

2018

Reproducción social e intergeneracional de la maternidad adolescente y estrategias familiares de vida en el Centro de Salud n°2, Barrio Puerto de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, 2015

Arriola Di Scala, Marisol Carla

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/60>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Reproducción social e intergeneracional de la maternidad adolescente
y estrategias familiares de vida en el Centro de Salud n°2, Barrio
Puerto de la Ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, 2015

AUTORAS

Arriola Di Scala, Marisol Carla. Matrícula n° 10897/10
Mella, Camila. Matrícula n°11167/10

DIRECTORA

Lic. Paula Meschini

CO DIRECTORA:

Lic. Maria Luz Dahul

FECHA Y LUGAR DE REALIZACIÓN: Mar del Plata, Marzo 2018.



Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración de todas aquellas personas e instituciones que han formado parte del proceso de construcción de la presente Tesis.

A nuestra Directora Lic. Paula Meschini por guiarnos en el proceso de construcción de la presente investigación, asesorarnos y brindarnos contención para seguir adelante, transmitiéndonos confianza y seguridad.

A nuestra Co-Directora la Lic. María Luz Dahul, por alentarnos y brindarnos las herramientas necesarias durante todo este tiempo de elaboración.

A los Trabajadores Sociales y a los profesionales, tanto del Centro de Salud N°2 como del Programa de Responsabilidad Social Compartida “ENVION” del puerto de la ciudad de Mar del Plata, que nos han cedido su espacio, colaboración a fin de recabar la información y entrevistas necesarias para elaborar el trabajo final.

A nuestra supervisora Institucional, Lic. Anastasia Bonanno, trabajadora social del Centro de Salud N°2, por ofrecernos información, y acompañarnos en nuestra residencia de pre grado.

Quería agradecer a mi familia, todo el amor recibido y la paciencia eterna. Principalmente a mi mamá, el motor para que siempre siga para adelante, por confiar en mí y alegrarse con cada paso y logro, que también son de ella. Por ser la principal promotora de mi sueño y bancarse todos los estados de ánimo a lo largo de la carrera.

A mi hermana Azul por estar incondicionalmente conmigo, ser mi confidente y amiga en cada etapa de mi vida.

Agradecerle tanto a nuestra Directora de Tesis, Paula, por acompañarnos, guiarnos y brindarnos sus conocimientos en este largo recorrido de aprendizaje; y a nuestra Co directora, Luli, que siempre nos llenó de buenas energías y nos brindó todo su apoyo y aportes para que podamos concretar nuestro proyecto.

También a todos mis amigos y amigas, que siempre me bancaron y acompañaron en todo momento. Principalmente a mi compañera de tesis, Car, si no hubiera sido juntas no hubiera sido igual. Gracias por los eternos días de lecturas, correcciones, mates, almuerzos, risas, enojos y demás emociones que provocó este trabajo.

Cami

“Seamos realistas y hagamos lo imposible”. Ernesto “Che” Guevara.

Quiero agradecerle primero a mi mamá, por estar conmigo y acompañarme, por celebrar cada pequeño triunfo como si fuera el último y por haber intentado siempre darme lo mejor.

A mi novio, Facundo, quien me bancó en todas, me dio aliento y me hizo sentir que siempre podía más.

A Celia, Marcelo, Pili y Luz por estar y por siempre darme alegría.

A mis amigas y compañeras de la carrera, la facultad no hubiera sido lo mismo sin ustedes, no lo hubiera podido lograr.

Por último a quien escribió esta tesis conmigo, compartió la residencia, los días de estudios, de alegrías, de desilusión y esfuerzo, Camila: gracias, sin vos no hubiera sido posible.

“Seamos la pesadilla de quienes pretenden arrebatarnos los sueños”

Che Guevara

Car

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: Concepciones en torno a la reproducción social, las estrategias familiares de vida y las prácticas sociales.	13
Capítulo II: La maternidad adolescente y la reproducción social.	18
Capítulo III: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de las/los niñas/os.	23
Metodología de la sistematización	39
Capítulo A: Las estrategias familiares de vida implementadas por las mujeres madres adolescentes de 15 a 18 años de la zona puerto. Matices y ¿rupturas? en la reproducción intergeneracional de la pobreza.	48
Capítulo B: La singularidad de la maternidad después del primer hijo/hija en las mujeres madres adolescentes de sectores populares de la zona puerto.	54
Capítulo C: ¿Cómo es ser adolescente madre en los sectores populares? Una categoría que, desde las prácticas, no se condice con la legislación vigente.	60
REFLEXIONES FINALES	66
ANEXO I - GUIÓN DE ENTREVISTA	70
Bibliografía	71

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de tesis aporta a la problematización del proceso de reproducción intergeneracional de la pobreza, tomando a la maternidad adolescente como eje central del análisis y las prácticas sociales que de ella se desprenden. En este marco, el trabajo se estructura en torno a la interpelación de las relaciones existentes entre reproducción intergeneracional de la maternidad y reproducción intergeneracional de la pobreza, analizando, en función de ello, las estrategias familiares de vida y las prácticas sociales que implementan las mujeres madres adolescentes que concurren al Centro de Salud Municipal N° 2 de Mar del Plata.

Se toma como universo a estudiar a las madres adolescentes entre 15 y 18 años que concurren durante el periodo 2015 a atenderse al Centro de Salud mencionado, ubicado en la zona puerto de la ciudad de Mar del Plata. Ello, en tanto, la realización de la práctica institucional supervisada¹ en dicha institución durante el ciclo académico 2015, permitió reconocer la implementación, luego del nacimiento del primer hijo/a (por el cual se constituyen en madres adolescentes), de prácticas sociales y estrategias familiares de vida que posibilitarían interrumpir el denominado círculo intergeneracional de la pobreza. Es así que la construcción del problema de estudio planteado en este trabajo final de tesis estuvo dada por la realización de la práctica institucional supervisada en el marco de la Cátedra Supervisión de la Licenciatura en Trabajo Social de la UNMDP.

En este sentido, esta propuesta busca reconocer las prácticas sociales y estrategias familiares de vida implementadas por aquellas mujeres madres adolescentes que permiten establecer matices y/o rupturas en la relación directamente proporcional que suele establecerse entre la reproducción intergeneracional de la maternidad adolescente y de la pobreza en esta situación específica (Jelin, 1998, Torrado, 2003, De Jong, 2001).

¹ Cátedra ubicada en el último año de la Licenciatura en Trabajo Social. Uno de los objetivos fundamentales de la mencionada asignatura tiene que ver con promover la valoración de la supervisión como práctica sistemática de enseñanza y formación permanente que contribuya a la construcción y apropiación del quehacer profesional con compromiso ético-político.

Esto se aborda desde un pensamiento situado que permite acercarse y reconocer en las singularidades presentes, la expresión de los problemas sociales. De acuerdo con Carballada² el abordaje desde el pensamiento situado implica dar cuenta del atravesamiento de dos ejes: espaciales-geográficos y temporales-históricos. Desde esta perspectiva la intervención en lo social se potencia en función de sus posibilidades de abordaje desde una singularidad espacial, histórica y subjetiva. Para ello, se tiene en cuenta como las diferentes expresiones de la cuestión social en los escenarios actuales muestran la necesidad de una aproximación a las mismas que dé cuenta de las diferentes relaciones que se establecen entre las dimensiones macro sociales, territoriales y las dimensiones micro-sociales.

En relación a los aspectos metodológicos es necesario adelantar que esta tesis se inscribe dentro de los lineamientos metodológicos de la investigación cualitativa, definiendo como estrategia metodológica las herramientas brindadas por la sistematización de la intervención en los términos que la plantea Meschini (2013) y equipo³. Es necesario dar cuenta de ello en tanto sistematización no se constituye como una categoría unívoca al interior del colectivo de Trabajo Social. Tal como menciona la autora *“para algunos autores sistematizar es producir conocimiento científico no positivista, mientras que para otros sistematizar la práctica implica una forma de conceptualización de la práctica sin llegar por ello a la producción de conocimiento científico”* (Meschini, 2013: 4). En este sentido, junto a Meschini (op. cit.) y Bernaldo de Quirós y Rodríguez (2004) entendemos que la sistematización se constituye como una herramienta metodológica de investigación en sentido no positivista.

Para la caracterización del problema de estudio se realiza a partir de considerar la concepción de la mujer como sujeto de derechos, las políticas públicas y sociales existentes para el período tomado (año 2015) y la normativa vigente con el objetivo de indagar en las estrategias familiares de vida implementadas por mujeres madres

²Se recuperan los aportes del autor en el marco del Seminario de Posgrado “la intervención en lo social desde un pensar situado” organizado en 2015 por el Grupo Problemáticas Socioculturales en el marco del acuerdo ADUM-UNMD P.

³ El equipo es conformado por la Lic. Paula Meschini, como docente adjunta de la Cátedra Supervisión y creadora del Taller de Sistematización que se constituye como extensión de cátedra. El equipo se encuentra conformado por la Lic. Tamara Sosa, Lic. Romina Rampoldi Aguilar, estudiante avanzada de Letras Lucia Gandolfi, Lic. María Luz Dahul. Se cuenta con el asesoramiento de la Dra. Romina Conti y Dra. Rosalía Baltar.

adolescentes de 15 a 18 años en la construcción y establecimiento de diferentes matices en la reproducción social y en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

En este sentido, en los últimos años en Argentina la promulgación de algunas herramientas normativas - la ley 26.485 de violencia de género, la 25.673 de salud sexual y procreación responsable entre otras y la aplicación de tratados internacionales con jerarquía constitucional- y la implementación de políticas públicas y sociales acompañaron, desde la normatividad, procesos emancipatorios sustentados en la lucha de las mujeres. Es así que las políticas públicas y sociales se materializaron en la vida cotidiana de las mujeres como herramientas, que propiciaron la posibilidad de abrir nuevas perspectivas de acción, reconfigurando así conductas previamente heredadas del seno familiar.

Desde el punto de vista de la equidad social y haciendo un breve recorrido histórico, uno de los principales problemas que afectaron el desarrollo de políticas de población fue la orientación pro natalista de las políticas de salud reproductiva sostenidas a través del tiempo por diferentes gobiernos nacionales. En esta línea cabe mencionar el tercer gobierno justicialista (1973-1976), sancionó medidas coercitivas con respecto al derecho individual de regulación de la fecundidad. En 1974 se crea el Decreto 659, dispone el control de la comercialización y venta de productos anticonceptivos y la prohibición del desarrollo de actividades relacionadas directa o indirectamente con el control de la natalidad. Esto sirvió para frenar el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos a los grupos sociales más desfavorecidos de la población, ya que impidió la prestación de servicios de planificación familiar dentro del ámbito público.

La planificación familiar resultó siempre problemática en la relación que sostiene el Estado con las diferentes religiones, en especial con la Iglesia Católica. Durante la dictadura militar, se reforzaron los obstáculos para la planificación familiar que se había instaurado en 1974. Las políticas de población, en Argentina, en especial las que tienden a controlar el crecimiento y desarrollo de la natalidad, intersectan un espacio de debate y conflicto entre la esfera pública y privada de la vida de las mujeres.

Cuando comienzan a resurgir los movimientos sociales reprimidos durante la última dictadura cívico militar en nuestro país, entre ellos los grupos feministas, se comenzó a

plantear la planificación familiar en el marco de derechos reproductivos. Durante la década de 1990, se frenó todo avance con respecto a este tema. Recién en el año 2002 se sancionó una ley que permitió la implementación de servicios en los hospitales públicos

[...] lo sorprendente en el campo de las ideas y la normativa sobre la natalidad en Argentina, es la unanimidad con la que gobernantes, dirigentes políticos, intelectuales, religiosos, militares, empresarios y militantes izquierdistas, argumentan en pro de la natalidad y/o en contra de la planificación familiar, sin reflexionar acerca de lo que realmente está en juego, que es la vida de las mujeres [...] (Torrado, 2004:86).

Algunos indicadores como la generalización de la matrícula escolar de las mujeres, superando incluso a los hombres, la masiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, con puestos que permiten el desarrollo de una carrera ocupacional y el acceso a métodos anticonceptivos que permiten la regulación autónoma de la fecundidad (Torrado, 2004: 84) permiten observar algunos progresos y cambios en las relaciones de géneros.

En palabras de Karina Felitti y para resumir se puede decir que el gobierno peronista (1973-1976) intentó fomentar la natalidad de manera coercitiva al prohibir la venta de métodos anticonceptivos y clausurar los espacios públicos de información sobre el tema. La justificación para ellos fueron las consideraciones geopolíticas de los peligros de un país vacío que se continuaron durante la dictadura cívico- militar (1976-1983) hasta la llegada de la democracia (1983).

[...] En la actualidad, los derechos considerados legítimos se definen en un proceso conflictivo de deliberación en el espacio público. El reconocimiento de que el cuerpo de las mujeres no será sometido a prácticas sin su consentimiento, como la imposición de métodos anticonceptivos, y que tampoco se les negará el acceso a información y medios para regular la reproducción, si esa es su voluntad, pueden ser interpretados dentro de la categoría de los derechos humanos, como derecho a la vida y a la libertad. En la práctica estos enunciados se enfrentan con las políticas de población que llevan a cabo los estados y sus concepciones de soberanía y desarrollo, que pueden o no coincidir con los deseos y demandas de la sociedad. En esta tensión, las mujeres deben encontrar su propio espacio y desde allí luchar para que sus voces sean escuchadas y sus cuerpos no sean considerados receptáculos a la espera de decisiones que otros toman por ellas.[...] (Felitti, 2008:532).

Lo dicho anteriormente, brinda de manera somera, el marco en que se estructura el presente trabajo. El mismo estará separado en dos secciones que a continuación se detallan.

La primera de esta sección se divide en cuatro capítulos teóricos:

- *Capítulo 1: Concepciones en torno a la reproducción social, las estrategias familiares de vida y las prácticas sociales.*

En el mismo retomamos los aportes efectuados por diferentes autores (Pierre Bourdieu, Alicia Gutiérrez, Susana Torrado Miguel Lacabanna, Cecilia Cariola) en distintos textos. Estos autores, con diversos niveles de generalización y alcance en la teoría social brindan las herramientas conceptuales para que definir y caracterizar las estrategias familiares de vida y de la reproducción social permitiendo reconocer en ellas la relación con las políticas públicas y sociales de las cuales son sujeto de derecho las mujeres madres adolescentes en la ciudad de Mar del Plata durante el periodo establecido.

- *Capítulo 2: La maternidad adolescente y la reproducción social.*

Para este capítulo se propone revisar e interpela los debates existentes en torno a la relación entre reproducción intergeneracional de la pobreza, reproducción social y maternidad adolescente, analizando autores/as que abordan la problemática planteada.

- *Capítulo 3: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de las/los niñas/os.*

En este capítulo se ponen de manifiesto las leyes y normativas vigentes en relación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de las/los niños/as. El énfasis está puesto en la concepción de la mujer como sujeto de derecho, y los avances que se dieron durante los últimos años en materia de igualdad de género.

- *Capítulo 4: Políticas públicas y sociales de promoción y protección de derechos y con enfoque de género en el campo de la salud materno infantil.*

En el mismo se desarrolla el contenido de las políticas públicas y sociales con enfoque de género implementadas durante el año 2015 en el Centro de Salud No2 que tuvieron incidencia en las adolescentes madres concurrentes al mismo. A saber: Asignación

universal por hijo/a (AUH), Asignación Universal por Embarazo (AUE) Programa sumar/nacer, el Programa nacional de salud sexual y procreación responsable, Plan Más Vida y Plan Qunitas.

