

## Sexualidad y anticoncepción de las adolescentes en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires: experiencias, discursos y prácticas en los márgenes (1974-1983)

### Sexuality and contraception of adolescent girls in Buenos Aires' hospitals: experiences, discourses and practices on the margins (1974-1983)

Rodríguez, María Laura

**María Laura Rodríguez** [laura.rodriguez@unc.edu.ar](mailto:laura.rodriguez@unc.edu.ar)  
CIECS (CONICET-UNC), Argentina

#### Estudios del ISHIR

Universidad Nacional de Rosario, Argentina

ISSN-e: 2250-4397

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 13, núm. 37, 2023

[revistaestudios@ishir-conicet.gov.ar](mailto:revistaestudios@ishir-conicet.gov.ar)

Recepción: 16 Agosto 2023

Aprobación: 02 Octubre 2023

Publicación: 30 Diciembre 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/422/4224712002/>

DOI: <https://doi.org/10.35305/eishir.v13i37.1866>

**Resumen:** Desde 1974 y durante la última dictadura militar en la Argentina (1976-1983), la salud reproductiva de las mujeres estuvo sujeta a un clima restrictivo en el marco de políticas de población conservadoras. Si bien se ha insistido en la poca capacidad que tuvieron los gobiernos autoritarios para controlar este tipo de resoluciones, estas políticas impactaron en la atención que daban los profesionales médicos en materia de planificación familiar. Recuperando este contexto, abordamos una amplia selección de artículos médicos, analizando discursos y prácticas orientadas a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Mostramos las modalidades históricas con las que se expresaron estas tensiones en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, mostrando cómo en los servicios y consultorios se vehicularon nociones altamente conservadoras, pero también se dio impulso a una agenda médica pionera en el país, la que reveló notables resistencias e insubordinación a partir de sus saberes y prácticas.

**Palabras clave:** Las adolescentes, dictadura, discursos y prácticas, hospitales públicos, ciudad de Buenos Aires.

**Abstract:** From 1974 and during the last military dictatorship in Argentina (1976-1983), women's reproductive health was subject to a restrictive climate within the framework of conservative population policies. Although it has been emphasized that authoritarian governments had little capacity to control these types of resolutions, these policies impacted the care provided by medical professionals in family planning. Recovering this context, we approached various medical articles, analyzing discourses and practices on adolescent sexual and reproductive health. We show the historical modalities in which these tensions were expressed in the public hospitals of the city of Buenos Aires, addressing how highly conservative notions were conveyed in the services and clinics, but also how a pioneering medical agenda was promoted in the country, which revealed notable resistance and insubordination based on its knowledge and practices.

**Keywords:** adolescent girls, dictatorship, discourses and practices, public hospitals, city of Buenos Aires.

## Introducción

[en materia de regulación de la natalidad] los ginecólogos nos encontramos en el centro de una verdadera revolución. El ginecólogo trabaja siempre para mantener una unidad social (la familia) feliz, de acuerdo a las demandas personal y comunitarias que marque el momento.[1]

A diferencia de lo que entendió el profesor de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), citado en el epígrafe, si bien, durante los años 70' se dieron importantes transformaciones socioculturales y tecnológicas que impactaron en el ejercicio de la sexualidad y en materia de la libertad reproductiva, estos cambios distaron de constituir una verdadera "revolución". Desde 1974 la sociedad argentina atravesó un largo período en que las decisiones estatales se manifestaron contrarias a las políticas de planificación familiar. Algunos hitos dieron cuenta de la persistencia en el tiempo de este marco legal restrictivo. Durante el tercer gobierno peronista (1973-1976) se adoptaron disposiciones que prohibieron la venta de anticonceptivos y el acceso a la planificación familiar, las que recién fueron derogadas a fines de 1986, tres años más tarde del regreso de la democracia y puestas en práctica durante 1987" (Felitti, 2009a: 12 y 13).

Si bien este panorama afectó concretamente la salud sexual y libertad procreativa de todas las mujeres, el poder estatal distó de ser absoluto. Aún en los tiempos más autoritarios algunos consultorios de planificación familiar que habían funcionado en hospitales continuaron atendiendo sin el apoyo estatal o directamente contrariando sus disposiciones (Felitti, 2009a: 92 y ss.). A pesar de este tipo de iniciativas, predominaron situaciones de vulnerabilidad y las restricciones fueron más significativas para los sectores de menores recursos que pasaron a depender de la buena voluntad de los jefes de servicio de los hospitales para acceder a estas prestaciones (Felitti, 2009a: 92 y 93). De hecho, como apuntó Mendizabal sobre estos asuntos que implicaban temas de natalidad, muchos médicos se ocupaban con más decisión en proteger la idea de "familia feliz", identificada con la procreación.

En el presente análisis transitamos por una agenda poco recorrida por la historiografía especializada, interrogando cómo concibieron y atendieron en distintos hospitales ubicados en la ciudad de Buenos Aires la sexualidad y la reproducción de las mujeres adolescentes. Puesto que consideramos la adolescencia como una construcción histórica y contextual (Yuni y Urbano, 2018) no tensionamos las formulaciones que plantearon las publicaciones médicas del período. Algunos de los discursos y prácticas dejaron a la vista caracterizaciones en términos de sesgos de género y clase, las que definieron su exclusión. A esto se sumó el imperio de un paradigma adultocéntrico que venía instalado desde la década de 1950 y que negaba su lugar en la construcción moderna de ciudadanía, ubicando a las adolescentes, como parte de un grupo humano en un territorio crítico y transicional entre la niñez -que habían dejado atrás- y la adultez -a la que aún no habían llegado- (Gutiérrez, 2003: 1).

De acuerdo a estas voces médicas, seleccionadas a través de trabajos publicados en la *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* (SOGIBA) y en la *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana* (OGLA), nos interesa analizar discursos y prácticas situadas con el objetivo de ingresar a la porosidad de la atención médica pública y a la manera en que concibieron y atendieron las necesidades y realidades de las pacientes que concurrían a esos nosocomios, las que aparecieron caracterizadas por su vulnerabilidad en términos socioeconómicos, usualmente identificadas como jóvenes con poca o nula información sobre sexualidad y anticoncepción.

En los hechos, este universo de jóvenes menores de edad, fue uno de los sectores más postergados en materia de políticas de salud sexual y reproductiva en la historia argentina. Ello formó parte de un largo proceso en nuestro país. Algunos cambios cristalizaron para los años 90' y recién entrado el siglo XXI

la salud sexual de las/os adolescentes se interpretó como un derecho y el sistema de salud (...) [les reconoció] la posibilidad de tomar sus propias decisiones [favoreciendo] un enfoque integral que hacía hincapié en la educación sexual integral y el acceso a una salud sexual y reproductiva plena[2] (Rustoyburu, 2020: 323 y 324).

En base a estos planteos, en la primera parte de este trabajo, se retomaron recortes de una experiencia con nombre propio, la que sirvió para reconstruir las condiciones de indefensión que transitaban muchas jóvenes que vivieron - y, en demasiadas ocasiones, murieron- en Buenos Aires luego de pretender abortar un embarazo no deseado. En una segunda sección reconstruimos un conjunto de estudios clínicos observacionales que dieron cuenta de nociones y de prácticas en relación a las adolescentes embarazadas, bastante cercanas a la agenda más conservadora de la época. Finalmente, en un tercer apartado, damos cuenta del creciente protagonismo que asumieron algunos profesionales frente a la retracción estatal que planteaban los gobiernos del período. Como mostramos, los especialistas que trabajaron en el Hospital Nacional de Clínicas, desde muy temprano, resistieron desde sus consultorios y fuera de ellos a las directrices del poder, y para ello, recepcionaron, favorecieron y adaptaron al medio vernáculo un conjunto de recomendaciones que venían agitándose desde las instituciones internacionales de salud en materia de atención de los derechos de las adolescentes.

## **Mujeres, pobres, adolescentes y embarazadas: rasgos de una ciudadanía negada**

En diciembre de 1973, cuando la revista *Siete Días Ilustrados* cubrió la noticia de la muerte de una adolescente de 16 años que se había realizado un aborto en manos de una partera, las mujeres más allá de su edad tenían muy pocas opciones frente a un embarazo que no deseaban continuar. Si bien la nota asociaba la situación de Myriam Arrúa con el auge “una tragedia cotidiana” en el país, el caso dejó a la luz matices específicos que caracterizaban la experiencia de indefensión de las mujeres más jóvenes, que como Myriam vivían y morían vulneradas. En la época, era usual que las mujeres pobres no pudieran reunir a tiempo los recursos económicos necesarios para acceder a un aborto en condiciones de seguridad médica. Si bien para los años 70' se comenzó a

utilizar la aspiración endouterina mediante succionadores de vacío, tecnología que acarrearían menos complicaciones y mortalidad materna, estos avances eran manejados por profesionales capacitados y tenía un alto costo, accesible para un sector socioeconómico acomodado.

Entre aquellas jóvenes que terminaban recurriendo a prácticas clandestinas “en manos entendidas” estuvo Myriam, quien demandó los servicios ofrecidos por la “doctora” Pochi, sobrenombre por el que se conocía a la partera Marta Ester Taborda. Sobre esta empírica sólo conocimos que asistió a su paciente cuando desmejoró en su domicilio y, luego de su fallecimiento, fue objeto de una querrela criminal a causa del presunto “curetaje”. Si bien la crónica no explicó por qué la ambulancia que asistió a la joven la llevó a un sanatorio privado - la Clínica Marini- con una internación que fue solventada por la pareja sexual de Myriam con intermediación de la partera, en un primer momento su familia pensó en “acudir a la Asistencia Pública” municipal.[3] Antes de esa instancia, nuestra joven insistió en comunicarse con la falsa doctora, posiblemente subestimando la gravedad de su cuadro. Si bien en esos años “ni siquiera los castigos previstos por el Código Penal para el aborto provocado se ponían en práctica” (Felitti, 2009b: 385-386) fue lógico que Myriam volviera a confiar en la partera, procurando así evadir la exposición policial que podría haberse derivado de haber recurrido a algún nosocomio.

