

La mirada de los profesionales de la salud: desafíos en el abordaje del embarazo en la adolescencia en contextos interétnicos.

Barandela, Ana Clara.

Cita:

Barandela, Ana Clara (2024). *La mirada de los profesionales de la salud: desafíos en el abordaje del embarazo en la adolescencia en contextos interétnicos*. IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina. Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas, Salta.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ana.clara.barandela/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p3RW/QRN>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas

IV Jornadas de la Red
de Antropología y Salud de Argentina

Compiladoras
Ana Pérez Declercq, María Eugenia Suárez

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA

**Antropologías y Salud:
Diálogos posibles entre la investigación,
la formación y las políticas públicas**

COMITÉ ACADÉMICO

Dr. Eduardo Menéndez

CIESAS, México

Dra. Valeria Alonso

INE – ANLIS- UNMdP

Dra. Catalina Buliubasich

ICSOH - CONICET - UNSa

Dra. Ana Domínguez Mon

IIDYPCA, UNRN

Dra. Raquel Drovetta

CONICET- UNVM

Dra. María Epele

FSOC, UBA - CONICET

Dra. Mabel Grimberg

ICA, FFyL, UBA - CONICET

Dra. Silvia Hirsch

EIDAES/UNSAM

Dra. Mariana Lorenzetti

IESyH, UNaM-CONICET

Dr. Diego Marco

IPE-CONICET - UNSa

Dra. Susana Margulies

ICA, FFyL-UBA

Lic. Morey María Eugenia

ICA, FFyL-UBA

Dra. Susana Ortale

FaHCE, UNLP - CIC/PBA

Dra. María Laura Recoder

ICA, FFyL-UBA

Dra. Alejandra Roca

ICA, FFyL, UBA-IDEPI - UNPAZ

Dra. María Emilia Sabatella

IIDYPCA, UNRN- CONICET

Dr. Marcelo Sarlingo

FSOC, UNICEN

Dr. Matías Stival

CEAS - UNR

Dra. Anahí Sy

DESACO, IJDH, UNLa - CONICET

Lic. Marcela Valdata

CEAPROS FHya - UNR

Dra. Andrea Villagran

ICSOH - CONICET - UNSa

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Florencia Arri

Repsicom

Lic. Eugenia Belmont

UNSa

Lic. Ailin Cardozo

UNSa - HPMI

Dra. María Eugenia Flores

ICSOH CONICET- UNSa

Dra. Ana Pérez Declercq

OVcM – UNSa

Lic. Adriana Rodríguez

RIAPS

Mg. Sandra Rodríguez Echazú

Museo de Antropología - UNSa

Dra. Cristina Serapio

ICSOH CONICET- UNSa

Mg. María Eugenia Suárez

ICSOH - CONICET - UNSa

IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina

**Antropologías y Salud:
Diálogos posibles entre la investigación,
la formación y las políticas públicas**

Compiladoras

Ana Pérez Declercq, María Eugenia Suárez

redASA
RED DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD DE ARGENTINA



Pérez Declercq, Ana

Antropologías y Salud: Diálogos posibles entre la investigación, la formación y las políticas públicas: Actas de la IV Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina / Ana Pérez Declercq; María Eugenia Suárez; Compilación de Ana Pérez Declercq; María Eugenia Suárez. - 1a ed. - Salta: Ana Pérez Declercq, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-00-9423-6

1. Antropología Social. 2. Salud. 3. Políticas Públicas. I. Suárez, María Eugenia. II. Pérez Declercq, Ana, comp. III. Suárez, María Eugenia, comp. IV. Título.

CDD 301



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Los contenidos de este libro de actas son responsabilidad única y exclusiva de los autores firmantes de cada texto en particular.

