

Entre el desconocimiento, la impotencia y el voluntarismo: las instituciones sanitarias y escolares frente a las paternidades en las juventudes*

Between ignorance, impotence and voluntarism: health and school institutions in face of fatherhoods in youths

*Cintia Hasicic***

Resumen

Este artículo analiza las estrategias e intervenciones de las instituciones sanitarias y escolares frente a las paternidades juveniles en un barrio popular platense. En el marco de una investigación doctoral que abordó las experiencias de paternidad de varones jóvenes y partiendo de la premisa de que estas experiencias se construyen y disputan con otros/as actores/as, este trabajo indaga sobre las respuestas que las instituciones brindaron ante este acontecimiento en el contexto de su labor diaria con jóvenes que transitan por estos espacios. Las entrevistas fueron realizadas a funcionarias y referentes sanitarias y escolares de un barrio popular de La Plata (provincia de Buenos Aires) durante el período 2013-2015 sobre la base de una muestra intencional a partir de los criterios de accesibilidad, significatividad y heterogeneidad. Como se mostrará, detrás de las intervenciones institucionales subyacen diferentes miradas y discursos sobre la juventud que permean su accionar y se configuran como soportes (o no) que favorecen o agravan las condiciones de vulnerabilidad de los jóvenes entrevistados. Sin un abordaje integral, es entre el desconocimiento, la impotencia y el voluntarismo desde donde se producen las respuestas institucionales para abordar las paternidades de los jóvenes, con mejores o peores resultados.

Palabras claves: paternidades, jóvenes, instituciones, soportes, vulnerabilidad social.

Abstract

This article analyses the strategies and interventions of health and school institutions in the face of youth paternities in a popular neighborhood of La Plata (province of Buenos Aires). In the

* La investigación doctoral que recupera este artículo fue financiada de la siguiente manera: el primer tramo, con una beca de investigación de la Universidad Nacional de La Plata; y el tramo final, con una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet).

** Conicet e Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina (IIGG-UBA), cintiahasicic@yahoo.com.ar.

framework of a doctoral research that addressed fatherhood experiences of young men and based on the premise that these are constructed and disputed with other actors, this work investigates the responses that the institutions provided to this event, in the context of their daily work with young people. The interviews were conducted with officials and health and school referents of a popular neighborhood of La Plata during the period 2013-2015, based on an intentional sample on the criteria of accessibility, significance and heterogeneity. As it will be shown, behind the institutional interventions there are different discourses on youth that affect their actions, configuring themselves as supports (or not) that favor or aggravate the conditions of vulnerability of the young people interviewed. Without a comprehensive approach, it is between ignorance, impotence and voluntarism that these institutional responses are produced to address the fatherhoods of young people, with better or worse results.

Keywords: fatherhoods, youth, institutions, supports, social vulnerability.

Introducción

El análisis de las paternidades juveniles se encuentra indefectiblemente vinculado a los debates sobre la maternidad en la adolescencia. En la Argentina, *el problema de la maternidad adolescente* aparece como preocupación de la salud pública hacia 1960, y se edifica sobre tres campos fundamentales: el moral, el legal y el de la salud (Palomar Vereza, 2005; Ortale, 2008).

Las explicaciones sobre el tema que han prevalecido desde entonces responden a los enfoques tradicionales, en los cuales el embarazo y la mater/paternidad adolescentes se conciben como comportamientos desviados, enfatizando el carácter problemático y transitorio de la adolescencia, especialmente en sectores vulnerables. Estos comprenden las mater/paternidades como situaciones de riesgo biológico puesto que la “temprana” edad en la que ocurren los embarazos conllevaría efectos adversos sobre la salud de la madre y del/la niño/a (nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, con el consiguiente impacto en la morbilidad perinatal y materna). Por otro lado, son consideradas experiencias de riesgo social dado que este acontecimiento traería aparejado el abandono de los estudios y la inmediata exclusión del mercado de trabajo (Stern, 2004), lo que afecta significativamente las posibilidades de inclusión social de mujeres y varones, en particular de aquellos/as que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social.

En estas argumentaciones subyace un parámetro de normatividad respecto del ser adolescente/joven (especialmente hacia las mujeres), a los/las que se les atribuyen conductas irresponsables e inmaduras propias de los contextos de socialización familiar “disfuncionales” en los que viven. Como afirma Fainsod (2008), desde estos enfoques el papel de las instituciones es el de evitar y corregir las desviaciones, como el embarazo, la maternidad y la paternidad. De allí la fuerte demanda a las instituciones de salud y educativas para que regulen la vida, vigilen la sexualidad de este grupo etario y logren prevenir lo que no debe ocurrir en esta etapa vital (Fainsod, 2005, 2007, 2008; Lavigne, 2011).

Sin minimizar los efectos biológicos y sociales de este evento en las trayectorias de los/las jóvenes, los enfoques críticos de las mater/paternidades establecen un tipo diferente de correlaciones y explicaciones entre pobreza-embarazo y mater/paternidad-escolarización. A diferencia de la mirada biologicista, consideran que los riesgos de la morbilidad adolescente estriban en las desigualdades sociales. El análisis no se circunscribe a sus implicancias sanitarias y demográficas, sino que es abordado como sintetizador de símbolos

y significados pertinentes a la sexualidad, la maternidad, la identidad de género o las relaciones sociales. Estos enfoques se alejan de las conceptualizaciones de los/las jóvenes como un grupo uniforme, universal o ahistórico y dan cuenta de las diferentes trayectorias de vida y posiciones sociales de los/las jóvenes, habilitando la diversidad de experiencias y prácticas (Binstock y Pantelides, 2004; Stern, 2004; Adaszko, 2005; Checa, 2003; Gogna, 2005; Fainsod, 2005, 2008).

Las preguntas centrales de estas investigaciones proponen dilucidar de qué modo el embarazo y la mater/paternidad se producen en contextos de pobreza y desigualdad social, cómo este evento vulnera las trayectorias de vida de los/las jóvenes precarizando sus posibilidades en los estudios y en el mercado de trabajo, y qué rol desempeñan las diversas instituciones y actores sociales ante este acontecimiento.