Fue fragmentaria la información a la que accedimos sobre la experiencia de Myriam antes de decidir interrumpir su embarazo a los 4 meses y medio de gestación.[4] Parte de la información que suministraron a la revista su madre (Elcira Cortez, de 41 años) y su hermana (Liliana Arrúa, de 19 años), permitieron reconocer algunos de los atributos que caracterizaron su trayectoria vital. Estos retazos de memoria colaboraron en reconstruir su breve historia entre un pasado difícil, un presente vulnerable y un futuro de sueños ligados a una sociedad en pleno cambio cultural.

Myriam, Liliana y Elcira habían migrado (no se mencionó en qué momento) desde la provincia de Chaco a Misiones, para luego viajar hacia Buenos Aires e instalarse en el “hotelucho de la calle Charcas al 2000”, donde las tres compartían una pieza, solventada con el dinero que recibía la cabeza de familia, quien trabajaba “en cinco lugares como doméstica”. Aunque estas tres mujeres construían su vida en una época en la que los cambios socioculturales propiciaron la integración femenina al mercado laboral, como señaló Cosse (2010: 117) estas transformaciones tuvieron un claro sesgo de clase, “limitadas a círculos profesionales e intelectuales de los sectores medios (...)”. En efecto, la situación económica de esta familia era acuciante, e inclusive, “el entierro lo costearon con los aportes de una unidad básica,[5] de algunos amigos y de la cooperadora del Liceo N° 6”, escuela secundaria a la que asistía Myriam.[6]

Nuestra joven también trabajaba y, para ello se había pasado al turno noche en el Liceo. Según su madre, la suerte de la joven en el mercado laboral porteño no había sido muy promisorio. Empezó en una fábrica de zapatos “donde estaba todo el día y no le pagaban casi nada”, después, consiguió una inmobiliaria, “donde no ganaba más de 10.000 pesos” y “así pasaba de trabajo en trabajo”. Su última labor, como recepcionista en un atelier en la ciudad de Buenos Aires, si bien también “pagaba muy poco”, la tenía muy entusiasmada porque atendía modelos que iban a posar allí.[7]

De acuerdo con Liliana, su hermana, estaba planificando participar de un concurso televisivo y quería convertirse en una modelo profesional, ilusionada con que así se acabarían “los trabajos duros o dudosos”.<sup>[8]</sup> A pesar que poco sabemos de cuáles eran sus ideas sobre moral sexual, parece evidente que en ese momento de su vida Myriam no deseaba convertirse en madre y proyectaba progresar por sí misma en la escala social. De hecho, según le había confiado a su hermana Liliana, el aborto había sido una manera de quedarse en Buenos Aires, escapando a las intenciones de su novio de “mandarla [embarazada] a casa de su madre, en Misiones”.<sup>[9]</sup> Seguramente, los cambios que se estaban perfilando en la ciudad y en la provincia de Buenos Aires en relación a la equidad de género y la libertad sexual -y que eran persistentemente difundidas por las revistas dedicadas a la mujer y otros medios - (Cosse, 2010: 122 y ss.) le habrían parecido más prometedores que el panorama que imaginaba sobre una maternidad forzada en la provincia de Misiones.

Con sus limitaciones y contradicciones, la sociedad de Buenos Aires era permeable a los cambios socioculturales sobre el paradigma doméstico de mediados del siglo XX, otorgando un lugar central a los cuestionamientos de la juventud, “ la sociabilidad informal, la flexibilización del cortejo y el noviazgo, la aceptación y legitimación de la experiencia sexual de las jóvenes solteras, la disociación entre la sexualidad y el matrimonio, los avances de la cultura divorcista” (Cosse, 2016 en Osuna, 2017: 1098). Asimismo, desde 1968 la reforma parcial del Código Civil, estipuló la mayoría de edad a las mujeres a partir de los 21 años, derogó la incapacidad relativa de la mujer casada y amplió la capacidad para la menor que trabajaba. Claro que, estos cambios no se derivaron en un régimen que estableciera “la igualdad entre los sexos” (Giordano, 2014: 401). En el caso de Myriam, no sólo era evidente el obstáculo que representaba su embarazo para una eventual colocación en el modelaje, sino también para continuar con el trabajo en el atelier. Cabe aclarar que en la ciudad de Buenos Aires recién en 2014 se presentó un proyecto de Ley para prohibir se exigieran<sup>[10]</sup> distintas formas de certificar la “ausencia de gestación, como requisito para los procesos de selección, ingreso, promoción y permanencia cualquiera sea la forma de contratación” (Felitti, et. all.: 2022: 64-65).

Frente a este nuevo panorama en ebullición, en su intención de elegir, Myriam atravesó el momento más trágico: su abrupta y cruenta muerte a los 16 años. No podemos concluir mucho más sobre su caso, a excepción de apuntar que el contexto de ilegalidad hacia el aborto voluntario- que se sumó a otras condiciones restrictivas- fue el corolario de su vulnerabilidad y muerte. No obstante, su historia colocó en perspectiva un conjunto de procesos comunes que afectaban para aquellos tiempos al conjunto de las mujeres y especialmente a las adolescentes, inmersas en aquella modernidad ambigua y moderada, la que comenzó a definirse por los años 1960 con algunos cambios socioculturales prometedores de liberación, pero atravesada por cruzadas moralistas, reacciones tradicionalistas y la censura (Cosse, 2010: 117).

Como ha señalado Osuna (2017: 1098) a lo largo del siglo XX, para los sectores más tradicionalistas de la Iglesia... la causa de la crisis moral se debía al desplazamiento de la religión del centro del ordenamiento social. Con la llegada del gobierno militar, estos procesos cristalizaron en la construcción de enemigos, que pretendidamente amenazaban la vida en sociedad, incluyéndose en ellos

tanto a grupos de izquierda como a todos los idearios que no se adecuaron a la moral tradicional”. Las mujeres adolescentes de menores recursos, que como Myriam no deseaban continuar su embarazo, sufrieron de manera particular dichas tensiones.

La sanción social y penal del aborto fue un largo capítulo de esa historia de restricciones de género. Pero también lo fue la falta de responsabilidad por parte del Estado en el tema de planificación familiar. Esta dinámica llegó a su punto más crítico en 1974, cuando el decreto peronista obstaculizó su implementación imponiendo medidas restrictivas sobre la venta de anticonceptivos y prohibió las actividades de planificación familiar en las dependencias públicas (Felitti, 2009a: 167). Aunque, durante esos años, como hemos insistido desde la introducción del trabajo, el poder estatal distó de ser absoluto y “algunos consultorios de planificación familiar que habían funcionado en hospitales continuaron atendiendo -sin el apoyo estatal o directamente contrariando sus disposiciones- las restricciones fueron aún más significativas para los sectores de menores recursos que pasaron a depender de la buena voluntad de los jefes de servicio de los hospitales para acceder a estas prestaciones (Felitti, 2009a: 92 y 93). Como han mostrado Belmartino y Boch (1984: 253) durante este período existió una profunda articulación “entre las políticas de salud y los proyectos económicos, políticos y sociales más globales que se intenta[ban] desarrollar desde el Estado”, los que, a medida que avanzaba la segunda mitad de la década de 1970’, fueron adquiriendo características represivas y autoritarias.

En cuanto a la educación sexual, mientras a nivel mundial comenzaban debates para avanzar en su implementación produciéndose experiencias en Estados Unidos y Europa, el Estado argentino sólo “patrocinó algunos programas piloto [y tampoco] originó una política de largo plazo” (Felitti, 2009a: 167). En dicho marco, se ha reconocido que la planificación familiar y la educación sexual fue mediada por actores no estatales, especialmente los medios de comunicación (prensa, televisión, cine), encontrándose el mayor protagonismo en algunos profesionales médicos y de la psicología, aunque esas áreas no estuvieron integradas a la formación ni al protocolo de atención (Felitti; 2009a: 167).

Por acción y, también por omisión, los médicos que atendieron en los hospitales públicos porteños definieron en los hechos los contenidos y la orientación de la atención médica en sexualidad y derechos (no) reproductivos. Esta dinámica también dividió a los profesionales que se dedicaron a la salud de los adolescentes. Como defendió para mediados de 1974 Domingo Olivares, uno de los miembros fundadores de la Asociación Argentina de Protección Familiar, el decreto de prohibición del peronismo había “nacido muerto por anacrónico y bastará que hombres con visión de futuro munidos de fe y conocimientos asuman la defensa del derecho humano a la paternidad elegida”. [11]

Para este reconocido defensor de la anticoncepción tampoco pasaban inadvertidas las limitaciones de su tiempo: también “el médico [era] portador de un conflicto entre su inconsciente conservador y el yo adaptado o en adaptación”. [12] Desde ese contexto de posturas en pugna, en el próximo apartado abordamos un conjunto de discursos y prácticas hospitalarias dirigidas a jóvenes en situaciones de embarazo y parto, comenzando por reconocer en sus valores, preocupaciones y acciones la defensa de una agenda que identificaba la “postulada seguridad nacional [con la búsqueda de revertir] pautas ideológicas y

culturales que habían alterado también las relaciones [jerárquicas] entre varones y mujeres” (Manzano, 2023: 158).

## **El embarazo adolescente en clave autoritaria: miradas e intervenciones hospitalarias**

Durante la última dictadura (1976-1983) la problemática del embarazo adolescente apareció en las publicaciones médicas focalizada en el control prenatal que habían seguido estas gestantes y sus consecuencias en la morbimortalidad materna y del recién nacido. No obstante, los autores de estos estudios clínicos observacionales (en su mayoría obstetras, pero también ginecólogos y neonatólogos que formaba equipos en distintos servicios de los hospitales públicos especializados) visibilizaron interpretaciones patologizantes sobre la sexualidad activa antes de los 16 años, buscando influir en las condiciones de vida que tenían y que debían tener las jóvenes que asistían a su consulta. En efecto, aunque asumieron que sólo procuraban observar, medir, analizar y en algunos casos formular ciertas propuestas para evitar factores de riesgo en la gestación, sus artículos revelaron discursos y prácticas de atención dirigidas a minar la autonomía de sus pacientes e influir en las condiciones que las jóvenes asumirían su maternidad.