ÍNDICE

Presentación.....	13
Paneles centrales y conversatorios.....	17

GRUPO DE TRABAJO

TERRITORIALIDAD, SALUD Y FORMACIÓN PROFESIONAL EN CONTEXTOS PLURICULTURALES, PLURILINGÜES Y DE DESIGUALDAD: DILEMAS, EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS

La etnobotánica aplicada a la promoción de la salud intercultural en el servicio de APS de Jujuy, desde espacios colectivos de investigación participativa y extensión universitaria	27
<i>Adolfo Calvo Redondo, Vilma Roxana Guzmán</i>	

GRUPO DE TRABAJO

LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y MIGRANTES: ACCESO, PRÁCTICAS DE CUIDADO E INTERCULTURALIDAD

Cuidados y diversidad sociocultural en el Barrio Villa Luján, Pte. Derqui, Pcia. Buenos Aires	39
<i>Paola Diarte, Mercedes Toscana, Paula V. Estrella y Daniela Mendoza</i>	
Síndromes culturales en la isla de Chiloé reverberaciones sobre nuestros quehaceres en el campo del psicoanálisis	51
<i>Ana Graciela Holand</i>	

GRUPO DE TRABAJO

DEBATES SOBRE GÉNEROS Y SEXUALIDADES EN LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Conocimientos expertos psi e identidades trans: relatos de profesionales a partir de la ley de identidad de género en Argentina ...	67
<i>Romina Del Mónaco</i>	

GRUPO DE TRABAJO
DILEMAS Y TENSIONES EN EL ABORDAJE DE LA DIVERSIDAD Y
LAS DESIGUALDADES EN EL CUIDADO Y EL ACCESO A LA SALUD.
PASADO Y PRESENTE

Abordaje Sindémico del Cuidado de la Salud en Enfermería en
Salta: Diversidad y Desigualdades en el Cuidado y Acceso a la Salud .. 81
Laura P. Sánchez, Felipe Lescano, Laura M. Oroscio, Martín H. Justo Ricci,
María del Carmen Medina, Sergio Flores Aguirre, Bernardo
Daniel Taverna

GRUPO DE TRABAJO
PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS EN
ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

Salud, género y cannabis: explorando las estrategias de mujeres
cannabicultoras en Argentina frente a la regulación estatal 89
Raquel Irene Drovetta

Som ao redor: Entrevistas, gravações, audições e metodologia 103
Soraya Fleischer

GRUPO DE TRABAJO
ALIMENTACIÓN, INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y MALNUTRICIÓN:
DE CÓMO LAS CRISIS Y DESIGUALDADES IMPACTAN EN LOS
CUERPOS Y EN LA SALUD

Consumo alimentario y seguridad hídrica en una comunidad
originaria del norte de Argentina 115
Sofía I. Olmedo

La alimentación de las mujeres qom con Artritis Reumatoidea
(AR) en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina 129
Marcela Valdata, Rosana Quintana, Gabriela Giribaldi, Ma. de Lourdes
Guggia, Cecilia Camacho, Milagros Caamaño, Evelyn Oviedo, Rocío
Paoloni

Escorbuto por falta de acceso a los alimentos. Reporte de un caso
paradigmático en la zona sur de la ciudad autónoma de Buenos
Aires. Seguimiento a largo plazo de los obstáculos y estrategias
para ejercer el derecho a la alimentación..... 143
Cristal Bury, Natalia Correa, Mariana Higa Kambara, Adriana Vacca,
Dina Villalva

Las mujeres y el derecho humano a la alimentación: Desde la producción hortícola hasta la olla.....	155
<i>Noelia Vera, Yasmín Dávalos</i>	

GRUPO DE TRABAJO

PROBLEMAS Y ESTRATEGIAS COLECTIVAS DE SALUD EN LOS TERRITORIOS RURALES. APROXIMACIONES CRÍTICAS DESDE LA ANTROPOLOGÍA Y GÉNERO

Relato y Experiencia de campo: Cuando la problemática del género no es una problemática	169
<i>Julia Arregui</i>	

La mirada de los profesionales de la salud: desafíos en el abordaje del embarazo en la adolescencia en contextos interétnicos	177
<i>Ana Barandela</i>	

Cartografías de género y salud en los territorios rurales del sudeste bonaerense	189
<i>Valeria Alonso</i>	

GRUPO DE TRABAJO

SALUD Y TERRITORIO: LA PRODUCCIÓN DE CUIDADOS SITUADOS

Grupo de vivienda y hábitat de La boca: sin derecho a la vivienda no hay derecho a la salud.....	203
<i>Adriana Armanini, Carolina Sticotti, Cecilia Quattrucci, Georgina Carluccio, Natalia Correa, María Paula Sabato</i>	