A su vez, la segunda parte del trabajo está compuesta por tres capítulos interpretativos basados en el marco teórico planteado para la primera parte de este trabajo de investigación, relacionándolo con las entrevistas realizadas en el Centro de Salud N°2 a las mujeres madres adolescentes que concurrían al mismo.

Estos capítulos fueron titulados de la siguiente manera:

- *CAPÍTULO A: Las estrategias familiares de vida implementadas por las mujeres madres adolescentes de 15 a 18 años de la zona puerto. Matices y ¿rupturas? en la reproducción intergeneracional de la pobreza.*
- *CAPÍTULO B: La singularidad de la maternidad después del primer hijo/hija en las mujeres madres adolescentes de sectores populares de la zona puerto DE MAR DEL PLATA*
- *CAPÍTULO C: ¿Cómo es ser adolescente madre en los sectores populares? Una categoría que, desde las prácticas, no se condice con la legislación vigente.*

Para finalizar, reflexionamos acerca de las relaciones existentes entre la reproducción del círculo intergeneracional de la pobreza y las estrategias familiares de vida y prácticas sociales que implementan las mujeres madres adolescentes entre 15 y 18 años principalmente desde el punto de vista, educativo laboral y familiar.

OBJETIVOS

Objetivo General:

1) Reconocer las relaciones existentes entre la reproducción del círculo intergeneracional de la pobreza y las estrategias familiares de vida y prácticas sociales que implementan las mujeres madres adolescentes entre 15 y 18 años de la zona puerto que concurren al centro de salud n° 2 con en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015.

Objetivos específicos:

1- a) Registrar las estrategias familiares de vida que implementan mujeres adolescentes entre 15 y 18 años a partir de la maternidad adolescente.

1- b) Indagar acerca de la relación existente entre las mujeres madres adolescentes y el acceso a las políticas públicas y sociales.

1- c) Caracterizar las prácticas sociales (socioeconómicas, educativas, culturales y laborales) de las mujeres adolescentes que concurren al centro de salud N°2 a priori y posteriori a la maternidad.

PARTE I

CAPÍTULO I: Concepciones en torno a la reproducción social, las estrategias familiares de vida y las prácticas sociales.

Para abordar el problema que nos planteamos en el presente trabajo, nos interesa indagar cuáles son las prácticas sociales que, incorporadas en el *habitus*, se constituyen como estrategias familiares de vida en el intento de establecer matices y rupturas en las formas de reproducción social que repercutan en la interrupción de la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Es así que proponemos dar cuenta de cómo las mujeres madres adolescentes como consecuencia de la maternidad, implementan estrategias familiares de vida que reconfiguran sus trayectorias de vida con la intención de insertarse tanto en el ámbito laboral así como educativo, cuestionando para nuestro espacio temporo-espacial de estudio, aquellos discursos que suelen sostener que la maternidad se constituye como único proyecto de vida de mujeres pobres. Indagamos si la introducción de matices y rupturas en la reproducción social luego del primer hijo influye en la interrupción del círculo de reproducción intergeneracional de la pobreza o no.

Comenzaremos citando a Gutiérrez (1995) quien retoma el concepto de Pierre Bourdieu sobre estrategias de reproducción social entendidas como:

[...]El conjunto de prácticas fenomenalmente muy diferentes, por medio de las cuales los individuos y las familias tienden, de manera consciente o inconsciente, a conservar o a aumentar su patrimonio, y correlativamente a mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase [...] (Bourdieu (1988) citado en Gutiérrez, 1995: 89).

Dichas estrategias dependen de un conjunto de factores: “1) del *volumen* y la *estructura del capital* que hay que reproducir (capital económico, capital cultural, capital social, capital simbólico) y de su trayectoria histórica; 2) del estado del sistema de los *instrumentos de reproducción*; 3) del estado de la *relación de fuerzas entre las clases* y 4) *y de los habitus incorporados por los agentes sociales*” (Gutiérrez, A; 2007: 19).

Se parte de entender al *habitus* como:

[...] Lo socialmente incorporado-estructura estructurada-, que se ha encarnado de manera durable en el cuerpo, como una segunda naturaleza, naturaleza socialmente constituida. El

habitus no es un estado del alma, es un estado del cuerpo, es un estado especial que adoptan las condiciones objetivas incorporadas y convertidas así en disposiciones durables, maneras durables de mantenerse y moverse (los brazos, las piernas están llenos de imperativos adormecidos) de hablar, de caminar, de pensar y de sentir que se presentan con todas las apariencias de la naturaleza” dentro de una posición social [...] (Bourdieu (1980) citado en Gutiérrez, 1995:66).

Así pues, clase social, *habitus*, prácticas son conceptos estrechamente relacionados. Las prácticas sociales de un agente o de una clase de agentes, dependen de las posibilidades específicas que posea, posibilidades que están en relación con el volumen y la estructura de su capital y con los *habitus* incorporados.

La perspectiva relacional de Bourdieu permite visualizar que no solo es importante considerar las estructuras sociales externas a los agentes. No basta solamente con construir el sistema de relaciones objetivas en el que se inserta la práctica que se pretende explicar: lo social, la historia, se deposita a la vez, en las cosas y en los cuerpos.

Por ello, es necesario también rescatar las estructuras sociales incorporadas por el agente que produce las prácticas, es decir, los *habitus*, en tanto principios de generación y estructuración, de percepción y apreciación de dichas prácticas.

El *habitus* constituye un recurso y una limitación, libertad y necesidad, porque está ligado a las condiciones sociales de su producción y a los condicionamientos que ellas implican. Son sistemáticos y transferibles, como son sistemáticas las prácticas que producen.

Las prácticas sociales de un grupo de agentes dependen de las posibilidades objetivas que poseen, posibilidades que se relacionan especialmente con el volumen y la estructura de su capital. Al mismo tiempo, se entienden como estrategias implementadas por los agentes sociales -sin ser necesariamente conscientes de ello- en defensa de sus intereses ligados a la posición que ocupan (por relación a su capital acumulado) en el campo que es objeto de análisis. (Gutiérrez, 1995).

En la década de 1970 y sobre todo en la de 1980, la preocupación con respecto a la reproducción social, categoría de análisis importante en nuestro marco teórico, cobra importancia. Entonces se comienza a plantear la pregunta acerca de cómo ciertas clases

logran reproducirse a pesar de las restricciones en términos de trabajo, ingresos, consumo, que impone el desarrollo del capitalismo. Se comienza a poner énfasis analítico en los mecanismos de reproducción de las unidades familiares. Aparecen así, distintos conceptos para referirse a esos mecanismos, que tienen en común la noción de estrategia y la utilización de la unidad doméstica (o familiar), como unidad de análisis (Gutiérrez, 2004). Sobre ello nos detenemos en los párrafos que siguen con el fin de dar a conocer la diversidad de enfoques dentro del paraguas de las estrategias de reproducción.

Se definen diferentes tipos de estrategias, entre ellas las llamadas de “existencia”. Sáenz y Di Paula (1981) las definen como el conjunto de actividades desarrolladas por los sectores populares para obtener su reproducción ampliada en la medida en que supone la combinación de varios elementos que trascienden las formas capitalistas de reproducción de la fuerza de trabajo (Gutiérrez, 2004).

La autora toma también a las estrategias llamadas “adaptativas”. Y las define como el conjunto de procedimientos, patrones en la selección y utilización de recursos y tendencias evidenciadas en la elección de alternativas, que una determinada unidad social pone de manifiesto a lo largo del proceso de satisfacer sus necesidades básicas y hacer frente a las presiones del medio (Bartolomé, 1990:15). El objetivo es el de minimizar la inseguridad, reducir la incertidumbre y maximizar la utilización de los escasos recursos disponibles.

También, Gutiérrez (2004) toma la definición de estrategias de supervivencia, como el conjunto de acciones económicas, sociales, culturales y demográficas que realizan los estratos poblacionales que no poseen medios de producción suficientes ni se incorporan plenamente al mercado de trabajo (Bartolomé, 1990: 80-81).

A su vez, la misma autora recupera a Torrado quien entiende por estrategias familiares de vida a:

[...] Aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que – estando condicionados por su posición social (o sea, por su pertenencia a determinada clase o estrato social)- se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la

optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros[...] (Torrado, 1982: 3-4).

Continuando, Lacabanna retoma el concepto de estrategias económicas entendiéndolas como aquellas estrategias que combinan

[...] prácticas destinadas a generar ingresos y al intento de optimizar el uso de los mismos para satisfacer las necesidades del hogar y de sus miembros. La generación de ingresos implica, a su vez, prácticas diversas entre las que resaltan: a. la incorporación al mercado de trabajo, b. las ayudas monetarias o en especies provenientes de redes familiares o vecinales, de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, de la mendicidad y c. la autoproducción de bienes entre otras muchas[...] (Cariola citada en Lacabana, 1997: 61).

Como informa Arriagada (1997) *“las estrategias familiares de enfrentamiento de la pobreza fueron centrales para sobrellevar la crisis y los procesos de ajuste”* (Arriagada, 1997: 24). Al respecto, la autora describe cómo el aumento o disminución del tamaño del hogar, por ejemplo, ha obedecido a la puesta en marcha de diferentes estrategias de supervivencia, ejemplo de ello sería que en situaciones de crisis las familias toman medidas que responden a la urgencia. Los cambios producidos a partir de este tipo de estrategias *“no se expresaron en indicadores económicos ya que las respuestas a estos procesos de crisis y ajustes se produjeron al interior del hogar en forma privada”* (Arriagada, 1997: 24). Este aspecto, será retomado en los siguientes capítulos como insumo para pensar la relación problemática que aquí proponemos, en tanto, de acuerdo con el planteo de Arriagada las estrategias familiares de vida podrían estar interrumpiendo, aunque desde cierta invisibilidad propia del ámbito privado, aquellas relaciones que parecieran mecánicas o lineales entre reproducción del círculo intergeneracional de la pobreza y de la maternidad adolescente.

Continuando con los aportes de Arriagada , recuperamos también la tipificación que realiza de las diferentes formas familiares posibles. Al respecto informa que, las familias nucleares muestran en su interior cierta diversidad en su constitución, ya que se puede distinguir entre familias nucleares de jefatura femenina y masculina.

Las familias extensas y compuestas reflejan diversas situaciones: desde cierta perspectiva, se los considera como modelos más ‘tradicionales’ de familia, que el proceso

de urbanización trasladó del campo a la ciudad; desde otra perspectiva, su persistencia y en ciertos momentos su crecimiento se ha asociado con estrategias de las familias urbanas para enfrentar la crisis económica por la que han atravesado las sociedades latinoamericanas. Este tipo de familias, extensas y compuestas parecerían tener mayor presencia dentro del conjunto de hogares con jefatura femenina que entre las familias biparentales (con jefe y cónyuge) (Arriagada, 1997).

Las familias monoparentales en general y de jefatura femenina en especial, tanto nuclear como compuesta y extensa, han ido aumentando en el tiempo. Utilizaremos esta tipología para caracterizar a los grupos familiares del que son parte las mujeres madres adolescentes de 15 a 18 años entrevistadas.

Al mismo tiempo retomaremos las reflexiones que incorpora Catalina Arteaga (2007) con respecto a las estrategias familiares. La autora indica que si bien las mismas han aportado con conocimiento cualitativo y cuantitativo acerca de las diversas actividades y acciones que las familias e individuos en condiciones de pobreza despliegan en la región, con el objeto de reproducirse y vivir cotidianamente quedan aún nuevos interrogantes que sería importante abordarlos en nuevas investigaciones en vinculación al objeto de estudio, de esta forma incorporar variables como género, dimensiones étnicas y de generación. Por último, la autora plantea que falta ahondar mayormente en las condicionantes individuales y estructurales que inciden en el éxito o fracaso de determinadas iniciativas estatales y prácticas individuales y colectivas que desarrollan los sujetos para la reproducción.

En este sentido recuperaremos en la segunda parte de la presente tesis, los aportes de la autora, con el fin de ampliar el análisis, vinculando estas categorías con las entrevistas realizadas en el marco de la práctica institucional supervisada.

Capítulo II: La maternidad adolescente y la reproducción social.

En el presente capítulo se retoman las posturas de diversos/as autores/as, con respecto a la maternidad adolescente y el vínculo de esta con la reproducción social de la pobreza. Se recuperan estos aportes teniendo en cuenta que, a priori, nuestro objetivo tiene que ver con poder explicitar algunas prácticas que se han evidenciado en el proceso de realización de la práctica institucional supervisada en el Centro de Salud n° 2. Específicamente nos referimos al desarrollo de estrategias familiares de vida de mujeres madres adolescentes que, luego del nacimiento del primer hijo, parecieran poner en duda cierta linealidad que caracterizaría la relación entre la reproducción intergeneracional de la pobreza y la de la maternidad adolescente.

Partiremos entonces de definir el concepto de adolescencia. La OMS, en su sitio web, la define como el

[...] el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales[...](OMS, 2017).

De esta forma la OMS entiende a su vez, a la salud como un estado general de bienestar físico mental y social. Considerando a la salud reproductiva dentro de ella,

concibiéndola como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Este concepto viene a romper con la visión tradicional de la sexualidad dentro del matrimonio, con el fin único de la procreación basado en el arquetipo de familia nuclear y a la mujer como protagonista de la función reproductiva. En esta línea, cabe aclarar que dentro del flujo social, la sexualidad adolescente sigue constituyendo un tabú, que si bien, se encuentra en progresiva transformación, se concibe a la misma dentro de lo que “no se debe hablar” y por lo tanto “no sucede”.

Continuando con lo indicado en el párrafo anterior y en palabras de Colombo, Pombo y Luxardo (2012)

[...]El embarazo en la adolescencia es objeto de diversas miradas y en torno a él se construyen significados diversos que oscilan entre considerarlo “un problema a evitar” o un evento vital que puede propiciar transformaciones positivas en la vida de las adolescentes[...] (Colombo, Pombo, Luxardo; 2012:162).

De esta forma se tiende a negativizar el embarazo en la adolescencia, independientemente del contexto en el que el mismo se desarrolle y la particularidad de cada caso.

Si bien el embarazo adolescente se continúa perpetuando, la llegada del primer hijo/a implica una reorganización en la vida de las mujeres generando un incentivo para mejorar su calidad de vida y la de sus hijos/as y la construcción de proyectos de vida a futuro, comenzando por el ámbito educacional y/o laboral. de esta manera, el embarazo adolescente, se transforma en una motivación refutando el concepto hegemónico que negativiza el embarazo en esta etapa de la vida.

De acuerdo a los planteos de Elizabeth Jelin (1998)

[...] La fecundidad ha estado descendiendo sistemáticamente en la región. Existe una asociación inversa entre la posición social de las mujeres y los niveles de fecundidad. Esto puede ser medido en términos de niveles educativos: las mujeres con mayor educación tienen una fecundidad significativamente más baja que las menos educadas. En la medida en que las oportunidades educacionales han aumentado para las mujeres de la región, la

fecundidad ha descendido. Esta relación, sin embargo, no proporciona una explicación total. El incremento del nivel educacional de las mujeres influye sobre la edad de la primera unión y retrasa la llegada del primer hijo. Esto amplía los horizontes y las expectativas de las mujeres más allá del mundo de la familia, y facilita la información necesaria para decidir cuándo y cuántos hijos tener [...] (Jelin, 1998: 124,125)

Continuando, la autora, en un artículo aborda las relaciones entre familia y género, manifiesta que la familia es una institución formadora de futuras generaciones y que la no intervención externa, léase por parte del Estado, tiende a transmitir y reforzar patrones de desigualdad existentes, entre ellos la maternidad adolescente (Jelin, 1995).