La tematización del embarazo y la reacción frente a una sexualidad -que además era femenina y joven, parecía escapar al control social (Pantelides, 2003: 2 en Gogna 2004: 16)- no era una novedad que trajo la época de la Dictadura. Desde los años 60', como apuntó Gogna (2004: 16), transcurrida una década desde la creación de los primeros servicios de salud específicamente diseñados para la atención de jóvenes en EEUU y en América Latina, el embarazo en la adolescencia fue abordado como un problema de salud pública merecedor de investigación e intervenciones por parte del Estado, claro que, enmarcado en una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes y leído en clave de salud/enfermedad.

Estos profesionales no se estaban refiriendo a todo embarazo “precoz”. En los hechos, las cohortes que seleccionaron en sus estudios se constituyeron por jóvenes menores de 15 años de escasos recursos, en línea con el tipo de pacientes que concurrían de manera predominante a estos servicios públicos, provenientes en su mayoría de villas de emergencia del conurbano y de la provincia de Buenos Aires.[13] Como detalló el trabajo presentado por el equipo que atendía en el Departamento Materno Infantil del Policlínico Municipal “Doctor T. Álvarez”, la situación socioeconómica que predominaba entre sus pacientes embarazadas adolescentes era francamente deficitaria. Sobre este punto describió que habitaban en viviendas que no eran de material, estaban construidas con elementos precarios y no contaban con instalaciones sanitarias básicas.[14] Además, para 1974 la sociedad argentina comenzó a sufrir las consecuencias del ajuste interno a nuevas condiciones internacionales de intercambio y, la acumulación de presiones inflacionarias, que a partir de 1975 marcaron el inicio de una decadencia de varias décadas en la economía nacional.

En cuanto al recorte etario explicitado en los trabajos publicados por los médicos de la Maternidad del Hospital Ramos Mejía (1976) y del Hospital de agudos Torcuato de Alvear,[15] resultó ilustrativa la forma en que aquel primer

grupo de obstetras naturalizó el embarazo y la maternidad adolescente, al decir que a partir de los 16 años “la reproducción en nuestro medio es tan frecuente que nos encontramos psicológicamente preparados para considerarla dentro de la población normal”. [16]

Si bien en algunos trabajos se propusieron intervenciones a fin de responder a las urgentes necesidades socioeconómicas que pudieran tener estas inminentes madres, fue usual encontrar argumentaciones, donde el futuro de estas jóvenes era un asunto con escasas posibilidades de cambiar. De acuerdo a lo que entendieron los profesionales de la Maternidad del Hospital Ramos Mejía, dado que la mayoría de esas adolescentes tenían una instrucción precaria [que] “les permiti[ría] como mucho colocarse en casas de familia...[todas] pronto vuelven al círculo vicioso y tienen un nuevo embarazo”. [17]

Las explicaciones que circularon no descartaron la idea sobre unas conductas moralmente no deseadas de las adolescentes que actualizaban los factores de riesgo socioculturales, pero, la problemática del embarazo a edades tempranas trascendió lo meramente individual, resultando un síntoma subyacente,

con componentes sociales, emocionales y físicos...[propios de una] ‘*enfermedad de la sociedad*’ que tiene sus orígenes en el pasado, existe con nosotros en la actualidad y si no se previene y detiene, seguirá difundiéndose en lo futuro. [18]

Los profesionales del Hospital de Agudos Torcuato de Alvear, bajo la dirección de la 2da. Cátedra de Obstetricia de la UBA, precisaron que el embarazo en menores de 15 años era “(...) alguna forma de patología [un] problema psicosocial en el cual está sumergida la embarazada actual, su futuro y el de su hijo”. [19] Para ellos, su ocurrencia se explicaba en el marco de la cultura contemporánea, en la que identificaban “ambientes familiares promiscuos [que] a veces da origen a embarazos incestuosos, pues bien sabemos que muchos padres de esos niños son parientes directos de la paciente”. [20] A pesar de haber reconocido estas situaciones en las vidas de sus pacientes, aquel diagnóstico no pasó de la retórica y en ningún momento problematizaron las relaciones de abuso y violencia contra estas mujeres. Bien distinta fue la forma en que la Asistente social que trabajaba en el Hospital Clínicas con el Dr. Ribas Méndez interpretó este tipo de tragedia en las adolescentes. En esa dirección reconoció que la mayoría de esas gestantes “son solteras y sus embarazos no se conocen en su familia ni en su lugar de trabajo”, además, agregó

muchos casos son provenientes del interior del país que han venido a Buenos Aires a trabajar en el servicio doméstico y sus familias de origen continúan residiendo en las provincias (...) la experiencia aconseja utilizar entrevistas para advertir acerca de las implicancias de situaciones con los varones que mantienen relaciones con menores de 15 años, cuya familia debe accionar judicialmente si aquella está embarazada. [21]

Para el equipo del Alvear, las respuestas para explicar la extensión del embarazo precoz se buscó recuperando perspectivas sobre las “causas del coito” y la gestación, tomando como un paradigma el caso de las comunidades de menores de edad de “raza negra” pertenecientes a núcleos familiares de “muy bajo nivel sociocultural” en los Estados Unidos de Norteamérica. En esa línea, citaron los informes de un psiquiatra estadounidense que había mostrado este tipo de comportamientos, entendiendo que estos grupos se embarazaban buscando “poseer algo propio”, embarcándose así en una suerte de

“compulsión a la repetición”, evidente porque las adolescentes de familias enteras quedaban “embarazadas siendo solteras, remontando los orígenes a tiempos de la esclavitud”. [22]

En este punto, los resultados de investigaciones efectuadas en los EEUU se leyeron a partir del contexto porteño, reflexionando sobre la influencia perniciosa de ciertas condiciones propias del desarrollo sociocultural de la Argentina de esos años. Aquella turbación se asoció a “la masiva difusión de temas sexuales, tanto en revistas, como en la televisión y otros medios filmicos que llegan a los adolescentes e inclusive a los niños, y aunque este tipo de publicidad sea vigilado por oficinas de censura, cumplen desde el punto de vista sexual, una amplia tarea no siempre aconsejable”. [23] Estas improntas conservadoras y críticas al cambio sociocultural, también se hicieron presentes en los comentarios que introdujo en la Sesión de la SOGIBA el Dr. Fernando García, quién se presentó haciendo gala de su experiencia de casi 30 años en la Maternidad de Hospital Pirovano. [24] Entre sus preocupaciones destacó que se asistía a una “disolución del concepto de familia para estas adolescente”, apuntando nuevamente a la nociva influencia de la televisión, el cine y las revistas. Para estos años era usual arremeter contra cualquier producto de la industria cultural que amenazara los valores familiares y a los roles de género tradicionales (Felitti, 2009a). Tanto este tipo de nociones, como las vertidas por los médicos del Ramos Mejía y el Alvear, remitieron a estándares de normalidad, enlazándose con aquella metáfora construida durante la dictadura sobre “la sociedad enferma”, la que habilitaba “un espacio de intervención práctico y discursivo tendiente a recuperar y reinsertar socialmente a la niñez y la juventud que se consideraba en riesgo” (Osuna, 2017: 1101).

El riesgo y la vulnerabilidad se incrementaba para estas adolescentes de acuerdo a rasgos de género y clase. De esta manera, lo expresaban las interpretaciones compartidas por el equipo del Policlínico Municipal Doctor T. Álvarez” [25] poniendo de manifiesto que “la madre adolescente se hallaba bajo la influencia de una serie de factores de tipo constitucional, cultural y socioeconómico propios de su medio ambiente”, y que este problema se desarrollaba en dos etapas:

Una inmediata que se traduce en el aumento de la morbilidad tanto del recién nacido como de la gestante adolescente, y otra, tardía que presenta sobre todo en la madre soltera que debe deambular con su hijo en medio de su inestabilidad económica y su carga de frustraciones para convertirse ambos en inadaptados sociales. [26]

Frente a la amenaza al pretendido binomio madre-hijo, se le daba prioridad al peligro que afectaría al recién nacido, por lo que se buscaba intervenir en la vida de su progenitora. Ello fue evidente no sólo porque los estudios médicos privilegiaron como objeto el seguimiento prenatal y el riesgo en el recién nacido. También en algún caso hicieron explícito su interés por el hijo, más allá de lo estrictamente biológico, buscando responder “qué posibilidades hay de mejorar su incierto futuro”. [27] Como ha indicado Osuna, uno de los primeros ministros de Bienestar Social de la dictadura, Jorge Fraga, afirmaba que “una infancia desatendida y falta de apoyo suficiente en lo material y en lo espiritual [era] la semilla segura de futuras dificultades para la vida de esa Nación” (Osuna, 2017: 1104). En virtud de ello, a lo largo del año 1979, se realizaron varias jornadas

en torno a dos temáticas amplias: “el niño y sus necesidades” y “paternidad responsable” (Osuna, 2017: 1104).