En este marco, el presente artículo indaga sobre las respuestas institucionales sanitarias y escolares frente a las experiencias de paternidad de jóvenes varones residentes en un barrio popular platense. Como se observará, detrás de las intervenciones institucionales subyacen diferentes miradas y discursos sobre la juventud que permean su accionar (Chaves, 2005) y se configuran como soportes (o no) que favorecen o agravan las condiciones de vulnerabilidad de los jóvenes entrevistados (Martuccelli, 2007, 2010).

Metodología

Para poder indagar sobre las experiencias de paternidad y cuidado de jóvenes¹ en contextos de vulnerabilidad social, la investigación adoptó un diseño flexible y un abordaje metodológico cualitativo.² Con el propósito de recuperar la mirada institucional sobre las paternidades juveniles, se entrevistaron a ocho funcionarias y referentes sanitarias y escolares³ de un barrio popular de La Plata (provincia de Buenos Aires) durante el período 2013-2015, pertenecientes al centro de salud y a tres establecimientos educativos de la zona. Las escuelas seleccionadas (denominadas escuelas A, B y C) fueron elegidas en función de los siguientes criterios: 1) la proximidad geográfica con el barrio analizado (lo que permitía entrevistar a jóvenes del barrio que aún continuaban estudiando); 2) su antigüedad; 3) el número de matrícula, y 4) la diversidad de actividades extracurriculares que se desarrollaran dentro de los establecimientos.

Las entrevistas se orientaron a conocer las concepciones y los discursos de dichas instituciones estatales sobre las experiencias de paternidades juveniles, enfocándose en las respuestas e intervenciones brindadas a los jóvenes (como talleres de sensibilización y promoción de derechos; espacios de consulta; acompañamiento, seguimiento y contención a

¹ Todos los jóvenes y las instituciones participantes fueron informados de la naturaleza de la investigación, del objetivo, la pertinencia, el anonimato y su confidencialidad. Sus nombres reales fueron sustituidos para preservar el anonimato.

² La investigación doctoral incluyó cuarenta entrevistas a varones padres de entre 16 y 24 años de edad y cuatro entrevistas a organizaciones territoriales (comedores y un club deportivo) de la zona. Entre sus hallazgos principales, se vislumbra que la diversidad de las experiencias de paternidades juveniles (tipificadas en planificada, fortuita y salvavidas) están vinculadas al número y el tipo de soportes (familiares, institucionales de diversa índole, etcétera) de los que disponen los jóvenes, que atenúan o agudizan sus condiciones de vulnerabilidad.

³ El acceso a las instituciones fue autorizado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata y la Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires, mediante una presentación escrita que especificaba los objetivos y los intereses de la investigación.

través de los regímenes escolares especiales, entre otras). A continuación se detallan las funcionarias sanitarias y escolares entrevistadas:

Entrevista	Nombre	Edad	Profesión e institución
1	Marta	55	Trabajadora social, Centro de Salud
2	Analía	43	Obstétrica, Centro de Salud
3	Claudia	35	Obstétrica, Centro de Salud
4	Irma	47	Promotora de salud, Centro de Salud
5	Laura	50	Promotora de salud, Centro de Salud
6	Sandra	42	EOE, Escuela A
7	Paola	50	EOE, Escuela B
8	Vanina	55	Preceptora, Escuela C

La unidad de observación elegida fue un barrio de la periferia sudoeste de la ciudad de La Plata. De acuerdo con el Registro de Villas y Asentamientos Precarios del Ministerio de Infraestructura bonaerense, al momento del estudio vivían en ese barrio alrededor de 170 familias. Otros datos elaborados a partir de la base Redatam del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 muestran que el 30% de esa población se encontraba en situación de NBI (necesidades básicas insatisfechas). La condición de actividad reveló que el 65% de los adultos de esa población eran ocupados, el 5% eran desocupados y el 30% estaban inactivos (dentro de la población inactiva, el 70% eran mujeres). Por otra parte, el 7% de los habitantes del barrio eran migrantes (especialmente de nacionalidad paraguaya), y el 7% no sabía leer ni escribir. Por último, la sistematización y el análisis de los datos (entrevistas, observaciones, notas de campo) se realizaron mediante el uso del software ATLAS.ti, que permitió ordenar la información producida en categorías y códigos y establecer sus conexiones.

La pregunta del millón y el eslabón perdido

El centro de salud seleccionado pertenece al ámbito de la medicina pública municipal de La Plata. Fue fundado hace más de 60 años y cuenta con los servicios de clínica médica, ginecología, obstetricia, pediatría, ecografía, odontología y enfermería las 24 horas. El volumen de consultas diarias promedia las 70 personas, y que haya más o menos consultas depende del servicio que se preste cada día. Los servicios de pediatría y obstetricia son los más concurridos.

Allí fue posible entrevistar a la trabajadora social, a dos obstétricas y a dos promotoras comunitarias de salud. Estas últimas, como referentes territoriales, desempeñan un rol importante porque tienen entre sus competencias la de generar participación y organización comunitaria, mediante lo cual ofician de nexo entre el centro de salud y la comunidad.

En particular, las intervenciones sanitarias dirigidas a adolescentes y jóvenes embarazadas se enmarcan en dos programas nacionales, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable y el Programa Nacional de Salud Integral en la

Adolescencia, en uno provincial, el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, y en un plan materno municipal denominado “Mamá y bebés sanos”,⁴ que apunta a aumentar el número de controles y la captación temprana de embarazos de alto riesgo. Este último plan es en el que más se enfatiza porque constituye la “puerta de entrada” al centro de salud de mujeres y jóvenes embarazadas.

De acuerdo con las estadísticas elaboradas por este centro de atención, alrededor del 30% de los embarazos que allí se atienden corresponden a mujeres de entre 15 y 19 años, un porcentaje relativamente alto si además se considera que en ocasiones no se trata del primer embarazo, sino del segundo o tercero. En caso de que se detecten mujeres y jóvenes que no asisten a los controles, se activan los “rescates”, mediante los cuales las promotoras de salud acuden personalmente a las viviendas. Este acercamiento le permite al equipo de salud tener un registro más integral de los hogares y “ahondar en la telaraña” que observan alrededor de los embarazos en la adolescencia y la juventud.

