

# APORTES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES COMO SUJETO DE DERECHOS DESDE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA.

*Contributions to address the health of adolescents as rights holders from an anthropological perspective.*

*Autora: Ana Florencia Quiroga<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Antropóloga. Doctora en Ciencias Naturales. Grupo de Investigaciones y Etnográficas del Sur (GICES, IIESS - CONICET/Departamento de Economía - UNS). Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires.

**Contacto:** ana.flor.quiroga@gmail.com

Recibido: 02/05/2024

Aceptado: 01/07/2024

## RESUMEN

Este artículo se propone reflexionar en torno al reconocimiento de la condición jurídica de las y los adolescentes como sujeto de derechos en los procesos de atención de la salud de esta población. A partir de la autonomía progresiva y la participación directa entendidos como dos principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), se realiza un contrapunto entre las definiciones presentes en la política de salud en la adolescencia y las prácticas y sentidos puestos en juego por las/os profesionales de la salud. Las reflexiones se basan en el análisis de materiales etnográficos, producidos en una investigación realizada en la ciudad de Bahía Blanca, desde una perspectiva antropológica, centrada en la definición social de las edades. Para cerrar, se plantea una síntesis de algunos aspectos con el propósito de contribuir a la problematización de las nociones de adolescencia desde las cuales se brinda atención sanitaria de esta población. Y de favorecer el abordaje de la salud de las y los adolescentes como sujeto de derechos.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescencia, Atención de la salud, Antropología.

## ABSTRACT

This article aims to reflect on the recognition of the legal status of adolescents as subject of rights in the health care processes of this population. Starting from progressive autonomy and direct participation understood as two guiding principles of the Children's Rights Convention (CRC), a counterpoint is made between the definitions present in health policy in adolescence and the practices and meanings put into play by the health professionals. The reflections are based on the analysis of ethnographic materials, produced in an investigation carried out in the city of Bahía Blanca, from an anthropological perspective, focused on the social definition of ages. To close, a synthesis of some aspects is proposed with the purpose of contributing to the problematization of the notions of adolescence from which health care is provided to this population. And to promote the approach to adolescent health as a subject of rights.

**KEYWORDS:** Adolescence, Health care, Anthropology.

## INTRODUCCIÓN

En este artículo se presentan algunas reflexiones en torno al reconocimiento de la condición jurídica de las y los adolescentes como sujeto de derechos en los procesos de atención de la salud de esta población. A partir de los principios generales de autonomía progresiva y participación contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante CDN), se realiza un contrapunto entre las definiciones sostenidas en las políticas de salud (específicamente el Programa de Salud Integral en la Adolescencia) y las nociones y valoraciones puestas en juego en las prácticas desplegadas en la atención sanitaria del grupo referido.

En primer lugar, se señalan como punto de partida algunas precisiones conceptuales para explicitar la posición y el enfoque sobre el cual se sustenta este trabajo. Luego se revisan críticamente las definiciones y prácticas en torno a la cuestión de la autonomía progresiva y la participación de las y los adolescentes. Y enseguida, se ofrece una concepción al respecto, considerando los sentidos asociados a la adolescencia como categoría social. Finalmente, se señalan algunas implicaciones de la posición sostenida para el abordaje de la salud de dicha población.

## APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Desde una mirada antropológica, niñez, infancia, adolescencia, juventud, entre otras, son categorías construidas socialmente. Esto implica que los sentidos ligados a esas categorías no son fijos e inevitables, sino que son variables a lo largo de la historia y en diversos contextos socioculturales. Tales sentidos se enmarcan en procesos y esquemas clasificatorios del curso de la vida en los cuales se atribuyen características particulares a cada etapa de la vida. Diferentes autores<sup>(1-8)</sup> han señalado que, todos los grupos humanos segmentan el curso vital en períodos a los que atribuyen ciertas propiedades, lo que sirve para categorizar a los sujetos y pautar su comportamiento en cada etapa.

