

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Análisis de categorías socio-culturales presentes en el discurso sobre embarazo adolescente : análisis del discurso técnico en las políticas de control y prevención de embarazo adolescente en el sector público en Uruguay**

**Giorgina Garibotto**  
**Tutora: Myriam Mitjavila**

**2001**

## **Índice**

## **Página**

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>Definiciones operativas y datos preliminares.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo II</b>	
<b>Perspectiva socio- económica de reducción de reproducción de pobreza en Uruguay.....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo III</b>	
<b>Perspectiva de género como propuesta para el abordaje .....</b>	<b>17</b>
<b>III. 1. El lugar asignado a la mujer.....</b>	<b>17</b>
<b>III. 2. El lugar asignado al varón.....</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Institucionalización del embarazo adolescente como problema sanitario.....</b>	<b>27</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>37</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>43</b>
<b>Listado de fuentes documentales.....</b>	<b>45</b>

## **Introducción**

El presente trabajo apunta a analizar la evaluación que realiza el cuerpo médico- sanitario acerca de qué es el embarazo adolescente y cuáles son las condiciones en las que se recomienda tener un hijo, intentando descifrar los elementos socio-culturales que entran en juego en las definiciones.

La información que aquí se maneja fue relevada en el marco de la investigación realizada en el taller de sociología de la Salud “Embarazo adolescente en sectores carenciados: estrategias frente a la realidad de los casos atendidos en el sector público”, 2000. La información analizada fue tomada en el periodo 1995- 1999, y se refiere exclusivamente a las políticas llevadas a cabo en ese periodo.

Detectar los elementos socio-culturales, representaciones sociales e imágenes sociales, nombrados y utilizados para justificar la problematización, cuando se definen políticas de control y prevención de embarazo adolescente, es un objetivo central de este trabajo.

Los datos que se analizarán se obtuvieron de documentos brindados por los propios agentes implicados en los programas, y algunos documentos de prensa que ofician como complemento, informando acerca de la difusión de la problemática al público.

Se abordará cada uno de los discursos técnico- políticos sobre embarazo adolescente en tres aspectos. En primer lugar la priorización de elementos socio- económicos relacionados a las políticas de reducción de la pobreza a nivel nacional y su relación con las internacionales. Este punto se orienta a la ideología que ampara este tipo de políticas, desde la perspectiva socio-económica, se plantea la problematización del embarazo adolescente como un elemento más de la reproducción de la pobreza en nuestro país, donde el crecimiento vegetativo de nuestra sociedad está dado por la reproducción de los sectores pobres, mientras que las clases medias y alta no logran reproducirse a sí mismas.

En segundo lugar, los discursos que privilegian el enfoque de género como justificación, donde se focalizará el análisis en el tratamiento que se le da a la mujer, y el lugar que se le asigna tanto en la sociedad como en la familia y por otro lado el rol del varón y específicamente del padre,

en el sentido de las acciones a desarrollar con él en la educación en salud reproductiva y el consiguiente lugar que se le da en la sociedad y la familia.

Por último la adecuación y redimensionamiento de las tecnologías institucionales para llevar a cabo los programas. Existe una dimensión presente en los tres, y es la definición de la adolescencia como etapa de la vida cargada de valores y responsabilidades sociales que se utiliza para justificar las políticas y el tipo de orientación institucional.

Se tomará exclusivamente la noción y las representaciones sociales de embarazo adolescente y las definiciones presentes al momento de justificar los distintos tipos de intervención. La intervención en sí misma no será abordada pero sí los aspectos discursivos de la definición del problema. En este sentido se propone un acercamiento minucioso a las representaciones e imágenes sociales que forman parte del primer paso de una problematización, que implica un posterior despliegue de recursos en el control y prevención en las distintas instituciones sanitarias de nuestro país.

Si bien no se tienen las cifras totales de embarazo adolescente en nuestro país, por ser el aborto ilegal, sí se tiene un panorama complejo y acabado de los partos adolescentes. Los partos adolescentes tienen una característica particular y es que las cifras mayores y con diferencias muy significativas, se dan en los sectores populares, es decir, en los sectores que se atienden en salud pública. (25% frente a 3%<sup>1</sup>). Por razones de viabilidad, en este trabajo cuando se hace referencia al embarazo adolescente, se está refiriendo a partos adolescentes.

El trabajo se desarrollará en IV capítulos, profundizando en cada uno distintos aspectos considerados relevantes para el análisis. El capítulo I, contiene definiciones necesarias para comprender el contexto social, político y económico en el que surgen estas políticas. En el capítulo II se planteará la relación existente entre la problematización del embarazo adolescente y las políticas de reducción de la reproducción de la pobreza, y su relación con las directrices internacionales al respecto. En el capítulo III se planteará la problematización existente en torno al embarazo adolescente desde la perspectiva de Género. Este capítulo cuenta con una primera parte dedicada a analizar el rol asignado a la mujer; y otra parte focalizada en el rol del varón. En el Capítulo IV se

---

<sup>1</sup> Fuente: "Preocupa situación de embarazo adolescente", en El observador, 6/9/98.

nuevas modalidades de práctica profesional sanitaria. En las conclusiones se busca detallar los aspectos más relevantes, que se relacionan directamente con la construcción en el discurso del concepto de embarazo adolescente.

El concepto de embarazo adolescente y los elementos que intervienen en su construcción, permiten entender el proceso de definición de las políticas al respecto, que se han desarrollado en el periodo 1995-1999 en nuestro país. Esta investigación pretende brindar elementos para analizar de forma crítica los rumbos de estas políticas en nuestro país y repensar su futuro.

# Capítulo I

## Definiciones operativas y datos preliminares.

En primer instancia es necesario delimitar el término embarazo adolescente (¿embarazo adolescente se refiere realmente a todos los casos o sólo a los partos adolescentes?, ¿Se problematiza en todas las clases sociales o sólo en las que implica una reproducción de la pobreza?), cómo lo definen las instituciones y cómo se va a tomar en esta investigación. La Organización Mundial de la Salud define como adolescentes a las jóvenes de entre 10 y 19 años, sin embargo no todos los textos abordan este rango de edades en su totalidad, ni se le da un tratamiento uniforme a los embarazos en las distintas edades que conforman la adolescencia. En la contabilización y tratamiento de embarazos adolescentes se consideran sólo aquellos que son declarados al llegar a un centro de salud y que en general llegan a término. En este trabajo simplemente se aceptará la definición realizada en cada uno de los documentos.

Los documentos analizados pertenecen a los programas de control y prevención del embarazo adolescentes del Ministerio de Salud Pública (MSP). La mayoría de estos programas dependen del Área materno- infantil del MSP y se enmarcan en el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil. Estos textos pertenecen a declaraciones oficiales de los propios agentes médico- sanitarios en distintos medios.

El contexto social en el que se enmarca la problematización del embarazo adolescente, también debe ser tenido en cuenta, ya que en las sociedades actuales, la expansión del trabajo femenino, la mayor esperanza de vida, la posibilidad de controlar los procesos biológicos (anticonceptivos) y además el divorcio como posibilidad real, tienen como consecuencia "razonable" y hasta "obvia", desde mediados del siglo XX, la opción de tener menos hijos y más tardíamente. Sin embargo, en el caso de las embarazadas adolescentes que se atienden en el Ministerio de Salud Pública (MSP), el hecho de trabajar, de tener mayor acceso a anticonceptivos, etc. no hace que se opte necesariamente por tener menos hijos.

En otras palabras el cambio de las funciones sociales de la mujer en el último siglo y la necesidad de salir al mercado de trabajo, parece no generar las mismas consecuencias en las distintas clases sociales (Duby y Perrot, 1993). Frente a la realidad que estamos analizando, las respuestas son múltiples, jugando un papel muy importante el sistema simbólico y cultural de los agentes, el cual se analizará detenidamente a lo largo de la monografía.

A las pautas culturales se les asigna un peso importante en toda la investigación pero muy especialmente deberá tenerse en cuenta que la adolescencia es considerada como una definición socialmente aceptada como una etapa del proceso de desarrollo, propio de los países occidentales, y por lo tanto no universalizable (Buttin, 1995). En otras palabras, el embarazo adolescente se problematiza a partir de un trasfondo socio- económico y de otro cultural que lo generan y lo modelan.

Los casos de embarazos adolescentes tuvieron un crecimiento sostenido desde 1963 hasta 1995 en nuestro país. Esta situación produjo un gran cambio en el comportamiento demográfico en la población y además rompió con una larga tradición que se remontaba a principios del siglo XX. El Uruguay es caracterizaba por su baja tasa de fecundidad comparada con el resto de los países latinoamericanos (Varela, 1997). A esto se le agrega que este aumento sostenido estaba dado exclusivamente por un aumento del peso relativo de las madres adolescentes en el total de madres.

**Distribución relativa de la tasa específica de fecundidad por edades.  
Total país- 1963, 1975, 1985, 1995.**

Edad	1963	1975	1985	1995*
15 a 19	9.87	11.60	11.57	13.77
20 a 24	27.66	27.46	25.98	24.59
25 a 29	27.49	27.00	27.75	27.11
30 a 34	19.33	18.74	19.75	20.47
35 a 39	10.83	11.25	11.25	10.64
40 a 44	3.94	3.46	3.41	3.25
45 y más	0.88	0.48	0.30	0.17
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

\*La tasa de fecundidad de 1995 se calcula en base a proyecciones de población por no contar aún con los resultados del último censo de población.  
Fuente: Elaboración en base a datos Censos de población y Estadísticas Vitales.  
Programa de Población Facultad de Ciencias Sociales.

En el Complejo Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) la tasa de partos adolescentes no ha bajado significativamente en el período marzo 1995- marzo 1999, La misma ha pasado de 26,4 % en 1995 de nacimientos en madres adolescentes en el total de nacimientos, a 24,8 % en 1999. La información fue tomada de los formularios estandarizados que promueven "Las normas de atención integral de la embarazada adolescente"<sup>2</sup>.

El CHPR atiende el 80% de los embarazos de Montevideo por lo tanto por regla general es tomado como pauta del comportamiento de la tasa en todo el país que se atiende en servicios públicos, teniendo siempre presente que la tasa sube un poco en las zonas rurales.

---

<sup>2</sup> Fuente: Servicio SIP. Complejo Hospitalario Pereira Rossell.