Existe un interrogante compartido entre las profesionales entrevistadas, al que hacen referencia como “la pregunta del millón”, relacionado con encontrar las causas de que las chicas se embaracen siendo tan jóvenes: “*Si existe acceso a la consulta médica, si existen métodos anticonceptivos gratuitos y no desean el embarazo, ¿por qué quedan embarazadas?*”. La desinformación o la falta de educación, la necesidad de tener algo propio sin medir las consecuencias y la naturalización de la maternidad en familias numerosas son algunas explicaciones señaladas por el equipo médico.

Estos argumentos abrevan en el debate planteado sobre los enfoques tradicionales y los críticos. De manera general, estas explicaciones se vinculan a los primeros, según los cuales el embarazo supone riesgos biológicos y sociales y las jóvenes actúan de manera irresponsable (Fainsod, 2005, 2007), y es relevante observar cómo estas afirmaciones, que resultan descontextualizadas y ahistóricas, continúan operando en el imaginario de las profesionales y permean su quehacer. Más significativo aún es destacar por qué en ninguna de ellas aparecen los jóvenes varones como partícipes de esos eventos y le atribuyen la responsabilidad del embarazo centralmente a las mujeres, sin mencionar las desigualdades estructurales y de oportunidades que atraviesan las mujeres de este grupo etario en particular en ese barrio. En menor medida, las profesionales afirman que la Asignación Universal por Hijo (AUH) y por Embarazo (AUE) también configuran incentivos para que las jóvenes queden embarazadas, porque les aseguran un medio económico de supervivencia en condiciones adversas.

Siguiendo a Chaves (2005), en estas afirmaciones conviven al menos tres tipos de formaciones discursivas en torno a la juventud. En primer lugar, las profesionales se refieren a los/las jóvenes desde un sentido vinculado a la *patología social*: la juventud es definida como un problema y conlleva un riesgo en sí misma que conduce a los/las jóvenes a adoptar “conductas desviadas”, como convertirse en madres y en padres en esa etapa vital. Como manifiesta la autora, las intervenciones aplicadas son catalogadas como soluciones a problemas juveniles. Simultáneamente, es posible observar en sus relatos discursos relacionados con las visiones naturalista y psicologista de la juventud: desde la primera, la juventud es interpretada como una etapa natural y universal centrada en lo biológico, que existió y existirá siempre y de la misma manera; desde la segunda, la juventud aparece como

⁴ Fue creado en el año 2008 por la Secretaría de Salud y Medicina Social de la Municipalidad de La Plata y rige en todos los centros de atención primaria platenses. Se desarrolló como consecuencia de la alta mortalidad materna detectada en 2006 (6,9%), cifra por la cual la ciudad de La Plata se había convertido en el municipio de mayor mortalidad materna de la provincia de Buenos Aires.

un momento de confusión, y su asimilación al término *adolescencia* implica ser y estar carente de algo. Como apunta Chaves (ídem), estos discursos, y otros que se mencionarán a lo largo del trabajo, les quitan agencia a los/las jóvenes o directamente los/las invisibilizan como actores con capacidades propias, simplificando las interpretaciones sobre este grupo social. No obstante, estas explicaciones pueden matizarse con la intervención de la trabajadora social, que complejiza el análisis y expone el rol de los varones en estas situaciones:

“Uh, ¿otra vez embarazada?”, dicen. ¡Pero por qué no dejan tranquilas a las mujeres! ¿Pudo decir que no? ¿Pudo plantearse el cuidado? Seguimos responsabilizando a las mujeres, los programas se siguen centrando en ellas. Hay que trabajar más con los hombres como agentes del Estado (Marta, 55 años, trabajadora social).

El equipo de salud concuerda en que es aún muy sutil el involucramiento y la participación de los varones en los procesos de embarazo y cuidado. En los relatos de las obstétricas, las jóvenes acuden al control rara vez acompañadas por sus parejas: algunas advierten que es porque ellos trabajan, y sus horarios coinciden con el de la atención, y otras dicen que es porque son novios y viven en casas separadas. En ocasiones, las embarazadas asisten al centro de salud con sus madres o también con sus amigas que ya han transitado un embarazo. Desde la perspectiva de las profesionales, los varones asisten muy poco al centro de salud.

Esta escasa concurrencia es entendida por las entrevistadas como un “rasgo cultural” de los varones, que es anterior a su paternidad. Por investigaciones previas (De Keijzer, 1995, 1997), sabemos de la falta de incorporación de medidas de autocuidado –tanto médicas como relacionadas con el estilo de vida–, de la negación de las enfermedades y de las dificultades para pedir ayuda presentes en los varones. Estos comportamientos son comprendidos dentro del concepto del “varón como factor de riesgo” (Kaufmann, 1997; De Keijzer, 1994, 1997), los cuales incluyen el desconocimiento sobre la salud sexual y reproductiva, entre otras conductas autodestructivas (adicciones, alcoholismo, accidentes) y destructivas (violencia hacia terceros/as). En esa dirección, el ingreso de los varones a los establecimientos de salud no suele producirse con fines preventivos o de consulta, sino para tratar una patología, cuando no una emergencia, un rasgo que coincide con lo planteado por otras investigaciones (Obach *et al.*, 2018; Tajer *et al.*, 2018). Estos trabajos describen las barreras actitudinales e institucionales que existen para el acceso de los varones jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre ellas, mencionan que los procesos de socialización masculina producen que los varones no registren la necesidad del cuidado de su propia salud, por lo que su atención ocurre principalmente por episodios de emergencia. Asimismo, señalan la negación que manifiesta este colectivo a reconocer que necesitan información sobre su salud, así como también hacen alusión a la escasa capacitación del personal de salud y a sus actitudes negativas hacia la atención de varones jóvenes (Obach *et al.*, 2018).