Tensiones en el trabajo territorial en el primer nivel de atención en el Barrio de La Boca	213
<i>Adriana Armanini, Georgina Carluccio, Patricia Coronel, Natalia Correa, Nora Giuliodibari</i>	

Cuando nos juntamos... pasan cosas. Desafíos del trabajo de una red comunitaria de distribución de preservativos, anticonceptivos de emergencia y test de embarazo	227
<i>Virginia Isola, Verónica Lanzette, Nancy Otsubo</i>	

GRUPO DE TRABAJO
NIÑXS Y ADOLESCENTES EN LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN
DE SALUD Y CUIDADOS

La violencia sexual contra niñeces y adolescencias: del fenómeno
social al abordaje terapéutico en un hospital público 241
Julián Ismael Asiner

Niñeces y Cuidados: Tensiones y Políticas en la Provincia de Salta.... 257
Carla Cabrera, Alejandra Delgado, Eliana Heredia, Eugenia Belmont,
Oriana Roldán, Sofía Ríos

Lógicas de la producción del cuidado y vínculos entre varones
jóvenes y servicios de atención primaria de la salud 273
Luciana Fulladoza

La mirada de los profesionales de la salud: desafíos en el abordaje del embarazo en la adolescencia en contextos interétnicos

Ana Barandela*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca reparar en las representaciones sociales movilizadas por profesionales de la salud relacionados a dispositivos que abordan el embarazo en la adolescencia en un hospital del Departamento General Güemes de la provincia de Chaco. Entendemos que es a través de las configuraciones de sentido desplegadas sobre los ‘derechos sexuales y reproductivos’ y sobre las características de las poblaciones indígenas qom y wichí con quienes trabajan, los profesionales orientan las prácticas institucionales desplegadas.

En el plano de las políticas públicas, actualmente en Argentina el embarazo en la adolescencia es abordado fundamentalmente a través del Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), dependiente de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El mismo se implementa desde el año 2018 de manera focalizada en 35 departamentos de 12 provincias seleccionadas, alcanzando a más de 150.000 adolescentes menores de 20 años por alguno de los dispositivos del Plan (Informe Trimestral de Monitoreo Plan ENIA, 2023). La no intencionalidad de un embarazo

* Instituto de Ciencias Antropológicas - Facultad de Filosofía y Letras – Universidad de Buenos Aires (ICA – FFyL – UBA)

queda comprendida por la falla, rotura o no utilización de métodos anticonceptivos (MAC) y también por las situaciones de abuso y violencia sexual.

Los objetivos que fundamentan la intervención del Plan buscan ‘potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos’ a través de brindar información sobre salud sexual, acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria (IVE) o legal del embarazo (ILE), así como mediante la prevención de la violencia sexual y los embarazos forzados. La propuesta para su cumplimentación está estructurada en cuatro dispositivos. Los tres primeros buscan sensibilizar sobre la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia, fortalecer contenidos pedagógicos y facilitar el acceso a los centros de salud a través de consejerías en salud sexual integral.

El cuarto dispositivo está inserto propiamente en el sistema de salud. Sus líneas de acción prevén, por un lado, proveer capacitaciones al personal de salud, y por el otro, la creación de las consejerías. Se espera que estas últimas estén compuestas por equipos interdisciplinarios (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, médicos/as y/o obstetras/as) que puedan ejercer una escucha atenta de los/as adolescentes y brindar asesoramiento para la toma de decisiones informadas. En base a los consensos arribados en las consejerías se lleva delante la entrega y/o colocación de métodos anticonceptivos (con énfasis en los métodos de larga duración, como el implante subdérmico o el DIU-Dispositivo Intrauterino, dependiendo de la edad de la persona) y/o el acceso a la interrupción voluntaria o legal del embarazo.