## **Capítulo II**

### **Perspectiva socio- económica de reducción de reproducción de pobreza en Uruguay.**

El enfoque actual de las políticas sociales de control y prevención de embarazo adolescente se inscriben en una modalidad de políticas promulgadas por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a comienzos de los años 90' con el objetivo de amortiguar los efectos de las políticas de ajuste estructural que se vienen llevando a cabo en los países latinoamericanos en las últimas décadas (Stahl, 1994). En este sentido se puede sostener que las políticas de inversión social, como por ejemplo los programas FIS (Fondos de Inversión Social), que financian un alto porcentaje de los programas de control de embarazo adolescente en nuestro país, son parte de una estrategia de estabilización social y política que permita seguir adelante con los objetivos económicos. Las premisas en las que el BM y BID se basaron para orientar las políticas económicas en América Latina proponen que el crecimiento económico, viable en situación de apertura económica, permitirá a largo plazo que la ciudadanía redistribuya "naturalmente" los ingresos y por lo tanto el acceso a bienes y servicios. Si bien el planteo de Karin Stahl es sumamente economicista, es conveniente tener presente que es el planteo que se hace desde las filas de los organismos internacionales y es desde allí que se piensa la erradicación de la pobreza en los países latinoamericanos. El tema cultural no es abordado como parte del problema, lo que debería repensarse, en la medida que las decisiones económicas domésticas guardan estrecha relación con los códigos culturales y las preferencias que el mercado, y muchas veces la moda, imponen.

#### **Reproducción de la pobreza y desarrollo económico**

La problematización del embarazo adolescente en sectores carenciados es característica de los países latinoamericanos, porque el desarrollo económico de estos países está muy ligado a la reproducción de la pobreza.

Como alternativa a las políticas sociales tradicionales y sobre todo como intento por superar el vaciamiento de las arcas públicas, las políticas sociales se orientan a satisfacer las necesidades de la sociedad civil a través de una lógica de mercado, es decir, los organismos internacionales a través de sus fondos dan respuesta a solicitudes puntuales, generalmente formuladas por ONGs como forma de compensar la progresiva polarización de las sociedades actuales.

La nueva modalidad de diseño, ejecución y de obtención de recursos implica grandes cambios en las instituciones sanitarias y en las estrategias asumidas. Por un lado la duración de los programas es muy corta y en muchos casos no renovable, por lo que estos programas se transforman en un intento desesperado por combatir la pobreza desde sus bases estructurales en períodos realmente cortos. Por lo que muchas veces no se puede cortar con la dependencia al asistencialismo de algunas poblaciones, pero tampoco se le puede brindar un mismo servicio por mucho tiempo. Estos programas y proyectos que pertenecían al área materno- infantil del Ministerio de Salud Pública, en su mayoría, fueron financiados por el programa FISS del Banco mundial. De hecho con el cambio de gobierno, en marzo del 2001 estos programas fueron levantados.

Frente a estos planteos la pregunta que surge es ¿por qué el FISS en este marco financia el programa materno infantil donde se llevan a cabo muchos de los programas de control y prevención de Embarazo adolescente? Una hipótesis posible, que no demostraré en este trabajo pero que tomaré como supuesto, es que si en las últimas dos décadas el crecimiento económico no ha dado indicio alguno de redistribución, más aún, se ha dado una clara tendencia a la concentración, por lo tanto la alternativa más viable para reducir estas tendencias, es controlar el crecimiento demográfico. Es decir, lo que no se logra en términos financieros, se logrará con medidas de control económico-demográfico.

### **Las nuevas modalidades de las políticas públicas**

En este nuevo contexto se plantea un fuerte vuelco de responsabilidades hacia la sociedad civil, todos los préstamos están orientados a una modalidad de autoayuda (BM, BID y fundaciones en general), donde la responsabilidad de salir adelante queda en manos de los implicados. Esta modalidad de financiación tiene un plazo y luego del mismo no se asegura su continuidad, lo que atenta contra todo tipo de apuesta a largo plazo y a cambios estructurales. En el caso del planteo del embarazo adolescente, se puede decir que al apuntar a cambios estructurales de comportamiento, las medidas tomadas tienen consecuencias que no llegan a evaluarse dentro del plazo de intervención.

Las políticas de reproducción son políticas que apuntan a cambios de comportamiento y costumbres, cambios que en general son más difíciles de controlar, de llevar a cabo y además de generalizar, sobre todo en una extensa población que desde hace varias generaciones tiene un

cambios comportamentales en general se plantean cambios que tocan aspectos que forman parte de la personalidad.

Las representaciones sociales que se hace el grupo implicado de lo que significa ser mujer, ser madre, ser esposa, cuándo debe serlo, a qué edad está “bien”, etc. también tienen un peso muy importante. Estos aspectos que entran en contradicción con las recomendaciones sanitarias porque muchas de estas mujeres tienen hijos desde muy jóvenes, los embarazos se dan casi pegados, es decir, si una joven queda embarazada, enseguida lo hace su hermana, vecina o tía. Sumado a esto se da un corto espacio intergenésico (entre gestación y gestación) que profundiza la situación.

### **Dos racionalidades en juego**

Las recomendaciones sanitarias apuntan a lo siguiente:

“La cantidad de madres adolescentes de hasta 18 años que dieron a luz en el Hospital Pereira Rossell pasó a ser más del doble... en 1985 fueron 1.200 las madres jóvenes, en 1995 este número trepó a 2.700, informó el Ministro de Salud. (...) El año pasado los alumbramientos (en el CHPR) fueron 9.500 y el porcentaje de parturientas jóvenes fue del 28,6%. (...) este cuadro como ejemplo de la "peligrosidad que entraña la desintegración social". En el marco del lanzamiento del proyecto "La promoción de salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad"... sostuvo que estas cifras "son el reflejo de comunidades que van deteriorando su nivel de salud"... Atribuyó estos hechos a que "falla la responsabilidad individual", "De la conducta responsable depende que existan comunidades más saludables"<sup>3</sup>.

En el discurso institucional, se parte de la base del “homo economicus”, donde se plantea que las mujeres en situación de pobreza no son plenamente concientes o no tienen total conocimiento de los gastos y la dedicación que implica tener un hijo. Si contaran con la información necesaria, parece desprenderse de las afirmaciones hechas en los documentos, que no quedarían embarazadas, pues tomarían decisiones más racionales, comprendiendo que el camino del embarazo le resta fuerza de trabajo a la sociedad.

---

<sup>3</sup> “Aumentan madres adolescentes”. (Últimas Noticias, 9/4/96)

En este sentido se afirma:

“La metodología utilizada... procura reforzar y dinamizar el proceso de aprendizaje, favoreciendo por diferentes vías la internalización de valores que –en ocasiones- contradicen los que hasta ahora conocían... apunta a facilitar la asimilación de nuevas pautas de conducta, introducidas con la finalidad que sean adoptadas en la prevención y erradicación de las diferentes enfermedades...”<sup>4</sup>(entre ellas el embarazo).

En otro de los materiales se afirma que:

“... Son madres que por razones educativas y económicas, tienen menos acceso a información y a los mismos métodos anticonceptivos y, en consecuencia, suelen tener más hijos de los que realmente desean o pueden tener...”<sup>5</sup>

A pesar del énfasis en la falta de información para tomar decisiones más “racionales”, no parece tener tanto peso la situación de desinformación, en la medida que muchas de estas mujeres son reincidentes, y además viven en comunidades donde el tener muchos hijos y desde muy jóvenes es una práctica conocida en extremo. En esta misma línea de razonamiento cabe preguntarse si esa modalidad de reproducción no tiene una lógica económica propia que permite la supervivencia de las mujeres, es decir, de las más débiles en un sector de la sociedad que cuenta con muy pocos recursos para distribuir entre sus habitantes.

### **Embarazo Adolescente como factor de reproducción de la pobreza**

La relación entre adolescencia, maternidad y reproducción de la pobreza se hace muy relevante en el pasaje que se cita a continuación donde la pregunta que queda abierta es, ¿Qué es más relevante ser adolescente, ser mujer o ser factor de reproducción de pobreza?

“Maternidad precoz y escasa educación. El procesamiento de las primeras dos mil fichas permitió conocer que 70% de las entrevistadas están en la edad de mayor reproducción, con edades comprendidas entre 15 y 30 años. En 32% de los casos, el primer embarazo ocurrió antes de los quince años y el 23% entre los 16 y 19 años. De ellas, 44% no tiene primaria completa pese a que saben leer y escribir. Casi 60% realiza tareas del hogar lo que demuestra, según Solari, “una priorización de la maternidad como un rol fundamental de la mujer, a través de la cual se realiza, así como dificultades de integración social...”<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> “Proyecto del adolescente para el adolescente” Cap. 1, Revista “Temas de Salud”, Tomo VII

<sup>5</sup> “Educación para la procreación”. Revista “Medicina Total”, Enero 1999

<sup>6</sup> “Mujeres de sectores carenciados podrán controlar su fecundidad asistidas por programa de salud reproductiva durante tres años”. (Búsqueda, 19/6/97)

dificultades de integración social..."<sup>6</sup>.

En el texto citado se hace explícita la relación entre el embarazo adolescente, bajo nivel educativo y problemas de integración social, es decir, se genera una relación muy estrecha entre pobreza y desintegración. Según el texto la opción por la maternidad exclusivamente es un factor de desintegración social. Cuál es la preocupación, ¿la desintegración social o la reproducción de la pobreza? El énfasis en el acceso a información como parte de las desigualdades propias de las sociedades actuales donde la información es un bien escaso y altamente cotizado, coadyuva para acentuar las condiciones de desigualdad, según los planteos anteriormente expuestos.

Karin Stahl, plantea que este panorama implica un fuerte vuelco de responsabilidades hacia la sociedad civil, todos los préstamos están orientados a una modalidad de autoayuda, donde la responsabilidad de salir adelante queda en manos de los implicados. El financiamiento tiene un plazo y luego del mismo no se asegura la continuidad, lo que atenta contra todo tipo de apuesta a largo plazo y a cambios estructurales. En el caso de los embarazos adolescentes atendidos en el sector público los programas adquieren esta modalidad, pero, sin embargo a nivel discursivo se desconoce o se omite la caducidad de los proyectos apuntando a cambios estructurales, incompatibles desde el punto de vista de la duración. Un ejemplo de esta tendencia es la propuesta de generar en distintas zonas, mujeres de las propias comunidades "promotoras de Salud", que cumplirían la función de reproductoras de los programas, educando a sus pares. Esta propuesta es parte de los objetivos en las "Normas de atención integral de la embarazada adolescente"; en el proyecto "Del adolescente para el adolescente"; y en el programa "Maternidad- paternidad elegida". La pregunta que suscita es cómo se controlarán estas propuestas luego de terminados los proyectos y programas y si está contemplado el tiempo de duración efectiva luego de terminados los programas. Es decir, seguramente luego de terminadas las intervenciones formales, las mujeres capacitadas actuarán en su comunidad, pero ¿por cuánto tiempo más?