Tampoco existen, dentro del centro de salud relevado, espacios específicos para varones jóvenes que los convoquen a asistir. En palabras de las profesionales, no encuentran los modos para incentivarlos a participar, solo existe una *condición de búsqueda* en los controles de embarazo: “¿Querés venir? Los traemos desde el pensamiento, la pregunta nomás”. Con los pocos jóvenes varones que acompañan a sus parejas embarazadas, las obstétricas utilizan el espacio de consulta para indagar sobre su estado de salud general en función de una serie de preguntas focalizadas especialmente en la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS). Con ello intentan producir sensibilización y un *efecto multiplicador* entre los mismos jóvenes, pero no desde una estrategia clara de intervención, sino desde la prueba y el error:

Ahora, una cosa nueva que implementamos es el tema de pedirle el HIV a los varones que vienen; a los que acompañan a sus parejas les preguntamos: “Bueno, ¿te lo hiciste alguna vez?, ¿sabés que podés hacerte el análisis de HIV?”. Les decimos ahí que tienen acceso [al laboratorio], que van sin turno a hacérselo. Uno les da la orden, cualquier profesional les puede extender la orden y van al municipio, al laboratorio municipal y se lo hacen. Entonces, también les damos por ese lado: “Bueno, ¿sabés que podés hacértelo una vez por año el control?”, y tratamos de mandarles el mensaje como para que lo manden a otros [varones]. Que ellos también lo distribuyan, lo divulguen, porque también la responsabilidad está un poco en ellos, de moverse hasta allá (Analía, 43 años, obstétrica).

Al momento del trabajo de campo, la única médica ginecóloga que trabajaba en el centro de salud se encargaba, además de su propia práctica médica (controles ginecológicos, colocación de DIU y distribución de píldoras anticonceptivas), de organizar y dirigir talleres de salud sexual y reproductiva para la comunidad, especialmente para la población juvenil. A raíz de una enfermedad que le impidió continuar con su labor, esa médica fue licenciada por tiempo indeterminado y no fue reemplazada. Es decir que las mujeres y los jóvenes que acudían al centro de salud no podían acceder a controles ni a anticonceptivos de ningún tipo (excepto a preservativos), a menos que concurrieran a alguna salita cercana, por fuera de su área residencial. En ese contexto, los pocos varones que acompañaban a sus parejas tampoco podían ser “enganchados”. Así, todas las tareas de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva quedaron suspendidas, e incluso cuando la investigación había concluido (luego de dos años), todo seguía igual. Al respecto, las obstétricas del centro de salud relataban:

Obstétrica: Acá distribuimos [pastillas, preservativos]. Ahora tenemos un problema específico, que tenemos a la ginecóloga, que es la que se encarga de los anticonceptivos, que está con carpeta médica prolongada. Hicimos una nota de pedido para que nos den un reemplazo, pero no hay presupuesto. Aparentemente, no hay profesionales, no sé. Entonces, tenemos los métodos y no tenemos un profesional que los pueda dar. Es como que se corta la cadena porque nosotros atendemos a la embarazada, cuando tiene su bebé la citamos para el puerperio y ahí la enganchamos con la ginecóloga. Al no haber, es como que la paciente queda en el aire y no sabe qué hacer porque tiene que ir a otro centro de salud, donde se complica porque están explotados de gente. Nosotros no podemos darles los métodos porque es un trabajo de la ginecóloga, un DIU menos, y aparte, para colocar un DIU o tomar pastillas tienen que hacerse un control ginecológico.

Entrevistador/a: Y desde el centro de salud, ¿se hizo alguna actividad que convocara a las y los jóvenes?

Obstétrica: Bueno, pero eso lo hacía Marcela [la ginecóloga]. Marcela está dentro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, y también daba las charlas en las escuelas. Pero de eso se encargaba ella, no nosotras (Analía, 43 años, obstétrica).

En relación con las charlas y los talleres contemplados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, su organización y promoción recaían netamente en la ginecóloga del centro de salud. La acción de las obstétricas y de la trabajadora social en este aspecto se encontraba reducida a las preguntas y las invitaciones a los varones. No existía una estrategia consensuada por las profesionales para abordar a los jóvenes, especialmente a los varones padres:

Es un eslabón perdido ahí el hombre, ¿viste? No. Nosotros desde nuestra función acá no encontramos el modo de incorporarlos, salvo de invitarlos a que vengan a los controles o de decirles a ellas: “Decile a tu pareja que puede venir cuando quiera”. Después, el tema de la inclusión de los familiares o la pareja en el momento del parto, el acompañamiento en el trabajo de parto, todo eso también se está cambiando en los hospitales, gracias a Dios (Claudia, 35 años, obstétrica).

La sensación que transmiten las obstétricas durante las entrevistas es de una impotencia absoluta en relación con los varones: serían y actuarían de un modo que no se puede cambiar, como una esencia. Insisten en que los jóvenes no tienen conocimientos sobre su propio cuerpo, de allí que ocurra la paternidad de manera temprana. La paternidad en la adolescencia y la juventud aparece entonces como un “evento fugaz y no buscado” en la vida de los jóvenes. Las profesionales destacan que existe un “embelesamiento pasajero” en los varones, un enamoramiento de su propia masculinidad más que un deseo de conformar una familia. La paternidad estaría ligada así a su capacidad reproductiva, como una reafirmación de su masculinidad: *“Mostrarse con la mujer embarazada es toda una imagen para ellos, que se termina abruptamente cuando el bebé nace, y cuando llora!”*. En estas explicaciones es posible rastrear representaciones sobre la masculinidad cercanas al modelo hegemónico (Connell, 1995), que reivindica la potencia reproductora de los varones, pero que los exime de la responsabilidad del cuidado de sus hijos/as.

Esta misma sensación de impotencia se percibe al entrevistar a las promotoras de salud. Como referentes territoriales, su tarea de revinculación de pacientes –especialmente de mujeres embarazadas que no asisten a los controles– es de vital importancia, aunque sus concepciones tal vez no faciliten el vínculo con los/las jóvenes que podrían convocar (y tampoco con la comunidad sobre la que deben intervenir):

En este barrio hay demasiada droga y vagancia, comparado con otros centros donde hemos trabajado. El que no se atiende es porque no quiere venir. Hay métodos anticonceptivos gratis, te das cuenta de que es un tema de educación. Nosotras, la primera vez que salimos a recorrer [el barrio], encontramos jóvenes a las 9 de la mañana con la cerveza en la mano. Ni hablar de la inseguridad. Nosotras vamos sin los celulares a recorrer. Nos ponemos la chaqueta y nada más, para que nos reconozcan. A veces también nos confunden con los del sistema penitenciario (Irma, 47 años, promotora de salud).

