

# BIOPOLÍTICA RACIOLÓGICA DEL CONTROL POBLACIONAL

FECUNDIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN ARGENTINA

**FERNANDO, PROTO GUTIERREZ; MARTA, JOSÉ; MIRIAM, LÓPEZ**

## RESUMEN

El siguiente artículo ha sido escrito en el marco del Proyecto de Investigación CYTMA2 “Características socio-culturales del embarazo y la fecundidad adolescente en el Partido de La Matanza” dirigido por Mario Rovere y co-dirigido por Marta Susana José, a través del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza, y realizado en el período 2015-2016. El proyecto se propone describir los aspectos socio-sanitarios relacionados con el embarazo y la fecundidad, hábitos sexuales y cuidados sanitarios de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años.

En este sentido, se indaga aquí una perspectiva de reflexión en torno a la naturaleza de la pregunta por el embarazo adolescente como problema epistemológico, desde el marco teórico referencial de la biopolítica y la bioética como áreas que permiten estructurar un abordaje filosófico sobre la temática que se plantea, en especial, a partir de los trabajos de Michel Foucault y Giorgio Agamben, interpretados desde el marco de la teoría de-colonial afro-americana.

**Palabras claves:** embarazo, fecundidad, adolescente, biopolítica, racismo

## INTRODUCCIÓN

En la Clase del 17 de marzo de 1976, Michel Foucault describe la modalidad por la que el poder soberano ejerce su dominio en el orden de la vida, constituyéndose ésta en objeto de prácticas e intervenciones de control, como forma de superación de las estrategias disciplinares que caracterizaron a la modernidad y operaban en torno al hombre/cuerpo.

Foucault indaga, entonces, por la realidad y validez de la pregunta ¿Qué significa tener un derecho de vida y de muerte? Infiriéndose de ello el que el soberano tenga el derecho de *hacer morir y dejar vivir* (en el siglo XIX), tanto como de tener el poder de *hacer vivir y dejar morir*, manifestándose el carácter de nuda vida del súbdito que depende, por todo, del

momento decisorio del amo; en este caso, es señalada la co-implicancia del contractualismo por el cual la multitud delega en el soberano el poder y control que se ejecutará sobre la vida, en todas sus dimensiones, pero especialmente, en el plano de la seguridad jurídica que concibe a la vida como propiedad.

Hacia el siglo XVIII Foucault identifica el nacimiento de “la disciplina que trata de regir la multiplicidad de los hombres en la medida en que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar, utilizar y, eventualmente, castigar” (Foucault 2003:207), de manera que a la individualización bioética hombre/cuerpo le corresponde, como mecanismo regulador, la masificación hombre/especie.

El interés de la biopolítica “se trata de un conjunto de procesos como la proporción de los nacimientos y las defunciones, la tasa de reproducción, la fecundidad de una población, etc. Estos procesos de natalidad, mortalidad y longevidad constituyeron, a mi entender, justamente en la segunda mitad del siglo XVIII y en conexión con toda una masa de problemas económicos y políticos (...) los primeros objetos de saber y los primeros blancos de control de esa biopolítica” (Foucault 2003:208). Es pues, desde esta perspectiva, que surge el paradigma de la higiene social o salud pública como problema que conduce al ejercicio de técnicas de prevención y promoción socio-sanitarias, entre las que se visualiza el cuidado y auto-cuidado poblacional como eje troncal del control y disciplinamiento del hombre/cuerpo y regulación del hombre/especie.

La natalidad y la morbilidad se entendían (y aún entienden) como los núcleos problemáticos de la salud pública, en lo que respecta a la propagación de endemias o epidemias, en tanto objeto de inserción de la medicina social y de la enfermería como agentes de normalización, información y coordinación del saber y de la praxis sanitaria.

El sesgo occidentalista en el que acaece el advenimiento de la *nuda vida* (ente ni vivo ni muerto) podría co-relacionar la biopolítica a la emergencia de sociedades industriales y capitalistas; no obstante, el control de natalidad en China obtura dicho análisis, dado el tradicional caso de una población en su mayor parte rural: la masificación del hombre/especie, desde la perspectiva de la biopolítica, fuerza a la aplicación de dispositivos de regulación de la vida por medio de políticas socio-sanitarias, cuyos órganos de ejecución se corresponden con el nacimiento de las ciencias de la salud, en tanto condición de posibilidad del biopoder como lógica decisoria entre la vida y la muerte y como mecanismo de inclusión/exclusión entre lo sano/patológico o lo normal/anormal.

Las prácticas del biopoder por-mor-de las tecnologías del estado, auto-señalan el surgimiento del racismo en la biopolítica que regula la vida social, si se tiene en cuenta que

el poder soberano implica *hacer morir y dejar vivir*: el poder de asesinato del soberano se ejerce como estrategia de regulación de las razas, en tanto es interdependiente el mecanismo de inclusión/exclusión de los aspectos dicotómicos que enferman a la población sana: “el racismo está ligado al funcionamiento de un Estado obligado a servirse de la raza, de la eliminación de las razas y de la purificación de la raza, para ejercer su poder soberano” (Foucault 2003:221). Luego, Foucault se pregunta ¿Cómo se puede hacer funcionar un biopoder y al mismo tiempo ejercer los derechos de la guerra, los derechos del asesinato y de la función de la muerte si no es pasando por el racismo?” (Foucault 2003:225).

En este sentido, la pregunta que orientará nuestra reflexión aquí será ¿Por qué es la fecundidad y el embarazo adolescente un problema biopolítico en Argentina?