En torno a cada una de esas edades (también referidas como grados o categorías de edad) se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias, actividades “adecuadas” para cada una de ellas e instituciones encargadas de controlar, normalizar ó eliminar desviaciones a las mismas. Las formas en que estos períodos, categorías y pautas se especifican culturalmente son muy variadas. Ni las fases en que se segmenta el curso de la vida humana, ni los contenidos culturales atribuidos a cada una de estas fases son universales, sino que tienen un carácter relativo en la medida en que difieren a lo largo de las coordenadas espacio y tiempo. A este tratamiento que cada grupo hace de las edades biológicas y cronológicas se denomina procesamiento social de las edades<sup>(5)</sup>, y es una demostración de que las edades se construyen. Asimismo, con el fin de aprehender la variabilidad de formas de las categorías de edad, algunas autoras<sup>(9)</sup> proponen articular al menos tres dimensiones: además del abordaje de la diversidad en términos de diferencias culturales; la dimensión de la desigualdad social fundada en la existencia de clases sociales, es decir, los condicionamientos derivados de la posición de los sujetos en la estructura social; y la dimensión de género.

## ADOLESCENCIA, SENTIDOS Y PRÁCTICAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN

La CDN implicó un cambio radical en la forma de concebir la niñez. Su incorporación en la Constitución Nacional en 1994 planteó un nuevo marco jurídico que promovió un giro conceptual para las normas y políticas públicas: el reconocimiento de los niños, las niñas y adolescentes (en adelante NNA) como sujeto titular de derechos. De esta manera, se transformó el abordaje de la legislación al incorporarse el paradigma de la protección de derechos, sustituyendo al paradigma tutelar (representado en la Ley n° 10.903 conocida como “ley del patronato” ó “ley Agote”) del sistema de minoridad. NNA dejaron de ser considerados como un seres inacabados y mero objeto de disciplinamiento, protección, asistencia, control, etc.; ya no se definen a partir

de lo que les falta en relación a la persona adulta, sino que son sujetos con iguales derechos más una consideración especial de acuerdo al momento de desarrollo en que se encuentran<sup>(11)</sup>.

La CDN señaló principios generales que son las bases del paradigma de protección integral. Son derechos en sí mismos y asimismo guían la interpretación y ejercicio de los demás derechos establecidos. Este trabajo se enfoca en dos de estos principios rectores, que establecen un límite a las decisiones que las personas adultas toman sobre NNyA: el principio de autonomía progresiva planteado en el artículo 5 y el principio de participación directa contenido en el artículo 12 de la CDN que prescribe el derecho del niño a formarse un juicio propio, a expresar su opinión y ser oído.

En el artículo 12.1 la CDN<sup>(12)</sup> establece que: *"los Estados Parte 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 sus opiniones en función de la edad y madurez del niño"* (UNICEF, 2006, p. 13).

El efectivo ejercicio de este derecho es un reconocimiento de NNyA como sujetos activos de derechos que tienen la capacidad, la titularidad y la agencia para influir en temas relevantes para sus vidas, y no como meros receptores pasivos de la protección de las personas adultas. Según UNICEF<sup>(13)</sup>, el reconocimiento constitucional de este derecho, en conformidad a la CDN, implica garantizar la participación de NNyA en las decisiones que les afectan. La participación no solo es un derecho, sino también un principio general de la CDN para la realización de todos los demás derechos consagrados, y que no puede lograrse a menos que efectivamente NNyA se involucren directamente en los asuntos que les afectan.

Cabe destacar algunos aspectos enunciados en el derecho referido. Al establecerse, en el artículo 12 de la CDN, la obligación de

participar "al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio", el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (en adelante Comité) afirma en la Observación General n°12<sup>(14)</sup> párrafo 20 que, estos términos no deben verse como una limitación. Los Estados partes no pueden partir de la premisa de que un niño es incapaz de expresar sus propias opiniones. Al contrario, deben dar por supuesto que el niño tiene esa capacidad, reconocer que tiene derecho a expresarlas; es decir, no corresponde al niño probar primero que tiene esa capacidad. Asimismo, en el párrafo 21 el Comité hace hincapié en que el artículo n°12 no impone ningún límite de edad al derecho del niño a expresar su opinión y desaconseja a los Estados partes que introduzcan por ley ó en la práctica límites de edad que restrinjan el derecho del niño a ser escuchado en todos los asuntos que lo afectan.