**Si hay política pública, hay problema, si hay problema hay consenso.**

Sin embargo, existen motivos para pensar que esta disociación entre racionalidad técnica y racionalidad de las usuarias del servicio tiene puntos de encuentro, porque de otro modo no se

---

<sup>6</sup> "Mujeres de sectores carenciados podrán controlar su fecundidad asistidas por programa de salud reproductiva durante tres años". (Búsqueda, 19/6/97)

Según Manuel Tamayo Sáez son:

“Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (Tamayo Sáez, 1997)

Debe agregarse que la problematización del Embarazo Adolescente obedece a un momento histórico y cultural donde determinados acontecimientos adquieren mayor relevancia que otros. Es decir, los problemas no son dados por la naturaleza de las cosas sino que son una construcción social. Una pregunta interesante que queda planteada para futuras investigaciones es: ¿porqué el embarazo adolescente, siendo algo tan privado, se transformó rápidamente en un problema de interés público-Estatal?

En este sentido Luis F. Aguilar Villanueva (1993), plantea que no siempre los problemas populares llaman la atención gubernamental, sino que deben darse ciertas condiciones para que esta comunicación sea exitosa, es decir se convierta en un problema de interés público- estatal y forme parte de la agenda política. ¿Qué papel juega en estas decisiones la cultura política? En la cultura política ¿qué peso tiene la cultura popular o sectorial (de la clase social a la que pertenecen los técnicos que participan en el diseño y ejecución de las políticas) y las representaciones que el colectivo se hace de ciertos acontecimientos o hechos sociales (en el sentido durkheimiano)?

### **La igualdad ficticia.**

Una posible hipótesis es que los mismos códigos culturales y representaciones sociales de los agentes médico- sanitarios se trasladan a la actividad profesional, adquiriendo gran peso en la definición de lo que se considera problemático y prioritario para ser incluido en la agenda pública. Sin embargo, es necesaria la aceptación de la población implicada, es decir, de las mujeres que se atienden en los centros de salud del MSP. Por lo que podría pensarse que existe un cierto consenso en que el embarazo adolescente es un problema sanitario que debe ser erradicado o por lo menos disminuido. De todos modos es claro, que la problematización parte de las instituciones sanitarias y no espontáneamente de la población “problema”. Esto se justifica a lo largo del texto observando que

todos los programas y proyectos implican un proceso de “convencimiento” de porqué es inadecuado reproducirse tan tempranamente.

En algunos textos parecen trasladarse valores personales y sectoriales, porque se aprecia una clara diferencia entre “esas” mujeres de sectores carenciados y la condición de los técnicos y las mujeres que los rodean.

“Generalmente las mujeres estamos culturalmente determinadas a un nivel de dependencia de los varones, ya sea del padre, hermanos mayores, esposo, compañero o médico. Los estudios más recientes concluyen que las mujeres, sobre todo las de sectores económicos y educativos bajos, viven en una situación de discriminación con respecto al hombre, en una posición desigual”.<sup>7</sup>

En un principio el discurso es inclusivo, pero en la segunda oración la diferencia entre las más oprimidas y las menos, se hace evidente. En la cita siguiente, se hace realmente explícita la aceptación de la existencia de dos poblaciones con distintos valores, e igualmente se insiste en la prevalencia de unos por sobre otros, como instrumento para lograr una vida sana.

“...procura reforzar y dinamizar el proceso de aprendizaje, favoreciendo por diferentes vías la internalización de valores que - en ocasiones- contradicen los que hasta ahora conocían... apunta a facilitar la asimilación de nuevas pautas de conducta, introducidas con la finalidad que sean adoptadas en la prevención y erradicación de las diferentes enfermedades”<sup>8</sup>

Teniendo en cuenta otros factores que inciden en la formulación de políticas, Aguilar plantea que:

“los “problemas” tienen, en cambio, una naturaleza cognoscitiva más que vital o valorativa, son construcciones lógicas, que articulan, ordenan, los datos y elementos que la tensión entre la factualidad y el deseo liberó y los reúnen en una definición.” (Aguilar Villanueva, 1993: 59)

Desde esta misma perspectiva se plantea la importancia de la definición del problema para comprender el abordaje propuesto:

---

<sup>7</sup> “Educación para la Procreación” (revista Medicina total enero de 1999) Proyecto Maternidad- Paternidad elegida.

<sup>8</sup> Proyecto “Del adolescente para el adolescente”. Capítulo I, revista “Temas de Salud” N° VII

“... no es lo mismo definir, la pobreza como explotación, que como ausencia de igualdad de oportunidades o rezago cultural (...) Los gobiernos corren el riesgo de ser rehenes no sólo de grupos de interés poderosísimos sino también de sus esquemas mentales” (Aguilar Villanueva, 1993: 52,53).

La importancia de lo simbólico y cultural demuestra que es imposible analizar políticas sin tener en cuenta los políticos y las bases en que sustentan sus afirmaciones.

Cabe señalar que en la definición de problemas sociales que componen la agenda pública, no siempre son definidos o construidos de la misma forma por las instituciones públicas que por los implicados. Por lo que la eficacia de las políticas depende de la capacidad de llegar a un consenso acerca de la problemática con la población implicada. Eficacia y consenso son conceptos límite que requieren un equilibrio para poder ser abordados. No puede implementarse política social alguna sin que el problema en cuestión sea concebido como tal por la población. Tal vez en el caso del embarazo adolescente, este equilibrio sea más accesible debido al alto grado de legitimidad que tienen las autoridades sanitarias en nuestras sociedades occidentales. Los sistemas de salud aún son muy respetados y legitimados como fuente de conocimiento científico.

Además de los planteos en términos teóricos que se hagan de las políticas, siempre está presente la viabilidad de las soluciones. Por eso se puede pensar que es más viable, en el caso que aquí se analiza, reducir el número de nacimientos, que lograr un mayor y mejor acceso a bienes y servicios, sobre todo en un contexto de financiaciones de corto plazo que no permiten realizar cambios estructurales en las condiciones de pobreza de la población con la que se trabaja.



## Capítulo III

### Perspectiva de género como propuesta para el abordaje.

Este capítulo se centra en el abordaje diferencial, por parte de los agentes médico- sanitarios, de las funciones sociales atribuidas al hombre y a la mujer en la reproducción y en la familia.

Especialmente se focalizará en las imágenes sociales que se manifiestan a nivel discursivo acerca de los derechos y obligaciones que deben o deberían cumplir las partes implicadas en el caso de un embarazo adolescente que llega a término y que es asistido por el Ministerio de Salud Pública en algunos de los programas que aquí se analizan.

#### III. 1 El lugar asignado a la mujer.

Existen dos eventos a nivel mundial que tuvieron una gran influencia en el posterior desarrollo de las políticas de control y prevención del embarazo adolescente en el Uruguay y muy especialmente en el programa Materno- Infantil del Ministerio de Salud Pública. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en 1994 y la Declaración de Beijing que tuvo lugar en 1995, ambas influyeron directamente en nuestro país y de una forma muy explícita en los "Conceptos Básicos en Salud Reproductiva" editados en 1999 por el proyecto "Maternidad y Paternidad Elegida" del Ministerio de Salud Pública (MSP).

El planteo se centra en lo siguiente:

"Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo... Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental... Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo... La familia es la unidad básica de la sociedad y como tal es preciso fortalecerla..."<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>Declaración de Beijing (1995) e Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (1994)" en "Conceptos Básicos de Salud Reproductiva" MSP, 1999.

## Lugar de la mujer con respecto al varón

El lugar que se le da a la mujer con respecto al hombre es ambivalente, dentro de los mismos discursos se plantea la necesidad de educar en la igualdad y la necesidad de protección de las mujeres y a la vez se plantea la responsabilización de las adolescentes por el bienestar del niño y la educación para la prevención y para los adecuados cuidados del mismo. La responsabilización es dirigida exclusivamente a la madre. De hecho los cursos son dirigidos y recibidos exclusivamente a las mujeres y, sólo en caso de desearlo, asistirán los padres y familiares. Es decir a la vez que se plantea igualdad se plantea una responsabilización diferencial.

Los cursos desde la propia redacción de los proyectos se orientan a la mujer:

"... 1.2.4 Educar a la adolescente embarazada en el tema Salud Reproductiva que comprende: Educación sexual. Conductas a seguir durante su gestación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido con énfasis en la lactancia y la relación madre-hijo. Anticoncepción para planificar su futuro obstétrico y prevenir un nuevo embarazo no deseado. Enfermedades de transmisión sexual. Cáncer genital. Aborto... La temática abordada con las adolescentes está referida a la salud reproductiva y a la salud mental:... 11) Reinserción del binomio madre- hijo a su núcleo familiar, social y cultural. Reincorporación al sistema educativo o al mercado laboral."<sup>10</sup>

El trato que se le da al binomio madre- hijo totalmente separado de su entorno familiar e incluso del propio padre, contradice la postura que en un principio se sostenía acerca de la igualdad entre hombres y mujeres.

Por otro lado, el modelo culturalmente dominante de mujer que tienen los agentes médico-sanitarios, se basa en que la inserción de la joven a la sociedad implica estudiar o trabajar, pero no ser madre exclusivamente. La maternidad como destino biológico ineludible parece actualmente no tener espacio desde la perspectiva médico- sanitaria: "*la maternidad como un destino biológico ineludible*", es lo "no deseado ni deseable" para estas mujeres, que estando entregadas a la maternidad no serán capaces de romper con el "sometimiento".

---

<sup>10</sup> En "Normas de atención integral a la Embarazada Adolescente (Documento Preliminar)

## Mujer responsable

El lugar de lo cultural en los planteos es fundamental para comprender tan diferentes respuestas a los mismos hechos: los agentes médico- sanitarios no admiten el embarazo adolescente como opción. Sin embargo, en el caso de la población adolescente usuaria del servicio de salud del MSP no sólo es posible, sino que algunas veces para esas jóvenes es deseable. Lo cultural sin duda juega un papel muy importante y los agentes médico- sanitarios que participan en el diseño de estas políticas lo toman en cuenta.