Uno de los desafíos con que se encuentran las políticas públicas que abordan la niñez y la adolescencia es la enorme variabilidad de experiencias y formas de transitar estos períodos vitales a lo largo del territorio nacional. M. Colángelo (2003) señala a la diversidad cultural, la desigualdad social y las relaciones de género como las principales dimensiones en que reparar para adentrarse en la complejidad de configuraciones que hacen a sus distintas cotidianidades. En este sentido, los trabajadores de las instituciones – en tanto ‘últimos eslabones’ en el nexo entre las políticas y niños, niñas y adolescentes – suelen advertir estas variaciones en términos de limitaciones y complejidades que emergen en su quehacer profesional.

Por otro lado, las categorías de edad han tenido diferentes significados a lo largo de la historia y en diversas sociedades, evidenciando su carácter social que va más allá de simples divisiones basadas en indicadores biológicos de madurez. Sin embargo, en Occidente, desde la mitad del siglo XX, las categorías de niñez y adolescencia adquieren un significado legal uniformado que promueve la homogeneización de aspectos de la experiencia infantil y juvenil a través del concepto de

derechos. Estas categorías sirven como base para la creación de tratados jurídicos internacionales y legislaciones nacionales que establecen conjuntos de derechos específicos, así como directrices sobre lo que se considera apropiado o no para cada grupo etario. Por ejemplo, y para el caso que nos convoca, existe un amplio consenso social alrededor de la idea de que la maternidad en la infancia o en la adolescencia es una posibilidad que hay que desalentar y prevenir en tanto vulnera los derechos, oportunidades de desarrollo y la integridad físico-psíquica de los niños, niñas y adolescentes.

En esta línea, los resultados de los cinco primeros años de vigencia del Plan ENIA son generalmente celebrados por contribuir decisivamente al descenso de la cantidad de embarazos tempranos hasta en un 50%, reconociéndolo así como un ejemplo de política pública para América Latina y el Caribe (Clarín, 16/04/24; Infobae, 18/08/24). Diferentes sectores relacionados a ideas más ‘progresistas’ del arco político nacional comulgan con la perspectiva de género y el enfoque en derechos con que se fundamenta el Plan. La promoción de la autonomía en los/as adolescentes sobre la propia sexualidad, mediante la toma de decisiones informadas y con los recursos necesarios a disposición, es uno de los aspectos destacados en este sentido. La vinculación de las maternidades tempranas con la deserción escolar, con una futura inserción en peores condiciones al mercado de trabajo y con la reducción de horizontes de desarrollo personal posibles es otro de los argumentos principales que ven en la disminución del embarazo adolescente una forma de menguar la desigualdad social.

Sin embargo, también existen voces disonantes sobre lo que es apropiado o no en relación a la sexualidad de los/as más jóvenes y que denuncian a los programas que abordan la temática como una forma de inculcar la ‘ideología de género’ en la niñez y adolescencia. Puntualmente han señalado que el Plan ENIA promueve una iniciación sexual precoz, el aumento indiscriminado de las prácticas abortivas, la hormonización para la transición de género (La Nación, 04/09/24) y hasta una estrategia internacional para el despoblamiento (Infobae, 17/08/24). El supuesto en que se basan estas aseveraciones tiene que ver con el rechazo a la capacidad de autonomía progresiva de los/as jóvenes para la toma de decisiones sobre su propia corporalidad, enfatizando que el programa opera ‘a espaldas’ y ‘sin consentimiento’ de los padres.

LOS ‘DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS’: POR UNA SEXUALIDAD ‘SALUDABLE Y SEGURA’

No obstante estos posibles reveses en las arenas políticas nacionales, S. Carrara (2015) señala que asistimos en el mundo Occidental a una transformación mucho más amplia en relación a las características

del dispositivo de sexualidad. Es decir, sobre cómo se concibe la sexualidad de las personas, con qué lenguaje se habla de ella, qué moralidades trae aparejadas y qué tipo de políticas públicas proliferan para abordarla. El autor intuye un movimiento, no sin fisuras, desde un antiguo régimen de sexualidad basado en la reproducción biológica dentro de la pareja heteropatriarcal - como única manera realmente prescrita de ejercer la sexualidad - hacia un nuevo régimen iniciado con el movimiento de liberación sexual de los '60s y asentado en el siglo XXI bajo la consigna de las luchas por los 'derechos sexuales y reproductivos'. Pasan a integrar en la sexualidad prescrita - o 'sexo bueno' (G. Rubin, 1989) - todas aquellas prácticas que se realicen con libre consentimiento y que no impliquen un riesgo para la salud de las personas involucradas. Enmarcada así dentro de los derechos humanos, la sexualidad se desprende de la lógica de las obligaciones conyugales para volverse una dimensión de la identidad de los sujetos y asentarse en '(...) la búsqueda de la realización personal, la felicidad, la salud o el bienestar' (Carrara, 2015:330).