Además de los discursos sobre las juventudes ya mencionados, las promotoras introducen una nueva dimensión: el pánico moral (Chaves, 2005). En este tipo de formación discursiva, los jóvenes aparecen ligados al miedo como sujetos peligrosos o desviados. Estas representaciones son especialmente reproducidas por los medios de comunicación y diseminadas hacia el conjunto de la sociedad, a partir de las cuales se identifica a los jóvenes de estos barrios como delincuentes y malvivientes.

A pesar de estas definiciones negativas relacionadas con la juventud en los barrios (“la vagancia”), las promotoras consideran que el poco involucramiento de los varones en los embarazos y en su paternidad se debe a “un problema de educación”, pero también al “contexto machista y patriarcal”, que los presiona y condiciona sus comportamientos. En esa dirección, apuntan que cuanto más baja es la clase social, más violentas son las expresiones del patriarcado. Esta idea es significativa porque no había sido mencionada ni vinculada anteriormente a estos procesos, y es justamente allí donde se evidencia la mayor falencia de las acciones sanitarias destinadas a los varones en el centro de salud relevado (en este caso,

adolescentes y jóvenes padres): la falta de perspectiva de género y, específicamente, sobre masculinidades en el personal de salud. Esto significa que se debe atender, entre otras cuestiones, la manera en que los propios rasgos de la masculinidad hegemónica (acudir al centro de salud solo en casos de emergencia o enfermedad, ausencia de controles médicos, etcétera) atentan contra la posibilidad de desarrollar conductas de cuidado en los varones, para consigo mismos y para con los otros/as. Asimismo, esta falencia de los centros de salud no se produce en el vacío, sino en el contexto de grandes inequidades sociales y en un clima barrial crítico para el ejercicio de los derechos de los/las jóvenes (Capriati, 2017).

Sintetizando lo expuesto en esta sección, por parte del centro de salud relevado no existen acciones sistemáticas o planificadas tendientes a promover derechos ni actividades específicas hacia la población masculina, menos aún hacia los jóvenes que son padres (exceptuando la distribución de preservativos). Sí se identifican una serie de acciones pautadas y enfocadas hacia las mujeres, vinculadas a la búsqueda de jóvenes inscriptas en el Programa de Embarazo y Detección de Bajo Peso, pero la población masculina continúa fuera de sus márgenes de acción.

En la misma línea, entre las profesionales entrevistadas conviven diversas posiciones acerca de los embarazos en la adolescencia y la juventud que concentran su mirada en las mujeres (asignándoles un mayor o menor grado de responsabilidad en estos eventos), pero que no incluyen a los varones como parte de ese análisis porque son “un eslabón perdido”, un sujeto ausente difícil de interpelar desde el ámbito de la salud. Así, las explicaciones sobre el embarazo se concentran en la desinformación o la falta de educación de las mujeres, la naturalización de la maternidad en familias numerosas o la valoración negativa de que “se embarazan por un plan”, en las cuales subyacen discursos naturalistas, psicologistas, de patología social y de pánico moral sobre la juventud.

El contacto con los varones jóvenes se produce a través de *invitaciones* en el espacio de las consultas con sus parejas. Este ámbito continúa centrado en las mujeres, y en el caso de las adolescentes mujeres o jóvenes los esfuerzos de las profesionales se asocian al temor de un posible embarazo no planificado. De este modo, el centro de salud no configura un soporte para los jóvenes padres entrevistados y queda atrapado en una lógica culpabilizadora: las profesionales de la salud denuncian que los jóvenes padres no se involucran en los procesos de salud por “rasgos culturales”, pero desde este espacio no se articula una estrategia concreta de intervención sobre los jóvenes, lo que retroalimenta la invisibilización de estos varones como participantes de los procesos de reproducción y cuidado. Como se analizará en la próxima sección, las escuelas relevadas muestran un derrotero similar.

La escuela y las mater/paternidades

Diversos estudios han enfocado sus análisis en comprender el vínculo entre la escuela y las mater/paternidades (Fainsod, 2007, 2008; Vázquez, 2008). Los esfuerzos de estos estudios se centran en desnaturalizar la relación entre adolescencia, embarazo y abandono escolar como único destino o resultado posible. Si bien es innegable la evidencia que demuestra que los embarazos no planeados en la población adolescente generan múltiples dificultades para continuar y finalizar la trayectoria educativa, además de serias limitaciones para ingresar al mercado laboral (Unicef, 2017), existen estudios que explican el abandono escolar por las vulnerabilidades que aparecen a causa del origen social de los/las adolescentes.

Este conjunto de investigaciones destacan que las mater/paternidades en la adolescencia son más frecuentes entre jóvenes provenientes de barrios populares y entre aquellos/as que tienen menor nivel educativo. Para Binstock y Gogna (2013), el embarazo no explicaría por sí mismo la interrupción o la intermitencia de las trayectorias escolares de los/las jóvenes, sino las desigualdades sociales previas como condicionantes. Asimismo, las autoras indican que la mitad de las adolescentes que son madres ya habían abandonado la escuela antes de quedar embarazadas. Es decir, quienes tienen mayor probabilidad de abandonar la escuela (con o sin una situación de embarazo) son jóvenes y adolescentes expuestos/as a situaciones de desigualdad económica y social, las cuales anteceden y configuran los contextos en los cuales se producen las maternidades y paternidades (Unicef, 2017). Estas investigaciones señalan que, al convertirse en madres y padres, los/las jóvenes dan paso a una serie de experiencias diversas en las que pueden profundizarse vulnerabilidades previas o producirse nuevas (Fainsod, 2007, 2008; Unicef, 2017). Es allí donde las instituciones desempeñan un papel fundamental, porque los destinos posibles de los/las jóvenes dependerán en gran parte de los marcos de posibilidad generados por ellas.

Como mencionamos anteriormente, las tres instituciones educativas seleccionadas (A, B y C) son escuelas aledañas al barrio seleccionado para el estudio, las cuales reciben una gran cantidad de estudiantes de la zona. Un rasgo compartido entre estas instituciones es la falta de personal en relación con el número de estudiantes, incluidos/as profesores/as, preceptores/as y maestranza, sin mencionar las dificultades de infraestructura, el deterioro edilicio y la falta de aulas. En consecuencia, ninguna de ellas disponía de salas maternales o “guarderías” para los/las hijos/as de los/las estudiantes. En este escenario, los esfuerzos de las autoridades para sostener y asegurar su funcionamiento diario, aun sin los recursos necesarios, eran notorios.