En este sentido se señala que:

"... debe sumarse la apreciación de algunas comunidades en las cuales la maternidad es un don, aún a edades precoces... la maternidad y la paternidad precoz, aparecen como "sustitutos" de necesidades no satisfechas, que acaban postergando aún más a los adolescentes de sectores más carentes."<sup>11</sup>

No queda más alternativa que preguntarse, ¿postergando qué y con respecto a qué? Si ese no es el lugar que debía ocupar esa adolescente, ¿qué opciones tiene? Este aspecto adquiere relevancia a medida que se avanza en el análisis, pero como adelanto se puede decir, que los conceptos que anteceden se dan en todos los textos como sobreentendidos y en definitiva no se explicitan alternativas reales y concretas para las jóvenes ni se detiene en conceptualizar, "lo mejor" y "lo peor" claramente. En otras palabras, las alternativas se ubican en el lugar de lo implícito.

"... Con relación al control del embarazo, se afirma que en la actualidad, este hospital tiene un 75% de embarazadas controladas, pero que un 30% de ellas - parte importante- son mal controladas debido a que concurren una vez sola al médico o a que no se hacen los análisis cuando se solicita..."<sup>12</sup>

Es menester detenerse en la última frase del texto donde en forma completamente directa se manifiestan las dificultades de asistencia debido a la **irresponsabilidad de las pacientes**, vuelve a aparecer aquí la figura de madre adolescente culpable y responsable por las eventuales dificultades de salud del niño. Es una situación contradictoria donde la madre es víctima de un sistema desigual, "dominado por los hombres" y a la vez es la única responsable de no asistir a los controles y por la salud del bebé en la medida que ella es la destinataria por excelencia de los programas de control y

<sup>11</sup> Proyecto Reducción de la Mortalidad Infantil. Sub- proyecto "Atención Integral a la Adolescencia". Documentación.

<sup>12</sup> "Madres del Uruguay". (La Republica. 14/11/98)

prevención del embarazo adolescente.

Se podría afirmar que a lo largo de todos los textos trabajados la información y el propio control de la reproducción son parte del rol atribuido a la mujer, que de alguna manera se contraponen a la perspectiva de mujer- madre que evidentemente domina el universo simbólico de la población que es asistida en el caso de esta investigación. El cuestionamiento de la maternidad a edades tempranas y la sobrevaloración de la inserción de la mujer al mercado de trabajo son aspectos de los programas que por su naturaleza y por la problemática que incorporan deberían ser evaluados cuidadosamente. Puede hipotetizarse que buena parte de las jóvenes que se atienden en el MSP en general optan por la maternidad como mecanismo compensatorio (Laurinaga, 1995: 19), por lo que incorporar elementos discordantes y muchas veces no viables en ciertos sectores puede funcionar como un elemento desarticulador y generador de frustración en la población asistida. No es de menor importancia tener presente que otras alternativas a la maternidad no la dejan en posición de igualdad frente al hombre y menos aún en el campo laboral.

### **La mujer como medio.**

"... El programa tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de la mujer, asegurándole el acceso a sus derechos reproductivos, sin discriminación por posición económica o por género"<sup>13</sup>

Esta cita tiene dos elementos destacables, en primer término, si se plantea la mujer como finalidad sin hacer discriminación por posición económica o por género, ¿Cómo se explica que la población objetivo del programa incluya únicamente mujeres y de sectores carenciados?. En definitiva se plantea tratar distinto a los desiguales, que puede ser una medida compartida por todos, sin embargo a nivel teórico y discursivo las contradicciones se hacen evidentes.

Por otro lado, se establece la mejora de la calidad de vida de la mujer como finalidad central del programa, al tiempo que el proyecto en el que se enmarca es el de Reducción de la Mortalidad Infantil. Entonces, cuál es el objeto de cuidado y prevención sanitaria, la mujer en sí misma o la mujer como medio para evitar la mortalidad infantil. Se aprecia una vez más la ambivalencia del lugar que se le asigna a la mujer, si bien a nivel discursivo se le da un tratamiento prioritario, en los

---

<sup>13</sup> "Educación para la procreación". Revista "Medicina Total", Enero 1999.

hechos el cuidado que se le destina a ella parece estar signado por la reducción de la mortalidad infantil.

El objetivo último es el recién nacido, sus cuidados y su vida futura, la madre y su atención integral actúan como vehículos o medios para la protección del bebé. La atención a la embarazada adolescente es tomada como estrategia que permita en el corto plazo la reducción de la mortalidad infantil. La mortalidad infantil, por tanto no disminuye por mejora de calidad de servicios sino que se reduce por control de los nacimientos. En primer lugar, esta afirmación se basa en que el programa Materno- infantil, donde se enmarcan los proyectos de control y prevención de embarazo adolescente aquí analizados, forma parte del programa de Reducción de la mortalidad infantil del MSP, y en segundo lugar en algunos de los documentos se hace explícita la reducción de la mortalidad infantil como el objetivo central de los cuidados propuestos para las madres y embarazadas adolescentes.<sup>14</sup>

### **III. 2 El lugar asignado al varón.**

El lugar del padre adolescente, es otro de los aspectos que se relacionan con la concepción de embarazo adolescente en el discurso médico- sanitario. En los siguientes párrafos se plantea el énfasis en la igualdad de género en los programas, mientras que en la intervención se orienta al binomio madre- hijo, donde un tercero, que es el padre, es claramente excluido de los lazos y responsabilidades que tal relación implica.

#### **El tercero excluido**

Sin desconocer que muchas veces el padre está ausente de antemano, debe señalarse que en los siguientes textos no es incorporado como parte del problema.

---

<sup>14</sup> Al respecto ver "Proyecto Reducción de la mortalidad infantil", Sub proyecto "Atención Integral a la Adolescencia" Documentación, "Educación para la procreación", Revista "Medicina Total", Enero 1999 y "Afianzan campañas de salud para mujeres" (La Prensa 30/5/97)

En uno de los textos se plantea:

"Acciones en el Área Psicológica. 1) Educación para la salud psico- física del binomio madre- hijo. 2) Información y educación en sexualidad, anticoncepción y planificación familiar. 3) Fomentar el vínculo temprano y la lactancia materna. Observación de las conductas de apego y realización de intervenciones puntuales ante eventuales dificultades"<sup>15</sup>.

Si bien este es sólo un trozo de la propuesta, se aprecia la ausencia del padre como responsable por la nueva vida, y como persona con inquietudes y derechos. su participación no está clara y sus necesidades no son parte del problema.

Las citas que se presentan a continuación muestran uno de los problemas centrales que se detectó en torno al embarazo adolescente, el lugar que se le da al varón en las políticas. El rol masculino es parte de la definición de embarazo adolescente por omisión. Si bien parece un involucramiento menor, la ausencia de responsabilización del hombre tiene consecuencias directas en el abordaje que se hace de la adolescente madre.

Los gobiernos, a través de sus políticas de salud reproductiva tienden a promover la igualdad entre los sexos y la protección de los derechos de la mujer (ver cita N° 9 de este mismo texto). Mientras que por un lado se plantea la necesidad de igualdad y no discriminación hacia las mujeres, sobre todo las adolescentes que muchas veces se encuentran en situación de doble desventaja por ser mujeres y además por ser menores.

Unos párrafos después, el documento plantea lo siguiente:

"Los programas de planificación de la familia dan mejor resultado cuando forman parte de programas más amplios de salud reproductiva- o están vinculados a éstos- que se ocupan de necesidades sanitarias estrechamente relacionadas y cuando las mujeres participan plenamente en el diseño, la prestación, la gestión y la evaluación de los servicios"<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Proyecto "Sala de puerperas adolescentes del Hospital Pereira Rossell".

<sup>16</sup>Declaración de Beijing (1995) e Informe de la conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (1994)", en "Conceptos Básicos de Salud Reproductiva" MSP, 1999.

Con respecto a la participación, es una tendencia general de la última década que las políticas se lleven a cabo junto con la población objetivo de las mismas. Lo que no se comprende muy bien es por qué si la población objetivo son las parejas y personas en general y si lo que se busca es romper con la desigualdad, se sugiere la participación y la planificación exclusiva de las mujeres. Una posible respuesta es que vestigios de ideología machista siguen calando en lo profundo y por lo tanto impregnando el discurso.

Es posible que este trato desigual se plantee como forma de igualar en términos de independencia, la pregunta entonces es, luego de obtener la total independencia femenina en la toma de decisiones, ¿cómo se articulará con la independencia masculina? Se podría pensar que con la participación exclusiva de las mujeres en las políticas se puede estar sobrecargando de responsabilidad y de alguna manera el hombre no cambia de estatus frente a la responsabilidad que para él implica y que en definitiva es lo que se busca que asuma. En definitiva, un planteo de este tipo, profundiza las diferencias de género, en la medida que el hombre sigue siendo irresponsabilizado frente a las instituciones sanitarias.

La exclusividad de la estrecha relación madre- hijo impide imaginar la inserción y responsabilización de un hombre, un padre que sea capaz de intervenir.

Llama la atención que se enfoque la educación de las adolescentes y luego se pretenda una reinserción en el núcleo familiar, social y cultural, sin que el propio medio haya experimentado, o por lo menos tenga conocimiento, de los cambios que se produjeron en el binomio madre- hijo. Al momento de planificar la descendencia futura en las realidades sociales aquí estudiadas, las decisiones se toman de a dos en el mejor de los casos y si no la decisión es del hombre. Por lo tanto no puede continuar siendo una participación nominal la del hombre en las políticas de control y prevención del embarazo adolescente. Por otra parte, se obliga a la mujer a participar de las actividades y en el caso de la pareja o la familia se deja a criterio personal la decisión de concurrir o no. La madre es vista como víctima -por lo tanto se intenta que aprenda a cuidarse por sí misma- y a la vez es responsabilizada por el cuidado del bebé y por la disminución de la mortalidad infantil. El doble papel de la mujer es contradictorio y agotador, a la vez que no cambia la situación marginal del hombre en la relación.