En el plano de las intervenciones políticas, desde el siglo XIX la sexualidad aparecía como preocupación estatal en tanto de la reproducción poblacional derivaban las características biológicas y morales de la familia, la raza y la nación. Actualmente, en las políticas públicas promovidas por las agendas de organismos internacionales, y reelaboradas en los niveles nacionales, las intervenciones sobre la sexualidad se justifican mediante la protección y promoción de la salud física y mental de los individuos. Lo cual implica fundamentalmente educar a los sujetos en el ejercicio responsable de su propia sexualidad, ya sea mediante la prevención de enfermedades transmisibles, el uso de métodos anticonceptivos o sobre la importancia de construir vínculos interpersonales 'sanos' - libres de violencia y coerción -. Ya no tanto pensada como un instinto o una necesidad fisiológica, se apuesta a fomentar la autonomía sexual de los sujetos para que gobiernen esa dimensión de sí mismos de la manera que mejor se articule con sus intereses y deseos.

La centralidad del consentimiento como indicador de sexualidad aceptable trae aparejada una mayor sensibilidad hacia las desigualdades de poder interpersonales, en tanto minan la capacidad de autonomía de los sujetos para decidir si participar o no de determinados encuentros. Siguiendo a C. Sarti (2008), desde la década de 1980', los movimientos por los derechos de las mujeres visibilizaron así la vinculación de la sexualidad con la violencia, resaltando las consecuencias corporales y psíquicas a largo plazo que traen las situaciones de violación y abuso. Las mujeres y las niñas - seguidamente ampliado a los niños, adolescentes y personas homosexuales - empiezan a ser

pensados como sujetos vulnerables en el campo de la sexualidad. En el sentido de que, por distintas circunstancias, no consintieron las prácticas en que se vieron envueltos o bien su consentimiento puede ponerse en duda por ocupar un lugar subalterno en las estructuras de poder – a comparación de un hombre, adulto y heterosexual que tendría mayores posibilidades de imponer su propia voluntad -.

Los profesionales de la salud toman su lugar en la intervención sobre la violencia y el abuso, prestando atención a estos perfiles epidemiológicamente susceptibles y con la responsabilidad de interponer una denuncia legal si se trata de menores de edad. En este sentido, la perspectiva de género marcó significativamente la atención a la violencia en el campo de la salud, efectivizándose su abordaje a través de los dispositivos de salud sexual y reproductiva (Sarti, 2008). Enmarcada entre lo jurídico y lo sanitario, la sexualidad empieza a ser mapeada como una zona problemática de derechos que es sumamente permeable a las violencias y en donde ciertos sujetos aparecen como sus víctimas rutinarias.

‘ESE ES NUESTRO MÁXIMO PROBLEMA, LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES NO CONTROLADOS’

Seguidamente, reconstruimos una serie de representaciones sociales movilizadas por profesionales de la salud relacionados a la implementación del Plan ENIA en el Departamento de General Güemes de la provincia de Chaco. Las mismas están atravesadas por las construcciones de sentido repasadas, que emplazan a la sexualidad en el campo de los derechos, apareciendo la promoción de la autonomía de las niñas y adolescentes como el horizonte de sus intervenciones. Las personas entrevistadas desenvuelven sus prácticas laborales en el marco de una de las instituciones hospitalarias de mayor complejidad del Departamento, la cual recibe pacientes indígenas derivados de múltiples localidades rurales. Una de las representaciones que tienen en común es pensar la llegada al hospital de las jóvenes qom y wichí como ‘los casos más complejos’. Nominadas como ‘las pacientes de la etnia’ o ‘las pacientes del norte’, las perciben como expuestas más frecuentemente a situaciones de violencia y desigualdad, siendo los marcadores étnicos y las tradiciones de sus comunidades uno de los elementos que ‘complejizan’ sus casos.

