordinadas al saber médico.

Del mismo modo que la medicina clínica con el principal propósito de curar se orientó su atención a la enfermedad, centrada en el cuerpo y sus órganos, y la muerte, como cuestiones inherentes a individuos particulares y descontextualizados (Czeresnia, 2001; Granda, 2004); la Salud Pública surge como modalidad de abordaje de la ‘suma’ de esas enfermedades individuales, en otras palabras, de la ‘enfermedad colectiva o pública’ y su prevención (Granda, 2004).

En consecuencia, esta Salud Pública se establecerá bajo supuestos teórico-filosóficos que para dar cuenta de la salud, paradójicamente, estarán basados en las nociones de enfermedad y muerte. Por otra parte, se caracterizará por utilizar el método positivista para generar explicaciones acerca de los riesgos y probabilidades de enfermar en la población; población que será entendida como objeto de normas y reglas científicas. Asimismo, la Salud Pública se apoyará en el estructural-funcionalismo como marco teórico para la comprensión de la realidad social, explicando la relación entre sujeto individual y colectivo, así como su reproducción a partir de la determinación de la estructura o el sistema social (Granda, 2004). Por último, otro de sus rasgos característicos refiere al rol del Estado que, apoyado en el conocimiento científico, en particular el biomédico, se constituirá en el principal garante de “la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica” (Granda, 2004: 5).

En este punto, cabe destacar que la Salud Pública, durante el siglo XX, se enmarcará en un contexto de liberalismo económico en el que “la acción estatal tendría un carácter suplementario para aquello (y sólo aquello) que el individuo y la iniciativa privada no fueran capaces de hacer. Así, reserva a la orbita del Estado las acciones sanitarias consideradas de alcance colectivo, mientras que las dirigidas a los individuos deberían ser ejercidas por la

medicina privada” (Silva Paim, 2011:112). Asimismo, debe indicarse los movimientos de ideas en el campo de salud que nutrieron a la Salud Pública como la Policía Médica, Higiene, Medicina Social, la Medicina Preventiva, entre otras. Tales movimientos, surgidos en el contexto europeo y norteamericano, expresaron no sólo ideologías respecto del proceso de salud-enfermedad-atención sino también movimientos sociales que se manifestaban a través de diversas prácticas sociales, económicas y políticas para responder a las necesidades de salud; así como la generación de acciones políticas en ese sentido y la producción de conocimientos para identificar, interpretar y explicar los problemas como tales (Silva Paim, 2011).

En el contexto latinoamericano, dichas ideas serán criticadas por la Salud Colectiva que se planteará como propuesta alternativa al proponer el reconocimiento de otros actores, saberes y prácticas en el campo de la salud latinoamericana. De tal modo, “la Salud Colectiva puede ser vista como un movimiento ideológico que generó un *campo científico*, con intenso desarrollo en las tres últimas décadas y un ámbito de prácticas contrahegemónicas, con diferencias significativas con relación a la salud pública y al modelo médico hegemónico” (Silvia Paim, 2011:128). Sin embargo, en nuestro país, dicha perspectiva continúa estando bajo la hegemonía de estos últimos que resultan los marcos de referencia e interpretación de los problemas de salud. En consecuencia, “desde la perspectiva del Sector Salud (SS) y de la biomedicina, toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población” (Menéndez, 2004:186).

Ahora bien, aun cuando los curadores también realizan articulaciones con otras formas de atención, especialmente cuando los curadores de la biomedicina se apropian de prácticas de otros modelos de atención, éstas serán subordinadas a la propia que es considerada la más idónea. La legitimidad de dicha idoneidad estará basada en el conocimiento científico ‘occidental’, cuyo núcleo que lo distingue de las otras formas de atención, es el biologicismo en el que sustenta sus saberes y prácticas y, a partir del cual, se excluyen otras explicaciones de los problemas de salud y se medicalizan distintos aspectos de la vida social. Este proceso de medicalización “implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos” (Menéndez, 2004:23).

En este sentido, es posible analizar este proceso de medicalización a la luz de la construcción del “embarazo adolescente” como problema social y de salud pública. Cabe señalar que el embarazo en la adolescencia no fue considerado siempre un problema de salud pública. Por el contrario, fue distinguido como tal recién en la década del ’60, en el marco de una serie de transformaciones sociales que surgieron en el período de postguerra, especialmente bajo el impulso de las agencias internacionales, entre ellas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) (Adaszko, 2005; Stern, 2003). A partir de ese momento, el embarazo en la adolescencia comenzó a tornarse “merecedor de atención en términos de investigación y de intervención por parte del Estado” (Adaszko, 2005:47).