## El varón irresponsable

Desde otra postura del área materno- infantil, se afirma que:

"...Esta verdad es utilizada como adecuada para justificar la marginación del varón de la responsabilidad en el uso de anticonceptivos. "Si el anticonceptivo ha de usarlo la mujer, pues que ella aprenda a usarlo y se responsabilice de hacerlo adecuadamente" Tomada al pie de la letra esta afirmación admitiría como contraparte (y un equilibrio): " Si el anticonceptivo ha de usarlo el varón..." Pero esto resulta doblemente falso... En primer lugar porque la enorme mayoría de los métodos anticonceptivos utilizables en la práctica son para uso femenino... incluso en el caso de los métodos masculinos... el comportamiento del hombre suele ser desaprensivo... Para hacer el razonamiento aún más claro, voy a formularlo como pregunta: ¿quién tiene relaciones sexuales sólo para lograr una concepción? La enorme mayoría de las veces la concepción no está en la mente de quienes se involucran en actividad sexual (y si lo está es en forma de temor). Los adolescentes no ignoran la relación entre sexo y reproducción. Todas las encuestas realizadas en diversos grupos poblacionales de nuestro país muestran que los adolescentes (varones y mujeres) conocen varios tipos de métodos anticonceptivos y saben cómo acceder a ellos, pese a lo cual con gran frecuencia no los utilizan.(...) otro error de enfoque frecuentemente cometido: el creer que el adolescente varón es irresponsable por ser adolescente. En rigor, creo que el adolescente varón es irresponsable por ser varón... En verdad, creo que lo único que se adquiere es una mayor conciencia de los riesgos y por tanto mayor temor a las consecuencias..."<sup>17</sup>

Aquí aparecen dos elementos muy importantes, por un lado un discurso que aparentemente se distancia ampliamente de los que se venían manejando hasta ahora provenientes del programa Materno- Infantil, sobre todo en el encare y definición de posturas frente a la responsabilidad masculina y frente al abordaje de la sexualidad como objeto de placer y no reproducción exclusivamente.

La irresponsabilidad del varón por ser varón y no por ser adolescente es uno de los puntos que aunque parezcan divergentes con los otros planteos ayudan a comprender la aparente disociación entre el objetivo de igualdad y la responsabilización exclusiva de las mujeres. Tal vez, el razonamiento sea algo así: ya que el padre es irresponsable por ser hombre y no por ser adolescente ¿para qué gastar tiempo y dinero en una tarea perdida?

---

<sup>17</sup> "Anticoncepción en la Adolescencia. Responsabilidad del varón". Dr. José Enrique Pons. En "La adolescencia: salud y enfermedad" (no se tienen más datos).



En segundo lugar, este texto no es parte de un programa del MSP, sino que es un artículo de un libro de un médico del programa Materno- Infantil, por lo que las declaraciones no hacen referencia a una posible aplicación de los conceptos. En este caso asumir la irresponsabilidad del varón como un hecho no tiene las mismas consecuencias que podría llegar a tener en un programa.

La responsabilidad sigue siendo un tema muy ambiguamente tratado y muy poco profundizado por los agentes médico- sanitarios. El lugar del padre en la relación, es difuso, y por lo tanto no se trata cabalmente el tema. Surgen muchas preguntas que no pueden ser contestadas a través de este estudio. Si el programa se llama Maternidad Paternidad Elegida ¿Porqué se trabaja sólo con mujeres? Si bien el embarazo adolescente en sí mismo es un "mal" exclusivo de la mujer, ¿la participación del hombre en el mismo, es olvidada automáticamente luego del coito? ¿Los agentes médico- sanitarios no estarán trasladando cierta irresponsabilidad aceptada socialmente a las políticas implementadas? ¿La irresponsabilidad en otros sectores socio económicos, no será que existe pero no se manifiesta? En definitiva dirigiendo las políticas a la población femenina, ¿no se está avalando la no participación masculina?

En muchos de los documentos se enfatiza en la importancia de enfocar las políticas tanto a *los* adolescentes como a *las* adolescentes, sin embargo los talleres y cursos en todos los casos son más flexibles a la participación masculina y más insistentes con las adolescentes. Aún sabiendo que muchas veces la madre adolescente es abandonada, es importante que no viva sola la experiencia, porque en definitiva extendiendo los programas a la comunidad se previenen nuevos embarazos.

### **El varón marginado de las tecnologías de promoción**

Estas observaciones invitan a sondear las tecnologías de promoción. En la mayoría de los casos se trabaja exclusivamente con las mujeres. La pregunta es: ¿cómo vivencian sus parejas o los hombres de la comunidad ese proceso de aprendizaje que las jóvenes tuvieron? ¿Porqué las promotoras se dirigen solo a sus pares y no la comunidad en general?. ¿Qué sucede cuando se interactúa con el resto de la familia que no recibió los talleres y que sigue manejando otros códigos?

Las posibles formas de experimentar esa realidad son infinitas, pero si a través de los controles y en el momento del parto a la joven mamá se le brinda información nueva y nuevos parámetros para observar el mundo, seguramente esas infinitas formas de experimentar la realidad se dirijan por senderos similares. Ahora bien, ¿qué pasa con los varones? (Gomensoro y otros: 1995). Hasta el momento ellos habían compartido con las mujeres de su comunidad una forma de tomar las decisiones, donde prevalecían otros valores distintos a los que ahora ellas pregonan. El proceso no fue compartido y además reafirmó la irresponsabilidad del varón para decidir sobre sus derechos reproductivos, dado que cuando se informó acerca de los derechos reproductivos y de los métodos anticonceptivos se le informó a la mujer. El varón no vive el proceso y tampoco es informado del mismo.

El embarazo adolescente, aparece como una problemática que afecta las relaciones más elementales entre los sexos. Por lo tanto si no concebimos la problemática desde los factores culturales que intervienen, todo análisis carecería de sentido porque no se podría explicar el comportamiento demográfico de la población atendida en el sector público, y menos aun se podría comprender la modalidad que asumen las políticas en nuestro país.

## **Capítulo IV**

### **Institucionalización del embarazo adolescente como problema sanitario**

Este capítulo se centrará en el punto de vista institucional del proceso de construcción del discurso de las políticas de control y prevención del embarazo adolescente.

#### **Proceso de institucionalización**

Un análisis de este tipo necesariamente implica examinar cuán institucionalizados están los valores en juego en la implementación de estas políticas. Se hará necesario discutir el lugar que tiene el individuo en este proceso, es decir, de qué grados de libertad dispone y cuánto de las decisiones están definidas por el peso institucional.

Como se habrá notado desde el principio de este trabajo se plantea la perspectiva médica-sanitaria, como la perspectiva de los agentes médico- sanitarios. Se asumió una perspectiva sin discusión previa, porque el interés inicial se centró en otros aspectos. Ahora se hace ineludible esta discusión, sobre todo en el momento de analizar quiénes hablan ¿las personas o las instituciones? ¿Son las instituciones las que se adaptan al entorno o son las personas que actúan directamente en la maquinaria institucional para modificar el entorno a su antojo? Sin pretender aquí realizar un recuento de las distintas vertientes teóricas, se intentará esbozar el proceso por el cual se llegó a aceptar esta denominación y no se modificó la forma de nombrar a las personas que trabajan en la definición de las políticas de control y prevención de embarazo adolescente, los agentes médico-sanitarios.

Es necesario definir algunos conceptos relativos a la institucionalización y a los procesos de toma de decisiones político- institucionales, que en el caso analizado llegan a intervenir en aspectos sumamente privados de la vida, y sin embargo, no son experimentados como intervenciones desubicadas de las tecnologías sanitarias sino como un requerimiento social.

Desde el interaccionismo simbólico se afirma que el proceso de institucionalización implica una tipificación de las acciones y los actores pasando a un plano objetivo donde el individuo la percibe como un hecho externo, objetivizado (Berger y Luckmann; 1995). Sobre esa base sólida y

objetivada que es la definición del embarazo adolescente como problema, se abre un espacio para la innovación de acuerdo a cambios en algunas prioridades referidas al lugar de la mujer, al momento de la vida adecuado para tener hijos, los requerimientos educativos, etc. Pero este espacio de innovación nunca excede los límites de lo establecido en las declaraciones oficiales.

Se debe destacar el concepto de naturalización de los hechos sociales, es decir, cómo las instituciones los definen y clasifican. Este proceso es el sustento de la institución y la forma de asegurar su reproducción (Douglas, 1996: 73-84). Se puede decir que se naturaliza la inadecuación e insalubridad del embarazo en la adolescencia, como si esto siempre hubiese sido así.

Se tomarán definiciones básicas que hacen a la comprensión de los procesos de legitimación institucional y que reafirman la estructura de autoridad, permitiendo la implementación de las políticas. La autoridad institucional se vincula a su historia. Además de la tipificación de acciones necesaria, para que una interacción pase a ser institucionalizada (Berger y Luckmann, 1995: 83), es necesario un proceso de clasificación y naturalización de las interacciones, tal como lo señala Mary Douglas (1996: 95-96). Tener en cuenta estos elementos de análisis permite comprender cómo las decisiones políticas, en este caso del MSP, logran presentarse ante la opinión pública como "naturales". Como se podrá ver a lo largo del análisis, en los diversos documentos se presentan distintos abordajes a la problemática del embarazo en adolescentes, pero lo que no se cuestiona es que el mismo sea un problema social.

Cómo se plantea la problemática y el lugar en que surge como tal, se relaciona con la historia institucional y con el contexto. El esquema que se presenta del problema discursivamente, hace a la construcción del mismo y ayuda a describir, como se presenta la institución ante el mismo.

La inadecuación de la adolescencia como etapa de la vida apta para la reproducción, es un hecho que desconoce un pasado, donde las jóvenes se casaban adolescentes y procreaban legítimamente a tempranas edades. Si bien no se realizará una revisión histórica de esta institución, es decir, de la lectura que se hace de este problema en las distintas épocas y como esa lectura se ajusta "al sentir de nuestro tiempo" (Douglas, 1996: 103-119), debe comprenderse este hecho como propio de un contexto social que lo construye.

En este sentido se retoma el siguiente documento:

‘La cantidad de madres adolescentes de hasta 18 años que dieron a luz en el Hospital Pereira Rossell pasó a ser más del doble... en 1985 fueron 1.200 las madres jóvenes, en 1995 este número trepó a 2.700, informó el Ministro de Salud... El año pasado los alumbramientos (en el CHPR) fueron 9.500 y el porcentaje de parturientas jóvenes fue del 28,6% ... describió este cuadro como ejemplo de la "peligrosidad que entraña la desintegración social". En el marco del lanzamiento del proyecto "La promoción de salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad"... sostuvo que estas cifras "son el reflejo de comunidades que van deteriorando su nivel de salud"... Atribuyó estos hechos a que "falla la responsabilidad individual". "De la conducta responsable depende que existan comunidades más saludables"<sup>18</sup>.