Cuando se afirma que debe tenerse "debidamente en cuenta sus opiniones en función de la edad y madurez del niño", el Comité afirma en la Observación 12 párrafo 29 que, el artículo 12 deja claro que la edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. Establece que los niveles de comprensión de NNyA no están ligados de manera uniforme a su edad biológica y que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de su capacidad para formarse una opinión.

El principio de autonomía progresiva, plasmado en el artículo 5 de la CDN, afirma el derecho y la responsabilidad de padres, madres y cuidadores en general de proveer dirección y orientación apropiadas para que NNyA ejerzan los derechos reconocidos en la Convención "en consonancia con la evolución de sus facultades"<sup>(12)</sup>. Según UNICEF<sup>(13)</sup> la CDN reconoce la importancia de que las personas adultas transfieran el sentido de responsabilidad en la toma de decisiones a NNyA a medida que adquieren mayores niveles de competencia, de forma que sean cada vez menos dependientes de las personas adultas.

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (en adelante PNSIA) fue creado en el año 2007 con el propósito general de promover la salud integral de las y los adolescentes, contemplando estrategias que fortalezcan la calidad de los servicios de salud disponibles para esta población. Enmarca sus acciones en la CDN, así como en la Ley nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (ratificada en el año 2005). Entre las varias acciones que propone una refiere al proceso de capacitación con los equipos de salud para incorporar en su práctica cotidiana los marcos legales que garantizan el derecho a la salud dicha población. En este sentido desarrolló documentos tendientes a difundir los lineamientos referidos tanto al marco normativo como a su aplicación.

El PNSIA sostiene que el principio de la autonomía progresiva remite al reconocimiento de que la niñez y la adolescencia son periodos de la vida en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento. Ésta se define como la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente tomar decisiones. En los lineamientos para equipos de salud<sup>(15)</sup> destaca que la capacidad de discernimiento se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales: *“Es un proceso que se inicia a temprana edad y no guarda relación directa con la edad ni con los tiempos transcurridos sino con las características individuales, contextuales y sociales”* (Ariza Navarrete, 2015, p. 9). Y agrega que: *“Por ello no se deben aplicar límites etarios fijos para el ejercicio de derechos o el acceso a beneficios, ya que ello no se ajusta a la realidad de todos/as los/as NNyA y por tanto resulta arbitrario”* (Ariza Navarrete, 2015, p. 20). Este reconocimiento implica la sustitución del concepto de incapacidad por la consideración de que todas las personas son capaces y pueden ejercer sus derechos de forma directa, pero algunas requieren un acompañamiento (asistencia) adecuado a su capacidad de discernimiento individual.

Además de la flexibilización de los límites por edad para el ejercicio de derechos, de acuerdo con la CDN, el PNSIA propone que se deben desarrollar mecanismos para permitir que NNyA participen de forma significativa, de acuerdo con su autonomía progresiva. Y que para garantizar la participación efectiva se debe asegurar: que cuenten con la información necesaria para tomar decisiones además del acompañamiento que necesitan para el proceso de toma de decisiones. La necesidad de este acompañamiento decrece de acuerdo con el aumento del grado de autonomía de NNyA, es decir se transforma de dirección y orientación en recordatorios y consejos y más adelante en un intercambio en pie de igualdad; de manera tal que en la infancia se requerirá un mayor acompañamiento y en la adolescencia tardía se puede prescindir completamente de este para la toma de decisiones.

Si bien la política de salud refleja la normativa vigente e incluye la condición jurídica de NNyA como sujeto de derechos, en las prácticas desplegadas en la atención sanitaria persiste una visión tutelar de las y los adolescentes como objetos de protección por parte de las personas adultas. Esta visión se vincula a la representación de las y los adolescentes como personas inmaduras e incompletas, que posterga su derecho a la participación en los asuntos que les conciernen.