La escuela A es la más antigua, fue creada hace más de 50 años. Cuenta con una matrícula actual de 1.500 estudiantes y es una de las más reconocidas de la comunidad. Dispone de un equipo de orientación escolar (en adelante, EOE), integrado por dos psicólogas y una trabajadora social. Al momento de las entrevistas, estas tenían un relevamiento pormenorizado de las jóvenes estudiantes que estaban embarazadas a fin de plantear y aplicar un régimen de cursada más flexible que les permitiera finalizar sus estudios, una acción acorde con la ley existente. No obstante, este relevamiento no incluía a los estudiantes varones, quienes también están amparados por esta ley a partir de 2014.⁵ En este sentido, al informar el propósito de la investigación en el establecimiento, las profesionales del EOE expresaron desconcierto: *“Nunca se nos ocurrió pensar en los jóvenes varones que podían ser padres. Siempre trabajamos con las mujeres porque se les nota [el embarazo]. No sabemos qué alumnos son padres porque ellos son más reservados con esos temas, no te lo dicen”* (Sandra, 42 años, EOE escuela A). Más allá del desconocimiento de la normativa que abarca y protege a los estudiantes en condición de paternidad, se expone la concepción de los varones como sujetos ajenos a los procesos reproductivos y de cuidado: los varones no participan ni hablan *de eso*. Así, los jóvenes padres permanecían invisibilizados y no accedían a los beneficios que prevé el régimen especial. Los tres jóvenes entrevistados en la escuela A concurrían en el turno vespertino,

⁵ La Ley Provincial 14637 establece un régimen especial de inasistencias justificadas para alumnas embarazadas y alumnos en condición de paternidad en establecimientos de gestión estatal o privada. Asegura a las alumnas en período de gestación poder contar con 30 días hábiles de inasistencias justificadas y 5 días para los varones. Las escuelas deben ejercer funciones de apoyo para promover la concurrencia de las alumnas embarazadas y de los alumnos padres a los controles médicos correspondientes.

luego de haber concurrido como estudiantes a esa misma escuela por la mañana antes de su paternidad. Estaban terminando sus estudios a la noche porque ese horario era compatible con sus trabajos y con sus arreglos familiares. Ninguno de ellos estaba al tanto de que también estaban amparados por la mencionada ley, aunque sus parejas sí percibían ese beneficio.

Para poder identificarlos y entrevistarlos, las profesionales del equipo pasaron *aula por aula*, durante una semana, por los diferentes cursos para confeccionar un listado de los estudiantes que eran padres o estaban por serlo. La estrategia no parecía ser la más adecuada: levantar la mano y manifestar su condición frente a una sala repleta de compañeros/as podía resultar intimidante e inapropiada.

Quienes estaban al tanto de la condición de los estudiantes eran los/las preceptores/as. Ellos/as jugaron un papel crucial en la investigación porque, además de identificar a los jóvenes padres, conocían el trasfondo de cada escenario familiar a partir de la cercanía que establecían con los estudiantes. De este modo, en esta escuela en particular se produce una llamativa desarticulación: los/las preceptores/as estaban al tanto de quiénes eran los jóvenes padres o que estaban por serlo, y el EOE no. Así, las repetidas inasistencias dependían más de una *negociación* con los/las preceptores/as que como parte del régimen especial, que los jóvenes también desconocían. Es decir, se trataba más de un acto de voluntad que del ejercicio de un derecho dentro de un programa de contención escolar.

A diferencia de la escuela A, las escuelas B y C tenían un registro de los estudiantes que eran padres o estaban por serlo. La B es una escuela secundaria de más reciente creación que la A. Su edificio fue construido en los años noventa y cuenta con una matrícula de 800 estudiantes. Dentro de este establecimiento, los/las estudiantes participan en talleres extracurriculares de ciencia y crean diferentes microemprendimientos. Estas actividades son publicadas y difundidas en una página web creada por los/las estudiantes, donde también figuran fotos e información de la escuela. Dos de los cinco jóvenes entrevistados en esta escuela participaron o habían participado en los talleres del Centro de Actividades Juveniles (CAJ).⁶

Como dijimos, el EOE de la escuela B tenía un registro de los estudiantes que eran padres. En el mejor escenario, y a pesar de las dificultades para compatibilizar los estudios, el trabajo y la paternidad, los jóvenes continuaban asistiendo a la escuela. Sin embargo, varios de los estudiantes registrados en el listado del EOE no volvieron más a clases. Al respecto, el equipo escolar interpretaba lo siguiente:

Los chicos empiezan a tener otras cosas, se les hace muy cuesta arriba hacerse cargo de todo. Entonces no les queda otra que priorizar el trabajito, necesitan la plata. Cuando dejan de venir, nosotras nos comunicamos con los hogares, pero a veces ese diálogo no es sencillo y se termina perdiendo (Paola, 50 años, EOE escuela B).

La psicóloga explica el abandono escolar de estos estudiantes por su necesidad de trabajar, pero no menciona las dificultades y las disparidades en la aplicación del régimen especial para los varones como parte de la responsabilidad de la escuela. Ante estos casos, el EOE se comunicaba una vez con los hogares, pero no se activaba un “protocolo de rescate” (como en el caso de las promotoras de salud para que los/las pacientes volvieran a los controles) o de seguimiento de los estudiantes. En otros casos, los jóvenes retoman los estudios al año

⁶ El CAJ es un programa socioeducativo que depende del Programa Nacional de Extensión Educativa “Abrir la escuela” y está destinado a jóvenes de nivel secundario. Tiene como objetivo crear nuevas formas de estar y aprender en la escuela en tiempos complementarios a la jornada escolar.

siguiente por medio del Plan FinEs,⁷ ya que así tienen una menor carga horaria presencial y mayor flexibilidad.