Este tipo de agenda, fue constatada por los especialistas exaltando las preocupaciones poblacionistas a partir de unas interpretaciones que insistieron en rotular a las pacientes como “jóvenes madres”, desde una mirada que identificaba la sexualidad con la reproducción secundada por aquella “paternidad responsable”. La institucionalización era acompañada por una búsqueda de identificar a la adolescente con su rol maternal activo, pero tomando como variable central su estado civil. Alrededor de ello, sus condiciones eran bien distintas según fueran “madres solteras”, “solas” o “casadas”. Según el estudio de 1979 (OGLA), era importante distinguir que, aunque madre soltera, era toda aquella que no legalizó su matrimonio, era posible distinguir variantes, entre “las solteras que vivían solas y las solteras que vivían en concubinato”. [28]

Cada escrito médico introdujo diferentes asociaciones sobre el estado civil de las adolescentes gestantes. Focalizados en un grupo de pacientes de entre 12 y 15 años, los médicos de la Maternidad del Ramos Mejía (1976) tematizaron como sus preocupaciones centrales la ocurrencia del “matrimonio obligado”, el que –tal como sucedía con el aborto voluntario- era aceptado socialmente (...) “porque parecen el menor de los males”. Este tipo de uniones prematuras eran presentadas como nocivas para la salud materna integral e, inclusive, formaban parte de un problema mayor y de su persistencia en las generaciones por venir. Los matrimonios obligados activaban un mecanismo pernicioso -“la trampa del adolescente”- que, si bien involucraba a ambos sexos, tenía consecuencias más desfavorables en las jóvenes mujeres, las que “seguramente se convertirán en excluidas, desvalidas o desesperadas de la sociedad”. [29]

De todas formas, para estos médicos, frente a la realidad del embarazo adolescente y la maternidad, como su consecuencia, era prácticamente imposible salirse de aquella trampa o círculo vicioso. Con matrimonio obligado o sin él, se derivarían para estas jóvenes dos versiones igualmente peligrosas: el “desequilibrio familiar” o la “familia de un solo progenitor”, ambos casos resultaban en una “nutrición defectuosa” que ocasionaba “mala salud y problemas psicológicos”, que llevaban a la deserción escolar y la delincuencia juvenil y, en la misma línea, se hallaba “la conducta sexual de adolescentes” y su resultado “el embarazo no conveniente”. [30] En otros términos, las preocupaciones de los médicos del Ramos Mejía se tradujeron en clave poblacionistas y, a partir de los planteos de Ballard y Gold de 1971, el “matrimonio obligado” apareció junto al aborto como factores que contribuían “a disminuir las cifras de nacimientos”. [31]

En el trabajo del equipo del Policlínico municipal [32] se prestó especial atención al alto nivel de solteras que predominaban en madres adolescentes- a diferencias de las madres no adolescentes-, lo cual derivaba en “pocos y deficientes” controles prenatales a consecuencia del afán de ocultar el mayor tiempo posible el “embarazo ilegítimo”. En esta situación, según explicaron,

una mujer soltera que queda embarazada sufre con frecuencia crisis de angustia y rechazo hacia el nuevo ser lo que al parecer provoca continuas descargas de catecolaminas que perturban la circulación placentaria dañando por consiguiente la salud del feto. [33]

A pesar de que pareció que estos profesionales avalaron – al menos no cuestionaron- la modalidad militar de no considerar a “todas las familias [y madres]... dignas del mismo respeto... puesto que la maternidad que tenía valor para la Junta [militar] era la que se encuadraba dentro del matrimonio y la moral cristiana (Felitti, 2010: 803), otorgaron espacio a proponer acciones para responder a la indefensión de estas mujeres, usualmente de escasos recursos.

En la literatura extranjera de esos años venían siendo repetidas las expresiones de inquietud por las jóvenes embarazadas, denunciando que la madre soltera y su hijo estaban privados en muchos países de una amplia gama de derechos legales y beneficios sociales (Uriza Gutiérrez, 1982). En los hechos, esto tipo de agenda formaba parte de un clima de época. Desde inicios de la década de 1970 las discusiones dadas por las feministas y en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud (ONU) resultó en la declaración en 1975 del “Año de la Mujer” y en la multiplicación de los informes sobre la situación de mujeres y niñas alrededor del mundo, requeridas de protección especial (Llobet; 2020: 6). En cuanto a las políticas nacionales de los gobiernos militares, algunos datos indican la existencia de medidas especiales para proteger a las madres solteras (Felitti, 2009a: 115). No obstante, este rol poseyó contornos bien definidos y limitados, en línea con un proyecto autoritario que se nutría de la “ideología neoconservadora” defensora del principio de la subsidiariedad del Estado (Belmartino y Boch, 1984: 263).

Con más o menos explicitación, se destacó la necesidad de responder a la problemática del embarazo adolescente “planificando la prevención” de su ocurrencia en las solteras.[34] Claro que, la necesidad de brindarles educación sexual y asistencia integral fueron asuntos pobremente deliñados y, definitivamente no se refirieron a cuestiones de anticoncepción. En efecto, el foco de estos trabajos recayó en la joven gestante y de manera particular en la que no se hallaba casada. En el caso de la maternidad del Ramos Mejía (1976), sus resquemores por las uniones forzadas, se completaron con su insistencia en favorecer un tipo de educación sexual a tono con los conceptos católicos, que propusiera una “pedagogía para el Amor”, soslayando los aspectos del placer sexual y la genitalidad (Zemaitis, 2016: 23).

A pesar de la importancia que se le dio al casamiento, poco espacio se dedicó a reflexionar sobre las relaciones entre la mujer y el varón. Aunque pudimos anotar algunos comentarios de interés, como los del Dr. Fernando F. García -quien con su experiencia de casi 30 años en la Maternidad de Hospital Pirovano- advirtió reprochó el predominio de prácticas educativas y del hogar- en temas sexuales- que tendían sólo a proteger y educar a la mujer, habiéndose “cerrado los ojos ante el hecho de que por cada madre soltera hay un padre soltero...[que] tiene sentimientos, sensibilidad y que también necesita ayuda [y preparación] para su papel”.[35]

A pesar que durante la dictadura militar hubo algunas experiencias relevantes en educación sexual, recién en sus últimos momentos, para 1982, comenzaron a imponerse como nuevos temas la sexualidad y el embarazo adolescente (las niñas madres) y el problema de la niñez abandonada (Felitti; 2009a: 192). Durante el regreso democrático, las madres solteras menores de edad (‘las niñas madres’) se transformaron en el principal motivo para brindar educación sexual en las escuelas” (Felitti; 2009a: 193).

En cuanto a los profesionales médicos y no médicos que atendían en los hospitales lo usual fue que propusieran un conjunto de acciones de tipo paternalista. Así, se anudaron nociones y prácticas que tendían a cercenar la autonomía de estas jóvenes madres de pocos recursos, revelando una sugerente preocupación por su comportamiento social y reproductivo. Inclusive, se consideró que la asistencia a este tipo de gestante, por su complejidad, podría realizarse “en hogares o institutos a nivel nacional o privados, como ocurre en Francia que funcionan conectados con las maternidades, cuya finalidad es evitar que esa madre deambule a la deriva y que su hijo, si sobrevive, sea un inadaptado social”. [36] De hecho, esta lectura no era muy distinta al panorama que se describió en el trabajo de 1976, al referir a un 35% de madres adolescentes que pasaban “con su hijo a la Dirección de la Minoridad, y las [que eran] retiradas por sus padres pronto [volvieron] al círculo vicioso [con] un nuevo embarazo”. [37]

Desde el Policlínico municipal se entendía la utilidad de reforzar la acción del médico pediatra y del neonatólogo. Se insistió en la centralidad del

pediatra (...) con respecto a educación y asesoramiento en el área de la sexualidad y la maternidad, porque conoce a sus pacientes a través de los años, es el primer médico al que consulta una adolescente y en él es más fácil que confíe. Al neonatólogo le corresponde atender al recién nacido de alto riesgo (...) y por estar en contacto con la madre evaluar sus condiciones biosociales y culturales. [38]

Por su parte, los médicos del Alvear plantearon la necesidad de poner en funcionamiento un andamiaje más complejo, jalonado por un conjunto de intervenciones que guiarían a estas jóvenes menores de 16 años para recibir asistencia social pública. En procura de que “[sus] estos hijos [no] se criaran en un medio inadecuado”, la meta operativa era clara: comenzar a identificar quiénes eran las que precisaban de ayuda estatal y deslindar quienes no. Para ello, propusieron reconocer a las futuras madres a partir de algunos pasos sucesivos. [39] En un primer momento, un médico detectaba a una menor embarazada, luego, él, junto con la visitadora social, entrevistaban a las pacientes. En esta entrevista le preguntarían cuestiones operativas para elaborar un perfil y diagnóstico, como “de dónde vino”, “dónde va a vivir con su hijo”, “si posee trabajo, quién va a cuidarlo”, “y si no posee, cómo van a mantenerse ambos”, pero también, inquiriendo en asuntos personales, como “por qué se embarazó” y “de quién se embarazó”. En la misma línea preguntaba sobre “si deseaba tener a su hijo”, aunque, el deseo maternal de la adolescente se asumió como algo dado y natural.

Finalmente, la intervención del Alvear proyectó que apareciera en escena un pediatra encargado de informar sobre “la patología que el niño pueda presentar (...) y [daba] las indicaciones correspondientes”. Entonces, era cuando la visitadora social pasaba a tener un papel más significativo y además de enseñar a la paciente a alimentar a su hijo, elevaba un informe,

con los consejos y propuestas del tocólogo, del psiquiatra y del pediatra, a las autoridades del hospital y, con su aprobación, informará a Salud Pública que deberá contestar (...) dando apoyo económico, lugar de residencia, alimentos, medicamento o lo que se considere necesario. [40]

Este plan de asistencia estuvo dirigido a las adolescentes solteras; asociando el “estar casadas” no sólo a comportamientos moralmente deseables, sino

también con una faz material y logística directamente enunciada. El panorama al que buscaban darle respuesta no era sencillo, más bien, según plantearon, era inquietante porque un 73% de sus pacientes se contaban como solteras. No fue casual que alrededor de este tópico se detuviera la discusión en una Sesión Científica entre el orador del equipo del Alvear y el Dr. Méndez Ribas, responsable del Consultorio de Adolescente en Ginecología del Hospital Clínicas. En sus comentarios llamó la atención por la inusitada proporción de pacientes casadas que presentaba el estudio del Alvear, cuando en el universo de adolescentes que él manejaba el porcentaje de solteras era de un 100%.[41] El misterio se develó en el cierre de la discusión, cuando los profesionales del Alvear hicieron gala de su cruzada moralizadora en su trabajo con adolescentes embarazadas, gracias a la colaboración del Servicio Social pero también de la ayuda de la Comunidad de Hermanas de Caridad. Ellas, señalaron, se interesaban por esos casos con la meta de constituir una “pareja estable” [tratando] de constituir una familia (...) ello quizás sea el motivo del porcentaje [alto] de casadas que presentamos.[42]

Varias cuestiones derivaron de las maneras en que estos grupos de médicos, solapados en la legitimidad del sistema hospitalario, pusieron en funcionamiento constructos alclados en valores conservadores y figuras fantasmáticas de enemigos comunes a la sociedad y la familia argentina. Por un lado, su moral conservadora o neocoservadora devino en un puntal performativo para intervenir en los discursos y acciones públicas: negando derechos sexuales y reproductivos, imponiendo representaciones que determinaban un lugar de dominación de género y excluyendo con mayor fuerza a las mujeres pertenecientes a las sectores de menores recursos. En esa misma línea, sus articulaciones con entramados del poder religioso actuaron como mecanismos reproductores de un proyecto estatal de subordinación y exclusión social orientado a convertir las necesidades de la comunidad en problemas individuales.