De este modo, desde un enfoque al que diversos autores denominan “tradicional-hegemónico (Stern y García, 1996; Stern, 2003; Adaszko, 2005; Fainsod, 2008; Climent, 2009) se entiende la noción de “embarazo adolescente” como un problema social que se torna, por ende, un problema “público”. Estos discursos, predominantes en las décadas de los 60’ y 70’, estaban sostenidas principalmente por disciplinas tales como la medicina, la epidemiología, la demografía o la psicología social (Fainsod, 2008).

A partir de dicho enfoque, el embarazo en la adolescencia era visualizado como un hecho inadecuado en ese grupo etario y por lo tanto, prevalecía una valoración negativa del mismo, entendido como “desvío” y un enfoque en el nivel individual y/o familiar (Climent, 2009; Adaszko, 2005; Fainsod, 2008). Como fundamentación se esgrimían razones biomédicas sustentadas en la edad temprana de las adolescentes para ser madres y los riesgos para la vida de las jóvenes y sus hijos (Fainsod, 2008; Pantelides, 2003). La legitimidad de esta perspectiva se basa en el conocimiento científico ‘occidental’, “marcadamente normativos y restrictivos de la sexualidad” (Climent, 2009:223).

Por otra parte, entre los argumentos que justificaron y definieron al embarazo adolescente como problema social, especialmente provenientes del sector salud, educación y desarrollo social, se destacan aquéllos que subrayan sus posibles consecuencias no deseadas. Así, por ejemplo, se recalcan las consecuencias por los abortos realizados de manera ilegal; por diversos conflictos intrafamiliares o el abandono de niños/as; así como la dependencia económica de las jóvenes respecto de sus familiares (Climent, 2003). No obstante, como indica Stern al referirse a las consecuencias sociales éstas “no se distribuyen por igual entre los diversos grupos sociales” (Stern, 2003:728), lo cual no es distinguido por los enfoques

tradicionales. En efecto, se invisibilizan las diferencias entre distintos sectores sociales en el acceso a la atención de su salud ya que, aún siendo ilegal la práctica del aborto, las jóvenes de sectores medios y altos “cuentan con la opción –real, que no legal- de dar término a su embarazo y por tanto de evitar la maternidad temprana” (Stern, 2003:728).

No obstante, particularmente desde las ciencias sociales, surgieron enfoques “alternativos” a dichas perspectivas. Estas visiones alternativas, que surgen a partir de los años 80’, cuestionan al embarazo adolescente caracterizado como problema, señalando que las situaciones de desigualdad no son contempladas en tales enfoques, así como tampoco los procesos de vulnerabilización que afectan de maneras diferentes a adolescentes y jóvenes. En tal sentido, se subraya que es doblemente riesgoso dado que “por una parte, este punto de vista no refleja adecuadamente la realidad de los diversos conjuntos sociales. Por otra, conlleva como efecto secundario la victimización o culpabilización de los grupos subalternos sin proponer una solución realista a los problemas de exclusión que estos grupos viven cotidianamente” (Adaszko, 2005:55).

De este modo, se propone una perspectiva de análisis que incluya un enfoque político (Adaszko, 2005) y contextualizado (Stern, 2003) para dar cuenta de las condiciones de vida y reproducción de los distintos grupos sociales; cuestionando así la universalización y el etnocentrismo en la definición del embarazo en la adolescencia como problema (Fainsod, 2008). En el mismo sentido, se destacarán la diversidad de experiencias en los procesos de embarazo y de maternidad y los sentidos positivos otorgados a éstos, especialmente por las propias jóvenes. Entre dichos sentidos se resalta el reconocimiento social, la construcción de la identidad, y además, el lugar del varón y rol paterno en dicho proceso.

En efecto, diversos estudios problematizaron tales argumentos a fin de complejizar las explicaciones y redefinir críticamente la concepción del embarazo como problema derivado sólo de la edad de las adolescentes (Stern, 2003, Pantelides, 2003; Gogna, 2005; Adaszko, 2005). Así, por ejemplo, se subraya que a partir de los 15 años “los riesgos obstétricos no son superiores a los de una mujer de mayor edad o incluso se ha sugerido que son biológica y socialmente menores” (Adaszko, 2005:35). De este modo, se destacará que la distribución inequitativa de los riesgos de morbimortalidad entre distintos sectores sociales devienen no de la edad de las jóvenes, sino de condiciones de pobreza que derivan en dificultades para el acceso de la atención de la salud (Checa et al, 2003; Gogna, 2005; Pantelides y Binstock,

2007). Por otra parte, otro aspecto a distinguir, es la evidencia registrada acerca de estos embarazos y esto es que muchos de ellos no fueron planeados (Pantelides y Binstock, 2007).