El artículo representa el momento en el que el MSP lanzó la problemática a la opinión pública. Hasta entonces el problema si bien era conocido y había sido formulado, no era prioritario ni generalizado. Se considera que el embarazo adolescente entraña "desintegración social", y la causa de la misma se encontraría en que "falla la responsabilidad individual", aquí se percibe cómo se ve a la población asistida, carenciada y responsable, culpable de reproducir su situación de pobreza.

En documentos posteriores la visión del individuo responsable se complementa recurriendo al trabajo grupal y comunitario de forma generalizada para modificar pautas de conducta (de riesgo), definiendo el embarazo adolescente como un problema social y cultural, especialmente en ciertos sectores carenciados de la población. El tipo de descripción que se hace en este texto acerca de la responsabilidad individual y los problemas que ésta acarrea con respecto a la desintegración social ilustran claramente como se comenzó a problematizar el tema y cuáles fueron los primeros elementos que se tuvieron en cuenta al momento de incorporarlo como un problema social en la agenda pública.

### **Definición del problema, su legitimación**

En estos términos se aprecia que el inicio de la problematización no se encuentra en la calidad de vida de las mujeres, sino en la culpabilidad de éstas en **reproducir la pobreza**, desembocando en una crisis de integración social. Por un lado tenemos la preocupación por aspectos socio-económicos macro y por otro la pobreza como factor de desintegración social.

---

<sup>18</sup> "Aumentan madres adolescentes". (Últimas Noticias, 9/4/96)

Esta primera definición de la problemática, permite tener un acercamiento a “la voz de la institución”. El Ministro es quien define en primera instancia en qué términos debe ser abordado el problema y a partir de la voz oficial, comienza a dibujarse un mapa conceptual y discursivo acerca de las implicancias del embarazo adolescente, es el lugar donde se legitiman los problemas sociales.

El porcentaje de adolescentes embarazadas que se atienden en el Centro Hospitalario Pereira Rossell ha bajado levemente desde el año 1995 en que comenzaron a aplicarse estos programas hasta el año 1999. Este porcentaje pasó del 26,4% en 1995 al 24,8% en 1999<sup>19</sup>. Sin embargo, la razón por la que el embarazo adolescente ha disminuido levemente en los últimos años no tiene aún una explicación científica y las dificultades para demostrar el posible efecto de las políticas en marcha es evidente. Aún no se está en situación de evaluar efectos, en primer término porque se están insertando nuevos patrones culturales, y estos podrían reflejarse en modificación de conductas. Esto tiene dos inconvenientes a los efectos de la evaluación inmediata: uno, que los patrones culturales en general implican procesos muy a largo plazo, tanto de construcción como de modificación; dos, que los efectos de determinadas políticas o campañas publicitarias en la modificación de conductas, y sobre todo conductas sexuales, hasta el momento no han podido medirse de forma confiable.

### **Ampliación de las funciones sanitarias**

Resulta pertinente intentar identificar, qué modalidades tomaron los programas, qué formas de accionar con la población son las más comúnmente seleccionadas y cuáles son las diferencias con la clásica consulta clínica, donde la iniciativa la tomaba el paciente, desde el momento que decidía asistir a la consulta médica. Se observa aquí un cambio en las tecnologías institucionales diseñadas para la asistencia, porque, como se verá más adelante, el hecho de salir a buscar a los potenciales pacientes, en este caso embarazadas adolescentes, implica una reingeniería de la gestión institucional y por ende una redefinición de las funciones del propio MSP y de los agentes.

En primera instancia es bueno comenzar con una definición y conceptualización de lo que abarca el servicio de atención a la salud reproductiva. Si bien ya se había trabajado en este tema, no está de más recordar que se trata de una ampliación conceptual que influye directamente en la forma que adoptan las acciones:

---

<sup>19</sup> Cifras obtenidas del Servicio de Información del CHPR.

"... La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, parto sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno- infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva, e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable.."20.

### **Nuevas tecnologías institucionales**

El intento de romper con el "paciente" receptor de directivas del médico es parte de la necesidad de abarcar más y además prevenir. Una presentación más activa de las formas de prevención, es una forma de hacer más atractiva la recepción de información que un grupo de "técnicos" busca transmitir, incursionando en sus lugares más privados, sus propias viviendas. Para cumplir con estos objetivos es necesario, en primer lugar, que las personas implicadas estén absolutamente convencidas que lo que se les está proponiendo es lo mejor para sí mismas, para su pareja y en definitiva, para su comunidad. En segundo lugar, que la convicción redunde en la voluntad de transmitir las nuevas propuestas, como para participar activamente de las políticas.

La acción de promoción es la forma más común que ha adquirido la participación de las usuarias del servicio "... *Tareas de extensión a la comunidad. Se programarán reuniones con las madres adolescentes una vez otorgada el alta en su comunidad*"21 En otro texto se plantea como tarea complementaria de la intervención el "... *desempeñarse como "Promotores de Salud"*."22

En este sentido el papel activo de la comunidad es central para la prevención y forma parte de la forma de trabajo institucional. Es decir, cada vez son más los programas que trabajan en la comunidad. Lo que implica desplegar nuevas tecnologías de acción y gestión. Incorporando nuevos agentes y además redefiniendo la función sanitaria.

---

<sup>20</sup> Informe de la conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) en "Conceptos Básicos en Salud reproductiva, pag. 9. Área Materno- Infantil, MSP 1999.

<sup>21</sup> Proyecto "Sala de puerperas adolescentes del Hospital Pereira Rossell"

<sup>22</sup> "Proyecto del adolescente para el adolescente" Cap. I, Revista "Temas de Salud, Tomo VII.

Esta nueva función sanitaria implica además de la incorporación de nuevos agentes, el cambio en la modalidad de intervención médica. Porque ésta ya no se desarrolla en las instalaciones sanitarias tradicionales, y además porque requiere de apoyo interdisciplinario para tratar aspectos psicológicos y sociales.

El hospital, sanatorio o policlínica dejaron de tener la exclusividad del encuentro en la relación con los usuarios del servicio siendo complementados y a veces sustituidos por:

"... Actividades grupales... en sus propias comunidades... Se pretende al mismo tiempo lograr una adecuada Promoción de Salud ya que la información dada a cada una de nuestras pacientes las convierte en difusoras potenciales de la misma y su entorno familiar, hacia otras adolescentes de su núcleo social acercándolas al Centro u otorgándoles información adecuada."<sup>23</sup>

La consulta dejó de ser la instancia enfocada al tratamiento de dolencias físicas de la adolescente y se convirtió también en una instancia educativa, donde la joven recibirá las primeras nociones de lo que es la salud reproductiva y lo que ésta significa para su crecimiento "íntegro".

#### **La nueva función educativa.**

Los programas parecen partir de la base de que a través de la información y educación que le dan a la población, ésta obtiene acceso a sus derechos de salud reproductiva, lo que significa que por el sólo hecho de haber adquirido cierto bagaje de conocimiento se infiere que como reacción inmediata se optará por reducir el número de hijos. La información y educación a la población no asegura que se tenga como consecuencia inmediata y casi mágica la reducción de la natalidad, sobre todo si se tiene en cuenta que existen factores culturales de gran peso en la comunidad que implican un largo proceso antes de ser modificados.

En el marco de la ampliación de la definición de salud también se amplía el concepto de lo que debe ser un servicio de salud y los componentes que debe abarcar. Es decir, que la reconceptualización del servicio de salud es acompañado por una tendencia a la interdisciplinariedad y la intersectorialidad. Donde se concibe a la Embarazada Adolescente, en todos sus aspectos, desde los estrictamente biológicos hasta los emocionales y culturales.

---

<sup>23</sup> "Proyecto Reducción de la mortalidad infantil", Sub proyecto "Atención Integral a la Adolescencia" Documentación.



## Nuevos objetivos sanitarios

En uno de los documentos se señala la importancia de *"hacer hincapié en que promover salud y lograr un cambio en los hábitos para alcanzar un mejor nivel de vida..."*<sup>24</sup>. La promoción de cambio de hábitos tuvo su comienzo en este período en donde se lanzaron los primeros programas de control y prevención luego de la Declaración de Beijing y de la Cumbre en El Cairo. Hasta el momento los programas de control de natalidad no implicaban ningún tipo de cambio de hábitos y mucho menos comprensión de la situación por parte de las mujeres implicadas.

Se plantea el conocimiento como determinante en el acceso a la salud, este concepto se ha profundizado en los últimos años y se relaciona con el énfasis que se ha puesto en la responsabilidad individual en el mantenimiento de una vida sana, es decir, si se tiene acceso al conocimiento, la responsabilidad por "cuidarse", es propia. En el caso que se presenta a continuación se ve claramente esta tendencia:

"La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes..."<sup>25</sup>

La información, como objetivo de los programas, no es brindada al azar, pues esta población es observada y atomizada, por el simple hecho de estar en situación de "riesgo". Riesgo que es definido de acuerdo a factores económicos, sociales y culturales, que están muy poco sistematizados.

---

<sup>24</sup> "Alianza campañas de salud para mujeres". (La Prensa. 30/5/97)

<sup>25</sup> Declaración de Beijing (1995) e Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (1994). "Conceptos Básicos en Salud reproductiva". Arca Materno- Infantil. MSP 1999.

### **La prevención y su relación con el riesgo.**

En cuanto a la potencialidad de: *"Realizar un diagnóstico de las situaciones de Alto Riesgo bio- psico- social de la madre adolescente, del RN (recién nacido) y su núcleo familiar."*<sup>26</sup>. El diagnóstico se refiere al estado bio-psico- social, por lo que se requiere de la participación de un equipo interdisciplinario para abordarlo. Es aquí donde se relaciona con la importancia de los equipos interdisciplinarios e intersectoriales que se hace expresa en el caso de este proyecto en los objetivos específicos, tal vez el tema de la modificación de las características de los profesionales y técnicos que forman parte de un equipo de salud sea la clave para comenzar a definir "íntegro", palabra que aunque en las metas y objetivos referidos en los textos no apareció, es una palabra que aparece con mucha frecuencia en los documentos sobre este tema.