### **La resistencia de los saberes y prácticas (dentro y fuera del consultorio). El caso del equipo del Hospital Nacional de Clínicas**

A pesar que durante la última dictadura militar una significativa cantidad de profesionales que atendían en distintos hospitales públicos porteños sostuvieron concepciones y prácticas de atención afines a los sectores más conservadores, en determinados servicios y consultorios se visibilizaron aperturas destacables en la atención de las adolescentes. En este proceso, la personalidad más destacada fue la del ginecólogo Méndez Ribas, quien articuló el trabajo conjunto entre el equipo del Hospital Nacional de Clínicas, José de San Martín y las primeras cátedras de Ginecología y de Obstetricia de la UBA,[43] de las que dependieron, respectivamente, los consultorios de Ginecología Infanto Juvenil (creado en 1973) y de Obstetricia para adolescentes (creado en 1980). [44] Desde estas instancias, se procuró ampliar las perspectivas con las que se venía concibiendo la sexualidad adolescente, colocando en valor saberes e intervenciones impulsadas desde instituciones internacionales de la salud. En los hechos, fueron determinantes las recomendaciones de la OMS en 1974 de “estimular e incorporar[las]” a programas de planificación familiar “apropiados para adolescentes”, en línea con una especial preocupación por sus embarazos y

sus consecuencias desfavorables.[45] En cuanto a las exhortaciones de la OPS en diciembre de 1977 se marcó la necesidad de servicios interdisciplinarios

de salud para adolescentes y jóvenes [que dieran un lugar prioritario, entre otros aspectos] a los servicios de orientación para la vida familiar, incluidos los aspectos relacionados con educación sexual, información y provisión de métodos contraceptivos.[46]

Esta dinámica introdujo significativas novedades al interior del campo médico argentino y porteño, particularmente en términos de especialidades y sus vinculaciones. Distintas cristalizaciones institucionales dieron cuenta de una agenda que se estaba consolidando en la medicina internacional y nacional. Para 1979 había sido creada la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil y para 1972 se fundó La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) gracias a un grupo de ginecólogos, pediatras y endocrinólogos, guiados por la idea de que los problemas ginecológicos de la infancia y la adolescencia debían tener un “abordaje interdisciplinario con un enfoque integral basado en la prevención”. [47] Siete años más tarde, dicha Sociedad había organizado tres Jornadas Nacionales y un Congreso Panamericano. [48]

De acuerdo a la reseña histórica del equipo del Clínicas, desde 1973 hasta el regreso de la democracia se crearon varios consultorios y otras instancias de atención y docencia. Despuntó el Consultorio de Adolescentes, al que le siguió la organización en 1978 de la Sección de Clínica de Adolescentes en la primera Cátedra de Pediatría, que también funcionaba en ese Hospital Escuela. Unos años más tarde, en 1980, surgió la necesidad de contar con un consultorio externo destinado a la atención de las adolescentes embarazadas. Finalmente, en 1983 se inauguró la Unidad Docente de Adolescencia de aquel Hospital, formada por todas las secciones mencionadas, dirigida a “atender los requerimientos docentes de formación profesional provenientes de la capital y del interior del país, especialmente para enseñarles la metodología de trabajo asistencial interdisciplinario con los adolescentes” (Méndez Ribas, et al.: 2003: 2)

Sin embargo, fuera del caso del Clínicas, este tipo de desarrollos en los hospitales públicos tuvieron una escasa visibilidad en las revistas médicas de la época y ello hizo difícil determinar el alcance que tuvieron iniciativas semejantes en cuanto a número y extensión territorial en la ciudad de Buenos Aires. Sin soslayar que en los años 1970 existieron Centros Municipales de Adolescencia y de Sexología y Educación Sexual (Cosse, 2010: 124), durante los años de la dictadura militar fue difícil organizar y poner en funcionamiento espacios públicos de atención médica orientados a las adolescentes siguiendo pautas de trabajo interdisciplinario, un abordaje integral y siendo receptivos a las recomendaciones de indicar métodos anticonceptivos para mujeres menores de edad. Al parecer, como habría sucedido en los consultorios de planificación familiar orientados a las mujeres adultas, los especialistas que podían tratar a las adolescentes también se encontraban desinteresados o poco motivados y, quizás en parte, tuvieron temores a recibir represalias si contrariaban los lineamientos defendidos por el régimen.

En todo caso, la imposición de limitaciones económicas operó como un claro obstáculo, poniendo en evidencia el abierto desinterés y retracción del Estado autoritario en respaldar con recursos públicos propuestas atentas a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Los comentarios del Dr. Parada, dieron cuenta

de este tipo de proceso eminentemente político e ideológico, cuando remarcó que los médicos que “hacían vida hospitalaria sabían lo difícil que [era] hacer funcionar un consultorio de adolescentes”. Su experiencia, que sólo conocimos por breves expresiones compartidas en un comentario que realizó durante el último año del gobierno militar, reveló cuán determinante era el criterio y la voluntad de los jefes de servicio para que las adolescentes accedieran a cierto tipo de prestaciones. Según este profesional del Hospital Piñero, frente a la indiferencia de las autoridades, algunos profesionales de ese nosocomio habían decidido reconvertir los espacios de atención existentes, haciendo funcionar en “uno de nuestros consultorios especializados de la maternidad para el control prenatal de las embarazadas adolescentes” Así, buscaban sortear la falta de autorizaciones y fondos oficiales, solicitudes que aunque se habían cursado hacia un año, “no creemos que [nos] ‘llegue’ antes de final de la centuria”. [49]

Un par de acotaciones permitieron identificar que en algunos hospitales se venían desarrollando ciertas actualizaciones en materia de atención de las adolescentes. Según el Dr. Comparato en el Servicio de Ginecología del Hospital Salaberry tenían una sección de Ginecología infanto juvenil. También fue mencionado este Servicio por la Dra. Zeiguer, quien recordando su larga experiencia recogida en un consultorio del Hospital Fernández, aclaró que al principio fue de Ginecología pediátrica, y luego había ido cambiando a Ginecología infanto juvenil, dando atención a adolescentes hasta los 18 años. [50] Para finales de la década de 1970, el Dr. Koremblit afirmó que en la actualidad no se justificaba un Servicio de Ginecología “adecuadamente organizado que no tuviera al menos un consultorio de adolescencia”. [51] Claro que, aun admitiendo esta última tendencia, las respuestas en los hospitales aparecían atomizadas y sujetas a las circunstancias de cada nosocomio, por fuera de un plan o estructura institucional que las respaldara y sin la definición de una política pública en la materia.

Algo semejante sucedió con las nociones de igualdad de género presentes en los discursos de algunos médicos que refirieron a comportamientos sexuales de las adolescentes, inclusive de aquellos que tomaron una posición flexible en torno a la prevención de embarazo a partir de métodos anticonceptivos (en adelante MAC). En efecto, no fue excepcional encontrar a algunos profesionales dispuestos a avalar los nuevos roles femeninos. El Dr. Schust, por ejemplo, dejó a la vista su amplitud de criterio cuando aplaudió la circulación entre algunos médicos sobre que la virginidad era “un prejuicio del pasado”; según defendió,

la mujer puede desarrollar toda su personalidad [y] uno de los muchos roles es constituir una familia, pero no es el único. Hoy la mujer puede desarrollar toda su potencialidad laboral, profesional y liberarse económicamente del hombre. [52]

Desde una mirada global, este proceso de apertura y de institucionalización de la especialidades en adolescentes se insertaba en contextos en extremo heterogéneo según los países. A pesar que 1979 se explicaba que hacía veinticinco años se venía fortaleciendo “la disciplina médica dedicada a la atención de adolescentes [sólo] en Estados Unidos como en Canadá y en algunos países de Europa se han instalado unidades de servicio médico integral con esta especialidad. [53] En Latinoamérica, la situación se describió bastante distinta, puesto que

recién en los últimos años se tomó conciencia de esta necesidad médica y los recientes cuatro Seminarios organizados por la Oficina Sanitaria Panamericana en Brasil, Argentina y Uruguay tendieron a crear inquietudes y dar soluciones a los respectivos Ministerios de Salud Pública al tratar este tema con múltiples enfoques.[54]

Si bien la agenda de recomendaciones que habían esgrimido los organismos internacionales fue central en la estructuración de los servicios del Clínicas, en este plano se impuso un cierto *trimming* local al momento de construir los cambios que se buscaban implementar. Desde un primer momento, se pusieron en un lugar prioritario la evaluación de las necesidades y las dificultades de sus pacientes y su medio concreto.[55] En el año 1973, cuando la primera Cátedra de Ginecología comenzó a tener en cuenta la numerosa cantidad de adolescentes que acudían a su consultorio externo de ginecología general, decidió evaluar la eficacia en la atención a estas pacientes, realizando un muestreo que tomó como base el año 1972. Los resultados obtenidos fueron interpretados como desalentadores, observando que el 65% de las adolescentes entrevistadas por primera vez no volvieron a la consulta (Méndez Ribas, et al., 2003).