Sin embargo, lo que predomina finalmente entre las políticas de salud y los equipos de salud de los efectores que las implementan es “una tendencia a considerar que la situación del embarazo y la maternidad/paternidad durante la adolescencia no es adecuada, independientemente de si se producen o no efectos adversos en la salud, si la joven embarazada tiene doce, dieciséis o dieciocho años, si el mismo es resultado de un abuso o si fue buscado o querido” (Adaszko, 2005:34).

Tales concepciones estarán sustentadas muchas veces en el análisis de información estadística en el que se utilizan diferentes indicadores para dar cuenta del aumento y la “urgencia” del tratamiento de estos eventos vitales. Así entonces, las herramientas estadísticas suelen reconocerse como sustento válido y “objetivo” para fundamentar la incidencia de un fenómeno en la sociedad y en algunos casos, la prevención de su ocurrencia. De este modo, se suele resaltar el aumento de las tasas de fecundidad adolescente² o los nacimientos de madres menores de 20 años. No obstante, como lo señala Urresti al hablar de la complejidad del abordaje del embarazo y la maternidad en la adolescencia, “según la perspectiva regional o histórica y los indicadores diversos que se tomen, se la podrá describir de maneras diferentes y hasta opuestas” (Urresti, 2003:241).

La construcción de las problemáticas de jóvenes y adolescentes y el ejercicio de derechos

Del mismo modo en que se han construido las nociones acerca de lo que se entiende por salud y enfermedad, así como los modos adecuados para explicarlas y atenderlas; ciertas concepciones acerca de los sujetos que son objeto de tales interpretaciones e intervenciones como los aspectos de su vida que se consideran problemáticos, serán construidas como las formas legítimas para abordar su comprensión. Al respecto, podemos destacar cómo la concepción de “adolescencia” es también una construcción social vinculada a un momento histórico determinado, esto es, el desarrollo del capitalismo y sus nuevas configuraciones de

² “Se define como fecundidad adolescente a la de las mujeres en edades por debajo de los 20 años. El límite superior es, entonces, la edad de los 19 años, pero el límite inferior es menos claro” (Pantelides y Binstock, 2007:25).

las relaciones sociales entre las que se encuentra la familia. En dicho contexto, la adolescencia es delimitada y diferenciada de los otros miembros de la familia, los niños y los adultos. Asimismo, devendrá en objeto de la moral, de la medicina y la política (Fernández, 1993).

Desde diferentes perspectivas la adolescencia y la juventud fueron caracterizadas de diversas maneras por distintos actores como los padres, la escuela, la policía, el mercado y la academia, entre otros (Elizalde, 2006).

En primer lugar, cabe destacar el modo en que desde el marco normativo actual se considera a los y las jóvenes y adolescentes. Al analizar la legislación nacional y la de la Ciudad de Buenos Aires en particular, es posible vislumbrar una concepción de aquéllos/as como “sujetos de derechos” (Ley Nacional N° 26.061, Ley 114, Constitución de CABA)³. En particular, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, en el artículo 39 de su Constitución se afirma que “la Ciudad reconoce a los niños, niñas, y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, le garantiza su protección integral y deben ser informados, consultados y escuchados. Se respeta su intimidad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados puedan por sí requerir intervención de los organismos competentes” (Constitución de CABA, 1996).

En efecto, existen leyes específicas respecto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Por un lado, la Ley Nacional N° 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, establece un sistema de protección integral para garantizar el acceso de esta población a la educación, la salud y otros bienes y servicios públicos; y se propone, además, promover la participación sin distinciones de género y/o edad a fin de generar las condiciones para la construcción de ciudadanía. Del mismo modo, en la Ley 114 de la Ciudad de Buenos Aires se establece que “todos los niños, niñas y adolescentes gozan de los derechos fundamentales inherentes a su condición de personas”. Para ello, se propicia “su participación social y garantiza todas las oportunidades para su pleno desarrollo físico, psíquico, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad” (Ley 114/98).