Entre los sentidos asociados a las y los adolescentes un relato común en las entrevistas realizadas a profesionales de la salud es la referencia a la “falta de madurez” que caracteriza a este grupo. Esta noción implica: la falta de responsabilidad en la toma de decisiones, la ausencia de inhibición de respuestas inapropiadas hacia otras personas, la falta de planificación de la acción, la incapacidad de ponerse en el lugar del otro, y de discernir entre lo que está bien y mal.

Explican que la inmadurez se vincula con el incompleto desarrollo del sistema neurológico que finaliza a la edad de 20 años y es entonces cuando la persona adquiere la capacidad de discernimiento. En palabras de una interlocutora clave entrevistada: *“El cerebro se va desarrollando desde el nacimiento hasta los*

*20 años. Recién a los 20 años se completa la madurez del sistema neurobiológico, y la persona adquiere la capacidad del juicio crítico (...)" (10, m, p.m., g)<sup>2</sup>.*

De esta manera, la (in)madurez y el incompleto desarrollo de la capacidad de tomar decisiones de las y los adolescentes es reconocida como resultado de un proceso natural, inscripto en la biología. Lo cual contrasta con los dispositivos de la política de salud que plantean que el desarrollo de la capacidad de discernimiento se relaciona con factores contextuales sociales además de las características individuales. Asimismo, el establecimiento de un límite fijo de edad, que sitúa a las y los adolescentes como incapaces de tomar sus propias decisiones difiere de los principios internacionales y constitucionales sobre los derechos de NNyA<sup>3</sup>.

La idea de inmadurez impregna los procesos de atención de la salud de las y los adolescentes. Sobre la base de la idea del incompleto desarrollo de su capacidad de discernimiento, las y los profesionales de la salud asumen la decisión sobre las cuestiones de salud en nombre de las y los jóvenes, prescindiendo de su intervención, como se advierte en el siguiente relato: "...cuando me traen a la chica de 14, y su mamá me dice: 'decile todo', ¿para qué digo yo? Si le va a entrar una parte y lo otro no lo va a comprender... porque está en una etapa de desarrollo. Los adultos solemos darles una autoridad y jerarquía a los adolescentes, que no la tienen por maduración. Es lo mismo que les pasa a los pediatras con los bebés, y te dicen: '¡me tomó el pelo! No duerme porque es caprichoso. Pobre chico, ¿qué sabe? si solo tiene 3 meses... Uno no puede entrar a discutir vos que quieres, es como el nene chiquito cuando va a poner los dedos en el enchufe. Si el niño va a explorar, la madre va a decir '¡no!' " (9, m, p.m., g)

Permea también el trato recibido por las y los jóvenes al acudir a un servicio de salud para solicitar atención, marcado por la reprimenda por parte del personal de salud. Una joven de 17 años entrevistada lo explicaba así: "cuando te ven en la guardia (se refiere a la guardia médica de 24 horas en centros de salud y hospitales), lo

*primero que hacen es cagarte a pedos (se refiere con este término al acto de reprender a alguien, en este caso el/la profesional a la joven), después te atienden, pero ya porque sos joven no más, como que se creen con ese derecho de cagarte a pedos y después te atienden" (10, BR, 17, m)<sup>4</sup>.*

De esta manera la noción de inmadurez afecta las posibilidades de brindar una atención a los y las adolescentes como sujetos de derecho. Bajo tal argumento se prolonga en las y los adolescentes la dependencia infantil de las personas adultas y se limita su participación en la toma de decisiones propias sobre los asuntos que les afectan. Hubo profesionales de la salud que identificaron que son las propias representaciones del sector salud las que impiden verlas/os "como sujetos de derecho, que tengan autonomía y participación"; y obturan las posibilidades de "pensar la salud con los adolescentes (en lugar de pensar la salud para ellos".