Entendemos que las representaciones sociales son formas de pensamiento elaboradas y compartidas, hasta cierto grado, por un grupo social. A través de ellas los sujetos interpretan y se apropian de la realidad, a la vez que la construyen activamente en tanto orientan sus acciones mediante estas (Piñero Ramírez, 2008). Si bien están en relación con la experiencia empírica y cotidiana, no son un mero reflejo

conceptual de 'lo real' sino que están socialmente construidas. Los contextos de producción históricos, políticos e institucionales en que tienen lugar van aportando y transformando los significados asociados a problemáticas, situaciones o grupos sociales dinamizando las posibles formas de visualizarlos, clasificarlos, explicarlos y valorarlos. Asimismo, es mediante el conjunto de representaciones sociales que dan forma a lo 'indígena' en un contexto situacional dado que se trazan las fronteras entre un 'nosotros' y los 'otros'. En este sentido, identidad y alteridad guardan una relación conceptual refractaria y de límites cambiantes (Giordano, 2004), en donde las imágenes de unos emergen por medio de un juego de oposición a las características asignadas a los otros.

En primer lugar, el embarazo no intencional en la adolescencia y en la niñez aparece como el 'máximo problema' al que se enfrenta el servicio de ginecología y obstetricia del hospital. Lejos de ser un indicador que fue disminuyendo en los últimos años, perciben una frecuencia cada vez mayor de casos. La tardanza en su detección y la falta de estudios médicos de control son enunciados como las aristas principales que dificultan su abordaje. Del total de las mujeres embarazadas atendidas, ubican que alrededor de un 70% tiene 19 años o menos y que en su mayoría pertenecen a comunidades qom y wichi antes que a la población criolla local.

Entienden que un 'contacto tardío' con el sistema de salud es aquel que se produce pasadas las catorce semanas de gestación. Este límite tiene que ver la figura legal de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en donde se garantiza la intervención hasta esa fecha. Posteriormente, un embarazo puede interrumpirse quirúrgicamente solo si es producto de un abuso sexual y/o compromete la salud de la persona gestante, bajo la figura de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). El 'contacto tardío' deja un menor margen temporal a las pacientes para decidir si continuar o no con ese embarazo, y a los profesionales para disponer de los instrumentos institucionales necesarios que acompañen esa decisión o para concertar derivaciones a otros establecimientos en caso de no disponer de estos últimos.

Para darse una explicación del por qué las pacientes originarias acuden tan tardíamente al hospital, los profesionales encuentran, por un lado, que las distancias geográficas son bastante largas y que no existen generalmente transportes colectivos que hagan el recorrido. Por lo cual, antes que por iniciativa propia o de sus familiares, las niñas y adolescentes 'del norte' suelen llegar a través de derivaciones de los centros de salud de sus localidades cuando ya los embarazos están lo suficientemente avanzados como para que un agente sanitario pueda 'detectarlo'. Por otro lado, encuentran que existe en las

comunidades una inclinación a ‘ocultar embarazos’ – es decir, a no reportarlos – ya que culturalmente la iniciación en la vida sexual activa ocurriría antes que en la población criolla:

Hay mucha promiscuidad sexual en el norte. Dentro de lo que es nuestro ámbito legal muchos son considerados para nosotros abusos. Pero ahí interfiere lo que es la parte de las costumbres, la mayoría son de la etnia. Entonces ellos normalmente por costumbre cuando una chica tiene su menstruación ya se la considera una mujer fértil y bueno. Ahí vienen embarazadas sin control. Se ocultan los embarazos y entra toda una cadena judicial y problema sanitario, para el cual no tenemos abordaje (Servicio de Ginecología, 03-11-22).

Sin embargo, en la narrativa del médico obstetra los sentidos asociados a los particularismos culturales para explicar la diferencia quedan entrelazados con la sospecha de situaciones de abuso sexual. Si bien ambos sentidos aparecen, las interpretaciones relacionadas a la vulneración de derechos tienen un mayor peso antes que aquellas relacionadas a posturas más relativistas:

[Los embarazos] se ocultan por las costumbres, pero primero que nada son producto de un abuso de una persona mayor, un tío, un padre ¿sí? Alguien conocido de la madre, un familiar. No es su pareja. Porque hemos tenido chicas de 12 años que vinieron con sus parejas de 13 años y fue un embarazo y punto. Los dos venían y estaba consensuado todo. Pero son 1 de 20 casos (Servicio de Ginecología, 03-11-22).