³ Cabe destacar que estos derechos "están contemplados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y en la Convención Internacional de los Derechos de Niños y adolescentes. Ambos tratados están incorporados en el cuerpo de la Constitución Nacional a partir de la Reforma de 1994 y constituyen un importante instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos" (Gutiérrez, 2005:86).

Con respecto al derecho a la salud en particular, en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153/99) se destacará la garantía de protección integral así como la promoción de los derechos de los y las adolescentes a ser no sólo informados sino también consultados y escuchados, respetando su intimidad y privacidad. En ese sentido, de acuerdo con Decreto Reglamentario 208/01 (modificado por el decreto 2316/03) en el Artículo 4, inciso h “se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).”

En cuanto a la salud sexual y reproductiva en particular, a partir de la Ley 25673 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. En dicha ley se reconoce y afirma el derecho de las personas a tener una vida sexual placentera y segura, teniendo la libertad para decidir sobre los distintos aspectos que hacen a su reproducción, sin ningún tipo de coerción y violencia.

Por lo tanto, se torna importante subrayar el acceso a la salud como un derecho que, sin embargo, resulta muchas veces desconocido por los propios sujetos, en particular las y los jóvenes, lo cual reduce la posibilidad de exigir su cumplimiento (Maffia, 2001 citada en Gogna, 2005). Al respecto, es importante destacar que en la Ciudad de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud establece la posibilidad de que adolescentes, y también niños y niñas, puedan por ejemplo acceder a recibir asesoramiento, atención, así como métodos anticonceptivos, aún sin la presencia de un adulto acompañante. No obstante, diversos estudios han revelado un conocimiento limitado e incluso desconocimiento de esta legislación por parte de los/as profesionales del sistema público de salud, quienes aún conociendo su existencia, expresan temor y resistencia para brindar atención y/o asesoramiento a adolescentes que concurren solos/as a la consulta (Berner y Ramos, 2008; Schufer et al., 2006; Capuccio, et al., 2006).

Por lo tanto, es posible rastrear una falta de reconocimiento de los y las jóvenes como sujetos de derechos por parte de los y las prestadores de salud quienes, pueden así obstaculizar el ejercicio efectivo de sus derechos. Dichas prácticas permiten vislumbrar un lugar en el que el adulto puede decidir por el derecho de un/a joven sustentado en visiones acerca de los jóvenes como sujetos que “deben ser guiados, enseñados, preparados, corregidos, encaminados, enderezados” (Chaves, 2010:77) por los adultos. Tales prácticas se sostienen en discursos que

definen lo joven “por diferencia de grado con relación al parámetro elegido de lo adulto. Así se establecen características desde la falta, las ausencias y la negación, y los atributos se encarnan esencialmente en el sujeto joven, como parte de su ser” (Chaves, 2010:77). Estos discursos, como afirma Chaves (2010) adquieren un carácter discriminador al naturalizar estas explicaciones con fundamentos que remiten a lo biológico.

En el mismo sentido, se reconocen otros discursos que los/las caracterizarán desde una mirada negativa y de los/as jóvenes como problema “vamos a tratar sobre juventud, vamos entonces a hablar de alcoholismo, SIDA, tabaquismo, embarazo adolescente” (Chaves, 2005:17). Así por ejemplo, cabe señalar una de las publicaciones del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia en la que se destaca que “el hábito de fumar, el abuso de alcohol (con la inclusión de sus efectos sobre los accidentes de tránsito), los embarazos no esperados de adolescentes, el VIH, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de las complicaciones asociadas a la malnutrición, plantean desafíos para las políticas sobre la juventud” (Ministerio de Salud, 2010:7).

Por otra parte, por ejemplo al abordar la necesidad de “prevención” del embarazo en la adolescencia, en una publicación realizada por el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, se plantea: *“¿Por qué nos intranquiliza tanto la posibilidad de un embarazo? Hay muchas razones: queremos que disfruten la juventud, que puedan estudiar, trabajar, elegir con tranquilidad el camino... y ser padres y madres adolescentes no es algo fácil de llevar. Tal vez lo sabemos por experiencia propia o por lo que le pasó a gente cercana. Durante esta etapa es difícil asumir con responsabilidad la crianza de los hijos. Es común que las parejas de padres y madres adolescentes transformen sus vidas y las de sus familias. Muchas veces abandonan los estudios o tienen más problemas para conseguir trabajo”* (Marina, 2011:24). A partir de este ejemplo, siguiendo a Rossana Reguillo, es posible reflexionar acerca de los fundamentos utilizados por los responsables de diseñar y aplicar políticas públicas orientadas a los y las jóvenes, en este caso políticas de salud sexual y reproductiva, en las que, “la casuística resulta un instrumento débil para oponer al discurso autoritario y paternal con que los gobiernos de la región suelen abordar el tema” (Reguillo, 2012:42).