Según Méndez Ribas esa realidad reflejaba que la forma de atención de un consultorio externo hospitalario no satisfacía las expectativas de la paciente adolescente que había concurrido por primera vez (Méndez Ribas, et al., 2003: 2). Sobre ello, se apuntó a lo pernicioso que era la estructura que tenían los consultorios, su corto horario de atención y la excesiva presencia de pacientes de todas las edades y las más variadas patologías. Fue precisamente en base a este diagnóstico que en 1973 se organizó el Consultorio de Adolescentes. Los cambios que se introdujeron en el funcionamiento del nuevo consultorio, estuvieron cuidadosamente fundamentados. Con el nuevo servicio,

la paciente se identifica[ba] como adolescente y se presenta[ba] sin pasar por la consulta general. [La espera la realizaba] con otras pacientes de la misma edad... [y así establece] una primera relación positiva. [Se procuró que la] entrevista [se realice] en ambiente de intimidad, y el examen médico en un ambiente calmo y sin interferencias.[56]

Otros de los aspectos a los que se dio una particular importancia fue cuidar la estabilidad del cuerpo médico y las relaciones que se establecían entre los profesionales y las adolescentes en la consulta, que se esperaba fueran amistosas y comunicativas.[57] En esa línea, se enfatizó en un trabajo interdisciplinar con un enfoque integral de la salud adolescente, quien era seguida a partir de una historia clínica integral. Si bien este tipo de propuestas de trabajo se halló en otras intervenciones que se analizaron en la sección anterior, en el Clínicas, la apertura a estas dinámicas en equipo fue de mayor profundidad y sistematicidad. Tal como sostuvieron en 1979 las psicólogas Sicialiano, Briozzo y Gamberg,

la inclusión de las psicólogas y la asistente social en el mismo ámbito ha mostrado la importancia de ir enfrentándonos [todos] a los problemas concretamente para verlos en grupo: discutiendo y resolviéndonos de forma conjunta (...) [con] reuniones constantes de estudio y evaluación.[58]

Asimismo, se fue profundizando “la inclusión de otras disciplinas (...) tales como la Psicología Médica y Sociología”, incorporando para comienzos de la década de 1980 a “antropólogos en el equipo interdisciplinario de reproducción y adolescencia” [en su intención] de un conocimiento más profundo y acabado

del entorno de la paciente y conocer la evolución del proceso”.[59] También se destacó en los trabajos publicados por el equipo en 1979 y en 1980 la inclusión de apartados específicos dedicados resaltar el aporte de cada área profesional, incluyendo su autoría.

La composición de equipo fue travesando algunas modificaciones. En su comienzo estuvo integrado por dos ginecólogos, una psicóloga y una asistente social (esta última en 1979 también denominada como visitadora social) (Méndez Ribas, et al., 2003: 2). Pronto se sumaron en forma estable tres Licenciadas en Psicología “con experiencia en adolescentes [completándose el equipo con] “5 ginecólogos generales con conocimientos de endocrinología, crecimiento y desarrollo, nociones de psicología evolutiva y relaciones familiares”. [60] En 1980 este cuadro se completó con la incorporación de un médico legal, el Dr. Kvtko, quien brindó un exhaustivo análisis de la situación legal que se derivaba cuando la adolescente iba a consultar al ginecólogo por anticonceptivos. [61]

En ese sentido, la posición que sostuvo del consultorio de Adolescentes hacia los MAC fue de una clara apertura, manteniendo la idea que la prescripción de anticoncepción oral constituye un acto médico y, que en conformidad

a nuestro Código Penal y nuestro Código de Procedimientos para justicia federal y los tribunales de la capital y territorios nacionales el médico que [fuera] requerido por una mujer mayor de 14 años para que le prescriba un tratamiento de anticoncepción oral, deberá mantener en secreto tal hecho... [y de igual manera] con menor acompañada legalmente.

La práctica asistencial se realizaba a partir de un trabajo conjunto entre las distintas áreas, pero sus funciones estaban bien especificadas. Las tareas de las psicólogas eran bastante amplias. Ellas [todas eran mujeres] eran derivadas a la patología que “escapaba a lo rasgos normales”, además, brindaban “elementos de comprensión y manejo de patologías severas, sobre el significado de la sintomatología, cuidaban la relación entre médico-paciente, señalando “sobre el compromiso emocional del médico [puesto] que [estaban] incluidas en el consultorio en la tarea asistencial y, en casos específicos realizaban psicodiagnóstico y en otros “psicoterapia [adecuada] en el marco hospitalario”. [62]

La visitadora social se encargaba de atender las “derivaciones por aspectos familiares, económicos y laborales que [pudiera] estar incidiendo en la patología que la llevó a la consulta”.[63] El “servicio social se concibió como el nexo entre el médico y la familia o el lugar de trabajo o estudio”, y, en ese sentido la visitadora social [era] el miembro del equipo que cuando [era] necesario trascendía el ámbito hospitalario”. Dado que la mayor parte de las pacientes que se atendían en el Clínicas por aquellos años pertenecían a sectores de escasos recursos, se le otorgó un lugar clave a “conocer la situación socioeconómica de la paciente en función del motivo por el cual ha sido derivada”. [64] Como hemos mencionado no estuvo ausente la advertencia sobre posibles situaciones de abuso de los varones y las posibles vías para denunciar esas situaciones.

Fue central la relevancia que asumió la situación socioeconómica de estas adolescentes[65]. La alusión a “la paciente” desde su faz individual, era complejizada abordando la incidencia que tenían los factores sociales enmarcados en su historicidad. En efecto, se consideraba que “la comparación entre los

adolescentes y adultos no siempre era válid[a] y, [dado que ]se presentan diferencias socio-culturales y económicas”, el intento de comparación también era dificultoso entre “distintas poblaciones de adolescentes.[66]

Así, si bien las adolescentes embarazadas formaba parte de un “grupo de mayor riesgo” en términos obstétricos”, “su atención” [debía atender] al estudio de los reales factores de riesgo”. [67] La novedad de este modelo teórico descansó en dejar de colocar la atención en el medio sociocultural concebido como una influencia que tallaba de manera perniciosa en la conducta seguida por las adolescentes, como sugirieron las lecturas de equipo del Hospital Alvear. Al contrario, se planteaba que ciertas condiciones sociohistóricas negativas situadas operaban -y por tanto, explicaban- la ocurrencia del embarazo adolescente, y sus riesgos. Consecuentemente, y pensando en las embarazadas precoces, es decir, menores de 16 años, se justificaba la “participación ineludible de asistentes sociales, especialidades médicas, psicólogos y sociólogos [tal como se estaba desarrollando en las] “unidades Toco-ginecológicas-Pediátricas para a atención del binomio madre joven-hijo, recientemente (...) creado en nuestro medio”. [68]

Ofrecer respuesta a las adolescentes embarazadas y a las que concurrían a estos consultorios públicos planteaba otras complejidades distintas a las que se atendían en el Consultorio de Adolescentes, concentrado en abordar la situación de las jóvenes antes de una gestación. En los hechos, el consultorio de Obstetricia de Adolescentes surgió en 1980 “debido al número creciente de adolescentes embarazadas que consultaban al Servicio de Ginecología” (Méndez Ribas, et al., 2003: 2). Para entonces, aunque según señaló la OMS en 1974 [69] no se contaba con estadísticas específicas en la materia, “la fecundidad adolescente precoz –al igual que la tardía– [presentaba hasta 1980] “una tendencia a la suba de las tasas en la mayoría de las jurisdicciones” de la Argentina (Binstock y Pantelides, 2005: 84).

Desde su inicio este consultorio contó también con una psicóloga y una trabajadora social. En los hechos, este trabajo conjunto e integral facilitó que las pacientes fueran derivadas “fluidamente” entre las distintas consultas (Méndez Ribas, et al.; 2003: 2). A pesar de que los distintos consultorios estaban por esos años separados espacialmente, los límites eran difusos en la práctica. En varios de los trabajos médicos analizados se marcó que no era extraño que las mismas adolescentes se acercaran a los hospitales cursando un embarazo en etapas avanzadas, o directamente como parturientas y, en muchos casos, con hijos anteriores. De todas maneras, gestantes o no, la mayoría de ellas tenían poca información sobre salud sexual, los MAC y también estaban convencidas de una serie de mitos y equívocos sobre la sexualidad y el funcionamiento del sistema reproductor, que a la postre, facilitaba que una misma joven pudiera recibir atención en todas las consultas. Según advirtieron en 1980 las psicólogas Briozzo y Siciliano,

los adultos niegan información sobre los mecanismos que regulan la fertilidad y la forma de poder controlarla (...) porque creen que los adolescentes no tiene edad suficiente para recibir instrucción sexual o que dársela es empujarlos al inicio de las relaciones sexuales. De esta manera se cree que al no hablar de algo esto no va a ocurrir.[70]

La prospección en las revistas médicas indicó que recién luego de la recuperación democrática comenzó a interrogarse sistemáticamente por la forma

en que los profesionales de los hospitales públicos concebían y abordaban el embarazo en las adolescentes. No fue casual que el equipo de Méndez Ribas en 1987 haya recuperado las recomendaciones de la OMS (1974) sobre embarazo y aborto en las adolescentes para decir que:

Pese a su gravedad poco es aun lo que la salud pública organizada ofrece (...) Mientras el médico se enfrenta y lo hará cada vez más con el hecho consumado: frente a él una menor embarazada sola o con la angustiada familia que le reclama 'soluciones'. [71]

Sin embargo, este fenómeno no escapó al interés del equipo del Clínicas en tiempos de la dictadura militar. En esos años surgieron algunos clivajes que buscaron desnaturalizar representaciones e identificaciones conservadoras. Como vimos en la sección anterior, Méndez Ribas cuestionaba los porcentajes que aquellos médicos presentaron sobre las adolescentes que se hallaban casadas. Este fue un primer peldaño. Sus argumentaciones más potentes estuvieron orientadas a contrariar las postulaciones que ataban irremediamente la procreación al deseo maternal. En esa misma línea, contrarió a sus colegas quienes consideraban “que la misma naturaleza de mujer, aunque inmadura, [hacia que la adolescente] se sienta madre”. [72]

Los comentarios de Méndez Ribas no dejaban dudas sobre lo rupturista de sus concepciones en cuanto a los “deseos maternales” de estas jóvenes mujeres. En esos términos, en referencia a la postulada búsqueda de la adolescente embarazada de “poseer algo propio”, señaló que, en su experiencia, “el “80 o 90% de las niñas embarazadas no desean tener un hijo y para ellas sería una solución interrumpir el embarazo”, dejando en traslucir, que según su entender cuando “llegan a la maternidad ...no tienen más remedio”. [73] En el desarrollo de este tipo de nociones, apareció referenciada la obra de la ginecóloga y obstetra norteamericana Luella Kleim, [74] quien orientó su carrera al cuidado de la mujer, dándole centralidad a la salud sexual adolescente y al fenómeno del embarazo no deseado. Aunque fue evidente que las experiencias del Hospital Clínicas funcionaron con una escala de influencia reducida este equipo defendió posiciones genuinamente renovadas a las necesidades adolescentes y sensibles a sus clivajes de género y clase. Aunque quedó pendiente para futuros trabajos el análisis de las formas en que el psicoanálisis permeó estos discurso y concepciones, hasta el momento las nociones fueron identificadas como altamente transformadoras en el sentido de acercarse a las agendas más progresistas dirigidas a la niñez y la juventud de la época. No sólo se criticaba la naturalización del deseo materno, sino también se tensionaban distintas problemáticas que afectaban a las personas económicamente pobres, poniendo en foco la falta de educación sexual y las falencias en los servicios de control de la natalidad y planificación familiar dirigidos a adolescentes, llegando a poner en cuestión, como lo hacía Klein, [75] la falta de provisión de servicios de aborto y de apoyo a las adolescentes para evitar la repetición del embarazo.