Entre otros sentidos puestos en juego en las prácticas de atención se destaca la idea de las y los adolescentes como seres incompletos y en preparación para la vida adulta. Durante el trabajo de campo se tuvo la oportunidad de realizar observación participante de talleres de educación sexual en establecimientos educativos de nivel secundario. Por ejemplo, en una de las reiteradas ocasiones una médica le decía al grupo de estudiantes que: "El DIU les va a permitir terminar el secundario, y acceder a estudios terciarios ó universitarios y quedarse tranquilos que nada malo les va a pasar". Explicaciones como esta connota una idea de tiempo unilineal, orientado hacia el futuro. Desde esta imagen del curso de vida y de la adolescencia como etapa particular, un embarazo es un acontecimiento que interrumpe el avance progresivo razón por la cual debe evitarse. Lejos de cuestionar la relevancia y necesidad tanto de desarrollar espacios de consejería y de educación sexual como de abordar el fenómeno de embarazo en la adolescencia, la invitación es a pensar en lo siguiente: ¿Qué idea sobre el curso de vida se pone en juego en esa explicación del uso del dispositivo intrauterino? Esa trayectoria educativa marcada por la educación media

primero y superior después ¿la vivencian de la misma manera todas/os las/os jóvenes?

A partir del relevamiento de los cursos de vida de jóvenes de 15 a 19 años de edad de un barrio de la ciudad de Bahía Blanca<sup>(16)</sup> se pudo identificar que los itinerarios biográficos difieren de la organización tripartita del trayecto de vida (niñez - adolescencia - adultez): los límites entre las edades sociales son difusos, si se miran con el lente del modelo tripartito hegemónico reproducido en el sentido común. En cuanto a la educación media, la escuela no tenía aquella misma valoración como paso previo para la educación superior universitaria transmitida en los talleres de educación sexual. Además, durante las estancias de trabajo de campo, se observó que paulatinamente iba perdiendo centralidad a lo largo de la trayectoria escolar de las y los jóvenes, ante las adversidades que plantean las condiciones de vida. Lo cual no quiere decir que la interrupción resulte en un abandono escolar definitivo, puesto que se han identificado situaciones de re vinculación escolar sobre todo entre las mujeres, entre quienes a partir de un embarazo se resignifica el pasaje por la escuela. De esta manera, en las trayectorias se presencia la interacción entre las condiciones materiales y los elementos subjetivos<sup>(18)</sup>. Entonces, representaciones de la trayectoria educativa como la expresada en la explicación del DIU, soslaya la variedad de experiencias educativas que atraviesan jóvenes de sectores populares, como la que se advierte a través del siguiente relato de una joven de 17 años de edad, las cuales según han observado diferentes autores<sup>(18-19)</sup> no son lineales, ni homogéneas, ni predecibles, e introducen la reversibilidad del tiempo:

*“Me acuerdo de haber participado en charlas, yo ya siendo mamá, y hasta era incómodo para mí misma, porque al momento de enseñar a prevenir ese embarazo en la adolescencia como que mostraban muchas cosas malas, y yo escuchaba y pensaba, pero si no fue así, ¡claro! realmente yo no lo viví de esa manera...decían prevenir el embarazo de joven porque tienes que terminar los estudios... Y si está bien están esas cosas y seguramente no las vas a poder hacer, como dicen ellos. Pero no las vas a poder hacer AHORA, no es que no las vas a poder hacer NUNCA MÁS en tu vida, no es así*

*tan drástico”* (subrayado en mayúscula de la propia interlocutora clave).

Los relatos de las jóvenes, como el recién presentado, cuestionan la visión evolucionista del tiempo, orientado hacia un fin único y que no admite alternativas<sup>(17)</sup>. E introducen la existencia de múltiples temporalidades: educativa, laboral, familiar, cada una de las cuales tiene su propio ritmo de cambio, rompiendo con la linealidad de la transición.