Como afirma el antropólogo Ariel Adaszko (2005:34) “la expresión ‘embarazo adolescente’ denota inmediatamente una valoración negativa y se entiende como un problema público sobre el cual la opinión de los adultos –padres, maestros, médicos, comunicadores,

planificadores y políticos- tienen tanto o mayor peso que la de los propios adolescentes”. Así entonces, desde tales percepciones del problema del embarazo como problema de todos los adolescentes, más allá de sus diferentes posiciones sociales y trayectorias de vida; invisibilizan su diversidad de experiencias y prácticas (Adaszko, 2005). Estos enfoques se sostienen en discursos naturalistas (Chaves, 2005) que remiten a la idea de una etapa natural centrada en lo biológico y por lo tanto, concebida como una etapa universal, por la que todos los sujetos atraviesan.

Si bien, los programas y planes⁴ se plantean revertir la idea universal y transcultural de adolescencia, proponiendo una atención integral y la participación de los jóvenes en dichos proceso como lo planteado por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral; se sostienen aún concepciones acerca de las problemáticas que afectan a los y las adolescentes desde una perspectiva tradicional que plantea, en el caso del embarazo, la necesidad de prevenirlo sin realizar demasiadas distinciones entre las diversas situaciones y experiencias por las que atraviesan las jóvenes respecto del embarazo y la maternidad.

Reflexiones finales

A partir del análisis realizado se propuso realizar una reflexión acerca del modo en que los supuestos que atraviesan la definición de problemas de salud, le implican sentidos que pueden generar estereotipos de grupos sociales que se identifican como problemáticos y que, por lo tanto, requieren del control del Estado.

En tal sentido, al reconocer los problemas sociales como construcciones sociales que se generan en distintos momentos histórico-sociales, resulta posible reconocer la visión hegemónica que predominan en dicho contexto. Para ello, resultó fundamental enmarcar el análisis en el campo de la salud, reconociendo el modelo de atención que prevalece como hegemónico, esto es, el modelo biomédico, para comprender la forma en que se abordan los problemas de salud desde dicha visión y por otra parte, vislumbrar el lugar que los distintos

⁴ Entre los programas y planes orientados a la salud de adolescentes y jóvenes se destacan aquéllos orientados a generar intervenciones en el campo de la salud sexual y reproductiva: Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y la Adolescente, Plan Nacer y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

sujetos, en este caso los y las jóvenes, pueden tener en el proceso de salud-enfermedad-atención, en particular, en la accesibilidad al ejercicio y exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos.

De este modo, pudimos reconocer a partir de la construcción de la problemática del embarazo adolescente así como también de la misma concepción de adolescencia y juventud, argumentos que, siendo verificables o no, han servido de explicación y legitimación de discursos e intervenciones sobre los y las jóvenes sostenidos en tales discursos biomédicos, con el fin de normatizar y controlar sus cuerpos, obviando la mayoría de las veces, las propias expectativas de las y los jóvenes y centrándose en una mirada adultocéntrica de los problemas y necesidades de estos/as jóvenes.

Por tal motivo, cabe preguntarnos por las políticas vigentes que continúan proponiendo acciones desde tales perspectivas y que por lo tanto, siguen reproduciendo concepciones acerca de la adolescencia y la juventud que se sostienen en estereotipos, desconocen la diversidad de situaciones en la que se encuentran estos jóvenes, especialmente, invisibilizando las desigualdades estructurales que afectan su vida y obstaculizan por tanto la posibilidad de que éstos se constituyan en plenos sujetos de derechos.