## **Consideraciones Finales**

A lo largo de este artículo se ha mostrado el papel clave que tuvieron los equipos médicos a cargo de los servicios y consultorios hospitalarios ubicados en la ciudad de Buenos Aires en el despliegue de la atención y de los criterios imperantes

en materia de salud sexual y anticoncepción dirigidas a las adolescentes, especialmente de aquellas pertenecientes a sectores de escasos recursos. Como parte de una historia de larga duración, estos grupos de mujeres menores de edad (muchas de ellas menores de 16 años) sufrieron de una manera particular la imposición de medidas coercitivas implementadas a partir de febrero de 1974 y sostenidas durante todo el período de la última dictadura militar en Argentina. Algunos hitos en la vida y la muerte de Myriam Arrúa -ocasionada por un aborto en manos de una partera en diciembre de 1973- dieron cuenta de las formas en que las jóvenes pobres y embarazadas constituían el grupo social y etario más vulnerable, enredadas en prejuicios adultocéntricos que además apuntaban a rasgos de género y clase social. Estas situaciones no se agotaron en las terribles complicaciones que ocasionaba la prohibición legal del aborto, ni en las oposiciones que usualmente los médicos sostenían frente a la interrupción voluntaria del embarazo. Según se ha insistido en distintas partes del trabajo, estas jóvenes experimentaban persistentes restricciones para acceder a métodos anticonceptivos modernos, careciendo de información adecuada para elegir como vivir su sexualidad y sus consecuencias en materia de reproducción biológica. Seguramente, ciertas posibilidades para realizar sus consultas se habrían visto recortadas cuando muchos de los médicos que usualmente prestaban servicios de planificación familiar en espacios de atención pública de Buenos Aires decidieron dejar de prestar esa atención luego del decreto peronista. Sumado a ello, en distintos servicios que atendían a adolescentes en situación de parto los profesionales de la salud parecieron funcionales al corrimiento del Estado de sus responsabilidades como articulador de políticas sociales. De acuerdo a las fuentes consultadas la mayoría de los profesionales a cargo de los servicios tocoginecológicos públicos de la ciudad de Buenos Aires no concibieron que la anticoncepción en la adolescencia -y en muchos casos tampoco la educación sexual moderna- fuera un problema de salud pública. En los hechos, esos equipos articularon en su hacer profesional especializado sus valores morales y creencias religiosas, imponiendo modelos de mujer como esposa y madre, condicionando y oprimiendo la libertad y seguramente las subjetividades de sus pacientes. En efecto, estas operaciones fueron profundamente políticas e ideológicas, favoreciendo esquemas de exclusión social y de desigualdad de género contrarios a cualquier cambio sociocultural de época. De esta forma, estas posturas y sus sesgos tuvieron una extensa vida en la medicina argentina.

Sin embargo, durante esta etapa restrictiva también se desarrolló una renovada agenda identificada en el análisis que se hizo de las problemáticas que afectaban la vida de las adolescentes, y asentada en experiencias de atención atentas a sus desigualdades. Esta experiencia estuvo definida por persistentes obstáculos pero también por importantes logros. En el primer sentido, la información disponible permitió visibilizar que si bien los profesionales del Hospital Clínicas potenciaron nociones, saberes e intervenciones que venían desarrollando en parte del sistema público desde comienzos de la década del 1970, sus prácticas durante esta etapa autoritaria tuvieron un alcance reducido. En ese sentido, aunque los trabajos mencionaron la importante afluencia de consultantes, no encontramos registro de que se hayan proporcionado anticonceptivos a las adolescentes, mencionándose las restricciones legales que tenían los médicos para la prescripción de los MAC en menores de 16 años. Claro que, aún en

el contexto de falta de financiamiento estatal, estos profesionales recuperaron un conjunto de saberes, modelos teóricos y prácticas de atención progresista, dieron curso a un trabajo genuinamente interdisciplinario al interior del Hospital Clínicas, favorecieron la institucionalización de organizaciones especializadas y la recepción, difusión y discusión dentro del campo médico argentino de una promisorio agenda internacional sobre promoción de métodos anticonceptivos modernos entre las adolescentes. El desarrollo de este tipo de saberes e intervenciones asistenciales, situadas en el sistema público, sintetizó no sólo el compromiso asumido por un grupo de profesionales que no ocultaron sus nombres ni sus estrategias para aprovechar el escaso control que ejerció el gobierno militar sobre sus prácticas. También, en sus nociones y acciones se reprodujeron genuinas experiencias de resistencia al poder militar y sus criterios de sociedad, defendiendo desde la porosidad del Estado autoritario, la construcción de un idea de modernidad argentina permeable a instalar en el centro de la discusión pública la afirmación y el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las adolescentes.

## Referencias bibliográficas

- Belmartino, Susana y Bloch, Carlos (1984). "Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global". *Estudios Sociológicos*, 11(2-3), pp.253-286.
- Binstock, Georgina y Pantelides, Edith Alejandra (2005). La Fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. En: Mónica Gogna (coord.). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES, pp. 77-112.
- Felitti, Karina A. (2007). El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX. *Dynamis*, 27, pp. 333-357
- Felitti, Karina A. (2009a). *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias*. Volumen 1. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires.
- Felitti, Karina A. (2009b). *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias*. Volumen 2. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires.
- Felitti, Karina (2010). Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986). *Estudios Sociológicos XXVIII*, 28(84), pp. 791–812.
- Felitti, Karina; Cepeda, Agustina; Mateo, Natacha y Rostoyburu, Cecilia (2022). *Tecnologías biomédicas y feminismos. Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- Cosse, Isabella (2010). Una revolución discreta. El nuevo paradigma sexual en Buenos Aires (1960-1975) *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, (77), pp.113-148.
- Giordano, Verónica (2014). "(Doble) moral sexual y derechos civiles de las mujeres, 1888-2010". Dora Barrancos, Guy Donna y Adriana Valobra (Comps.). *Moralidades y comportamientos sexuales: Argentina, 1880-2011*. Buenos Aires: Biblos, pp. 111-148.

- Gogna, Mónica (Comp.) (2001). *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo*. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Gogna, Mónica (Coord) (2004). *El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe final*. Ministerio de Salud/ CONAPRIS-CEDES2.
- Gutiérrez, María Alicia (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En: Susana Checa (Comp.). *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Llobet, Valeria (2020). “Tensiones entre derechos de las mujeres y protección de la niñez”. *Revista Estudios Feministas*, 28(3), pp. 1-13.
- Manzano, Valeria (2023). “Enemistades Internas. Sexo, Género y Batallas Politico-culturales en las décadas de 1960 y 1970”. En: Débora D’ Antonio y Valeria Silvina Pita (Dirs.). *Nueva Historia de las Mujeres en la Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo libros, pp. 146-165.
- Méndez Ribas, José María; Girard, Gustavo; Coll, Ana; Calvo, Stella y Delia, Villegas (2003). “Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas ‘José de San Martín’: un modelo de atención interdisciplinaria del adolescente”. *Arch.argent.pediatr*, 101(6), pp. 1-9.
- Rustoyburu, Cecilia (2020). “Los implantes subdérmicos como tecnologías anticonceptivas para adolescentes. Un estudio de su implementación en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina)”. *Argumentos: revista de crítica social*, 22, pp. 318-340.
- Osuna, María Florencia (2017). Políticas de la última dictadura argentina frente a la “brecha generacional”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), pp. 1097-1110.
- Uriza Gutiérrez, Germán (1982). “Embarazo en Adolescentes. Curso de Ginecología Infanto Juvenil”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, XXXIV(2), pp. 102-114.
- Yuni, José A. y Urbano, Claudio A. (2018). *Psicología y Cultura de los Adolescentes*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Zemaitis, Santiago (2016). *Pedagogías de la sexualidad. Antecedentes, conceptos e historia en el campo de la educación sexual de la juventud*. Trabajo Final Integrador. Especialización en Nuevas Infancias y Juventudes. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

## Notas

[1] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1975. Mendizabal, Armando. (Conferencia) “Avances y perspectivas de la ginecología”.

[2] Las preocupaciones acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes fueron foco de debate y consenso en las conferencias y del Cairo y Beijing. En la Plataforma de Acción del CIPD (ONU, 1994) hay una sección especial dedicada a los adolescentes (E) en el capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva. La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) incluye referencias a la salud reproductiva adolescente y a los programas sobre esta temática en las secciones C (La mujer y la salud) y L (La niña) (Gonga, 2001). Sin embargo, en la década de los 90’ “el gobierno nacional no [tuvo] metas explícitas para adolescentes [y], a pesar de la existencia de Programas en la materia (...) las políticas anunciadas nunca fueron implementadas [por] el alineamiento ideológico y la defensa activa de la cosmovisión de la Iglesia Católica” del ex presidente Carlos Menem (Gonga, 2001: 28).

[3] *Revista Siete Días Ilustrados*. 10 de diciembre 1973. "La muerte de Myriam Arrua y el auge de los abortos clandestinos en el país Crónica de una tragedia cotidiana". [Recuperado 16/06/2023: <https://www.magicasruinas.com.ar/revistero/nacion/abortos-clandestinos.html>].

[4] Si bien desconocemos las circunstancias en las que Myriam dejó que su embarazo avanzara 4 meses, lo cierto es que realizarse una prueba "rápida y en condiciones de privacidad" era un asunto prácticamente imposible en 1973. En Argentina los Test caseros llegaron a fines de la década de 1990 (Felitti, et. al., 2002: 64).