### **A MODO DE CIERRE: ALGUNAS IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Pese a los marcos normativos vigentes, en las prácticas de atención sanitaria el derecho a la participación de las y los adolescentes es débilmente ejercido; y la noción de inmadurez posterga el ejercicio efectivo de ese derecho. Cabe destacar que, siguiendo a algunos autores<sup>(11)</sup> no se pretende ni disminuir ni mucho menos eliminar la responsabilidad que las personas adultas tienen en el acompañamiento que necesitan para el proceso de toma de decisiones. No obstante, el reconocimiento del papel activo de las/os adolescentes en este proceso entraña la diagramación de prácticas más flexibles. En ese sentido se esbozan algunas cuestiones tendientes a favorecer el abordaje de las situaciones de salud de las y los adolescentes como sujeto de derechos. El orden de la presentación de las mismas no sigue ningún criterio de mayor ó menor preponderancia. En definitiva, siguiendo la propuesta de algunas autoras<sup>(9)</sup> apuntan a problematizar las categorías de sentido común.

Primero, entender la adolescencia en términos de construcción no quiere decir que sea ficticia. Sino que se trata de una realidad social y no natural. Considerar algo como natural conlleva que eso está dado y es inmutable; por el contrario, considerarlo como construido socialmente implica que puede ser transformado y habilita el reconocimiento de diferentes formas posibles. La concepción de la adolescencia como mero estadio natural conlleva el problema de ligarnos a cierto modelo de características homogéneas explicables por una condición biológica; en cambio entendida como construcción social posibilita reconocer diversos modos

de vivir la adolescencia como categoría social, en lugar de entenderlas como adolescencias "anormales" ó que no corresponden a lo esperable o incluso como no-adolescencia.

Segundo, ¿Cómo pensamos a las y los adolescentes con quienes trabajamos: desde un "deber ser" (soslayando los condicionamientos socio-culturales), o atendiendo a cómo son? Y si partimos desde un deber ser, un modelo abstracto ¿Qué posición adoptaremos frente a las diferencias? Si el punto de partida es cierto modelo de adolescencia, y lo que se busca es que las y los jóvenes se adecuen de acuerdo a ese modelo, consideremos la posibilidad de que las acciones que propongamos no alcancen los resultados esperados y resulten contrarias a las vivencias de las/os jóvenes, tal como se ilustró con un ejemplo en el apartado anterior. Porque las directrices planteadas en aquel modelo no son las que están pudiendo construir y seguir muchas/os jóvenes con quienes trabajamos. En cambio, el reconocimiento de diferentes experiencias de vida contribuye a despojar nuestras prácticas de una representación abstracta de la adolescencia -y contrarrestar su efecto esencializador y normativo-. Ese reconocimiento involucra, al momento de planificar las acciones, el análisis de coordenadas socio-culturales: de clase social, pertenencia étnica, género, entre otras de manera interseccional<sup>(20)</sup>. Tales coordenadas permiten situar a las y los adolescentes, teniendo en cuenta las realidades de los sujetos sociales involucrados, para plantear acciones e intervenciones con más sustento de acuerdo a las mismas.

Tercero, es diferente la atención de las y los adolescentes según las/os pensemos como personas inmaduras e incapaces y depositarias/os de cuidados solamente ó, como sujeto de derechos que tienen capacidad de pensar, de actuar, e influir en temas relevantes para sus vidas. Y derivado de ahí, se generarán resultados distintos. Por la segunda vía, nuestras acciones e intervenciones las/os van a convocar y así podremos pensar la salud "con" ellas y ellos y no solo "para" ellas y ellos.

Por último, se espera que este punteo sirva de insumo para desarrollar prácticas de aten-