Bibliografía

- Adaszko, A. (2005) Perspectivas Socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En M. Gogna (coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: Unicef-CEDES-Min. Salud de la Nación.
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, n. 75, p. 5-30. Disponible en:
http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/MEDU6500/Unidad_5/Bustillo-crisisspcrisi_de_salud_publica.pdf

- Berner, A. y Ramos, G. (2008) *La adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable*. Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS). Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1990) “Espacio social y génesis de las clases”. En: Sociología y cultura. Grijalbo.
- Capuccio, M.; Nirenberg, O. y Pailles, J. (2006) El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En M. Petracci y S. Ramos (comp.): *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Bs As. CEDES – UNFPA
- Chaves, M. (2005) “Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea». *Última Década* N°23. Valparaíso: Ediciones CIDPA. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362005000200002&script=sci_arttext
- ----- (2010) Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Checa, S.; Erbaro, C. y Schwartzman, E. (2003): Cuerpo y sexualidad en la adolescencia. En S. Checa (comp.): Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Czeresnia, D. (2001): “El concepto de salud y la deferencia entre promoción y prevención” en Cuadernos de Salud Pública, Brasil.
- Climent G. (2003) "La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social", en *Revista Argentina De Sociología*. Año 1, Nro. 1. Buenos Aires: Consejo Profesionales en Sociología. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362005000200002&script=sci_arttext
- ----- (2009) "Representaciones acerca del embarazo y el aborto en la adolescencia: Perspectiva de la adolescente embarazada" en *CUADERNOS NRO. 37*. San Salvador de Jujuy: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional de Jujuy. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-81042009000200010&script=sci_arttext

- Elizalde, S. (2006) “El androcentrismo en los estudios de juventud: efectos ideológicos y aperturas posibles *Ultima Década* N°25. Valparaíso: CIDPA. Disponible en: <http://www.cidpa.cl/wp-content/uploads/2012/06/udecada25art05.pdf>
- Fainsod, P. (2008) *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media*. Buenos Aires: Miño y Davila.
- Fernández, A. (1993) “La adolescente o la fragilización de las niñas”. En *La invención de la niña*. Buenos Aires: UNICEF-Argentina.
- Gogna, M. (2005) “Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas”. En M. Gogna (coord.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF-CEDES- Min. de Salud de la Nación.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública* [Internet], v. 30, n. 2. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm
- Maffía, D. (2001) Ciudadanía sexual. *Feminaria*. Buenos Aires, Año XIV, N° 26/27. Citada en M. Gogna (2005) *Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina: 1990-2002*. Bs As. CEDES – CLAM.
- Marina, M. (2011) *Educación sexual integral: para charlar en familia*. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Menéndez, E. (2004) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (comp.): *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pantelides, E. A. (2003) “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina”. Trabajo presentado en el Seminario La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?, organizado por el CELADE y el Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, Santiago de Chile (Chile), 9-11 de junio. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>

- Pantelides, E. y Binstock, G. (2007) “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”. *Revista Argentina de Sociología*. Año 5 N° 9. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v5n9/v5n9a03.pdf>
- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia: Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/EvaluacionCalidadVirtual/pdfGuias/2012_Gu%C3%ADa_Clinica%20Sap%20Unicef.pdf
- Reguillo, R. (2012) *Culturas Juveniles: Formas políticas del desencanto*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Schufer, M.; Martellini, P. y Moscovich, L. (2006): Los pediatras y la ley de salud reproductiva. En M. Petracci y S. Ramos (comp.): *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. CEDES – UNFPA. Buenos Aires.
- Silva Paim, J. (2011) *Desafíos de la Salud Colectiva en el Siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spinelli, H. (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* [Internet], v. 6, n. 3, p. 275-293. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>
- Stern, C. (2003): Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. *Estudios Sociológicos, septiembre-diciembre*, año/vol. XXI, número 003. México: El Colegio de México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/598/59806309.pdf>
- Stern, C. y García, E. (1996) “Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente”, Seminario Internacional sobre *Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Urresti, M. (2003) La dimensión cultural del embarazo y la maternidad adolescente. En Margulis y otros: *Juventud, cultura y sexualidad. La dimensión cultural en la*

afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Wright, S. (1998) “La politización de la ‘cultura’”. *Anthropology Today* Vol. 14 No 1, Febrero de 1998 (Traducción de Florencia Enghel y revisión Técnica de Mauricio F. Boivin y Julieta Gaztañaga).

Legislación

- Resolución Ministerial N° 619/2007: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
- Resolución N° 1.751 - MSGC/2008: Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
- Ley 25.673/2002: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes (2009-2011)

<http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/Resolucion-1807-2010-PlanOperativo-MinisteriodeSalud.pdf>

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires/1996. Disponible en:
http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/documentos/cp_cuidaddebsas.pdf
- Ley Nacional N° 26.061/2006: Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes
- Ley 114/1998: Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley 153/1999: Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario 208/01 (modificado por el decreto 2316/03)
- Ley N° 418-439/2000 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
- Programa de salud sexual y reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/a_primaria/programas/s_sexual/presentacion.php