Se tiene la impresión que Integridad para *el/la* adolescente está dada por la postergación de los hijos de forma tal que le permita continuar creciendo, estudiando y eventualmente trabajando. Sin embargo, muchas veces las posibilidades de estudiar se vieron truncadas a edades muy tempranas por la necesidad de cuidar a los hermanos, y las posibilidades laborales de la población a la que se dirigen estas políticas no son muy prometedoras, en especial para las jóvenes. Las alternativas de realización no son claras y dejan serias dudas acerca de la posible frustración que pueden llegar a generar en el futuro.

El concepto de integridad es repetido en diversas ocasiones para definir objetivos en el desarrollo del individuo, pero en ningún momento se define el propio concepto de integridad. Integridad o desarrollo pleno, deben entenderse de acuerdo a la acepción que el "sentido común" brinda. Después de leer los textos se observa que no se puede estar nunca en desacuerdo con lo planteado en las políticas de control y prevención del embarazo adolescente porque en definitiva funcionan como justificativos abstractos del discurso técnico- político.

Con respecto a la detección de situaciones de riesgo se plantea lo siguiente:

"... Los objetivos de la detección precoz de Riesgo son el proveer el cuidado prenatal más estricto, llevar a cabo la derivación a un nivel más complejo en el momento adecuado, y usar los recursos disponibles en un sentido más racional..."<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Proyecto "Sala de puerperas adolescentes del Hospital Pereira Rossell"

<sup>27</sup> Normas de atención integral a la embarazada adolescente. (Documento preliminar)

En esta cita se puede ver que el riesgo se puede prevenir con control prenatal estricto. De tal forma no habría razón para reducir los embarazos adolescentes, ya que solucionado el peligro de vida y salud de la madre y del bebé, no es necesario reducir la natalidad de estos sectores. Pero no hay que dejar de lado que este párrafo está inundado de términos sobreentendidos que no aclaran específicamente el significado de las medidas propuestas. Por ejemplo, ¿riesgo de qué? ¿qué implica “cuidado prenatal más estricto”? ¿qué significa “usar los recursos disponibles en un sentido más racional”? ¿debe inferirse que actualmente los recursos no son distribuidos racionalmente? ¿A qué se le llama racionalización?

Sin duda hay implícitos que pasan por las representaciones y universos simbólicos de los agentes médico- sanitarios y que no se sabe exactamente a qué se refieren. Sin embargo, a través de los textos se puede inferir que a un nivel micro, la función social atribuida a las adolescentes y mujeres, y desde un punto de vista macro, la reducción de la reproducción de la pobreza, son los elementos que guían el discurso.

El objetivo en los párrafos anteriores, es llamar la atención acerca de muchos modismos y sobrentendidos. Sería bueno comenzar a definir cada uno de los términos que habitualmente se dan por supuestos porque la falta de definición impide saber a que nos referimos en cada uno de los aspectos de estas políticas y no dejan clara la problemática concreta del embarazo adolescente que se está atacando.

En cuanto a la importancia de la prevención, el lugar que tiene la detección de situaciones de riesgo en estos programas es central. La clasificación del riesgo refleja las prioridades y conceptos que se maneja por parte del personal del MSP al momento de atender casos de embarazo adolescente en sus distintas realidades.

"1.2.1 Dar pautas para la organización, programación y coordinación de las actividades de atención en los tres niveles: primario, secundario y terciario. 1.2.2 Formar y capacitar un equipo de salud multidisciplinario para trabajar en los tres niveles de atención. 1.2.3 Efectuar la clasificación del embarazo según el nivel de riesgo."<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Normas de atención integral a la embarazada adolescente. (Documento preliminar)

Puede apreciarse que la detección de situaciones de riesgo aparece entre los objetivos de muchos de los documentos, porque se vincula a un aspecto central que es la prevención, en todos estos proyectos y programas lo que se busca fundamentalmente es prevenir, no se espera que la paciente llegue a controlarse el embarazo, sino que se intenta llegar antes a sus comunidades a informarlas.

Reafirmando el párrafo anterior, este texto muestra la tendencia antes especificada:

### "2.3. Factores de riesgo de la embarazada adolescente.

Se entiende como factores de riesgo todos aquellos elementos que inciden negativamente en el nivel de salud, bienestar y desarrollo de la adolescente. Las variables de riesgo pueden ser de índole orgánico, como por ejemplo patologías personales y familiares de la adolescente o referidos a la esfera psico-social: muy bajo nivel socio-económico, situación de abandono, abuso sexual, etc. La determinación de estas variables conduce a diagnosticar el embarazo de Alto Riesgo que se define como aquella gestación en la cual debido a diferentes causas hay más posibilidades de morbi-mortalidad, tanto de la madre, el feto o neonato, que para el resto de la población embarazada de la misma edad."<sup>29</sup>

Las tecnologías sanitarias mutan de tal forma que el encuentro con el paciente se produce antes de la manifestación de la dolencia física. Este proceso se ha "naturalizado" a tal punto que es incorporado sin resistencias en las declaraciones oficiales.

---

<sup>29</sup> Normas de atención integral a la embarazada adolescente. (Documento preliminar)

## **Conclusiones.**

El “Embarazo Adolescente” es definido más allá de lo estrictamente físico. Su definición está dada por las prioridades sanitarias y económicas que se asumen.

### **(1) Explicitación de la problematización.**

Una primera observación general que se hizo durante la lectura del material documental es que en ninguno de los textos se explicita por qué es un problema el embarazo adolescente. Es decir, se problematiza desde el punto de vista del riesgo de morbi- mortalidad del binomio madre- hijo en casos de no- control durante el embarazo, y también se habla de consecuencias psico- sociales para la adolescente.

En el primer caso, el tema se solucionaría simplemente con políticas de control prenatal, teniendo en cuenta que la tasa de mortalidad referida al parto y puerperio en nuestro país es mínima.

En el segundo caso nunca se aclara qué significan las consecuencias psico- sociales. Evidentemente existe algo tan obvio en este problema que impide que sea racionalizado por los agentes involucrados. La pregunta que surge de inmediato es: ¿cuáles son esas imágenes de mujer, de adolescente, de maternidad tan obvias que no permiten aceptar el embarazo adolescente como un hecho que caracteriza a determinada población? Si el problema de la mortalidad infantil se previene con el control durante el embarazo ¿qué lugar ocupa la prevención de embarazos adolescentes? Evidentemente algunas apreciaciones relacionadas con las condiciones de vida, con las condiciones adecuadas de crecimiento y con la reproducción de la pobreza, son las que tienen un peso fundamental en el diseño de estas políticas.

Los aspectos ideológicos y culturales están presentes en todos los documentos como primer paso hacia la prevención. Es decir, los hábitos y costumbres que difieren de lo considerado como bueno para los agentes médico- sanitarios, son aspectos en los que se promueve la re- educación en el marco de los proyectos. Lo que se persigue es el desarrollo íntegro de la población según los cánones pautados por los agentes médico- sanitarios.

Es impactante cómo las técnicas y métodos utilizados para la educación y prevención han sido modificados sustancialmente, con la misma finalidad. Por ejemplo la reducción de la natalidad en sectores carenciados, hoy se realiza a través de un trabajo de "adoctrinamiento" en valores culturales "modernos", donde las relaciones sexuales funcionan de forma independiente a la reproducción. Esto se puede leer como un cambio en los sustratos ideológicos, que es acompañado por cambios en las tecnologías institucionales para llevarlos a cabo.

## **(2) Niveles de problematización (enfoques de género, socio- económico e institucional)**

La organización del texto en tres niveles de análisis se orientó contemplar los aspectos considerados centrales para comprender por qué las políticas se configuran de determinada manera y se ejecutan divulgando determinados valores y no otros.

El tema de género, siendo el nudo del análisis, jamás hubiera sido cabalmente comprendido sin los aportes de la mirada socio- económica, donde la articulación de la problematización del embarazo adolescente no se comprendería sino, en un marco de tendencias políticas a focalizarse en la reducción de la reproducción de la pobreza. Por otro lado, la importancia de la adecuación de las tecnologías institucionales como una necesidad planteada desde las filas del MSP para poder llevar a cabo los nuevos objetivos. Es decir, la necesidad de innovar los engranajes institucionales como herramientas para la acción de la propia institución.

## **(3) Políticas integrales. Necesidad de interdisciplinariedad.**

El concepto de política integral en los documentos es abordado desde el punto de vista del individuo como ser social, psíquico y biológico. Y dentro de esa línea argumentativa es que se justifica la necesidad de trabajar interdisciplinariamente. Esto se traduce en los programas, en grupos interdisciplinarios de atención a las usuarias del servicio que cubren los distintos aspectos según las necesidades diagnosticadas.

Sin embargo, no se plantea en ningún momento como parte de la integración desde el punto de vista social la inclusión de los varones como personas responsables y en igualdad de condiciones frente a las decisiones de su vida reproductiva.

Otro aspecto de la integridad que está ausente en los planteos es la complementariedad del trabajo con otras instituciones que cubran otros aspectos tales como educación, vías de inserción laboral, etc. para generar aunque sea minimamente, alternativas de realización.

#### **(4) La educación y difusión como funciones sanitarias**

Los programas "de nueva generación" que se han lanzado, trabajan con promotoras barriales que ya han participado en los talleres. Cabe señalar que si bien no se tiene muy claro la respuesta que han tenido, es una particularidad que no debe ser ignorada. El grado de compromiso exigido a los usuarios del servicio transforma profundamente las estructuras de relación tradicional médico-paciente. Si a esto se le agrega la acción interdisciplinaria, no hay duda que las nuevas relaciones en el campo sanitario son el principio de grandes cambios en la estructura social y educativa, puesto que las funciones institucionales clásicas y fuertemente separadas, presentan una marcada tendencia a mutar y dar origen a un nuevo sistema educativo y sanitario con características propias. Desde el lugar donde se realizaba la consulta médica hasta las modalidades y personas que intervienen en la misma se han modificado.

La salud reproductiva, es relacionada directamente con el hecho de poseer suficientes conocimientos. El embarazo como objeto de políticas sanitarias depende de la edad de la paciente y de su situación socio-económica. Parece inferirse que la premisa en la que se basan estas políticas es que: el nivel de información de la embarazada determina su condición de estar "sana". Desde este punto de vista, la edad influirá significativamente en la respuesta, porque el embarazo no planificado parece ser "enfermedad" a algunas edades y un simple error sin mayores problemas a otras.