#### EL RACISMO EN LA BIOPOLÍTICA EUROPEA

Foucault reconoce que el sistema judicial funciona en su mayor parte en relación con el poder real, en tanto instrumento de justificación del poder monárquico absoluto, o como un método de construcción de sus límites y parámetros. De esta manera, desde la Edad Media el rol del poder jurídico consistió en establecer y legitimar el poder del soberano, como lo demuestra Maquiavelo en *El Príncipe*: la relación del príncipe con el territorio sobre el que afirma su dominio es en sí misma totalmente artificial, ya sea que se haya forjado por medio de la conquista, la herencia, o por un compromiso pacífico, el Príncipe es siempre un agente externo a él. De esta suerte, la relación entre el soberano y el territorio es frágil, hallándose constantemente amenazada por enemigos externos e internos. Así, el objetivo del gobierno debía ser reforzar el vínculo débil a partir del ejercicio de la soberanía.

Luego, y en contraposición al modelo hobbesiano de la soberanía jurídica concebida como la forma de liberación de un estado pre-moderno de guerra de todos contra todos (estado de naturaleza), Foucault sugiere que la narrativa de la guerra es continua, en relación con los enemigos de la soberanía, pues, bajo la superficie de la paz, la guerra se internaliza a través de las instituciones políticas modernas y de los discursos históricos, articulándose en una variedad de proyectos que incluyen una lucha continua de razas.

El uso que hace Foucault del término "raza" se realiza, en principio, ya no para indicar una división biológica de la especie humana tal como la entendemos ahora. En lugar de ello, simboliza lo que más comúnmente se entiende como "nación" o "clase", y que han estructurado el conocimiento sociológico histórico.

En su penúltima clase, Foucault localiza el momento en el que el discurso de la guerra queda subsumido en el discurso oficial del estado. La reformulación del concepto de la

"nación" articulado por Sieyes en su texto sobre el tercer estado, escrito en la época de la Revolución Francesa, permitió eliminar la guerra como categoría de análisis principal de las relaciones de poder. De esta forma, en lugar de explicar al estado determinado por su capacidad para ejercer la dominación sobre otros estados, su fuerza habría de medirse por la capacidad para gobernar a sus poblaciones con el fin de optimizar sus capacidades (En *El nacimiento de la Biopolítica* se define a partir del condicionamiento intrínseco de la *ratio gubernamentalis, agenda et non agenda*, que supone el advenimiento del liberalismo en la idea de libre mercado).

Este giro discursivo llevó a Foucault a la conclusión de que el propósito del gobierno consistía en la correcta disposición de las cosas para dar lugar a un fin adecuado, entendiendo por "cosas" ya no al territorio, como en el caso de Maquiavelo, sino a las relaciones y red de implicaciones humanas complejas, con sus recursos, riqueza y medios de subsistencia, así como en relación a los accidentes, desgracias, hambre, epidemias y muertes.

Es entonces que emerge una nueva comprensión centrada en el arte del gobierno, que se encuentra enmarcada en contraste con una propuesta de análisis exclusivamente teórico-jurídica. Mientras que el objetivo del gobierno consistía en asegurar la obediencia a la ley, ahora el gobierno tiene como objeto disponer convenientemente de las cosas, a través de la implementación de mecanismos administrativos y tácticas algorítmicas, con ciertas finalidades.

Foucault desarrolla esta idea en la conferencia final de la serie en la que se describe el concepto de biopoder, por el que la población es comprendida como un órgano dinámico y objeto de referencia destinado a ser regulado en sus complejos procesos biológicos inherentes. De esta manera, la biopolítica implica el estudio de los procesos vitales, incluyendo escalas de reproducción, nacimiento y muerte, así como una serie de problemas políticos relacionados con las interacciones de los hombres como especie. Por ello, la biopolítica busca comprender y regular estos procesos e interacciones para garantizar la afluencia y la optimización de la vida, de donde se entiende que los estados ya no actúan para defender fronteras, sino actuar para asegurar la continuidad biológica en conformidad con determinadas normas socio-sanitarias, a fin de proteger la integridad, la superioridad y la pureza de la raza.

Esta reformulación del papel del Estado crea una contradicción fundamental entre la necesidad biopolítica para dejar vivir y el derecho legítimo y soberano que permite hacer morir. Foucault propone entonces que esta contradicción central puede conciliarse con la aplicación del racismo de Estado, por el que se entiende que la sustentabilidad de la vida,

depende de la muerte de otro, o bien, la modalidad propia del biopoder para crear cesuras dentro del *continuum* biológico. Así, mediante la creación de un enemigo externo que amenaza a la sociedad, el soberano es capaz de ejercer la potencia inherente que le permite matar, a fin de preservar la integridad del hombre/especie.

En consecuencia, el racismo debe ser re-conceptualizado a finales del siglo XIX en orden a ser funcional a los dispositivos biopolíticos que proporcionan las prácticas y normas sociales que institucionalicen los mecanismos de inclusión/exclusión, a fin de eliminar la enfermedad o anormalidad sanitaria: la guerra de razas es esencial para la conservación de las funciones regularizadoras y de control en la sociedad normalizadora.

#### EMBARAZO ADOLESCENTE EN ARGENTINA

A continuación, se describirá la situación concreta del embarazo adolescente, a fin de interpretar, en el tercer apartado *Racismo y Biopolítica en Argentina*, el ejercicio soberano de docilización del cuerpo femenino como estrategia de dominación de la naturaleza y pureza de la población.

En definitiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”, estableciendo sus límites entre los 10 y los 19 años. Se considera como un período de la vida libre de problemas endémicos de salud, aunque, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos, un caso especial.

Son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los adolescentes y, en consecuencia, a los embarazos precoces. Según el boletín *Desafíos*, una publicación conjunta de la CEPAL y UNICEF, estos factores incluyen los cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida e insuficiente educación sexual. Asimismo, en ciertos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas de salud sexual y reproductiva, al tiempo que no se valoran como objeto de salud pública los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. En el ámbito de dicha población joven tienen impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo como paga por dinero, y la falta de orientación de padres y madres.

Los datos estadísticos respecto del embarazo adolescente como objeto de estudio de la salud pública coinciden con la situacionalidad vulnerable de la población adolescente

investigada, conforme a determinados contextos socio-económicos, hábitos culturalmente dados y comportamientos sexuales análogos.