[5] En diciembre de 1973 Juan Domingo Perón había asumido su tercer periodo presidencial.

[6] *Revista Siete Días Ilustrados*. 10 de diciembre 1973. "La muerte de Myriam Arrua y el auge de los abortos clandestinos en el país. Crónica de una tragedia cotidiana". [Recuperado 16/06/2023: <https://www.magicasruinas.com.ar/revistero/nacion/abortos-clandestinos.html>].

[7] *Revista Siete Días Ilustrados*. 10 de diciembre 1973. "La muerte de Myriam Arrua y el auge de los abortos clandestinos en el país. Crónica de una tragedia cotidiana". [Recuperado 16/06/2023: <https://www.magicasruinas.com.ar/revistero/nacion/abortos-clandestinos.html>].

[8] *Revista Siete Días Ilustrados*. 10 de diciembre 1973. "La muerte de Myriam Arrua y el auge de los abortos clandestinos en el país. Crónica de una tragedia cotidiana". [Recuperado 16/06/2023: <https://www.magicasruinas.com.ar/revistero/nacion/abortos-clandestinos.html>].

[9] *Revista Siete Días Ilustrados*. 10 de diciembre 1973. "La muerte de Myriam Arrua y el auge de los abortos clandestinos en el país. Crónica de una tragedia cotidiana". [Recuperado 16/06/2023: <https://www.magicasruinas.com.ar/revistero/nacion/abortos-clandestinos.html>].

[10] Si bien podría pensarse que esta normativa no tuvo aplicación en la práctica, según han sugerido las investigaciones de Felitti, Cepeda, Mateo y Rostoyburu (2022: 65) las evidencias señalan que esta ha sido una "práctica extendida en el sector privado".

[11] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1974. Olivares, Domingo. "Política de Población y planificación familiar. Estado actual del problema en la República Argentina", p. 317.

[12] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1973. Olivares, Domingo; Elsa del Valle. "Aspectos psicosociales de la anticoncepción", p. 123.

[13] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko, "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I".

[14] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola".

[15] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko, "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I".

[16] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976, p.104

[17] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976. Carlos H. Viggiano; Norma Mazzocco de Dussaut; Marta Siciliano. "La reproducción en la adolescente precoz: estudio clínico-estadístico", p. 105.

[18] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976. Carlos H. Viggiano; Norma Mazzocco de Dussaut; Marta Siciliano, "La reproducción en la adolescente precoz: estudio clínico-estadístico", p. 104.

[19] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko, "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I", p. 57.

- [20] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko, "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I", p. 57.
- [21] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. Emilia Rivoira de Bernasconi; JM Méndez Ribas, "Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires. La Tarea del Servicio Social en el Consultorio de Adolescencia", p. 196.
- [22] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko. "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I", p.57.
- [23] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko. "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I".
- [24] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. Briozzo; A Siciliano; J. M Méndez Ribas. "ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA II. ASPECTOS PSICOLOGICOS".
- [25] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola".
- [26] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola", p. 337.
- [27] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholso; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko. "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I", p. 58.
- [28] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola", p. 336.
- [29] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976. Carlos H. Viggiano; Norma Mazzocco de Dussaut; Marta Siciliano. "La reproducción en la adolescente precoz: estudio clínico-estadístico", p. 105.
- [30] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976. Carlos H. Viggiano; Norma Mazzocco de Dussaut; Marta Siciliano. "La reproducción en la adolescente precoz: estudio clínico-estadístico", p.105.
- [31] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976. Carlos H. Viggiano; Norma Mazzocco de Dussaut; Marta Siciliano. "La reproducción en la adolescente precoz: estudio clínico-estadístico", p.105.
- [32] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola".
- [33] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola", p. 336.
- [34] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola", p. 337.

- [35] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. Briozzo; A Siciliano; J. M Méndez Ribas. "ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA II. ASPECTOS PSICOLOGICOS", p. 67.
- [36] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola", p. 337.
- [37] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1976. Carlos H. Viggiano; Norma Mazzocco de Dussaut; Marta Siciliano. "La reproducción en la adolescente precoz: estudio clínico-estadístico", 105.
- [38] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1979. Goijman, Ignacio; Abadi, Salomón; Hilda, Forgione; Cohen, Alberto. "Alto riesgo neonatal en el hijo de la madre adolescente, soltera y sola", p. 337.
- [39] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholson; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko. "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I", pp. 65-66.
- [40] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. K. Siemaszko; J. M. Méndez Ribas; R. Warman, B. Pereyra Pacheco, N. Macagno, R. Nicholson; S. Briozzo; A. Siciliano; L. Kvtko. "ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA I", p. 66.
- [41] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. Briozzo; A Siciliano; J. M Méndez Ribas. "ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA II. ASPECTOS PSICOLOGICOS", p. 69.
- [42] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. Briozzo; A Siciliano; J. M Méndez Ribas. "ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA II. ASPECTOS PSICOLOGICOS", p. 70.
- [43] La primera cátedra de Ginecología estaba a cargo del profesor Dante Calandra y la cátedra de Obstetricia a cargo del profesor Francisco A. Uranga Imaz. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1982. Renee Warman, Ana Coll de Loza, Enrique Giorgio, Jose María Méndez Ribas. "Embarazo y parto en la adolescencia media".
- [44] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, 1982.
- [45] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1987. Méndez Ribas; Raquel Sussman; Beatriz Pereyra Pacheco; Gómez Vaccaro; Susana Sanler; Ana Coll; Guillermo R. di Paola. "Embarazo no deseado en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales", p. 195.
- [46] Rosselot Vicuña, Jorge (1977). "La salud del adolescente y del joven en América Latina y el Caribe". *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*. 83(4), Washington. D.C.E.U.A.
- [47] SAGIJ (Recuperado 29/6/2023: <http://sagij.org.ar/index.php/institucional/historia>).
- [48] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. "Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires".
- [49] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1982. Comentarios y Cierre de la Discusión. "Embarazo y parto en la adolescencia media", p. 156.
- [50] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. Comentarios y Cierre de la Discusión. "Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires".
- [51] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. Comentarios y Cierre de la Discusión. "Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires", p. 199.

- [52] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1982. Comentarios y Cierre de la Discusión. “Embarazo y parto en la adolescencia media”, p. 154.
- [53] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”, p. 181.
- [54] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”, p. 181.
- [55] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”.
- [56] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”, p. 182.
- [57] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”, pp. 181-189.
- [58] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. Alba, Sicialiano; Silvia, Briozzo; Lidia Gamberg; J M., Méndez Ribas. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires. Aspectos psicológicos”, p. 190.
- [59] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1982. Renee Warman, Ana Coll de Loza, Enrique Giorgio, Jose María Méndez Ribas. “Evaluación comparativa del comportamiento obstétrico de mayores y menores de 16 años”, p. 164.
- [60] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”, p. 183.
- [61] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1980. L. Kvtko; J. M. Méndez Ribas. “ANTICONCEPCION EN ADOLESCENCIA. III. MEDICINA LEGAL”.
- [62] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. Alba, Sicialiano; Silvia, Briozzo; Lidia Gamberg; J M., Méndez Ribas. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires. Aspectos psicológicos”, pp. 189-194.
- [63] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. J. M Méndez Ribas; A. Tempone; B. Pereyra Pacheco; R. Warman, K.; Siemaszko; N. Macagno; R. Nicholson. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires”, p. 183.
- [64] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1979. Emilia Rivoira de Bernasconi; J.M. Méndez Ribas. “Seis Años del Consultorio para adolescentes de la 1ra cátedra de ginecología de Buenos Aires. La Tarea del Servicio Social en el Consultorio de Adolescencia”, p. 195.
- [65] También en esa línea de preocupaciones, la aparición de Roberto Nicholson como coautor en un trabajo publicado por el equipo liderado por Méndez en 1979 resultó significativa, puesto que aquél profesional contaba entre sus antecedentes el haber protagonizado hasta 1963 una experiencia pionera en planificación familiar con el equipo de Salud de Extensión Universitaria de la Universidad de Buenos Aires, suministrando anticonceptivos orales y educación sexual a un grupo de familias de escaso recursos de la Isla Maciel (Felitti, 2009a).
- [66] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. Renee Warman, Ana Coll de Loza, Enrique Giorgio, José María Méndez Ribas. “Embarazo y parto en la adolescencia media”, p. 153.

- [67] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1982. Renee Warman, Ana Coll de Loza, Enrique Giorgio, José María Méndez Ribas. "Evaluación comparativa del comportamiento obstétrico de mayores y menores de 16 años", p. 163.
- [68] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1982. Renee Warman, Ana Coll de Loza, Enrique Giorgio, José María Méndez Ribas. "Embarazo y parto en la adolescencia media", p. 153.
- [69] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1987. Méndez Ribas; Raquel Sussman; Beatriz Pereyra Pacheco; Gómez Vaccaro; Susana Sanler; Ana Coll; Guillermo R. di Paola. "Embarazo no deseado en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales".
- [70] *Revista Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 1980. Briozzo; A Siciliano; J. M Méndez Ribas. "ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA II. ASPECTOS PSICOLOGICOS", p. 281.
- [71] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1987. Méndez Ribas; Raquel Sussman; Beatriz Pereyra Pacheco; Gómez Vaccaro; Susana Sanler; Ana Coll; Guillermo R. di Paola. "Embarazo no deseado en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales", p. 196.
- [72] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. Carlos Aníbal Fernández, Jorge Firpo (h), Angel J. Siufi, Carlos Meroni y Ana Maria Nicolotti "La mujer embarazada en los albores de la adolescencia", p. 70.
- [73] *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 1980. Briozzo; A Siciliano; J. M Méndez Ribas. "ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA II. ASPECTOS PSICOLOGICOS", p. 69.
- [74] Klein, Luella (1978). "Antecedentes de embarazo en adolescentes". *Clin. Obstet. Ginecol*, 4, pp. 1199-1208.
- [75] Klein, Luella (1978). "Antecedentes de embarazo en adolescentes". *Clin. Obstet. Ginecol*, 4, pp. 1199-1208.