A partir de estas bases se edifica la modalidad de intervención y los cambios relativo a la interdisciplinaria anteriormente expuesta.

#### **(5) Relación entre la función atribuida a la mujer y el papel del varón.**

Como conclusión acerca de las funciones y responsabilidades que se le atribuyen al varón se puede afirmar que lo más significativo es la penetración de justificaciones de corte feminista en el discurso oficial. Esta influencia se da a distintos niveles, y con consecuencias distintas, pero es un

hecho que tal discurso no era oficial hace una década atrás. Este nuevo discurso no deja de reproducir el rol de mujer responsable y varón excluido, simplemente cambia la forma de hacerlo.

Los planificadores de estos proyectos tienen claro la diferencia de valores y circunstancias que pesan en los casos de las pacientes del CHPR al momento de decidir tener o no un hijo, sin embargo es bien sabido que el padre de la criatura comparte los valores de la joven, y si ella cambia algunos de sus puntos de vista y criterios para tomar una decisión, la tensión que se producirá al volver a su ambiente, su hogar, su comunidad, puede llegar a tener consecuencias negativas que seguramente aún no se han manifestado por la novedad de estas políticas.

A modo de hipótesis se podría señalar que si se cambian determinados valores culturales, y se enriquece a las jóvenes con determinada información y esa misma información no llega a la población masculina y a las familias, de esos sectores sociales, seguramente se va a producir una frustración en las adolescentes. Pues, cuando llegan a sus casas e intentan transmitir la información recibida acerca de métodos anticonceptivos no encuentran interlocutores y seguramente vuelvan al circuito de supervivencia anterior. Aún en el caso de las mujeres que están solas este problema es relevante, ya que la adopción de las nuevas pautas de comportamiento deberá ponerse en práctica en experiencias posteriores.

En las sociedades actuales se prioriza la función social de la mujer de ingresar al mercado laboral realizando tareas remuneradas de igual manera que los hombres. Para lograr este objetivo se debe estar capacitado y estar dispuesto a dedicar el tiempo requerido para acceder a un mercado cada vez más exigente. Estas afirmaciones son ciertas si pensamos en una población con un piso mínimo de conocimientos adquiridos a lo largo de su relación con un número estable de instituciones sociales durante un tiempo prolongado como son la familia, la escuela, el liceo o grupos informales como son los amigos del barrio, etc. En el caso de las adolescentes embarazadas que ingresan a los centros de asistencia públicos el proceso no se completa; en el mejor de los casos los estudios realizados no son una vía válida para una inserción acorde en el mercado laboral. La otra alternativa es que ni siquiera tuvieron tiempo para "perder" en la escuela cuando lo que necesitaban era comer o cuidar a sus hermanos menores.



## Síntesis

Finalmente, desde una perspectiva general de análisis, se puede formular la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las alternativas de auto- realización propuestas en los programas de salud reproductiva para adolescentes?. Es decir, si la salud reproductiva no es meramente la ausencia de enfermedad o dolencias en el aparato reproductivo, sino que implica un bienestar general, físico mental y social, y capacidad de decidir número y espaciamiento de los hijos, entonces, es relevante la forma en que se lleva a cabo ese proceso. En los documentos, no queda claro en la medida que no se explicita qué bienestar físico y mental es el que se persigue, ni se aclara qué es gozar de una vida sexual satisfactoria y cómo se relaciona esto con el hecho de no tener hijos o tener pocos y más tardíamente.

Como se hacía referencia en la introducción, la adolescencia no es un término universal ni temporal, ni espacialmente hablando. Por este motivo puede ser engañoso hablar de adolescencia en un medio donde las relaciones básicas del niño están distorsionadas, es decir, los vínculos afectivos que la institución de la familia provee muchas veces no existen y la escuela es un lugar de mero pasaje pero no un lugar de contención y referencia como se espera que sea. Por este motivo es que es necesario ser muy cuidadoso en el análisis, ya que el contexto es determinante para comprender los hechos.

Estas apreciaciones pretenden introducir en el debate el uso de los conceptos y la peligrosidad de las generalizaciones. En el Uruguay de las "cercanías" no se debe dejar de ver las diferencias al interior de la población. Además cuando se habla de cercanías se habla de una norma de comportamiento, pero cuando se hace referencia al embarazo adolescente siempre se habla de márgenes.

Con la palabra márgenes no se está diciendo minoría en términos cuantitativos. Lo marginal aquí se define cualitativamente, pues el embarazo adolescente se refiere en el caso de los sectores carenciados, a situaciones de extrema pobreza, con necesidades básicas insatisfechas y valores culturales que responden a la lógica de supervivencia que exige el lugar en el que se encuentran y que no representa la minoría de la población, ni mucho menos. En el caso de embarazo adolescente en sectores medios y altos, socio- económicamente hablando, el parto representa cuantitativamente a

una población marginal (3 o 4 % del total de partos en el mutualismo) y por ese mismo motivo es el caso a emular. En el caso de embarazos reales es imposible sacar conclusiones porque no existen estadísticas en nuestro país, sin embargo se podría afirmar que el aborto puede concebirse como una negación de la maternidad a edades tempranas, y esto posiblemente sea lo más habitual en estos sectores donde la adolescencia es un largo período de la vida y determinante para la futura inserción laboral de la joven.

Volviendo al tema de la problematización que se hace del embarazo adolescente en sectores carenciados, es importante destacar el primer inconveniente, es decir, el no cuestionamiento de por qué es un problema social y por ende la no justificación de la problematización que se hace. Esta deficiencia argumentativa se sustenta en valores dominantes tácitos. El problema para los técnicos no pasa por las relaciones sexuales precoces exclusivamente, como amenaza a la tradición de la virginidad hasta el matrimonio o el valor reproductivo de las relaciones sexuales o la valorización del placer como objeto en sí mismo. Pasa por una sobre-valoración de la capacitación para el trabajo en esa etapa de la vida.

Es significativo que la forma de llevar a cabo el cambio no sea explicitada en ninguno de los materiales, lo que deja serias dudas acerca de la viabilidad de los programas en la medida que se plantea la postergación de la maternidad como forma de poder estudiar y trabajar, opciones que en definitiva muchas veces no son alternativas reales para una población con las características de las usuarias del servicio en estudio. Es decir, tal vez los programas se lleven a cabo, pero la auto sustentación posterior de las pautas supuestamente incorporadas es dudosa.

## Bibliografía.

- Aguilar Villanueva, Luis.- "Estudio introductorio", en Aguilar Villanueva, Luis (comp.) "Problemas Públicos y Agenda de Gobierno", México, Miguel Ángel Porrúa, 1993.
- Alonso, Daniel y otros- "Políticas de salud dirigidas a la población en situación de pobreza" Montevideo, Ed FESUR, 1993.
- Arias, D y Climent, G. I - "La crisis social y familiar en la decisión de tener un hijo" in "Ciencias sociales y medicina" Kornbit, Analía (Compiladora)
- Barrán, J. P. - "Historia de la sensibilidad en el Uruguay", Tomo 2 El disciplinamiento. Montevideo, Ed. Banda Oriental, 1990
- Battin, M. P. - "A better way of approaching adolescent pregnancy", en revista "Social Science and medicine", vol 41, number 9, 1995.
- Birch, Herbert. G y Gussow, Joan D.- "Niños en desventaja" Argentina, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1972.
- Blanchet, Alain et al.- "Técnicas de investigación en ciencias sociales". Madrid, Ed. Narcea, 1989.
- Buchelli, Marisa y otros. - "Búsqueda de un diseño alternativo en los estudios de pobreza". Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la Republica, 1995.
- Cahill, Michael. - "The new social policy" Oxford, Blackwell publishers, 1994.
- Centro Latinoamericano de Demografía. - "Mujer y fecundidad en Uruguay". Montevideo, Ed. Trilce, 1994.
- Duby, G y Perrot, M (compiladores) - "Historia de mujeres" El siglo XX. La nueva mujer. Ed. Taurus, 1993
- Echeveste, L y Mitjavila, M. -"La medicalización de la reproducción humana" Serie investigaciones N° 64. Montevideo, ClaeH, 1992.
- Echeveste, L y Mitjavila, M.- "Sobre a construação social do discurso médico em torno a maternidade", cap. 9, in "Alternativas Escassas" Amado, Tina y Oliveira Costa, Albertina de (comp) San Pablo, Ed. Editora 34, 1994
- Figueira, Carlos. - "Sobre revoluciones ocultas: La familia en el Uruguay", Montevideo, CEPAL 1996
- Galtung, Johan.- "Teoría y métodos de la investigación social" Tomo I. Buenos Aires, ED. Universitaria de Buenos Aires, 1966.

- Giddens, Anthony - "Consecuencias de la modernidad". Ed. Alianza, 1994
- Gomensoro, Arnaldo y otros.- "La nueva condición del varón", Montevideo, Ed Fin de Siglo, 1995,
- Instituto de la mujer y de la familia, MEC.- "Uruguay Adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza". Montevideo, Ed Trilce. 1995,
- Moscovici, Serge.- "Psicología Social, I". Caps 4; Conformidad simulada y conversión y 7; Las decisiones en grupo. Barcelona, Ed. Paidós, 1985.
- Palma Manriquez, Irma y Quilodran Le- Bert, Cecilia.- "Respuestas a gravidez entre adolescentes chilenas de estratos populares" Cap. 1, in "Alternativas Escasas" Amado, Tina y Oliveira Costa, Albertina de (comp) San Pablo, Ed. Editora 34. 1994
- Porzecanski, Teresa - "Medicalización y mitologías: los destinos del cuerpo físico y social" en "La medicalización de la sociedad" (sin más datos)
- Ramos, Silvina- "Maternidad en Buenos Aires, una experiencia popular". Estudios CEDES
- Stahl, Karin.- "Política social en América Latina. La privatización de la crisis", en Nueva Sociedad, Nº 131, Caracas, mayo-junio, 1994.
- Tamayo Sáez, Manuel.- "El análisis de las políticas públicas", en Bañón, Rafael y Carrillo, Ernesto (comps) "La nueva administración pública", Madrid, Alianza Universidad, 1997
- Varela Petito, Carmen - "Implicaciones de las políticas de población y salud en el embarazo adolescente en el Uruguay". Documento de trabajo Nº 38. Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales. Udelar, 1997