Es así que en África se presenta la tasa más alta de embarazos de adolescentes en el mundo -143 por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años, especialmente en el África subsahariana<sup>1</sup>. En Nigeria, por ejemplo, según la *Encuesta de Demografía y Salud* de 1992, el 47% de las mujeres de 20-24 años contrajeron matrimonio antes de los 15 años y el 87% antes de los 18 años. Así, un 53% de las encuestadas también había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años<sup>2</sup>.

Las tasas de natalidad en adolescentes en países de África evidencia que la conjunción “hábito sexual - vulnerabilidad socio-económica” es el par directriz para el incremento del número de casos, en relación con el comportamiento sexual de los adolescentes en escenarios de pobreza absoluta o relativa. Tal es que *Save the Children* identifica que de los 10 países en los que la maternidad acaece durante la adolescencia, 9 se encuentran en África subsahariana, mientras que Níger, Liberia y Malí fueron los países donde las niñas se encontraban con mayor exposición al riesgo.

Las estadísticas dan cuenta que, en los 10 países de mayor riesgo, más de uno de cada seis adolescentes de entre las edades de 15 y 19 años dieron a luz cada año, y casi uno de cada siete niños nacidos de estos adolescentes murió antes de cumplir un año<sup>3</sup>.

Por su parte, en el subcontinente indio, el sexo prematrimonial es poco común, pero el matrimonio precoz da lugar al embarazo adolescente. La tasa de matrimonios precoces es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanizadas, mientras que las tasas de fertilidad en Asia del Sur brindan un rango de 71 a 119 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15-19 años de edad, en tanto el 30% de todos los abortos inducidos en India se realizan en mujeres menores de 20 años.

Otras regiones de Asia han evidenciado una tendencia significativa en el aumento de la edad promedio para contraer matrimonio en ambos sexos. En Corea del Sur y Singapur el matrimonio antes de los 20 ha desaparecido y, a pesar de que la aparición de las relaciones sexuales antes del matrimonio se vio en aumento, las tasas de maternidad adolescente se reconocen en un rango bajo de entre 4 y 8 casos por cada 1000. La tasa de matrimonios y embarazos precoces ha disminuido considerablemente en Indonesia y Malasia, siendo no obstante alta en comparación con el resto de Asia.

---

<sup>1</sup> Treffers, P.E. (November 22, 2003). Teenage pregnancy, a worldwide problem. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 147(47), 2320-5. Descargado el 7 de julio de 2006

<sup>2</sup> Locoh, Therese. (2000). "Early Marriage And Motherhood In Sub-Saharan Africa." *WIN News*. Descargado el 7 de julio de 2006.

<sup>3</sup> State of the World's Mothers Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries

Tailandia es un caso excepcional, ya que se ha manifestado una minoría significativa de adolescentes solteras sexualmente activas en tanto el sexo previo al matrimonio se considera un comportamiento normal para los hombres, en particular con prostitutas.

A su vez, las jóvenes tailandesas informaron que su primera experiencia sexual, ya sea dentro o fuera del matrimonio, fue sin anticoncepción, observándose correlativamente una tasa de fecundidad adolescente relativamente alta con 60 casos por cada 1.000, al tiempo que el 25% de las mujeres ingresadas en hospitales de Tailandia por complicaciones de aborto inducido han sido estudiantes.

Según la *Organización Mundial de la Salud*, en varios países asiáticos, como Bangladesh e Indonesia, una gran proporción (26-37%) de las muertes entre las mujeres adolescentes se puede atribuir a causas maternas<sup>4</sup>.

En Europa, la tendencia general había demostrado una disminución en la tasa global de fecundidad desde 1970, dándose un aumento de la edad en que las mujeres experimentan su primer parto y una disminución en el número de nacimientos entre adolescentes.

Sin embargo, las tasas de embarazo durante la adolescencia pueden variar ampliamente dentro de un país. Por ejemplo, en el Reino Unido, la tasa de embarazo adolescente en el año 2002 fue de hasta 100,4 casos por cada 1.000 entre las mujeres jóvenes que viven en el distrito londinense de Lambeth, y tan bajas como 20,2 casos por cada 1.000 entre los residentes en el área de la autoridad local de Midlands de Rutland. En Italia, la tasa de natalidad de adolescentes en la región central es sólo de 3,3 casos por cada 1.000, pero, en el sur representa 10,0 casos por cada 1.000.

En Europa, el embarazo adolescente se asocia a menudo con cuestiones económicas y sociales tales como el consumo de alcohol y el uso indebido de drogas, aunque en 13 naciones de la Unión Europea las mujeres que dieron a luz durante la adolescencia tenían el doble de probabilidades de estar viviendo en situación de pobreza, en comparación con mujeres que dieron a luz mayores de 20 años<sup>5</sup>.

Según datos de UNICEF (2012), en América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo, en tanto un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años y casi el 20% de nacimientos vivos en la región pertenecen a madres adolescentes.

---

<sup>4</sup> Mehta, Suman, Groenen, Riet, & Roque, Francisco. United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. (1998). *Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region*. Descargado el 7 de julio de 2006.

<sup>5</sup> UNICEF. (2001). *A League Table of Teenage Births in Rich Nations PDF (888 KiB)*. Descargado el 7 de julio de 2006.

En el Caribe anglófono, el 82% de hombres jóvenes y el 52% de mujeres adolescentes de entre 10 y 18 años dicen haber comenzado a tener relaciones sexuales a los 13 años, y un alto porcentaje señala que la primera experiencia sexual fue forzada.

A su vez, la mortalidad materna se vincula con la disparidad entre géneros, el embarazo prematuro, el aborto, y los servicios inadecuados de control de la natalidad, constituyéndose como una de las mayores causas de muerte entre las adolescentes de la región, al tiempo que los porcentajes de embarazo son de tres a cinco veces más altos entre adolescentes de escasos recursos que entre adolescentes con recursos económicos.