De acuerdo a Jelin (1998) suele afirmarse que los adolescentes tienden a iniciar su vida sexual a menor edad que hace unas décadas, pero esto no significa que automáticamente aumente la fecundidad. Lo que ocurre es que su fecundidad no ha disminuido de la misma manera que la de las mujeres de edades mayores. Es por eso que del total de nacimientos, puede estar aumentando la proporción cuyas madres son jóvenes (15 a 19 años, según la autora). Estos embarazos de mujeres jóvenes suelen concentrarse especialmente en poblaciones que viven en situaciones de pobreza, situaciones en donde, por ejemplo los servicios de salud no responden a las necesidades de las y los jóvenes de estas edades.

Además, según informa la misma autora, hay datos que muestran una estrecha relación entre la edad en que la madre tuvo su primer hijo/hija y la edad del primer embarazo de sus hijas. Así, una maternidad adolescente, que se reproduce intergeneracionalmente, pareciera ser un factor de riesgo y tender a incorporar a las jóvenes madres en un ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza, en tanto se sostiene que asumir las responsabilidades de crianza limita el acceso tanto a las oportunidades educativas como ocupacionales, comprometiendo el futuro propio de sus hijos e hijas (Jelin, 1998). Este ciclo, se comenzaría a reconfigurar con la llegada del primer hijo/a, que como se indicó anteriormente, se constituye en un estímulo positivo para estas mujeres.

Por otra parte, pero en similar sintonía, los aportes de Wainerman (1994) explican que hemos asistido a una serie de cambios significativos en cuanto a las prácticas

sexuales y la normatividad social al respecto. Entre esas transformaciones, la autora da lugar a los cambios tecnológicos vinculados a la anticoncepción y en las relaciones interpersonales, como aspectos que han colaborado para modificar las relaciones sociales en cuanto a la maternidad/paternidad, soslayando el lugar del matrimonio como espacio privilegiado de la sociedad, así como estableciendo rupturas en la identificación directa de la sexualidad con la reproducción. Así, pone en evidencia como hubo una disminución de las restricciones y tabúes sexuales, una iniciación más temprana de las relaciones sexuales, un cambio en el significado del placer en la sexualidad, especialmente para las mujeres.

Como una de las consecuencias de estas transformaciones, Wainerman marca cierta desprotección de la sexualidad y la maternidad especialmente adolescente.

[...]El hecho de convertirse en madres a temprana edad implica una mayor vulnerabilidad de las mujeres y sus hijos. A menudo, los proyectos educativos personales tienen que interrumpirse, sumado a que estas mujeres tienen más probabilidades de tener una fecundidad más alta, de ser mujeres jefas a cargo de sus hijos, de encontrarse en situaciones de precariedad e incertidumbre. Hay indicaciones, además de la transición intergeneracional de la vulnerabilidad y la precariedad: las mujeres que inician su maternidad a edades tempranas a menudo provienen de familias donde esta ha sido una práctica preexistente[...] (Wainerman, 1994: 33 - 34).

Tomando los aportes realizados por las autoras, nuestra intención está puesta en poner en cuestión las premisas que ligan directamente la reproducción intergeneracional de la pobreza con la de la maternidad adolescente, con base empírica en la realización de la práctica institucional en el Centro de Salud n° 2 durante 2015 y principalmente en la realización de entrevistas así como en la reflexión a partir del proceso de intervención.

Creemos que durante el periodo 2015 se desarrolló un proceso de inclusión, de los niños, niñas, adolescentes y joven (madres o no), a través de diversas políticas públicas y sociales como la AUH, Progresar, Qunitas, Plan Nacer y Sumar, entre otros. Aun así, observamos que la familia continúa siendo el lugar privilegiado de acceso a las políticas públicas, porque si bien, se toma a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes como sujeto de derechos, el hecho de convertirse en madres posiciona a esas niñas, adolescentes y

jóvenes en un espacio de prioridad, en consecuencia, la accesibilidad a las políticas públicas y el derecho a la salud.

Citando a Irma Arriagada (1997), cuando se toma a la familia como grupo destinatario de políticas, debieran considerarse también otras dimensiones del grupo familiar: 1. sus formas de constitución, desarrollo y disolución, 2. Sus relaciones internas y sus relaciones externas.

La familia como objeto de políticas tiene relación con lo que se desea cambiar o mantener de esa forma de funcionamiento, por lo que se hace necesario conocer cuáles son los modos efectivamente vigentes de organización y la racionalidad propia que la fundamenta. Esta preocupación plantea la necesidad de examinar atentamente su dinamismo, es decir, no solo su estructura en un momento dado, sino también sus cambios en las formas de constitución en sus relaciones internas y externas, que orienten en relación a la familia del futuro.

El desafío planteado es entonces, llevar a cabo políticas hacia tipos de familia en función de su estructura y etapa del ciclo de vida familiar, sin desdibujar las particularidades de cada uno de sus miembros y sus necesidades individuales.

Continuando con lo dicho anteriormente, cabe destacar, que la atención del Servicio Social en el centro de salud N°2 se enfoca hacia el sector materno infantil, abordando familias con niños/as de 0 a 6 años. De esta forma, dicha atención queda reducida sólo a este grupo poblacional, primando la maternidad, y la edad del niño/a como condición para ser destinatario/a de la intervención del trabajador/a social.

Tomando como ejemplo a la institución de práctica antes nombrada, pudimos visualizar que el hincapié en la promoción de la salud (una vez que las mujeres adolescentes eran madres), y no en la prevención propiamente dicha. De todas formas, no queremos dejar de mencionar, que al ser un proceso en construcción se visualizó cierta iniciativa que apuntaba a la prevención en materia de salud.

La temática de políticas públicas/sociales, será abordado con mayor profundidad en el capítulo IV.

Capítulo III: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de las/los niñas/os.

Para el análisis de nuestro problema de estudio es necesario remitirnos a las legislaciones vigentes en la República Argentina, vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de los/as niños/as y adolescentes. Los mismos forman parte de la batería de derechos humanos reconocidos y garantizados, aunque a veces incumplidos. Resulta necesario además esclarecer que

[...]el enfoque de derechos humanos se constituye como marco legal para diseñar políticas públicas tendientes al desarrollo humano. La médula del enfoque lo constituye la incorporación en la doctrina socio-jurídica, de los principios de interdependencia e integralidad unos derechos dependen de otros, que la lesión de tal derecho afecta al otro al que está conexo [...](Jiménez, 2007: 34).

Siguiendo a Jiménez (2007), para mejorar la comprensión de la perspectiva de derechos humanos es importante diferenciar entre los derechos humanos, entendidos como resultado- fin, es decir, como aspiración (objetiva) y exigencia (subjetiva) a lograr u obtener el bien jurídicamente reconocido, y *enfoque de derechos humanos*, entendido como proceso-medio, como “forma de ver” y manera “de hacer” para lograr la concreción de esos derechos.

En conclusión, el derecho se presenta como un mecanismo de integración social y a su vez como un espacio que propicia la lucha social, en el que los sujetos pueden vigilar y exigir el cumplimiento de sus derechos (Jiménez, 2007).

La importancia de remitirnos a los plexos normativos vigentes tiene que ver con que los mismos funcionan como marco de la construcción de demandas y posteriores intervenciones que se presentan en el Servicio Social del Centro de Salud N°2 de la ciudad de Mar del Plata en el que realizamos la práctica institucional supervisada. A partir de contemplar dicho marco normativo se constituyeron diversas políticas públicas que

implican posibilidades de acción en la constitución de las madres adolescentes y sus hijos/as como sujeto de derechos.

Entre las normativas que directamente se relacionan con nuestro problema de estudio se encuentran la Ley Nacional N°25.673/2003 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley Nacional 26.061/2005 de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes y la Ley Provincial 13.298/2005 que, basadas en los principios de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, crean el Sistema de Promoción y Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

A continuación, se realizará una descripción breve, de lo que creemos son los alcances principales de las leyes antes citadas, y su impacto en la cotidianidad de la porción poblacional estudiada.

En tal sentido, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley Nacional 25.673) busca asegurar a toda la población, “sin discriminación alguna”, el acceso a información y consejería en materia de sexualidad y comportamiento reproductivo (considerandos del decreto reglamentario 1282/03). También, detectar conductas de riesgo, potenciar la efectiva participación de la mujer en la adopción de decisiones vinculadas a su salud sexual y procreación (en especial, en la libre elección de métodos anticonceptivos), y promover, adicionalmente, la salud sexual de los adolescentes.

Con la idea de lograr una implementación amplia y eficaz del programa, la ley refuerza la calidad y cobertura de los servicios de salud, incluyendo en el PMO (Programa Médico Obligatorio) y en los nomencladores farmacológico y de prácticas médicas, las prestaciones que hacen a la salud reproductiva, entre ellas: control, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades de transmisión sexual, cáncer genital y mamario; prescripción, suministro y control de métodos anticonceptivos.

Más allá de sus objetivos sanitarios, la procreación responsable ocupa un espacio central en las directivas del programa, poniendo en evidencia que está destinado, principalmente, a una función informativa en sentido amplio respecto a la forma de utilización de métodos anticonceptivos eficaces y adecuados, previendo el acceso gratuito

a los mismos, incluyendo en ellos a los adolescentes, cuya salud sexual constituye especial preocupación de la ley.

En consecuencia, los objetivos del programa apuntan principalmente a facilitar el acceso al ejercicio del derecho a la planificación familiar, que el decreto 1282 (que reglamenta la ley N°25.673), define como “un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad”. (Rodríguez, 2005). Basándonos en lo expresado anteriormente, entendemos que el abordaje de esta ley, no solo toma a la sexualidad como medio para la reproducción, sino que su aplicación contribuye al ejercicio pleno de la misma de manera placentera, libre y segura.

Por otra parte, creemos de suma importancia resaltar los alcances de la Convención sobre los Derechos del Niño/a, aprobada por la ley nacional N° 23.849, con alcance constitucional, que da lugar a la ley nacional N°26061 y la ley provincial N°13298, a los mismos efectos.

Lo fundamental de la convención radica en considerar a los/as niños/as como sujeto de derechos, lo cual se materializa principalmente a través del reconocimiento de sus derechos de un modo integral. En este sentido recuperaremos los aportes de Agustín Barna y Gabriela Magistris quienes reflexionan acerca de la discusión sobre la institucionalización del enfoque de derechos del/la niño/a indicando que:

[...]Algunos de los lineamientos principales de dichas leyes postulan un pasaje del denominado enfoque “la necesidad” a otro sustentado en “los derechos”, proponer al niño ya no como “objeto de intervención tutelar”, sino como “sujeto de derechos”, brindando una protección integral al niño, niña y adolescente. Propone además la implementación de políticas públicas de promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas niños y adolescentes, como así también, establecer los medios a través de los cuales se asegura el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la ley [...] (Barna; Magistris 2010:3).

En el artículo 1 de la Convención de los derechos del niño/a y adolescente se expresa:

[...]Para los efectos de la presente convención, se entiende como niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad[...] (Convención de los derechos niño, niña y adolescentes. UNICEF, 2006:10).

Esto indica que toda persona que se encuentre dentro de ese rango de edad es destinataria de los derechos y obligaciones que esta convención establece y no objetos pasivos de la intervención del estado o sus padres, constituyéndose así en sujeto de derechos.

Como expresa Alejandro Morlachetti (2014) es importante destacar que existen lineamientos, que atraviesan todos los artículos de la Convención de los derechos del niño/a y adolescente, los cuales se constituyen en ejes reguladores: derechos a la vida y el desarrollo, no discriminación, ser oído y participación, interés superior.

El interés superior del niño debe ser considerado fundamental en todas las situaciones que tengan que ver con niños/as o adolescentes, independientemente de que organismo lo aborde

[...] En su reciente Observación General 14, el Comité de los Derechos del Niño aborda el significado del interés superior desde una triple perspectiva: 1. Como un derecho sustantivo. Es decir el derecho del niño y niña a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta al sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño o niña, a un grupo de ellos y ellas concreto o genérico o a la niñez en general. 2. Como un principio jurídico interpretativo fundamental: si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño [...] (Morlachetti, A 2014:29).

Como expresa el artículo 12 de la convención de los derechos del niño, niña y adolescentes: Los/as niños/as y adolescentes deben tener libertad de expresar su opinión en los temas de interés y deben ser escuchados/as en función de su madurez y desarrollo.

CDN Art 12: “[...] Los Estados partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. 2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.[...] (Convención de los derechos del niño, niña y adolescente UNICEF,2006:13).

El concepto de igualdad y no discriminación se inscribe en el artículo 2 de la CDN y apunta principalmente a que los derechos enumerados en la misma se aplicarán a todos/as los niños/as y adolescentes sin distinción de raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Para finalizar y a los efectos de la presente tesis, creemos fundamental plasmar el derechos a la vida y al desarrollo, lo cual implica la obligación de los estados de poner en funcionamiento todo lo que esté a su alcance para garantizarlo.

[...]El artículo 6 de la CDN señala que los Estados Partes deben garantizar la vida, la supervivencia y desarrollo de los NNA; y en su artículo 27, se reconoce el derecho de la niñez a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; mientras que el artículo 19 compromete a los Estados a tomar todas las medidas necesarias (legislativas, administrativas, sociales y educativas), para proteger a NNA de todo tipo de abuso, malos tratos, explotación, etc. Este concepto involucra el derecho a la asistencia material. El Art. 27 inc. 2 compromete al Estado a proporcionar asistencia material y programas de apoyo, particularmente vivienda, vestuario y nutrición. [...] (Morlchetti, A. 2014:29).

En esta línea nos parece importante incorporar a su vez al artículo 24 de dicha convención el cual especifica el derecho del niño/a y adolescente al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la

rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Como se decía al principio del capítulo, de la Convención de los derechos del niño/a y adolescente, se desprenden la ley nacional N°26.061 y la ley provincial N°13.298, a los mismos efectos.

La ley provincial surge a partir de la necesidad de adecuación de la provincia de Buenos Aires a la ley provincial N°13298 que crea el sistema nacional de protección y promoción de los derechos del niño/a y adolescente. De esta forma se crean en la provincia de Buenos Aires los servicios locales de protección de los derechos del niño/a y adolescente.

[...] En principio la ley estipula un sistema de descentralización, a través de la implementación a nivel municipal, con financiamiento provincial, de un sistema que debe recepcionar las demandas por “derechos vulnerados de niños y niñas” y desarrollar estrategias para su “restitución”. Asimismo, la herramienta central de la nueva Ley resultan ser los Servicios Locales de Protección de Derechos, encargados de sustituir a los juzgados de menores como “ventanillas” para el planteamiento de problemáticas sociales y de articular con otras dependencias, estatales y no estatales, mecanismos para revertirlas [...] (Barna; Magistris. 2010:3) .

Partiendo de la concepción de niñez y adolescencia instaurada legalmente, es necesario observar que las madres adolescentes son consideradas también niñas dentro de la normativa vigente y por lo tanto el alcance de la misma se extiende tanto a ellas como a sus hijos e hijas. Esta situación permite visualizar la complejidad de la maternidad adolescente, situación en donde los límites entre niñez, juventud y adultez se vuelven difusos. A la vez que las propias sujetas de derecho de la ley, deben ejercer su maternidad y velar por el cumplimiento de los derechos de sus hijos/as, ambos, niños, niñas y adolescentes, sujetos/as de derechos.

Capítulo IV: Políticas públicas y sociales de promoción y protección de derechos y con enfoque de género en el campo de la salud materno infantil.

Comenzaremos este capítulo definiendo a las políticas públicas como un conjunto relativamente articulado de medios y fines. Pueden conceptualizarse como resultantes o la síntesis de los intereses de las fuerzas políticas que participan en las organizaciones de gobierno del Estado. Son el fruto de la lucha y negociación de dichas fuerzas. (Bustelo, Isuani. 1983).