En los momentos en que se discute la posibilidad de realizar una interrupción del embarazo, es cuando los profesionales visualizan más claramente a la religiosidad y a la cultura como obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Siendo una buena proporción de las niñas y adolescentes hablantes de lenguas originarias, tal interferencia queda condensada en la figura del intérprete como materialización de las ‘creencias’ culturales:

La mayoría de las comunidades están muy atravesadas por la religión y a veces traducen cosas que nosotras no estamos diciendo... nos hemos dado cuenta. Por ejemplo, tenés derecho a la interrupción... y por ahí del otro lado están diciendo ‘tenés que ser mamá...’ nos ha pasado (Área de Trabajo Social, 03-11-22).

Encima cuando hay traductor es hombre. Ahí yo veo en todas las entrevistas que hemos tenido que hay un sometimiento... suena feo pero patriarcal por así decirte... de un hombre hacia la mujer y muchas

veces no trasmite a nosotros qué es lo que realmente quiere. La mujer dice algo y el señor nos dice otra cosa (Servicio de Ginecología, 03-11-22).

Cabe resaltar que así como existen personas originarias en contra de las prácticas abortivas, también hay profesionales de la salud que mantienen la misma postura. Por ejemplo, al momento de realizar el trabajo de campo, en el hospital había únicamente un médico obstetra que no aludía a la figura legal de ‘objeción de conciencia’ y que garantizaba la interrupción. Este era otro factor que incidía en la necesidad de derivar a las pacientes a otros hospitales distintos, complejizando sus trayectorias institucionales. Asimismo, desde el Área de Trabajo Social encuentran que la decisión de maternar tiene una génesis más ‘comunitaria’, y relacionada a situaciones de desigualdad e injusticia social, antes que de las voluntades individuales de las adolescentes:

Hay, hay... hay una fuerte presión de la comunidad para continuar con el embarazo. En general cuando son adolescentes más grandes, hablamos de 15, 16, 17 años, prefieren continuar con el embarazo. Igual siempre se les cuenta sus derechos digamos. (...) Por ahí el Estado no le da otra vía, no le da para estudiar, para trabajar, para estar en el medio del monte ¿Qué van a hacer? (...) Las menores de 13, sabemos y tratamos de transmitir, de que no están preparadas para maternar. Por el propio cuerpo son embarazos riesgosos (Área de Trabajo Social, 03-11-22).

Como se desprende del extracto anterior, las modalidades de intervención de los equipos de salud suelen adquirir rumbos diferenciales en función de la edad legal de la paciente. Según el Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994/2014) las personas entran en la adolescencia a los 13 años y van adquiriendo autonomía progresiva conforme crecen. Siguiendo el texto de la ley, paulatinamente incorporan habilidades de comprensión y discernimiento de la realidad para poder tomar sus propias decisiones. Si bien la franja etaria entre los 13 y 15 años está considerada como ‘adolescencia temprana’, y en cuyo caso se propone un abordaje especializado de los embarazos, se entiende que las menores de 13 años son niñas atravesando embarazos forzados, haya o no haya habido consentimiento.

Como revisamos anteriormente, el consentimiento encuentra sus limitaciones en la noción de vulnerabilidad. Siguiendo a Varela y Trebisacce (2023), la vulnerabilidad ‘(...) al combinar una pretensión sociológica, una sensibilidad psicológica y la legitimidad de la lengua legal, se convierte en la (contra) figura en la que se proyectan

los temores y ansiedades en torno a los límites de un legítimo consentimiento sexual' (p. 25). En este sentido, los profesionales sopesan y combinan en sus narrativas dimensiones etarias, legales, culturales, económicas y de género para esclarecer la situación de vulnerabilidad particular de cada paciente, discernir las situaciones de abuso e (in) capacidad de consentimiento y orientar finalmente la dirección de las prácticas institucionales.