En Argentina, según datos de INDEC (2006), en el país, del 35 al 40% de los jóvenes argentinos viven bajo la línea de pobreza, lo que afecta a su desarrollo personal y profesional, su capacidad de acceso a la información y su interacción general con la sociedad.

La iniciación sexual ocurre en edades cada vez más tempranas: la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 14,4 años y la de la mayoría de las mujeres es de 15,2 años, en general, con novios o con amigos.

Pero, además de una iniciación sexual temprana, las mujeres son muchas veces obligadas, padeciendo violencia sexual, y condiciéndose ello con la situación prevalente en el Caribe anglófono. Esto las expone a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.

Los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia están relacionados con la interrupción de la escolaridad y de la inserción laboral. El embarazo en esta etapa de la vida es, entonces, un elemento predictor de menor escolaridad, menores posibilidades de capacitación y empleo y profundización de la situación de pobreza.

Se ha señalado que el embarazo adolescente está influenciado por factores culturales, como lo es el caso de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia o modelos familiares conflictivos y fuertemente patriarcales, que inducen a que la adolescente busque reparación afectiva y una forma de obtener seguridad económica y personal.

Según los últimos datos del Ministerio de Salud de la Nación, en Argentina en el año 2007 se produjeron 700.792 nacimientos en el país: el 15,6% correspondieron a madres menores de 20 años (106.720 nacimientos de madres de 15 a 19 años, y 2841 nacimientos de madres de menos de 15 años). Esto significa que cada cinco minutos una adolescente se transforma en madre y, generalmente, un adolescente varón es el padre.

En algunas regiones del país, como en las provincias de Chaco y Misiones, las tasas de fecundidad adolescente son de más de 100 casos por cada 1000, tasas comparables con las de África<sup>6</sup>.

Por su parte, en la Ciudad de Buenos Aires el 6,7% de los niños que nacieron durante el año 2010 son hijos de madres adolescentes. Un 2% de estos niños tiene madres menores de 15 años. La incidencia de la maternidad adolescente en la Ciudad de Buenos Aires es sensiblemente inferior a la del total del país, en donde un 15,6 de los niños nacidos durante el 2010 tiene madres menores de 20 años.

Entre las causas de embarazo adolescente, las principales están referidas a la situación socio-económica, ausencia de información y educación sexual, presión grupal, e injerencia de hábitos culturales dados, ya sea por la masificación de ciertas conductas a través de los medios masivos de comunicación, como a comportamientos culturales reificados. Los especialistas médicos aseguran que el embarazo adolescente genera desequilibrios en la salud de madre, ya que la precocidad implica la no predisposición bio-psicológica para afrontar, por ejemplo, la sensación de fracaso en el establecimiento de la independencia o el abandono de los estudios y la consecuente imposibilidad de inserción en el mundo laboral. Por otro lado, existen repercusiones aún más elevadas de tipo social, como el aumento de los índices de pobreza o de mortalidad infantil (CENEP, 2012).

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de Salud Pública relevante para el Partido de La Matanza, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable de su número, aconteciendo con mayor frecuencia en los sectores más vulnerables.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas tardías en hospitales, dato correlativo a las cifras presentadas por el Ministerio de Salud de la Nación, el cual estima que a la edad de 20 años el 40% de las adolescentes habrá experimentado por lo menos 1 embarazo.

Los riesgos potenciales para las niñas adolescentes de embarazarse incluyen un bajo nivel socioeconómico, la escasa o nula accesibilidad al sistema de salud, nivel de estudios incompletos, escasa información sobre métodos anticonceptivos y acceso restringido a los mismos y la conformación del grupo conviviente.

Los datos del Ministerio de Salud de la Nación del año 2010 indican que en tres años aumentaron 9,7% los casos de adolescentes que, con menos de 15 años, se convirtieron en madres. Sólo en 2010, de acuerdo con los últimos datos disponibles, 3.117 adolescentes

---

<sup>6</sup> Facchini, Karina, (2012) *Introducción al embarazo adolescente*.

dieron a luz. Son 276 casos más que en 2007, cuando los bebés nacidos de madres niñas fueron 2.841.

En el estudio *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina* de Edith Alejandra Pantelides, se explica: “Entre los aspectos macrosociales se destacan las políticas públicas y entre los del contexto social próximo, el lugar de residencia de las jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar y la interacción con los padres, otros adultos y el grupo de pares. También se abordan características individuales, entre las que se cuentan la edad, el estrato socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a grupos étnicos. Por último, se analiza el efecto de la conducta reproductiva de las adolescentes, de sus percepciones, actitudes y conocimientos de aspectos de la reproducción y la anticoncepción, para finalizar con breves consideraciones sobre las causas de la lentitud relativa del descenso de la fecundidad adolescente”.

Según el estudio Cedes/Conapris - realizado en quince maternidades públicas de la Argentina, de las siete zonas con más altas tasas de fecundidad adolescente de las provincias de Misiones, Chaco, Catamarca, Salta y Tucumán, de la ciudad de Rosario y del conurbano bonaerense- se entrevistó a 1650 madres adolescentes de entre 15 y 19 años (población análoga a la del presente proyecto de investigación), entre diciembre de 2003 y febrero de 2004, obteniéndose que la edad promedio del primer embarazo fue de 16 años y medio, al tiempo que en Tucumán y La Matanza más del 30% de las encuestadas tenía más de un hijo.

En el informe del Observatorio Social Legislativo de la Provincia de Buenos Aires, *La adolescencia en la provincia de Buenos Aires* (2008), se señala que de los 36.690 nacimientos en madres adolescentes registrados, 3867 corresponden a adolescentes del Partido de La Matanza, y “Hay alrededor de 18.000 padres de 14 a 20 años. El 29% pertenece al quintil más pobre, y el 45% al segundo quintil. El 86% abandonó la escuela. El 25% se encuentra desempleado”.