Los autores establecen los principales componentes de una política pública. Estos son:

- Intereses de las fuerzas políticas que participan en las organizaciones del Estado
- Se expresan en una decisión o conjunto de decisiones (u omisiones)
- Traducidas en acciones (o inacciones)
- Intención de obtener determinados fines

[...]Las políticas públicas no constituyen una respuesta al azar a los problemas que la originan. Por el contrario, las que versan sobre temas claves de la vida social, están dirigidas hacia dos conjuntos básicos de finalidades. Por un lado, determinar el papel que el Estado desempeña en la sociedad, por lo que es, por lo tanto, un movimiento del Estado hacia la sociedad para la mantención del orden y armonía social. Por el otro, obtener los elementos que el Estado necesita para desarrollar sus políticas y por lo tanto, refleja un movimiento de la sociedad hacia el Estado dando apoyo y legitimidad política [...] (Bustelo, Isuani. 1983:6).

Cualquier política pública, pero especialmente aquellas que apuntan al desarrollo social, que tienen por objetivo un mayor nivel de igualdad social, necesitan ser viables para poder implementarse. Y esa viabilidad puede ser, de dos tipos: la viabilidad física, es decir, que los recursos naturales, humanos, técnicos y de capital alcancen para producir los

bienes y servicios necesarios; y la viabilidad política, que dadas un conjunto de fuerzas políticas, poseen el poder suficiente para llevarlas a cabo. (Bustelo, Isuani.1983).

Adicionalmente, tomaremos a Meschini (2014) para definir a las políticas públicas y sociales como:

[...]Aquellas medidas que el Estado desarrolla para garantizar el bien común, que surgen de una ley nacional discutida, votada y sancionada por el Congreso de la Nación en el ejercicio del mandato popular. A partir de la sanción de las leyes del Estado, a través del gobierno nacional, debe implementar éstas políticas públicas, asignar presupuesto y arbitrar los dispositivos gubernamentales para la implementación de las mismas. Estas políticas públicas otorgan y reconocen derechos a la población integrada o no en el mercado de trabajo, sean o no asalariados porque se centran en la noción de ciudadanía. Presentan un carácter universal y una institucionalidad diferente a las políticas sociales, que se encuentran más condicionadas por la continuidad o no de determinado gobierno y que poseen un financiamiento presupuestario, una estructuración administrativa y operativa asignada por la ley [...] (Meschini, 2014: 68).

El estado interviene permanentemente en la cotidianeidad de los sujetos, conformando a la familia y sus roles, tanto de manera directa como indirecta, lo hace a través de las políticas sociales y públicas, los mecanismos legales y jurídicos, las instituciones y las prácticas concretas y el papel mediador de las prácticas institucionales y la interacción con la sociedad civil. Esto se sostiene ideológicamente tomando a la familia como ámbito privado.

[...]En consecuencia, el planteo de políticas estatales y comunitarias para la familia requiere un análisis crítico de esta construcción simbólica y el reconocimiento de la tensión entre el respeto a la privacidad de la familia y las responsabilidades públicas del estado [...] (Wainerman, 1994: 40).

Repensar las intervenciones públicas en la familia implica introducir en todas ellas una consideración de la equidad entre géneros como uno de los criterios rectores para revertir situaciones injustas para las mujeres (Wainerman, 1994: 41).

En la Argentina, a partir del retorno de la democracia, la situación de las mujeres mostró avances significativos. Gracias al impulso dado por la acción colectiva se logró la adopción de instrumentos internacionales y regionales de protección de los derechos de las mujeres, como así también, importantes transformaciones en materia normativa y de políticas públicas.

El reconocimiento y la protección de los derechos de las mujeres son consecuencia de las luchas encabezadas por los movimientos de mujeres y feministas, por los organismos de derechos humanos y por mujeres que se han destacado por su compromiso, valor y trayectoria.

Pero, si bien las conquistas en materia de género han sido relevantes, aún persisten profundas desigualdades que muestran que las pautas culturales que otorgan sentido a las relaciones entre varones y mujeres, continúan siendo jerárquicas y asimétricas.⁴

Entendemos que la solución de fondo vendrá de la mano de un profundo cambio cultural, el cual debe ser promovido principalmente por los distintos poderes del Estado. También creemos que los medios de comunicación, en pleno siglo XXI, juegan un rol determinante a la hora de perpetuar o de-construir estereotipos sexistas que ubican a las mujeres en un lugar de inferioridad en relación a los varones (Mumalá; 2016: 3).

Los desafíos sobre género en vinculación a las políticas públicas, se constituyen en una asignatura pendiente, no solo en nuestro país, sino también en el resto de América Latina.

A continuación presentamos un breve recorrido por las políticas públicas que ejecuta el Centro Salud N° 2 y encuentra a las mujeres madres adolescentes como sujetos de derechos, encontramos las siguientes:

La **asignación universal por hijo (AUH)** fue sancionada a partir del decreto 1602/2009, la misma constituye en un cobro mensual fijo, establecido por el estado nacional para aquellas familias que no poseen empleo o trabajan informalmente, cubriendo hasta 5 hijos/as por familia. En mayo del 2011 se implementa la Solicitud Asignación por

⁴ <http://www.jus.gob.ar/derechoshumanos/areas-tematicas/mujeres-y-perspectiva.aspx>

Embarazo para Protección Social a partir de las 12 semanas de gestación, esta situación se vio reflejada en la disminución de la solicitud de ayuda alimentaria atendida en el centro de salud N°2.

Condicionalidades: Para cobrar la AUH es obligatoria la concurrencia a la escuela a partir de los 5 años. Las autoridades del establecimiento educativo donde concurre el niño/a, deben completar la libreta y certificar la finalización del ciclo lectivo en forma regular. Si el niño o adolescente no concurre a ningún establecimiento educativo, se le indica al adulto que debe acercarse hasta uno de ellos para solicitar una vacante.

Por otro lado es necesario que los niños/as, cumplan con el plan de vacunación obligatorio de 0 a 5 años deben estar inscriptos en el plan nacer y a partir de los seis años, deben cumplir con el control médico correspondiente.

Es aquí donde queremos hacer hincapié en lo fundamental de la Asignación Universal por Embarazo (AUE), que consiste en una prestación que se otorga a partir de la semana 12 de gestación y hasta el parto o interrupción del embarazo, la cual se encuentra supeditada al Programa Sumar Nacer descrito en el presente texto y que constituye un sostén para la mujer desde el momento de la gestación.

Este programa inicia a nivel nacional en el año 2011 con la firma del decreto 446/2011. Desde sus comienzos la mujer fue la titular del Programa por medio de sus hijos/as menores o por nacer, quienes son los destinatarios/as del mismo.

Como indica Alicia Genolet, en su artículo “Avances y desafíos de la AUH. Una mirada desde el género y la perspectiva de derechos” (2016), la prioridad del cobro de las madres ha sido cuestionada desde diversos lugares, tanto en el ámbito académico como así también en el espacio político.

[...]De un lado se argumenta a favor de esta medida ya que la misma constituye un mecanismo protector para las mujeres –y por su intermedio– del derecho de los niños, que garantiza el cobro de la asignación en aquellos casos en los que el padre (ausente o no del hogar) hace un uso indebido de la misma. Por otra parte el cobro de la asignación permitiría una suerte de empoderamiento de las mujeres a partir del acceso y manejo del dinero de sus hijos.

Desde otra postura, se argumenta que con esta medida se continúa encasillando a la mujer en su rol de madre sin considerar el potencial desfamiliarizador de la asignación y sin el desarrollo de políticas activas que promuevan el acceso de las mujeres a mejores oportunidades laborales, servicios y/o infraestructura para el cuidado de los niños.[...] (Genolet; 2016:443).

Si bien afirmamos que la AUE y la AUH constituyen una herramienta para aquellas mujeres jefas de hogar, que se hacen cargo de sus hijos/as y /o para aquellas familias que se encuentran en situación de pobreza. Así mismo, podemos considerar que el hecho material y real de disponer en la cuenta bancaria a su nombre, el uso de una tarjeta de débito y la posibilidad de decidir en que, como, cuando y cuanto gastar puede resultar para muchas mujeres , si esto se acompaña de un proceso reflexivo subjetivo apoyado en un dispositivo de intervención grupal / social, en el inicio de un proceso de empoderamiento que contribuya a mayor autonomía no solo de las relaciones patriarcales sino también de las relaciones capitalistas. De todas formas, el programa continúa reproduciendo de algún modo, pautas culturales que encasillan a la mujer en el ejercicio de cuidadora de sus hijos en el ámbito doméstico.

[...]Las políticas de protección social en argentina aún no son capaces de interpelar los estereotipos, tareas y concepciones asignadas a las mujeres y sobre todo a aquellas en situación de pobreza. Las condiciones económicas y sociales en las que viven, sumado a la ausencia de políticas adecuadas que les permitan conciliar el trabajo y el cuidado, son obstáculos para el acceso y sostenimiento, en condiciones de igualdad respecto de los varones, a un empleo, un ingreso digno o a un trabajo no precario[...] (Genolet; 2016:444).

Para finalizar creemos importante retomar la reflexión de Meschini y Dahul (2015) con respecto a los desafíos aún pendientes que se identifican en las condicionalidades para el acceso a esta política pública:

Reconsiderar el número de hijos/as a cargo para la percepción de la AUH. En relación a los/as trabajadores/as formales que no tienen límite de hijos/as para percibir el salario si lo hay en la AUH. Al mismo tiempo mientras quienes se encuentran dentro del sistema formal de trabajo deben solo presentar el certificado de escolaridad, quienes están

bajo el régimen informal deben presentar certificado de escolaridad y salud, creemos que las condicionalidades deben ser las mismas para ambos subsistemas de seguridad social.

Por último se cree necesario disminuir el tiempo de residencia en el país para aquellos/as niños/as inmigrantes, que acceden a la AUH.

Sería importante

[...]Diseñar estrategias de intervención inclusivas con aquellos que no han llegado a cumplir con las condicionalidades exigidas, en tanto, el acceso a la salud y la educación se configuran como derechos básicos y es responsabilidad del Estado asegurar la participación en ellos. Aquí se abriría un espacio interesante y novedoso de intervención en lo social para el Trabajo Social argentino [...] (Meschini, Dahul. 2015: 15).

A modo de cierre, si bien, el programa no se encuentra dirigido a la mujer, sino a sus hijos/as, creemos fundamental hacer la salvedad de que el mismo se constituye en una herramienta que complementada con otras políticas, produciría un proceso de emancipación. Retomaremos esta discusión en el Capítulo C de la parte interpretativa.

Asimismo, el **Programa SUMAR/NACER** está destinado a niños/as de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y mujeres de 20 a 64 años sin obra social (rango y concepción etaria establecido por el programa). Para ser beneficiario del SUMAR/NACER la persona interesada deberá concurrir al centro de salud más cercano a su domicilio y completar el Formulario Único de Inscripción. Prevé el acceso a prestaciones sanitarias y de control para la mujer embarazada: prueba de embarazo, control del embarazo: verificar su peso y estatura, revisar las mamas, medir la presión arterial, medir la panza, escuchar los latidos del bebé, hacer un Papanicolau. Análisis de sangre y orina: para determinar el grupo sanguíneo y diagnosticar y tratar enfermedades como anemia, sífilis, VIH y otras. Ecografías: para controlar el crecimiento y la vitalidad de tu bebé. Vacunación: una dosis de vacuna antigripal, dos dosis de vacuna doble (tétanos y difteria) durante el embarazo, y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubéola) luego del parto. Salud bucal: revisiones preventivas y prestaciones odontológicas de arreglo de caries. Atención con médicos especialistas y prestaciones de alta complejidad: para embarazo de alto riesgo (hipertensión, diabetes y otras). Parto atendido por especialistas en el hospital. Atención

del recién nacido. Acceso a la información: cuidados durante el embarazo y posparto, indicación de cuándo consultar urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de muerte súbita, y salud sexual y planificación familiar.

Prestaciones para niños/as de 0 a 6 años: Atención del recién nacido. Examen para detectar hipoacusia: prueba a los recién nacidos para medir su capacidad auditiva. Controles clínicos: A la semana de nacimiento: PRIMER control, entre el mes 1 y el 6: UN control cada mes, entre el 6 y el 12: UN control cada DOS meses, entre el año y 1 año y medio: UN control cada SEIS meses entre los 3 y los 6 años: UN control por año. Vacunación: todas las vacunas del calendario nacional. Salud bucal: un control odontológico cada seis meses a partir de los seis meses de edad. Control oftalmológico: una consulta a los 5 años. Consultas: con pediatras especialistas y en emergencias hospitalarias. Atención de enfermedades: respiratorias, diarreicas y deficiencias nutricionales. Prestaciones de alta complejidad: detección, cirugía y tratamiento de enfermedades del corazón; cuidados intensivos para los recién nacidos en situación de riesgo; e internación por neumonía. Acceso a la información para los padres: importancia de la lactancia materna; pautas de alimentación, de crianza y desarrollo infantil; prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita; cuidado buco-dental e indicaciones de cuándo ir urgente al médico.

El **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** (PNSSyPR) tiene como propósito promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual. Esto implica un pensamiento colectivo que nos permita construir acciones transformadoras de la realidad, mejorando el acceso a los servicios de salud sexual.

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado por la Ley Nacional 25.673 y reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método

anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos/as, cuántos hijos/as tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos.

Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca:

- Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los sujetos, con asesoramiento o consejería especializada.

Los insumos de salud sexual y reproductiva que distribuye el Programa, actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia; dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.

- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Capacitación a los equipos de salud mediante la articulación con el Programa de Médicos Comunitarios.
- Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- Actividades de comunicación social y campañas.
- Articulación de actividades con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios: Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, Plan Nacer, la Dirección de Maternidad e Infancia, Programa de Médicos Comunitarios, la Dirección de Programas Sanitarios la Dirección Nacional de la Juventud y el Programa Familias del Ministerio de

Desarrollo Social y Organizaciones no gubernamentales: científicas, de desarrollo comunitario, académicas.

Por otra parte, el denominado **Plan Mas Vida** es un programa que depende enteramente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires y se efectúa conjuntamente con la Municipalidad de cada distrito bonaerense. Consta de la entrega de leche fluida (2 kilos por mes) por cada niño hasta el ingreso escolar o cada mujer embarazada, asimismo se entrega una tarjeta con la que se podrá realizar la compra de alimentos, además de una única entrega de ajuar para los niños que estén por nacer o con días de nacido. Fue creado con el fin de mejorar las condiciones de nutrición, desarrollo y crecimiento de la población materno- infantil, fortaleciendo las capacidades de las familias y consolidando redes comunitarios que asisten a la promoción de los derechos, el cuidado de la salud, la seguridad alimentaria y la inclusión educativa.

Son destinatarios del plan aquellas personas o familias que habitan en condición vulnerable con población materno- infantil, mujeres embarazadas y niños entre 0 a 6 años de edad podrán hacerse destinatarios.

La presentación del Plan Más Vida se hace efectiva de dos formas: una, a través de una tarjeta de débito emitida por el Banco Provincia, que da la posibilidad de acceder a un monto fijo que se acredita de forma mensual a cada beneficiario y que se encuentra destinada para la adquisición de mercadería alimentaria. También, por medio de trabajadoras vecinales de cada barrio, que se encargan de entregar los días estipulados la leche a cada una de las familias. Es fundamental dentro de la implementación del Plan Más Vida la función de las vecinas, ya que son quienes además de hacer la entrega de leche, fueron formadas y capacitadas para saber desempeñar el rol en la promoción de derechos, el cuidado de la salud, la seguridad alimentaria y la inclusión educativa.