La concepción sobre los/las jóvenes en esta escuela se aleja de los discursos de la patología social planteados por las promotoras de salud en la sección anterior, o de los discursos naturalistas y psicologistas aludidos por las obstétricas. La juventud, en este caso, es interpretada desde un discurso sociologista, a partir del cual los/las jóvenes son comprendidos/as como “víctimas” de la sociedad. Este posicionamiento difiere del sostenido por el equipo de salud, pero aun así no les otorga agencia.

Por último, la escuela C es la institución más modesta y vulnerable de la muestra de instituciones. Es más pequeña en términos de infraestructura y posee una matrícula de 250 estudiantes, en su mayoría provenientes del barrio de estudio. A diferencia de las anteriores, esta escuela cuenta con un comedor. Durante las tareas de campo, la secundaria sufrió nueve robos, en los cuales se perdieron las contadas computadoras que había en la sala de informática, además de la “caja chica” y otros objetos de menor valor.

A pesar de las visibles condiciones de adversidad que enfrentaba la institución, en la escuela C disponían de un registro de estudiantes mujeres embarazadas y varones padres. Esta tarea era desempeñada por una de las preceptoras del último año, porque no contaban con un EOE. Al respecto, la preceptora encargada expresó:

Los chicos prefieren tomar chingas, aunque tengan que faltar al colegio. Acá tampoco tenemos guarderías, entonces se complica todo mucho más. Sobre todo para las chicas. Pero yo noto que las chicas, cuando quedan embarazadas, buscan terminar compensando con tareas. Vienen hasta que no pueden más y después compensan. Ahí yo noto la diferencia. Los varones que no sufren el embarazo se meten a trabajar porque no pueden con todo. Les damos las faltas, pero a veces se vuelve muy complicado de sostener (...). Y lo de las guarderías ya lo venimos diciendo hace mucho, ¡es fundamental que estén! Así se garantiza que terminen. Pero bueno, para eso también se necesitan recursos que no hay (Vanina, 55 años, preceptora de la escuela C).

En sintonía con el relato de Vanina, en el citado informe de Unicef (2017) se consideran las salas maternas como un gran recurso institucional que permite continuar o reiniciar la escolaridad y resignificarla. Se constituye así en una “política antidesestino”: una forma de intervención estatal que habilita otras trayectorias escolares posibles para que estudiantes en condiciones de vulnerabilidad continúen y finalicen sus estudios. El informe señala lo siguiente:

El proyecto de las salas maternas, comprendido como parte de una política pública dirigida a garantizar la obligatoriedad de la escuela secundaria, está necesariamente articulado con los programas que trabajan la educación sexual integral (ESI) en las escuelas. En la Argentina, a partir de la sanción de la Ley 26150 en el año 2006, se crea el Programa Nacional de Salud Sexual Integral, y en 2008 se aprueban los Lineamientos Curriculares de Educación Sexual Integral. Con esta normativa, los/las docentes de todos los niveles tienen el derecho y la responsabilidad de incluir la educación sexual en las aulas (p. 61).

⁷ En la investigación doctoral se observó que 13 de los 40 jóvenes entrevistados lograron retomar sus estudios secundarios a través del Plan FinEs, coordinado por una organización política barrial.

En relación con este último punto, casi ninguno de los jóvenes entrevistados recuerda haber visto contenidos escolares específicos sobre el cuidado, al menos no que les haya sido de utilidad. Al indagar sobre las instancias o fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, los entrevistados hacen referencia a los/las amigos/as, a los pares o a que “aprenden solos”, y en pocos casos consultan a las familias. Esto no significa desmerecer las enormes virtudes que tiene el programa en términos de derechos y de igualdad; sin embargo, en las escuelas seleccionadas se observan dificultades en su instrumentación, como la planificación y el planteo de actividades que convoquen a los/las jóvenes.

Sintetizando lo expuesto en este apartado, las experiencias de los jóvenes padres en las escuelas están mayormente invisibilizadas, aunque existen diferencias entre las instituciones analizadas. El EOE de la escuela A no disponía de un registro de los estudiantes que eran padres porque nunca habían reflexionado sobre la posibilidad de que ellos se convirtieran en padres o acerca de que el evento del embarazo pudiera condicionar las trayectorias escolares de los varones (lo que expone una concepción de las masculinidades desligada de los procesos de embarazo y cuidado). Pero aun cuando en los otros dos establecimientos estaban en conocimiento de la condición de los jóvenes, las facilidades o los beneficios que alientan la continuidad de los estudios tampoco fueron otorgados, fueron confusos y discrecionales, o el seguimiento escolar se vio interrumpido.

Las paternidades juveniles son explicadas desde estas instituciones escolares como *acontecimientos esperables* en estos contextos. En contraposición a las explicaciones del centro de salud, quienes definían los embarazos en esta etapa vital como un problema que necesita ser prevenido, las experiencias de mater/paternidades en las escuelas, aunque no son naturalizadas, sí son aceptadas como una parte constitutiva de vivir la juventud en los barrios populares. En ese marco, las mujeres son visibilizadas y maternizadas, no así los varones.

A diferencia del equipo de salud en el que se enfatizaban discursos de corte naturalistas, psicologistas y de patología social, los discursos sobre la juventud que circulan en el ámbito escolar relevado hacen referencia a un discurso sociologista (Chaves, 2005), a partir del cual los/las jóvenes son un producto de los condicionamientos sociales, por lo que los sujetos no pueden hacer nada para modificarlos (menos aún las instituciones). En estos discursos, el accionar de los/las jóvenes está comprometido por su pertenencia de clase y no se visualiza otro camino que no sea el previsto por su sector social. En las instituciones analizadas, las experiencias de mater/paternidades se interpretan como un destino esperable vinculado a la vida en contextos vulnerables, donde los/las jóvenes mayormente carecen de oportunidades para elegir otros caminos posibles.

En suma, estas escuelas no cuentan con las herramientas suficientes para configurarse como un soporte para los jóvenes padres varones, a diferencia de las mujeres, quienes se encuentran contenidas por estas instituciones (al menos en el discurso de los actores educativos entrevistados). No obstante, es preciso insistir en que las escuelas públicas relevadas son instituciones “malabaristas” (Faur, 2014) en su trabajo diario, que se sostienen a sí mismas y sostienen a los jóvenes con escasos recursos (financieros, humanos), en contextos de marcada vulnerabilidad.