Actualizando cifras hasta el año 2011, el director de Programas Sanitarios e Investigación Epidemiológica de La Matanza, Andrés Burke Viale expresa que “De los 29 mil chicos que nacieron el año pasado en La Matanza, el 25 por ciento de ellos proviene de embarazos adolescentes, y el 90 por ciento de ellos son deseados”.

De aquí que el deseo del embarazo deba ser indagado en tanto pauta cultural correspondiente o a un fenómeno urbano o rural, infiriéndose de aquí la necesidad de sistematizar la variable “procedencia” como un instrumento metodológico que dé respuesta a dicho comportamiento, en el marco de un análisis macrosocial que vislumbre condiciones de

estratificación por clase y accesibilidad a políticas públicas de salud reproductiva o asistencia social.

Se considera que la situación socio-económica no es mono-causa del embarazo precoz, adscribiéndose por ello un factor cultural. De aquí que las condiciones materiales de existencia –desde la perspectiva que reduce las relaciones sociales a puros intercambios económicos–, no explicaría el embarazo adolescente en sí, si a ello no se aplicara una perspectiva cultural como las “percepciones, actitudes y conocimientos” de la adolescente.

Con respecto de la percepción que las adolescentes tienen de la maternidad y a las mediaciones entre uso de métodos anticonceptivos y percepción de riesgo de embarazo, Pantelides señala: “En ese marco, una maternidad temprana puede considerarse un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional, en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular, como se señaló, para las jóvenes de aquellos estratos de la sociedad en las que los proyectos de vida alternativos no tienen posibilidad de realización”.

En los porcentajes de adolescentes de 15-19 años de La Matanza que, según la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, hasta el 2008 no había completado el ciclo primario al momento de dar a luz (el 8,4 por ciento), en tanto el 44,4 por ciento de las madres sólo había completado el ciclo primario, constituyendo esto, de acuerdo a los contextos próximos de la adolescente, un factor predisponente de abandono escolar, concebido como un proyecto de vida alternativo.

Los datos recolectados a través del Proyecto CYTMA2 realizado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza, sobre una población de 95 adolescentes, da cuenta que el 49,47% de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 a 16 años, mientras que el 45,26% tienen de 17 a 20 años, y el 5,2% de 10 a 13 años. Por su parte, el 45,26% se encuentra soltera, mientras que el 43,15% tiene una relación de noviazgo. En lo que respecta a la ayuda económica, sobre un total de 80 encuestadas, el 41,25% recibe ayuda de los padres, el 6,25% de parientes, el 28,75% de los padres del niño y sólo el 11,25% ayuda estatal. El 67,5% de las adolescentes se encuentra desocupada, mientras que el 30% piensa trabajar después del embarazo. El 46,25% ha completado los estudios secundarios, mientras que el 20% no ha finalizado el nivel primario.

Con un 52,50% las adolescentes embarazadas referenciaron que sus madres habían sido también madres adolescentes, mientras que un 18,75% señalaron a sus hermanas como antecedente familiar de embarazo en temprana edad. Por último, el 50% de las adolescentes manifestaba estar feliz por su embarazo y el 7,5% desearía no estar embarazada.

#### RACISMO Y BIOPOLÍTICA EN ARGENTINA

Desde el punto de vista teórico, el campo de efectucción de la biopolítica en Argentina puede interpretarse a partir de los programas de J. B. Alberdi y D.F. Sarmiento, como formas de pensamiento hegemónico que orientaron el conjunto de las tecnologías del biopoder, en orden a promover la guerra de razas como fuente del racismo que constituyó el proyecto de poblamiento del territorio nacional, a fin de comprometer el dominio soberano.

En este sentido, se evidencia –a través de la lectura de *El Facundo*–, que la población como problema epistemológico se inserta en el ámbito de la intervención institucional a partir de la centralización del Estado, luego de la segunda mitad del siglo XIX.

Allí es también donde se comprende la racionalidad ilustrada de las élites como el agente más adecuado para llevar a cabo la configuración del orden sociopolítico y el diseño poblacional, con base en un mecanismo de inclusión/exclusión fundado en la dicotomía positivista civilización/barbarie: Sarmiento describe a esta última a través de la figura de los gauchos, indígenas y negros, privilegiando la racionalidad euroamericana en detrimento de la eticidad de las culturas abiyalenses, desde una posición biopolítica raciológica que debía trasladarse a prácticas de sustitución, disciplinamiento y regulación del hombre/cuerpo y del hombre/especie.

De esta manera, la inmigración aseguraría la normalización social con la cual hacer morir la enfermedad y moralizar a la población en favor del progreso, por medio de migrantes de procedencia europea, cuya distribución se concentraría en los núcleos urbanos que aún en el siglo XX comprenden el sitio de las grandes urbes: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza. La política inmigratoria impediría, por otro lado, la amenaza de las guerras civiles que son propias del ideario costumbrista bárbaro.

El proyecto biopolítico sarmientino entreveía una dicotomía racial fundada en la exclusión recíproca entre factores poblacionales y genéticos bárbaro-rurales, por un lado, y civilizados-urbanos, por otro; división que suponía también un proyecto nacional europeizante (característico de la generación del '37, que vislumbraba a Francia y a Inglaterra como modelos de progreso social) y, por su parte, un proyecto americanista rosista:

Mediante esta concepción etnocéntrica, tutelar y violenta, presente en el discurso civilizatorio de la racionalidad política moderna, se articulan un conjunto de prácticas culturales des-subjetvantes de aquellas alteridades periféricas en relación a la mentalidad centralista-dominante europea. Pero además, dicha discursividad

liberadora, embiste al sujeto moderno de la labor desiderativa de imponerse, física, cognoscitiva y culturalmente, al “otro colonizado” en pos de una acción redentora del mismo (Díaz 2008: 17)

La biopolítica argentina, desde su origen, es raciológica en los términos colonialistas que consignan la incorporación de un criterio que excluye la identidad abiyalense, en la consideración que de ella se hace en tanto enfermedad que retrasa el progreso social.