El programa **Qunita** está destinado a todas las mujeres embarazadas de la Argentina titulares de la Asignación por Embarazo (AUE) otorgada por ANSES. Se complementa con todas las acciones de cuidados del embarazo. Consiste principalmente en acompañar a la mujer embarazada en la realización de los controles prenatales, en la

atención del parto y en la entrega de una cuna junto a otros elementos para los primeros cuidados del bebé.

Los dispositivos estatales hasta aquí mencionados (legislación, programas y políticas públicas) atraviesan por su presencia o ausencia la vida cotidiana de las mujeres madres adolescentes que se constituyen como nuestro ‘objeto’/sujeto de estudio.

Para cerrar el capítulo creemos importante destacar como indica Genolet

[...] Que se debe tener en cuenta una perspectiva de género en la planificación de la política pública, que supone analizar y reconocer en la sociedad la existencia de jerarquías, desigualdades sociales, desigualdades entre varones y mujeres y el impacto diferenciado que estas se expresan en las diferentes problemáticas vinculadas a la cuestión social. Sus objetivos, además de tender a la resolución de los diferentes problemas que se plantean, deben analizar sus acciones en términos de evitar la reproducción de la desigualdad de género, considerando para tal fin el mejoramiento de la posición de las mujeres en los ámbitos público y privados, su empoderamiento en la sociedad, el reconocimiento y valoración del aporte económico de las tareas domésticas y de cuidado que en su mayoría son realizadas por las mujeres [...] (Genolet, 2016: 445).

A partir del recorrido por las categorías que hasta aquí presentamos, desarrollaremos los siguientes capítulos interpretativos, donde la intención está puesta en poner en diálogo el marco conceptual propuesto con la información obtenida tanto de las entrevistas en profundidad y observaciones participantes como de la reflexión en torno a la intervención en lo social durante el proceso de realización de la práctica organizacional supervisada.

En función de ello, presentamos a continuación el capítulo que establece los aspectos metodológicos que sustentan nuestro estudio, para luego pasar al análisis crítico y propositivo de nuestro problema de estudio.

Metodología de la sistematización

El trabajo final que proponemos reconoce a la sistematización como una forma particular de investigación social no positivista. Como informa Vasilachis de Gialdino (2007):

[...] La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar. Trata de comprender dichos contextos y sus procesos, recurriendo a la causalidad local para explicarlos [...]. (Vasilachis de Gialdino; 2007: 33).

Por ello, recupera la reflexión de la intervención en lo social vivenciada en el marco de la práctica institucional supervisada, la cual se desarrolló a lo largo del año 2015 en el centro de salud N°2 del Puerto de la ciudad de Mar del Plata, donde formamos parte del servicio social como estudiantes avanzadas de la Licenciatura en Trabajo Social de la UNMDP, supervisadas de manera presencial por la trabajadora social de la institución y de manera referencial por las docentes de la cátedra supervisión. Al mismo tiempo, cabe señalar que la atención del servicio social se basa en las problemáticas vinculadas con las madres y los /as niños/as comprendidos en la franja etárea entre 0 a 6 años de edad

Se parte de entender a la metodología de sistematización como una forma de investigación cualitativa en el campo de las ciencias sociales, con una larga tradición en las profesiones de Trabajo Social y de la Pedagogía en Argentina. Sin embargo, como menciona Meschini (2013), entendemos que:

[...]No constituye una sistematización escribir o describir una práctica, recopilar una información sobre una práctica y presentar la misma ordenada cronológicamente o elaborar un informe síntesis de una práctica, sobre lo que se hizo o evaluar en relación a los aciertos u errores la misma [...]. (Meschini, 2003: 4).

La organización de la información forma parte del proceso metodológico de sistematizar, siendo una forma de dar inicio al proceso de investigación no positivista que no finaliza en este acto, sino que el mismo puede servir para organizar, para generar una cierta cronología de los hechos, en aquellas investigaciones que así lo requiriesen

Tal como afirman Bernaldo de Quirós y Rodríguez, la sistematización es entendida como un *“proceso de reflexión e interpretación crítica de una intervención profesional o de un aspecto de ella, que parte de la explicitación del marco epistemológico, teórico y valorativo desde el cual se intervino y desde el cual se realiza la reflexión”* (Bernaldo de Quiros & Rodriguez, 2004: 11).

Adicionalmente, Meschini (2003) establece que retomar esta categoría permite *“recuperar, desde la producción teórica de los/as autores propios del Trabajo Social, las resonancias polifónicas, los debates que en el interior de la disciplina, frente a las problemáticas sociales contemporáneas”* (Meschini, 2003: 4-5).

Se afirma que la sistematización sirve a dos objetivos: mejorar la práctica, la intervención profesional, y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad. Por tanto:

[...]La sistematización se constituye en una categoría que permite avanzar en la comprensión de la totalidad como proceso dinámico que se transforma mientras los vivimos y conocemos. Posibilita entender la complejidad de los procesos sociales, al dar cuenta de articulaciones de totalidades parciales en que se tiene en cuenta la singularidad de la experiencia, la universalidad que condensa, la particularidad que le da sentido [...] (Nobre citado en Meschini, 2003: 4).

En este sentido, siguiendo lo sostenido por Paula Meschini, la metodología de investigación que propone la sistematización de las intervenciones sociales en el marco de las prácticas de formación académica de Licenciados en Trabajo Social en la UNMDP y que se desarrollan en ámbitos organizacionales/ institucionales bajo la supervisión de un/ una trabajadora social, se centra en la reflexión de las intervenciones realizadas. Esta situación de partir de la reflexión en torno a la intervención en lo social, favorece interpelar

el divorcio existente entre “lo teórico” y “lo práctico”, que concibe a la adquisición y producción de conocimientos y sus resultados como dos momentos y espacios separados de los mecanismos de intervención social. En relación con esto González Saibene (2010) sostiene que un fuerte sostén teórico, su retroalimentación y profundización constante constituyen un bagaje fundamental para una intervención fundada. Su ausencia promueve la apelación a posiciones poco analizadas generalmente de carácter dicotómico y excluyente. De ello se obtiene como resultado un conjunto de respuestas dogmáticas y, a veces fundamentalistas, en lo teórico que llevan indefectiblemente a una absoluta pobreza de propuestas estratégicas en la intervención (González Saibene, 2010:14).

Entonces, a partir de la reflexión de la intervención en el marco de la supervisión, construimos el problema de conocimiento para abordar en este trabajo de investigación.

Es así que asistir diariamente al taller de control del niño/a sano, que se realizaba en el Centro de Salud Municipal N°2 durante siete meses donde las madres manifestaron su intención de no volver a ser madres a corto plazo, para retomar sus proyectos personales, mejorando su calidad de vida y la de sus hijos/as permitió que nos interpeláramos en relación algunas cuestiones que aparecían como naturales y que contribuyeron a la definición del problema de investigación.

Los interrogantes que se plantearon en base a la investigación realizada fueron los siguientes:

-¿Cuáles son las políticas públicas y sociales a las que tienen acceso las madres adolescentes en el centro de salud N°2?

-¿Cuáles son las variables que producen una reconfiguración en la trayectoria de vida modificándose los proyectos?

- ¿Qué aspectos cambiarían en la vida de estas mujeres luego de ser madres por primer vez?

Dicho problema de investigación, retoma las estrategias familiares de vida y prácticas sociales de las mujeres madres adolescentes que habitan en el área programática del Centro de Salud N°2 de la zona puerto de la ciudad de Mar del Plata,

teniendo en cuenta el contexto y los procesos históricos así como el sentido de las prácticas desde los propios actores, en este caso, las mujeres madres adolescentes de 15 a 18 años.

De esta forma se fue construyendo el campo problemático que constituye la presente tesis. El cual es producto de las transformaciones políticas, económicas y sociales de la década de los 90 caracterizada por la liberación del mercado y la retracción del Estado en las esferas de regulación y protección, los empresarios locales del sector pesquero comenzaron a menudo a tercerizar la producción utilizando para ello la figura de cooperativas de trabajo, encubriendo así relaciones laborales de dependencia (URBAL, 2011). De esta forma los trabajadores pierden derechos laborales y sociales conquistados cuestión que particularmente repercute en el ámbito de la salud pública aumentando la demanda por parte de aquellos que antes poseían cobertura social y se atendían en el ámbito privado.

De acuerdo a un diagnóstico que desde el Centro de Salud N° 2 se realiza cada año se afirma que la principal ocupación laboral de la zona se da en las plantas procesadoras de pescado, donde se reproduce el mercado informal de la economía caracterizado por condiciones laborales precarias y no registradas, con altos índices de accidentabilidad lo que las aleja del ideal de trabajo decente⁵ propuesto por OIT. Asimismo, hay astilleros para mantenimiento de barcos, personas que trabajan como marineros y pescadores. Otra fuente laboral es la gastronómica, debido a la gran cantidad de restaurantes en la zona, de balnearios y la industria textil, con su epicentro en Av. Juan B Justo.

Adicionalmente desde el diagnóstico mencionado se sostiene que con frecuencia las mujeres adolescentes entre 15 y 18 años, que concurren al centro de salud N°2, no estudian ni trabajan, viven con sus padres en familias extensas, ubicadas en la ciudad como consecuencia de migraciones internas, en un área geográfica de pobreza urbana y segregación espacial.

⁵ El Trabajo Decente es definido como *“aquella ocupación productiva que es justamente remunerada y que se ejerce en condiciones de libertad, equidad, seguridad y respeto a la condición humana”* (Lanari, 2005:23).

El servicio social del Centro de Salud n° 2 tiene como principal objetivo garantizar el acceso a la salud de niños entre 0 y 6 años de edad. El vínculo con los niños y niñas se da a través de sus padres, y de manera más directa con las madres, dándose de esta forma el proceso de intervención desde la etapa del embarazo. Más allá de la información preliminar que arroja este diagnóstico, en el desarrollo de este trabajo final de tesis, indagaremos en torno a las trayectorias de vida de las mujeres madres adolescentes entrevistadas y las estrategias familiares de vida por ellas implementadas a fin de investigar sobre una posible reconfiguración de sus prácticas sociales en torno a la maternidad temprana y proyectos de vida.

Con este trabajo intentaremos lograr constituir una sistematización a partir de la reflexión del proceso de intervención en lo social del cual hemos participado como observadores y también como protagonistas como estudiantes avanzadas de la Licenciatura en Trabajo Social, en el marco de la práctica institucional supervisada efectuada en el centro de salud N°2.

Es así que, durante el proceso de sistematización se pretende poner a dialogar lo teórico y lo práctico, interpelándose mutuamente, permitiéndonos comprender la complejidad de la realidad estudiada y a partir de ello poner en relación con las diferentes políticas públicas implementadas en la intervención.

Las diversas herramientas metodológicas son las propias de la investigación cualitativa: la observación participante, toma de registros de encuentro y entrevistas en profundidad con diferentes adolescentes mujeres madres entre 15 y 18 años o con hijos/as hasta un año de edad.

Se trabajó en torno a la conformación de la revisión bibliográfica que configura el marco teórico a partir de construir núcleos significativos. Se resignificarán los documentos relevantes a partir de conceptos guía para ponerlos en diálogo con la información y los datos que surjan de las entrevistas en profundidad, las observaciones participantes y los registros de los talleres.

La selección de las entrevistadas se realizó en base al conocimiento previo de las autoras, propio de la realización de la práctica institucional supervisada. De acuerdo a investigaciones de tipo cualitativas el número de entrevistas se definió de acuerdo a la saturación de las categorías tomadas para el análisis, es decir, cuando las nuevas entrevistas no arrojen datos diferenciados respecto a las anteriores. Realizamos 6 (seis) entrevistas en profundidad, donde cuatro de ellas fueron tomadas en el Centro de Salud N°2 y las dos restantes en el espacio del programa de responsabilidad social compartida “Envió puerto” (Programa de responsabilidad social compartida “Envió”, política pública llevada a cabo por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires y la Municipalidad de General Pueyrredón destinada a chicos de entre 12 y 21 años en situación de exclusión social).

Aclaremos que los nombres de las entrevistadas son ficticios, ya que se quiere preservar la identidad de las mismas. Con respecto a la edad de las adolescentes en el momento de la entrevista, es importante indicar que las mismas, fueron madres entre los 15 y los 18 años, aunque al momento de la entrevista algunas de ellas superen la franja etaria tomada para el análisis.

Estas técnicas de relevamiento y sistematización de información permitieron realizar mediaciones conceptuales entre los aportes teóricos y el análisis empírico, de modo de propiciar un análisis crítico de la problemática tomada para el estudio. Este último paso, habilitó la extracción de conclusiones y la elaboración de puntos de vista y las sugerencias propias de la investigación.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el conjunto de las adolescentes entrevistadas, que fueron madres adolescentes, entre 15 y 18 años.

Entrevistada ^o	Edad actual	Edad en que fue madre	Composición del hogar	Tipo de familia	Lugar de realización de la entrevista
---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------	-----------------	---------------------------------------

^o A fin de proteger la identidad de las mujeres entrevistadas se utilizan nombres ficticios, pudiendo en caso de ser requerido acceder a la información sobre las mismas que se encuentra resguardada en el marco de la presente investigación

Ludmila	18 años	16 años	vive con su hijo/a y pareja	nuclear	Centro de Salud N°2
Jesica	17 años	15 años	vive con su hijo/a y su mamá	extensa, monoparental y de jefatura femenina	Centro de Salud N°2
Martina	18 años	16 años	vive con su hijo/a, su papá, hermanos y una tía con su hija.	Extensa	Centro de Salud N°2
Lucia	18 años	18 años	con su hijo/a y su mamá	extensa, monoparental y de jefatura femenina	Centro de Salud N°2
Jenifer	18 años	16 años	Con su hijo/a, su mamá y su hermano	extensa, monoparental y de jefatura femenina	Programa de responsabilidad social compartida "Envién puerto"

Laura	19	15	con su hijo/a	nuclear, monoparen tal y de jefatura femenina	Programa de responsab ilidad social compartid a “Envi3n puerto”
-------	----	----	---------------	---	--

Para la interpretaci3n de la informaci3n obtenida en el marco de las entrevistas realizadas se propone una segunda parte de este trabajo donde se retoman algunas expresiones significativas de las entrevistas y se las coloca en di3logo con algunas de las categorías enunciadas y definidas en la primer parte de este trabajo donde se defini3 el marco te3rico del mismo . Para esta segunda parte del trabajo se dividi3 la presentaci3n en tres apartados: A) Las estrategias familiares de vida implementadas por las mujeres madres adolescentes de 15 a 18 a3os de la zona puerto. Matices y ¿rupturas? en la reproducci3n intergeneracional de la pobreza.; B) La singularidad de la maternidad despu3 del primer hijo/as en las mujeres madres adolescentes de sectores populares de la zona puerto.; C) ¿C3mo es ser adolescente madre en los sectores populares? Una categoría que, desde las pr3cticas, no se condice con la legislaci3n vigente.

PARTE II

Capítulo A: Las estrategias familiares de vida implementadas por las mujeres madres adolescentes de 15 a 18 años de la zona puerto. Matices y ¿rupturas? en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Para este capítulo se retoman tres categorías conceptuales a saber: prácticas sociales, habitus y reproducción social, que fueron abordadas en su profundidad y extensión en el capítulo 1 y que ahora son necesarias recuperar para poder ponerlas en diálogo e interpelar lo expresado por las madres adolescentes entrevistadas.