Discusión. Las instituciones entre el desconocimiento, la impotencia y el voluntarismo

El objetivo del presente artículo fue conocer las respuestas, intervenciones y estrategias que desempeñan las instituciones sanitarias y escolares para abordar las paternidades juveniles en un barrio popular platense. En cada institución relevada fue posible encontrar diferentes explicaciones sobre estas experiencias y diversas formaciones discursivas en torno a la juventud.

En el centro de salud no se observan acciones dirigidas a contener a los jóvenes padres. Existe una sensación de impotencia generalizada en el equipo profesional: se preguntan por la participación de los varones en los procesos reproductivos y de cuidado, pero no saben cómo responder o no pueden intervenir. Las explicaciones sobre los embarazos y la maternidad en esta franja etaria siguen centrándose en las mujeres, y los pocos varones que acompañan a sus parejas a las consultas en el centro de salud son escasamente interpelados.

En el ámbito escolar, los varones padres se encuentran invisibilizados. Gran parte de las escuelas analizadas no tienen registros de ellos, y aquellas que sí los tienen, no les garantizan el acceso a un régimen especial que favorezca la continuidad de su trayectoria educativa. Los jóvenes entrevistados intentan compatibilizar con muchas dificultades el trabajo, el estudio y la paternidad (es allí donde el Plan FinEs se constituye como alternativa, ya que propone horarios y un régimen flexibles que les permiten retomar y concluir el secundario). La ausencia de salas maternales o “guarderías” en los establecimientos educativos agravan la situación y atenta contra la posibilidad de estudiar no solo de las mujeres, sino también de los varones. Los/las preceptores/as son las figuras institucionales que conocen estas situaciones y resuelven en la medida de sus recursos y posibilidades, sin una pauta clara de intervención escolar.

De este modo, las instituciones relevadas no contemplan un abordaje integral ni una articulación sanitario-escolar que contenga a los jóvenes varones en el barrio analizado, lo que condiciona sus experiencias de paternidad y su trayectoria vital. Es entonces entre el desconocimiento, la impotencia y el voluntarismo desde donde se producen las exiguas respuestas institucionales para abordar las paternidades de los jóvenes, con mejores o peores resultados dependiendo del espacio por el que transiten los jóvenes y sus paternidades.

Referencias bibliográficas

- Adaszko, A. (2005). “Perspectivas socioantropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo”. En Gogna, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES, pp. 33-65.
- Binstock, G. y Gogna, M. (2013) “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia”. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Bahía Blanca, del 18 al 20 de septiembre.
- Binstock, G. y Pantelides, E. A. (2004). “Fecundidad adolescente: diagnóstico sociodemográfico”. Informe final de investigación, Estudio colaborativo multicéntrico sobre embarazo adolescente. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307885129_Fecundidad_Adolescente_Diagnostico_Sociodemografico

- Capriati, A. (2017). "A cada uno lo que le toca. Vulnerabilidades y soportes en la condición juvenil". *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 52: 119-140.
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (2012). Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec), Buenos Aires.
- Chaves, M. (2005). "Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea". *Revista Última Década*, 13(23): 9-32.
- Checa, S. (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Connell, R. (1995). *Masculinities* (segunda edición). Cambridge: Polity Press.
- Connell, R. y Messerschmidt, J. (2005). "Hegemonic masculinity. Rethinking the concept". *Gender & Society*, 19(6): 829-859.
- De Keijzer, B. (1995). "La salud y la muerte de los hombres". En Núñez Vera, M.; González Butrón, M. y Fernández Zayas, C. (eds.), *Estudios de género en Michoacán. Lo femenino y lo masculino en perspectiva*. Michoacán: Universidad Autónoma de Chapingo-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pp. 67-81
- (1997). "El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva". En Tuñón, E., *Género y salud en el sureste de México*. México: Ecosur/UAJT, pp. 49-70.
- Fainsod, P. (2008). "Embarazos y maternidades adolescentes. Desafíos de las escuelas". En Morgade, G. y Alonso, G., *Cuerpos y sexualidades en la escuela. De la "normalidad" a la disidencia*. Buenos Aires: Paidós.
- (2007). *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- (2005). "Pobreza y trayectorias escolares de adolescentes madres y embarazadas. Una crítica a los enfoques deterministas". En Llomovate, S. y Kaplan, C. (coords.), *Desigualdad educativa, la naturaleza como pretexto*. Buenos Aires: Noveduc.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gogna, M. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.
- Kaufmann, M. (1997). "Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres". En Valdés, T. y Olavarría, J., *Masculinidad/es*. Santiago: ISIS, Flacso.
- Lavigne, L. (2011). "Las sexualidades juveniles en la educación sexual integral". En Elizalde, S., *Jóvenes en cuestión: configuraciones de género y sexualidad en la cultura*. Buenos Aires: Biblos, pp. 87-118.
- Martuccelli, D. (2010). *¿Existen individuos en el Sur?* Santiago de Chile: LOM.
- (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Obach, A.; Sadler, M.; Aguayo, F. y Bernal, M. (2018). "Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4): 1-7.
- Ortale, S. (2008). "Los programas de salud sexual y reproductiva y la maternidad adolescente en el partido de La Plata. Discusiones a la luz de los derechos humanos y el enfoque de

- género”. IX Congreso Argentino de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Misiones: Universidad Nacional de Misiones.
- Palomar Vereza, C. (2005). “Historia y Cultura. Revista de Estudios de Género”. *Revista La Ventana*, 3 (22): 35-67.
- Pantelides, E. y López, E. (comps.) (2005). *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, C. (2004). “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”. *Papeles de Población*, 10 (39): 129-158.
- Tajer, D.; Reid, G.; Fernández Romeral, J. y Saavedra, L. (2018). “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y de profesionales de la salud”. *Anuario de Investigaciones*, 24: 133-138.
- Unicef (2017). *Maternidad y paternidad adolescente. El derecho a la educación secundaria. Estudio sobre una experiencia educativa de la provincia de Buenos Aires*. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/526/file>.
- Vázquez, M. (2008). “Maternidad adolescente y escolaridad media”. V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.