La desubjetivación de la periferia responde a las tecnologías biopolíticas que comprenden la anormalidad de la barbarie, en favor de la normalidad socio-sanitaria del sujeto racional europeo: “la consolidación de un proyecto de estado nación republicano y liberal pretendía hacer de la América salvaje y anárquica un continente a la imagen de la Europa civilizada y próspera, ya sea esto por vía de la inmigración y el entrecruzamiento de razas sajonas o europeas, o bien, mediante la alfabetización de vastos sectores poblacionales a partir de los dispositivos disciplinarios de normalización y de colonización cognoscitiva implementados por la pedagogía ilustrada” (Díaz 2008:19).

La modelización colonialista del pensamiento nacional se tradujo en prácticas biopolíticas de higiene social, enmarcadas por un criterio raciológico que persiste en los dispositivos concomitantes a la salud pública en los siglos XX y XXI.

De acuerdo a los argumentos de Foucault, Giorgio Agamben sostiene que el aporte original del poder soberano consiste en la producción de un cuerpo biopolítico, esto es, en la producción, disciplina y control de la *nuda vida*, objeto de la fuerza del estado y, en definitiva, al soberano, por quien el *homo sacer* deviene en el modo de ser de aquél ente que puede ser asesinado más no sacrificado, dado que se trata de un ser excluido, apenas humano y privado de la salvación farmacológica o socio-sanitaria de un tratamiento terapéutico que lo redima: la adolescente embarazada, excluida de todo dispositivo de tratamiento, atención o prevención, se halla condenada (ni viva ni muerta) como un paciente con enfermedad avanzada (PEA) o crónico.

Las tecnologías biopolíticas en América Latina suponen, entonces, la lógica raciológica de un Estado excluyente, entrelazado con la vigilancia eclesiástica como agente moralizador de la salud pública:

Si revisamos la situación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina, es claro que el concordato moral ha terminado, pero hay diferentes resultados posibles, considerando la fuerte imbricación política entre el Estado y las Iglesias hegemónicas. En Argentina, por ejemplo, a fines de 2002 se aprobó la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley n°25.673); en

2003 se creó el Programa del mismo nombre y en 2006 el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley n° 26.150). Sin embargo, su aplicación en muchas regiones del país ha sido reducida, debido a razones religiosas principalmente (...).

En el tema aborto, un nuevo proyecto de ley ha sido sometido al Congreso Nacional para legalizarlo hasta las 14 semanas de embarazo y así prevenir la mortalidad materna que ha cobrado más de 400 mil abortos ilegales. La mala noticia es que en los pasados 25 años más de cincuenta proyectos de ley concernientes a este tema han sido sometidos sin éxito (Blancarte 2015:184)

La embarazada adolescente es, en este sentido, un ente ex-ley en torno a quien/que el Estado no puede ejercer directamente su potencia de asesinato, con el objeto de erradicar la enfermedad que padece: se coarta con ella el poder biopolítico de *hacer morir*, frente a la amenaza que supone el *dejar vivir*. Por tanto, el límite de las tecnologías de biopoder, enmarcadas en los dispositivos socio-sanitarios que conciernen a la salud pública, es el aborto como práctica que cumplimenta la fuerza de acción del Estado en su total magnitud: el aborto se muestra como la frontera que la biopolítica ha de traspasar, conforme a la posibilidad de disciplinamiento y control total del cuerpo femenino.

Así, la biopolítica en América Latina, hasta la segunda década del siglo XXI, ha debatido los mecanismos de regulación poblacional en términos de sustitución raciológica, esto es, de acuerdo a la dicotomía civilización/barbarie como categoría que permite incluir/excluir lo sano de lo enfermo. Así es que la embarazada adolescente es, en principio, identificada a través de las prácticas enfermizas que le corresponden a la barbarie latinoamericana. Por ejemplo, en declaraciones al diario argentino Página12 el ministro de Salud de Corrientes, Julián Dindart afirmó: “No es una opinión nazi ni fascista lo que digo, sino que es un análisis de la realidad: en lugares en donde falta la educación, si el Estado estimula el embarazo con el pago de un subsidio, la tasa de embarazos en adolescentes aumentará”.

¿Por qué es la fecundidad y el embarazo adolescente un problema biopolítico en Argentina? En síntesis, porque en la mujer embarazada se entre-cruza el criterio raciológico de la biopolítica latinoamericana inclusiva/excluyente decimonónica y la potencia estatal obturada de *hacer morir* por medio de tecnologías de disciplinamiento o docilización del cuerpo, propias del siglo XX y XXI. El lema del movimiento feminista que procura por la apropiación del cuerpo como forma de reivindicación y ampliación del concepto de salud reproductiva, establece la prioridad de la autonomía de un agente racional para decidir por su vida y sobre su cuerpo, así como de qué manera y con quién tener hijos; dicha posición quiebra la representación que identifica a la mujer con la naturaleza, suponiendo que en su

cuerpo es evidente la inscripción que la subordina a una mera función reproductivo-biológica, aproximándola a la naturaleza en oposición a la cultura.

El entre-cruce de fronteras no es menor, dado que allí donde la mujer decide completamente sobre su cuerpo, el biopoder despliega –en una fase superior-, su derecho legítimo de asesinar: el aborto señala el momento bioético específico en que un ente natural puede ser aniquilado, sin que ello constituya un crimen, modelo éste ejemplar del estado de excepción en que el derecho clásico es suspendido, y donde el soberano decide arbitrariamente sobre un campo abierto de posibilidades.