En pocas palabras el habitus se constituye como lo socialmente incorporado definiendo modos de actuación en lo cotidiano; las prácticas sociales de un agente, dependen de las posibilidades específicas que posea, posibilidades que están en relación con los habitus incorporados. El conjunto de prácticas sociales que desarrollan los agentes da lugar a que estos desarrollen estrategias de reproducción social entendidas como: el conjunto de prácticas conscientes o inconscientes mediante las cuales los individuos o las familias intentan conservar o aumentar su patrimonio y mantener o mejorar su posición en la estructura social.

Según el documento titulado “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes UNICEF Latinoamérica (2017) indica que la maternidad de la adolescencia es más frecuente en sectores vulnerables y con menor nivel educativo. Durante la práctica institucional supervisada pudimos observar que la mayoría de las adolescentes entrevistadas expresaron ser hijas de madres adolescentes. En consecuencia de ello y debido a las situaciones de pobreza, manifestaron haber vivido situaciones de vulnerabilidad, entre ellas: necesidades básicas insatisfechas, deserción escolar, temprana incorporación al mercado de trabajo, entre otras.

En palabras de las entrevistadas:

“Me volví a ir porque mi mamá me golpeaba. Mi mamá se juntó con mi padrastro que me golpeaba, me hacía pasar hambre” (Laura, 19 años, marzo 2017)

“El día que él nació yo tenía tanto miedo, por un montón de cosas, porque era chica, y pensaba que iba a hacer de mi vida, otra vez se repite lo mismo porque mi mamá tuvo a mi hermana a los 15, fue madre adolescente y también estaba sola, y yo que ella lo pasó muy mal, pero en vez de decir que quiere lo mejor para sus hija hizo todo lo contrario. Y cuando lo vi a mi hijo dije... no voy a hacer lo mismo” (Laura, 19 años, marzo 2017)

“Yo estaba en Salta, llegue en julio, estaba embarazada. Mi mamá también fue madre joven, somos ocho hermanos”. (Martina, 18 años, marzo 2017)

“Deje todo, tuve a la nena y tuve que dejar todo, hasta estudiar”. “Empecé a trabajar a los 17, en un hotel”. (Ludmila, 18 años, febrero 2017)

A partir de una interpretación crítica de lo expuesto por las entrevistadas, pudimos introducir algunos aspectos que colaboren con la ruptura de la llamada reproducción intergeneracional de la pobreza, ya que el nacimiento de su primer hijo/a representa un anclaje en la visión de trayectoria de vida, produciendo una reconfiguración en las estrategias familiares de vida entendidas por Susana Torrado como

[...] Aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que – estando condicionados por su posición social (o sea, por su pertenencia a determinada clase o estrato social)- se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la amortización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros[...] (Torrado, 1982: 3-4), heredadas e incorporadas del seno familiar.

En palabras de Paula Fainsod (2012), a partir de la continuidad de los embarazos, diferentes son los sentidos y las estrategias que se construyen. La trama familiar, conyugal e institucional resulta altamente significativa. (Fainsod; 2012 :11)

[...] Otro de los sentidos que insiste en los relatos es aquel que refiere a la maternidad como posibilidad de salvación. Para algunas de las entrevistadas, sobre todo aquellas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilización por estar en calle, vivir situaciones de violencia familiar o estar en situaciones de mayor exposición; los hijos/las hijas vendrían a

traer la posibilidad de salida, de zafar de una vida tortuosa. Para algunas otras, se presenta no tanto como el modo de rescatarse a ellas mismas, sino a sus parejas porque ellos se lo piden o porque ellas creen que los/as hijos/as conducirían a un cambio de vida. Así, en sus testimonios presentan a “el” hijo como aquel que da la segunda oportunidad, la posibilidad salir de todo aquello indigno[...] (Fainsod,P:2012:12).

Las adolescentes entrevistadas manifestaron ciertas modificaciones en su vida. Algunas de ellas son: cambio de responsabilidades, dejar de salir a bailar, en algunos casos dejar los estudios y luego retomarlos, comenzar a trabajar, entre otros.

Continuando con lo dicho por UNICEF Latinoamérica en el texto denominado “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes”, casi la mitad de las madres adolescentes se encuentran fuera del sistema educativo al momento del embarazo o desertan luego de ser madres. En este sentido, en palabras de Catalina Wainerman :

[...]El hecho de convertirse en madres a temprana edad implica una mayor vulnerabilidad de las mujeres y sus hijos. A menudo, los proyectos educativos personales tienen que interrumpirse, sumado a que estas mujeres tienen más probabilidades de tener una fecundidad más alta, de ser mujeres jefas a cargo de sus hijos, de encontrarse en situaciones de precariedad e incertidumbre. Hay indicaciones, además de la transición intergeneracional de la vulnerabilidad y la precariedad: las mujeres que inician su maternidad a edades tempranas a menudo provienen de familias donde esta ha sido una práctica preexistente[...] (Wainerman, 1994: 33 - 34).

Tomando los aportes realizados por la autora, nuestra atención está puesta en poner en cuestión las premisas que ligan directamente la reproducción intergeneracional de la pobreza con la de la maternidad adolescente, con base empírica en la realización de la práctica institucional en el Centro de Salud n° 2 durante 2015 y principalmente en la realización de entrevistas así como en la reflexión a partir del proceso de intervención.

Sin embargo, de lo recabado en las entrevistas, se puede visualizar que la mayoría de las madres entrevistadas tienen el secundario incompleto o en proceso de finalización, algunas de ellas lo dejaron antes de quedar embarazadas y con la llegada de su bebé

decidieron retomarlo y otras debieron interrumpirlo post maternidad, retomándolo a corto plazo.

Continuando con esta línea, todas las entrevistadas dijeron no querer ser madres a la brevedad, optando por dar una mejor calidad de vida a sus hijas/os y el cumplimiento de objetivos personales. Esta idea, aparentemente y desde la visión de las entrevistadas implica rupturas con las prácticas implementadas por sus propias madres, que interpela las afirmaciones sostenidas para esta situación especial. Cuando se les consulto si tienen deseos de ser madres a corto plazo, algunas de las respuestas fueron:

“No, porque tuve presión alta y quede mal. Además para poder continuar con mi vida.” (Jessica, 17 años, febrero 2017)

“No, ya está”. (Lucia, 18 años, marzo 2017)

“No, al menos por ahora no”. (Martina, 18 años, marzo 2017)

“Y... no... mi objetivo es terminar el estudio y tener mi carrera. Lo tenía pensado porque él quería un hermanito. Entonces lo hable con el padre pero después dije que no, esperar un poco porque yo estaba trabajando. Para mí era difícil, yo llegaba de trabajar, tenía que atenderlo al nene.” (Laura, 19 años, marzo 2017)

Cuando se les preguntó acerca de la utilización de MAC (métodos anticonceptivos) en los momentos previos al embarazo, la mayoría manifestó no cuidarse antes de ser madres y luego de este suceso, informarse más y finalizar accediendo a algún método. Esto no implica el deseo de ser madres o la planificación de proyectos de vida, sino que principalmente hace alusión a la debilidad de las instituciones en la transmisión de información y contención al respecto.

Cabe aclarar que luego de ser madres se abren a la posibilidad de establecer un proceso de planificación familiar, accediendo a diferentes anticonceptivos y realizando controles referidos a su salud.

En este sentido, el Centro de Salud N°2 brindaba anticonceptivos gratuitos, ofreciendo variedad de formas de cuidado, se realizan allí talleres de planificación familiar, brindando un espacio de consulta e información. Al consultar si utilizaban o utilizan algún MAC las entrevistadas respondieron:

“Sí, primero tome las pastillas, así que las deje y empecé con una inyección. Y como a veces tenía y a veces no, y va a ser mejor que este con inyecciones.” (Laura, 19 años, marzo 2017)

“Sí, estoy con un chico, no es nada serio, pero usamos preservativo.” (Jenifer, 18 años, febrero 2017)

“No, me puse el chip.” (Jessica, 17 años, febrero 2017)

Es importante destacar que la mujer se constituye como protagonista de las políticas de su salud que se implementan en el centro de salud N° 2, luego de ser madre y el vínculo con ellas se produce a través de su hijo, como consecuencias de los controles de salud que requiere el plan materno infantil.

En efecto, si bien al taller de planificación familiar podían acceder todas las mujeres, sean madres o no, la poca difusión de los mismos producía que solo aquellas que eran madres puedan tener acceso a esa información. Esto se produjo debido a que el contacto con las mujeres se daba a partir de la maternidad, no habiendo dispositivos formales de contacto con aquellas mujeres que no eran madres. La institución al posicionarse a partir del programa materno infantil, no elaboraba políticas institucionales de difusión y promoción de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable dirigidas a los/as adolescentes de su área programática.

Creemos fundamental la necesidad de resaltar que, la atención primaria no solo se focalice en lo materno infantil y en la promoción de la salud, sino que también pueda hacer hincapié en la prevención, no solo desde el punto de vista biológico sino también pensando en el sexo seguro y placentero de la mujer.

[...]Es imperativo impartir educación sexual con un punto de vista de género y derechos, y ampliar el acceso de la adolescencia a los métodos anticonceptivos. Se debe mejorar la atención prenatal y posparto, así como la atención postaborto, para las mujeres jóvenes, y estos servicios deben verse como oportunidades para brindar consejería anticonceptiva y suministrar métodos anticonceptivos. Además, se debe promover la participación del hombre en la prevención y atención del embarazo[...] (Gogna, M. 2011 :75).

En lo respecta a la constitución del hogar, las entrevistadas dijeron tener relaciones de poca duración con los padres de sus hijos e hijas, donde el vínculo amoroso no perdura en el tiempo, pero si lo hace el vínculo paterno en la mayoría de los casos. Esto dio lugar a que las madres adolescentes desarrollen la estrategia de vida de continuar viviendo en el hogar de origen familiar.

“Vivo con mi papá y mi tía, el papá de mi bebe no vive conmigo ni estoy en pareja”.(Martina, 18 años, marzo 2017)

“Vivo con mi mama, el papa de la nena vive aparte, no estamos juntos.”(Lucia, 18 años, marzo 2017)

“No mucha, al principio no se hacía cargo, y después sí. Vivíamos juntos, pero se drogaba mucho y me pegaba. Entonces me fui a vivir con mi mama. Ahora está más tranquilo pero no voy a volver con él.”(Jenifer, 18 años, febrero 2017)

Retomaremos los conceptos señalados en el capítulo teórico I, sin recaer en la universalización de las situaciones. La constitución del hogar luego de la llegada del primer hijo/a se da por fuera de lo que las teorías tradicionales consideran familiar nuclear normalizada, dado lugar a hogares con familias compuestas, extensas y monoparentales.

En resumen, luego de la llegada del/ de la primer hijo/hija se produce un proceso de reconfiguración de la trayectoria de vida y en consecuencia, se reconfiguran las estrategias familiares implementadas para la reproducción social. Se comienza a planificar a futuro, desde diversos niveles: planificación y organización familiar, educación y empleo, salud, entre otros. A partir de este momento particular de la vida de las adolescentes, se genera la apertura de nuevas posibilidades. El/ la hijo/hija representa diferentes sentidos: responsabilidad, modificación de patrones de conducta (salvación), ejercicio de un nuevo rol (de madre), tomar protagonismo en su propia vida y la posibilidad de ser alguien para otro.

Capítulo B: La singularidad de la maternidad después del primer hijo/hija en las mujeres madres adolescentes de sectores populares de la zona puerto.

En el presente capítulo se destacarán las variables que estarían asociadas a las distintas consecuencias de la maternidad adolescente que hemos podido visualizar a lo largo de las entrevistas realizadas a las adolescentes de la zona puerto de la ciudad de Mar Del Plata.

El Centro de Salud N°2 se encuentra ubicado en la zona puerto de la ciudad de Mar del Plata, específicamente en el barrio de Villa Lourdes. Su área programática se compone por los siguientes barrios: Las Avenidas, El Progreso, San Carlos, Cerrito y San Salvador, Villa Lourdes , Puerto, parte de Punta Mogotes, parte de Colinas de Peralta Ramos y Termas Huinco.

La mayoría de las mujeres adolescentes entre 15 y 18 años, que concurren al centro de salud N°2, viven con sus padres en familias extensas, ubicadas en la ciudad como consecuencia de migraciones internas, en un área geográfica de pobreza urbana y segregación espacial. El servicio social del centro de salud N 2 tiene como principal objetivo garantizar el acceso a la salud de niños entre 0 y 6 años de edad. El vínculo con los niños y niñas se da a través de sus padres, y de manera más directa con las madres, dándose de esta forma el proceso de intervención desde la etapa del embarazo.

El objeto de este capítulo es comprender los elementos que configuran a la maternidad adolescente dependiendo las características contextuales, socioeconómicas de las entrevistadas. Se analizan las trayectorias educativas y laborales, así también como la reorganización familiar que se da luego de ser madre.

Como informa Fainsod (2012:12)

[...]La maternidad adolescente comienza a ser visualizada como “problema” a mediados de 1950. En los países centrales, en un contexto de pleno empleo, crecimiento de la matrícula escolar y desarrollo de políticas sociales, los embarazos y las maternidades adolescentes se constituyen como problema, en principio, de salud pública. A partir de allí, y centrados inicialmente en el paradigma funcionalista, se desarrolla un importante caudal de estudios en la temática. Estos primeros trabajos, cuyas argumentaciones mantienen su hegemonía en la actualidad, universalizan a las maternidades que se dan entre los 10 y 19 años bajo el rótulo de “maternidad adolescente”, “maternidad desventajosa“[...] (Fainsod,P. 2011:2).

En esta línea se concibe a la maternidad adolescente como negativa, tomándola como riesgosa e inmadura tanto desde lo físico como desde lo psicológico y lo social.

Por otro lado, el ser madres adolescentes se convertiría en un riesgo social que tendría como consecuencias el abandono de los estudios y la exclusión del mercado laboral, continuando así la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Creemos que el análisis que plantea esta postura se da de manera a-histórica y a-social, desde donde las maternidades tempranas son producto de desviaciones de algunos grupos. Interponiendo de esta forma un paradigma normalizador.

[...]Anudando la desventaja sólo a la edad en la que se dan estas experiencias se invisibilizan las condiciones económicas, sociales y culturales que configuran diferenciales escenarios sociales e institucionales. Por otro lado, bajo esta categoría se universaliza la experiencia. Esta nominación, al desconocer las multiplicidades, totaliza la experiencia postulando a estas adolescentes como víctimas pasivas de sus adversidades y sin poder advertir los resortes de producción de proyecto y de autonomía que a partir de su maternidad puedan -en algunos casos- desplegarse[...] (Fernández (2004) citado en Fainsod. 2012:12).

Recuperando el concepto de pensar situado de Carballeda, que da cuenta del atravesamiento de dos ejes: espaciales-geográficos y temporales- históricos, creemos fundamental que el abordaje de las situaciones producto de la maternidad adolescente se debe comprender teniendo en cuenta las particularidades de cada caso, abordándolas desde la singularidad espacial, histórica y subjetiva, sin perder de vista, sin embargo, las

condicionalidades de las estructuras objetivas incorporadas al habitus y a las estrategias de reproducción social en términos de Bourdieu.

A mediados de la década de 1980, y de la mano del paradigma crítico, se desarrollan una serie de trabajos que aportan otras lecturas respecto de estos procesos. De esta forma se pone de manifiesto que el problema de la maternidad adolescente no se constituye como tal debido a la franja etaria que abarca sino que tiene que ver con las condiciones de vulnerabilidad social y económica en la que estas madres se encuentran sumergidas.