Del entrecruzamiento de los discursos por los 'derechos sexuales y reproductivos' y los 'derechos de los niños, niñas y adolescentes', se desprende que el embarazo y la maternidad no son prácticas adecuadas ni previstas para estos grupos etarios, a la vez que pone en primer plano la sospecha escenarios de abuso y violencia. Sin desmedro de esto último, en las representaciones sociales de los profesionales de la salud emerge cierta resignación o tolerancia alrededor de las adolescentes que deciden maternar, fruto de la sensibilización hacia la diversidad cultural y desigualdad social que atraviesan a las poblaciones con quienes trabajan. No obstante, ese relativismo sociocultural desplegado disminuye conforme decrece la edad de la persona gestante, encontrando un claro límite en la noción de niñez en donde ya no resta margen legal alguno de capacidad de consentir.

CONSIDERACIONES FINALES

El horizonte de sentidos que abre la perspectiva de género, la orientación de las políticas públicas vigentes y la cotidianidad de la institución en que se desenvuelven los profesionales, habilitan la visibilidad y 'prenden una alarma sobre' la vulneración de derechos de las niñas y adolescentes, la cual quizás en otra coyuntura histórica no hubiesen sido leídas de la misma manera ni con la misma preocupación. Frente a las situaciones de tensión o complejidad que en algunos casos reviste la dupla consentimiento-vulnerabilidad, recurren al lenguaje del derecho, a las legislaciones disponibles y a los condicionantes sociales de las pacientes para esclarecer los límites del relativismo en situaciones de desigualdad social.

En las problematizaciones sobre el embarazo desplegadas, se entrelazan construcciones de sentido globales en torno a los derechos sexuales y reproductivos con representaciones sociales sobre las poblaciones originarias. Las características y condiciones sociales que atraviesan a las mismas aparecen complejizando la emergencia de 'la autonomía' de las pacientes, por lo cual describen buena parte del objetivo de su quehacer profesional en dar un espacio para que las jóvenes estén en condiciones de decidir qué desean hacer. De todas formas, la falta de una intérprete designada específicamente para esa función, que no solo sea hablante de lengua originaria sino que

además tenga la sensibilidad adecuada y pueda generar un lazo de confianza con las niñas y adolescentes, aparece como el gran limitante del desenvolvimiento institucional.

En esta misma línea, a través de las narrativas de los profesionales se pueden entrever algunas de las complejidades de implementación de políticas públicas de alto alcance en los escenarios diversos en que las niñas y adolescencias tienen lugar. En este sentido, la identificación de las 'pacientes del norte' como la población que más reporta situaciones de embarazo no intencionado, puede estar relacionada con una llegada más tardía, desigual o socialmente inadecuada en el acceso a métodos anticonceptivos y a las consejerías de salud sexual. Asimismo, las distancias geográficas son un impedimento no menor para el seguimiento y sostenimiento de la atención de las poblaciones rurales, poniendo de relieve – más que en otros contextos - la necesidad de descentralización y acción articulada entre las distintas instituciones relacionadas con la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrara, S. (2015). Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 21 (2), 323-345.
- Colángelo, M. A. (2003). La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Mesa: Infancias y juventudes. Pedagogía y formación, Ministerio de Educación.
- Giordano, M. (2004). *Discurso e imagen sobre el indígena chaqueño*. Ediciones Al Margen.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social (2023). Informe Trimestral de Monitoreo Plan ENIA, julio-septiembre 2023. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/materiales-para-equipos-de-trabajo/monitoreo-y-evaluacion>
- Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Chaco y UNICEF (2023). Ruta de Acción. Atención de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/informes/ruta-de-accion>
- Piñero Ramírez, S. L. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de Investigación Educativa*, 7, 1-19.
- Rubin, G. (1989). Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. En: Carole Vance (ed.), *Pleasure and danger: toward a politics of sexuality* (267-319). Routledge.
- Sarti, C. (2009). Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1, 89-103.

- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2019). Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-enia-recorrido-logros-y-desafios>
- Varela, C. y Trebisacce, C. (2023). Entre la movilización feminista y la administración de la justicia: los contornos del consentimiento sexual en debate. *Pasado Abierto: Revista del CEHis*, 17, 10-34.