ción de la salud acordes a los estándares de la CDN, que entrañen una reflexión crítica de los propios presupuestos y que sean diferenciales adecuadas a contextos particulares; tanto para las y los trabajadores de la salud como en la formación de estudiantes de la Carrera de Medicina de la UNS en la que la autora se desempeña como docente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Feixa, C. Antropología de las edades. En Pratt, J. y Martinez, A. (editores). Ensayos de Antropología Cultural. Barcelona: Editorial Ariel; 1996. p.319-334.
2. Mead M. Adolescencia, sexo y cultura en Samoa. Buenos Aires: Editorial Planeta; 1985.
3. Benedict R. Continuidad y discontinuidad del condicionamiento cultural. En: Irving Louis Horowitz (compilador). Historia y elementos de la sociología del conocimiento. Buenos Aires: EUDEBA; 1964. p.147-156
4. Adazsko, A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En Gogna, M. (ed). Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud de la Nación; 2005. 33-67.
5. Chaves, M. Los espacios urbanos de jóvenes en la ciudad de La Plata. La Plata: UNLP; 2005 [consultado marzo 2024]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4485>
6. Szulc, A. Diversidad, educación y niñez. Aportes desde la antropología. Novedades educativas. 2014; nro. 284: 29-39.
7. Colangelo M.A. La crianza en disputa. Medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930. Primera Edición. Los Polvorines: Ediciones UNGS; 2019.
8. Noceti M.B. Niñez en riesgo social y políticas públicas en la Argentina. Primera Edición. Bahía Blanca: EDIUNS. 2008.

9. Colangelo M.A. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Serie Encuentros y Seminarios. 2004 [consultado en marzo de 2024] p. 1-8. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf>

10. Moro, J. Diez años del sistema de promoción y protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: un balance desde el Conurbano Bonaerense. Revista Perspectivas de Políticas Públicas. 2018; vol. 8 (15): 107-137

11. Moro, J. La participación de niños/as y adolescentes bajo el prisma de la nueva ley provincial y su proceso de implementación. En: Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada (Buenos Aires). 2014. p. 1-11

12. Naciones Unidas [internet]. UNICEF Comité Español. Convención sobre los Derechos del Niño; 2006, Madrid. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

13. UNICEF [internet] Documento de trabajo nro 2 El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/6581/file/derecho%20a%20ser%20oído.pdf>

14. Naciones Unidas [internet] Comité de los Derechos del Niño. Observación general n° 12 El derecho del niño a ser escuchado. 2009. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7532.pdf>

15. Ministerio de Salud. Banco de recursos. Ariza Navarrete. Línea mientos sobre Derechos y Acceso de los y las adolescentes al sistema de salud, PNSIA. 2015. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>

16. Quiroga A.F. "Nosotros los del medio". Cuando lo normal no constituye la regla. Una mirada antropológica acerca de la adolescencia. Revista científica de la Asociación Médica de Bahía Blanca. 2021; vol. 31 (1): 10-18

17. Rockwell, R. Temporalidad y cotidianidad en las culturas escolares. Cuadernos de Antropología Social. 2018; 47: 21-32.

18. Fainsod P. Pobreza, adolescencia y escuela media. Algunas reflexiones sobre las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y adolescentes madres en contextos de pobreza. En: VI Jornadas de Sociología, Buenos Aires. 2004. p. 1-18

19. Bracchi C. Descifrando el oficio de ser estudiantes universitarios: entre la desigualdad, la fragmentación y las trayectorias educativas diversificadas. Trayectorias Universitarias. 2016; vol. 2 (3): 3-14

20. Viveros Vigoya, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista. 2016; 52: 1-17

## NOTAS FINALES

<sup>1</sup> Los datos sobre los cuales se basan las ideas desarrolladas en este artículo de reflexión derivan de una investigación cualitativa etnográfica realizada por la autora sobre las representaciones sociales del embarazo en adolescencia existentes entre las y los jóvenes de 15 a 19 años de edad, entre las y los trabajadores de la salud, así como en las políticas de salud en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Se identifican las citas textuales de entrevistas realizadas a trabajadores de la salud de la siguiente forma: número de entrevista, mujer/varón, personal médico / personal no médico, especialidad)

<sup>3</sup> Cabe mencionar que el presente trabajo no contempla la regulación establecida por el Código Civil y Comercial referida a la capacidad de ejercicio de derecho de las personas menores de edad, es decir quienes no han cumplido 18 años. No es la intención en este trabajo comparar las diferentes normativas (internacionales, nacionales, provinciales, municipales. De cualquier manera, tampoco el Código Civil fue referido por parte de las/os trabajadoras de la salud como marco regulatorio de sus prácticas.