[...]Un importante caudal de trabajos desplegados desde esta vertiente comienza a dar visibilidad a las dimensiones sociales, económicas, culturales y políticas de estos procesos. Se enuncia, a partir de sus resultados, que la edad, las configuraciones subjetivas y las familiares se combinan con posicionamientos de clase, de género, de generación y étnicos que generan diversas desigualdades anudadas a estas experiencias. Se reconoce la matriz socio-histórica que -en tanto desigual e injusta- opera desigualdades y violencias en el caso de las adolescentes, mujeres y pobres [...] (Fainsod. 2012:12).

En contextos de vulnerabilidad y situaciones límite y poco acceso a la información, produce que las adolescentes que comienzan a transitar el inicio de su vida sexual no puedan ejercer de manera plena el derecho a la planificación familiar y el acceso de anticonceptivos. Tal como se enuncia en la Ley Nacional N°25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en la misma se hace hincapié al acceso a información y consejería en materia de sexualidad y comportamiento reproductivo potenciando la autonomía de la mujer en sus propias decisiones.

Remitiéndonos a las entrevistas realizadas en el Centro de Salud N°2, cuando se consultó a las madres si habían planificado o no el embarazo, todas respondieron de manera negativa. Se visualizó que de manera posterior al embarazo comenzaron a utilizar métodos anticonceptivos como se explica en el capítulo anterior. Las entrevistadas comentan la situación del embarazo como algo inesperado y que produce una ruptura en su vida cotidiana.

A partir de esto y dependiendo de las diversas tramas institucionales y familiares es que se producen diversos sentidos. Las entrevistadas expresaron que la maternidad generó un cambio positivo en sus vidas.

Retomando lo dicho en el capítulo anterior, el/ la hijo/hija representa diferentes sentidos: responsabilidad, modificación de patrones de conducta (salvación), ejercicio de un nuevo rol (de madre), tomar protagonismo en su propia vida y la posibilidad de ser alguien para otro.

“Yo fui por el lado de querer salir adelante y dar lo mejor de mí. Porque ahora yo sé que voy a terminar el secundario y quiero seguir estudiando y quiero tener mi carrera y mis proyectos. Una por él, y otra porque me da gusto. Para ser una mejor persona y para darle lo mejor a mi hijo. Yo me doy cuenta de que mi hijo está orgulloso de mí.”(Laura, 19 años, marzo 2017)

Trayectorias de maternidad adolescente

El primer recorrido identificado hace referencia al paso de ser niña-adolescente a constituirse como adolescente-madre, con las responsabilidades y obligaciones que ello conlleva. A su vez, en algunos casos se constituyen además de madres, en parejas y amas de casa, incorporando de esta forma, nuevos roles a su vida cotidiana.

De esta manera, se produce un reordenamiento de su tiempo y sus prioridades teniendo que dejar de lado ciertas cuestiones vinculadas a la etapa de la adolescencia y la juventud; entre ellas: salir a bailar, tiempo libre con amigos, en algunos casos los estudios y perspectivas a futuro al menos en un comienzo. Estas son desplazadas por la atención a sus hijos/hijas y el hogar.

“Cambio en que vivía saliendo antes, y ahora bueno salgo pero con él (mira a su hijo), vivía saliendo que se yo a bailes, eso, ya ahora me cambió”. (Ludmila, 18 años, Febrero 2017).

“No, sigo yendo a la escuela. Pero si cambiaron mis responsabilidades.”. (Jessica, 17 años, febrero 2017)

“Antes salía a bailar con mis amigas, todo el día estaba en la calle, a cualquier hora”. (Lucia, 18 años, marzo 2017)

“Antes andaba de joda, solamente iba al colegio, y lo tuve que dejar cuando tuve a mi hija” (Jenifer, 18 años, febrero 2017)

“Por ahora estamos haciendo la casa, es el primer proyecto, agrandando la casa para el bebé.” (Ludmila, 18 años, febrero 2017)

El segundo recorrido se constituye en una serie de rupturas y continuidades.

En primer lugar, la mayoría de las adolescentes entrevistadas dijeron seguir viviendo en el hogar de crianza con sus progenitores u otros familiares, incorporando a su hijo/a al hogar.

La relación con el padre del hijo/a puede que continúe por un tiempo, en algunos casos como un noviazgo pero sin formalizaciones ni el ejercicio de la convivencia y roles conyugales.

Algunas de las relaciones se dan por finalizadas luego del nacimiento del hijo/a, lo cual no implica que los padres se desentienden de sus obligaciones parentales.

Respecto a los estudios, este recorrido implica la continuidad en la mayoría de los casos de los proyectos previos a la maternidad. Si bien en un comienzo se produce una ruptura al respecto, se finaliza retomando con perspectivas de mejora a futuro. En esta línea, quienes abandonaron sus estudios al ser madres los retoman a corto plazo, algunas depositan en sus familiares el cuidado de sus hijos/as para poder finalizar la etapa educativa.

En relación directa con lo dicho anteriormente, se constituye el plano laboral como uno de los principales ejes reguladores para obtener estabilidad económica con el fin de brindarle lo mejor a sus hijos/as. Como se explicó en el capítulo anterior, el hecho de ser madres genera un estímulo para la constitución de proyectos de vida a futuro que den lugar a un crecimiento personal y familiar. Este aspecto, intenta reconfigurar así, el círculo intergeneracional de pobreza adquirido del seno familiar.

Otra característica es, en un comienzo, la dependencia económica de sus padres y otros familiares hasta la obtención de un trabajo o finalización de estudios. Muchas de las entrevistadas recurren a empleos precarios y de corta duración, de temporada, entre otros. También se constituye como parte importante de sus ingresos las percepciones monetarias y en especie devenidas de políticas públicas como Asignación Universal por hijo, plan PROGRESAR, plan MÁS VIDA entre otros.

[...]Esta percepción permite aportar al hogar para los gastos que genera su hijo(a), cubrir gastos personales como ropa y accesorios para ella o su hijo(a) o financiar actividades recreativas con sus amigos(as)[...] (Mastro Naccarato, 2015:52).

Para finalizar, creemos importante indicar la doble condición en la que se encuentran estas adolescentes con respecto a sus roles una vez que son madres. Si bien se constituyen como progenitoras, no dejan de ser niñas y por lo tanto, consideradas adolescentes – niñas para el marco normativo dependiente del Estado, allí radica la complejidad de la maternidad adolescente. Este tema será retomado en el siguiente capítulo interpretativo.

Capítulo C: ¿Cómo es ser adolescente madre en los sectores populares? Una categoría que, desde las prácticas, no se condice con la legislación vigente.

En el siguiente capítulo, se interpela a la legislación vigente vinculada a la cuestión de género y la maternidad adolescente con el fin de poner de manifiesto los alcances y limitaciones que las políticas públicas y sociales tienen en relación a esta cuestión.

El concepto de pobreza habitualmente es medido desde la privación de aspectos materiales, o necesidades insatisfechas sin considerar cuestiones no materiales, a saber: ideológicas, culturales, de participación, de género entre otras. En esta línea se entiende a la pobreza como un fenómeno relacional y multidimensional, en palabras de Irma Arriagada (2005):

[...] la pobreza es de naturaleza compleja, relacional y multidimensional. Las causas, las características difieren de un país a otro y la interpretación de la naturaleza precisa de la pobreza depende de factores culturales, como los de género, raza y etnia, así como del contexto económico, social e histórico. [...] (Arriagada, 2005:102).

En este punto haremos hincapié en las desigualdades de género que se reproducen también (así como en otros planos de lo social) al interior de la situación de pobreza.

El primer indicador de este fenómeno se da en el plano laboral, donde las mujeres como consecuencia de la división social del trabajo se encuentran confinadas a la labor doméstica y quienes logran insertarse en el mundo laboral externo al hogar, consiguen trabajos de menor calidad o por igual tarea reciben menor remuneración.

Es aquí donde el tiempo se constituye también en un factor fundamental de las desigualdades de género. La creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, no supone una mayor incorporación de los hombres a los quehaceres domésticos y cuidado de los hijos/as. Por lo tanto, las mujeres poseen una doble labor, por un lado el

trabajo doméstico por el cual no reciben remuneración y por el otro el empleo remunerado que poseen, esto a su vez, implica utilizar el doble de tiempo que los hombres.

[...]A diferencia de la pobreza masculina, que se relaciona básicamente con el trabajo, la dinámica de la pobreza femenina se relaciona también con otras dificultades derivadas de la vida familiar. Las mujeres, especialmente las más pobres, tienen mayores problemas para acceder al trabajo remunerado por las barreras y limitaciones de tiempo que le imponen las tareas domésticas y la crianza de los niños, su falta de preparación o de información debido a su relativo aislamiento, o por pautas culturales que desincentivan el trabajo femenino.

Si bien muchas estimaciones globales relativas a la incidencia de la pobreza no se desglosan por sexo, toda la información disponible revela una tendencia común: las mujeres están sobrerrepresentadas entre los pobres[...] (Programa Modular de capacitación e información sobre pobreza género pobreza y empleo; 2001:9).

[...]En síntesis, para analizar la pobreza desde una perspectiva de género hay que hacer visibles diversas relaciones de poder, como las ligadas a las exclusiones, desigualdades y discriminaciones de género en el mercado laboral, el reparto desigual del trabajo no remunerado, el ejercicio de la violencia física y simbólica en contra de la mujer y el diferente uso del tiempo de hombres y mujeres[...] (Arriagada, I 2005:105).

Creemos necesaria la implementación de políticas públicas y sociales que tiendan a combatir la pobreza de manera multidimensional, y específicamente eliminar las desigualdades de género.

Entendemos a las políticas públicas como las acciones o inacciones que realiza el Estado (entendiendo a tal como la confluencia de fuerzas políticas e instituciones) con el fin de alcanzar determinados objetivos y dar respuesta a la cuestión social.

[...]Las políticas públicas son un modo de articulación entre el Estado y la sociedad, esto significa que tienen la capacidad de modificar las relaciones allí presentes, orientándose en función de otra composición y organizándose en relación con los grupos sociales. De este modo, podemos afirmar que las políticas públicas son el “Estado en movimiento” o las acciones del Estado puestas en prácticas, pues el Estado no es un espacio pasivo que simplemente recibe las demandas de los diferentes intereses de la sociedad [...] (Kirchner y Vessvessian, 2012: 20).

Desde esta perspectiva a lo largo del proceso de la práctica institucional supervisada en el centro de salud n°2, se identificaron diversas políticas públicas y sociales que se desprendieron de la legislación vigente, quienes propiciaron, a su vez, un escenario que favoreció a un proceso de inclusión y género herramientas para la emancipación y el desarrollo personal de las adolescentes entrevistadas, entre ellas:

- Asignación universal por hijo.
- Plan PROGRESAR.
- Qunitas.
- Plan más vida.
- Programa nacional de salud sexual y procreación responsable.
- Programa sumar / nacer.
- Ley Nacional N°25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley Provincial 13.298 que basadas en los principios de la Convención Internacional de los Derechos del Niño crean el Sistema de Promoción y Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Los plexos normativos mencionados y las políticas públicas y sociales y programas que de él se desprenden, fueron el puntapié inicial que produjo un proceso de construcción de demandas y por lo tanto intervenciones desde el servicio social, respondiendo al deseo de las madres adolescente de mejorar su calidad de vida y la de sus hijos e hijas sumando a esto. la construcción de su independencia personal.

Al consultarles a las entrevistadas sobre si accedían o no a algún beneficio social que representa un derecho, la mayoría gozaba de al menos de uno. A continuación citaremos algunos fragmentos:

***“¿y vos accediste a algún beneficio social antes de ser mamá y después?
La asignación por embarazo.¿ Eso fue después de ser madre, y antes?***

No antes no, solo una beca de la escuela” (Ludmila, 18 años, febrero 2017)

“Pero la pregunta es la siguiente, ¿vos cobras asignación por vos y por la nena? Si, por las dos.” (Entrevista con Jessica, 17 años, febrero 2017)

“Y ahora que sos mama, ¿cobras la asignación? Sí. ¿Tu papa cobra la asignación por vos? .No, mi mama la cobra. ¿En qué te ayuda la AUH?

En comprar las cosas para la nena” (Martina, 18 años, marzo 2017)

“¿Cobras algún plan social? .Si, cobro el progresar y la asignación ¿-En que te ayuda? Con el progresar puedo darme algunos gustos para mí, y comprarme las cosas para el estudio, y con la asignación compro cosas para mi hija, siempre viene bien una ayuda para pañales y demás cosas”(Lucia, 18 años, marzo 2017)

“¿Y vos recibís la AUH? Cobro el salario y la beca del envión. Me ayuda bastante. ¿Y el Progresar lo cobraste? Si ahora pedí el alta de nuevo, porque me lo cortaron por que deje de ir al colegio y ahora en julio lo vuelvo a cobrar.”(Laura,19 años, marzo 2017)

Si bien, como se viene sosteniendo, las políticas públicas y sociales instrumentadas en el periodo 2015 en el centro de salud n°2 fueron un factor que contribuyó a un proceso de emancipación de las madres adolescentes y a su vez esto dio lugar a reconfigurar sus estrategias familiares de vida, se cree que las mismas no constituyen un eje central regulador, sino que acompañan. Al mismo tiempo pudimos percibir que las mujeres entrevistadas veían el derecho a acceder a diferentes políticas públicas y sociales no como tal, sino más bien, como una ayuda económica o beca otorgada por el Estado. Nos parece importante resaltar que la AUH fue construida como una política redistributiva de ingreso y por lo tanto, creemos que es necesario continuar trabajando para que se entienda como un derecho adquirido.

Las problemáticas sociales por ser multicausales demandan un abordaje integral que no genere un recorte situacional, sino que tenga en cuenta historicidad, identidad, género, franja etaria, cultura etc.

Anteriormente se realizó una breve mención acerca de cómo las madres adolescentes poseen una doble condición, con respecto a los roles que ejercen y la concepción que el Estado tiene sobre ellas (en consecuencia las políticas públicas).

Por un lado las adolescentes al ser menores de edad son consideradas dentro de los derechos del niño niña y adolescente, por lo tanto sus padres poseen deberes y obligaciones para con ellas y responden por sus actos. Paralelamente al constituirse en madres cumplen la misma función sobre sus hijas e hijos, por lo tanto poseen un doble rol dentro de la normativa: como adolescentes a proteger y como madres con el deber de protección sobre sus hijo/as.

De esta forma se genera una tensión en base a la complejidad que se desprende de la situación particular de ser madre y adolescente, ya que por un lado son menores de edad y consideradas niñas adolescentes destinatarias de los mismos derechos que sus hijos/as; y a la vez dotadas de los deberes de ser madre.

Un claro ejemplo se constituye cuando las madres o padres de las adolescentes se benefician de la AUH por ellas y ellas por sus hijos e hijas.

De lo dicho anteriormente, se desprende la necesidad de que el Estado ponga en funcionamiento diversas estrategias (además de las ya existentes) que profundicen el sostenimiento y acompañamiento a las madres adolescentes, considerando la especificidad de su situación y desarrollando legislación correspondiente que las ampare.

A modo de cierre consideramos que las políticas públicas y sociales acompañaron a las madres adolescentes que concurrieron al centro de salud N°2 brindándoles herramientas que permitieron recrear prácticas sociales diversas.

En este punto, las políticas públicas tienen mucho camino por recorrer, aunque hubo cambios recientes en la legislación sobre salud y derechos reproductivos, el cambio es lento, y hay actores institucionales fuertes que se oponen a ello (Jelin. 1998:126).

Es importante destacar, que es necesario que las mujeres sean tomadas como protagonistas para el fortalecimiento de sus capacidades, crecimiento personal, considerando la especificidad de su situación. Basándonos en lo dicho anteriormente, creemos que el foco debería estar puesto en su condición de madre adolescente

realizando un abordaje desde su complejidad y no considerando la adolescencia y la maternidad como situaciones diferenciales.