La despenalización del aborto supone la total docilización del cuerpo, por medio de las tecnologías de regulación biopolítica de una población en la que reproducción y sexualidad se hallan disociadas:

La sanción sobre el cuerpo de la mujer es un lugar privilegiado para significar el dominio y la potencia cohesiva de la colectividad, y prácticas de larguísima duración histórica confirman esa función de la capacidad normativa (y hasta predatoria) sobre el cuerpo femenino como índice de la unión y la fuerza de una sociedad. La significación territorial de la corporalidad femenina –equivalencia y continuidad semántica entre cuerpo de mujer y territorio- son el fundamento cognitivo de estas prácticas (Segato 2002:322)

La estrategia del biopoder asistida por los dispositivos biopolíticos que docilizan el cuerpo femenino, revelan la total capacidad decisoria del soberano sobre el territorio. Pero, en Argentina, en tanto el aborto constituye todavía un crimen, la biopolítica se retrotrae a la problemática del poblamiento territorial, fundada en los criterios de inclusión/exclusión, de los cuales se infiere que el embarazo adolescente reproduce la barbarie, como contraparte a la tentativa de sustitución de negros, indígenas y gauchos por migrantes europeos.

¿Por qué es la fecundidad y el embarazo adolescente un problema biopolítico en Argentina? Pues, la punibilidad del aborto atenta contra los dispositivos biopolíticos de regulación poblacional y, desde una perspectiva raciológica, favorecen la re-producción de la barbarie: “el primer racismo argentino se conforma como un racismo importado, que retoma el racismo europeo (fundamentalmente inglés) y mantiene sus valores, considerando a la población originaria o afro-descendiente como primitiva, bárbara o poco evolucionada y pretendiendo reemplazarla por la inmigración de aquellas colectividades que se consideraban civilizadas, provenientes fundamentalmente del norte de Europa” (Villalpando 2006:48).

No obstante, el racialismo clásico del siglo XIX y XX -basado en hipótesis científicas-, muta con la sociedad de la información hacia un racismo de la normalidad estética vinculado

a patrones de consumo: se trata de una barbarie estética en el orden de lo monstruoso que auto-implica la pobreza como condición necesaria.

La re-producción monstruosa de la barbarie define también la expansión de la pobreza sobre el territorio y la propagación de lo que para Kusch es el “hedor” de América, aquél que rememora lo ya superado del desamparo y el abandono: “Quien es hijo de esa nada de la *nuda vida*, no está en plena posesión de su vida. En la exclusión, estas condiciones imprescindibles para la humanización pueden no estar dadas, por la patología psíquica o social de los progenitores o por un desgarró catastrófico del tejido social (pobreza, guerra, hambre, desempleo). Es en esta profunda herida del psiquismo donde los planes de ayuda y reparación social no pueden incidir directamente” (Viñar 2013:134).

La vida desnuda de la adolescente embarazada huele al hedor del desamparo genealógico y social que la biopolítica apela a revocar por medio de los dispositivos socio-sanitarios de prevención o asistencia. Pero, el desborde psíquico y la condición exley que la constituye en mera nada, se acentúa con la sinonimia que asimila a la embarazada con la virginidad de un territorio que ha sido ultrajado por la maldición de una enfermedad letal y que la condena a un modo de vida sub-humano, y a un estatuto sub-ontológico en el orden del *mero estar ahí nomás* (Rodolfo Kusch).

El vínculo frágil entre el Príncipe y el territorio conquistado, tiene como efecto secundario la re-producción de súbditos no deseados, esto es, de elementos que atentan contra el sostenimiento artificial de la soberanía, pues señala la falencia del estado a la hora de dominar la función última concerniente a la purificación y optimización de la raza.

Finalmente, puede afirmarse que en América Latina en general, y en Argentina en especial, la re-producción de la barbarie –o el embarazo adolescente-, es una medida de ineficiencia del estado nacional en lo que respecta al proyecto biopolítico de regulación poblacional y sustitución de la raza, la cual revela también la incapacidad del Príncipe para ejercer la potencia inherente a la función asesina, cuyo fin es la preservación del hombre/especie.

Desde esta perspectiva, dotar a la biopolítica de la tecnología del aborto, supone la posibilidad de maximizar los dispositivos del biopoder orientados a docilizar el cuerpo femenino, como parte del pensamiento moderno capitalista que concibe a la vida como propiedad: el embarazo adolescente es, pues, el sitio fronterizo en el que se entre-cruza la voluntad de dominio biopolítica del Príncipe, que ha de hacer cumplir su derecho legítimo de *hacer morir y dejar vivir*, en su frágil dominio corpóreo-territorial, al incluir/excluir a las razas puras/impuras.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMO, L. ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza secundaria de trabajo? *Estudios Feministas*, Florianópolis, 12(2): 264, maio-agosto/2004. pp. 224-235
- ALAZRAQUI M. [coord.]; SPINELLI, H. [coord.] (2008) Desigualdades en salud en el nivel local/municipal. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- AMINCHARDI, S., CHIAROTTI S., CIAMELLO M. C., DELLA SIEGA, V., SCHUSTER, G. (coord.) (2010) *¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo – INSGENAR, Rosario.
- AÑÑOS, C. (1993), "Fecundidad y madres adolescentes de la ciudad de Rosario: tendencias 1980-1991", en AEPA, II Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires, AEPA y Honorable Senado de la Nación
- BIANCO M. et. Alt. (2003). *La Adolescencia en la Argentina: Sexualidad y Pobreza*. FEIM. UNFPA. Buenos Aires.
- BINSTOCK, G. y PANTELIDES, E. A. (2005), "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico", en GOGNA, M. (coordinadora), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 77-112
- BUVINIC, M. y otros (1992), *The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago, Chile*, Washington, D.C., Consejo de Población/ Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.
- CARROLI, G. (2005), Embarazo adolescente. Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Datos del Gran Rosario, Trabajo presentado en la XIX Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cartagena de Indias, Colombia, 10-13 de mayo.
- CAROSIO, A (coord.) (2012) *Feminismo y cambio social en América Latina y El Caribe*. CLACSO. Buenos Aires
- CEPAL (2010) *XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de Brasilia: Consenso de Brasilia*.
- CEPAL (2010) *¿Qué Estado para Qué Igualdad?* Santiago de Chile.

- CHECA S. (comp.) (2003) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- CHIARA, M. Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en argentina en el contexto de la crisis 2001/3. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 529-548, nov.2009/fev.2010
- COMITÉ CEDAW, RECOMENDACIÓN GENERAL N° 24 (20° período de sesiones, 1999) - Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud.
- COMITÉ de los DERECHOS DEL NIÑO, OBSERVACIÓN GENERAL N 4 (2003) Salud adolescente y desarrollo en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño. 19 de mayo – 6 de Junio 2003 - CRC/GC/2003/4.
- COMITÉ CEDAW, RECOMENDACIÓN GENERAL N° 24 (20° período de sesiones, 1999) - Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud.
- CoNDeRS (2008) Informe “La Adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable”. Autoras:Lic. Alejandra Brener y la Lic. Gabriela A. Ramos.
- DÍAZ, M (2008) Colonización biopolítica y tutelaje epistémico: una mirada desde Latinoamérica. *Konvergencias Filosofía*. Año VI. N°19. Disponible en línea (24-04-2016): <http://www.konvergencias.net/martindiaz190.pdf>
- FAUR E. (2003) *¿Escrito en el Cuerpo? Género y derechos humanos en la Adolescencia*. Checa S. Compiladora. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- FOUCAULT, M (2003) *Hay que defender la sociedad*. Akal, Madrid
- GLASER, B & STRAUSS, A (1967), *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Aldine Publishing Company, Ney York.
- GOGNA M. (coord.) (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Unicef; Cedes; Argentina Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires.
- GOGNA M.(coord.) (2001). *Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes*. Consorcio Latinoamericano en Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad. CEDES.
- GUTIERREZ MARTINEZ, D (2015) *Diversidad, sexualidades y creencias*, Prometeo, Buenos Aires

- HAYES, Cheryl (ed.) (1987), *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*, Washington, D.C., National Academy Press.
- INSGENAR – CLADEM (2009) *Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario.
- IPPF/RHO Jóvenes (2004). *Estrategias para ampliar el acceso a los servicios amigables para jóvenes en Brasil, Ecuador y Perú*.
- JUSID A. (2009). *Cuadernos de la semilla. Historias de madres adolescentes*. Marea Editorial.
- KANTOR D. (2008). *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*. Buenos Aires, Del Estante Editorial.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2010) Boletín bimensual de salud sexual y reproductiva Nro.1 “Métodos Anticonceptivos. Guía para un acceso sin barrera”. Mayo 2010.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2010) Boletín bimensual de Salud sexual y reproductiva Nro.3 “Jóvenes y Adolescentes”. Septiembre 2010.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2009) *Jóvenes y Sexualidad. Una mirada sociocultural. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable*, Secretaría de Programas Sanitarios. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2007/2009) Boletín sobre VIH/Sida año, Dirección de Sida y ITS.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2009) *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva*. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2006) *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 3er. edición.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACION (2009) *Educación sexual integral para la Educación Secundaria: contenidos y propuestas para el aula*. Marina M. (coord.) Buenos Aires.
- MORLACHETTI A. (2006) *Políticas de Salud Sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: un enfoque desde los derechos humanos*. CEPAL, Santiago de Chile.

- NACIONES UNIDAS, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, China, Doc. A/CONF.177/20 (17 de octubre de 1995).
- UNITED NATIONS (1999) Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, U.N. GAOR, 21st Special Session, New York, United States, June 30-July 2, 1999, UN Doc. A/S-21/5/Add.1 New York, 1999.
- NACIONES UNIDAS (1994) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Doc. A/CONF.17/1/13/Rev.1.
- OMS-OPS-UNICEF-FUNAP. *Normas-Servicios de salud para los/as adolescentes.*
- PANTELIDES, E. A. (1989), La fecundidad argentina desde mediados del siglo XIX, *Cuadernos del CENEP* N° 41, Buenos Aires, CENEP.
- PANTELIDES, E. A. (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en CELADE y Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?, Santiago de Chile, CEPAL y UPX, pp. 167-187. También en Notas de Población XXXI (78), pp. 7-34.
- PANTELIDES, E. A. (2005), Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe, Trabajo realizado para el Equipo de Apoyo Técnico del FNUAP para América Latina y el Caribe.
- PANTELIDES, E. A. y GELDSTEIN, R. (1999), "Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos", en AEPA, CEDES, CENEP, Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP, pp. 45-53.
- PETRACCHI M.; PECHENY M. (2007) *Derechos Humanos y Sexualidades.* Buenos Aires CEDES.
- PNUD -UNPFA (2009) *Situación de la Población en la Argentina, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.*
- PROFAMILIA (Asociación Probienestar de la Familia) (2000), Salud sexual y reproductiva. Resultados. Encuesta nacional de demografía y salud 2000, Bogotá.

- ROSTAGNOL S. (2003). *La denuncia en la atención de complicaciones postaborto*. Trabajo presentado en el Seminario Monitoreo de las Complicaciones Postaborto organizado por el Foro por los Derechos Reproductivos. Buenos Aires.
- STERN, C. (1997), *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*, en *Salud Pública de México* 39 (2), pp. 137-143
- UNICEF ARGENTINA, Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. UNICEF. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas Oficina. Colombia, diciembre 2001.
- VILLA A. (comp.) (2009) *Sexualidad, relaciones de género y de generación. Perspectivas histórico-culturales en educación*. Editorial Novedades Educativas. Buenos Aires.
- VILLA A. (2008) *Cuerpo, sexualidad y socialización. Intervenciones e investigaciones en salud y educación*. Editorial Novedades Educativas. Buenos Aires.
- VILLALPANDO, W (2006) *La discriminación en Argentina*, Eudeba, Buenos Aires
- VIÑAR, M (2013) *Munos adolescentes y vértigo civilizatorio*, Ediciones Trilce, Montevideo
- ZAMBERLIN, N. (2005), "Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad", en GOGNA, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 285-316.
- ZAMBERLIN N ; PORTNOY F. (2007) *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva*. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Buenos Aires.
- Estadísticas Vitales Información Básica, año 2007 y 2008. Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Sistema Estadístico de Salud.