REFLEXIONES FINALES

El principal objetivo de la presente tesis fue reconocer las relaciones existentes entre la reproducción del círculo intergeneracional de la pobreza y las estrategias familiares de vida y prácticas sociales que implementan las mujeres madres adolescentes entre 15 y 18 años principalmente desde el punto de vista, educativo laboral y familiar.

A partir de lo analizado en las entrevistas y durante la observación participante efectuada en la práctica institucional supervisada encontramos que el embarazo en la etapa de la adolescencia implica una reelaboración en la vida de la adolescente con respecto a su cotidianeidad, y en algunos casos la interrupción circunstancial de sus proyectos de vida para luego retomarlos y dar lugar a nuevos.

En este sentido la maternidad supone un motor en la vida de estas adolescentes, dando lugar a un procesos de reconfiguración de sus prácticas sociales, incorporando nuevas estrategias familiares de vida (o modificando las ya conocidas), re direccionando el círculo intergeneracional de la pobreza en el cual se encontraban inmersas.

A lo largo del recorrido pudimos comprender que existe multiplicidad de variables que intervienen en la trayectoria de vida de estas adolescentes al convertirse en madres que no solo dependen de la condición socioeconómica en la que se encuentran, sino también tienen que ver con el género, ejercicio de la maternidad, proyectos de vida, cuestiones vivenciales, constitución familiar entre otras.

Reconocer lo dicho anteriormente no implica que esto suceda en todos los casos y recaer en la universalización de las situaciones sería formar parte de los discursos que toman a la maternidad, la adolescencia y la cuestión de género sin considerar las condiciones sociales, históricas y culturales de su origen. Las adolescentes entrevistadas no planificaron sus embarazos y la noticia del mismo se constituyó en un gran impacto en sus vidas, sin embargo, estas mujeres construyeron otros sentidos en torno a la maternidad, que les permitió abrir nuevas posibilidades.

Creemos que el acceso a los derechos que se desprenden de las políticas públicas y sociales implementadas en el centro de salud N°2 de la ciudad de Mar del Plata,

representa un tipo de estrategia familiar, que dependiendo de su utilización, dará lugar a la apertura de caminos diferentes a los conocidos, generando así, nuevas prácticas sociales.

Esta afirmación parte de observar, durante el periodo 2015, como el acceso a las diversas políticas públicas y sociales implementadas (Plan más vida, Asignación Universal por hijo, Asignación Universal por Embarazo, Qunitas, Programa nacional de sexual y procreación responsable y Programa sumar/nacer) por el centro de salud N°2 fueron dando lugar a nuevas perspectivas en la vida de las madres adolescentes.

El acceso a los anticonceptivos por ejemplo, dio paso a procesos de planificación familiar, creando así posibilidades de finalización de estudios, búsqueda laboral y produciendo nuevas estrategias familiares que se contraponían con las ya conocidas y reproducidas a nivel familiar a lo largo del tiempo.

Paralelamente, afirmamos que existe la necesidad de comprender más cabalmente la situación con respecto a la maternidad adolescente, debido a que es importante abordarla desde su complejidad para poder profundizar el acompañamiento a las mujeres en la situación antes nombrada.

De lo extraído de la recolección de datos a partir de la sistematización de la práctica institucional realizada en el periodo 2015, la observación y las entrevistas realizadas como herramientas metodológicas, así como también la revisión bibliográfica se puede pensar algunos aportes, que puedan servir para la construcción de políticas que contribuyan al abordaje del embarazo adolescente en su complejidad:

- Creación de actividades con el fin de socializar la información vinculada a la sexualidad responsable y disminuir las diferencias de poder entre los géneros y concientización sobre derechos.
- Ampliar el acceso a métodos anticonceptivos en la población adolescente.
- Creación de programas que aborden la complejidad de la maternidad adolescente considerando las particularidades de la situación.
- Focalizar la atención en la prevención en materia de salud sexual y reproductiva, para evitar embarazos no deseados. Al mismo tiempo ampliar el debate en vinculación al aborto seguro y legal.

- Ampliación de la atención de los servicios sociales de salud en atención primaria, focalizando en la prevención y no solo en lo materno infantil.
- Ampliación de guarderías maternas con el fin de generar un espacio en los que las adolescentes puedan dejar a sus hijos/as seguros/as mientras trabajan o estudian.

Como indica Irma Arriagada (1997), cuando se toma a la familia como grupo destinatario de políticas, debieran considerarse también otras dimensiones del grupo familiar: 1. sus formas de constitución, desarrollo y disolución, 2. Sus relaciones internas y sus relaciones externas.

Es así que la complejidad que se presenta a partir de la maternidad adolescente requiere de otro tipo de dispositivos que atiendan las particularidades de la situación, distintas en algunos casos a la maternidad en la etapa adulta.

ANEXO I - GUIÓN DE ENTREVISTA

Datos generales

-¿Qué edad tienes?

-¿Con quién vives?

-¿Hasta qué grado fuiste a la escuela? Tienes pensado retomar?

-¿Trabajaste alguna vez? Cuál fue tu primer trabajo?

-¿A qué edad empezaste a trabajar?

Prácticas sociales a priori y a posteriori de la maternidad

-¿Cómo describirías tu vida antes de tener tu primer hijo/hija? ¿y después?

-¿Quieres volver a ser madre a corto plazo?

-¿Qué cambios trajo en tu vida ser mamá?

-¿Qué cosas cambiaron por ser madre? ¿qué cosas continúan siendo iguales?

-¿Accediste a políticas sociales ('ayudas', 'beneficios') por ser madre? ¿antes de tener a tu hijo/hija no las percibías? ¿Estas conforme con ellas?

-¿Qué actividades haces?

Bibliografía

-Álvarez Leguizamón, S (2008).Pobreza y desarrollo en América latina: el caso de argentina. Salta: Universidad Nacional de Salta. EUNSA.

-Arriagada, I (2005).Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género, en revista de la CEPAL, abril. Nro. 85. pp. 101-113

-Arriagada, I (1997). Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo, Naciones Unidas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

-Arteaga, C (2007. septiembre).Pobreza y estrategias familiares: debates y reflexiones, en Revista Mad N°17. 144-164.

-Aylwin,J; Bandeira Galindo,G; Bregaglio Lazarte,R;Burger,J;Castilla,K; Da Costa Oliveira,A; Perales,A; Estupiñan Silva,R; Felipe Beltrao,J; Figuereido Terezo,C; Gamboa Alva,S;Gomez Lugo,Y;Ibañez Rivas,J; Monteiro de Brito Filho,J; Morlachetti,A; Muños Leon,F; Rubiano Galvis,S; Vargas Gamboa,N; Machado Zanotta,L; Zuñiga Añazco,Y (2014).LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA EN LA NORMATIVA INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS en F. Beltrão J.Monteiro de Brito Filho I.Gómez E.Pajares F.Paredes Y.Zúñiga (coordinadores). Derechos Humanos de los grupos vulnerables,manual (pp.21-42).Barcelona: Universidad pompeu Frabra. Red de Derechos Humanos y Educación Superior.ISBN: 978-84-697-0068-6

-Barna,A; Magistris,G.(2010) Configuraciones de derechos de niñas, niños y adolescentes en el ámbito local: el caso de los servicios locales de protección de derechos del

conurbano bonaerense. Buenos Aires - Morón: Pre-Congreso Sudamericano sobre los derechos de la niñez y las adolescentes.

-Bernaes Ballesteros, E. (2004), Las políticas públicas desde la perspectiva de los derechos humanos, en: Garretón, R. et. al. El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas, Lima, Comisión Andinade Juristas, pp. 93-109.

-Bernaldo de Quirós, M. &Rodríguez, M. (2004) La sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde una perspectiva no positivista. Revista Confluencia. Año 1. Número 4. Mendoza.

-Carballeda, A (2013). La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica. Buenos Aires : espacio.

-Cecchini,S; Filgueira F, Martinez, R; Rossel, C (2015). Instrumentos de protección social Caminos latinoamericanos hacia la universalización.Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

-Colombo, G. Pombo,G. Luxardo,N (2012).Género, embarazo y adolescencia: Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes, en revista Int.Investig.Cienc. Soc. Vol 8 n°2.

-Dahul,ML; Meschini,P. (Noviembre,2015). Reflexiones en torno a la Asignación Universal por Hijo/a en el marco de las políticas sociales de seguridad/ protección social. Mesa 2: Políticas de transferencia monetaria en América Latina. Tercer encuentro latinoamericano de profesionales, docentes y estudiantes del trabajo social. Cuarto congreso nacional y encuentro nacional de estudiantes de trabajo social. Facultad de ciencias Humanas UNICEN. Tandil, Buenos Aires, Argentina.

-De Jong,E ; Carballeda , A; De Riso, S; Timo . (2001).En De Jong, E; Basso, R; Paira,M (Comps,). La familia en los albores del nuevo milenio: reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social. Entre Ríos: Espacio.

-Fainsod, Paula (2011) “Las tramas institucionales y sociales en las experiencias maternas. Reflexiones sobre maternidades adolescentes en contextos de marginalización urbana” En: Felitti, Karina (Coord.) Madre no hay una sola. Buenos Aires: CICCUS

-Felitti,K (2008). Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista (Argentina,1973-1976). Revistas estudios feministas Florianópolis, 16(2): 517-537, maio-agosto/2008.

-Ferrari, N ; Gebruers c ;Gherardi, N; Rey p;Krichevsky M.P.(2014). Claroscuros en las políticas contra violencia de género. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Genero.

-Lera, C; Genolet, A; Rocha, V; Shoenfeld, Z; Guerriera, L y Bolcatto, S (2007). Trayectorias: un concepto que posibilidad pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del trabajo social, en revista catedra paralela N°4. Pp 33-39.

-Genolet, A (2004), La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia, en revista de ciencia docencia y tecnología N°28. Pp 51-94.

-Genolet, A; Lera, C; Shoenfeld, Z; Guerriera, L; Bolcatto, S (2009) Trayectorias de vida y prácticas maternas en contextos de pobreza, en ciencia, docencia y tecnología N°38, año XX. Pp 13-35.

-Genolet,A (2016). Avances y desafíos de la AUH. Una mirada desde el género y la perspectiva de derechos. Ciencia docencia tecnología y suplementos vol 6. N°6. Pp 400 - 445.

-Gogna, M; Binstock, G;Fernández, S; Ibarlucía,I; Zamberlin,N (2011). Embarazo en la adolescencia en Argentina: recomendaciones de política basadas en la evidencia. En Reproductive Health Matters, temas de salud reproductiva. Número 6. Pp 74-76.

-González Saibene, A (2010), Conocimiento, intervención y transformación. Seminario Internacional de la Maestría en Trabajo Social: entramados conceptuales en Trabajo Social: categorías y problemáticas de la intervención. La cuestión de lo teórico en la intervención profesional. Paraná: UNER Publicaciones.

-Guendel, Ludwig (2002), Políticas públicas y derechos humanos, Instituto Internacional de Gobernabilidad, www.iigov.org/documentos.

-Gutiérrez, A (1995). Pierre Bourdieu, las prácticas sociales. Posadas: Universitaria. UNDM.

-Gutiérrez, A (2004) Pobre como siempre: estrategias de reproducción social en la pobreza. Córdoba: Ferreyra Editores

-Gutierrez, A (2007) Herramientas teórico-metodológicas de un análisis relacional para los estudios de la pobreza, en Número Temático Global 2007 en Pobreza y Desarrollo Humano. Ciencia, Docencia y Tecnología N° 35, Año XVIII

-Hasicic, C (2012). Adolescente, madre y pobre: proyectando un futuro posible, en revista Question, vol.1. N°33

- Jelin,E (1995). Familia y Género: Notas para el debate, en estudios feministas. Año 3.
- Jelin, E (1998). Pan y afectos. La transformación de las familias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jimenez, B; William, G (2007). El enfoque en los derechos humanos y las políticas públicas, en Civilizar. Ciencias sociales y humanas, vol .7, N°12, enero-junio, 2007, pp. 31-46.
- Kirchner,A; Vessvessian,P. (2012) Políticas Sociales, módulo I. Especialización en gerontología comunitaria e institucional.Universidad Nacional de Mar del plata. Ministerio de desarrollo social. 3ra edición. ISBN: 978-987-544-221-4.
- Lanari, M. E. (2005) Trabajo decente: diagnóstico y aportes para la medición del mercado laboral local. Mar del Plata 1996-2002. Mar del Plata: Suárez. ISBN 987-9494-68-7
- Llobet, V (2012) Políticas sociales y ciudadanía. Diálogos entre la teoría feminista y el campo de estudio de la infancia, en revista frontera norte, vol. 24 N°48.Pp 7-36.
- Manzelli, H y Pantelides, E.(2003) Investigación reciente sobre sexualidad y salud reproductiva de las/los adolescentes en América latina: que hemos alcanzado, que falta hacer, cuáles son nuestras falencias”. Recuperado de www.researchgate.net/publications/265509292.
- Meschini, P (2013) “La enseñanza de la metodología de sistematización de la intervención social en la formación académica de trabajadores sociales: el caso del taller de extensión de cátedra “Sistematización de la intervención social institucional supervisada” en la UNMDP (2012-2013) ponencia en el XXI Encuentro Nacional de la Federación Argentina de Unidades académicas de Trabajo Social FAUATS: *Políticas y prácticas de enseñanza y*

aprendizaje en Trabajo Social, llevado a cabo los días 28 y 29 de agosto de 2013 en la UNAM, Posadas Misiones Res HCD N 062/13.

-Meschini, P (2014). Repensando la construcción de las políticas sociales con enfoque de derechos desde el modelo de desarrollo argentino durante el ciclo de gobiernos kirchnerista. Cuatro Cuaderno Catedra Abierta de política y planificación social, UNER.

-MUMALA (mujeres de la patria latinoamericana) (2016). Registro Nacional de Femicidios entre el 3 de junio y el 31 de mayo del 2015. Argentina: coord Vivanco,R.

-Organización internacional del trabajo (2001). "Tendencias, problemas y enfoques: un panorama general". Programa modular de capacitación de capacitación e información sobre pobreza género y empleo. Santiago de Chile. ISBN 92-2-312574-X.

-Organización Mundial de la Salud (2017). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

-Rodriguez, L;Gatti ,P;Arostegui del Campo, M T(2005). "Comentarios y reflexiones acerca de la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable".Revista jurídica. Instituto de derecho civil de abogados del departamento judicial de Junín.

-Secretaria de salud de la municipalidad de General Pueyrredon (2014). División servicio social en salud, area de planificación y supervisión de profesionales de la división.Portafolio.

-Tejada Pardo, David (2004), Políticas públicas y derechos en salud, www.minsa.gob.pe/dgps/descargas/

-Torrado, S (2003).Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870-2000). Buenos Aires: La Flor.

-Torrado, S (2004). La herencia del ajuste. Cambios en la sociedad y la familia. Buenos Aires: capital intelectual.

-Unicef comité Español (2006). Convención Sobre los Derechos del Niño. Unidos por la infancia. Madrid

-Unicef Latinoamérica (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región.Panamá.

-URBAL Informe (2011) Diagnóstico de la situación socio productiva del Partido de General Pueyrredón. Grupos vulnerables y Políticas de Cohesión. PROYECTO UNMP -MGPEU-LA-WIN European Unión and Latín America for Welfare INTEGRATED POLICIES” - DCI-ALA/19.09.01/2008/19157/161-164/URB-AL III-57 – GrET/Mar del Plata

-Wainerman, C (1994) .Vivir en familia. Buenos Aires: UNICEF/ Losada.

